1. **ชื่อเรื่อง การป้องกันการจัดยาผิด(Pre-Dispensing Error)ในกลุ่มยาชื่อพ้อง มองคล้าย (Look Alike - Sound Alike; LASA)(The LASA Return 2016)**

2. **หน่วยงาน** กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

3. รายชื่อผู้จัดทำ

1. ภก. ประยงค์ วุฒิพิทยามงคล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	คุณเอื้อ
2. ภญ. เพียงฤทัย พิพัฒนสิริ	เภสัชกรชำนาญการ	Facilitator
3. ภญ. ภัทราวดี อำไพพันธุ์	เภสัชกรปฏิบัติการ	Facilitator
4. ภญ. จิราพร แก้วดี	เภสัชกร	Note taker
5. นางสาวธัญญาภรณ์ พวงทอง	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	Note taker
6. นายสุรพงษ์ หงษ์ไทย	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	คุณกิจ
7. นางจิตติมา รองอ่ำ	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	คุณกิจ
8. นางสายพิณ ทับแจง	เจ้าหน้าที่ห้องยา	Note taker
9. นายสมบูรณ์ เรืองฤทธิ์	เจ้าหน้าที่ห้องยา	คุณกิจ
10. นางอรุณรัตน์ เสาวรส	เจ้าหน้าที่ห้องยา	คุณกิจ
11. นายธนกร นุชทรัพย์	เจ้าหน้าที่ห้องยา	คุณกิจ

4. กระบวนการจัดการความรู้

4.1 การบ่งชี้ความรู้ (เหตุผลที่มา และความสำคัญ)

ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่างๆ เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root cause analysis; RCA) ในกระบวนการที่เกิดภายในหน่วยจ่ายยาในส่วนความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (pre-dispensing error) หรือการจัดยาผิดพบว่าเกิดจาก ชื่อยาคล้ายกัน (sound alike) ยารูปแบบคล้ายกัน (look alike) ยาวางใกล้กัน อักษรตัวหน้าเหมือนกัน ขนาดยาเท่ากัน ยามีหลายความแรง และความรอบคอบของเจ้าหน้าที่

จากหนังสือบูรณาการงานบริการเภสัชกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เรื่อง การจัดการเชิงระบบของยา LASA ได้กล่าวว่า พบรายงานการศึกษา 1 ใน 4 ของความคลาดเคลื่อนทางยา มีสาเหตุจากความสับสนเรื่อง ชื่อยาที่คล้ายกัน และร้อยละ 29 ของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยามีสาเหตุจากยา กลุ่มชื่อพ้องมองคล้าย ดังนั้นยาชื่อพ้องมองคล้ายจึงเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (การจัดยา) และการจ่ายยา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการได้รับยาผิดได้ ดังนั้นทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงทำการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันที่จะหาแนวทางป้องกัน และจัดการการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มLASA เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง และเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา

4.2 การสร้าง และแสวงหาความรู้

ความหมายของกลุ่มยาที่มีชื่อพ้อง มองคล้าย หรือ Look Alike Sound Alike; LASA คือ ยาที่มีชื่อยาทั้งชื่อสามัญ (Generic name) และชื่อการค้า (Brand name) คล้ายคลึงกัน รวมถึงยาที่มีลักษณะแผงยา amp ขวดยา รูปแบบคล้ายกัน ทำให้มีโอกาสในการจัดยา จ่ายยา และบริหารยาให้ผู้รับบริการเกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย

การทบทวนการศึกษาของหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตากสิน ได้ดำเนินกิจกรมการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยาในกลุ่มชื่อพ้อง มองคล้าย (Look Alike – Sound Alike ; LASA) มีผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ข้อมูลเดือนตุลาคม 2552- กันยายน 2553 หน่วยงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลตากสิน พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการมีสาเหตุมาจากยาชื่อพ้องมองคล้ายจำนวน 294 ครั้ง (อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 2.23 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมองคล้ายจำนวน 42 ครั้ง (อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.32 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) โดยเป็นความรุนแรงระดับ D จำนวน 5 ครั้ง จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางป้องกันแก้ไข ตลอดจนสร้างกิจกรรมเชิงรุกในการกระตุ้นเจ้าหน้าที่ให้มีความตื่นตัวในการป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น หลังจากดำเนินการแก้ไข และทำกิจกรรมเชิงรุกในเดือนตุลาคม 2553 –กันยายน 2554 พบว่า ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการมีสาเหตุมาจากยาชื่อพ้องมองคล้ายจำนวน 205 ครั้ง (อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 1.58 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมองคล้ายจำนวน 33 ครั้ง (อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.25 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) โดยเป็นความรุนแรงระดับ D จำนวน 1 ครั้ง นอกจากนี้ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยาของคู่ยาชื่อพ้องมองคล้ายที่เฝ้าระวังจำนวน 10 คู่ ลดลง 8 คู่ และเพิ่มขึ้น 2 คู่ โดยคู่ยาที่มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเพิ่มขึ้นจะทำการปรับกระบวนการ และเฝ้าระวังต่อไป

ทางกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3ได้เคยมีการดำเนินกิจกรรมการป้องกันการจัดยาผิดในกลุ่มชื่อพ้องมองคล้ายในปี 2549 แล้วโดยมีการดำเนินการจัดทำสมุดบันทึกความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดที่ง่ายต่อการบันทึกข้อมูล การติดสัญลักษณ์ที่ชั้นวางคู่ยาที่มีการจัดผิดบ่อย การเปลี่ยนตำแหน่งที่วางยาสำหรับยาที่มีลักษณะใกล้เคียงกันให้อยู่ห่างกัน การกำหนดให้ผู้จัดยามีการตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาที่จัดทุกครั้ง พร้อมลงชื่อผู้จัดยาการกำหนดให้มีการตรวจสอบซ้ำ (Double Check) ก่อนส่งมอบให้แก่เภสัชกรผู้จ่ายยาสรุปคู่ยาที่มีการจัดผิดบ่อยรายเดือนพร้อมกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันจัดยาผิดการทำข้อมูลแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา

และในปี 2550 ได้มีการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติม ได้แก่การกำหนดขั้นตอนในการจัดยาการเปลี่ยนบริษัทที่ซื้อยา เพื่อเปลี่ยนรูปแบบยาให้มีภาชนะบรรจุแตกต่างกันจัดทำ List รายการยาในกลุ่มชื่อพ้อง – มองคล้ายการจัดทำบันทึกข้อความแจ้งกรณีมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา

โดยผลลัพธ์ในการดำเนินการในปี 2550 พบว่า จำนวนครั้งของการจัดยาในกลุ่มชื่อพ้องมองคล้ายผิดก่อนการดำเนินการในเดือนตุลาคม 2549 – พฤษภาคม 2550 = 6, 8, 13, 8, 7, 13, 10, 8 ครั้งตามลำดับ และหลังดำเนินกิจกรรมในเดือนมิถุนายน 2550 – สิงหาคม 2550 = 4, 5, 4 ครั้งตามลำดับ

4.3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ

1. ทบทวนรายการยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนที่มีสาเหตุมาจาก ชื่อพ้อง มองคล้าย ในลักษณะต่าง ๆ
2. กำหนดบัญชีรายการยา ชื่อพ้อง – มองคล้าย ที่มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนสูง หรือเป็นคู่ยาที่มีความสำคัญ นำไปสู่อันตรายจากความคลาดเคลื่อนของยานั้น
3. รวบรวมแนวทางการจัดการ แก้ไขยากกลุ่มชื่อพ้อง (Sound Alike) เช่น การแยกคำเว้นวรรค การใช้ tall man letter เพื่อให้อ่านชื่อยาง่าย เป็นที่สังเกตได้ง่ายขึ้น
4. รวบรวมแนวทางการจัดการ แก้ไขยากลุ่มมองคล้าย (Look Alike) เช่น การย้ายที่วางยา การเปลี่ยนบริษัทซื้อยาเพื่อให้แผงยาแตกต่างกัน

5. วัตถุประสงค์ของการจัดการความรู้

1. เจ้าหน้าที่ในห้องยามีความรู้เรื่องความหมาย และแนวทางการจัดการยากลุ่ม LASA
2. การจัดยาผิดในยากลุ่ม LASA คู่ยาที่กำหนดลดลง

