



การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis; RCA)

เลขที่ความเสี่ยง สถานการณ์สมมติ หน่วยงาน รพสต. ในเครือข่ายโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

วันที่เกิดเหตุการณ์ 1 สิงหาคม 2566 วันที่ทบทวน 9 สิงหาคม 2566

เรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยาจากยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย (LASA) ระหว่างยา Atorvastatin และ Omeprazole

ระดับความรุนแรงด้านคลินิก / ข้อร้องเรียนฯ ระดับ ความเสี่ยง F

ระดับความรุนแรง ด้านไม่ใช่คลินิก 1 2 3 4 5

ร่วมวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของปัญหา โดย

RCA หน่วยงาน RCA ระหว่างหน่วยงาน RCA โดยคณะกรรมการ ระบุ.....

ผู้ร่วมวิเคราะห์

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. เกสัชกร | หน่วยงาน เกสัชกรรมโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ |
| 2. พยาบาล | หน่วยงาน รพสต. ในเครือข่ายโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ |
| 3. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | หน่วยงาน รพสต. ในเครือข่ายโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ |
| 4. นิสิตเภสัช | หน่วยงาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |

1. Story: บอกล่า & Timeline: ลำดับเหตุการณ์ตามเวลา กิจกรรม

เหตุการณ์สมมติในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เกิด ณ รพ.สต. แห่งหนึ่ง ผู้ป่วยต้องได้รับยา Omeprazole 20 mg 1x2 po ac ซึ่งติดฉลากบนซองยาถูกต้อง แต่แผงยาที่อยู่ในซองยาเป็นยา Atorvastatin 40 mg ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาผิด โดยทาน Atorvastatin ตลอด 1 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีปวดกล้ามเนื้อที่ต้นขา มีปัสสาวะสีน้ำตาลแดงเหมือนสีโค้ก หลังจากนั้น รพ.สต. ได้เขียนใบส่งต่อการรักษาให้ผู้ป่วยมารพ.ทันที

Lab: CK 10,053 U/L

Dx: Statin induced rhabdomyolysis

2. Potential change (จุดเปลี่ยนที่สำคัญ)/Unsafe act (กิจกรรมที่ทำให้คาดว่าเกิดอุบัติการณ์นั้น)/สาเหตุที่แท้จริง

- 2.1 เป็น LASA drug
- 2.2 การเติมยาที่เบิกมาจากคลัง ณ ห้องยา มีการเติมยาผิดชนิด เนื่องจากยามีลักษณะแผงคล้ายกัน
- 2.3 การรับยาเหลือคืนของผู้ป่วย เนื่องจากยามีลักษณะแผงคล้ายกัน ทำให้อาจคืนยาผิดตะกร้าได้ (คืนยาผิดชนิด)
- 2.4 ตอนจัดยาไม่ได้ดูแผงยาก่อนใส่ซองยา
- 2.5 ตอนการจ่ายยาไม่ได้ดูแผงยาในซองก่อนให้ผู้ป่วย
- 2.6 ไม่มีขั้นตอนการ double check (Re-check, Independent check) ก่อนจ่ายยา

3. Listen to voice of staff ความเห็น/การรับฟังจากผู้ปฏิบัติ-ผู้ร่วมเหตุการณ์

3.1 การรับยาคืนจากผู้ป่วย อาจมีการนำยาคืนใส่ตะกร้าผิดชนิด เนื่องจากแผงคล้ายกัน และไม่ได้มีการตรวจสอบในชั้นตอนคืนยา

3.2 จัดยาใส่ซองโดยไม่หันชื่อยาบนแผงยามาด้านใส ทำให้ยากต่อการตรวจสอบ

3.3 บางช่วงเวลา โดยเฉพาะ Rush hour หรืออยู่เวรคนเดียว จะนำยาทุกชนิดมาวางใกล้กัน เพื่อความสะดวกเวลาจัด-จ่าย อาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้ เช่น แผงยาปนกัน ตะกร้าอยู่ใกล้กันเกินไป

4. Creative Solution สรุปแนวทางแก้ไขที่นำไปใช้

4.1 creative solution ของเหตุการณ์นี้ (Look Alike มองคล้าย : ลักษณะของบรรจุภัณฑ์)

