

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

รายงานประเมินตนเองฉบับ 2020 มีการปรับเปลี่ยนบางประเด็นเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ถูกกำหนดในระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพขั้น 3 และขั้นก้าวหน้า ต้องได้คะแนนประเมินจากการเยี่ยมตามที่ระเบียบกำหนดและต้องปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ โดยมาตรฐานสำคัญจำเป็นทุกข้อเป็นมาตรฐานที่ถูกเลือกมาจาก โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งจะบูรณาการในรายงานการประเมินตนเองไว้ใน SAR 2020 โดยสถานพยาบาลที่จะขอการรับรองต้องแสดงการดำเนินงานและการพัฒนาตามประเด็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่คณะกรรมการกำหนดครบทุกข้อในรายงานการประเมินตนเอง ซึ่งได้มีการทำสัญลักษณ์ให้เห็นเป็นตัวหนังสือสีแดง จำนวน 9 ประเด็น หากสถานพยาบาลดำเนินการประเด็นดังกล่าวไม่ครบถ้วน ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพที่ระเบียบกำหนด สถาบันจะไม่สามารถพิจารณาจัดกระบวนการประเมินรับรองในขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจต่อไปได้

รายงานการประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานแต่ละหมวดประกอบด้วย 5 ส่วนคือ i) ผลลัพธ์ของบทนั้น, ii) บริบท, iii) กระบวนการ, iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ, v) แผนการพัฒนา

i) ผลลัพธ์ของบทนั้น

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้ประเด็นสำคัญที่ระบุไว้เป็นแนวทางพิจารณา ซึ่ง รพ.สามารถเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร ในกรณีที่มาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะมีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทรพ.

ตัวชี้วัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน iii) กระบวนการด้วย กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติการดำเนินการทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน iii)

ii) บริบท

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ซึ่งทีมสามารถระบุข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมจากหัวข้อที่ให้แนวทางไว้ได้

iii) กระบวนการ

ควรเขียนสรุปประเด็นสำคัญอย่างย่อๆ bullet ละไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- (Good practice): เพื่อบรรลุเป้าหมาย.... รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้ (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....
- (Improvement): เพื่อปรับปรุงกระบวนการ.... โดยมีเป้าหมาย..... ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....
- (Effort): เพื่อแก้ปัญหา..... ทีมงานได้ใช้แนวคิด..... โดยดำเนินการต่อไปนี้..... ทำให้เกิดบทเรียน.....
- (Plan): เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่อง..... รพ.ได้วางแผนไว้ดังนี้.....

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนครบ bullet ทั้ง 4 อันข้างบน แต่ให้เขียนให้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา

กรณี bullet ที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต้องความปลอดภัย ให้สรุปประเด็นสั้นๆ ไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นต้น

- (Essential Standard) ...เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ที่มิได้ดำเนินการ..... ส่งผลให้.....
- (Essential Standard) ...เพื่อลดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ที่มิได้ดำเนินการทบทวนพบว่า....และได้พัฒนาหรือปรับระบบดังนี้....

iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อ iii) กระบวนการอยู่แล้ว

v) คะแนนและแผนการพัฒนา

ในแต่ละหมวดจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5 ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนนี้ในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน 1 ถ้ามี gap การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นที่จะพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน
 - Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
 - Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
 - การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย scoring guideline
 - ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ
- บริบทขององค์กร
 - โจทย์ขององค์กร (ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา)
 - กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด

*รายละเอียดเพิ่มเติม มาตรฐานสำคัญจำเป็นต้องความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่ม Patient Safety Goals จำนวน 8 รายการ Personnel Safety Goals 1 รายการ ดังนี้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว (ให้เช็ค ✓ ก่อนส่งสรพ.)
การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล ตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)	
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)	
การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อม สนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)	✓
การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	
การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)	

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

หมายเหตุ: ส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยใน SAR 2020 จะเป็นตัวหนังสือสีแดง และอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปรายละเอียดดังตาราง

● ระดับผลกระทบของอุบัติการณ์

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
	A-B-C	D	E-F	G-H	I
ผู้ป่วย (ไม่ใช่เรื่องยา)	(A) ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน (B) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (C) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการรักษา ไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย	(D) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตราย แต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม	(E) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม (F) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหยุดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	(G) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการถาวรต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษา (H) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาทำการกู้ชีวิต / ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต	(I) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต
ผู้ป่วย (ยา)					

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ธ.ค.65)
Medication error OPD						
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	13.99	6.39	1.75	0.54	7.10
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	<3 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	0	0.51	0.03	0.18	0.45
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	2.30	2.88	2.26	0.53	4.52
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	<1 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	0.02	0.34	0.04	0.07	0.18
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	<1 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่ง ยา	0.02	0.14	0.07	0.01	0.04
Medication error IPD						
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	<30 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	4.04	1.98	2.05	0.73	0.64
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	2.60	0.17	0.98	0.62	0.64
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	<30 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	7.58	5.73	3.56	1.47	1.79
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	<10 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	0.68	0.51	0.22	0.11	0.77
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	<5 ครั้งต่อ 1,000 วัน นอน	0.64	0.76	0.45	0.44	0.13
Adverse drug event (ADE)						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

-จำนวนครั้งการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	0	1	0	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	1	1	1	0	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรงระดับ GHI จากยาที่มีความเสี่ยงสูง	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
-อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD	> 95%	89.52	92.36	92.95	91.42	92.01
-ร้อยละความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา HAD	<1%	3.75 (B=9 ใน 157)	5.73	1.24	2.86 B=3 C=1	2.00 C=1
Adverse drug event Type A -จำนวนครั้งของการเกิด ADR Type A ระดับ G-I	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
อัตราการเกิด medication error ในระดับอันตราย(G-I)จากกระบวนการทำ Medication Reconciliation	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0
Adherence ยาด้านไวรัส ARV Clinic (%)	≥ 95%	97.88	97.43	98.00	96.50	97.00
ความพึงพอใจในงานบริการจ่ายยา						
- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย OPD	>ร้อยละ 80	96.85	96.00	96.00	96.2	96.0
- ระยะเวลาารรับยาเฉลี่ยของผู้ป่วย OPD	≤20 นาที	11.20	11.30	11.00	10.30	11.00
- อัตราผู้ป่วย OPD ที่รอรับยาเกิน 20 นาที	<ร้อยละ 20	4.25	5.50	4.00	3.50	0
บริหารเวชภัณฑ์ยา -อัตราการสำรองคลัง	< 2.0 เดือน	1.21	1.27	1.30	1.31	1.14
การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)						
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ระดับ 3	1	2	3	RDU DISTRICT	RDU DISTRICT
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่นการเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่รพ.เก็บปกติเป็นต้น						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ii. บริบท ระบบการจัดการด้านยา โรงพยาบาลปากพนัง ดำเนินงานในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล ทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายที่เชื่อมโยงถึงชุมชน โดยแต่งตั้งในรูปของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ.

