

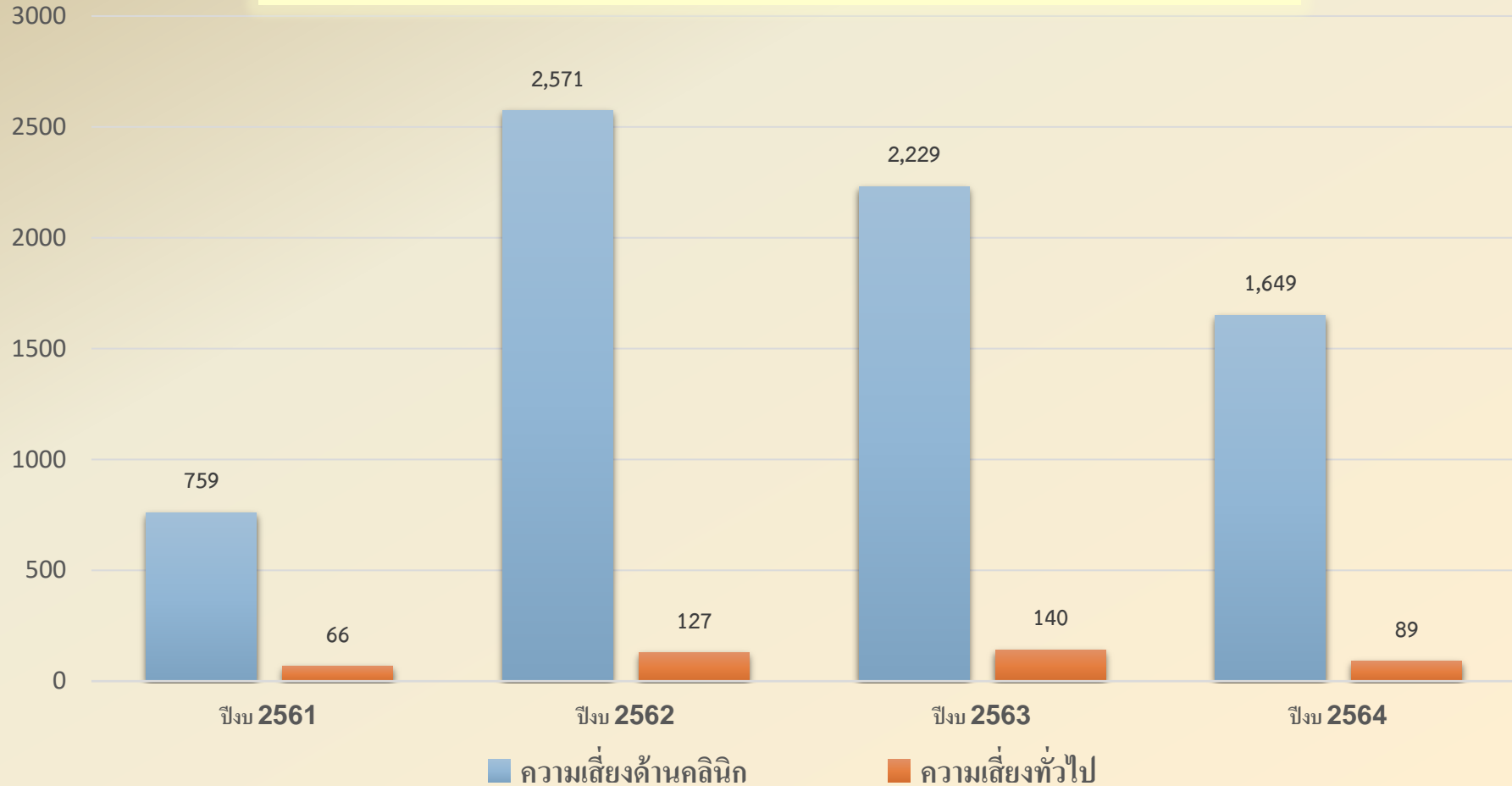


ผลการดำเนินงานระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปีงบประมาณ 2563 - 2564



กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงใน ระบบ HRMS



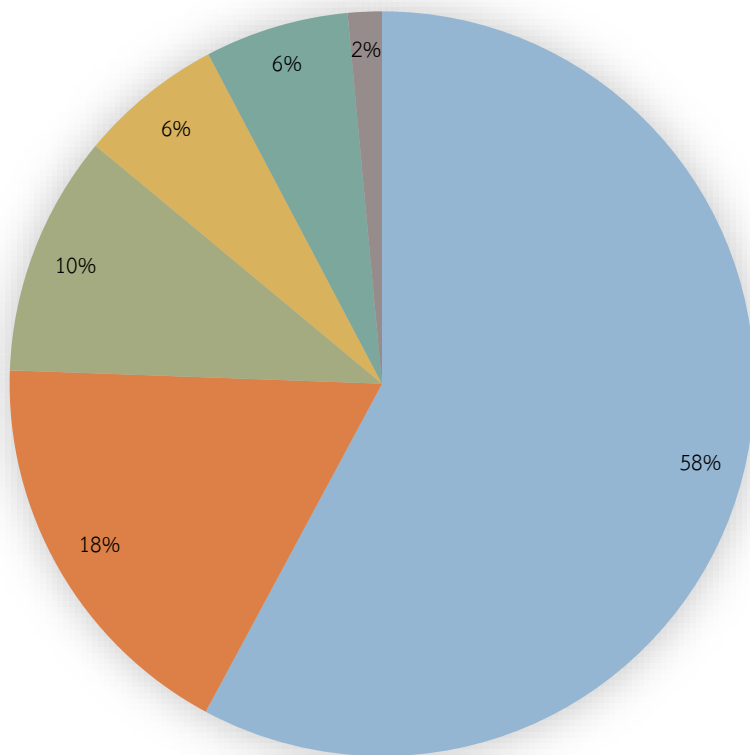


แนวทางการรายงานและยืนยันความเสี่ยงในระบบ HRMS





อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก แยกตาม SIMPLE ปีงบประมาณ 2563 - 2564



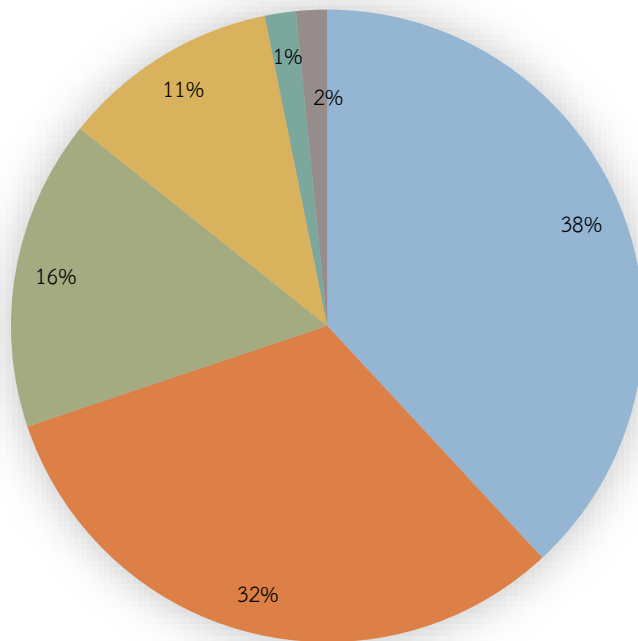
■ Medication & Blood Safety

■ Patient Care Processes

■ Safe Surgery



อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป แยกตาม SIMPLE ปีงบประมาณ 2563 - 2564



■ Infection and Exposure

■ Environment and Working Conditions

■ Process of work

■ Lane (Ambulance) and Legal Issues

■ Mental Health and Mediation

■ Security and Privacy of Information and Social Media



การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญ

อุบัติการณ์ความเสี่ยง	2563	2564
1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	2	1
2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กร (ในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ)	31	37
3. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event	1,124	688
4. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	-	-
5. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	22	8
6. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	2	-
7. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	12	8
8. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	2	-



ภาพรวมจำนวนการเกิดและการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2563

(2369/1855 = 78.30%)

ด้าน / ระดับความรุนแรง	A-I	A-F	1-4
1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก	2229/1762 (= 79.05%)	-	-
2. อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป	-	105/69 (65.71%)	35/24 (68.57%)



จำนวนการเกิดอุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก ปีงบประมาณ 2563

ระดับความรุนแรง	จำนวนทั้งหมด / จำนวนการแก้ไข	ร้อยละการแก้ไข
A – D	1632 / 1297	79.47
E – F	512 / 395	77.15
G – H – I	85 / 70	82.35
E – I	597 / 465	77.89



ภาพรวมจำนวนการเกิดและการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง ปีงบประมาณ 2564
(1778/954 = 53.66%)

