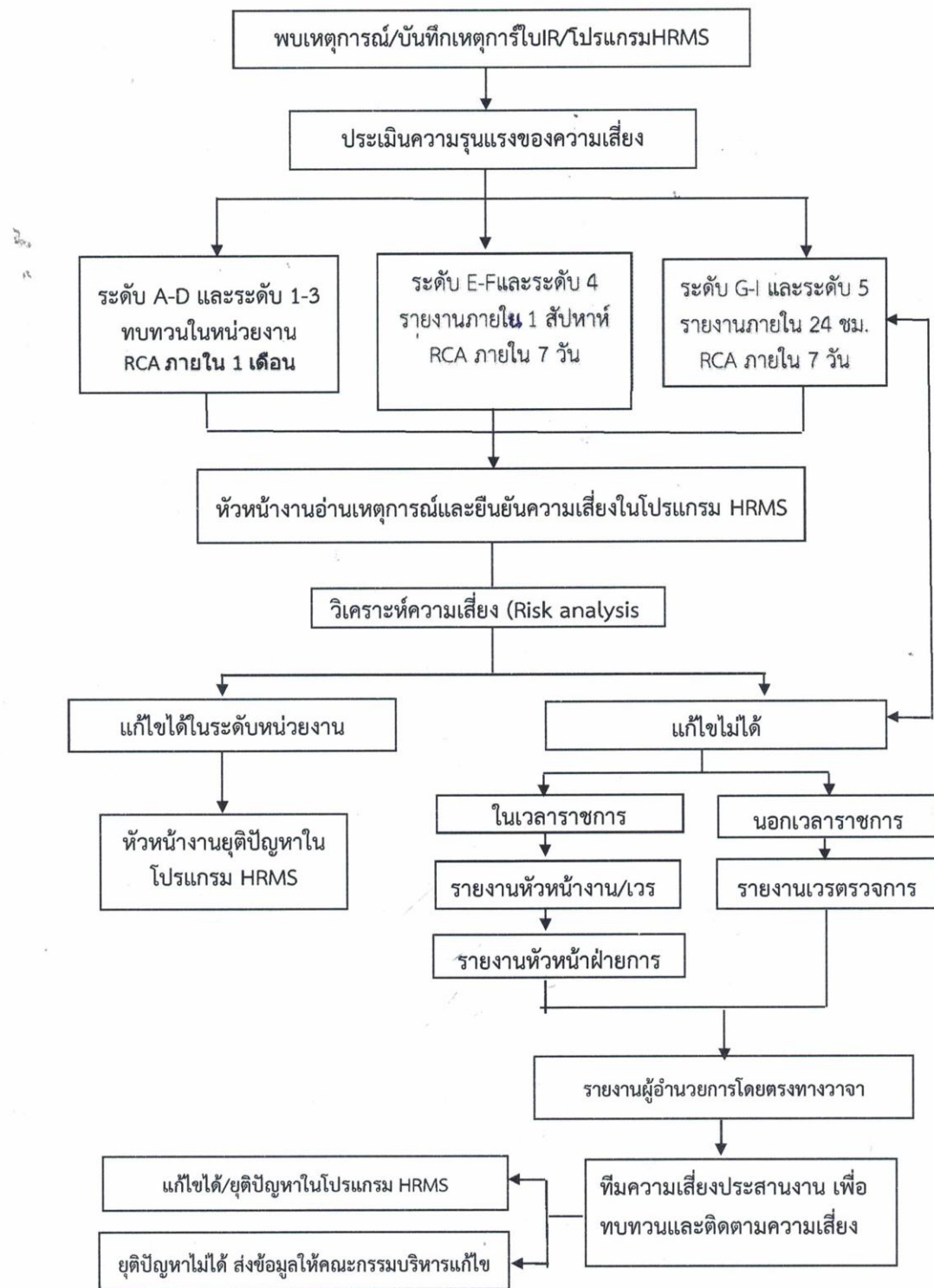
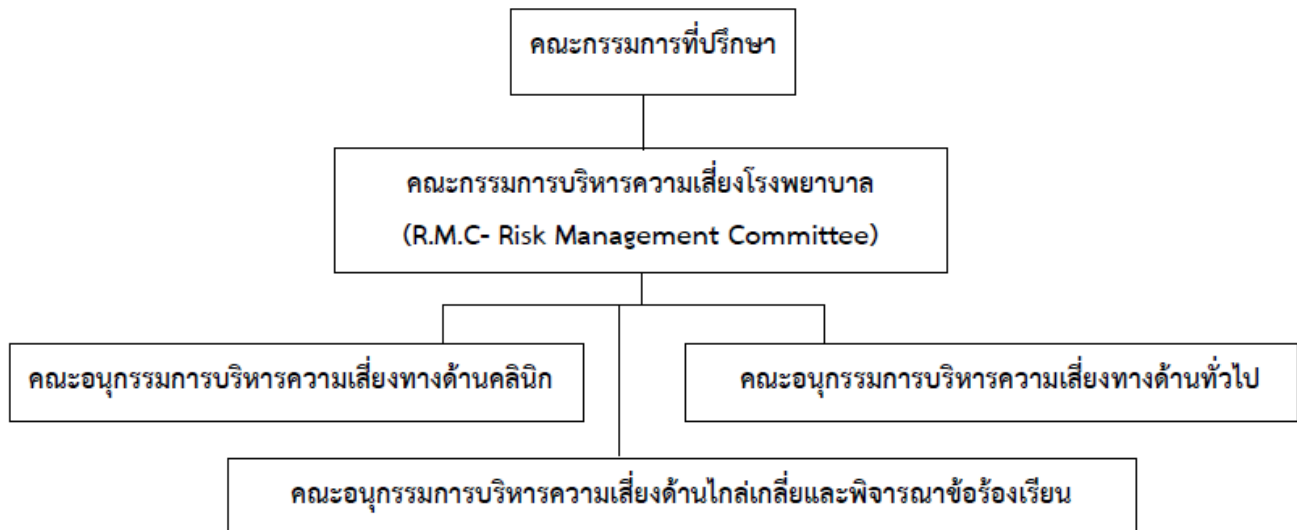


กระบวนการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลกุมภวาปี จ.อุดรธานี



เป้าหมายของการจัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกุมภวาปี
เพื่อความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการตามแนวทาง 2P safety Goals (Patient and Personnel Safety Goals)

โครงสร้างคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกุมภวาปี



บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on Cloud

- อุบัติการณ์ความเสี่ยงในบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS มีจำนวน 178 เรื่อง แยกเป็น

- 1) รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident) หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Patient Safety Goals (Common Clinical Risk Incident) จำนวน 122 เรื่อง
- 2) รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident) หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Personnel Safety Goals จำนวน 56 เรื่อง

- รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มเติมจากบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS ซึ่งมีให้เฉพาะในระบบ HRMS on Cloud เท่านั้น จำนวน 114 เรื่อง แยกเป็น

- 1) รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk Incident) หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk Incident) จำนวน 89 เรื่อง
- 2) รายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk Incident) หมวดอุบัติการณ์ความเสี่ยง Organization Safety Goals จำนวน 25 เรื่อง

การประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์

กลุ่มปฏิบัติการความเสี่ยงด้านคลินิกและหมวดปฏิบัติการด้าน Personnel Safety Goals ของกลุ่ม
ปฏิบัติการความเสี่ยงทั่วไป กำหนดระดับความรุนแรงเป็นระดับ A – I ตามรายละเอียดดังนี้