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปากพนัง ได้ประชุมทบทวนรายการยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตาม เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่งจัดเตรียม จ่ายยา บริหารยาบันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา จำนวน 12 รายการ ในบัญชียาโรงพยาบาล ดังนี้

- Dopamine in
- KCl inj. (20 mEq/10 ml)
- Morphine inj.
- Pethidine inj
- Magnesium sulfate 10 % inj
- Magnesium sulfate 50 % inj
- Amiodarone inj. (150 mg/3ml)
- Enoxaparin inj
- Norepinephrine inj
- Streptokinase 1,500,000 IU
- Fondaparinux inj
- Fentanyl inj

iii. กระบวนการ**II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา**

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็นมีการทบทวนบัญชียาน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่าประกอบการพิจารณาและทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านยาในเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการด้านยา มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

- บทบาทที่โดดเด่นของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อให้มีการใช้ยาที่เป็นไปอย่างสมเหตุผลและผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา ได้มีการสนับสนุนให้มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

การดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 – ปีงบประมาณ 2566 พบว่าร้อยละรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เท่ากับ 98.26 : 1.74 , 97.81 : 2.19 , 97.62 : 2.38 , 98.01:1.99 และ 97.47 : 2.53 ตามลำดับ และร้อยละมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 – ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 97.20 : 2.80 , 97.93 : 2.07 , 98.11 : 1.89 , 98.83: 1.17 และ 97.39:2.61 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งจำนวนรายการยาและมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 90

การดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล ให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ ผลการดำเนินงาน Service plan สาขา RDU ปีงบประมาณ 2562 -ปัจจุบัน เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด RDU DISTRICT ประกอบด้วย

1. ตัวชี้วัด RDU HOSPITAL (เป้าหมาย ผ่านตัวชี้วัด 10 ตัวชี้วัดจากตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัว) ปี 2565 พบว่ายังมีปัญหาตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 ตัวชี้วัด คือ

- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 51.23) ซึ่งปัญหาเกิดจากการบันทึกข้อมูล การวินิจฉัยโรค
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS (ร้อยละ 76.50) เนื่องจากพบว่ายา Seretide accuhaler ระบบไม่นำมาคำนวณเป็นยาชนิดสเตียรอยด์ ซึ่งได้ประสานงานทีมข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อปรับปรุงในฐานข้อมูลระบบรายงาน พบว่า ในปี 2565 ไตรมาสที่ 3 และ 4 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

2. ตัวชี้วัด RDU PCU หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ตัวชี้วัด ในไตรมาสที่ 2 /2565 ยังพบว่า ร้อยละของการร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 6 รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากการไม่ลงวินิจฉัยโรค

3. ตัวชี้วัด RDU COMMUNITY ร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำปลอดภัยด้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพะนัง ได้ดำเนินงานร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2565 ร่วมกับการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้ในปี 2565 มีร้านชำนำร่องเข้าร่วมโครงการร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 40 ร้าน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในอำเภอปากพะนัง

จากตัวชี้วัด RDU ซึ่งยังผ่านเกณฑ์ไม่ครบทุกตัว คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดแนวทางดังนี้

1. ให้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครอบคลุม สมเหตุผล ในการสั่งใช้ยาและสั่งการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มโรคแผลสะอาด
2. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาทางเลือก เช่น พืชทะเลยาใจ เถาวัลย์เปรียง ยาเหลืองปิดสมุทร
4. ทีมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Asthma COPD วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ พัฒนาข้อมูลที่มีอยู่ให้ถูกต้อง และการวินิจฉัยโรคให้ครอบคลุมในกรณีผู้ป่วยมารับการรักษา visit อื่นๆ และประสานงานข้อมูล สสจ.เพื่อปรับปรุงระบบรายงานสำหรับรายการยาที่มีปัญหา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

5. องค์กรแพทย์และกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดแพทย์ และเภสัชกรผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกสัปดาห์ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

6. พัฒนาเพิ่มความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรใหม่ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการใช้ยาสมุนไพร

7. เพิ่มโปรแกรมตรวจสอบ RDU ในทุกเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แพทย์ใช้งาน เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล

8. ขยายเครือข่ายการดำเนินงานไปยัง สสอ. รพ.สต. และ พชต. บวร.ร. ชุมชนต่างๆในพื้นที่ เชื่อมโยงการดำเนินงานผ่านงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภค ในปีงบประมาณ 2565 จนถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลปากพ่อง ผ่านการประเมิน RDU DISTRICT และสามารถขยายเครือข่ายร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จาก 40 ร้าน เป็น 71 ร้าน และวางแผนขยายเครือข่ายลงสู่ร้านขายยา

9. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา อาหาร เครื่องสำอางที่ไม่ปลอดภัย ผ่านระบบ ตาไว โดยประชาชน ชุมชน สามารถเฝ้าระวังความปลอดภัย การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนได้ด้วยตนเอง

- การดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการใช้ยาที่สมเหตุผล ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 – 2566 พบว่ารายการยาสมุนไพรในบัญชีโรงพยาบาลปากพ่อง มีทั้งหมด 43 รายการ และมูลค่าการจัดซื้อยาสมุนไพรมีมูลค่าที่เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 1,051,957.20 บาท (ร้อยละ 5.43) , 1,733,589.50 (ร้อยละ 8.41) , 1,058,660.90 (ร้อยละ 4.72) , 1,356,339.80 บาท (6.53%) และในไตรมาสที่ 1/2566 จัดซื้อสมุนไพร 319,221.80 (ร้อยละ 5.44) ตามลำดับ
- การดำเนินงานด้านการจัดซื้อ จัดหาเวชภัณฑ์ร่วมกันในระดับเขต ระดับจังหวัด เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ราคาสมเหตุผล ผลการดำเนินงาน ร้อยละการจัดซื้อรวมในปีงบประมาณ 2562 -2566 แยกตามประเภทเวชภัณฑ์ดังนี้ เวชภัณฑ์ยา ร้อยละ 30.77 , 39.03 , 40.32, 37.63 และ ในไตรมาสที่ 1/2566 ร้อยละ 28.06 ตามลำดับ เวชภัณฑ์มีชียา ร้อยละ 13.19 , 38.20 , 38.20, 35.62 และ ในไตรมาสที่ 1/2566 ร้อยละ 21.86 ตามลำดับ

(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

- ปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2565 มีจำนวนรายการยาทั้งหมด 506 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) 509 รายการ และรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 13 รายการ รายละเอียดดังนี้

รายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล 522 รายการ

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน 509	รายการ
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน 13	รายการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ยาสามัญประจำบ้านและยาสมุนไพรร

จำนวน 43

รายการ

ยาสันับสนุนจาก สปสช.

