

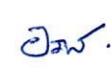


แบบฟอร์มขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตามประกาศโรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๕
สำหรับหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค ในสังกัดโรงพยาบาลปากพนัง

แบบฟอร์มขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลปากพนัง	
ชื่อหน่วยงาน: โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช วัน/เดือน/ปี พุทธศักราช ๒๕๖๕ หัวข้อ: SERVICE PROFILE ๒๕๖๕ /รายงานผลตัวชี้วัดประจำปี ๒๕๖๕/ SAR ๒๕๖๕ กลุ่มงานเภสัชกรรมและ คุ้มครองผู้บริโภค เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล รายละเอียดข้อมูล : SERVICE PROFILE ๒๕๖๕ /รายงานผลตัวชี้วัดประจำปี ๒๕๖๕/ SAR ๒๕๖๕ กลุ่มงานเภสัช กรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (ตามเอกสารแนบ) Link ภายนอก: :http:// www.pknhospital.com หมายเหตุ:	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางศรีสุดา ศิลาโชติ) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วันที่ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๕	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายสมเกียรติ วรยุทธการ) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง วันที่ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๕
ผู้รับผิดชอบนำข้อมูลเผยแพร่  (นางสาวอภิรตี เบ้าวงศ์สกุล) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๕	

แบบประเมินตนเอง

SAR II-6

ระบบการจัดการด้านยา

ปีงบประมาณ 2565

รพ.ปากพนัง

จ.นครศรีธรรมราช

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
Medication error OPD						
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	16.90	13.99	6.39	1.75	0.54
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	<3 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0	0	0.51	0.03	0.18
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	3.29	2.30	2.88	2.26	0.53
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	<1 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0	0.02	0.34	0.04	0.07
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	<1 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา	0.02	0.02	0.14	0.07	0.01
Medication error IPD						
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*	<30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	5.75	4.04	1.98	2.05	0.73
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*	<20 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	2.19	2.60	0.17	0.98	0.62
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*	<30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	9.16	7.58	5.73	3.56	1.47
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*	<10 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	0.82	0.68	0.51	0.22	0.11
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*	<5 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	0.58	0.64	0.76	0.45	0.15
Adverse drug event (ADE)						
-จำนวนครั้งการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	1	1	1	0
-อัตรา ADE ที่มีความรุนแรง ระดับ GHI จากยาที่มีความเสี่ยง สูง	0 ครั้ง	0	0	0	0	0

-อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD	> 95%	91.34	89.52	92.36	92.95	91.42
-ร้อยละความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา HAD	<1%	3.84	3.75	5.73 (B=9 ใน 157)	1.24	2.86 B=3 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
Adherenceยาต้านไวรัส ARV Clinic (%)	≥ 95%	98.70	97.88	97.43	98.00	96.50
ความพึงพอใจในงานบริการจ่ายยา						
- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย OPD	>ร้อยละ 80	95.20	95.30	95.00	95.00	96.00
- ระยะเวลาการรับยาเฉลี่ยของผู้ป่วย OPD	≤20 นาที	11.27	11.20	11.30	11.00	10.30
- อัตราผู้ป่วย OPD ที่รอรับยาเกิน 20 นาที	<ร้อยละ 20	4.55	4.25	5.50	4.00	3.50
บริหารเวชภัณฑ์ยา -อัตราการสำรองคลัง	< 2.0 เดือน	0.76	1.21	1.27	1.30	0.82
การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)						
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ระดับ 3	1	2	3	3	RDU DISTRICT
<p>*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่นการเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่พ.เก็บปกติเป็นต้น</p> <p>ii. <u>บริบท</u> ระบบการจัดการด้านยา โรงพยาบาลปากพนัง ดำเนินงานในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล ทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายที่เชื่อมโยงถึงชุมชน โดยแต่งตั้งในรูปของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.</p>						

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปากพนัง ได้ประชุมทบทวนรายการยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตาม เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยาบันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา จำนวน 12 รายการ ในบัญชียาโรงพยาบาล ดังนี้

Dopamine inj
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 citrate inj

iii. กระบวนการ

II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรจุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็นมีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณาและทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านยาในเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

