

สรุปการประชุมคณะกรรมการ Medication Safety Team (MST)
วันที่ 22 ธันวาคม 2559 ณ.ห้องประชุมสัตตบุษย์ เวลา 14.00 น. - 16.00 น.

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. นางอรอุมา บุญมาก | ห้องคลอด |
| 2. นายยศพล ทองไทย | งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน |
| 3. นส.ประภาพร ศุภสุข | งานวิสัญญี |
| 4. ภญ. อาภาพร พรหมโนภาศ | งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน |
| 5. ภญ. รวิพรรณ หลีกรัตน์ | งานบริหารเภสัชกรรม |
| 6. นางสมร ผลาไวย์ | หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม |
| 7. น.ส.ปวีณา เหมือนตา | หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง |
| 8. น.ส.ศุภรัตน์ ชันโท | หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง |
| 9. นส.ยุพิน สุจินพลัม | หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก |
| 10. นางปณิตตรา กำแก้ว | งานบริการผู้ป่วยนอก |
| 11. นางกฤษณา ประกอบศรี | หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมทั่วไป-กระดูก |
| 12. น.ส.นฤทัย อาภรศรี | หอผู้ป่วยหนัก(ICU) |
| 13. นางเบญจมาศ เร่งศึก | งานผู้ป่วยนอก สูตินรีเวชกรรม |
| 14. นางพิสมัย ชารีโท | หอผู้ป่วยกุมารเวช |
| 15. น.ส.สุรวดี จันทร์พวง | หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม |
| 16. ภก. ประมวล กำแก้ว | หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน |
| 17. ภญ. สันทนา ทองผุย | เลขาทีม MST |
| 18. ภญ.ปนัดดา แสงทอง | เลขาทีม MST |

วาระที่ 1. ทบทวนความเสี่ยงระบบยา (ความคลาดเคลื่อนทางยา)

1. จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางยาที่เกิดในหน่วยงานและหน่วยงานรายงาน
 - a. จากข้อตกลงในการประชุม MST และ RM ระบุแนวทางการรายงานความเสี่ยงระบบยาโดยให้รายงานในโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่ มกราคม 2559 ซึ่งพบว่ายังมีการรายงานความเสี่ยงเข้าในระบบหลังจากการบันทึกแก้ไขน้อยกว่าจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขจริง
 - b. หน่วยงานที่พบการรายงานความเสี่ยงในระบบมากที่สุด 5 อันดับ คือ
 - ห้องยาผู้ป่วยใน (ห้องยานำข้อมูลที่ยังไม่ได้ลงข้อมูลในโปรแกรมความเสี่ยงของ รพ. จากบางหน่วยงานลงข้อมูลย้อนหลัง)
 - ตึกศัลยกรรมหญิง

- ด็กพิเศษคัลยกรรมกระดูก
- ด็กคัลยกรรมกระดูก
- ด็กพิเศษทวีกันยา

ส่วนบางหน่วยงานไม่ได้รายงานข้อมูลในระบบหรือ ข้อมูลยัง Under report หรือแบบ
บันทึกความเสียหาย

c. หน่วยงานที่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงมากที่สุด 5 อันดับ คือ

- องค์กรแพทย์
- ห้องยาผู้ป่วยใน
- ด็กอายุรกรรมหญิง
- ด็กอายุรกรรมชาย
- ด็กคัลยกรรมหญิง

2. ปัญหาและอุปสรรคในการรายงาน

- a. การลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมความเสี่ยง (ภาระงานที่เพิ่มขึ้น, โปรแกรมของ รพ. ไม่เอื้อต่อการลงบันทึกข้อมูล, คอมพิวเตอร์บันทึกข้อมูลความเสี่ยงไม่ได้, ผู้ปฏิบัติไม่สะดวกบันทึกข้อมูลหน้างาน, เครื่องมือไม่เพียงพอ)
- b. การบันทึกข้อมูลย้อนหลัง ส่งผลให้ข้อมูลสะสมมากเพิ่มภาระงานในการรายงานของผู้กรอกข้อมูล, ผู้สรุปข้อมูลไม่สามารถสรุปและส่ง Feedback ข้อมูลกลับหน่วยงานให้เป็นปัจจุบันได้
- c. หน่วยงานที่ลงข้อมูลประเมินอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ถูกต้องเช่น ระดับความรุนแรง / ชนิดความเสี่ยง / โปรแกรมความเสี่ยง / หน่วยงานที่รับผิดชอบความเสี่ยง
- d. ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการนำข้อมูลไปทบทวนแต่ละสายงาน และขาดการทบทวนแบบสหสาขา ทำให้ข้อมูลไม่ถูกนำมาวิเคราะห์หา RCA โดยแท้จริง
 - ➔ องค์กรแพทย์ รอข้อตกลง
 - ➔ เกสัชกร ; ญ.อาภาพร
 - ➔ พยาบาลรอข้อตกลง
- e. นโยบาย / ผลการทบทวนไม่ถูกนำไปสู่ผู้ปฏิบัติได้อย่างทั่วถึง
- f. การประชุมของทีม MST ไม่สม่ำเสมอ
- g. ขาดการทบทวนเคสที่เป็น ADE ที่อาจจะเกิดเป็นความเสี่ยงที่รุนแรงได้
- h. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีความรู้/ ทักษะในการใช้โปรแกรม HosXP ต่างกันและปฏิบัติไม่เหมือนกัน
- i. ข้อมูลที่รายงานในโปรแกรมไม่ถูกเปิดอ่าน และไม่ถูกทบทวน