จำนวน 48

รายการ

- นโยบายสำคัญ

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านยา เช่น

- การมีระบบการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่ชัดเจน โดยการดำเนินการจัดซื้อพร้อมทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม

- มาตรการกำกับในการใช้ยา ประกอบด้วยมาตรการการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ RDU DISTRICT ในปีงบประมาณ 2565 และต่อเนื่องในปี 2566

การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาในรายการยาเฉพาะทางโดยแพทย์เฉพาะทาง การใช้ยาในคลินิกเฉพาะโรค

- มาตรการการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา

- ระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วย

- การเฝ้าระวังยากลุ่มเสี่ยงสูง

- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- มาตรฐานระบบยาหน่วยบริการปฐมภูมิ

- มีการจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วนและเจ้าหน้าที่พัสดุแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบในกรณีที่ยาขาด พร้อมแจ้งแนวทางการแก้ปัญหา รวมถึงการใช้ยาทดแทน

1. ไม่มีการจัดหายาที่อยู่นอกเหนือบัญชียาโรงพยาบาล

2. ในรอบปีที่ผ่านมา มีปัญหาขาดแคลนในยาบางรายการ

- 2.1 ยาและเวชภัณฑ์ขาดสต็อก ทำให้มีการจัดซื้อจัดจ้างที่เร่งด่วน อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดข้อผิดพลาดในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง และยังส่งผลกระทบต่อการใช้ยาและเวชภัณฑ์ในจุดบริการผู้ป่วยและหน่วยเบ็ดเตล็ดต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ และจากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา -19 ส่งผลกระทบต่อบริษัทผู้ผลิตยาและระบบการขนส่งยาและเวชภัณฑ์เป็นอย่างมาก ทำให้ยาและเวชภัณฑ์หลายรายการขาดตลาด ราคาสูงขึ้นเกินราคากลาง ไม่มีวัตถุดิบสำหรับการผลิต ทำให้ยาและเวชภัณฑ์ขาด ไม่เพียงพอในการให้บริการเช่น paracetamol tab ,glyceryl guaiacolate tab, ยาแก้ไอชนิดน้ำ ,ยาฟ้าทะลายโจรแคปซูลและยาด้านไวรัส Tramadol ยาโรคเรื้อรัง ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เช่น Fentanyl Midazolam inj ไม่สามารถจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์บางรายการในท้องตลาดได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการสำรองยาในภาพรวมระดับประเทศ เช่น Insulin inj ,Midazolam, Cisatraculium injection และยาหลายรายการที่ปริมาณการใช้ค่อยๆ แต่มีความจำเป็นต้องใช้ และให้โรงพยาบาลแจ้งความต้องการใช้เพื่อ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

จัดสรรยา และมีระบบการช่วยเหลือภายในจังหวัด โดยโรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลต่างๆในจังหวัด รวมถึงโรงพยาบาลเทศบาลนครศรีธรรมราชโรงพยาบาลค่ายวิหิราษฎร์ ให้มีการช่วยเหลือ ยืมยาและเวชภัณฑ์ในกรณีจำเป็นเร่งด่วน มีแนวทางการสื่อสารข้อมูล การปรึกษาองค์กรแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนยากรณีมียาแทนในกลุ่มเดียวกัน

2.2 การใช้ยาและเวชภัณฑ์บางรายการที่มากกว่าแผนการจัดซื้อที่วางไว้ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค เช่น ถุงมือDispose หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์เจล ถุงมือผ่าตัดสเตอร์ไรต์ ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับแผนการใช้ยาและเวชภัณฑ์บางรายการ ซึ่งเจ้าหน้าที่พัสดุจะต้องดำเนินการจัดทำแผนอย่างรัดกุม และควบคุมปริมาณการใช้การจัดซื้อในแต่ละครั้งให้มีความครอบคลุม และจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ให้มีปริมาณเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยมากขึ้น

โรงพยาบาลปากพนัง ได้มีระบบการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลศูนย์มหาราชและโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีระบบการรายงานยาคงเหลือผ่านกลุ่มไลน์หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อรายงานสถานการณ์ยาของแต่ละโรงพยาบาลและมีการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลที่ยังมีสต็อกอยู่ ทำให้สามารถปลดเปลื้องยาค้างจ่ายคนไข้ได้ภายในไม่เกิน 1 วัน

3. มีเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ทำให้ปริมาณความต้องการใช้ยาบางประเภทเพิ่มสูงอย่างฉับพลัน

3.1 กลุ่มยาสำหรับเด็ก เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางกุมารเวชศาสตร์ มาประจำที่โรงพยาบาลปากพนัง

3.2 กลุ่มยาที่ใช้ในทางศัลยกรรม เนื่องจาก โรงพยาบาลปากพนัง มีแพทย์ศัลยกรรมมาประจำที่โรงพยาบาลปากพนัง

3.2 การพัฒนางานการแพทย์แผนไทย งานเวชกรรมไทย ทำให้การใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสมุนไพรที่เป็นสูตรตำรับสำหรับผู้ป่วย

3.3 ห้องฝากครรภ์เปิดให้บริการการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก ทำให้ต้องมีการสำรอง Hepatitis B immunoglobulin สำหรับแม่ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

3.4 สถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา ทำให้ต้องมีการปรับแผนการใช้เวชภัณฑ์ เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย หน้ากาก n-95 แอลกอฮอล์เจลสำหรับ ล้างมือ แอลกอฮอล์ 70 % สำหรับฆ่าเชื้อโรค

ทำให้ต้องมีการปรับแผนการใช้ยา โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยศัลยกรรม การแพทย์แผนไทย คลินิกฝากครรภ์ และสถานการณ์โรคระบาด

(3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE*

- (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)
- เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ แพทย์ไม่ได้ปรับขนาดยา Penicillin ในผู้ป่วย CAPD ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และทีม PCT ได้นำไปทบทวนและทำ root cause analysis จากการทบทวนอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง โดยกำหนดรายการยาที่ต้องปรับขนาดตามการทำงานของไต และระบุค่า CrCl ที่ต้องปรับขนาดยาไว้ที่ฉลากยา พร้อมทั้งอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตบกพร่องแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้จากการเก็บข้อมูล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

พบว่าผู้ป่วยในทุกราย ได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต และไม่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวซ้ำ

- เพื่อลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง ความคลาดเคลื่อนจากการให้สารน้ำที่ไม่เหมาะสม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้ทบทวน และมีการสื่อสารการทบทวนร่วมกับองค์กรแพทย์ มีการจัดทำข้อความสารน้ำเพิ่มเติมในฉลากยา ส่งผลให้ปัจจุบันไม่พบความคลาดเคลื่อนนี้
- เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ceftriaxone inj admit R/O sepsis แพทย์สั่ง ceftriaxone inj 2 g IV stat พยาบาลเบิกยาสำหรับฉีดทันทีที่ห้องฉุกเฉิน ห้องยาจ่ายยา และพยาบาลฉีดยาให้ผู้ป่วย จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีการปรับระบบยา stat OPD โดยยา stat ทุกรายการต้องพิมพ์รายการยาเข้าระบบ Hos-xp เพื่อตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนทุกครั้ง อยู่ในระหว่างเก็บข้อมูลหลังจากการปรับระบบในปีงบประมาณ 2565