บทบาทที่โดดเด่นของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อให้มีการใช้ยาที่เป็นไปอย่างสมเหตุผล และผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา ได้มีการสนับสนุนให้มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561 – ปีงบประมาณ 2565 พบว่าร้อยละรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เท่ากับ 98.26 : 1.74 , 98.26 : 1.74 , 96.33 : 3.67 , 97.62 : 2.38 และ 97.51: 2.49 ตามลำดับ และร้อยละมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561 – ปีงบประมาณ 2565 เท่ากับ 97.35 :2.65 , 96.79 :3.21 ,97.66: 2.34 ,98.11:1.89 และ 95.87 :4.13 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งจำนวนรายการยาและมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 90

การดำเนินงานตามนโยบายการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล ให้มีการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล และมีการส่งเสริมการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนการใช้จ่ายปฏิชีวนะ ผลการดำเนินงานในการควบคุมกำกับกำกับการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 เท่ากับร้อยละ 21.18 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 23.15 และในปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 32.00 ผลการดำเนินงานในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 27.03 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 25.50 และในปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 28.81 และผลการดำเนินงานในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 67.93 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 60.87 และปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 59.16 ซึ่งผลการดำเนินงานมีแนวโน้มในการใช้จ่ายปฏิชีวนะที่ลดลงในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และได้มีการปรับกระบวนการทำงาน โดยมีการติดตามตัวชี้วัดรายสัปดาห์ การทำความเข้าใจ และร่วมรับผิดชอบตัวชี้วัดระหว่างองค์กรแพทย์และทีมงานระบบยา ที่มีการติดตามและ feedback ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นำตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เข้าสู่รับการทบทวน การสื่อสารตัวชี้วัดแบบ real time ทำให้ในปีงบประมาณ 2563 และปี งบประมาณ 2564 โรงพยาบาลปากพ่อง์ ผ่านเกณฑ์ RDU ระดับ 3 คือตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ทุกรายการ และในปี 2565 รพ.ปากพ่อง์ดำเนินการขยายงานส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา การส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลลงสู่ร้านชำในชุมชน จำนวน 40 ร้านครอบคลุมทุกตำบล ทำให้ รพ.ปากพ่อง์ได้รับเลือกให้เป็นอำเภอ RDU DISTRICT ต้นแบบจังหวัดนครศรีธรรมราช

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้จ่ายสมุนไพรในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการใช้ยาที่สมเหตุผล ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560 – 2565 พบว่ารายการยาสมุนไพรในบัญชีโรงพยาบาลปากพ่อง์ มีทั้งหมด 43 รายการ และมูลค่าการจัดซื้อยาสมุนไพรมีมูลค่าที่เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 1,116,465.40 บาท (ร้อยละ 5.59) , 1,217,633.20 บาท (ร้อยละ 6.02) , 1,051,957.20 บาท (ร้อยละ 5.43) , 1,733,589.50 (ร้อยละ 8.41) และ 1,356,339.80 (ร้อยละ 6.56) ตามลำดับ

การดำเนินงานด้านการจัดซื้อ จัดหาเวชภัณฑ์ร่วมกันในระดับเขต ระดับจังหวัด เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ราคาสมเหตุผล ผลการดำเนินงาน ร้อยละการจัดซื้อรวมในปีงบประมาณ 2560 -2565 แยกตามประเภทเวชภัณฑ์ดังนี้ เวชภัณฑ์ยา ร้อยละ 19.50 , 24.46 , 30.77 ,39.03 และ 36.97 ตามลำดับ เวชภัณฑ์มีชียา ร้อยละ 15.04 ,15.37 ,13.19 , 38.20 และ 35.62 ตามลำดับ พบว่าผลการดำเนินงานทำให้เกิดการประหยัดแยกตามประเภทเวชภัณฑ์ดังนี้ เวชภัณฑ์ยา มูลค่าประหยัด 1,001,273.10.- บาท , เวชภัณฑ์มีชียา มูลค่าประหยัด 228,102.35 บาท

