

Service Profile

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์
ปีงบประมาณ 2567

จัดทำ/วันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด มีนาคม 2567

Service Profile

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีหน้าที่ให้บริการด้านเภสัชกรรมแก่ผู้รับบริการ บริหารเวชภัณฑ์ ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน มีความปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว ตามมาตรฐานวิชาชีพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

งานจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ และสนับสนุนสถานบริการระดับรอง

- มีการประชุมพิจารณาคัดเลือกรายการเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการ เภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
- จัดทำแผนการจัดซื้อยา ควบคุมการระบบบัญชีรับจ่ายอย่างรัดกุมและถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อให้มีปริมาณเวชภัณฑ์เพียงพอต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมถึงมี เวชภัณฑ์คงคลังครบถ้วนตรงตามบัญชี เป็นปัจจุบัน และไม่มีเวชภัณฑ์ค้าง stock หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ
- นำเสนอข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
- ดูแลการเก็บรักษาเวชภัณฑ์ให้มีความคงตัว มีประสิทธิภาพในการรักษา
- วางแผนการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ยาให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 4 แห่ง (3 แห่งสังกัด อบจ.)

งานให้บริการผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

- จัดและจ่ายยาตามแผนการรักษาในแฟ้มประวัติ (Drug Profile) โดยพิจารณาจากความ ถูกต้องรูปแบบ ความแรง ขนาดยา ปฏิกริยาต่อกันของยา รวมถึงจำนวนยาที่เพียงพอ ตามวันนัด ให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 08.30 – 00.30 น. เว้นวันเสาร์ อาทิตย์ 08.30- 20.30 น.
- ให้บริการจ่ายยาและดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเวลาราชการที่คลินิกเฉพาะ โรค ได้แก่
 - i. คลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 - ii. คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - iii. คลินิกวัณโรค
 - iv. คลินิกกัวร์ฟาริน
 - v. คลินิกผู้ป่วย HIV
 - vi. คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
- ร่วมประชุมกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อกำหนดแนวทางการสำรอง ห่วงอุบัติเหตุฉุกเฉิน (รถ Mobile Medication) กล้อง Super Emergency และ กล้อง EMS
- ให้บริการเภสัชสนเทศและวิชาการด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์
- ให้การบริหารเภสัชกรรม ได้แก่

- I. การให้คำปรึกษาเรื่องยา (Drug Counselling)
- II. การเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่มเสี่ยงสูง(High alert Drugs :HAD)
- III. การประเมินและติดตามผลการใช้ยา(Drug Utilization Evaluation :DUE)
- IV. การติดตามความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา (RDU)
- V. การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reaction Monitoring :ADRM)
- VI. การเฝ้าระวัง ตรวจสอบและแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)
- VII. การเฝ้าระวังและตรวจสอบ Drug interaction
- VIII. การให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในก่อนกลับบ้าน (Discharge Drug Counselling)
- IX. Medication reconcillation

- ตรวจสอบคุณภาพของยาฉุกเฉิน เฝ้าระวังยาใกล้หมดอายุที่จุดสำรองยา ได้แก่ ER LR งานปฐมภูมิ และ รพ.สต. ในเครือข่าย
- ใช้ระบบการกระจายยาสู่หอผู้ป่วย แบบ daily dose เพื่อลดความสูญเสีย และลดความคลาดเคลื่อนทางยา
- ตรวจสอบความเหมาะสมของใบสั่งยาทุกใบ จ่ายและแนะนำการใช้ยา ข้อควรปฏิบัติ ตามหลักวิชาการ
- ให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

- เฝ้าระวังความปลอดภัย และให้ความรู้ด้านยา อาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สุขภาพ แก่ประชาชนในพื้นที่
- มีระบบการรายงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
- จัดกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ได้แก่ กิจกรรม อ.ย.น้อย ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ร่วมกับโรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอปากท่า

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ และความ ต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน/ ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ	แนวทางการตอบสนอง
1. ผู้รับบริการภายนอก		
1. ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการได้รับยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ไข้ยาแล้วหาย อาการดีขึ้น หรือปลอดภัยจากไข้ยา - ไม่รอนาน 	<ul style="list-style-type: none"> - เกสซ์กรตรวจสอบตามหลัก แนวทาง MMS patient Safety - ติดตามการใช้ยาต่อเนื่องถึงชุมชน - จัดลำดับคิวให้ถูกต้อง มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยกรณี เกิดปัญหา
2. หน่วยงานราชการ และรพ.สต. อบจ. ในคปสอ.	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการความสะดวกในการขอความอนุเคราะห์ หรือขอเบิกยาเพื่อใช้ในหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดยาและแจ้งหน่วยงานนั้น ทันทีเมื่อเตรียมยาเสร็จ
3. บริษัทฯ	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการสั่งยาและให้ชำระเงินตามกำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดลำดับการชำระหนี้ค่างยาอย่างถูกต้อง
2. ผู้รับบริการภายใน		
องค์กรแพทย์	<p>ความต้องการของผู้รับผลงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีหนังสือแจ้งแพทย์เกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์ที่ใกล้หมดอายุ และ เวชภัณฑ์ ที่มีการเคลื่อนไหวบ่อยๆ - ไม่ควรให้มียาและเวชภัณฑ์ขาดคลัง - สนับสนุนข้อมูลวิชาการด้านยาที่สำคัญ - จัดทำข้อมูล และเผยแพร่กรณีเกิดความเสียหาย หรือ ความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกี่ยวข้อง <p>ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้สั่งยาด้วยลายมือที่ชัดเจน (ผู้ป่วยใน) ประกอบด้วยชื่อยาเป็นชื่อสามัญทางยา ความแรง วิธีใช้ และจำนวน - หากมีการนัดผู้ป่วย อยากให้จ่ายยาถึงจำนวนนัดผู้ป่วย โดยห้องยาไม่ต้องตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง - อยากให้แพทย์จัดประชุมวิชาการ - กรณี มีการเพิ่ม ลด เปลี่ยนยา หรือขนาดยาที่มี Evidence based ใหม่อยากให้ Note สั้นใน NOTE HosXP - แนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือกลับมาให้แพทย์ ดูอีกในครั้งต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ช่องทางการสื่อสาร ผ่านทางโทรศัพท์และ Pop up ใน HosXP - วางแผนการสั่งซื้อ จัดหา ยืมยาอย่างรัดกุม หากพบปัญหา รายงานผู้บังคับบัญชาพร้อมแก้ไขทันที - จัดหมายข่าว /ประชุมคร่อมสายงาน - แจ้งผู้ป่วยทุกรายและโครงการหิ้วถุงยามาหาหมอ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน/ ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ	แนวทางการตอบสนอง
OPD	<p>ความต้องการของผู้รับผลงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้เภสัชกร ตรวจสอบกับผู้ป่วยว่าได้ใบนัดหรือยังให้ครบถ้วน - ให้คำแนะนำยากับผู้ป่วยให้ครบถ้วน - จัดทำข้อมูล และเผยแพร่กรณีเกิดความเสียหายหรือความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกี่ยวข้อง <p>ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยก่อนยื่น OPD card ที่ห้องยา : ชื่อตรงกับ OPD card วันที่นัดตรงกับที่แพทย์นัดหรือไม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - สอบถามหรือตรวจสอบอีกครั้ง - ปฏิบัติตามหลักวิชาชีพ
IPD	<p>ความต้องการของผู้รับผลงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกข้อมูลเวชภัณฑ์ยาที่มีการสั่งใช้ ให้ถูกต้อง - จัด ตรวจสอบ และจ่ายยาได้ถูกต้องตามการสั่งใช้ยาของแพทย์ พิมพ์ ใบ MAR และลงเวลาใน MAR เมื่อเช็ดยาเสร็จ - จัดยาได้ทันตามเวลาให้ยาทุกวัน <p>ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ตรวจสอบความชัดเจนของ Order แพทย์ก่อนส่งหรือ Scan ให้ห้องยา - อยากให้ติด ชื่อผู้ป่วยให้ตรงกับที่แพทย์ตรวจ - ส่งใบเบิกตรงเวลา - ตรวจสอบวันหมดอายุของยาทุกเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - Double check อย่างรอบคอบ - ร่วมกับ MMS round เดือนละ 1 ครั้ง - ประสานงานคร่อมสายงาน
ห้องใบเสร็จ	<p>ความต้องการของผู้รับผลงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา ได้แก่ สิทธิในการรักษา และราคา ยา ให้ถูกต้องก่อนส่งไปชำระเงิน - ส่ง ใบสั่งยาให้ห้องใบเสร็จให้เรียบร้อยทุกวัน <p>ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ</p> <p>แจ้งความต้องการเป็นลายลักษณ์อักษร</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบเอกสาร สิทธิ และใบสั่งยา ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ก่อนนำส่งห้องใบเสร็จ -

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน/ ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ	แนวทางการตอบสนอง
ER	<p>ความต้องการของผู้รับผลงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการตรวจเช็คยาที่อยู่ตามบริเวณจุดบริการ เพื่อให้ มีการเก็บรักษาอย่าง เหมาะสม และไม่มี ยาหมดอายุ - ฟื้นฟูความรู้เรื่องยา และเผยแพร่ความรู้แก่ เจ้าหน้าที่ ส่วนอื่นให้ทราบด้วย - ให้บริการโดยให้ความรู้ และ คำแนะนำ แก่ ผู้ป่วย อย่างครบถ้วน - ให้มีเจ้าหน้าที่ ประจำตลอดเวลา หรือ สามารถ ติดต่อ ได้อย่างรวดเร็ว <p>ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับ order แพทย์ ให้ตรงทั้งชื่อยา ความแรง วิธีใช้ จำนวน (กรณีรับ order ทางโทรศัพท์) - ลอกรายการยาเดิมที่ Admit Reconcile ให้ ตรงทั้งชื่อยา วิธีใช้ ก่อนส่งห้องยา หากมียาคืน อยากรให้นำยาคืนให้ผู้ป่วยมาห้องยาทุกครั้ง - ตรวจสอบวันหมดอายุของยาทุกเดือน - ตรวจสอบตู้เย็นยา ไม่ให้มีอาหารปะปน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกับ MMS round เดือนละ 1 ครั้ง - จัดอบรมวิชาการด้านยา - ให้เบอร์ โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ห้องยา เพื่อให้การติดต่อได้ทันที - ประสานงานคร่อมสายงาน
สารสนเทศ	<p>ความต้องการของผู้รับผลงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้มีส่วนร่วม ในการออกแบบงานด้าน สารสนเทศ ข้อมูลด้านยา - ต้องการสถิติข้อมูลการใช้ยา ที่ใช้จำนวนมาก ที่สุด , น้อยที่สุด ข้อมูลรายงาน RDU และข้อมูล เหลือคงคลัง เป็นต้น - เผยแพร่ข้อมูลความเสี่ยง ความคลาดเคลื่อนทาง ยา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบเฝ้าระวังร่วมกัน <p>ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความพร้อมใช้ และความปลอดภัยของ อุปกรณ์ IT ทุกวัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความพร้อมใช้ และ ความปลอดภัยของอุปกรณ์ IT ทุกวัน - ประสานงานคร่อมสายงาน

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน/ ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ	แนวทางการตอบสนอง
ทันตกรรม	<p>ความต้องการของผู้รับผลงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้แจ้ง ถ้ามียาที่สั่งหมด - อยากให้แนะนำถ้ามีการสั่งยาที่ไม่ถูกต้อง <p>ความต้องการในการประสานภายในที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เบิกยาตามกำหนด <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความถูกต้องของขนาดยาก่อน บันทึกส่งห้องยา - บันทึกการ order ยาก่อนส่งผู้ป่วยมาห้องยา ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยร้องเรียน 	ประสานงานคร่อมสายงาน

จ. ลักษณะสำคัญของงานและปริมาณงาน

- กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ให้บริการจ่ายยา ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ตรวจสถานพยาบาล โรงงานอาหาร ร้านขายของชำ ร้านยา และสถานที่ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค

I ปริมาณงานของหน่วยงาน

งานบริหารเวชภัณฑ์

กิจกรรม	ผลงาน			
	2564	2565	2566	2567 (ถึง เม.ย 67)
จัดซื้อและตรวจรับเวชภัณฑ์ - ครั้ง	75	81	115	67
เบิกจ่ายเวชภัณฑ์ - ครั้ง	301	321	355	189
ตรวจสอบคงคลัง	12	12	12	12

งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

กิจกรรม	ผลงาน			
	2564	2565	2566	2567 (ถึง มี.ค 67)
จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยทั้งหมด	28,733	36,373	44,412	25,328
เวลารอรับยากลับบ้านเฉลี่ย (นาที)	<15	<15	<15	<15

งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน

กิจกรรม	ผลงาน			
	2564	2565	2566	2567 (ถึง มี.ค 67)
จำนวนใบสั่งยาIPD (ใบ)	2,665	3,502	1,892	1,195
จำนวนวันนอน (วัน)	2,142	2,818	5,066	3,164

II อัตรากำลัง

ตำแหน่ง หน้าที่	จำนวน
เภสัชกร	3
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	2
พนักงานห้องยา	1
จพ.พัสดุ	1
รวม	7

จ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ให้บริการจ่ายยา และให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ปลอดภัย
พึงพอใจ ได้มาตรฐานตามแนวทาง Patient Safety Goal (2P Safety)