ด้าน / ระดับความรุนแรง	A-I	A-F	1-4
1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก	1638/861 (52.56 %)	-	
2. อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป	-	63/15 (23.81)	26/16 (61.54)



อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกแยกเป็นระดับ

ระดับความรุนแรง	จำนวนทั้งหมด / จำนวนการแก้ไข	อัตราการแก้ไข (%)
A – D	1086 / 670	61.69 %
E – F	485 / 176	36.29 %
G – H – I	67 / 15	22.39 %
E – I	552 / 191	34.60 %



ประเภทของอุบัติการณ์

เป็นประเภทด้านคลินิก : ระดับความรุนแรง H

วันที่เกิดเหตุ

วันที่ 25 มกราคม 2564 เวลา 23.45 น. สถานที่ หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ



หน่วยงานรายงานเข้าระบบ HRMS

รหัสรายงานอุบัติการณ์ 2101000225 [วัตถุประสงค์การดำเนินงานของกรมการความเสี่ยง]		
หน่วยงานที่รายงาน :	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรดหัวใจ	
ประเภทสถานที่** :	โสตในโรงพยาบาล	
ชนิดสถานที่เกิดเหตุ** :	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ-โสต	
สถานที่เกิดเหตุ** :	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรดหัวใจ	
เป็นอุบัติการณ์ความเสียหายหรือไม่** :	CPM204 - CPM204-Medication error - Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติเหตุในขั้นตอนการจ่ายยา)	
อุบัติการณ์ความเสียหาย :	ผิดชนิด	
สรุปประเด็นปัญหา** :	บริหารผลิตภัณฑ์	
ระดับความรุนแรง** :	H	
ผู้ที่ได้รับผลกระทบ** :	รายบุคคล เพศ** : หญิง อายุ** : 72 ปี	
วันที่เกิดอุบัติการณ์ความเสียหาย** :	25/01/2021 วันที่ค้นพบ : 26/01/2021	
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ความเสียหาย** :	เวร : วันราชการ-เวรนำ หรือ เวลา : 23:45	
แหล่งที่มา/วิธีการค้นพบ** :	ชมผู้ป่วยมีงาน	
รายละเอียดการเกิดเหตุ** :	ผู้ป่วย HN 41204/54 case intramural hematoma type B ซึ่งพบหน้าอกสีม่วง 189/100 สลับ Aortic dissection บริเวณพหุพีตมีการส่งทำ CTA whole Aorta (ขนาดของเส้น) ไม่มีเนื้อเยื่อชั้นใน (calcification) (1.5) size 5 cc/rin plan ที่ยา esmolol admix CCU 23.00u แม้กระทั่งผู้ป่วยมีสติดี ร้อยละของหัวใจ 98%, p 77, BP 135/115 mmHg ใช้ cardipine rate 17 cc/hr หรือคงเหลือ 10 cc/hr และ 23.45 stat Esmolol 10 mg push หลังจากรับยา Esmolol (2:1) drip 15 cc/hr ที่หลอดประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยนำยาไปใส่ขวด สดที่เจดลงแล้ว 51-69 % on mask with bag 10 LPM ร้อยละของหัวใจ 98-99% และ 100.30u ผู้ป่วยมีอาการคันที่กรรอก ประมาณ 30 วินาที ขณะเขียนไม่ได้สติ/SE IV run ใส่ tube 7.5 mmk 22 v/s BP 233/139 mmHg pupil 2 mm คงขนาดเดิมแล้วส่งห้องตรวจเวลา 00:00u ส่งผู้ป่วยเข้า CT scan with contrast ผลปรีวีวี 26/1/64 4 ผลมี stroke ที่ posterior (Posterior reversible ecephalopathy syndrome) ส่งผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉิน สดทันที เวลา 20.30u นัศัตร โพรเซซยา esmolol และแจ้งว่า ยาที่ฉีดกรรอกมาเป็น ยา Esmeron (antimuscle relaxant) ไม่ใช่ยาลดความดันซึ่งเป็นสาเหตุที่ตัวกับ Esmolol ซึ่งแพทย์ Order จากนั้นจึงแจ้งให้พยาบาลที่ การให้การเบื้องต้น* :	
เป็นการแจ้งปัญหาหรือไม่** :	หน่วยงาน	
กลุ่มหน่วยงานหลักที่แจ้งปัญหา** :	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรดหัวใจ หน่วยงานร่วมแจ้งปัญหาหรือไม่ : มี	
กลุ่ม/หน่วยงานร่วม	ชื่อเสนอแนะ/แนวทางในการแก้ไขความเสียหาย	เอกสารประกอบ
กลุ่มงานเภสัชกรรม		
ข้อเสนอแนะ/การดำเนินการแก้ไขปัญหา* :	1.การจัดทำขอบเขตของการใช้ยา 12 เภสัชกรรมตรวจสอบยาจ่าย	
วันที่ Log out บันทึกการรับยื่น :	28/01/2021 วันที่แจ้งเหตุให้ผู้มีอำนาจ* : 26/01/2021	
วันที่ Log in บันทึกการแก้ไข :	02/02/2021 วันที่เริ่มดำเนินการแก้ไขปัญหา(กลุ่มหน่วยงานหลัก)* : 26/01/2021	