(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี

ปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2565 มีจำนวนรายการยาทั้งหมด 522 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) 509 รายการ และรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 13 รายการ รายละเอียดดังนี้

รายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล 522 รายการ

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

จำนวน 509 รายการ

ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	จำนวน 13	รายการ
ยาสามัญประจำบ้านและยาสมุนไพรม	จำนวน 43	รายการ
ยาสับสนุนจาก สปสช.	จำนวน 48	รายการ

นโยบายสำคัญ

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านยา เช่น

- การมีระบบการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่ชัดเจน โดยการดำเนินการจัดซื้อพร้อมทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม

- มาตรการกำกับในการใช้ยา ประกอบด้วยมาตรการการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ 3 ในปีงบประมาณ 2563 และต่อเนื่องในปี 2564

การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาในรายการยาเฉพาะทางโดยแพทย์เฉพาะทาง การใช้ยาในคลินิกเฉพาะโรค

- มาตรการการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา

- ระบบการติดตามยาเดิมผู้ป่วย

- การเฝ้าระวังยากลุ่มเสี่ยงสูง

- การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- มาตรฐานระบบยาหน่วยบริการปฐมภูมิ

- มีการจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน และยาที่จำเป็นเร่งด่วนและเจ้าหน้าที่พัสดุแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบในกรณีที่ยาขาด พร้อมแจ้งแนวทางการแก้ปัญหา รวมถึงการใช้ยาทดแทน

1. ไม่มีการจัดหายาที่อยู่นอกเหนือบัญชียาโรงพยาบาล

2. ในรอบปีที่ผ่านมา มีปัญหาขาดแคลนในยาบางรายการ

- ยาสำหรับให้บริการโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 ขาดตลาด ไม่มีวัตถุดิบในการผลิต และราคาสูงขึ้น ไม่สามารถจัดซื้อจัดหาได้ จากสถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา (COVID-19) เช่น Paracetamol tab ,Glyceryl guaiacolate tab ยาแก้ไอชนิดน้ำ ยาฟ้าทะลายโจรแคปซูล และยาด่านไวรัส Insulin inj ,Midazolam inj ,Cisatraculium injection เนื่องจากเหตุระบาดของโรคส่งผลต่อบริษัทผู้ผลิตและระบบการขนส่งยาและเวชภัณฑ์เป็นอย่างมาก ทำให้ยาและเวชภัณฑ์หลายรายการขาดตลาด ราคาสูงขึ้น ไม่มีสต็อกสำหรับการผลิต โรงพยาบาลปากพนัง แก้ปัญหาโดยการ นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีระบบการนัดผู้ป่วยที่สอดคล้องกับอัตราคงคลังยา คือปรับ

เหลือไม่เกิน 2 เดือน ระบบการช่วยเหลือกันภายในระดับจังหวัด ผ่านการรายงานข้อมูลระบบจังหวัด การจัดหาในภาพรวมของประเทศ

- รายการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ในสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา เช่น ถุงมือ dispose, mask ,mask n-95, ชุดป้องกัน PPE, alcohol 70 %, alcohol gel ชาติตลาด โรงพยาบาลมีการสะท้อนปัญหาสู่ระดับจังหวัด มีระบบการรายงานระดับจังหวัด ระดับประเทศ มีระบบการจัดสรรทรัพยากรตามปริมาณงาน ทำให้สามารถลดปัญหาจากการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ในช่วงดังกล่าวได้

โรงพยาบาลปากพนัง ได้มีระบบการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลศูนย์มหาราชและโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีระบบการรายงานยาคงเหลือผ่านกลุ่มไลน์หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อรายงานสถานการณ์ยาของแต่ละโรงพยาบาลและมีการสนับสนุนยาจากโรงพยาบาลที่ยังมีสต็อกอยู่

3. มีเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ทำให้ปริมาณความต้องการใช้ยาบางประเภทเพิ่มสูงอย่างฉับพลัน

3.1 กลุ่มยาสำหรับเด็ก ยาที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางกุมารเวชศาสตร์ และศัลยแพทย์ มาประจำที่โรงพยาบาลปากพนัง