6. กระบวนการจัดการความรู้

การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1**

การป้องกันการจัดยาผิดในกลุ่ม ชื่อพ้อง มองคล้าย(Look Alike Sound Alike) 2558

กลุ่มงานเภสัชกรรมได้ดำเนินกิจกรรมการป้องกันการจัดยาผิดในกลุ่มยา LASA ในปีงบประมาณ 2549 และ 2550 แต่เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรายการยา และรูปแบบของยาหลายรายการทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้ดำเนินการปรับปรุง และทบทวนรายการยากลุ่ม LASA เพื่อแก้ไข และป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดของยาในกลุ่มนี้โดยดำเนินการดังนี้

1. การจัดทำสมุดบันทึกความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิด พร้อมลงชื่อเพื่อให้การทบทวนถึงสาเหตุในการจัดยาผิดเกิดจาก LASA หรือไม่
2. การเปลี่ยนตำแหน่งที่วางยา / ภาชนะบรรจุยาที่มีลักษณะใกล้เคียงกันให้อยู่ห่างกัน
3. กำหนดให้ผู้จัดยามีการตรวจสอบความถูกต้อง (double check) ของรายการยาที่จัดทุกครั้ง รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อยา ขนาดยา รูปแบบ จำนวน ในทุกขั้นตอนตั้งแต่การอ่านชื่อยาในใบสั่งยา การหยิบยาจากชั้นวางยา การติดฉลากยา พร้อมลงชื่อผู้จัดยา ก่อนส่งมอบให้เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
4. กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ตัดเสร็จแล้ว (double check) ก่อนส่งมอบให้เภสัชกรจ่ายยา
5. สรุปคู่ยาที่มีการจัดผิดบ่อยรายเดือน พร้อมกระตุ้นเตือนเพื่อเกิดความตระหนักในการป้องกันการจัดยาผิด
6. การจัดทำบันทึกข้อความแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทุกหน่วยงานทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา
7. การจัดทำรายการยาในกลุ่ม LASA ที่มีโอกาสจะเกิดความคลาดเคลื่อน แบ่งเป็น 2 ประเภท แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแนวทางปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการจัดยาผิด ได้แก่

   7.1 ชื่อพ้อง (Sound Alike) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

   7.1.1 ยาที่มีหลายความแรง (More Strength) จำนวน 17 รายการ

   7.1.2 กลุ่มยาที่มีหลายรูปแบบยา จำนวน 35 รายการ

   7.1.3 กลุ่มยาอื่นๆ ที่มีชื่อยาคล้ายกัน (Sound Alike) จำนวน 25 รายการ

   มีการดำเนินการปรับแก้ไข ดังนี้

   1) การเปลี่ยนป้ายชื่อที่ชั้นวางยา โดยเปลี่ยนสีขนาด แต่ละขนาดให้แตกต่างกัน
   2) จัดวางให้แยกชั้นกัน และห่างจากกัน
   3) เปลี่ยนชื่อในใบสั่งยา หรือชื่อฉลากยา โดยให้ ขนาดความแรงของยาขึ้นนำหน้าชื่อยา
   4) การติดฉลากยาให้ติดฉลากให้สามารถตรวจสอบชื่อยา และความแรงของยาได้ชัดเจนด้วย
   5) กำหนดให้ติดฉลากยาที่ขวดยาน้ำทุกรายการ (ไม่ให้ติดที่กล่องยา)

7.2 **มองคล้าย (Look Alike)** จำนวน 15 รายการ มีการปรับปรุงโดย

1) จัดวางให้แยกชั้นกัน และห่างจากกัน
2) เปลี่ยนบริษัทที่ซื้อยา เพื่อเปลี่ยนรูปแบบ

7.3 **กำหนดจำนวนยาของรายการยาแบ่งบรรจุ (Pre-pack)** และทำป้ายชื่อยาบอกจำนวน 10 รายการ

การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยาผิด ห้องยา OPD
ในกลุ่มชื่อพ้องมองคล้าย (Look Alike Sound Alike)

ชื่อพ้อง (Sound Alike)

