

สรุปการประชุม MST

วันที่ 29 กันยายน 2558

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นางสาวประภาพร ศุภสุข	ประธาน MST nurse
2. นางปิ่นนัท บัวตก	หัวหน้างานวิสัญญี
3. นางเพ็ญพร โภชะนัง	หัวหน้าตึกอายุรกรรมชาย
4. นางสาวยุพิน สุจินพหลิม	เลขานุการ MST.nurse
5. นางปณิตตรา กำแก้ว	พยาบาลวิชาชีพตึก OPD
6. นางสาวพิชญ์สุดา แจ่มกลาง	พยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด
7. นางสมร ผลาไวย์	พยาบาลวิชาชีพ พิเศษสูติกรรม
8. นางกฤษณา ประกอบศรี	พยาบาลวิชาชีพ พิเศษศัลยกรรม
9. นางสาวปวีณา เหมอินตา	พยาบาลวิชาชีพ ศัลยกรรมหญิง
10. นางสาวศุภรัตน์ ชันโท	พยาบาลวิชาชีพ อายุกรรมหญิง
11. นางสาวนัฐติยา	พยาบาลวิชาชีพ ศัลยกรรมชาย
12. ภก.อภิชาติ ทองมนต์	เภสัชกร
13. ภก.ปณิธาน โรมสุข	เภสัชกร
14. ภญ.พัชร รัตน์อนันต์	เภสัชกร
15. ภญ.อาภาพร พรหมโนภาส	เภสัชกร
16. ภญ.รวิพรรณ หลักรัตน์	เภสัชกร
17. ภญ.ปนัดดา แสงทอง	เภสัชกร
18. ภญ.สันทนา ทองมุข	เภสัชกร
19. ภก.ประมวล กำแก้ว	เภสัชกร

วาระการประชุม

1. สรุปอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาปีงบประมาณ 2558

การรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเมื่อเปรียบเทียบกับประมาณย้อนหลัง พบว่าการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง ยกเว้นDispensing Error ที่มีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบสัดส่วนการตักจับข้อมูลของPre dispensing กับ Dispensing พบว่าการตักจับอุบัติการณ์ในฝ่ายเภสัชกรรมยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ ทำให้ยังพบอุบัติการณ์ Dispensing Error จากหมอผู้ป่วยต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น สาเหตุของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ การส่งต่อข้อมูล/ การสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่บกพร่อง และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย

พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E 2 อุบัติการณ์เป็นอุบัติการณ์แพทย์ซ้ำซึ่งได้พบทวนในหน่วยงานและแก้ไขระบบ

1.) Prescribing Error อัตราความผิดพลาดเคลื่อนทางยาลดลงจากปีงบประมาณ 2557 ความผิดพลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดคือ untreated indications จากกระบวนการ MRC ส่วนอุบัติการณ์ที่รุนแรงที่สุดคืออุบัติการณ์ระดับ E ซึ่งเป็นกรณีแพทย์ซ้ำทั้ง 2 อุบัติการณ์ → พบทวนในองค์กรแพทย์

2.) Predispensing Error อัตราความผิดพลาดเคลื่อนทางยาใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2557 ความผิดพลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดคือการจัดยาผิดจำนวน และจัดยาผิดชนิด → พัฒนาระบบป้องกันและทบทวนในหน่วยงาน , การบันทึกข้อมูลความผิดพลาดเคลื่อนในขั้นตอนนี้ยังมีการบันทึกข้อมูลที่ยกกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดของ Predispensing และ Dispensing พบว่ายังดีกจับข้อมูลเตือนภัยทำให้พบอุบัติการณ์นอกหน่วยยังเพิ่มขึ้น → ทบทวนแนวทางการจัดข้อมูลในหน่วยงานเพื่อป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นรุนแรง

3.) Dispensing Error อัตราความผิดพลาดเคลื่อนทางยา เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2557 อุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดคือการจัดยาไม่ครบรายการและมีหลักฐานการจัดยาแต่ไม่พบบันทึกผู้ป่วยนี้สาเหตุอาจเกิดจากขั้นตอนการตรวจสอบยาที่พบคือการตรวจสอบยาไม่เอื้ออำนวยทำให้อาจมีของยาตกหล่นระหว่างการตรงเจ็ด Order care map / Post op ที่มีการปรับเพิ่มลดรายการและขนาดยา แต่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการไม่คุ้นเคยกับเอกสารอาจไม่ตรวจสอบชัดเจนและไม่เข้าใจการสื่อสารจากเอกสาร และไม่มีความใส่ใจที่ห้องยาทำให้ไม่สามารถตรวจสอบ Double check การศัลยกรรมระบบไตในขั้นตอนการตรวจสอบ >> เน้นย้ำเจ้าหน้าที่ตรวจสอบให้เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น เน้นย้ำแพทย์ review การรักษาตามระเบียบปฏิบัติรอบการ stat ยา ให้ยึดตามรอบการบริหารยาและ ให้พยาบาลเขียนเวลากำกับใน order หากแพทย์ไม่ลงเวลาและยาฆ่าเชื้อให้เขียนยาที่ต้อง auto stat เน้นย้ำการใช้ยาของแพทย์หากต้องการให้ Stat dose ต้องเขียนในคำสั่งให้ชัดเจน จัดอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่หมเกี่ยวกับรอบการบริหารยาพร้อมเก็บระเบียบปฏิบัติยาที่มีความเสี่ยงสูง

พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดเคลื่อนทางยาระดับ E จำนวน 2 อุบัติการณ์เป็นอุบัติการณ์แพทย์ซ้ำซึ่งได้ทบทวนในหน่วยงานและแก้ไขเชิงระบบโดยสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากฐานข้อมูลชื่อยาที่หลากหลายข้อมูลทำให้ระบบคอมพิวเตอร์ไม่สามารถแจ้งเตือนกรณีมีการสั่งรายยาที่แพทย์ซ้ำในระบบได้ ซึ่งผู้รับผิดชอบฐานข้อมูลได้ปรับปรุงแก้ไขฐานข้อมูลในระบบแล้ว และติดตามและจะแก้ไขเมื่อพบปัญหาอีกครั้ง

4.) Pre administration error อัตราความผิดพลาดเคลื่อนทางยา ลดลงจากปีงบประมาณ 2557 อุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดคือพบหลักฐานการจัดยาจากห้องยาแต่ไม่พบยาบนมือผู้ป่วยทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดจากกระบวนการตรวจสอบยาหลังรับยาจากห้องยาซึ่งขาดการตรวจสอบที่ครบถ้วนทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร กระบวนการเก็บยายังมีคำสั่งยาที่เตรียมบริหารคืนและทิ้งยา Dose ถัดไป → ทบทวนในหน่วยงาน การศัลยกรรมแพทย์ให้เก็บแยกไว้ในตู้เย็นและแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องยาเก็บคืนจากตู้เย็นเอง

5.) Administration error อัตราความผิดพลาดเคลื่อนทางยา เพิ่มจากปีงบประมาณ 2557 อุบัติการณ์ที่พบมากที่สุดคือพบการบริหารมากกว่าคำสั่งแพทย์ Extra dose error และการลืมบริหารยาทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดจากการสื่อสารผิดพลาดเคลื่อน/ อำนวยมือแพทย์ผิดพลาดเคลื่อน ขาดการทวนคำสั่งแพทย์กรณีสั่งไม่ชัดเจน

การกรทบทวนอุบัติการณ์และผลการทบทวน → ปรับแนวทางกรรายงานอุบัติการณ์ให้ข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลความเสี่ยงโรงพยาบาลเพื่อให้หน่วยงานสามารถดึงข้อมูลขอหน่วยงานไปวิเคราะห์ได้สะดวกมากขึ้นตั้งมีการรยการรยการแพทย์ต้องการให้ผู้ช่วยทบทวนที่จะต้องมีคำสั่ง with stat ทุกครั้ง หากไม่มีคำสั่ง with stat ท้องยาจจะจ่ายยาตามรอบกรบริหารรยการ และพยาบาลจะต้องขอกรบริหารยาให้กับผู้ช่วยตามรอบ หากผู้ช่วยมีสภาวะที่จำเป็นต้องทบทวนยาที่แจ้งแจ้งแพทย์และเขียน Order stat มาเบิกยาที่ห้องยาตามระบบพบอุบัติการณ์กรวัดความคลาดเคลื่อนทางยาในการบริหารยาให้กับผู้ป่วยพบระดับ E จำนวน 1 อุบัติการณ์ซึ่งเป็นอุบัติการณ์กรแพทย์กรร

รูปแบบกรรายงานความคลาดเคลื่อน

1.ปัญหาและอุปสรรคในการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

- 1.1 การกรกรออกข้อมูลไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้
- 1.2 ส่งข้อมูลประจำเดือนจากแต่ละหน่วยงานมาที่ห้องยาล่าช้าและไม่เป็นปัจจุบัน
- 1.3 การส่งต่อข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา กลับหน่วยงานล่าช้า
- 1.4 ช่องทางในการส่งต่อข้อมูลไม่สะดวกกรปฏิบัติ
- 1.5 ทีมความเสี่ยงต้องการให้ข้อมูลบันทึกในฐานข้อมูลเดียวกับข้อมูลความเสี่ยงในโปรแกรมความเสี่ยงอื่น ๆ เพื่อให้สามารถดึงข้อมูลวิเคราะห์ได้สะดวก