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 ยาต้านไวรัส Favipiravir, Milnupiravir, Remdesivir injection วัคซีนสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.5 ปริมาณการใช้ยากกลุ่มยาด้านไวรัสเอดส์ ที่มีการปรับเปลี่ยนสูตรและแนวทางการรักษา ทำให้ต้องสำรวจปริมาณยาคงเหลือสำหรับสูตรยาเดิม เพื่อเปลี่ยนคืน และสำรองยาตามแนวทางการรักษาใหม่

ทำให้ต้องมีการปรับแผนการใช้ยา โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยศัลยกรรม การแพทย์แผนไทย คลินิกฝากครรภ์ คลินิกโรคเอดส์ และ สถานการณ์โรคระบาด

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

(สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)

เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ แพทย์ไม่ได้ปรับขนาดยา Penicillin ในผู้ป่วย CAPD ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และทีม PCT ได้นำไปทบทวนและทำ root cause analysis จากการทบทวนอุบัติการณ์ดังกล่าว ได้มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการจ่ายยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง โดยกำหนดรายการยาที่ต้องปรับขนาดตามการทำงานของไต และระบุไว้ที่ฉลากยาว่าต้องปรับขนาดยาเมื่อไหร่ พร้อมทั้งอบรมให้ความรู้เรื่องการจ่ายยาในผู้ป่วยโรคไตบกพร่องแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในทุกราย ได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต

เพื่อลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้สารน้ำที่ไม่เหมาะสม 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 Hosxp เพื่อตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนทุกครั้ง อยู่ในระหว่างเก็บข้อมูลหลังจากการปรับระบบในปีงบประมาณ 2565

(4) ผลการติดตามการจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)

เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไต ไม่ได้รับการปรับขนาดยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย มีการปรับปรุงระบบการจ่ายยา Enoxaparin inj โดยก่อนจ่ายยาเภสัชกรต้องดูค่า pIt และ CICr ก่อนทุกครั้ง ถ้า PIt < 100000 ให้โทรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง (ไม่จ่ายยาก่อนค่า lab ออก) และถ้า CICr < 30 ให้แจ้งแพทย์เพื่อปรับขนาดยา เนื่องจากก่อนหน้านี้แพทย์สั่งยาก่อนผล lab ออก ทำให้ผู้ป่วยไตเสื่อมไม่ได้รับการปรับขนาดยา ส่งผลให้ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตได้รับการปรับขนาดยาทุกราย

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

ตัวชี้วัด RDU โรงพยาบาลปากพนัง ปีงบประมาณ 2561 – 2565

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน มี.ค.65
1	ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	≥ 85	94.91	95.04	94.99	94.98	96.18

2	ประสิทธิภาพผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้แนะ สื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	3	3	4	4	4	4
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	3	4	4	4	4	4
4	จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	0	0	0	0	0
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	3	3	4	4	4	4
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ 20	23.15	30.44	13.91	12.81	10.20
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ 20	25.5	27.43	15.57	13.07	19.74
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ 40	60.87	59.16	38.34	31.10	33.70
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ 10	12.24	4.64	2.00	9.63	0.97
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./นาที่/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	95.32
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
16	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS	≥ 80	77.05	83.85	84.46	84.03	89.90
17	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long acting BDZ	≤ 5	0.77	1.19	0.67	0.63	0.25
18	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	= 0	0	0	0	0	0
419	ร้อยละการได้รับยาต้านฮีสตามีนชนิด non-sedative ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	≤ 20	2.86	10.21	11.90	4.11	7.54

ผลการดำเนินงาน Service plan สาขา RDU ปีงบประมาณ 2561 -ปัจจุบัน อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2560 2561 และ 2562 แต่อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ มีแนวโน้มลดลง คือในปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 67.93 ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 60.87 และ ในปีงบประมาณ 2562 ลดเหลือร้อยละ 59.16 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีขึ้น โรงพยาบาลปากพ่องมีเป้าหมาย ต้องผ่าน RDU ชั้น 2 และจากตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว ของ RDU ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ ทางคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดแนวทางดังนี้ ดังนี้