3. สรุป 5 อันดับประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภทและแนวทางแก้ไข

- a. Prescribing Error → ยกไปประชุมวาระต่อไป
- b. Pre-Dispensing Error → ทบทวนในหน่วยงาน (รีวิวมตรฐานการปฏิบัติงานใหม่ และปรับเปลี่ยนพื้นที่ทำงานภายใน) และนำเสนอในที่ประชุมในวาระต่อไป
- c. Dispensing Error → ทบทวนในหน่วยงาน (ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน) -หาข้อสรุปร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและนำเสนอในที่ประชุมในวาระต่อไป
- d. Transcribing Error
 - อุบัติการณ์ความเสี่ยงขององค์กรแพทย์ พบ 13 อุบัติการณ์
 - อุบัติการณ์ความเสี่ยงของห้องยาใน พบ 233 อุบัติการณ์
 - อุบัติการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล พบ 138 อุบัติการณ์→ ยกไปประชุมวาระต่อไป
- e. Administration Error
 - มีหลักฐานจ่ายยาจากห้องยาแต่ไม่พบยาบนหอผู้ป่วยใน Dose วันต่อมา
 1. แพทย์ไม่ได้สั่ง stat แต่พยาบาล stat ยาให้กับผู้ป่วย → พบปัญหาในกลุ่มยาโรคเรื้อรัง
 - a. รอทบทวนปรับมาตรฐาน/ ระเบียบยา Stat → ยกไปประชุมวาระต่อไป
 - b. ระหว่างรอปรับมาตรฐาน/ ระเบียบยา Stat ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเดิมโดยแพทย์ต้องมีคำสั่ง With stat ในรายการที่ที่ต้องการให้ผู้ป่วยทานยาทันที เพื่อลดปัญหาการสื่อสารที่ไม่ตรงกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

หมายเหตุ (ระเบียบปฏิบัติยา Stat Dose)

- ยา stat dose หากเป็นยาช่วยชีวิต ให้ภายใน 15 นาที (บัตรยาด่วน : สีแดง)
- ยา stat dose ทั่วไป ให้ภายใน 30 นาที - 1 ชม. (บัตรยาด่วน : สีเหลือง)
- คำสั่ง ATB ทั้งยากินและยาฉีด ถือว่าเป็นคำสั่ง STAT โดยอัตโนมัติ (ให้ภายในครึ่ง - 1 ชั่วโมง) : ห้องยาต้องจ่ายยาเมื่อ dose stat ด้วยทุกครั้ง
- การจ่ายยากิน - ยาฉีดจะให้ถึง Dose 14.00 น. ของวันถัดไป
- ระบบการเบิกยา stat หากเป็นยาช่วยชีวิต
- ตารางการให้ยากิน/ ยาฉีด ให้ยึดการจ่ายและการให้ยาตามตารางการจ่ายยา
รูปแบบ Injection

ดำเนินการดังนี้

- พยาบาลแยก copy order ออกมาแล้วหนีบัตร “ ยาค่วน ” (สีแดง)
- โทรประสานห้องยาเพื่อให้เตรียมยาไว้
- เกสซ์ตรวจสอบรายการยากับคำสั่งใช้ยาของแพทย์ หากพบปัญหาโทรประสานแพทย์โดยตรงและแจ้งพยาบาลให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลง
- จ่ายยาให้เจ้าหน้าที่ที่มารับยา

คืนยาในถังยาคืน → พยาบาลทบทวนกระบวนการเตรียมยา/
จัดเก็บยาที่ต้องเตรียมบริหาร

อื่นๆ → ยกไปประชุมวาระต่อไป

- Unordered or Unauthorized drug error

1. เบิกยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้ (คัดลอกยาผิดคน/ แพทย์ Off ยาแล้ว แต่พยาบาลไม่ได้ Off ในใบ MAR)
2. อื่นๆ → ยกไปประชุมวาระต่อไป