ที่		แบบเดิม	แบบใหม่	หมายเหตุ
เปลี่ยนชื่อในใบสั่งยา หรือฉลากยา				
1	ใบสั่งยา	Mefenamic acid 500 mg	Mefenamic (Ponstan)	จัดยาผิดชนิดกับ
	ฉลากยา	Mefenamic 500 mg	Mefenamic (Ponstan)	Metronidazole tab
2	ใบสั่งยา	METRONIDAZOLE 400 MG	METRO-NIDAZOLE 400 MG	
3	ใบสั่งยา	DPT+TPV+Hib+HepB (6โรค)	(6โรค) DPT+TPV+Hib+HepB	จัดยาผิดชนิดกับวัคซีน 5 โรค
	ฉลากยา	Infanrix Hexa (6โรค)	(6โรค) Infanrix Hexa	
4	ใบสั่งยา	Caffeine+Ergotamine	Ergotamine + Caffeine	จัดยาผิดชนิดระหว่าง Cafergot tab กับ Ropect tab
	ฉลากยา	Cafergot	CODEINE+GG (ROPECT)	
5	ใบสั่งยา	Codeine 10 mg +Glyceryl guaiacolate 100 mg	CODEINE+GG (ROPECT)	
	ฉลากยา	ROPECT	ROPECT (CODEINE+GG)	
6	ใบสั่งยา	Betahistine 6 mg	Betahistine 6 mg (Merislon)	จัดยาผิดชนิดระหว่าง Merislon 6 mg tab กับ ยาคุมกำเนิด Mercilon 28
	ฉลากยา	Merislon 6 mg	Betahistine (Merislon)	
7	ใบสั่งยา	Desogrestrel 0.15 +Etinyl Estradiol 0.20	Desogrestrel+EE(0.15/0.20)	
	ฉลากยา	Mercilon 28	-	
8	ใบสั่งยา	Brompheniramine	-	จัดยาผิดชนิดกับ

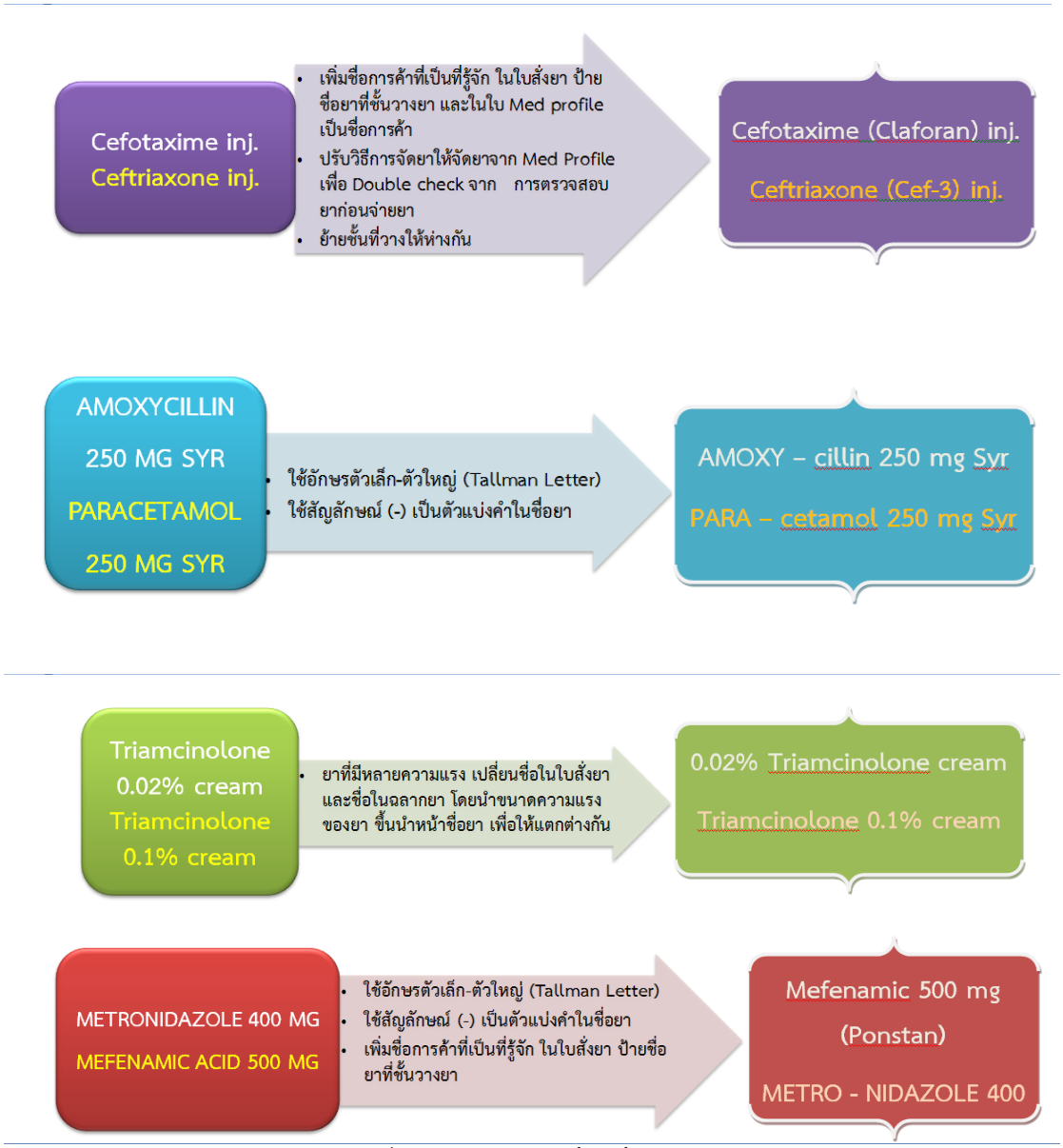
รูปที่ 1 ตัวอย่างตารางสรุปการทบทวนการจัดการยากลุ่ม LASA