สรุปประเด็นการจัดการแก้ไข ปัญหาของหน่วยงานหลัก* :	1.กระบวนการเก็บ/จัด/จ่ายยา 2.กระบวนการรับ/บริหารยา
ผลการดำเนินการ ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน* :	สิ้นสุดการแก้ปัญหาในระดับหน่วยงาน โดยยุติปัญหาได้
วันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหา ระดับกลุ่ม/หน่วยงาน* :	02/02/2021
ระบบงานที่มีการปรับปรุง/พัฒนา :	1. การ Cross check กับต้องยาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. การตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องจ่ายยา หากชื่อยาไม่ตรงกับ order ต้องอ่านให้พบ Generic name ของยาขึ้น
รายละเอียดการแก้ไข ของกรมการความเสี่ยง :	
ผลลัพธ์ทางกระบวนการทำงาน** :	
ผลลัพธ์ทางสังคม (ถ้ามี) :	
สรุปผลการแก้ไขความเสียหาย* :	
วันที่สิ้นสุดการแก้ไขปัญหา* :	
วันที่ Export :	30/06/2021



หน่วยงานที่เข้าร่วมประชุม / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.1

ศูนย์บริหารความเสี่ยง

1.2

ฝ่ายการพยาบาล

1.3

กลุ่มงานเภสัชกรรม

1.4

หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ



ผู้เข้าร่วมประชุม

ชื่อ-นามสกุล

2.1. นายสุพัต อธิธิเมฆินทร์

2.2 นางนิตยา ศักดิ์สุภา

2.3 นางสาวเนียง วสันต์ชื่น

2.4 นางนิรพันธ์ กิตติสุภรณ์พันธ์

2.5 นางสกุลตรา สุขวารี

2.6 นางสาววันเพ็ญ ฉัตรชัยเรืองศรี

2.7 นางสาวกาญจนา รักษาไทย

2.8 นางสาวชนิษฐา ศุภระศร

ชื่อ-นามสกุล

2.9 นางศิริพร เวชประสิทธิ์

2.10 นางสาวภัศราภรณ์ ศรีแก้วดารา

2.11 นางสาวเพ็ญพิชญ์ ภู่งศ์พันธ์ุ

2.12 นางสาวอัญชลี เสวกวรรณ

2.13 นางสาวศิริรัตน์ คงกลิ่น

2.14 นางสาวศิวรี ตันติกุล

2.15 นางวารุณี ทฤษฎาวดี

2.16 นางสาวเมธาวิ หาญสิทธิธานนท์

2.17 นางสาวนริศดา บุญส่งสุข

ชื่อ-นามสกุล

2.18 นางสาวจิราภรณ์ จำสัต์ย

2.19 นางสาวสุภกร จันทร์เรือง



รายละเอียดของเหตุการณ์ที่สำคัญ

1. ผู้ป่วย HN 41204/54 AN 1335/64 case intramural hematoma B มาด้วยแน่นหน้าอก BP สูง 189/100 mmHg สงสัย Aortic dissection ปรึกษาศัลยแพทย์ ส่งทำ CTA whole Aorta (ขนาดเท่าเดิม) ไม่มีแตก BP สูงให้ Cardipine (1:5) rate 5 cc/hr และ plan ให้ยา Esmolol admit CCU วันที่ 25 มกราคม 2564 เวลา 23.00 น. แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี O₂ Sat 98%, Pulse 77 ครั้ง/นาที, BP 135/115 mmHg
2. เวลา 23.45 น. ให้ cardipine rate 17 cc/hr ปรับลดลงเหลือ 10 cc/hr stat Esmolol 10 mg push หลังจากนั้นให้ Esmolol (2:1) drip 15 cc/hr หลัง bolus ประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยบ่นหายใจไม่สะดวกด้วย O₂ Sat 51-69 % on mask with bag 10 LPM O₂ Sat 98-99%
3. วันที่ 26 มกราคม 2564 เวลา 00.30 น. ผู้ป่วยมีอาการคล้ายเกร็งกระตุก ประมาณ 30 วินาที ซีมลงเรียกไม่รู้สึกตัว N/S E1V1M1 ใส่ tube 3.5 mark 22 v/s BP 233/139 mmHg pupil 2 mm ตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง
4. เวลา 00.40 น. ส่งผู้ป่วยทำ CT-Brain with contrast ผลปกติ แพทย์สงสัย Stroke หรือ PRES (Posterior reversible encephalopathy syndrome) ส่งผู้ป่วยไปทำ MRI อูรุพงษ์ ผลปกติ