จุดเน้นในการพัฒนา

จุดเน้นโรงพยาบาล	จุดเน้นหน่วยงาน
สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย สำหรับผู้รับบริการตามหลัก SIMPLE	1. พัฒนาระบบยาให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา กระทรวงสาธารณสุข 2. พัฒนางานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคสำคัญ(ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน)

ฉ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. ความสามารถในการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ
2. การสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตระหนักถึงความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยในทุก
ขั้นตอน รวมทั้งการกระตุ้นให้เกิดการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา
3. การนำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาไปใช้ประโยชน์ และพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อน
ทางยาด้วยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ
4. สำหรับความท้าทายในงานบริหารเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วย คือ ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย
ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ มีผู้ป่วยหลายรายที่ขณะนอนในโรงพยาบาลมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ
ยาและหากเภสัชกรมีบทบาทการบริหารผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจะทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์และมี
ความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น
5. ขยายการติดตามการใช้ยาผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพในชุมชน

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข
1. การจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติ การแพ้ที่รุนแรงและอาจเป็น อันตราย	-ปฏิบัติตามระบบที่ PTC วางไว้ โดยสอบถามทุกครั้งที่มีการส่งมอบยา -ระบุข้อมูลการแพ้ยาบนบัตรประจำตัวผู้ป่วย Pop up ใน HosXP ติดบัตร เสื้อหรือ สายข้อมือ “แพ้ยา” -ให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ อันตรายที่อาจเกิดขึ้น -จัดทำบอร์ดภาพอาการแพ้ยา ตามอาคารผู้ป่วย

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข
2.การจ่ายยาผิดคน	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบชื่อบนฉลากกับใบสั่งยาและทวนชื่อผู้ป่วยทุกครั้งก่อนส่งมอบ และปฏิบัติตามหลัก PI (Patient Identification) - ในกรณีที่ทราบภายหลัง ให้สืบค้นประวัติและติดต่อด้วยวิธีที่สะดวก รวดเร็วและต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดี
3.ยาขาดไม่มีจ่ายให้ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบปริมาณคงเหลือทุกสัปดาห์ - ปรับปรุงอัตราการสำรองเป็นระยะ - มีการเฝ้าระวังติดตามการจัดซื้ออย่างเป็นระบบ
4.การจ่ายยาผิดขนาด ผิดจำนวน ผิดขนาน ผิดเวลา	<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบการตรวจสอบซ้ำ (Double Check)
5.ยาต่อคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการพิจารณาคัดเลือกคุณภาพก่อนจัดซื้อ - จัดระบบการเก็บรักษาที่เหมาะสม - จัดทำข้อมูลยาที่ต้องเก็บให้พ้นแสงเผยแพร่ผู้เกี่ยวข้องทราบ
6.การจ่ายยาหมดอายุเสื่อมสภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบการตรวจสอบ ติดตามและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง - กำหนดเงื่อนไขการเก็บรักษาที่เหมาะสม - ตรวจสอบทุกเดือน
7.การจ่ายยาที่มีอันตรกิริยาในระดับ1,2 ที่มีความสำคัญทางคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างระบบการเตือน Pop UP ในทุกจุดบริการ - ประสานผู้สั่งยาให้อ่านรายละเอียดก่อน ปิดผ่าน
8.ความไม่เข้าใจวิธีใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกทักษะการสอนและการให้คำแนะนำ หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - ใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสม ใช้ฉลากช่วย แผ่นพับ - จัดทำ QR Code ฉลากกลุ่มที่ใช้ทักษะพิเศษ
9.การแก้ไขข้อมูลตัวยาในใบสั่งยา	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาลในเรื่องการแก้ไขข้อมูลในใบสั่งยา
10. การให้ข้อมูลการใช้ยาไม่ครบถ้วนในยาที่ห้ามหักแบ่งบด เคี้ยวหรือทำให้เม็ดยาแตก	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำข้อมูลเผยแพร่ให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทราบ - บันทึกคำแนะนำเพิ่มเติมในฉลากยาใน HosXPให้ครบถ้วนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน - จัดทำเอกสารเผยแพร่

ข. ศักยภาพและข้อจำกัดด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

การบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,427 ใบสั่งยาต่อเดือน และผู้ป่วยใน 62 คน เฉลี่ย 271 วันนอนต่อเดือน รับผิดชอบงานให้คำปรึกษา การประเมิน ADR รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล และเบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง รวมถึงให้บริการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง รวม 4 วันต่อเดือน ทำให้วันที่ออกให้บริการต้องแบ่งเจ้าหน้าที่ออกไป 2 คน (เภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกำลังคนกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบอยู่นั้น นับว่ายังไม่เพียงพอ เนื่องจากจะเหลือเจ้าหน้าที่ที่จะให้บริการด้านเภสัชกรรม (ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวม 6 คน : เภสัชกร 3 คน ,เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน,พนักงานห้องยา 1 คน) ทำให้ต้องเร่งรีบในการให้บริการ โอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจึงมีสูง แต่ทั้งนี้ได้พยายามวางมาตรการในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเชิงระบบแล้ว

หัวข้อ	จำนวน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1. ผู้ปฏิบัติงาน	7 คน	เภสัชกร 3 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 พนักงานห้องยา 1 คน จพ.พัสดุ 1 คน	1.เนื่องจากกรอบเภสัชกร 5 คน แต่มีเภสัชกรปฏิบัติงานจริง 3 คน จึงทำให้งานคุณภาพบางอย่าง ทำได้ไม่เต็มที่ 2. เภสัชกรยังขาดการพัฒนา ความรู้อย่างต่อเนื่อง อาทิ เช่น การอบรมหลักสูตรระยะสั้น ด้าน จิตเวช และ Palliative Care
2. เครื่องมือและ เทคโนโลยี	ครบถ้วน พร้อมสนับสนุน การปฏิบัติงาน	-เครื่องคอมพิวเตอร์ -ปริ้นเตอร์ใบสั่งยา -ปริ้นเตอร์สติ๊กเกอร์- เครื่องปรับอากาศ -ตู้เย็น	-

ฉ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

1. เจ้าหน้าที่ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมในฝ่ายให้น่าอยู่ สะอาด โดยปฏิบัติ 5 ส.
2. เจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจสุขภาพทุกปีทุกคน
3. เจ้าหน้าที่ได้รับการวิเคราะห์และติดตามความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

ผู้รับบริการ

1. จัดทำบอร์ดและจัดทำเอกสารให้ความรู้ทางด้านยาให้กับผู้ป่วยที่มาปรึกษา ให้ความรู้และติดตามการใช้ยากับผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบนหอผู้ป่วยใน
2. ส่งเสริมการใช้ถุงผ้ามารับยาแทนการใช้ถุงพลาสติก

ชุมชน

1. ตรวจแนะนำร้านชำ ร้านอาหารร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่ รพ.สต
2. ให้ความรู้ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคแก่ประชาชน นักเรียนและอาสาสมัครชุมชน

2. กระบวนการทำงานที่สำคัญ (รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน)

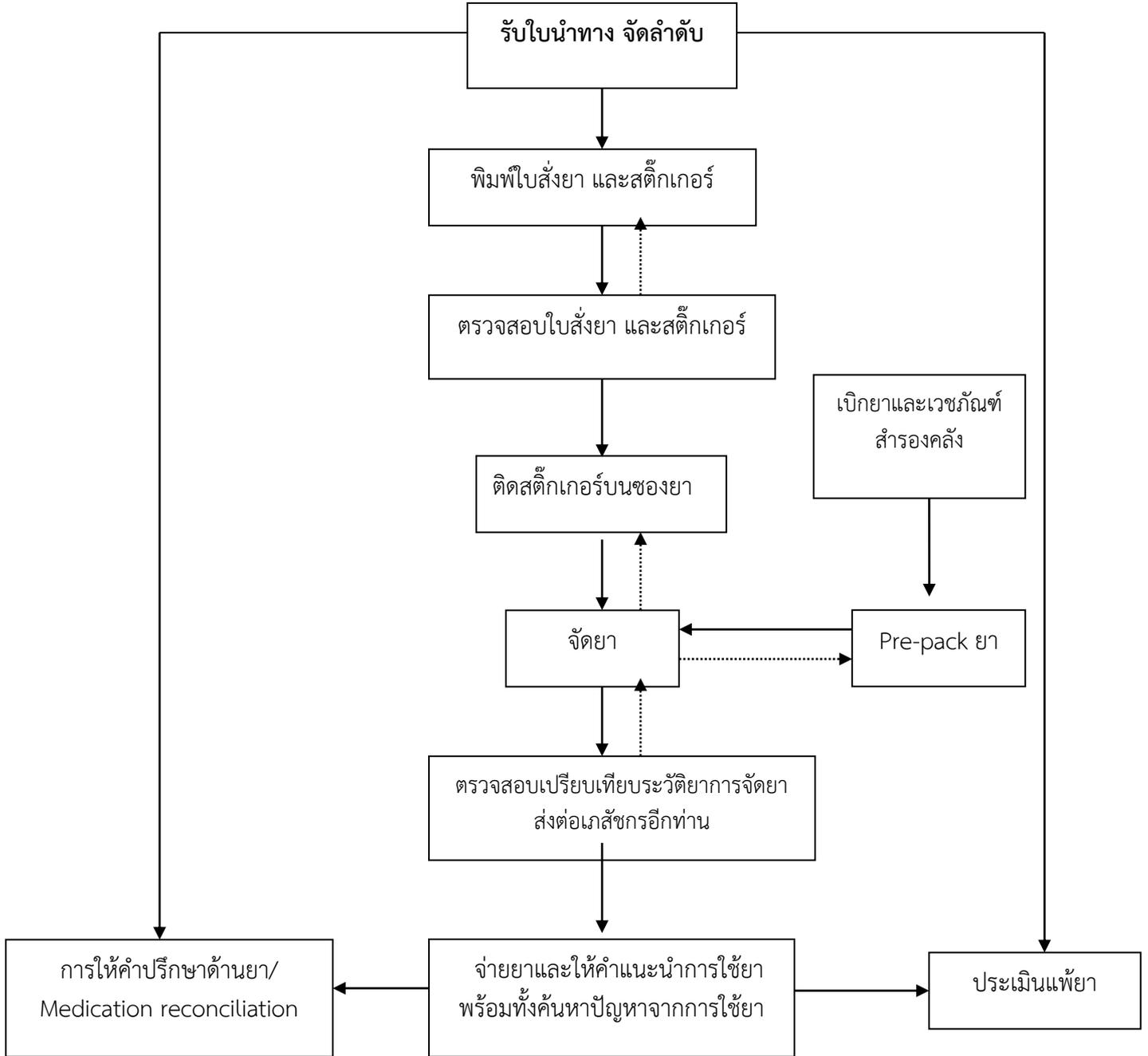
กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (KPI)		
			ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
1.งานบริการผู้ป่วยนอก - การพิมพ์ฉลากยา - การจัดยา - การตรวจสอบ - การจ่ายยา	- ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและทันเวลา - ฉลากยามีความถูกต้องและมีข้อมูลครบถ้วน - ลดอุบัติการณ์การจัดยาผิด - ลดอุบัติการณ์การสั่งใช้ยาผิด - ลดอุบัติการณ์การจ่ายยาผิด - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจใน	- ผู้ป่วยได้รับยาผิด (ชนิด/ขนาด/ปริมาณ/รูปแบบ) - ข้อมูลบนฉลากยาผิด	- ระยะเวลาารรับยา - อัตรา Processing Error - อัตรา Prescription Error - Dispensing Error - อัตรา Transcribing Error	<20 นาที <5/1000 <5/1000 <3/1000 <5/1000	<15 นาที 0.395 0.750 0.039 0.039
2.งานบริการผู้ป่วยใน - การคัดลอกคำสั่งใช้ยา - การพิมพ์ฉลากยา - การจัดยา - การตรวจสอบ - การส่งมอบยาให้แก่หอผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและทันเวลา - ฉลากยามีความถูกต้องและมีข้อมูลครบถ้วน - ลดอุบัติการณ์คัดลอกคำสั่งใช้ยาผิด - ลดอุบัติการณ์การจัดยาผิด - ลดอุบัติการณ์การจ่ายยาผิด - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการ	- ผู้ป่วยได้รับยาผิด (ชนิด/ขนาด/ปริมาณ/รูปแบบ) - ข้อมูลบนฉลากยาผิด	- อัตรา Prescription Error - อัตรา Transcribing Error - อัตรา Processing Error -Dispensing Error -	<5/1000 <5/1000 <5/1000 <3/1000	0.000 0.316 0.000 0.000