4.1.1 แจ้งเตือน Line group เพื่อให้ทุกคนระวังคู่ยา LASA (ทั้งตอนเบิกยามาใหม่ และเมื่อพบความคลาดเคลื่อนแล้ว)

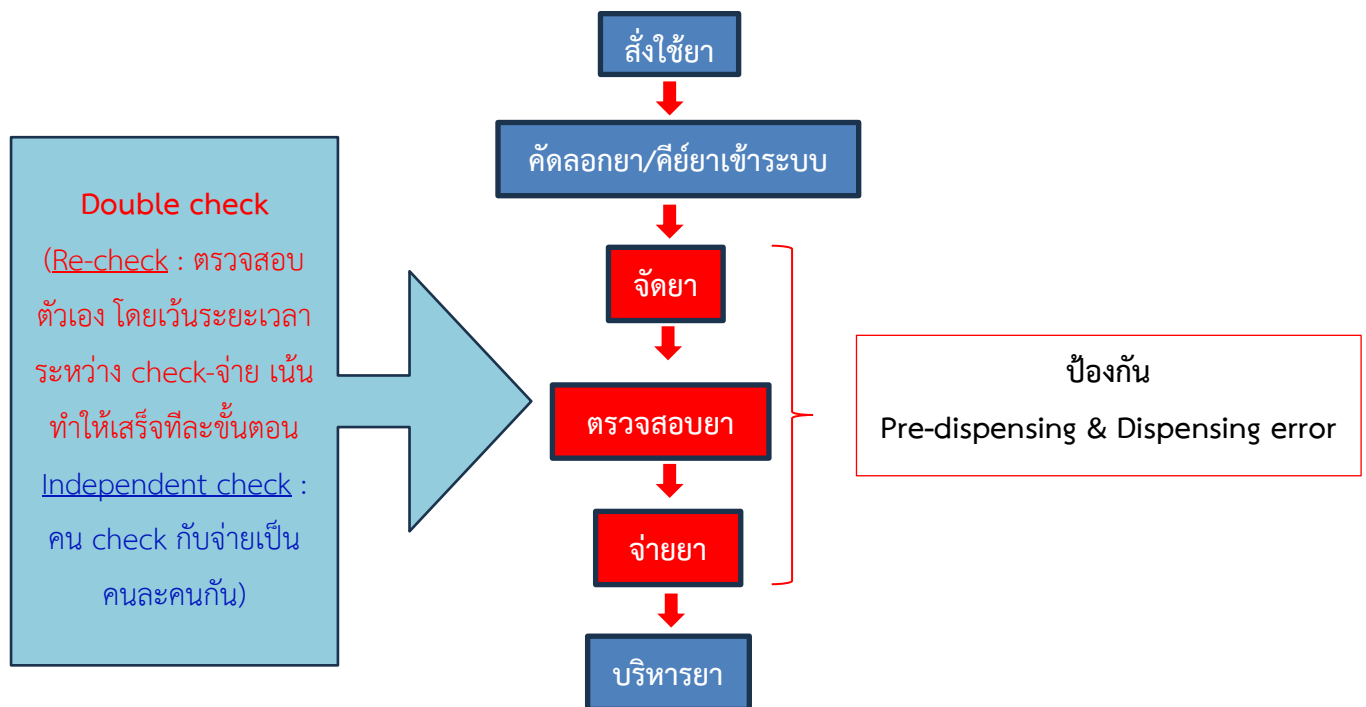
4.1.2 ทำป้ายหรือบอร์ดติดเตือน และแยกกล่องยาให้วางคนละตำแหน่งในยาที่เป็น LASA

4.2.3 กำหนดแนวทางในการจัดยาใส่ซอง โดยจะต้องหันด้านของแผงยาที่มีชื่อยาออกไปในด้านที่ไม่มีฉลากยาติดอยู่หรือด้านใส

4.1.4 กรณีรับยาคืนจากผู้ป่วยที่ไม่เต็มกล่อง ให้นำยาออกจากกล่องก่อนเติมเข้า stock เพื่อป้องกันการมียาชนิดอื่นปนอยู่ในกล่องยาที่เปิดแล้ว

4.1.5 มีการตรวจสอบซ้ำ (Double check) ในขั้นตอนการจัดเก็บยา/คืนยา โดยเฉพาะคู่ยา LASA