5. เวลา 20.30 น. เภสัชกร โทรสอบถามเรื่องยา Esmolol และแจ้งว่า ยาที่เภสัชกรนำมาเป็นยา Esmeron (ยา muscle relaxant ไม่ใช่ยาลดความดัน) ซึ่งเป็นยากันตัวกันกับ Esmolol ที่แพทย์ order จากนั้นจึงแจ้งให้หยุดยาทันที
6. วันที่ 27 มกราคม 2564 หลัง Off tube ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชยับตัวได้ ถามชื่อตอบได้ ทำตามสั่งได้ V/S ปกติ สังเกตอาการต่อ และย้ายไปหอผู้ป่วยหญิง 16 ในวันที่ 1 ก.พ. 2564
7. วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ระหว่างอยู่ที่หอผู้ป่วยหญิง 16 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี V/S ปกติ ไม่มีไข้ Neuro motor เกรด 5 conscious ดี แพทย์ให้สังเกตอาการต่อ แต่ผู้ป่วยขอไม่สมัครใจรับการรักษาเนื่องจากคิดละส่วนตัว (ต้องไปทำบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ) นัด F/U วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ป่วยนอก



ประเด็นปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและบุคลากร

5.1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ในการสั่งจ่ายยาและการบริหารยาให้ผู้ป่วย

5.2. ขาดแนวทางการตรวจสอบ (double check) ในการสั่งจ่ายยาและการบริหารยาให้ผู้ป่วย ได้แก่ การสั่งจ่ายยาในกลุ่มงานเภสัชกรรม order Esmolol injection แต่บันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์เป็น Esmeron injection ทำให้มีการจ่ายยาผิดตัว ส่วนหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจขาดการ double check ก่อนการบริหารยา และการอ่านฉลากยาไม่ครบหรือไม่ได้อ่าน generic name ของยา

5.3. ระบบการจำกัดการเข้าถึงยาหรือการจ่ายยาที่ควบคุม หรือยาที่จ่ายมาเป็นยาเฉพาะหน่วยพิเศษ ยังกำหนดขอบเขตการใช้ยาบางชนิดไม่ชัดเจน ได้แก่ ยา Esmeron injection จะใช้ในเด็กและตมยาสลบ หน่วยงานที่จะสั่งจ่ายได้เป็น PICU และวิสัญญี แต่มีการสั่งจ่ายยา Esmeron injection ในหน่วยงานที่ไม่เฉพาะหน่วย

5.4. ขาดการสื่อสารข้อมูลภายในและภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ รายการยาหรือข้อมูลของยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกรณีที่มีการเปลี่ยนยาหรือเปลี่ยนบริษัทที่ทำให้รูปแบบยาเปลี่ยนแปลงจากเดิม

5.5. การปรึกษาหรือการสอบถามข้อมูลต่างแผนก เนื่องจากเป็นช่วงนอกเวลากลางคืนทำให้ไม่สะดวกหรือมีความเกรงใจในการสอบถามข้อมูล



กลุ่มงานเภสัชกรรม

6.1. ด้านบุคลากร สาเหตุจาก

- เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานไม่คุ้นเคยกับรายการยาดังกล่าว ยา Esmolol injection เป็นยาที่ใช้บ่อยในห้องยา ประกอบกับชื่อยาที่มีลักษณะเป็นชื่อพ้องมอคล้ายกับ Esmeron injection ซึ่งห้องยามี การจ่ายยาตัวนี้มากกว่า Esmolol injection
- การปฏิบัติงานที่อยู่เวรประจำห้องยา นอกเวลาราชการในช่วงเวรตึก มีเภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน แต่ในช่วงเวรบ่าย มีเภสัชกร 2 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน

6.2. ด้านระบบงาน สาเหตุจาก

- ขาดการสื่อสารข้อมูลของยาในกลุ่มงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่บางคนยังไม่รู้ว่า มี Esmeron injection ในโรงพยาบาล
- ขาดระบบการตรวจสอบ (double check) กระบวนการจัดยาและการจ่ายยาไม่มีระบบการตรวจสอบร่วมของเภสัชกร โดยเฉพาะในการปฏิบัติงานที่อยู่เวรประจำห้องยานอกเวลาราชการในช่วงเวรตึก
ซึ่งจะประกอบด้วย เภสัชกร 1 คน และ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน เท่านั้น
- ระบบการจำกัดการเข้าถึงยาหรือการจ่ายยาที่ควบคุม หรือยาที่จ่ายมาเป็นยาเฉพาะหน่วยพิเศษ ยังกำหนดขอบเขตการใช้ยาบางชนิดไม่ชัดเจน ได้แก่ มีการส่งจ่ายยาเฉพาะหน่วยพิเศษ (Esmeron injection จะใช้ในเด็ก (PICU) และวิสัญญี) แต่มีการส่งจ่ายในหน่วยงานที่ไม่เฉพาะหน่วย
- การระบุชื่อยาในระบบคอมพิวเตอร์ยังไม่ชัดเจน หรือบางตัวไม่ได้ระบุ generic name ของยา ได้แก่ จากเดิมระบุแค่ “Esbloc”
- แนวทางปฏิบัติของยา HAD ต้องมีการติดสติ๊กเกอร์ HAD ที่ขวดยาทุกขวด แต่ในยา Esmeron injection ซึ่งเป็นยา HAD ที่จ่ายให้หน่วยงานไม่มีติดสติ๊กเกอร์ HAD

6.3. ด้านทีมงาน สาเหตุจาก

- การสื่อสารระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบางคนยังไม่รู้ว่า มี Esmeron injection ในโรงพยาบาล
- ระบบการปฏิบัติงานในห้องยาจะเป็นการมอบหมายบุคลากรประจำห้อง แต่เวลาราชการจะเป็นบุคลากรที่มาจากห้องยาอื่น ทำให้ไม่คุ้นเคยกับยาที่ใช้ประจำในห้องยานั้น ๆ รวมทั้งไม่มีการ on Job training แก่บุคลากรที่มาอยู่เวรหรือปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ



หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

7.1. ด้านบุคลากร สาเหตุจาก

- เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานไม่คุ้นเคยกับรายการยาดังกล่าว ยา Esmolol injection เป็นยาที่ใช้บ่อยในหน่วยงาน ประกอบชื่อยาที่มีลักษณะเป็นชื่อพ้องมองคล้ายกับ Esmeron injection คิดว่าเป็นยาตัวเดียวกัน อาจจะเปลี่ยนบริษัทใหม่
- ขาดความตระหนักในการบริหารยา ได้แก่ สังเกตหรือสงสัยในรูปแบบของยาที่แตกต่างไปจากเดิม แต่คิดว่าเปลี่ยนบริษัทใหม่

7.2. ด้านระบบงาน สาเหตุจาก

- ภาระงานมาก เนื่องจากมี Case หนักที่มีภาวะวิกฤตในช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ทำให้มีความเร่งรีบในการอ่านฉลากยาไม่ครบและพยาบาลที่เตรียมยามีประสบการณ์อายุการทำงานน้อย
- ขาดระบบการตรวจสอบ (double check) ในการบริหารยา ได้แก่ ขาดการตรวจสอบ (double check) ก่อนการบริหารยา และการอ่านฉลากยาไม่ครบหรือไม่ได้อ่าน generic name ของยา

7.3. ด้านทีมงาน สาเหตุจาก

- ขาดการกำกับดูแลโดยพยาบาลอาวุโส หรือ พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 2 ปี

แนวทางการแก้ไขจากการวิเคราะห์ และสรุปผลสาเหตุของปัญหาของทีมผู้ร่วมทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ (กลุ่มงานเภสัชกรรม)