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงที่สำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (KPI)		
			ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
3.งานเภสัชกรรมคลินิก - การให้คำแนะนำ ปรึกษาด้านยาแก่ผู้ รับบริการ - ประเมินคำสั่งใช้ยา และติดตามปัญหา จากการใช้ยา	- ผู้ป่วยมีความ เข้าใจ และ สามารถใช้งานได้ อย่างถูกและ ปลอดภัย	- ผู้ป่วยแพ้ยา	- จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	ไม่มีการแพ้ ยาซ้ำ	0
4.งานบริหารเวชภัณฑ์ - จัดซื้อ,จัดหายาและ เวชภัณฑ์ - รับเวชภัณฑ์เข้าคลัง - เบิก – จ่ายยาและ เวชภัณฑ์ตามใบเบิก - ควบคุมและเก็บยา และเวชภัณฑ์	- มียาและ เวชภัณฑ์ที่มี คุณภาพเพียงพอ แก่หน่วยเบิกและ ผู้รับบริการ - ห้องเก็บยาและ เวชภัณฑ์มี อุณหภูมิ เหมาะสมในการ เก็บรักษา เวชภัณฑ์ให้มี คุณภาพ - ตู้เย็นมีอุณหภูมิ เหมาะสมในการ เก็บรักษาและ เวชภัณฑ์ให้มี คุณภาพ	- ยาและเวชภัณฑ์ ขาดคราว - ยาและเวชภัณฑ์ หมดอายุ/ เสื่อมสภาพ	- สถานะคงคลังยาและ เวชภัณฑ์ - จำนวนยาและ เวชภัณฑ์ ขาดคลัง- ยาและ เวชภัณฑ์หมดอายุ / เสื่อมสภาพ ณ คลัง เวชภัณฑ์ - อัตราอุณหภูมิตู้เย็น เก็บ ยาและเวชภัณฑ์ ช่องธรรมดาไม่อยู่ใน เกณฑ์ - อัตราอุณหภูมิห้อง เก็บยาและเวชภัณฑ์ไม่ อยู่ในเกณฑ์	< 3 เดือน <5 รายการ ต่อปี <5 ครั้ง/ปี <5 ครั้ง/ปี	2.78 1 รายการ (Rifampicin) 2 ครั้ง <4 ครั้ง/ปี

แผนภูมิกระบวนการทำงาน
(รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน)

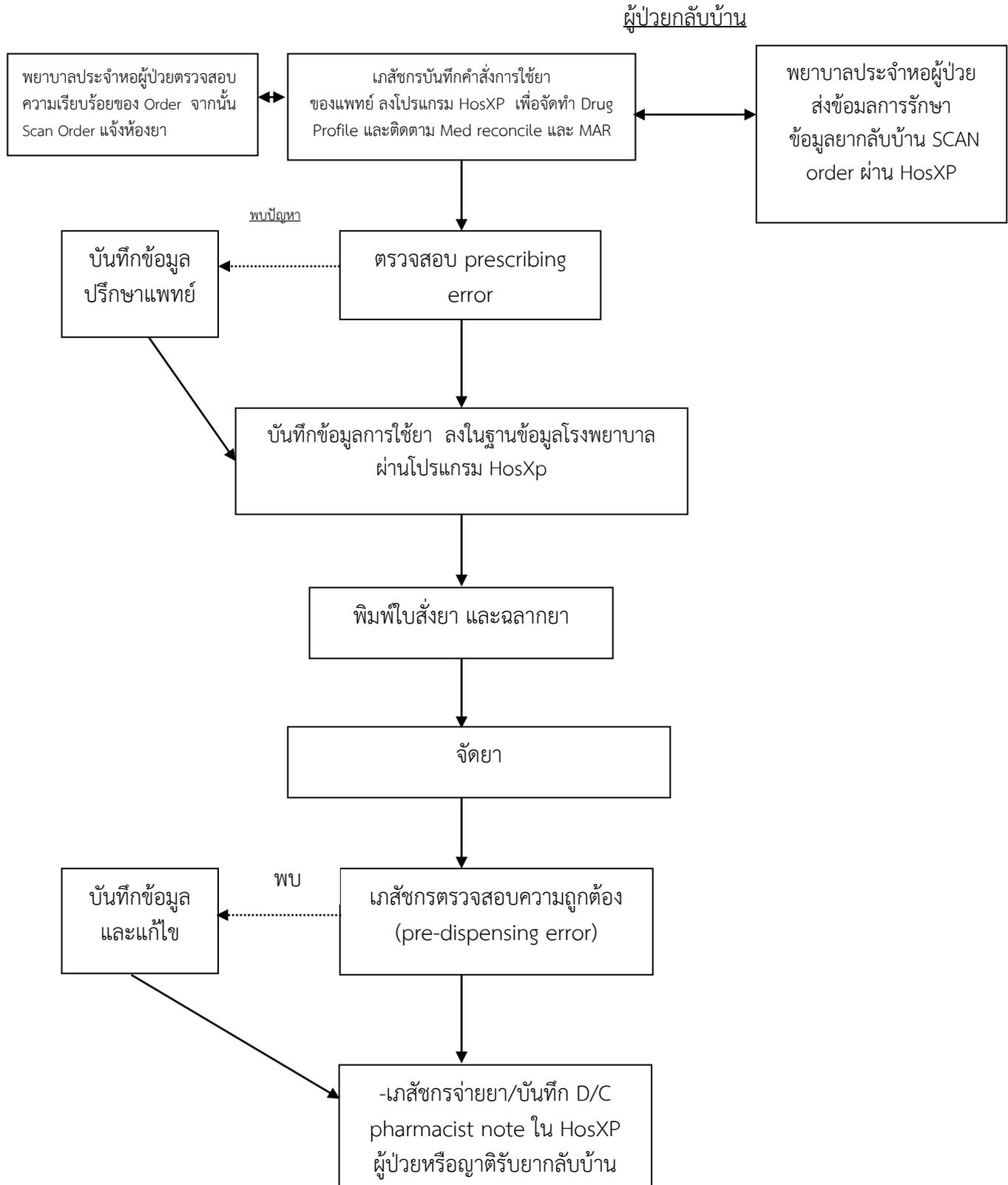
กระบวนการของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart)

1.งานบริการผู้ป่วยนอก



2.งานบริการผู้ป่วยใน

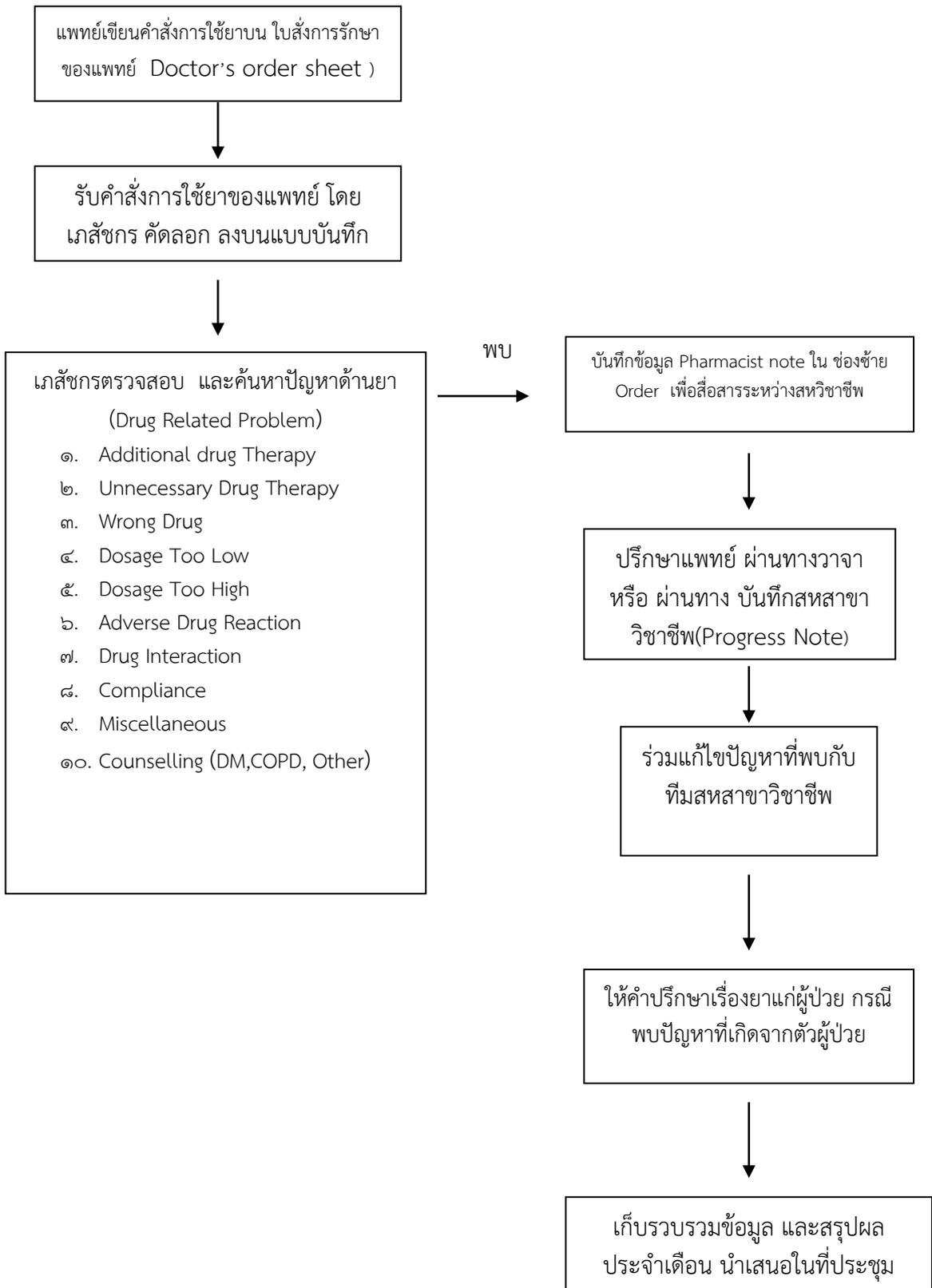
การกระจายยาบนหอผู้ป่วยระบบ ONE DAY DOSE และจ่ายยาผู้ป่วยกลับบ้าน



การค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจ่ายยาผู้ป่วยใน



การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยในของเภสัชกร



3. สรุปประเด็นคุณภาพสำคัญที่ต้องพัฒนา/จุดเน้นในการพัฒนา ปี 2567

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	กิจกรรมพัฒนา	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์		
			ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. ถูกต้อง	เพื่อจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ครบถ้วน ไม่เกินค่าเป้าหมาย	ทบทวนความรู้ทางวิชาการ ตรวจสอบ 2 คน (Independent double check)	Dispensing Error	<3/1000	OPD =0.039
2. ปลอดภัย	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย	จัดทำ SOP APR/ADR เพื่อป้องกันแพ้ยาซ้ำ ตั้งค่าแจ้งเตือน Drug interaction ยาใน Pregnancy ในโปรแกรม HosXP	ผลลัพธ์ - อัตรา ADE จากยา HAD ระดับ E - อัตราการสั่งจ่ายยา Fatal Drug interaction (ระดับ Major) ไม่เกินค่าเป้าหมาย - อัตราการสั่งยา cat D, X ในหญิงตั้งครรภ์ - จำนวนการเกิดการแพ้ยาซ้ำ	0 0 0 0	1 0 0 0
3. พึงพอใจ	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจต่อการรับบริการและได้รับยาตามเวลา มาตรฐาน ไม่เกิน 20 นาที	ปฏิบัติแนวทางให้บริการของ CRC	- ร้อยละความพึงพอใจ - ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย	>ร้อยละ 90 <20 นาที	ร้อยละ 95 15 นาที
4. ได้มาตรฐาน	เพื่อให้มีการปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งความปลอดภัย การบริหารจัดการคลัง	ควบคุมการจัดซื้อให้เป็นไปตามแผน	บริหารเวชภัณฑ์ 1. อัตราคงคลัง 2. พยาขาดคราว	ไม่เกิน 3 เดือน ไม่เกิน 3 รายการ	2.95 เดือน 1 รายการ

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน¹ (Performance Indicator)

4.1 ตัวชี้วัดตอบสนองนโยบาย RDU (Rational Drug Use)

อัตราการสั่งจ่ายสมเหตุสมผล (RDU)	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567 (ถึง มี.ค 67)
อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI)	<20%	9.85	8.29	5.89	18.18	10.21
อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)	<20%	8.70	4.55	20.87	22.31	11.21
อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ FTW (Fresh traumatic wound)	<40%	45.59	29.47	59.00	39.97	46.13
อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (ATB ใน หญิงคลอด)	<15%	0	0	5.88	9.48	100
ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI / ARB / Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาความดันเลือดสูง	0	0	0	0	0	0
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < 30 มล./นาที)	>80%	96.99	94.97	91.47	93.22	94.52
ร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	<5%	0.11	0	0.12	0.07	0-08
ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	<10%	1.58	0.40	0	0.98	1.38
จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ยา Warfarin/Statins/ Ergot เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	0	0	0	0	0	0

¹ นำเสนอกกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (ก) ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานและมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง (พร้อมคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบภาพอย่างสั้นๆ) (ข) ข้อมูลผลการพัฒนาตามโครงการสำคัญในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

4.2 ตัวชี้วัดกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ 2565-2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติ ปี 2565	ผลการปฏิบัติ ปี 2566	ผลการปฏิบัติ ปี 2567 (ถึง มี.ค 67)
ร้อยละสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตในพื้นที่ (สถานที่ผลิตอาหาร ร้ายยา สถานพยาบาล สถานประกอบการสุขภาพ) LAG 42	ร้อยละ 100	100 %	100 %	100 %
ความครอบคลุมของร้านชำมาตรฐาน	ร้อยละ 80	85 %	95%	100 %
ร้อยละเครื่องสำอางที่จำหน่ายในตลาดนัด มีความถูกต้อง LAG 44	ร้อยละ 95	100 %	100 %	100 %
ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหารในพื้นที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 100	100 %	100 %	100 %
ร้อยละของร้านเครื่องสำอางในร้านชำ/ตลาดนัด/ตลาดสด ได้รับการตรวจสอบการจำหน่าย	ร้อยละ 95	100%	100 %	100 %
ร้อยละโรงเรียนประถมศึกษาที่มีการดำเนินกิจกรรม อย.น้อย	ร้อยละ 50	66.67 %	66.67 %	66.67 %
รพ.และรพ.สต ผ่านเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ (MOU) LAG 57	ผ่านเกณฑ์	ชั้นที่ 1	ชั้นที่ 1	ชั้นที่ 3
ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา	ร้อยละ 35	44.12 %	61.12 %	68.46%