2. แนวทางแก้ไข : ปรับรูปแบบกรรายงาน

- 1) กรออกอุบัติการณ์กรวัดความคลาดเคลื่อนทางยาในสมุดแบบฟอร์มความคลาดเคลื่อนทางยา (อยู่ในขั้นตอนกรส่งพิมพ์ เพื่อทดลองใช้งาน) โดยบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมสาเหตุและการแก้ไขจากนั้นผู้รับผิดชอบความเสี่ยงประจำแต่ละหน่วยงานกรกรกรข้อมูลในแบบฟอร์มลงในโปรแกรมความเสี่ยงของรพ.ในระบบ Intranet
 - 2) สำเนาข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในสมุดบันทึกกรรวบรวมส่งคืนที่ห้องยาเพื่อให้ผู้ดูแลความคลาดเคลื่อนของระบบยาตรวจสอบข้อมูลกรกร
 - 3) ซึ่งแจ้งแนวทางการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาปีงบประมาณ 2559 โดยปรับชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาใหม่โดยจัดเป็น 5 ชนิด ดังนี้
Prescribing Error : ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนกรสั่งยาโดยแพทย์
Transcribing Error : ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนกรคัดลอกคำสั่งกรใช้ยา
Pre dispensing Error : ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนกรจ่ายยา
Dispensing Error : ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนกรจ่ายยา
Administration Error : ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนกรบริหารรยการ
 - 4) ประชุมทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ทุกๆ 3 เดือน
- ปรับรยการรยการสำรองบนหอผู้ป่วยโดยพิจารณาให้มีการสำรอง 50%Glucose บนหอผู้ป่วยจำนวน 2 ขวด ทั้งนี้อาจมีการปรับปริมาณที่ต้องการสำรองตามความเหมาะสมของแต่ละหอผู้ป่วยอีกครั้ง

2. พบพยานผู้ยาที่เกิดขึ้นความคลาดเคลื่อนบ่อยๆ และปรับรายการคู่ LASA ในช่วง ต.ค.2558 ดังนี้

ผู้ยา “มองคล้าย Look alike ” ในงานผู้ป่วยใน 8 ผู้ยา (ฉ.ย.57)	ปีงบ 58
1.Aspirin 300 mg – KCl 500 mg	
Calcium gluconateinj 10 ml (GPO) – Sodium bicarbonate inj 10 ml	#ยกเลิก
Celebrex 200 mg – Celebrex 400 mg	#ยกเลิก
2.CPZ 25 mg (U.ATC) – CPZ 50 mg (U.ATC)	
3.Diazepam 5 mg (GPO)– Dimenhydrinate 50 mg	
4.Dimenhydrinateinj (U.LBS) – 50%Magnesium sulfate inj (U.ATC)	
5.Fluphenazine 25 mg inj(DECA) – Haloperidol 50 mg inj(HARIDOL-D)	
6.Metoclopramide inj /Plasil (GPO) – Gentamicin inj	
7.Vit K1 1mg - Vit K1 10 mg	# NEW
8.Dimen Tab - Brom Tab	# NEW
9.Lincomycin - DMPA	# NEW
10.Nimbex - Heavy marcain	# NEW
11.Succinylcholine - Neostigmine	# NEW
ผู้ยา “ชื่อพ้อง Sound – alike ” ในงานผู้ป่วยใน	ปีงบ 58
Amlodipine – Allopurinol	#ยกเลิก
Cefotaxime– Cefuroxime	#ยกเลิก
Co-trimoxazole - Clotrimazole	#ยกเลิก
1.Diclofenac-Dicloxacillin	
Dobutamine– Dopamine	#ยกเลิก
2.Glibenclamide–Glipizide	
3.Hydroxyzine - Hydralazine	

4.Loratadine-Lorazepam	
5.LOSEC R (Omeprazole) - LASIX (R)(Furosemide)	
6.Methyldopa 250 - Madopar 250 (Levodopa + Benserazide)	
7.Vit B1 100 mg inj - Vit B Complex inj	
8.Amlodipine 5 mg - Amlodipine 10 mg	# NEW
9.MEFFLOQUINE 250 mg. TAB - Mefenamic 250 mg	# NEW



.....
(ภญ.อาภาพร พรหมโนภาส)
ผู้บันทึกการประชุม



.....
(ภญ.สันทนา ทองพุย)
เลขานุการ MST.



.....
(พญ.ริติมา สายสุด)
ประธาน PTC และ MST

ประจักษ์ MST
 29 กันยายน 2558

ที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ
1	ศิริพร กาจนรัตน์	มสค	ศิริพร.
2	ประจักษ์ ทรัพย์	มสค	↓
3	ปัทมา กัญจน์	รพ	★
4	น.อ. ประจักษ์ เจริญ	มสค	ประจักษ์
5	ภาณุ ธรรม แสงใหญ่	VED สศ-มสค	อนุช
6	พร.ธรรม วิเศษทอง	Phar IPD	อนุช
7	ดร. สุวิมล ธรรม	มสค	↓
8	ดร. สุวิมล ธรรม	มสค	↓
9	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
10	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
11	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
12	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
13	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
14	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
15	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
16	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
17	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
18	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
19	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
20	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
21	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
22	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
23	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
24	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
25	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓
26	น.อ. ประจักษ์ ธรรม	มสค	↓