ลำดับที่	รายละเอียด	สิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไข
8.1.	เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานไม่คุ้นเคยกับรายการยาดังกล่าว ยา Esmolol injection เป็นยาที่ใช้น้อยในห้องยา ประกอบกับชื่อยาที่มีลักษณะเป็นพ้องมอคล้ายกับ Emeron injection ซึ่งห้องยามีการใช้ยาดังนี้มากกว่า	กลุ่มงานเภสัชกรรม การให้ความรู้ (knowledge management) หรือประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานทราบ เช่น เป็นยาที่ใช้น้อย ในห้องยา, ชื่อยาที่มีลักษณะเป็นชื่อพ้องมอคล้าย
8.2.	การปฏิบัติงานที่อยู่เวรประจำห้องยานอกเวลาราชการในช่วงเวรดึก ประกอบด้วย เภสัชกร 1 คน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน (ขั้นตอนการกระบวนการจัดยาและการจ่ายยาในช่วงนอกคอมพิวเตอร์, เภสัชกรจะตรวจสอบข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ และส่งจ่ายยาให้หน่วยงาน) ทำให้ขาดระบบการตรวจสอบในระบบ double check ของเภสัชกร	กลุ่มงานเภสัชกรรม ปรับปรุงระบบการตรวจสอบในระบบ double check ของเภสัชกร ในช่วงปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในช่วงเวรดึก อยู่ระหว่างการดำเนินงานของกลุ่มงานเภสัชกรรม
8.3.	การระบุชื่อยาในระบบคอมพิวเตอร์ยังไม่ชัดเจน หรือบางตัวไม่ได้ระบุ generic name ของยา	กลุ่มงานเภสัชกรรม จะปรับชื่อยาในระบบคอมพิวเตอร์ใช้ generic name ของยา เช่น จากเดิมระบุแค่ “Esbloc” ระบุเพิ่มเติมเป็น “Esbloc (Esmolol) ให้เห็นชัดเจนขึ้น
8.4.	ระบบการจำกัดการเข้าถึงยาหรือการจ่ายยาที่ควบคุม หรือยาที่จ่ายมาเป็นยาเฉพาะหน่วยพิเศษ ยังกำหนดขอบเขตการใช้ยาบางชนิดไม่ชัดเจน	กลุ่มงานเภสัชกรรม ระบบการจำกัดการเข้าถึงยาหรือการจ่ายยาที่ควบคุม หรือยาที่จ่ายมาเป็นยาเฉพาะหน่วยพิเศษ โดยระบุเป็นยาเฉพาะหน่วยงาน เช่น ยา Esmeron injection จะใช้ในเด็กและดมยาสลบ หน่วยงานที่จะส่งจ่ายได้เป็น PICU และ วิสัญญี ฝ่ายการพยาบาล เสนอให้ทำบัตรคล้อง HAD ให้ครบทุกตัว และเมื่อเภสัชกรมีการส่งจ่ายยาที่เป็นยา HAD ให้แนบ บัตรคล้อง HAD มากับยา HAD ด้วย
8.5.	ระบบการปฏิบัติงานประจำห้องยาใช้แบบประจำห้อง ไม่มีการ on Job training แก่ บุคลากรที่มาอยู่เวรหรือปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่อยู่เวรไม่ทราบว่าห้องยาแต่ละห้องมีอะไรบ้าง	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เสนอให้มีระบบ on Job training ในห้องยาแต่ละห้องกับบุคลากรที่มาอยู่เวรหรือปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
8.6.	แนวทางปฏิบัติของยา HAD ต้องมีการติดสติ๊กเกอร์ HAD ที่ขวดยาทุกขวด แต่ในยา Esmeron injection ซึ่งเป็นยา HAD ที่จ่ายให้หน่วยงานไม่มีติดสติ๊กเกอร์ HAD	กลุ่มงานเภสัชกรรม ทบทวนแนวทางการปฏิบัติของ HAD

แนวทางการแก้ไขจากการวิเคราะห์ และสรุปผลสาเหตุของปัญหาของทีมผู้ร่วมทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
(หอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ)

ลำดับที่	รายละเอียด	สิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไข
9.1.	เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานไม่คุ้นเคยกับรายการยาดังกล่าว ยา Esmolol injection เป็นยาที่ใช้ในน้อย ในหน่วยงาน ประกอบกับชื่อยาที่มีลักษณะเป็นชื่อพ้องมองคล้ายกับ Esmeron injection คิดว่าเป็นยาตัวเดียวกัน อาจเปลี่ยนบริษัทใหม่	หอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จากการประชุมของ PCT ศัลยกรรม และ แพทย์ CVT เสนอให้มีการสำรองยาในหน่วยงานยา Esmolol injection จำนวน 4 amp เนื่องจากเป็นยาเร่งด่วน ที่มีความจำเป็นใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย

แนวทางการแก้ไขจากการวิเคราะห์ และสรุปผลสาเหตุของปัญหาของทีมผู้ร่วมทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
(ศูนย์บริหารความเสี่ยง)

ลำดับที่	สิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไข
10.1.	เสนอหาแนวทางการตรวจสอบ (double check) ยาของเภสัชกรนอกเวลาราชการในช่วงเวรดึก ที่มีเภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน ปกติต้องมีเภสัชกร 2 คน ในการ double check เพื่อจะได้มีความปลอดภัยในระบบการจัดยาและการจ่ายยา
10.2	เสนอให้มีระบบ on Job training ในห้องยาแต่ละห้องกับบุคลากรที่มาอยู่เวรหรือปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

แนวทางการแก้ไขจากการวิเคราะห์ และสรุปผลสาเหตุของปัญหาของทีมผู้ร่วมทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
(กลุ่มงานเภสัชกรรม)

ลำดับ	สิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไข
11.1.	เสนอว่าขอรับไปพิจารณาและจะนำเสนอในกลุ่ม PTC เนื่องจากการสำรองยาในหน่วยงานมีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาได้
11.2.	การให้ความรู้ (Knowledge management) หรือประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เช่น เป็นยาที่ใช้บ่อยในห้องยา, ชื่อยาที่มีลักษณะเป็นชื่อพ้องมองคล้าย หรือ กรณีที่มีการเปลี่ยนยาหรือเปลี่ยนบริษัท ที่ทำให้รูปแบบยาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จะมีการแจ้งใน Line application ของกลุ่มยา IPD

แนวทางการแก้ไขจากการวิเคราะห์ และสรุปผลสาเหตุของปัญหาของทีมผู้ร่วมทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
(หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ)

ลำดับที่	รายละเอียด	สิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไข
12.1.	ขาดความระมัดระวังในการบริหารยา ได้แก่ สังเกตหรือสงสัยในรูปแบบของยาที่แตกต่างไปจากเดิม แต่ คิดว่าเปลี่ยนบริษัทใหม่	ในกรณีที่ชื่อยาไม่ตรงกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ หรือ มีข้อสงสัยเกี่ยวกับยาหรือการใช้ยาให้ปรึกษาเภสัชกรได้ตลอด 24 ชั่วโมง
12.2.	ขาดระบบการตรวจสอบ (double check) ในการบริหารยา ได้แก่ ขาดการตรวจสอบ (double check) ก่อนการบริหารยา และ การอ่านฉลากยาไม่ครบ หรือ ไม่ได้อ่าน generic name ของยา	<ol style="list-style-type: none"> 1. การ Pre-administration ให้อ่าน generic name ของยาแต่ละชนิด หรือ ในกรณีที่ชื่อยาไม่ตรงกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ให้ปรึกษาเภสัชกรได้ตลอด 24 ชั่วโมง 2. การ double check ในการบริหารยาจะต้องมีพยาบาลที่เลี้ยงเป็น triple check ทุกครั้ง

แนวทางการแก้ไขจากการวิเคราะห์ และสรุปผลสาเหตุของปัญหาของทีมผู้ร่วมทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
(ฝ่ายการพยาบาล)

ลำดับที่	สิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไข
13.1.	เสนอให้ปรึกษาเภสัชกรได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา

สรุปผลการใช้ประโยชน์จากโปรแกรม HRMS (ศูนย์บริหารความเสี่ยง)

ประโยชน์

1. รายงานได้ทุกที่ ทุกเวลา ผ่านทาง Web / Smart Phone
2. การทบทวนเหตุการณ์ RCA ได้ง่าย
3. ง่ายต่อการเรียกดูข้อมูล สถิติต่างๆ
4. เข้าถึงการเชื่อมโยงการแก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานได้ง่าย

ปัญหาและอุปสรรค

1. ขั้นตอนการรายงาน กรอกข้อมูล และยืนยันข้อมูลค่อนข้างยุ่งยาก
2. ต้องใช้ Internet ที่ค่อนข้างเร็ว
3. Under report (ใช้เป็นกระดาษ)

-