4.3 ตัวชี้วัดงานบริหารเวชภัณฑ์

รายการ	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	ปี 2567 (ถึง มี.ค 67)
1. อัตราการสำรองยา	ไม่เกิน 2 เดือน	1.89	3.85	2.15	2.95	2.78
2. ร้อยละจัดซื้อยาร่วม	มากกว่า ร้อยละ 20	44.12	51.12	59.28	61.12	68.46
3. ร้อยละจัดซื้อยาองค์การเภสัชกรรม	มากกว่า ร้อยละ 35	53.85	27.30	42.61	48.95	41.13
4. มูลค่าจัดซื้อทั้งหมด	ไม่เกินแผนจัดซื้อ	2,606,485.28	1,992,764.97	1,738,361.69	3,336,574.56	1,947,602.42
5. ร้อยละการซื้อยา ED : NED	ED มากกว่า ร้อยละ 90	98.74 / 1.26	98.74 / 1.26	96.68 / 3.32	95.11/4.89	95.95/4.05
6. จำนวนยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ ที่ไม่ใช่ยากำพร้า	ไม่เกิน 2 รายการ	0	0	0	0	0
7. รายการยาขาดคราว	ไม่เกิน 3 รายการ	3	0	0	0	0

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	อุบัติการณ์ ปี 2563 (ครั้ง)	ปี 2564	อุบัติการณ์ ปี 2564 (ครั้ง)	ปี2565	อุบัติการณ์ ปี 2565 (ครั้ง)	ปี2566	อุบัติการณ์ ปี 2566 (ครั้ง)	ปี2567	อุบัติการณ์ ปี 2567 (ครั้ง)
90.4 อัตรา Transcribing error:	<5										
OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)		0.207	8	1.004	44	0.650	41	0.113	5	0.039	1
IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*		15.308	43	12.544	64	4.552	33	3.356	17	0.316	1
90.5 อัตรา Pre-dispensing error:	<5										
OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)		0.207	8	0.571	25	1.489	94	0.203	9	0.395	10
IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*		6.408	18	0.980	5	0.138	1	0	0	0	0
90.6 อัตรา Dispensing error :											
- OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	<3	0.000	0	0.068	3	0.095	6	0.113	5	0.039	1
- IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*		5.340	15	2.548	13	0.138	1	2.566	13	0.000	0

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	อุบัติการณ์ ปี 2563 (ครั้ง)	ปี 2564	อุบัติการณ์ ปี 2564 (ครั้ง)	ปี2565	อุบัติการณ์ ปี 2565 (ครั้ง)	ปี2566	อุบัติการณ์ ปี 2566 (ครั้ง)	ปี2567	อุบัติการณ์ ปี 2567 (ครั้ง)
90.7 อัตรา Administration:											
OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	< 5	0.026	1	0.068	14	0.095	1	0.113	1	0.039	1
IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*											
Wrong patient		1.068	3	0.000	0	0	0	0	0	0	0
Wrong Drug		0.000	0	0.000	0	0.000	0	0	0	0	0
Wrong Dose		2.136	6	0.980	5	0.000	0	0	0	0.316	1
Wrong Time		6.408	18	5.096	26	0.966	7	0	0	0	0
Wrong Route		1.068	3	0.000	0	0.000	0	0	0	0	0
Wrong Technique		0.000	0	0.000	0	0.000	0	0	0	0	0
Wrong Record		1.068	3	0.000	0	0.138	1	0	0	0	0
Wrong Omission (ไม่ได้แจกยา)		3.204	9	1.568	8	0.138	1	0.395	2	0	0
90.11 อุบัติการณ์การเกิด HAD error ตั้งแต่ระดับ E	0	0		0		0		0		0	
90.12 จำนวนผู้ป่วยแพ้ยา ซ้ำ	0 คน	0		0		0		0		0	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปฏิบัติการ ปี 2563 (ครั้ง)	ปี 2564	ปฏิบัติการ ปี 2564 (ครั้ง)	ปี2565	ปฏิบัติการ ปี 2565 (ครั้ง)	ปี2566	ปฏิบัติการ ปี 2566 (ครั้ง)	ปี2567	ปฏิบัติการ ปี 2567 (ครั้ง)
90.13 ปฏิบัติการความ ผิดพลาดในการให้ยาที่ ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมไม่ ครบถ้วน (Med reconciliation)	0 ครั้ง	2		2		0		0		1	
90.14 จำนวนครั้งการเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยา OPD/IPD LASA	< 20 ครั้ง	17		12		16		5		4	
จำนวนใบสั่งยา		38,641		43,813		63,116		44,409		25,328	
จำนวนวันนอน		2,809		5,102		7,249		5,066		3,124	

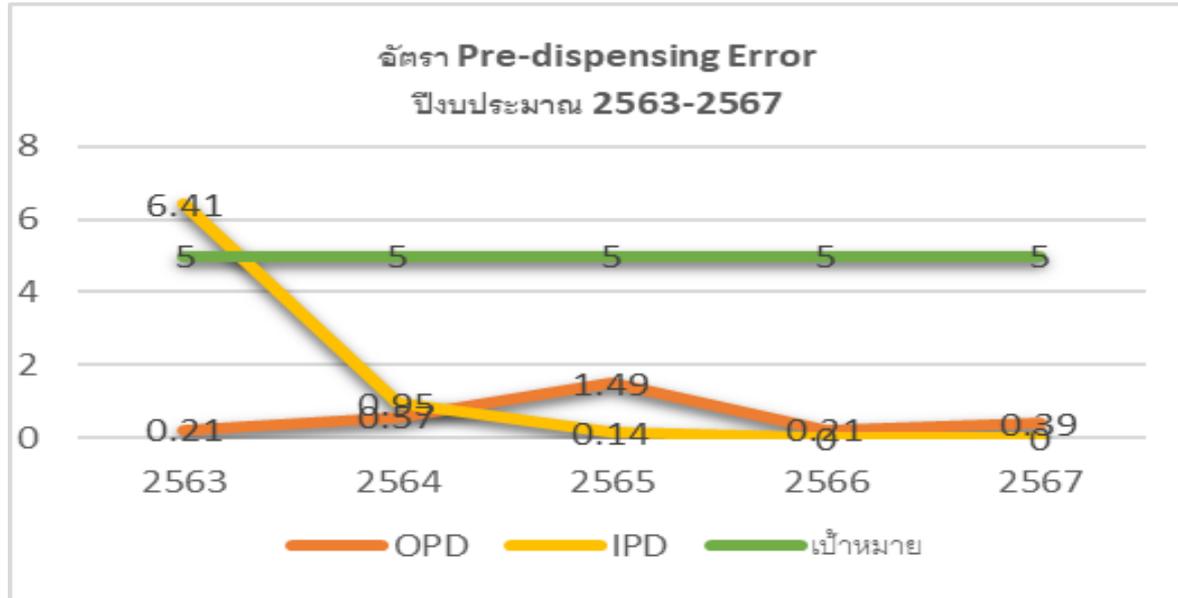
กราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญ

ความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยนอก

ตัวชี้วัด Processing Error หรือ Pre-dispensing error (จัด บรรจุ เตรียมยาผู้ป่วยนอก)

อัตราคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัด ยาที่จ่ายยาผู้ป่วยนอก	จำนวนรายการยาในกระบวนการจัดยาผู้ป่วยนอกที่คลาดเคลื่อนใน 1 เดือน x 1,000 จำนวนใบสั่งยาทั้งหมดใน 1 เดือน หน่วยเป็นครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา
---	--

ผลการดำเนินงาน



การวิเคราะห์

จากแผนภูมิพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา (Processing Error) งานผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2563-2564 และลดลงในปี 2565-2567 โดยพบความคลาดเคลื่อนในกลุ่ม LASA ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดสมาธิของเจ้าหน้าที่ และมีการส่งเสริมให้มีการลงความเสี่ยงมากขึ้น จากนโยบายที่มความเสี่ยงของโรงพยาบาล

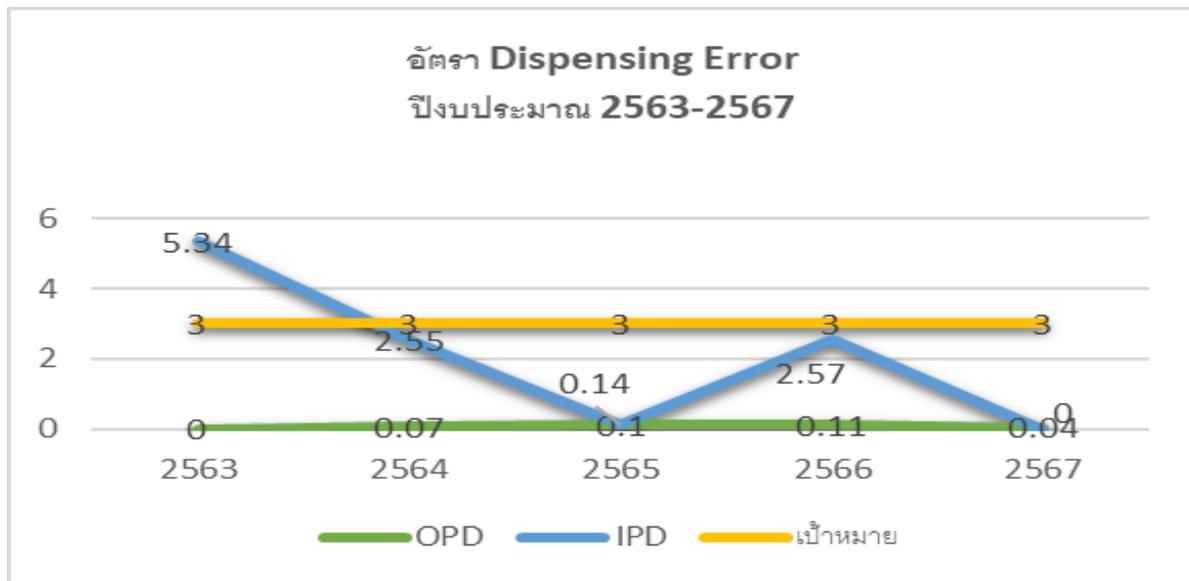
แนวทางการพัฒนาตามโอกาสพัฒนาที่พบ

1. ฝึกสมาธิก่อนเริ่มปฏิบัติงานในทุกวัน
2. ปฏิบัติตามแนวทาง “1 2 3 check.” (ดูก่อนหยิบ ดูก่อนจัด ดู ก่อนเก็บ)
3. ปฏิบัติตามแนวทาง Look-alike Sound-alike อย่างเคร่งครัด และทบทวนคู่มือที่จัดติดอยู่เสมอ

ตัวชี้วัด Dispensing Error (จ่ายยา)

อัตราคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ผู้ป่วยนอก	จำนวนรายการยาในขั้นตอนการจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่คลาดเคลื่อนใน 1 เดือน x 1,000 จำนวนใบสั่งยาทั้งหมดใน 1 เดือน หน่วยเป็นครั้ง ต่อ 1,000 ใบสั่งยา
--	--

ผลการดำเนินงาน



การวิเคราะห์

จากแผนภูมิพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing Error) งานผู้ป่วยนอก ในช่วงปี 2563-2567 ค่อนข้างคงที่ และไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด จากการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัย ด้านยาต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