1. ให้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครอบคลุม สมเหตุผล ในการสั่งจ่ายและสั่งการรักษา
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยในการส่งเสริม แนะนำ การสั่งการวินิจฉัย การสั่งการรักษา และการสั่งจ่าย ให้สมเหตุผล
3. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาทางเลือก เช่น ฟ้าทะลายโจร เถาวัลย์เปรียง โดย ประธานคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เสนอให้ตั้งรหัสยาเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการพิมพ์สั่งจ่ายในระบบ Hos-xp

4. ทีมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Asthma COPD วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ พัฒนาข้อมูลที่มีอยู่ให้ถูกต้องตามโรคและการวินิจฉัย และให้เป็นปัจจุบัน รวมถึงศึกษาและพัฒนาระบบการลงวินิจฉัย การส่งยาที่สมเหตุสมผล

5. องค์กรแพทย์และกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดแพทย์และเภสัชกรผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกสัปดาห์ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

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

7. เพิ่มโปรแกรม ตรวจสอบ RDU ในทุกเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แพทย์ใช้งาน เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล

8. ขยายเครือข่ายการดำเนินงานไปยัง สสอ. รพ.สต.และพชต. บวร.ร. ชุมชนต่างๆในพื้นที่ เชื่อมโยงการดำเนินงาน ผ่านงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภค

ผลลัพธ์ ในปีงบประมาณ 2563 -2564 โรงพยาบาลปากพ่อง สามารถผ่านเกณฑ์ RDU ระดับ 3 (ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด) ในปีงบประมาณ 2565 ตัวชี้วัดRDU ปรับเป็น RDU DISTRICT ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. รพ.ผ่านตัวชี้วัด 10 รายการ จาก 12 รายการ

2. รพ.สต.ในพื้นที่ ผ่านตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด ทุก รพ.สต.

3. มีการดำเนินงานRDU COMMUNITY ร้านชำคุณภาพ อย่างน้อย 1 ตำบล

พบว่า เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง สามารถดำเนินกิจกรรมผ่านตัวชี้วัดทั้ง 3 ประเด็น ในปีงบประมาณ 2565 และมีร้านชำผ่านมาตรฐาน จำนวน 40 ร้าน

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

เพื่อบรรลุเป้าหมาย การลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา ทีมงานได้ปรับปรุงระบบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในระบบยาผู้ป่วยใน โดยก่อนหน้านี้ เภสัชกรคัดลอกคำสั่งใช้ยา continue ลงใน PMP ซึ่งพบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยาลง PMP . 22.2 % ของความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกยาทั้งหมดปีงบประมาณ 2561 จึงปรับระบบเป็นการพิมพ์ใบ Patient profile จากโปรแกรม Hox-XP ทำให้เกิดผลลัพธ์ปีงบประมาณ 2562-2565 ไม่พบความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการดังกล่าว

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทีมงานได้ทบทวนการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล พบว่า 5 ปีซ้อนหลัง เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง ผ่านระดับ 1 ซึ่งเป้าหมายในการดำเนินงานคือผ่านระดับ 3 ในปีงบประมาณ 2562

เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง 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 3/2562 ร้อยละ 23 ,24 และ 42 ตามลำดับ และสิ้นปีงบประมาณ 2563 ต่อเนื่อง

จนถึงปีงบประมาณ 2564 ส่งผลให้โรงพยาบาลปากพ่องสามารถผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผลระดับ 3 และในปี 2565 รพ.ปากพ่องผ่านการประเมิน RDU DISTRICT

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

ผู้ประกอบการวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาการใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี

เภสัชกรโรงพยาบาลปากพ่อง ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม ดังนี้

หัวหน้ากลุ่ม ผ่านการอบรมการบริหารระดับต้น สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร และปริญญาเอก สาขารัฐศาสตร์ และหลักสูตรวุฒิปัตร์เชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จากสภาเภสัชกรรม

เภสัชกรในกลุ่มงาน จำนวน 5 ราย สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหลักสูตรเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร เภสัชกร ผ่านการอบรมระยะสั้น เภสัชกรรมครอบครัวและชุมชน และระบาดวิทยา จำนวน 2 ราย เพื่อพัฒนา