4.1.6 เพิ่มขั้นตอนการ double check (Re-check, Independent check) ก่อนจ่ายยา



แผนผังแสดงขั้นตอนลำดับการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย

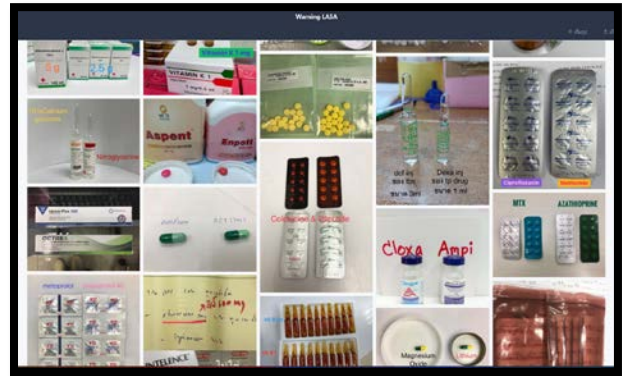
4.2 แนวทางเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจาก LASA drug กรณีอื่นๆ นอกจากกรณีศึกษาครั้งนี้

4.2.1 ระบุความแตกต่างของชื่อยาให้ชัดเจน โดยการใช้อักษรที่สูงกว่าปกติ (Tall Man letters) เช่น chlorpro-MA-ZINE, chlorpro-PA-MIDE , HCTZ (Hydorchlorothiazide), hydro-Xy-zine แก้ว แก้ว, Hydra-la-zine 10 mg เป็นต้น

4.2.2 เขียนการวินิจฉัยโรค/Underling disease (UD) บนใบสั่งยา และสั่งยาด้วยชื่อสามัญ ระบุความแรง

แจ้งเตือน ยา LASA

- Stock ยา
- บอร์ด
- Line group



การจัดยาใส่ซองโดยหัน
ด้านแผงให้ถูกต้อง



จัดวางตำแหน่งต่างกัน



5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

| ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) | เป้าหมาย | การติดตามผลลัพธ์ | | | ผลการดำเนินงาน | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|------------------|------------|-----------|----------------|--------------|
| | | สิงหาคม 66 | กันยายน 66 | ตุลาคม 66 | | |
| 5.1 ด้านกระบวนการ (Creative Solution) 5.1.1 มีการแข่งขัน เช่น ในกลุ่มไลน์, ป้ายแจ้งเตือนLASAบนกล่อง, บอร์ดแจ้งเตือน 5.1.2 วางยาคู่ LASA แยกกัน 5.1.3 จัดยาให้ถูกต้อง โดยหันด้านของแผงยาที่มีชื่อยาไปทางด้านใส 5.1.4 จำนวนการคืนยาผิดชนิด | มีการจัดทำ มีการจัดทำ 80% 0 ครั้ง | | | | | |
| 5.2 ด้านผลลัพธ์ อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนคู่ Atorvastatin-Omeprazole 5.2.1 Pre-dispensing error 5.2.2 Dispensing error | 0 ครั้ง 0 ครั้ง | | | | | |

หมายเหตุ

1. ตัวชี้วัด (KPI) ควรเป็นลักษณะเชิงคุณภาพที่แสดงให้เห็นถึง “กระบวนการ และการแก้ไขเชิงระบบ”
2. ผลดำเนินงาน “close” หมายถึง ติดตามทุกเดือนครบ 3 เดือนแล้วไม่พบอุบัติการณ์นั้นๆ แล้ว ส่วน “active” หมายถึง ยังพบอุบัติการณ์นั้นๆ ควรติดตามต่อ

การแบ่งระดับความรุนแรงและการจัดกลุ่มความเสี่ยง

ระดับความรุนแรงทางคลินิกแบ่งเป็น 9 ระดับ

| ระดับ | ผลกระทบ | การจัดกลุ่ม |
|-------|--|-------------|
| A | ไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่มีโอกาสทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นได้ | Near miss |
| B | เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย | |
| C | เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย | Low Risk |
| D | เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้มีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย | |
| E | เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น | Moderate |
| F | เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล | Risk |
| G | เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร | High Risk |
| H | เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ | |
| I | เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย มีผลทำให้เสียชีวิต | |