แนวทางการพัฒนาตามโอกาสพัฒนาที่พบ

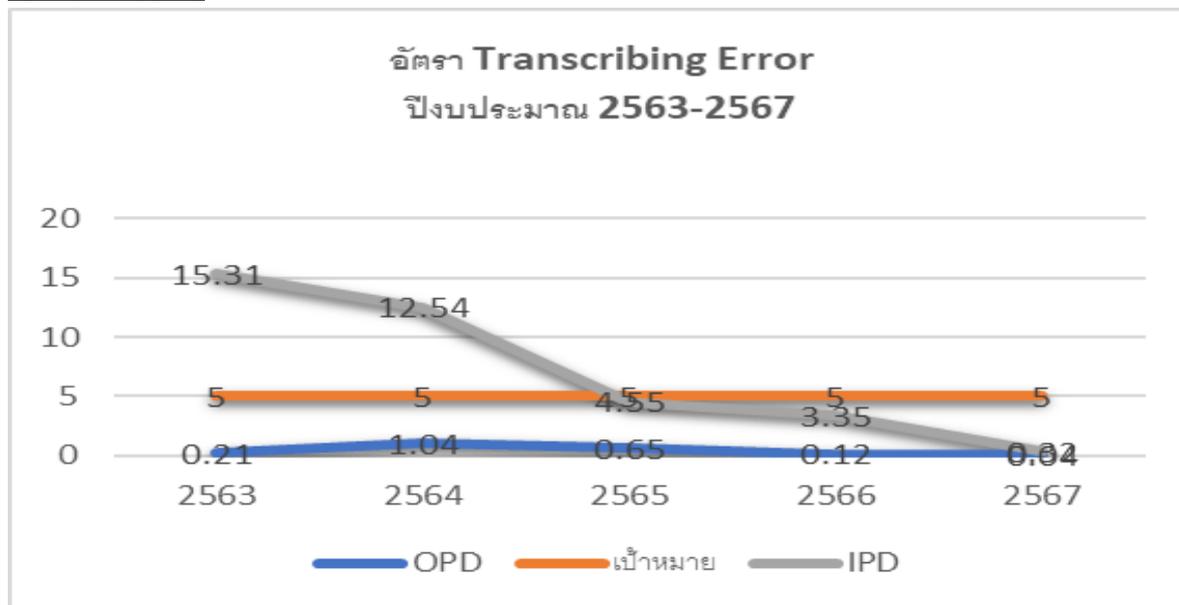
1. ก่อนจ่ายยาต้องตรวจสอบยาจากตะกร้าที่จัดยาเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ตรงกับใบนำทาง ใบสั่งยาและ และในระบบ HosXP โดยต้องตรวจสอบชื่อยา ชนิดของยา จำนวน ขนาดการใช้ วิธีการใช้ ส่วน คำแนะนำและสรรพคุณของยาทุกรายการจะพิมพ์ออกมาอยู่ในฉลากแล้ว
2. เรียกชื่อ - สกิลผู้ป่วยตามใบนำทาง/ใบสั่งยา
3. กล่าวคำทักทายด้วยคำว่า “สวัสดีครับ/ค่ะ”
4. ถามย้ำชื่อ - สกิลผู้ป่วยอีกครั้ง พร้อมให้ผู้ป่วยยืนยันบัตรประจำตัวประชาชน เพื่อเป็นการตรวจสอบ ชื่อ -นามสกุลของผู้ป่วย ให้ตรงกับผู้ป่วยที่เรียกรับยา
- 5.ถามประวัติแพ้ยาผู้ป่วย พร้อมลงลายมือชื่อกำกับในใบสั่งยา
6. จ่ายยาแต่ละชนิดโดยบอกสรรพคุณ วิธีการใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา
7. ทวนความเข้าใจผู้ป่วยอีกครั้งโดยให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีการใช้ยาเอง
8. กล่าวปิดท้ายด้วยคำว่า “ขอบคุณครับ/ค่ะ”
- 9.ลงลายมือชื่อกำกับผู้จ่ายยาในใบสั่งยา และบันทึกชื่อผู้จ่ายยาในระบบ HosXP ทุกครั้ง

ความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยใน

ตัวชี้วัด Transcription Error

อัตราคลาดเคลื่อนจากการถ่ายถอดคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยใน	จำนวนรายการยาจากการถ่ายถอดคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยในที่คลาดเคลื่อนใน 1 เดือน x 1,000 จำนวนวันนอนทั้งหมดใน 1 เดือน หน่วยเป็นครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน
---	---

ผลการดำเนินงาน



การวิเคราะห์

จากแผนภูมิพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอก (Transcription Error) งานผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2564-2565 โดยพบการคีย์รายการยาตามออร์เดอร์ scan ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งสามารถตรวจพบและแก้ไขได้ ซึ่งคณะกรรมการจะหาแนวทางในการป้องกันเชิงระบบต่อไป

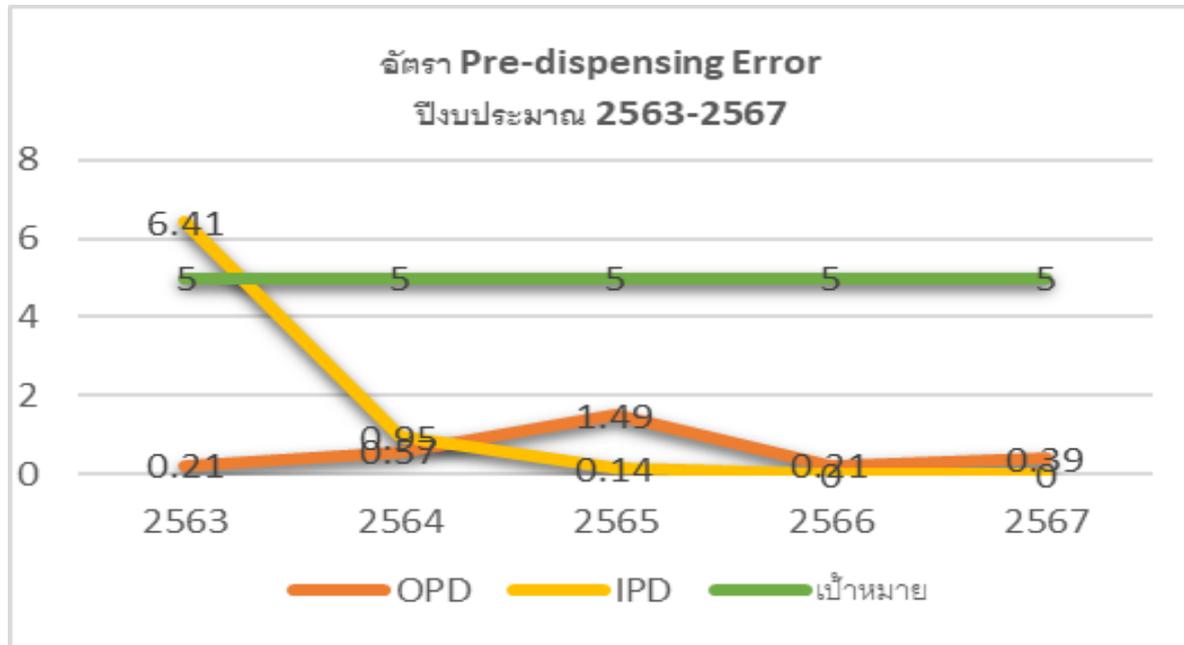
แนวทางการพัฒนาตามโอกาสพัฒนาที่พบ

1. สั่งพิมพ์ฉลากยาอัตโนมัติ จากโปรแกรมผู้ป่วยใน HosXP ฉลากยาจะระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา จำนวน วิธีการใช้ยา ให้ครบถ้วน
2. เทียบ Drug Profile/ใบ MAR ในระบบ HosXP คู่กับ Order ที่ พยาบาล Scan มา เป็นการตรวจสอบความถูกต้องก่อนพิมพ์ฉลากยา
3. ขอความร่วมมือแพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจน ซึ่งใบคำสั่งที่มีสำเนาควรเขียนด้วยปากกาลูกลื่น เพื่อให้อ่านสำเนาได้อย่างชัดเจน และให้เขียนชื่อยาด้วยตัวพิมพ์ ไม่ใช่ตัวเขียน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อโดยเฉพาะอย่างยิ่งคำย่อของชื่อยาหรือหลีกเลี่ยงการใช้สัญลักษณ์ที่ไม่จำเป็น
4. อย่าเดาคำสั่งใช้ยาถ้ามีสงสัยให้ติดต่อแพทย์เพื่อขอคำยืนยันเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา วิธีทางให้ยา ข้อบ่งชี้ของการให้ยา
5. กรณีผู้ป่วย Admit ให้ผู้ป่วยหรือญาตินำใบ Order ฉบับจริงยื่นห้องยา

ตัวชี้วัด Processing Error (Pre-Dispensing)

อัตราคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยา ก่อนจ่ายยาผู้ป่วยใน	จำนวนรายการยาในกระบวนการจัดยาผู้ป่วยในที่คลาดเคลื่อนใน 1 เดือน x 1,000 จำนวนวันนอนทั้งหมดใน 1 เดือน หน่วยเป็นครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน
--	---

ผลการดำเนินงาน



การวิเคราะห์

จากแผนภูมิพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา (Processing Error) งานผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง และอยู่ในช่วงเป้าหมาย คือไม่เกิน 5 อุบัติการณ์ต่อ 1000 ไบส์ยา/วันนอน

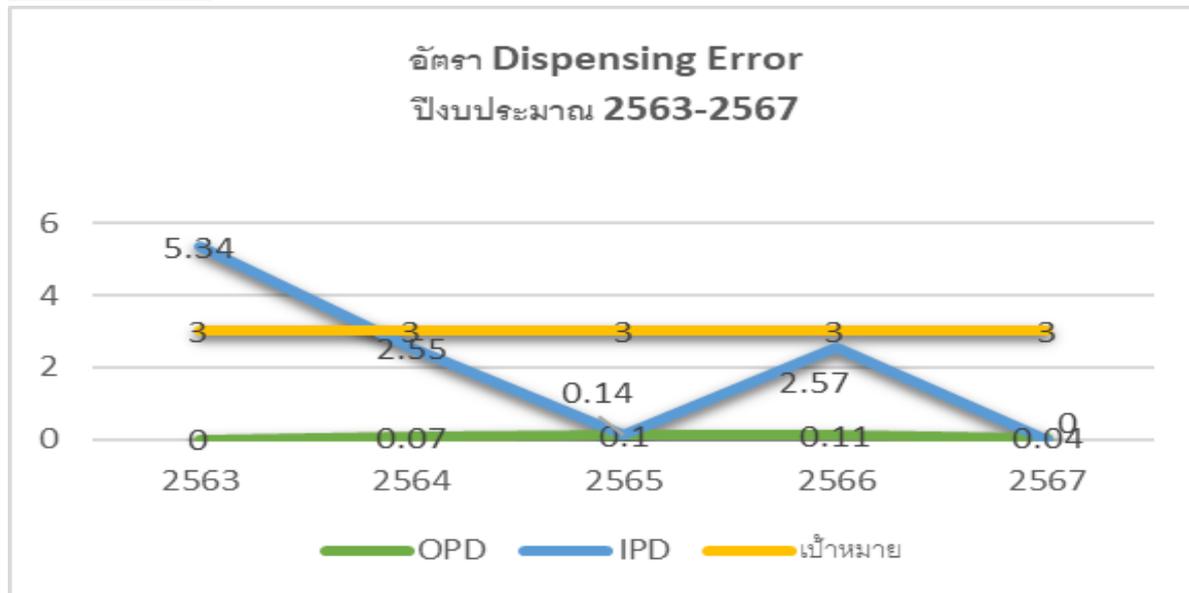
แนวทางการพัฒนาตามโอกาสพัฒนาที่พบ

1. ฝึกสมาธิก่อนเริ่มปฏิบัติงานในทุกวัน
2. ปฏิบัติตามแนวทาง “1 2 3 check.” (ดูก่อนหยิบ ดูก่อนจัด ดู ก่อนเก็บ)
3. ปฏิบัติตามแนวทาง Look-alike Sound-alike อย่างเคร่งครัด และทบทวนคู่ยาที่จัดผิดอยู่เสมอ

ตัวชี้วัด Dispensing Error

อัตราคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ผู้ป่วยใน	จำนวนรายการยาในขั้นตอนการจ่ายยาผู้ป่วยในที่คลาดเคลื่อนใน 1 เดือน x 1,000 จำนวนวันนอนทั้งหมดใน 1 เดือน หน่วยเป็นครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน
---	---

ผลการดำเนินงาน



การวิเคราะห์

จากแผนภูมิพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing Error) งานผู้ป่วยใน ระหว่างปี 2563-2565 มีแนวโน้มลดลง และเพิ่มขึ้นในปี 2566 จากการ double check อย่างเคร่งครัดทำให้สามารถตรวจจับได้มากขึ้น จนกระทั่งลดลงในปี 2567

แนวทางการพัฒนาตามโอกาสพัฒนาที่พบ

- กำหนดให้เภสัชกรได้เห็นคำสั่งแพทย์โดยตรง และทบทวนคำสั่งใช้ยาในด้านความถูกต้องเหมาะสม แล้วจึงจัดทำ drug profile (โปรแกรม HosXP for IPD) ของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลทุกราย และ Double check ก่อนจ่ายยาทุกครั้ง
- กรณีผู้ป่วยรับยากลับบ้านจากหอผู้ป่วยใน หลังจากได้รับยาจากเภสัชกร ให้ผู้ป่วยนำยาและใบสรุปรายการยากลับบ้าน (Summary medication sheet : SMS) กลับไปที่ตึกผู้ป่วยใน เพื่อให้พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- วางแผนพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาเชิงรุก และเป็น การตรวจสอบ Dispensing error หลังจากที่ยาจ่ายโดยเภสัชกร

แนวทางเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- สร้างระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ (Sentinel Event) โดยใช้คำถาม “เคยแพ้ยาหรือไม่” หากแพ้ติดป้ายแพ้ยาที่ตัวผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถเห็นในทุกจุดที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลพากาทำ
- วางระบบและกำหนดแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังเพื่อลดความรุนแรงของอาการ SJS และ TEN ที่เกิดจากการแพ้ยากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ Allopurinol Phenobarbital Phenytoin Ibuprofen ยาในกลุ่ม Penicillins Rifampicin
- ประสานทีม PCT จัดเตรียมยาให้พร้อมสำหรับ การช่วยชีวิต หากมีผู้ป่วยแพ้ยา
- Drug Profile ใบ MAR OPD Card ใบ Order และ Chart มี ข้อความแพ้ยา
- Pop UP ใน HosXP เพื่อเตือนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ตระหนัก

5. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

5.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)²

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	การประกันคุณภาพยาที่จ่ายแก่ผู้ป่วย (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/งานบริหารเวชภัณฑ์)	<ol style="list-style-type: none"> 1. การควบคุมเวชภัณฑ์ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ <ul style="list-style-type: none"> - มีการบันทึกอุณหภูมิคลังเวชภัณฑ์และตู้เย็นอย่างสม่ำเสมอ - มีการจัดทำบัญชีรายการเวชภัณฑ์ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิแช่เย็น 2. มีการตรวจสอบเวชภัณฑ์ที่หมดอายุ/ใกล้หมดอายุ 3. มีการติดสติ๊กเกอร์ HAD บัญชีรายการยาเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล ก่อนจ่ายยาทุกครั้ง 4. จัดทำบัญชีรายการยาที่ต้องเก็บพันแสง 5. จัดทำบัญชี LASA และวางมาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อน 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำให้มีการเก็บเวชภัณฑ์ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิในสถานที่จัดเก็บได้อย่างเหมาะสม และตรวจสอบได้ รวมถึงสามารถแก้ไขเบื้องต้นได้ทันที - ทำให้ไม่มีเวชภัณฑ์หมดอายุและมีการหมุนเวียนเวชภัณฑ์ที่ใกล้หมดอายุเพิ่มขึ้น - ทำให้มีการจัดเก็บยาอย่างถูกต้องและไม่เสื่อมสภาพก่อนวันหมดอายุ และเจ้าหน้าที่บรรจุยาใส่ในซองสีขาได้อย่างถูกต้อง - ทำให้ผู้จัดยา ผู้จ่ายยาและผู้บริหารยามีการตระหนักและเฝ้าระวังเป็นพิเศษในการใช้ยาเสี่ยงสูง

² สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างสั้นๆ ระบุแนวคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็นข้อสรุปจากการพัฒนาโดยในแต่ละประเด็น ควรเขียนให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ ก)ปัญหา/โอกาสพัฒนา/ความเสี่ยง ข)วัตถุประสงค์ ค)การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง และ ง)ผลลัพธ์

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
2	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> มีการเก็บข้อมูลระยะเวลารอรับยาและปรับปรุงขั้นตอนรับบริการให้น้อยกว่า 20 นาที มีแบบพึงประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็วและมีความพึงพอใจมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 85 ทำให้ผู้ให้บริการทราบข้อบกพร่องตนเอง และปรับปรุงต่อไป
3.	การป้องกันและวิธีบริหารความเสี่ยงจากงานบริหารความเสี่ยงจากงานบริการผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> การป้องกันความผิดพลาดจากการจัดยา <ul style="list-style-type: none"> มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติขั้นตอนการจัดการยา มีการบันทึกอุบัติการณ์การจัด-จ่ายยาผิดอย่างสม่ำเสมอ และบันทึกเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ มีการตรวจสอบยาก่อนจ่ายยาโดยเภสัชกรตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกเวลาราชการที่ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติงานจะทำการตรวจสอบยาก่อนจ่ายยาโดยพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของเวชภัณฑ์ที่จัดกับใบสั่งยา ทำให้มีแนวทางในการจัดยาและมีความรวดเร็วมากขึ้น ทำให้ทราบอุบัติการณ์การจัด-จ่ายยาผิดและมีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อป้องกันการจ่ายยาผิด ช่วยลดอุบัติการณ์ในการสั่งจ่าย-จัดยาผิดและผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง
4.	การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	<ol style="list-style-type: none"> มีการให้ความรู้ทางวิชาการด้านยาแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ให้บุคลากรจัดบอร์ดให้ความรู้โดยหมุนเวียนกันทุก 2 เดือน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับยาใหม่ที่เข้าบัญชีโรงพยาบาล มีการทบทวน Medication error ที่เกิดขึ้นภายในแต่ละหน่วยงาน จัดทำจดหมายข่าวเภสัชเดือนละ 1 ฉบับ 	<ul style="list-style-type: none"> ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นและมีความพร้อมในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
5.	5 ส คลังเวชภัณฑ์	<ol style="list-style-type: none"> มีการติดป้าย 5 ส ระบุชื่อเวชภัณฑ์ที่คลังเวชภัณฑ์ให้เป็นปัจจุบัน มีการติดแถบสีกำหนดยาที่มีความเสี่ยงสูงที่คลังเวชภัณฑ์ จัดวางยาตามระบบ First in-First out จัดทำบอร์ดแสดงวันหมดอายุของยา และแจ้งเตือนกรณียาใกล้หมดอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ทำให้สามารถจัดเวชภัณฑ์ให้หน่วยเบิกได้อย่างรวดเร็วและสะดวกในการ check stock เวชภัณฑ์ ทำให้ผู้จัดยามีความตระหนักและระมัดระวังในการจัดยาและผู้ใช้ยามีการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการใช้ยากลุ่มนี้มากขึ้นป้องกันยาหมดอายุ
6	การควบคุมอุณหภูมิในคลังเวชภัณฑ์	<ol style="list-style-type: none"> ติดผ้า màn ในคลังเวชภัณฑ์ มีการบันทึกอุณหภูมิในคลังเวชภัณฑ์ทุกวัน 	<ul style="list-style-type: none"> ทำให้การควบคุมอุณหภูมิในคลังเวชภัณฑ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
7	การตรวจสอบความถูกต้องของเวชภัณฑ์ของหน่วยเบิก	<ol style="list-style-type: none"> มีการตรวจสอบเวชภัณฑ์ที่จัดเสร็จแล้วกับใบเบิกเวชภัณฑ์ของจุดต่างๆก่อนส่งมอบให้จุดต่างๆ มีการตรวจสอบเวชภัณฑ์กับใบเบิกเวชภัณฑ์โดยเจ้าหน้าที่หน่วยเบิก 	<ul style="list-style-type: none"> ทำให้หน่วยได้รับเวชภัณฑ์ถูกต้องตามที่เบิกและลดข้อร้องเรียนจากการรับเวชภัณฑ์ไม่ตรงตามใบเบิก
8	การกระจายยาบนหอผู้ป่วยในระบบ daily dose	<ol style="list-style-type: none"> มีการตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาก่อนคัดลอกคำสั่งและมีการตรวจสอบหลังจากมีการจัดยาโดยเภสัชกร และมีการตรวจสอบยาก่อนให้ผู้ป่วยบริหารยาโดยพยาบาล มีการจัดทำคู่มือวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่ให้บริการในหอผู้ป่วย เช่นวิธีการให้ยาฉีด ความคงตัวของยาฉีด และมีการจัดอบรมวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการบริหารความคลาดเคลื่อนทางยา มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติขั้นตอนการจัดยาผู้ป่วยใน 	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการกระจายทางยา ทำให้มีการควบคุมการเก็บรักษาจ่ายยา และเตรียมยาได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้มีแนวทางในการจัดยาและมีความรวดเร็วมากขึ้น
9	การจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) - การจ่ายยานอกเวลากรณีไม่มีเภสัชกรอยู่เวร	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดให้มีเภสัชกร double check และให้คำปรึกษานอกเวลา ผ่านแอปพลิเคชัน Line 	<ul style="list-style-type: none"> สามารถตรวจ/เช็ค Medication error ที่เกิดขึ้นนอกเวลาได้
	การส่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา	<ul style="list-style-type: none"> เภสัชกรตรวจสอบจากใบสั่งยากับโปรแกรม HosXP บันทึกประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยลงในคอมพิวเตอร์และติดสติ๊กเกอร์สีแดงมีคำว่า แพ้ยา ลงบน OPD Card จัดทำระเบียบปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> ไม่เกิดกรณีผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ สามารถตรวจ/เช็คได้ว่าผู้ป่วยแพ้ยาจริงหรือไม่

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
	การสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา	<ul style="list-style-type: none"> - เกสซ์กรตรวจสอบจากใบสั่งยากับโปรแกรม HosXP - บันทึกประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยลงในคอมพิวเตอร์และติดสติ๊กเกอร์สีแดงมีคำว่า แพ้ยา ลงบน OPD Card - จัดทำระเบียบปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดกรณีผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ - สามารถตรวจ/เช็คได้ว่าผู้ป่วยแพ้ยาจริงหรือไม่
	- ยาที่ไวต่อแสงไม่ได้จัดใส่ของสีชา	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายการยาที่ต้องใส่ของสีชา - ทำสัญลักษณ์ ** ในสติ๊กเกอร์ยาที่ต้องใส่ของสีชา 	- เจ้าหน้าที่สามารถจัดยาที่ไวต่อแสงใส่ของสีชาได้ถูกต้อง
	- การจัด/จ่ายยาผิดของเจ้าหน้าที่	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำบัญชีรายการยาที่มักมีการจัด/จ่ายผิด - จัดทำสัญลักษณ์ที่เป็นจุดสังเกตสำหรับยาที่มีมากกว่า 1 ความแรงและยาที่จัด-จ่ายผิดบ่อยๆ - กำหนดให้เจ้าหน้าที่ 1 คน จัดยา 1 ตะกร้า - เจ้าหน้าที่เตรียมยาเฉพาะ Case ของตน 	- เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับยามากขึ้นจัด/จ่ายยาผิดลดลง
	- กรณีผู้ป่วยนำยามาเอง	จัดทำระบบให้นำยาทั้งหมดของผู้ป่วยในมาเก็บไว้ที่ห้องจ่ายยา ติดตาม Medication reconciliation อย่างเคร่งครัด	ป้องกันผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน
	การจัดการยาที่มีรูปลักษณ์เสียงพ้อง (Look-Alike, Sound-Alike Medication)	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดให้ยามีเพียงความแรงเดียว เช่น Amoxicillin syrup, Paracetamol syrup - หลีกเลี่ยงการนำยาที่มีเสียงพ้องกันเข้าบัญชีโรงพยาบาล เช่น Mebendazole กับ Metronidazole - ไม่ซื้อยาจากบริษัทที่มีบรรจุภัณฑ์ใกล้เคียงกัน แยกสถานที่จัดวางยาที่คล้ายกันให้อยู่ห่างกัน และจัดการแยกยา กลุ่มยาลดความดัน ยาเบาหวาน และยาลดไขมันออกอีกส่วนหนึ่ง - จัดทำสัญลักษณ์ที่เป็นจุดสังเกตสำหรับยาที่มีมากกว่า 1 ความแรงและยาที่จัด-จ่ายผิดบ่อยๆ - กำหนดให้แพทย์ไม่เขียนตัวย่อ เช่น MF, DCF หรือชื่อยาที่คล้ายกับยาตัวอื่น - กำหนดให้มีการเขียนวินิจฉัยโรคในใบสั่งยา 	ป้องกันการจัด-จ่ายยาผิดพลาด

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		<ul style="list-style-type: none"> - ระบุความแตกต่างของชื่อยาบนซองยาให้มีความแตกต่างมากขึ้นโดยการใช้อักษรที่มีขนาดแตกต่างกัน - จัดทำบัญชียา Look alike Sound alike drug ให้เจ้าหน้าที่ได้มีการทบทวน 	
	การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำระเบียบปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) 2. ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่อง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3. จัดทำบัตรแพ้ยาให้แก่ผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลลงใน คอมพิวเตอร์ <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำระเบียบปฏิบัติ การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อผู้ป่วยให้ประวัติการแพ้ยาสามารถป้องกันการแพ้ยาซ้ำได้
10	การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ในการจัด/จ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูงให้กับแผนกต่างๆ จะติดสติ๊กเกอร์เขียนคำว่า HAD ลงบนซองยา 2. กำหนดรายการยา High alert drug ของโรงพยาบาล ทั้งหมด 19 รายการ 3. แยกเก็บยา High alert drug ออกจากยากลุ่มอื่นๆ ทำป้ายชื่อเป็นสีแดงให้เห็นอย่างชัดเจน 4. ติดสติ๊กเกอร์สีแดงเขียนคำว่า High alert drug ลงบนชั้นเก็บยา ,กล่องยา ,Amp ยา 5. จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่อง การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) 6. มีการลงข้อมูลของยาลงในโปรแกรม HosXP เตือนว่า เป็นยา High alert drug 7. นำยากลุ่ม High alert drug เข้ามาบัญชีรพ.เพียงความแรงเดียว 8. ยากลุ่ม High alert drug จะต้องตรวจสอบการจ่ายยาโดยเภสัชกรเท่านั้น และบริหารยาโดยพยาบาลเท่านั้น 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่มีความระมัดระวังมากขึ้นเมื่อต้องจัดการกับยาที่มีความเสี่ยงสูง

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
		9. จัดทำแบบบันทึกเฝ้าระวัง ความปลอดภัยผู้ป่วยจากการบริหารยาในกลุ่ม HAD	
11	การจัดการป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)	1. จัดทำรายการยาที่สามารถเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) 2. ลงคู่ยาในโปรแกรม HosXP เพื่อป้องกันเมื่อเกิดการสั่งใช้ยากัน มีระบบสอบถามกลับไปยังแพทย์ผู้สั่งใช้ยา	- ป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเมื่อแพทย์สั่งใช้ยากัน