(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

- เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไต ไม่ได้รับการปรับขนาดยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย มีการปรับปรุงระบบการจ่ายยา Enoxaparin inj โดยก่อนจ่ายยาเภสัชกรต้องดูค่า ptt และ Cr ก่อนทุกครั้ง ถ้า Ptt < 100000 ให้โทรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง (ไม่จ่ายยาก่อนค่า lab ออก) และถ้า Cr < 30 ให้แจ้งแพทย์เพื่อปรับขนาดยา เนื่องจากก่อนหน้านี้แพทย์สั่งยาก่อนผล lab ออก ทำให้ผู้ป่วยไตเสื่อมไม่ได้รับการปรับขนาดยา ส่งผลให้ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับ enoxaparin inj ได้รับการปรับขนาดยาทุกราย

(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial stewardship) :

ตัวชี้วัด RDU โรงพยาบาลปากพนัง ปีงบประมาณ 2562 –ปัจจุบัน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2562	2563	2564	2565	ปัจจุบัน ธ.ค.65
1	ร้อยละการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	≥ 85	95.04	94.99	94.98	95.04	97.61
2	ประสิทธิภาพผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้แนะ สื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	3	4	4	4	4	4
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	3	4	4	4	4	4
4	จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก	≤ 1	0	0	0	0	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

	รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	รายการ					
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	3	4	4	4	4	4
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ 20	30.44	13.91	12.81	30.44	11.93
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ 20	25.5	27.43	15.57	13.07	17.45
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ 40	60.87	59.16	38.34	31.10	55.27
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ 10	12.24	4.64	2.00	9.63	9.06
10	ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ใช้ RAS blockage 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาความดันโลหิตสูง	= 0	0.08	0	0	0	0
11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี	≤ 5	0	0	0	0	0
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และมี eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ 5	0	0	0	0	0
13	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ MFM เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และมี eGFR ≥ 30 ml/min/1.73 m ²	≥ 80	81.55	83.53	84.95	86.15	87.39
14	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ 5	0.1	0.06	0.04	0	0
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ 10	1.76	1.56	1.67	0	0.46
16	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS	≥ 80	77.05	83.85	84.46	84.03	77.91
17	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long acting BDZ	≤ 5	0.77	1.19	0.67	0.63	0.34

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

18	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	= 0	0	0	0	0	0
419	ร้อยละการได้รับยาต้านฮีสตามีนชนิด non-sedative ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	≤ 20	2.86	10.21	11.90	4.11	8.36

การดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล ให้มีการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุผล และมีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ ผลการดำเนินงาน Service plan สาขา RDU ปีงบประมาณ 2562 -ปัจจุบัน เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด RDU DISTRICT ประกอบด้วย

4. ตัวชี้วัด RDU HOSPITAL (เป้าหมาย ผ่านตัวชี้วัด 10 ตัวชี้วัดจากตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัว) ปี 2565 พบว่ายังมีปัญหาตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 ตัวชี้วัด คือ

- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 55.23) ซึ่งปัญหาเกิดจากการบันทึกข้อมูล การวินิจฉัยโรค
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS (ร้อยละ 77.20) เนื่องจากพบว่ายา Seretide accuhaler ระบบไม่นำมาคำนวณเป็นยาชนิดสเตียรอยด์ ซึ่งได้ประสานงานทีมข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อปรับปรุงในฐานข้อมูลระบบรายงาน พบว่า ในปี 2565 ไตรมาสที่ 3 และ 4 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

5. ตัวชี้วัด RDU PCU หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ตัวชี้วัด ในไตรมาสที่ 2 /2565 ยังพบว่า ร้อยละของการร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 6 รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจากการไม่ลงวินิจฉัยโรค

6. ตัวชี้วัด RDU COMMUNITY ร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำปลอดภัยด้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้ดำเนินงานร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2565 ร่วมกับการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้ในปี 2565 มีร้านชำนำร่องเข้าร่วมโครงการร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 40 ร้าน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในอำเภอปากพนัง

จากตัวชี้วัด RDU ซึ่งยังผ่านเกณฑ์ไม่ครบทุกตัว คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดแนวทางดังนี้

1. ให้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครอบคลุม สมเหตุผล ในการสั่งจ่ายและสั่งการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มโรคแผลสะอาด
2. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาทางเลือก เช่น พืชทะเลยาโจร เถาวัลย์เปรียง ยาเหลืองปิดสมุทร
4. ทีมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Asthma COPD วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ พัฒนาข้อมูลที่มีอยู่ให้ถูกต้อง และการวินิจฉัยโรคให้ครอบคลุมในกรณีผู้ป่วยมารับการรักษา visit อื่นๆ และประสานงานข้อมูล สสจ.เพื่อปรับปรุงระบบรายงานสำหรับรายการยาที่มีปัญหา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

- เพื่อบรรลุเป้าหมาย การลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา ที่ทีมงานได้ปรับปรุงระบบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในระบบยาผู้ป่วยใน โดยก่อนหน้านี้ เกสซ์กรคัดลอกคำสั่งใช้ยา continue ลงใน patient medication profile ซึ่งพบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยาลง patient medication profile. 22.2 % ของความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกยาทั้งหมด ปีงบประมาณ 2561 จึงปรับระบบเป็นการพิมพ์ไป patient medication profile จากโปรแกรม Hox-XP ทำให้เกิดผลลัพธ์ปีงบประมาณ 2562 จนถึงปัจจุบัน ไม่พบความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการดังกล่าว
- เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทีมงานได้ทบทวนการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล พบว่า 5 ปีซ้อนหลัง เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ผ่านระดับ 1 ซึ่งเป้าหมายในการดำเนินงานคือผ่านระดับ 3 ในปีงบประมาณ 2562

เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้มีการประชุมทบทวน นำแนวทางจากหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จ เช่น รพ.ท่าศาลา รพ.จุฬาภรณ์ มาใช้ปรับปรุงการติดตามตัวชี้วัด มาตรการและแนวทางในการทำงาน เช่น การ feedback ตัวชี้วัด รายสัปดาห์ แจ้งแพทย์รายคน ทบทวนวิชาการ บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้ระบบสารสนเทศช่วยในการเตือน การกำหนดรายการยาที่แพทย์สามารถสั่งใช้ได้ ส่งผลให้ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรค คือ URI AD และแผลสะอาด ในไตรมาสที่ 1/2562 ร้อยละ 23 ,24 และ 42 ตามลำดับ และสิ้นปีงบประมาณ 2563 ต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2565 ส่งผลให้โรงพยาบาลปากพนังสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับ 3 และในปี 2565-2566 เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้พัฒนาระบบข้อมูลลงชุมชน ส่งผลให้เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ผ่านตัวชี้วัด RDU DISTRICT

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

- การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:
- ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาการใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี
เกสซ์กรโรงพยาบาลปากพนัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม ดังนี้
- หัวหน้ากลุ่ม ผ่านการอบรมการบริหารระดับต้น สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์ สังคมและการบริหาร และปริญญาเอก สาขารัฐศาสตร์ และหลักสูตรวุฒิปัตริเยศวชาญ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จากสภาเภสัชกรรม
- เกสซ์กรในกลุ่มงาน จำนวน 5 ราย สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
- เกสซ์กร ผ่านการอบรมระยะสั้น เกสซ์กรรมครอบครัวและชุมชน และระบาดวิทยา จำนวน 2 ราย เพื่อพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน
- เกสซ์กร ผ่านการอบรมหลักสูตรคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 2 คน เพื่อ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

พัฒนางานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่

- เกษัชกรที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานและคลินิกต่างๆ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ การเข้ารับการฝึกอบรม ตรงกับภาระงานที่รับผิดชอบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รอบปีที่ผ่านมา มีการอบรมการดูแลผู้ป่วยหอบหืด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเอดส์ คลินิก NCD คุณภาพ การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- เกษัชกรทุกคนเก็บหน่วยกิตการศึกษาต่อได้อย่างน้อย 10 หน่วยกิตต่อปี และครบ 100 หน่วยกิตในระยะเวลา 5 ปี 100 %
- เจ้าหน้าที่อื่นๆในหน่วยงาน ได้รับการอบรมการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง การช่วยฟื้นคืนชีพ การป้องกันอัคคีภัย ทบทวนวิชาการในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง การทบทวนความรู้หน้างาน การพูดคุยตอนเช้าก่อนเริ่มงานและสรุปปัญหาอุปสรรคก่อนเลิกงาน

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

- เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะรายของผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดร่วมกับ คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน ได้นำโปรแกรม HOSXP ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วย ส่งผลทำให้แพทย์ เกษัชกรและสหสาขาวิชาชีพ สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ที่จำเป็นต้องใช้ในการจ่ายยา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษาในอดีต การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
- ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับแต่ละโรค เช่น ค่า INR สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

- เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการสารสนเทศ ได้พัฒนาระบบให้เข้าถึงข้อมูลดังนี้ บัญชียาโรงพยาบาล ราคายา ทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา จำนวนยาที่สามารถสั่งใช้ได้ คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction, fatal drug interaction ข้อมูลการแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม กลุ่มยา ความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง
- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้จัดทำคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาด้านอวกาศที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การแผ้วระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การแผ้วระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้งแบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง
- มีคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาด้านอวกาศที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การแผ้วระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การแผ้วระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้งแบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

3.1 การเข้าถึงข้อมูลยาของแพทย์

แพทย์ สามารถเข้าถึงข้อมูล บัญชียาโรงพยาบาล ราคายาทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction fatal drug interaction กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง

3.2 ข้อมูลที่เภสัชกรเข้าถึงได้

ข้อมูลที่เภสัชกรสามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ข้อมูลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสถานบริการอื่น ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลการได้รับวัคซีน ขนาดยาเฉพาะโรค ข้อมูลเกี่ยวกับ drug compliance ของผู้ป่วย ข้อมูลยาที่จำเป็น เช่นยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไต ข้อมูลยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มยาสำคัญ pregnancy category drug interaction fatal drug interaction กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน จำนวนยาที่แพทย์สามารถสั่งจ่ายได้

3.3 สำหรับข้อมูลที่พยาบาลเข้าถึงได้ในกระบวนการบริหารยา

ข้อมูลที่พยาบาลเข้าถึงได้ในกระบวนการบริหารยา ได้แก่ ประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลการได้รับวัคซีน ขนาดยาเฉพาะโรค ยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไต การติดตามยา กลุ่มเสี่ยงสูง สารละลายที่ใช้ในการผสมยา ความคงตัวของยาหลังผสม วิธีการบริหารยา

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

- โปรแกรม HOSXP สามารถสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยมีข้อมูลประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยารายการยา ราคายาทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction fatal drug interaction กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง
- การส่งสัญญาณเตือนในระบบคอมพิวเตอร์ มีดังนี้ คือ ข้อมูลการแพ้ยา fatal drug interaction ขนาดยาสำหรับโรคเฉพาะ เช่น ขนาดยา Oseltamivir ขนาดยารักษาวัณโรค ค่าผลตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นค่าวิกฤต ประวัติการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าที่ได้รับวัคซีนครบ การติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ บันทึกรักษาการติดตามกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

- การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีกรรบกวน.

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา

(1) การจัดหา: เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การจัดหาที่มีคุณภาพ เพียงพอกับความต้องการสำหรับผู้รับบริการ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงได้พัฒนาระบบงาน ดังนี้

- การมีระบบการจัดหายา โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ดำเนินงานตามแผนการจัดซื้อ และมีการดำเนินการสืบราคาทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม และพิจารณาความเหมือน ต่าง ของผลิตภัณฑ์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

บรรจุกุภัณฑ์ เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้าน LASA

- มีระบบการรายงาน minimum stock ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์และการรายงานจากคลังเวชภัณฑ์ผ่านแบบฟอร์มและทางไลน์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่พัสดุ ได้ดำเนินการจัดหาเวชภัณฑ์ได้เพียงพอต่อการใช้
- ระบบการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลปากพ่อง ผ่านระบบ e-gp ของกรมบัญชีกลางทั้งหมดทุกรายการ
- ยาต้านพิษ เป็นยาที่มีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้มีการสำรองยาในปริมาณเพียงพอและเหมาะสม และมีความรวดเร็วในการหยิบใช้และสะดวกในการตรวจสอบยาที่เหลือ ทางทีมจึงได้เสนอการเก็บสำรองยาต้านพิษไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันทั้งในคลังยา และห้องยาผู้ป่วยนอก ผลการปฏิบัติงาน พบว่า ไม่พบความเสี่ยงในเรื่องยาไม่พอใช้ หรือการหายาไม่เจอ และมีระบบการส่งเบิกยาคืนทันทีหลังจากใช้ยา เพื่อให้มียาใช้อย่างต่อเนื่อง ไม่มียาขาด เซรุ่มงูเห่า มีระบบการส่งข้อมูลการใช้ของผู้ป่วยผ่านไลน์กลุ่มห้องยา เพื่อให้ผู้รับผิดชอบทราบและคีย์ข้อมูลเบิกคืนยาผ่าน สปสช.ทันทีทันที

ส่งผลทำให้ รายการยาที่จัดหา มีคุณภาพ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และไม่มีรายการยาจำเป็น ยาช่วยชีวิต ที่ไม่มีรายการยาทดแทนได้ ค้างจ่ายแก่ผู้มารับบริการของโรงพยาบาล ส่วนรายการยาที่มียากลุ่มเดียวกันที่ใช้แทนกันได้ ในโรงพยาบาล สามารถปลดเปลื้องยาค้างจ่ายได้ในเวลาที่กำหนด ไม่เกิน 7 วัน

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย: เพื่อให้การจัดเก็บยาเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงกำหนดนโยบาย ดังนี้

- ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย การจัดเก็บยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์เป็นไปตามมาตรฐานมีผู้รับผิดชอบชัดเจน
- คลังเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม มีประตูลิ้นชัก 2 ชั้น มีระบบป้องกันอัคคีภัย smoke detector กล้องวงจรปิด ป้องกันการสูญหายของยาและเวชภัณฑ์ มีผู้รับผิดชอบและแนวทางการเปิดปิดคลังยาชัดเจน ไม่มีการวางเวชภัณฑ์บนพื้น แยกจัดเก็บเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆชัดเจน มีระบบการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การป้องกันสัตว์และแมลง การควบคุมการเบิกจ่ายเป็นไปตามระเบียบ การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ มีระบบสต็อกเกอร์สีเฝ้าระวังเวชภัณฑ์หมดอายุ การจัดเก็บเวชภัณฑ์ยาและวัคซีนที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ มาตรฐานตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ การบันทึกอุณหภูมิและความชื้น วันละ 2 ครั้งทุกวัน ติดตั้งระบบสัญญาณเตือนในกรณีที่อุณหภูมิตู้เย็น ไม่อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทีทั้งที่ 14 จุด ได้แก่ ตู้เย็นคลังยา 6 ตู้ ช่องแช่แข็ง 1 ตู้เย็นห้องยาผู้ป่วยใน 1 ตู้เย็นห้องยาผู้ป่วยนอก 1 ห้องปฏิบัติการ 2 โรงครัว 1 ตู้ ระบบการสุ่มตรวจสอบรายการเวชภัณฑ์คงคลังและการหมดอายุเวชภัณฑ์ ระบบการเฝ้าระวังตู้เย็นเก็บวัคซีนผ่านโปรแกรมกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการเฝ้าระวังวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ต้องติดตามตลอด 24 ชั่วโมง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- คลังยาหน่วยงานย่อยและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดเภสัชกร และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยที่ชัดเจนรายการ ปริมาณการสำรองยาและเวชภัณฑ์ การจัดเก็บอย่างมีคุณภาพ จัดทำป้ายชื่อยาที่เป็นระบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีการกำหนดปริมาณสต็อกขั้นต่ำ ขั้นสูงที่ชัดเจน ในทุกคลังยาย่อย การเฝ้าระวังชื่อพ้องมอกคล้าย มีการตรวจสอบปริมาณคงเหลือและเบิกทดแทน หน่วยงานในโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หน่วยเบิกนอกโรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน มีการทบทวนรายการและปริมาณสำรองโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดปีละ 1 ครั้ง มีการตรวจสอบโดยเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยคลังยาย่อยผู้รับผิดชอบทุกเดือน
- ส่งผลให้ การจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการทั้งเครือข่าย ผ่านการประเมินคุณภาพ ไม่มีรายการยาและเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพและหมดอายุ

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

- มีการจัดให้มียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา มีระบบควบคุมและดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป
 - คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีข้อกำหนดชุดยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency box) เพื่อป้องกันความเสี่ยง เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเบิกยาทดแทนทันทีเมื่อเปิดใช้ และทำการตรวจสอบสภาพพร้อมใช้งาน รายการและจำนวนวันหมดอายุ ทุกเดือน มีระบบการสำรองชุดยาฉุกเฉิน ณ จุดบริการ และห้องยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การจัดทำชุดยาฉุกเฉินสำหรับห้องคลอด และในปี 2564 จัดทำชุดยาฉุกเฉินเพิ่มเติมสำหรับรถพยาบาลส่งต่อต่อ ในปี 2566 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ปรับปรุงการสำรองยาสำหรับรถฉุกเฉินตามแนวปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง จำนวน ยา และเวชภัณฑ์ 17 รายการ สำหรับรถส่งต่อจำนวน 4 คัน และสำรองอีก 2 ชุด เพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์พร้อมใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย
- ดังรายละเอียดดังนี้

1. Adrenaline inj	จำนวน 20 amp
2. Adrenosine inj 6 mg/3 ml	จำนวน 3 amp 18 mg)
3. Atropine inj 0.6 mg/1 ml	จำนวน 5 amp (3 mg)
4. Calcium Gluconate inj 1 กรัม/10 ml	จำนวน 1 amp (1gm)
5. Dopamine 250 mg inj	จำนวน 1 amp (250 mg)
6. Sodium Bicarbonate inj	จำนวน 1 amp (100 mg)
7. Magnesium Sulphate inj 50 %	จำนวน 4 amp (4 gm)
8. Dexamethasone 4 mg inj	จำนวน 3 amp (10 mg)
9. Diazepam 10 mg/2 ml inj	จำนวน 2 amp (20 mg)
10. Dextrose 50 % inj 50 ml	จำนวน 2 vial (50 gm)
11. Berodual neb 2.5 mg/2.5 ml	จำนวน 2 nb
12. Salbutamol neb 2.5 mg/2.5 ml	จำนวน 2 nb

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

13. Haloperidol inj 5 mg/ml	จำนวน 2 amp (10mg)
14. Tramadol inj	จำนวน 1 amp
15. Isordil sl	จำนวน 2 tab
16. Aspirin 81 mg	จำนวน 4 tab (1dose)
17. Clopidogrel 75 mg	จำนวน 4 tab (1 dose)

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

- กลุ่มงานเภสัชกรรมเปิดทำการ 24 ชั่วโมง โดยมีเภสัชกรปฏิบัติงานในช่วงเวลา 8.30-24.00 น. และในช่วงเวลา 24.00-08.30 น มีเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน 1 คน ในกรณีที่เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้ปฏิบัติงาน สามารถโทรศัพท์ปรึกษาเภสัชกร on call ได้ตลอดเวลา และมีการทบทวนความถูกต้อง เหมาะสมในการสั่งจ่าย การจ่ายยา โดยเภสัชกรเวรเช้า นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในไลน์กลุ่มห้องยา

จากการทบทวนอุบัติการณ์ปี 2561 พบว่าเวรตึกที่มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มีการจ่ายสารน้ำสำหรับผสมยาฉีดไม่เหมาะสม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค จึงได้จัดทำข้อมูลสารน้ำที่ใช้ในการผสมยาฉีดในฉลากยาฉีดทุกรายการ จัดทำสติ๊กเกอร์สื่อสารน้ำที่เหมาะสมติดไว้ที่จัดเก็บยาฉีดแต่ละรายการ จัดทำการคำนวณขนาดยาความเสี่ยงสูงที่ระบุในฉลากยา เช่น Dopamine Norepinephrine injection หลังจากการปรับปรุงระบบในปีงบประมาณ 2562-ปัจจุบัน ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนดังกล่าว

พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัว ในเวลาที่กำหนด จึงมีระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เวรตึก โดยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องติดตามยาเดิมผ่านระบบไลน์ เพื่อให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบผู้ป่วยในได้ติดตามยาเดิมผู้ป่วยในวันถัดไป ผลลัพธ์ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการ Medication reconciliation เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.00 ในปีงบประมาณ 2563 เป็นร้อยละ 96.36 และ 96.55 ในปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 ตามลำดับ