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2

การป้องกันการจัดยาผิดในกลุ่ม ชื่อพ้อง มองคล้าย (Look Alike Sound Alike) 2558

กรณีชื่อยาคล้ายกัน (Sound Alike; SA) การมองคล้าย (Look Alike; LA) มีหลายแนวทางในการแก้ไข ป้องกันการจัดยาผิด คือ

- **ชี้แจงข้อมูลรูปแบบยา โดยมีการทบทวนสม่ำเสมอ**
- **อบรม ฟื้นฟูความรู้ด้านยาให้เจ้าหน้าที่**
- **จัดระบบหมุนเวียนผู้จัดยาผู้ป่วยใน ทุกเดือน**
- **ทบทวน กำหนดลำดับวิธีการจัดยา วิธีการอ่านคำสั่งใช้ยา**
- **เปลี่ยนบริษัทผู้จำหน่ายยา เพื่อให้บรรจุภัณฑ์แตกต่างกัน**
- **เปลี่ยนย้ายชั้นที่วางให้ห่างกัน**



รูปที่ 2**ตัวอย่างการเปลี่ยนชื่อยาในกลุ่ม LASA**

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 วันที่ 4 พฤษภาคม 2559

1. คู่ยาที่จัดผิด เมื่อปี 2558 จำนวน 23 คู่ มาเป็นคู่ยา LASA ที่เฝ้าระวัง
2. คู่ยา LASA ใหม่ เช่น ยาใหม่ และยาที่เปลี่ยนรูปแบบ ที่เฝ้าระวังการจัดยาผิด
3. การประชุมร่วมกันในการกำหนดคู่ยาLASA
4. ทบทวน LASA ให้เป็นปัจจุบันในการประชุมประจำห้องทุกสัปดาห์
5. การบันทึกข้อมูลในกิจกรรมทบทวนความคลาดเคลื่อนการจัดยา (pre – dispensing error) ของห้องยารายเดือน ให้บันทึกจำนวน และลักษณะเหตุการณ์ว่าเกิด ME จากยาในกลุ่ม LASA

กิจกรรมทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา

กิจกรรมทบทวนที่ 7 เรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยา วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2559

เรื่อง การจัดยาและจ่ายยา OPD เภสัชกรรม เดือนมกราคม 2559 ทบทวนครั้งที่.....4/2559.....