ระดับ	นิยาม	นิยามสั้นๆเพื่อ การจำ	ความรุนแรง
A	พบเหตุการณ์/ สถานที่ที่อาจเกิดเหตุที่ไม่พึงประสงค์ ผู้พบสามารถ ปรับแก้ได้ก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (เป็นเหตุการณ์ near miss)	เกิดที่นี่	น้อย
B	เกิดเหตุการณ์แล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย ไม่มีผลกระทบใดๆ เนื่องจากไม่ ถึงตัวผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่	เกิดที่ไกล	
C	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดแล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายหรือเกิดความ เสียหายถึงแม้เหตุการณ์นั้นถึงตัวผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่แล้ว	เกิดกับใคร	
D	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแล เฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	ต้องระวัง	ปานกลาง
E	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบอันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ เพียงชั่วคราว ต้องการการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม ไม่กระทบวัน นอน	ต้องรักษา	
F	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นมีผลกระทบ-อันตรายต่อผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ ที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติ กระทบต่อวันนอน ทำให้ ตอนนอน รพ.นานขึ้น	เยียวยาวนาน	
G	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงพิการถาวร/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบทำให้ เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง	ต้องพิจารณา	มาก
H	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องทำการช่วยชีวิต/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบ ทำให้เสียชื่อเสียง และ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	ต้องการป้ม	
I	เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงเสียชีวิต/ เกิดผลเสีย หรือผลกระทบทำให้ เสียชีวิตเสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ	จำใจลา	

ประเภทอุบัติการณ์ความเสี่ยง M: Medication & Blood Safety มี 5 ประเภทย่อย ได้แก่

M1 : Safe from Adverse Drug Events (ADE)

M2 : Safe from Medication Error

M3 : Medication Reconciliation

M4 : Rational Drug Use (RDU)

M5 : Blood Transfusion Safety

ลำดับ	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPM101	แพ้ยาซ้ำ	M1
2	CPM102	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug	M1.1
3	CPM103	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง	M1.1
4	CPM104	Mis selection of a strong potassium containing solution***	M1.1
5	CPM105	แพ้ยา (ยกเว้น แพ้ยาซ้ำ)/ ADE: Adverse Drug Events ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	M1.2
6	CPM106	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ Fatal Drug	M1.3
7	CPM107	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคูยาปฏิกิริยารุนแรง	M1.3
8	CPM201	Medication error : Prescribing	M2
9	CPM202	Medication error : Transcribing	M2
10	CPM203	Medication error : Pre-dispensing	M2
11	CPM204	Medication error : Dispensing	M2
12	CPM205	Medication error : Administration	M2
13	CPM206	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Look-Alike Sound-Alike Medication Names	M2.1
14	CPM207	ผู้ป่วยได้รับยา ในกลุ่ม Look-Alike Sound-Alike Medication Names	M2.1
15	CPM208	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือ Guideline ของการใช้ยา ยกเว้น HAD, Fatal drug, Look-Alike Sound-Alike, Antibiotics	M2.2
16	CPM301	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation	M3
17	CPM302	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่องจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
18	CPM303	ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
19	CPM304	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกิริยากันโดยไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	M3
20	CPM401	ไม่มี/ ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Rational Drug Use	M4
21	CPM402	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	M4
22	CPM403	การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	M4
23	CPM404	การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (ยกเว้นยาปฏิชีวนะ)	M4

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) สามารถแบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error)
2. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error)
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)
4. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error)

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error)

- 1.1 การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา
- 1.2 การสั่งใช้ยาผิดความแรง หรือ ไม่ระบุความแรง (กรณียาที่มีหลายความแรง)
- 1.3 การสั่งใช้ยาขนาดยาไม่เหมาะสม
- 1.4 การสั่งใช้ยาผิดชนิด
- 1.5 การสั่งใช้ยา ระบุจำนวนมากหรือน้อยเกินไป
- 1.6 การสั่งใช้ยาในรูปแบบยาที่ไม่เหมาะสม
- 1.7 การสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือ มีข้อห้ามใช้
- 1.8 การสั่งใช้ยาที่มีปฏิกิริยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อน (Drug Interaction) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ใช้ยาหลายชนิด หรือพบ แพทย์หลายคน อาจเกิดปฏิกิริยากับยาที่ผู้ป่วยรับประทานประจำ แล้วมีผลให้การใช้ยาหรือเภสัชจลนศาสตร์ของยา เปลี่ยนไป
- 1.9 การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน: การสั่งใช้ยาชนิดเดียวกันหรือต่างชนิดกัน แต่มีกลไกการออกฤทธิ์เหมือนกัน โดยมี วิธีใช้ยา ในเวลาตรงกัน เช่น การสั่งจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs 2 ชนิดพร้อมกัน
- 1.10 ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ
- 1.12 การสั่งใช้ยาที่มีวิธีทางให้ยาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ยาไม่สามารถออกฤทธิ์หรือเกิดอาการไม่พึง ประสงค์ได้ เช่น การฉีด Streptomycin เข้าหลอดเลือดดำแทนที่จะฉีดเข้ากล้ามเนื้อในการรักษาวัณโรค