- Wrong time error

1. อัตรากำลังไม่เพียงพอ
2. ลืมบริหารยา
3. กลุ่มโรค Sepsis การบริหารยาม่าเชื้อตามกระบวนการรักษาไม่สามารถระบุได้ว่าบริหารยาได้ทันตามมาตรฐานหรือไม่เนื่องจากสาเหตุ Miss Dx/ Delay Dx ทำให้ไม่มีการหยิบใช้ Care map Sepsis → ยกไปประชุมวาระต่อไป
4. อื่นๆ → ยกไปประชุมวาระต่อไป

- Wrong drug error

1. เกสซ์กรจ่ายยาผิดชนิด พยาบาลไม่ได้ตรวจสอบซ้ำ
2. เกสซ์กรจ่ายยาผิดชนิด พยาบาลรับคำสั่งแพทย์เป็นรายการยาที่ผิด # ยืนยันกับแพทย์ก่อนบริหารยาทุกครั้งกรณีคำสั่งไม่ชัดเจน / รายการยาที่มีชื่อคล้าย (แพทย์ต้องสั่งใช้ยาตามมาตรฐานการเขียนคำสั่งใช้ยาที่ดีของแพทย์)
3. กรณีคำสั่งใช้ยาของแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์ เช่นไม่ระบุความแรง/ ชนิด/ วิธีบริหารยา ห้องยา consult แพทย์ทันทีกรณีเร่งด่วน (กลุ่มยา/ เหตุการณ์ที่เร่งด่วน/ เหตุการณ์ที่ไม่สามารถติดต่อแพทย์ได้ → ยกวาระข้อตกลงพร้อมแพทย์ในวาระการประชุมต่อไป)

- Extra dose error

1. ยา EOD ของทุกวัน → กำหนดรอบการบริหารยาไม่ตรงกัน
ระหว่างเภสัชกรและพยาบาล → ดังนั้นกรณีมีคำสั่งการบริหารยา
วันเว้นวัน ให้พยาบาลระบุวันที่บริหารยาลงท้ายสำเนาคำสั่งแพทย์
ก่อนส่งห้องยา
2. อ่านวิธีใช้ผิด → ทบทวนกระบวนการทำงานตามมาตรฐานการ
บริหารยา
3. ไม่ได้ Round IV → ปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารยา
4. อื่นๆ → ยกไปประชุมวาระต่อไป

วาระที่ 2. ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ D ขึ้นไป

1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงระดับ D พบ 18 อุบัติการณ์ → ยกไปประชุมวาระต่อไป
2. อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงระดับ E พบ 2 อุบัติการณ์ → ยกไปประชุมวาระต่อไป
3. อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่รุนแรงระดับ I พบ 1 อุบัติการณ์ → ยกไปประชุมวาระต่อไป

วาระที่ 3. ทบทวนแนวทางการรายงานความเสี่ยงทางยา และการจัดการข้อมูลความเสี่ยง

1. การแบ่งชนิดความคลาดเคลื่อน
 - a. Prescribing Error → กระบวนการที่แพทย์สั่งยาคลาดเคลื่อนหรือพบ DRP จาก
การสั่งใช้ยา (ทางวาจา/คอมพิวเตอร์/ Doctor order sheet)
 - b. Pre-Dispensing Error → กระบวนการความคลาดเคลื่อนทางยาภายในห้องยา
(การจัดยา/ การเช็คยาก่อนส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย/ หอผู้ป่วย)
 - c. Dispensing Error → กระบวนการความคลาดเคลื่อนทางยาหลังการจ่ายยา
(ให้กับผู้ป่วย/ ส่งยาเข้าหอผู้ป่วย)
 - d. Transcribing Error → กระบวนการความคลาดเคลื่อนทางยาจากการคัดลอก
คำสั่งแพทย์ (แพทย์-แพทย์, แพทย์-พยาบาล, แพทย์-เภสัชกร)
 - e. Administration Error กระบวนการความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริหารยา
ให้กับผู้ป่วย เริ่มจาก
 - การตรวจรับยาจากห้องยา ต้องตรวจรับยาให้แล้วเสร็จภายในเวรป่วย เพื่อ
พบความคลาดเคลื่อนทางยาแก้ไขให้เรียบร้อยภายในเวรป่วยและส่งความ
เสี่ยงให้ฝ่ายเภสัชกรรมทบทวน หากพบความเสี่ยงไม่พบยาหลังจากเวร
ป่วยให้หน่วยงานทบทวนอุบัติการณ์ยาภายในหน่วยงานของตนเอง
 - การเตรียมยา / ผสมยา

- การบริหารยา (การให้ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับ/การติดตามอาการหลังได้รับยา/ เทคนิคการบริหารยา, การบริการยาตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาล)

2. ทบทวนแนวทางการรายงานความเสี่ยงทางยา

→ ยกไปประชุมวาระต่อไป

3. การจัดการข้อมูลความเสี่ยง

→ ยกไปประชุมวาระต่อไป

ชพ.

.....
(พญ.ธิตติมา สายสุด)

ประธานทีมบริหารความปลอดภัยด้านยา