วัตถุประสงค์ ทบทวนความคลาดเคลื่อนในการจัดยาและจ่ายยาผู้ป่วยนอก

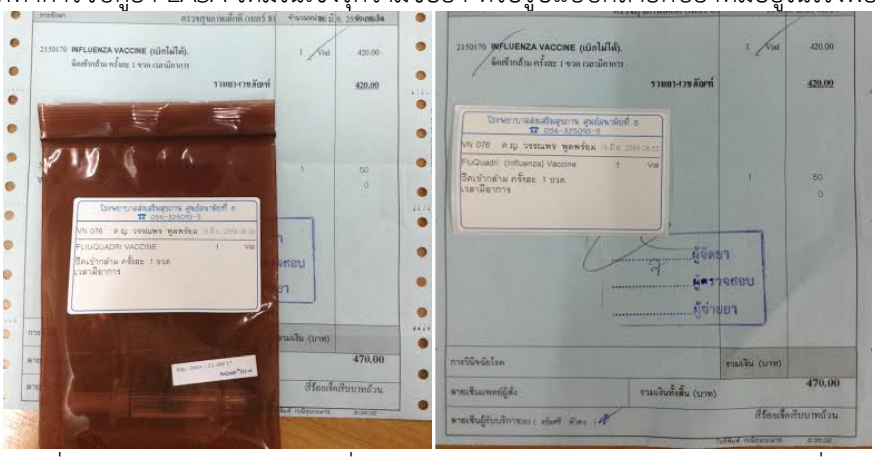
หน่วยงานหลัก OPD เภสัชกรรม FA : ภญ.เพียงฤทัย Note Taker : ภญ.ภัทราวดี ผู้เข้าร่วม : ภก.ประยงค์, ภญ.จิราพร, คุณธัญญาภรณ์, คุณจิตติมา, คุณสุรพงษ์, คุณสายพิณ, คุณอรุณรัตน์, คุณสมบูรณ์ และคุณธนกร

ชื่อยาที่ผิด	ชื่อยาที่ถูกต้อง	จำนวน	สาเหตุ	การปรับปรุง/แก้ไข
การจัดยา OPD รวมจัดยาผิดทั้งหมด เดือนมกราคม 2559 จำนวน 4				
1. การจัดยาผิดชนิด รวม 2				
Ketoconazole cream	Clotimazole cream	1	-LASA กล่องยาสีขาว และมีขนาดคล้ายกัน บริษัทยาเดียวกัน	- เปลี่ยนบริษัทซื้อยา Ketoconazole cream - ย้ายที่วางชั้นเก็บยาให้ห่างกัน
Cetirizine (Zytec Syr)	Carbocysteine (Amicof Syr)	1	-Human error	-เพิ่มความรอบคอบในการจัดยา
2. การจัดยาผิดความแรง รวม 1				
Norfloxacin 100mg	Norfloxacin 400mg	1	-LASA ชื่อยาเดียวกัน	เดิม ฉลากยา และใบสั่งยา NORFLOXACIN 400 MG ใหม่ ฉลากยา และใบสั่งยา NOR-Floxacin 400 mg เดิม ฉลากยา และใบสั่งยา NORFLOXACIN 100 MG ใหม่ ฉลากยา และใบสั่งยา 100 mg NORFLOXACIN
3. อื่นๆ รวม 1				
ติดฉลากยาสลับซอง Mejact/Singulair		1	-Human error	-เพิ่มความรอบคอบในการจัดยา
รวมจัดยาผิดทั้งหมด เดือนมกราคม 2559		4		

รูปที่ 3**ตัวอย่างกิจกรรมทบทวนความคลาดเคลื่อนการจัดยารายเดือน**

6.ยาใหม่ ยาเปลี่ยนรูปแบบ เปลี่ยนบริษัท ดำเนินการแจ้งเจ้าหน้าที่ทุกคนในห้องยาทราบ โดยมีการประชุม morning talk เป็นประจำอย่างน้อยทุกสัปดาห์ พร้อมกับมีการทดสอบความรู้เรื่องยาในเจ้าหน้าที่ห้องยาเรื่องการจัดการยา LASA พร้อมยกตัวอย่างการดำเนินการแก้ไขให้เกิดความแตกต่างกันของยาที่คล้ายกันในหน่วยงาน