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน เภสัชกร ผ่านการอบรมหลักสูตรคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 2 คน เพื่อพัฒนา

งานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในพื้นที่ เภสัชกรที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานและคลินิกต่างๆ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ การเข้ารับการฝึกอบรมตรงกับภาระงานที่รับผิดชอบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รอบปีที่ผ่านมา มีการอบรมการดูแลผู้ป่วยหอบหืด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเอดส์ คลินิก NCD คุณภาพ การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

เภสัชกรทุกคนเก็บหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องได้อย่างน้อย 10 หน่วยกิตต่อปี และครบ 100 หน่วยกิตในระยะเวลา 5 ปี 100 %

เจ้าหน้าที่อื่นๆในหน่วยงาน ได้รับการอบรมการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง การช่วยฟื้นคืนชีพ การป้องกันอัคคีภัย ทบทวนวิชาการในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง การทบทวนความรู้หน้างาน การพูดคุยตอนเช้าก่อนเริ่มงานและสรุปปัญหาอุปสรรคก่อนเลิกงาน

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะรายของผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดรสุมกับ คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน ได้นำโปรแกรม HOSXP ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วย ส่งผลทำให้แพทย์ เภสัชกรและสหสาขาวิชาชีพ สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย ที่จำเป็นต้องใช้ในการจ่ายยา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษาในอดีต การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ข้อมูลการแพ้ยาและการนัดหมาย ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับแต่ละโรค เช่น ค่า INR สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการสารสนเทศ ได้พัฒนาระบบให้เข้าถึงข้อมูลดังนี้ บัญชียาโรงพยาบาล ราคายาทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา จำนวนยาที่สามารถสั่งใช้ได้ คำเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction fatal drug interaction ข้อมูลการแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้จัดทำคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาด้านอวกเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้งแบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

มีคู่มือ บัญชียาโรงพยาบาล คู่มือยาความเสี่ยงสูง ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ขนาดยาในเด็ก คู่มือการใช้ยาโรคเรื้อรัง การใช้ยาด้านอวกเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การใช้ยาสมุนไพร การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่นๆในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ทั้งแบบรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

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 การติดตามยากลุ่มเสี่ยงสูง สารละลายที่ใช้ในการผสมยา ความคงตัวของยาหลังผสม วิธีการบริหารยา

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

โปรแกรม HOSXP สามารถสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยมีข้อมูลประวัติผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประวัติการรักษาในอดีต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการแพ้ยา รายการยา ราคา ยา ทั้งราคาต้นทุนและราคาขาย ขนาดยา ค่าเตือนต่างๆ เช่น pregnancy category drug interaction fatal drug interaction กลุ่มยาความเสี่ยงสูง สิทธิการชำระเงิน เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลัก แห่งชาติ มีการกำหนดการเข้าถึงการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง

การส่งสัญญาณเตือนในระบบคอมพิวเตอร์ มีดังนี้ คือ ข้อมูลการแพ้ยา fatal drug interaction ขนาดยา สำหรับโรคเฉพาะ เช่น ขนาดยา Oseltamivir ขนาดยารักษาวัณโรค ค่าผลตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นค่า วิกฤต ประวัติการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าที่ได้รับวัคซีนครบ การติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ บันทึก สำหรับการติดตามกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มี พื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีกรอบกวน.

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา

(1) **การจัดหายา:** เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การจัดหายาที่มีคุณภาพ เพียงพอกับความต้องการสำหรับผู้รับบริการ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงได้พัฒนาระบบงาน ดังนี้

การมีระบบการจัดหายา โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ดำเนินงานตาม แผนการจัดซื้อ และมีการดำเนินการสืบราคาทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ยาและเวชภัณฑ์ มีใช้ยา ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม และพิจารณาความเหมือน ต่าง ของผลิตภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์ เพื่อ ป้องกันความเสี่ยงด้าน LASA