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

- ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์จัดยาผิดชนิด จากสาเหตุเก็บยาคืนใส่ผิด lock ของยาที่ส่งคืนมายังห้องยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนด ให้ รายการยาน้ำและยาเม็ด ที่ส่งคืนห้องยา ให้ทำลายทิ้ง ส่วนยาฉีดจะรวบรวมใส่ถุงแล้วคืน lock ยาโดยมีการ double check โดยเภสัชกรจากการดำเนินการดังกล่าว ไม่พบอุบัติการณ์ การจัดยาน้ำ ยาเม็ด ผิดชนิดเนื่องจากการคืนใส่ยาผิด lock

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

- จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2561 พบแพทย์มีการใช้คำย่อในการสั่งใช้ยาที่ไม่อยู่ในมาตรฐานคำย่อของโรงพยาบาลปากพนัง ทำให้เกิดปัญหาในการถ่ายถอดคำสั่ง สื่อสารไม่ตรงกัน ซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร.พ.ปากพนังจึงจัดให้มีการทบทวนมาตรฐานคำย่อปีละ 1 ครั้ง และมีการประชุมนิเทศแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใหม่ทุกปี จากการดำเนินการดังกล่าว ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าวในปี 2562-ปัจจุบัน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- เกสัชกรผู้ป่วยใน รับคำสั่งใช้ยาจาก Doctor order sheet โดยตรง

(2) medication reconciliation:

โรงพยาบาลปากพ่องได้พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กรมีระบบการติดตามยาเดิมของผู้ป่วยในทุกสาย และผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคเรื้อรังเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดมีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่แพทย์และผู้ป่วย

- จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2558 พบผู้ป่วย Admit และ D/C แพทย์สั่งใช้ยาเดิม โดยไม่ได้รับุรายการยา ขนาดยา และวิธีใช้ยาให้ครบถ้วน ซึ่งได้มีการนำเสนอข้อมูลเหล่านี้ในการประชุม PTC และขอความร่วมมือแพทย์ระบุรายการยาเดิมของผู้ป่วยให้ครบถ้วน และเขียนคำสั่งใช้ยาที่ชัดเจนสามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ตรงกัน ส่งผลให้ prescribing error จากการสั่งใช้ยาของแพทย์ลดลงในปีงบประมาณ 2559-2562 ดังนี้ 29.5, 21.82, 5.75 และ 4.04 ครั้ง ต่อพันวันนอน ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2563 ได้มีการพัฒนาระบบ medication reconciliation โดยพิมพ์ใบ Medication reconciliation ได้จากโปรแกรม HOS-XP ส่งผลให้ prescribing error จากการสั่งใช้ยาของแพทย์ ในปี 2563, 2564 และ 2565 ลดลง จากปี 2564 เป็น 1.98, 2.05 และ 0.73 ครั้งต่อพันวันนอน ตามลำดับ

(3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry; CPOE) ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

- Fatal drug interaction
- ADR
- Warfarin clinic
- CKD

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

เพื่อให้การสั่งใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉพาะ เป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้วางระบบ ก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือ ทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน) มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ยากลุ่มเสี่ยงสูง เกสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย

- ปีงบประมาณ 2559 พบอุบัติการณ์การสั่งใช้ยา antibiotic ไม่ได้ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต เช่น Ceftazidime inj, Trazosin , Enoxaparin inj, Penicillin G inj

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดให้เภสัชกรทบทวนคำสั่งใช้ยา ทบทวนขนาดยาที่ใช้โดยใช้คู่มือการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต และมีข้อมูลการทำงานของไตที่จะต้องปรับขนาดยาในฉลากยา ผู้ป่วยในทุกสายได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต

(2) การจัดเตรียมยา:

เพื่อให้การจัดเตรียมยาเป็นไปตามมาตรฐาน สถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ฉุกเฉิน และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

- มีการเตรียม adrenaline prefill ตาม order แพทย์ โดยมีการจัดเตรียมตามแนวทางการเตรียม adrenaline prefill เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- การเตรียมแอมบรอกซ์ในขวดพลาสติกใส ขนาด 30 และ 60 ซีซี ยารายการมีการเตรียม
- แอมบรอกซ์ในขวดพลาสติกใส ซึ่งรูปแบบยา สี ความหนืดที่คล้าย ๆ กัน เช่น KCl elixir , Lactulose, จัดให้มีการจัดแอมบรอกซ์ไว้ล่วงหน้าพร้อมติดฉลาก Label ให้ชัดเจนก่อนการหยิบจ่าย
- มีการเตรียมยา Oseltamivir syrup สำหรับผู้ป่วยเด็กเฉพาะราย

(3) การติดฉลากยา:

เพื่อให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้รับยาที่มีติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท. มีฉลากติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา ค่าเตือนและการเฝ้าระวัง

- ฉลากยาชนิดที่ให้ไปกับผู้ป่วยจะมีข้อมูล ชื่อผู้ป่วย HN เดียง หอผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา ตัวทำละลายที่ใช้ ความคงตัวหลังผสมยา และมีจำนวนฉลากยาเท่ากับจำนวนครั้งที่จะใช้ยาใน 1 วัน การผสมยา (ยาความเสี่ยสูง)
- มีฉลากยาภาษาไทย ฉลากเสริม ฉลากช่วยในการใช้ยารวมถึงยาเทคนิคพิเศษ จัดทำฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มยาสำคัญ เช่น ยาเบาหวาน ยาความดันโลหิตสูง ยาโรค Gout Paracetamol ยากลุ่ม NSAIDs กลุ่มยาแก้แพ้ Domperidone Amoxicillin พัฒนาฉลากยาในโปรแกรม HOSXP ให้เป็นไปตามมาตรฐานฉลากยา RDU
- มีฉลากยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

- ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์การให้ยาผิดห่อผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยหญิง / ชาย admit ตึกเด็ก (ห้องพิเศษ) ได้มีการทบทวนและจัดทำใบ check เดียงผู้ป่วย แยกเป็นแต่ละตึกผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบรดยาก่อนส่งมอบไปยังตึกผู้ป่วย
- ปีงบประมาณ 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยในได้รับยาผิดเวลาเนื่องจาก รดยาส่งช้า จากการที่แพทย์ตรวจเสร็จช้ากว่าเวลาที่กำหนด ทำให้มีการปรับระบบการจัดยาให้แก่ตึกผู้ป่วย โดยห้องยาจัดยาส่งให้แก่ตึกผู้ป่วยถึงมือเย็นของวันถัดไป (ก่อนหน้านี้จัดให้ถึงมือเที่ยง) หลังจากปรับระบบ ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว
- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

เพื่อให้การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนดนโยบาย การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- ผู้ป่วยในมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน D/C counseling โดยเภสัชกรทุกราย โดยเฉพาะ ในผู้ป่วย DM/HT รายใหม่, CVA, ACS, ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษรายใหม่, ผู้ป่วย warfarin, และผู้ป่วยที่มีปัญหาต้านยา
- ผู้ป่วยนอก มีการส่งมอบยาโดยเภสัชกรทุกราย โดยใช้เทคนิค Prime question การส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน มีการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ มีการติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะโรคและผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา

II-6.2 ค. การบริหารยา

(1) การบริหารยา การใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record; MAR) การตรวจสอบซ้ำ:

มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการมีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้ส่งยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

- หอผู้ป่วยมีการตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาซ้ำ โดยใช้ใบ mar ตรวจสอบทั้งชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา การบริหารยา ซึ่งทางหอผู้ป่วยสามารถตรวจจับความผิดพลาดในกระบวนการ dispensing error ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 เท่ากับ 5 ครั้ง และ 3 ครั้ง ตามลำดับ ใน จาก การตรวจสอบซ้ำโดยหอผู้ป่วย ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้นำมาปรับปรุงระบบ เช่น การจัดวางยา LASA, การทำลายยาเม็ดและยาน้ำที่คืนมาจากหอผู้ป่วย, การตรวจสอบยาก่อนการจ่ายยาโดยอีกบุคคลหนึ่ง ในปี 2563 พบอุบัติการณ์ให้ยาผิดเวลา จากการส่งรถยาซ้ำ เนื่องจากแพทย์ตรวจเสร็จช้ากว่ากำหนด มีการ feedback ข้อมูลสู่องค์กรแพทย์ เพื่อทบทวนเวลาการขึ้น round ward เพื่อส่งรถยาให้ทันเวลารวมทั้งปรับระบบการจัดยาให้แก่เด็กผู้ป่วย โดยห้องยาจัดยาส่งให้แก่เด็กผู้ป่วยถึงมือเย็นของวันถัดไป
- ในส่วนการบริหารยา ได้มีการปรับรูปแบบเพื่อเพิ่มความถูกต้องของการบริหารยา โดยการปรับปรุงฉลากยาฉีด โดยระบุตัวทำละลายที่สามารถใช้ได้ และปรับปรุงฉลากยาฉีดและน้ำเกลือ เพื่อให้พยาบาลนำไปติดข้างขวดยา ลดภาระการเขียนซ้ำซ้อน และความคลาดเคลื่อนในการเขียนฉลากฉีดจัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose และมีการสอบทวนการเตรียมยา small dose และยา HAD ในหอผู้ป่วย

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

- จากการติดตามประเมินผลเรื่องการใช้ยาเทคนิคพิเศษ พบ ความถูกต้องในการพ่นยาของคนไข้ asthma ในปีงบประมาณ 2561 –2565 พบผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่น ร้อยละ 89.00 ,89.30 ,90.20, 95.00 และในปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 95.13
- ความถูกต้องในการพ่นยาของคนไข้ COPD ในปีงบประมาณ 2561 –2565 พบผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่น ร้อยละ 91.40 ,91.63 ,92.00 ,93.01 และในปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 93.50
- มีการประเมินการให้ความรู้คำแนะนำในการฉีดอินซูลินชนิดปากกาในคลินิกโรคเบาหวาน ในผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

รายใหม่ในปี 2560 -2564 ทุกราย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 87.36,93.40,91.80,94.35 และ 97.19 ตามลำดับ และได้มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาในผู้ป่วยในรายเก่าที่ยังไม่เข้าใจการใช้ยาฉีดโดยพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถและความรู้จากการใช้ยาฉีดเพิ่มขึ้น

(3) การติดตามผลการรักษา:

- ยากลุ่มจิตเวชบางตัวมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น Lithium , Sodium valproate ,Phenytoin :ซึ่งทางระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตมีจุดเน้นให้ระบบยามีการติดตามประเมินผลการรักษาเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ทางทีมจึงได้พัฒนาระบบติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยาจิตเวชโดย มีการทำสมุดบันทึกสุขภาพจิต เพื่อบันทึกข้อมูลประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำแนะนำหรือเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีการเตือนในยาแต่ละตัวใน Hos-XP ของกลุ่มยาจิตเวช ในการติดตามผลเลือดประจำปี เพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและดูความปลอดภัยของยา เช่น การตรวจ Thyroid function ในยา Lithium การตรวจ Liver function และ CBC ในยา Sodium Valproate , Phenytoin ซึ่งจากการติดตามในช่วงระยะเวลา ปีงบประมาณ 2560 – 2564 พบว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามข้อกำหนด มากกว่าร้อยละ 80
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรค ยาต้านไวรัสเอดส์ มีระบบการติดตามค่าการทำงานของตับตามแนวทางการรักษาในผู้ป่วยทุกราย
- ผู้ป่วยได้รับยา warfarin ทุกราย มีการติดตามค่าผล INR และมีการปรับระดับยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกราย
- มีระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง 11 รายการที่กำหนดโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เช่น การติดตามภาวะ Bleeding จากยา Enoxaparin inj ,Fondaparinux inj

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

ผู้ป่วยใน

- เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะถูกส่งมาที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ บันทึกลงในโปรแกรม Hos-XP “ยาเดิมผู้ป่วยนำมาแล้ว” ถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยยังใช้อยู่เป็นปัจจุบัน เภสัชกรเขียนปรึกษาแพทย์ลงใน Doctor order sheet หากแพทย์สั่งใช้ต่อ และเป็นยาที่ไม่มีใน ร.พ.ปากพนัง จะใช้ยาเดิมผู้ป่วยจัด แต่ถ้าเป็นรายการยาที่มีใน ร.พ.ปากพนัง ใช้ยาของ ร.พ.ปากพนังจัดให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและแพทย์สั่งรายการที่ผู้ป่วยนำมา ใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจัดให้ผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะถูกส่งมาที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการจัดเก็บ และค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการปรับจำนวนยาให้พอดีกับวันนัด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบ medication reconciliation
- พัฒนากล่องยาฉุกเฉินสำรองพร้อมใช้
- พัฒนาระบบการบริการเภสัชกรรม RDU และคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน RDU District
- รางวัลงานคุ้มครองผู้บริโภคดีเด่นจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และอันดับ 1 ระดับจังหวัด
- ประกาศนียบัตร ศูนย์เรียนรู้เภสัชกรรมปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรม
- รางวัลงานวิจัยระดับจังหวัดด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52. การกำกับดูแล การจัดการด้าน ยา	3.0	L I	-ระบบการติดตาม/ประเมินผล การปฏิบัติตามนโยบายด้านยาที่ครอบคลุมและชัดเจน -พัฒนาการให้บริการข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยจัดทำระบบฐานข้อมูลฯ ที่ชัดเจน
53. สิ่งแวดล้อม สนับสนุน การ จัดหาและเก็บ รักษา ยา	3.0	L	-พัฒนาระบบการประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบยาของผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม
54. การสั่งใช้ยาและ การถ่ายถอด คำสั่ง	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสั่งใช้ยา และถ่ายถอดคำสั่ง, -การทำ med reconcile ในการดูแลผู้ป่วยนอก
55. การทบทวน คำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัด จ่าย และส่ง มอบยา	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการเตรียม จัดจ่าย และส่งมอบยา, - พัฒนาการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
56. การบริหารยา และติดตามผล	3.0	L I	- ประเมินและปรับปรุงกระบวนการบริหารยาและติดตาม ผล -พัฒนาระบบสารสนเทศที่ใช้ในการติดตามผลการใช้ยา