7.จัดทำการจับคู่ยา LASA ใหม่ในเชิงรุกว่ามีชื่อยา หรือรูปแบบคล้ายกับยาที่มีอยู่ในโรงพยาบาล



รูปที่ 4ตัวอย่างการจัดการแก้ไขชื่อยาใหม่ในเชิงรุก ก่อนการเกิดความคลาดเคลื่อน

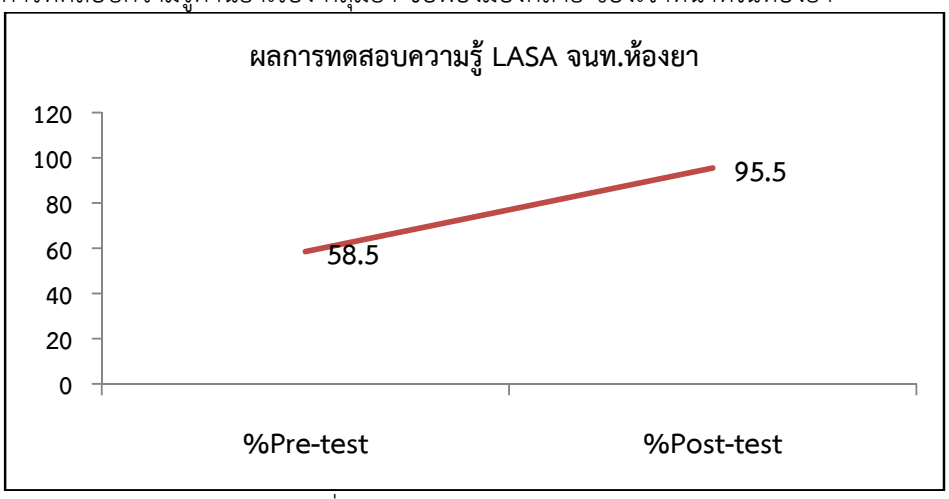
7) การประมวลผล/กลั่นกรอง/เรียนรู้/วิเคราะห์ข้อมูล

แนวทางการจัดการกลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้าย (LASA)

- การทบทวนรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาการจัดยาผิด ประจำเดือนร่วมกันในหน่วยงานห้องยา
- ติดประกาศรายชื่อคู่ยา LASA ที่ดำเนินการแก้ไขที่บอร์ดประจำหน่วยงาน
- เก็บข้อมูลในแฟ้มกิจกรรมการทบทวนความคลาดเคลื่อนรายเดือนภายในหน่วยงานพร้อมระบุรูปแบบการเกิด ME และการแก้ไขปรับปรุงตามข้อตกลง