5.2 การพัฒนาคุณภาพ ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

5.2.1 งานบริการเภสัชกรรม

- ประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านในกลุ่มโรคเข้มนุ่ม

5.2.2 งานบริหารเภสัชกรรม

- บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยในให้ต่อเนื่อง

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ชื่อโครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการพัฒนา	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. กิจกรรมประเมินการ ใช้ยาฉีดอินซูลินรายใหม่ (ปากกา/Syringe)	เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถฉีดยาได้ อย่างถูกต้อง	ใช้นวัตกรรมฉีดยา จำลอง เพื่อให้ผู้ป่วยมี ทักษะการฉีดยาได้จริงลง บนผิวหนัง สร้างความ มั่นใจในการฉีด	อัตราผู้ป่วยที่ฉีด ยาอินซูลินด้วย ตนเองมากกว่า ร้อยละ 95	ตุลาคม 66- กันยายน 67	ภญ.จิรัชยา จพ.ภัทรวดี จพ.ศิริประภา
2. โครงการพัฒนา คุณภาพระบบยาให้ได้ มาตรฐานความปลอดภัย ด้านยา กระทรวง สาธารณสุข	เพื่อพัฒนา คุณภาพงาน ให้ ได้ตามมาตรฐาน วิชาชีพเภสัช กรรม	ปฏิบัติตามมาตรฐาน อย่างเคร่งครัด	ผ่านมาตรฐาน ทุกหมวด	ตุลาคม 66- กันยายน 67	ภก.วัชรินทร์ ภก.ศิวดล ภญ.จิรัชยา
3. กิจกรรมพัฒนางาน บริหารเภสัชกรรมผู้ป่วย โรคที่สำคัญ (ครอบคลุม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ใน)	เพื่อให้ผู้ป่วย เฉพาะโรคได้รับ การบริหารเภสัช กรรมต่อเนื่อง	จัดระบบคลินิก CKD WARFARIN COPD ให้ ได้รับการบริหารเภสัช กรรมอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแล 100 %	ตุลาคม 66- กันยายน 67	ภก.วัชรินทร์ ภญ.จิรัชยา

7. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ³ (กิจกรรม 12 ทบทวน)

กิจกรรมที่ 2. การทบทวนความคิดเห็น / คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

ประเภท 1. พฤติกรรมบริการ 2. ระบบบริการ 3. คุณภาพการดูแลรักษา 4. สิ่งแวดล้อม/ความปลอดภัย 5. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 6. การสื่อสาร

วตป.	สรุปประเด็นคำร้องเรียน / ข้อคิดเห็น	ประเภท	วิเคราะห์สาเหตุ หรือปัญหา	การแก้ไข / วิธีป้องกันการเกิดซ้ำ
2560	ผู้ป่วยไม่ทราบชื่อภาษาไทยของยา บนหน้าซองยา (เนื่องจากมีแต่ชื่อยาเป็นภาษาอังกฤษ)	6	ยาบางรายการไม่มีสรรพคุณ บนซองยา	ใส่ชื่อยา สรรพคุณเป็นภาษาไทย บนซองยา ในการรักษา สำหรับรายการยาที่จำเป็น
2561	ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก ไม่สามารถจัดยาได้เอง	6	1. ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก 2. ไม่มีสัญลักษณ์ในการสื่อสารการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออก	จัดทำ ฉลากยารูปภาพ เพื่อให้ง่ายต่อการจัดยาเอง สำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ออก/ ผู้สูงอายุบางราย
2562	ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ได้นำแว่นตา ทำให้ไม่สามารถทวนสอบการอ่านฉลากยาขณะจ่ายยาได้	6	ปัญหาเรื่องสายตาของผู้สูงอายุ	จัดหาแว่นขยาย/แว่นตาไว้หน้าห้องยา เพื่อเตรียมไว้ทวนสอบ ขณะจ่ายยา
2563	ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการได้ยิน ไม่ค่อยได้ยินเสียงเจ้าหน้าที่ขณะจ่ายยา ทำให้เหมือนเจ้าหน้าที่ตะโกน ขณะจ่ายยา	6	ไม่มี เครื่องมือขยายเสียงที่ทำให้ได้ยินเฉพาะราย	จัดหา Stethoscope เตรียมไว้ห้องยา เพื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว
2564	เก้าอี้นั่งรอรับยา ไม่เพียงพอ	4	วันที่นัดตรวจสุขภาพประจำปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก	ประสานงานบริหารจัดการซื้อเก้าอี้เพิ่ม และงาน OPD จัดวันนัดให้เหมาะสม
2566	ผู้ป่วยอยากให้มีการจ่ายยา ช่วงเที่ยงถึงบ่ายโมง	2	ผู้ป่วยอยากได้รับยาโดยไม่ต้องรอห้องยาเปิด 13.00 น	ผู้บริหารและทีมงานสั่งการให้ จัดเวรให้บริการตลอดเวลาทำการโดยไม่หยุดพัก

³ ให้สรุปเฉพาะกิจกรรมทบทวนที่หน่วยงานต้องทำ โดยแต่ละการทบทวนให้มีรายละเอียดดังนี้ วิธีการ/ความถี่/ผู้เข้าร่วม, ความครอบคลุม, การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และกรณีตัวอย่าง(ยกตัวอย่าง 1 เรื่อง)

กิจกรรมที่ 4. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า (ใช้ศักยภาพของผู้ที่เก่งกว่าในองค์กรมาพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า เช่น แพทย์ประจำทบทวนการตรวจรักษาของแพทย์จบใหม่ / พยาบาลอาวุโสทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลรุ่นน้อง เป็นต้น)

สรุปเหตุการณ์ (การตรวจรักษา / หัตถการ / กิจกรรมที่เกิดขึ้น)	ประเด็นที่ทบทวน	ผลลัพธ์ / การปรับปรุงต่างๆ	ผู้ร่วมทบทวน
การจ่ายยาพร้อมการซักประวัติ DRP (Drug Related Problem) ให้คำแนะนำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน ยังไม่สมบูรณ์	<p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อฟื้นฟู ทบทวน ความรู้ทางวิชาการให้กับเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2. เพื่อลด Medication Error จากการจัดและจ่ายยา แทนเภสัชกร 	<p>การปรับปรุงต่างๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลจากการสอบถามความรู้ จพ.เภสัชกรรมพบว่า ความรู้เรื่องยากลุ่ม DM HTN ยังไม่เพียงพอต่อการค้นหา DRP และการให้คำแนะนำยังไม่ครบถ้วน 2. จัดวิชาการเภสัชกรรมในกลุ่มงาน สำหรับ 2 กลุ่มโรค โดยเฉพาะผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าว 3. ประเมินความรู้ จากแบบทดสอบ เรื่องการจ่ายยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน <p>ผลลัพธ์</p> <p>มีความรู้จากการประเมินความรู้เฉลี่ย (2 คน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก่อนการสอน 70 % - หลังการสอน 90 % 	<p>ภก.ศิวตล เขื่อนแก้ว ภญ.จิรัชยา พรรมมี จพ.ภัทรวดี ศรีปทุมสกุล จพ.ศิริประภา สอนใจ</p>

หมายเหตุ : ทบทวนจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น / กิจกรรมสุ่มตรวจ / การปรับปรุงต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

ประเภทของความเสี่ยง (NEAR MISS / อุบัติการณ์) 1. ตาม Risk Profile 2. ความเสี่ยงทางคลินิก 3. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค 4. ความเสี่ยงทั่วไป

เรื่อง	ประเภท	วิธีแก้ไข(อุบัติเหตุ)	วิธีป้องกัน(อุบัติเหตุ)	ผลการแก้ไขป้องกัน
จัดยาผิดชนิด	2	เภสัชกรตรวจสอบและจัดยาให้ถูกต้อง	ปฏิบัติตามหลัก “3 ด. พาระวัง” (1 2 3 check)	การจัดยาผิดชนิดลดลง
จัดจำนวน/ปริมาณยา ไม่ถูกต้อง (ขาดหรือเกิน)	2	เภสัชกรตรวจสอบและจัดยาให้ถูกต้อง	ปฏิบัติตามหลัก “3 ด. พาระวัง” (1 2 3 check)	การจัดยาผิดจำนวนลดลง
จัดยาผิดความแรง (มิลลิกรัม)	2	เภสัชกรตรวจสอบและจัดยาให้ถูกต้อง	ปฏิบัติตามหลัก “3 ด. พาระวัง” (1 2 3 check)	การจัดยาผิดความแรงลดลง
จัดยาไม่ครบรายการที่แพทย์สั่งใช้ยา	2	เภสัชกรตรวจสอบและจัดยาให้ถูกต้อง	ให้เจ้าหน้าที่จัดตะกร้ายา 1 คนต่อ1 ตะกร้า	การจัดยาไม่ครบรายการลดลง
ศิษย์รายการยาผู้ป่วยใน และในใบ MAR ไม่ถูกต้อง	2	เภสัชกรตรวจสอบใบ MAR กับ copy order ทุกครั้ง	ให้ทวนซ้ำกับใบ scan ใน HOSxp และทวนซ้ำทุกครั้งหลังศิษยา	การศิษย์รายการยาผิดในใบmar ลดลง
จ่ายยาไม่ครบรายการที่แพทย์สั่งใช้ยา	2	ประสานงานกับ อสม. ในเขตพื้นที่นั้นๆ ให้เก็บยากลับมาคืนที่ห้องยา	เภสัชกรทวนซ้ำและนับจำนวนรายการให้ครบรายการตามorder	การจ่ายยาไม่ครบรายการตาม order ลดลง
เครื่องปรับอากาศในคลังยาไม่เย็น	4	เขียนใบส่งซ่อมให้กับโรงช่าง	วางแผนเกี่ยวกับการจัดซื้อเครื่องปรับอากาศติดตั้งภายในคลังยาเพิ่มอีก 1 เครื่อง เพื่อสลับปิด-เปิดการใช้งาน	ติดตั้งเครื่องปรับอากาศใหม่ ตั้งค่าให้สลับเปิด ปิด ทุก 6 ชั่วโมง แล้ว
ไฟตกบ่อยทำให้คอมพิวเตอร์ดับ	4	ไฟดับเป็นระยะเวลานาน จะใช้ฉลากยาเขียนชื่อและรายละเอียดต่างๆให้ผู้ป่วยชั่วคราว	จัดซื้อสำรองไฟติดตั้งกับเครื่องที่มีความจำเป็นต้องใช้งานกับผู้ป่วย	มีการติดตั้งระบบสำรองไฟที่คอมพิวเตอร์ทุกเครื่อง

กิจกรรมที่ 7. การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

แบบบันทึกการทำ COI ของหน่วยงาน

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพาท่า

1. ชื่อผลงาน:

พัฒนาระบบการจัดยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากยากลุ่ม Look alike Sound alike (LASA)
ตามหลัก “3 ด. พาระวัง” (1 2 3 check)

2. ปัญหาและสาเหตุ (Problem):

1. พบการจัดยาผิดรายการ จากยากลุ่ม LASA
2. พบการจัดวางยากลุ่ม LASA ตำแหน่งใกล้เคียง เสี่ยงต่อการหยิบยาผิด
3. พบยาเดียวกันหลายความแรง
4. มีการจัดชื่อยาที่มีรูปแบบคล้ายคลึงกัน
5. มีการพิมพ์รายชื่อยาที่ฟ้องเสียงลงในระบบคอมพิวเตอร์ไม่แตกต่างกัน
6. พบความคลาดเคลื่อนทางยา Processing Error ในงานผู้ป่วยนอก ไม่เกินเป้าหมาย แต่ยังคงพบอยู่เสมอ คือ การจัดยาผิดรายการ ผิดจำนวน ผิดความแรง เป็นต้น

3. เป้าหมาย(Purpose) :

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอน Processing error

4. ตัวชี้วัดเพื่อการบรรลุเป้าหมาย(Performance Indicator)

1. อัตรา Processing error ผู้ป่วยนอกไม่เกิน 5/1,000ใบสั่งยา
2. อัตรา Processing error ผู้ป่วยในไม่เกิน 5/1,000วันนอน

5. กระบวนการแก้ไขเปลี่ยนแปลง (Process of Improvement)