มีระบบการรายงาน minimum stock ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์และการรายงานจากคลังเวชภัณฑ์ผ่าน แบบฟอร์มและทางไลน์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่พัสดุ ได้ดำเนินการจัดหาเวชภัณฑ์ได้เพียงพอต่อการใช้ ระบบการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลปากพนัง ผ่านระบบ e-gp ของกรมบัญชีกลางทั้งหมด ทุกรายการ

ยาต้านพิษ เป็นยาที่มีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้มีการสำรองยาในปริมาณเพียงพอและ เหมาะสม และมีความรวดเร็วในการหยิบใช้และสะดวกในการตรวจสอบยาที่เหลือ ทางทีมจึงได้เสนอ การเก็บสำรองยาต้านพิษไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันทั้งในคลังยา และห้องยาผู้ป่วยนอก ผลการปฏิบัติงาน พบว่า ไม่พบความเสี่ยงในเรื่องยาไม่พอใช้ หรือการหายาไม่เจอ และมีระบบการส่งเบิกยาคืนทันที หลังจากใช้ยา เพื่อให้มียาใช้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีขาด เซอร์มงูเห่า มีระบบการส่งข้อมูลการใช้ของผู้ป่วย ผ่านไลน์กลุ่มห้องยา เพื่อให้ผู้รับผิดชอบทราบและคีย์ข้อมูลเบิกคืนยาผ่าน สปสช.ทันทีทันที

ส่งผลทำให้ รายการยาที่จัดหา มีคุณภาพ เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และไม่มีรายการยาค้างจ่ายแก่ผู้มา รับบริการของโรงพยาบาล

(2) **การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:** เพื่อให้การจัดเก็บยาเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการ เภสัชกรรมและการบำบัด จึงกำหนดนโยบาย ดังนี้

ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถ ทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมาย ดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสาร อิเล็กโทรไลต์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย การจัดเก็บยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์เป็นไปตามมาตรฐานมีผู้รับผิดชอบชัดเจน

คลังเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและ จัดเก็บอย่างเหมาะสม มีประตูล็อก 2 ชั้น มีระบบป้องกันอัคคีภัย smoke detector กล้องวงจรปิด ป้องกันการสูญหายของยาและเวชภัณฑ์ มีผู้รับผิดชอบและแนวทางการเปิดปิดคลังยาชัดเจน ไม่มีการ วางเวชภัณฑ์บนพื้น แยกจัดเก็บเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆชัดเจน มีระบบการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การป้องกันสัตว์และแมลง การควบคุมการเบิกจ่ายเป็นไปตามระเบียบ การสำรองยาและ เวชภัณฑ์เพียงพอ มีระบบสต็อกเกอร์สี่เฝ้ารวังเวชภัณฑ์หมดอายุ การจัดเก็บเวชภัณฑ์ยาและวัคซีนที่ ต้องควบคุมอุณหภูมิ มาตรฐานตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ การบันทึกอุณหภูมิและความชื้น วันละ 2 ครั้งทุกวัน ติดตั้งระบบสัญญาณเตือนในกรณีที่อุณหภูมิตู้เย็น ไม่อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อ สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที่ 14 จุด ได้แก่ ตู้เย็นคลังยา 6 ตู้ ช่องแช่แข็ง 1 ตู้ ตู้เย็นห้องยาผู้ป่วยใน 1 ตู้ ตู้เย็นห้องยาผู้ป่วยนอก 1 ห้องปฏิบัติการ 2 โรงครัว 1 ตู้ ระบบการสุ่มตรวจสอบรายการเวชภัณฑ์คง คลังและการหมดอายุเวชภัณฑ์ ระบบการเฝ้าระวังตู้เย็นเก็บวัคซีนผ่านโปรแกรมกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการเฝ้าระวังวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ต้องติดตามตลอด 24 ชั่วโมง

คลังยาหน่วยงานย่อยและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดเภสัชกร และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบประจำหน่วยที่ชัดเจนรายการ ปริมาณการสำรองยาและเวชภัณฑ์ การจัดเก็บอย่างมี คุณภาพ จัดทำป้ายชื่อยาที่เป็นระบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีการกำหนดปริมาณสต็อกขั้นต่ำ ขั้นสูงที่ ชัดเจน ในทุกคลังยาย่อย การเฝ้าระวังชื่อพ้องมองคล้าย มีการตรวจสอบปริมาณคงเหลือและเบิก ทดแทน หน่วยงานในโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หน่วยเบิกนอกโรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน มีการ ทบทวนรายการและปริมาณสำรองโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดปีละ 1 ครั้ง มีการ ตรวจสอบโดยเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยคลังยาย่อยผู้รับผิดชอบทุกเดือน