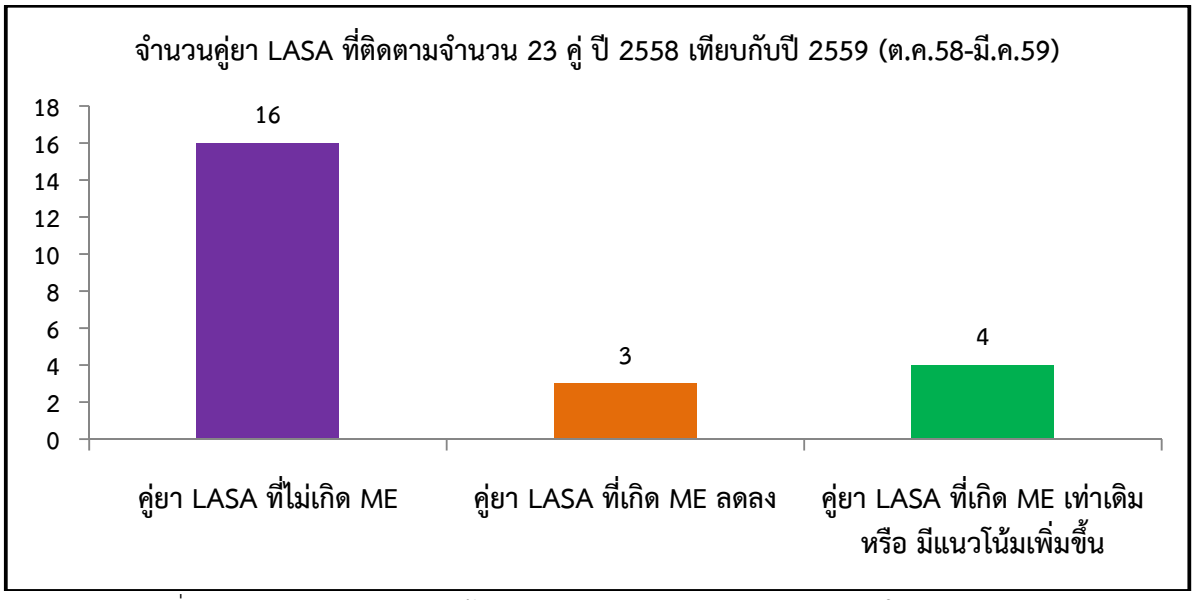
ผลการจัดการความรู้

1. การทดสอบความรู้ด้านยาเรื่อง กลุ่มยา ชื่อพ้องมองคล้าย ของเจ้าหน้าที่ในห้องยา



กราฟที่ 1 สรุปผลการจัดการทดสอบความรู้ด้านยา

2. ผลการติดตามการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) ในกลุ่มยา LASA ที่กำหนด



กราฟที่ 2 สรุปผลการจัดการความรู้การจัดยาผิด (pre- dispensing error) ในกลุ่ม LASA

8.การนำไปใช้ การเผยแพร่การต่อยอดความรู้

- **การนำไปใช้**
  1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความรู้ ความเข้าใจถึงความหมาย ความสำคัญของการจัดการยากลุ่ม LASA
  2. เกิดแนวทางการจัดการยากลุ่ม LASA ที่เป็นระบบ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับรูปแบบของการปฏิบัติงานในหน่วยงาน
  3. เกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยากลุ่ม LASA ลดลง
  4. ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง และปลอดภัย

➢ **การเข้าถึง และการเผยแพร่**

- DriveK: KM/การจัดการความรู้2559/เภสัชกรรม และ Facebook: KM – ศอ.3 นครสวรรค์
- แฟ้มรายงานกิจกรรมทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยารายเดือนของกลุ่มงานเภสัชกรรม
- LINE กลุ่มของหน่วยงาน ห้องยา03
- บอร์ดชี้แจงข้อตกลง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา และบอร์ดแสดงผลงานการจัดการความรู้ LASA

รูปที่ 5บอร์ดแสดงผลงานการจัดการความรู้ LASA ภายในห้องยา

➢ **การพัฒนาต่อยอดความรู้**

1. การนำเสนอเพิ่มเติมในรูปแบบงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) เพื่อให้มีการติดตามวิเคราะห์ผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ
2. การนำระบบการจัดการยาชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) ไปใช้ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนของระบบจัดการยาอื่น ๆ และเกิดการจัดการด้วยสหวิชาชีพ เช่น การสั่งใช้ยาโดยแพทย์ การบริหารยาโดยพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

ฉัตราภรณ์ ชุ่มจิต และเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ (2551) การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล: บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา,กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *Thai Pharm Health Sci J 2009;4(1):127-135*.

ฉัตราภรณ์ ชุ่มจิต (2556) การพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยของ ยาที่มีรูปคล้าย เสียงพ้อง ในโรงพยาบาลของรัฐ, การนาเสนอความก้าวหน้าวิทยานิพนธ์ ครั้งที่ 7.

นันนทรัตน์ วัฒนผาสุกานนท์ (2554) การลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยา กลุ่มชื่อพ้องมองคล้าย(Look Alike – Sound Alike; LASA) หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลตากสิน

พรชัย วีระเศรษฐ์ศิริ (2551) การลดความคลาดเคลื่อนประเด็นจ่ายยาที่มีสาเหตุจากชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) 10 อันดับแรกปี 2551, กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี.

สุมาลิน มาแสวง (2557). การพัฒนาระบบการลดความคลาดเคลื่อนทางยาจาก LASA (look-alike sound alike) ในกระบวนการ pre – dispensing, กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู.

เพียงฤทัย พิพัฒนสิริ (2549) การป้องกันการจัดยาผิดในกลุ่มชื่อพ้องมองคล้าย, กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์.