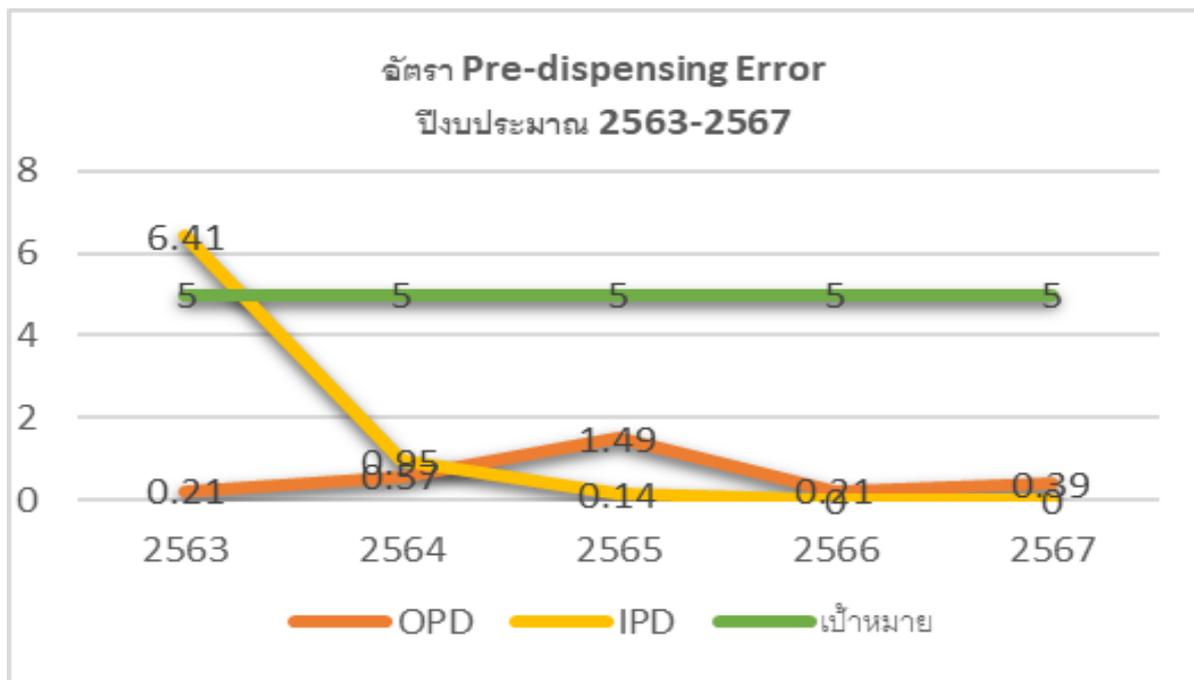
1. กำหนดรายการยาที่ฟ้องรูป ฟ้องเสียง ที่อาจพบความคลาดเคลื่อนหรือที่พบความคลาดเคลื่อนมาแล้วแยกกันไว้อย่างชัดเจน จำนวน 19 คู่
2. จัดทำตัวอย่างยาเม็ดที่มีลักษณะรูปแบบคล้ายคลึงกันไว้ที่หอผู้ป่วยใน (drug identified) และห้องตรวจทุกห้อง ทำการเปลี่ยนทุกครั้งที่มีลักษณะเม็ดยาเปลี่ยน
3. มีการจัดชื่อยาที่มีลักษณะรูปแบบแตกต่างกัน
4. กำหนดรายชื่อยาที่ฟ้องชื่อ ให้มีความแตกต่างกันลงในระบบคอมพิวเตอร์ HosXP เพื่อป้องกันการสั่งยาผิด ดังนี้

ลำดับที่	ก่อนการแก้ไข	แก้ไขในโปรแกรม HosXP
1	Amitriptylline 10mg-Amitriptylline 25 mg	Amitriptylline 10mg AMITRIPTYLINE TAB25mg
2	Amoxicillin 250 mg-Amoxicillin 50 mg	Amoxicillin 250 MG - AMOXYCILLIN CAP.500MG
3	Amoxy+clavulanic TAB 375 MG- Amoxy+Clavulanic 1 g	Amoxy+clavulanic TAB 375 MG- AMOXY + CLAVULANIC 1 G
4	Aspirin 81 mg –Aspirin 300 mg	Aspirin 81 mg- ASPIRIN 300 MG
5	Atenonlol 50 mg-Atenolol 100 mg	Atenonlol 50 MG- ATENOLOL TAB 100 MG
6	Bromhexine กับ Benhexol	BROmhexine – Benhexol(Artane) 2 mg
7	Chloramphenicol ear drop - Chloramphenicol eye drop	Chloramphenicol ear drop (หู) - Chloramphenicol eye drop (ตา)
8	Aspirin 81 mg-Atenolol50mg	Aspirin 81 mg-Atenolol50mg แยกวาง
9	Diazepam 2mg –Diazepam 5 mg	Diazepam 2mg - DIAZEPAM 5 mg
10	Dicloxa 250-Dicloxacillin 500 mg	Dicloxa 250- DICLOXACILLIN 500
11	Enalapril 5 mg-Enalapril 20 mg	Enalapril 5 mg- ENALAPRIL 20 mg
12	Haloperidol 2 mg- HALOPERIDOL 5 mg	Haloperidol 2 mg (เม็ดสีเหลือง)- HALOPERIDOL 5 mg (เม็ดสีฟ้า)
13	Insulin 70/30- Insulin intermediate	Insulin 70/30 (สีน้ำตาล)
14	Insulin intermediate- Insulin regular	Insulin intermediate (สีเขียว)
15	Insulin regular- Insulin 70/30	Insulin regular (สีเหลือง)
16	Lorazepam 0.5 mg- Lorazepam 1 mg – Lorazepam 2 mg	Lorazepam 0.5 mg (คล้ายเครียด : สีฟ้า)- LORAzepam 1 mg คล้ายเครียด-LORAZEPAM 2 mg (คล้ายเครียด)
17	Para 325 mg-Paracetamol 500 mg	Para 325 mg- PARACETAMOL TAB. 500 MG
18	Roxitromycin 150 mg กับ Ranitidine 150 mg	ROXithromycin 150 mg– RANITIDINE 150 mg
19	spironolactone 25 mg - spironolactone 100 mg	spironolactone 25 mg - SPIRONOLACTONE 100mg

- จัดทำฉลากยาแบบ Tall man Letter ในโปรแกรม HosXP เพื่อสร้างความแตกต่างของชื่อยาแต่ละรายการ และกำหนดสีตัวอักษรรายการ LASA เป็นสีเขียว เพื่อให้ผู้สั่งยาและผู้พิมพ์ฉลากยาสังเกต แล้วนำการ์ด LASA ใส่ตะกร้าก่อนส่งไปจัดยา เพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการจัดยาต่อไป
- ฉลากยาใส่ชื่อภาษาไทย สีของรูปแบบยาตามมาตรฐาน สัญลักษณ์ ที่แสดงให้เห็นความแตกต่างและง่ายในการจัดยา

7. ทบทวนจัดทำบัญชี LASA ทบทวนอุบัติการณ์ในแต่ละปี จัดทำ สติ๊กเกอร์ และตัวอย่าง LASA ที่สำคัญในจุดบริการ
8. ก่อนการส่งตะกร้ายาที่จัดแล้วให้เภสัชกร ต้องตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องก่อน ปฏิบัติตามหลัก **“3 ด. พาระวัง”** (1 2 3 check) คือ ดูก่อนหยิบยา ดูก่อนจัดยา และดูก่อนเก็บ
9. จัดทำตะกร้าเก็บโทรศัพท์เจ้าหน้าที่ เพื่อไม่ให้ใช้งานโทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีสมาธิในการทำงาน

6. ผลของการเปลี่ยนแปลง(Performance) ให้ระบุ



อัตรา Pre-dispensing error พบว่าในปี 2563-2565 อัตราการเกิด Pre-dispensing error มีแนวโน้มลดลง และอยู่ในช่วงเป้าหมาย คือน้อยกว่า 5 อุบัติการณ์ต่อ 1000 ใบสั่งยา/วันนอน และจากการวิเคราะห์จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่า เกิดจากการจัดยาบางรายการที่มีตำแหน่งอยู่บริเวณใกล้กัน และความผิดพลาดที่เกิดจากบุคลากรเอง

7. แนวทางการปรับปรุงต่อไป(Process for other Improvement)

1. ทบทวนบัญชี LASA ทุกเดือน
2. ทบทวนการบริหารเภสัชกรรม

8. ผู้รับผิดชอบ(Person or Department)

1. คณะกรรมการระบบยา
2. แพทย์/จนท.ผู้ตรวจทุกคน
3. เจ้าหน้าที่ห้องยาทุกคน

กิจกรรมที่ 10. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ (Gap Analysis)

ดำเนินการจัดทำ Work Instruction ของหน่วยงาน และสนับสนุนการจัดทำ Sop ของระบบยาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. WI ระบบการบริหารเวชภัณฑ์ที่ดี
2. WI ระบบการบริการผู้ป่วยนอก (ปรับปรุงระบบ HOSXP4)
3. WI ระบบการบริการผู้ป่วยใน (ปรับปรุงระบบ HOSXP4)
4. SOP การติดตาม ADR APR เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
5. SOP การบริหารยา HAD
6. SOP การจัดการ Medication Reconciliation (พิมพ์จากระบบ HOSXP4)
7. SOP การจัดการบริหารยาโดยใช้ใบ MAR (พิมพ์จากระบบ HOSXP4)
8. SOP แนวปฏิบัติยา STAT

กิจกรรมที่ 11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร

ประเด็นที่ควรพิจารณาทบทวน เช่น 1. การใช้ยา / เวชภัณฑ์ 2. การ Investigation 3. การ admit ไม่เหมาะสม เช่น วันนอนสั้น / ไม่สมควร Admit 4. วันนอนนานกว่า DRG 5. กระบวนการ / หัตถการต่าง ๆ 6. การใช้เครื่องมือ 7. อื่นๆ

วัน/เดือน/ปี	เรื่อง	ความสมเหตุ / สมผล	แนวทางการป้องกัน / แก้ไข ในรายที่ไม่เหมาะสม	ผู้ทบทวน
2559-2564	นโยบาย DUE ได้แก่ 1. Amoxycillin+Clavulanic Acid 2. Ciprofloxacin 200 mg inj. 3. เริ่มทำ RDU ต่อเนื่องจากการทำ ASU เน้นการลดการใช้ ATB 4 กลุ่มโรค คือ URI AD FTW นโยบายตัดยานอกบัญชีหรือยาที่มียาอื่นแทนได้ออกจากโรงพยาบาล เช่น Flunarizine , Cloxacillin capsule/Syrup	1. เพื่อป้องกันการดื้อยา และลดมูลค่าการใช้ยา ATB ของประเทศไทย 2. เหตุผลด้านประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยตามนโยบาย RDU ประเทศไทย	1. ขอความร่วมมือ แพทย์ ทันตแพทย์ หรือพยาบาลที่สั่งใช้ยาแทนแพทย์ ระบุเหตุการณ์ในการสั่งใช้ ATB ในแบบ Restricted ATB ประกอบการสั่งยา 2. ขอความร่วมมือในการใช้สมุนไพรรทดแทน ได้แก่ ฟ้าทลายโจร ใน URI และ ยาหีสองปิดสมุทรรใน AGE	สหวิชาชีพ
2562-2566	1. เพิ่มรายการทำ DUE ได้แก่ Ciprofloxacin 500 mg tab ตามมติที่ประชุม PTC ระดับจังหวัดอุดรดิตรดิ 2. เพิ่มการติดตามการใช้ยา ATB ในหญิงคลอดปกติ 3. เพิ่มการติดตามงาน RDU ซึ่งเป็น MOU ของผู้บริหาร ได้แก่ URI AGE FTW (จากเดิมใช้คำว่า Dressing wound) และ APL (Antibiotic prophylaxis in normal term labor)	เหตุตาม RDU	ประสานองค์กรแพทย์และงาน LR ในการปฏิบัติตามหลัก RDU	สหวิชาชีพและ IC

กิจกรรมที่ 12. การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

สรุปประเด็นตัวชี้วัดที่ยังมีปัญหาต้องดำเนินการแก้ไข

1. งานคุณภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา(ต่อ1000ใบสั่งยา) OPD				
		2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา processing error	< 5	0.21	0.57	1.49	0.21	0.39

2. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

อัตราการสั่งใช้ยาสมเหตุผล (RDU)	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI)	<20%	9.85	8.29	5.89	18.18	10.21
อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)	<20%	8.70	4.55	20.87	22.31	11.21
อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ FTW (Fresh traumatic wound)	<40%	45.59	29.47	59.00	39.97	46.13
อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (ATB ใน หญิงคลอด)	<15%	0	0	5.88	9.48	100

สรุปประเด็นตัวชี้วัดที่ยังมีปัญหาคงต้องดำเนินการแก้ไข

ตัวชี้วัด	ปัญหา	การดำเนินการแก้ไข และติดตามผล
อัตรา processing error งาน OPD	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา (Processing Error) งานผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2563-2565 โดยพบความคลาดเคลื่อนในกลุ่ม LASA ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดสมาธิของเจ้าหน้าที่ และมีการส่งเสริมให้มีการลงความเสี่ยงมากขึ้น จากนโยบายที่มความเสี่ยงของโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกสมาธิก่อนเริ่มปฏิบัติงานในทุกวัน 2. ปฏิบัติตามแนวทาง 3 ด. พาระวัง คือ ดูก่อนหยิบ ดูก่อนจัด และ ดูก่อนเก็บ (1 2 3 check) 3. ปฏิบัติตามแนวทาง Look-alike Sound-alike อย่างเคร่งครัด และ ทบทวนคูปยาที่จัดผิดอยู่เสมอ
อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยร้องขอยาปฏิชีวนะ - แพทย์ พยาบาลไม่มั่นใจหากไม่ให้อาปฏิชีวนะ 	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงข้อมูลในองค์กรแพทย์ พยาบาล - วิเคราะห์ข้อมูล รายงานความคืบหน้าให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบ เดือนละ 2 ครั้ง เพื่อสั่งการและเข้าร่วมแก้ปัญหา กับ PTC อย่างต่อเนื่อง - ส่งเสริมงานแพทย์แผนไทยตรวจผู้ป่วยนอก - แนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลแผล
อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยร้องขอยาปฏิชีวนะ -- แพทย์ พยาบาลไม่มั่นใจหากไม่ให้อาปฏิชีวนะ 	
อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยร้องขอยาปฏิชีวนะ - แพทย์ พยาบาลไม่มั่นใจหากไม่ให้อาปฏิชีวนะ 	