การป้องกันความคลาดเคลื่อน

1. เขียน order ด้วยตัวบรรจง / ใช้ระบบ HosXP ในการสั่งใช้ยา
2. เขียนชื่อยาเต็ม ใช้ชื่อยาสามัญ หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ
3. โรงพยาบาลมีข้อกำหนดห้ามใช้ตัวย่อในการใช้ยาความเสี่ยงสูง เช่น Warfarin, Methotrexate เป็นต้น

4. ใช้ “Tall Man Lettering” สำหรับยาที่มีชื่อคล้ายกัน
5. เขียนขนาดหรือความเข้มข้น โดยใช้หน่วยเมตริก แทนหน่วยโบราณ (Apothecary System)
6. หลีกเลี่ยงการเขียนที่ใช้ทศนิยม เช่น เขียน 50 mg แทน 0.5 g กรณีที่จำเป็น ให้เขียนเลข 0 นำหน้าจุด ทศนิยมเสมอ เช่น 0.5 mg ไม่ใช่เขียน .5 mg
7. เขียนคำสั่งใช้ยาโดยใช้หน่วยที่ชัดเจน เช่น
 Units แทน U, IU : อาจถูกมองเป็น “10”
 mcg แทน µg : อาจถูกมองเป็น “mg” (milligrams)
 ml แทน cc
8. ใช้แบบฟอร์ม Standing order ในยากลุ่มเสี่ยง
9. ห้ามเขียนคำสั่งรักษาโดยใช้คำว่า RM หรือ ยาเดิม
10. ควรทราบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยาซ้ำ
11. ควรทราบประวัติยาที่ผู้ป่วยได้รับประจำ เพื่อหลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกิริยากับยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ก่อนแล้ว โดยมีการทำ Medication Reconciliation และแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาทั้งหมดที่ใช้อยู่มาด้วย
12. มีระบบการเตือน ในผู้ป่วยที่แพ้ยา ทั้งใน HosXP เวชระเบียน และ order sheet
13. ตรวจสอบข้อมูล Drug Interaction โดยใช้ระบบ IT หรือปรึกษาเภสัชกร
14. ผู้รับคำสั่งต้องทวนสอบเมื่อเกิดความสงสัยในการสั่งใช้ยา

ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) : ER และไตเทียม อ่านลายมือแพทย์ไม่ออกหรืออ่านไม่ถูกต้อง (ชื่อยา ความแรงและการบริหารยา)

การป้องกันความคลาดเคลื่อน

1. แพทย์ควรสั่งยาผ่านระบบ HosXP ด้วยตัวเอง แต่หากมีความจำเป็นควรเขียนด้วยตัวบรรจงให้อ่านออกโดยระบุชื่อ ความแรงและการบริหารยาให้ครบถ้วน
2. ผู้รับคำสั่งต้องทวนสอบเมื่อเกิดความสงสัยในการสั่งใช้ยา

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) เป็นการจ่ายยาที่ผิดไปจากคำสั่งใช้ยาที่ได้รับแจ้งจากผู้สั่งใช้ยาหลังจากที่ได้จ่ายยาให้ผู้ป่วยเสร็จสิ้นไปแล้ว

1. จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งใช้ยา (ผิดชนิด รูปแบบ ความแรง ขนาดยา วิธีใช้ จำนวนยา)
2. จ่ายยาผิดตัวผู้ป่วย
3. จ่ายยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ
4. เตรียมยาผิด
5. ภาชนะบรรจุไม่เหมาะสม เช่น ยาบางชนิดควรบรรจุในซองสีชาเพื่อป้องกันแสงแต่กลับบรรจุของใส
6. จ่ายยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกัน

7. จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้

การป้องกันความคลาดเคลื่อน

1. จัดเตรียมยาเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ เตรียมชนิดยา รูปแบบ และความแรงถูกต้อง จัดทำฉลากถูกต้อง เลือกภาชนะบรรจุเหมาะสม และจัดปริมาณยาครบถ้วน
2. ต้องตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดเตรียมกับคำสั่งใช้ยา ก่อนส่งมอบยาให้ผู้ป่วย
3. ใช้ 2 ตัวบ่งชี้ (2 identifiers) ทุกครั้งก่อนจ่ายยา เช่น ให้ผู้ป่วยแจ้งชื่อนามสกุล อาการที่มาโรงพยาบาล เป็นต้น
4. จัดเก็บยาตามมาตรฐานยาแต่ละชนิดและมีการตรวจสอบอุณหภูมิ (ตู้เย็น ห้องยาและคลัง) และความชื้น (ห้องยาและคลัง) ทุกเวอร์
5. มีการตรวจสอบและเฝ้าระวังยาหมดอายุทุก 1 ปี
6. จัดทำรายการคู่ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกันและแสดงข้อมูลในระบบ HosXP
7. จัดทำรายการยา pregnancy category X และแสดงข้อมูลฉลากยา
8. มีระบบการเตือนใน HosXP ในผู้ป่วยที่กินยา warfarin และผู้ป่วยโรคไต

คลาดเคลื่อนในการให้ยา (Administration error)

1. การให้ยาไม่ครบ
2. การให้ยาผิดชนิด
3. การให้ยาซึ่งแพทย์ไม่ได้สั่ง
4. การให้ยาผิดคน
5. การให้ยาผิดขนาด
6. การให้ยาผิดวิธิต่าง เช่น สั่งให้หยดยาที่ตาข้างขวา แต่กลับหยดยาที่ตาข้างซ้าย
7. การให้ยาผิดเวลา เช่น ให้ยาเกินกว่า 30 นาทีก่อนหรือหลังเวลาที่กำหนด
8. การให้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่สั่ง รวมถึงให้ยาหลังจากมีคำสั่งหยุดใช้ยานั้นแล้ว
9. การให้ยาในอัตราเร็วที่ผิด
10. การให้ยาผิดเทคนิค เช่น การใช้เครื่องมือหรือ อุปกรณ์ในการให้ยาไม่ถูก
11. การให้ยาผิดรูปแบบยา
12. อื่นๆ ได้แก่
 - การให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ยานั้น
 - การเตรียมยา เช่น ผสมยาผิดความเข้มข้น ไม่เขย่ายาน้ำแขวนตะกอนก่อนให้ยา ผสมยา 2 ชนิดที่เข้ากันไม่ได้
 - การให้ยาโดยขาดการติดตามผลหรืออาการผิดปกติ

การป้องกันความคลาดเคลื่อน

1. ผู้ให้ควรทบทวนข้อมูลยาที่จะให้แก่ผู้ป่วยก่อนให้ยา และทบทวนคำสั่งให้ยาและยาที่ได้รับจากฝ่ายเภสัชกรรม
2. มีการตรวจสอบผู้ป่วยโดยไม่ใช้เลขเตียงในการบ่งชี้ผู้ป่วย
3. ผู้ให้ควรให้ยารองเวลาที่กำหนด (ยกเว้นมีคำถามหรือปัญหาที่ต้องการการแก้ไขก่อนให้ยา) และควรบันทึกการให้ยาทันทีหลังให้ยา
4. ผู้ให้ยาไม่ควรยืมยาของผู้ป่วยคนอื่นหรือยาที่เหลือใช้
5. หากมีการสั่งใช้ยาในปริมาณหรือขนาดยาที่สูงหรือต่ำกว่าปกติ ผู้ให้ควรตรวจสอบกับผู้สั่งใช้หรือเภสัชกรก่อน
6. ผู้ให้ยาควรทำความเข้าใจกับเครื่องมือให้ยา
7. ผู้ให้ยาควรติดตามผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์หลังจากให้ยาแก่ผู้ป่วยและติดตามเป็นระยะ