ส่งผลให้ การจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการทั้งเครือข่าย ผ่านการประเมินคุณภาพ ไม่มีรายการยาและเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพและหมดอายุ

(3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

มีการจัดให้มียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีข้อกำหนดชุดยาและเวชภัณฑ์ ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency box) เพื่อป้องกันความเสี่ยง เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน มีระบบการ เบิกยาทดแทนทันทีเมื่อเปิดใช้ และทำการตรวจสอบสภาพพร้อมใช้งาน รายการและจำนวน วัน

หมดอายุ ทุกเดือน มีระบบการสำรองชุดยาฉุกเฉิน ณ จุดบริการ และห้องยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การจัดทำชุดยาฉุกเฉินสำหรับห้องคลอด และในปี 2564 จัดทำชุดยาฉุกเฉินเพิ่มเติมสำหรับรพพยาบาล สังกัดต่อ

(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 เหมาะสมในการสั่งใช้ยา การจ่ายยา โดยเภสัชกรเวรเช้า นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในไลน์กลุ่มห้องยา

จากการทบทวนอุบัติการณ์ปี 2561 พบว่าเวรตึกที่มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มีการจ่ายสารน้ำสำหรับผสมยาฉีดไม่เหมาะสม กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค จึงได้จัดทำข้อมูลสารน้ำที่ใช้ในการผสมยาฉีดในฉลากยาฉีดทุกรายการ จัดทำสติ๊กเกอร์สีระบุสารน้ำที่เหมาะสมติดไว้ที่จัดเก็บยาฉีดแต่ละรายการ จัดทำการคำนวณขนาดยาความเสี่ยงสูงที่ระบุในฉลากยา เช่น Dopamine Norepinephrine injection หลังจากการปรับปรุงระบบในปีงบประมาณ 2562-2565 ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนดังกล่าว

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

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์จัดยาผิดชนิด จากสาเหตุเก็บยาคืนใส่ผิด lock ของยาที่ส่งคืนมายังห้องยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนด ให้ รายการยาน้ำและยาเม็ด ที่ส่งคืนห้องยา ให้ทำลายทิ้ง ส่วนยาฉีดจะรวบรวมใส่ถุงแล้วคืน lock ยาโดยมีการ double check โดยเภสัชกร ทำให้ปีงบประมาณ 2562 -2565 ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2561 พบแพทย์มีการใช้คำย่อในการสั่งใช้ยาที่ไม่อยู่ในมาตรฐานคำย่อของโรงพยาบาลปากพนัง ทำให้เกิดปัญหาในการถ่ายถอดคำสั่ง สื่อสารไม่ตรงกัน ซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด.พ.ปากพนังจึงจัดให้มีการทบทวนมาตรฐานคำย่อปีละ 1 ครั้ง และมีการปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใหม่

(2) medication reconciliation:

โรงพยาบาลปากพนังได้พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กรมีระบบการติดตามยาเดิมของผู้ป่วยในทุกราย และผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคเรื้อรังเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดมีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่แพทย์และผู้ป่วย

จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2558 พบผู้ป่วย Admit และ D/C แพทย์สั่งใช้ยาเดิม โดยไม่ได้รับรายการยา ขนาดยา และวิธีใช้ยาให้ครบถ้วน ซึ่งได้มีการนำเสนอข้อมูลเหล่านี้ในการประชุม PTC และขอความร่วมมือแพทย์ระบุรายการยาเดิมของผู้ป่วยให้ครบถ้วน และเขียนคำสั่งใช้ยาที่ชัดเจน สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ตรงกัน 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 2564 และ 2565 ลดลง เป็น 2.05 และ 0.73 ครั้งต่อพันวันนอน ตามลำดับ

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

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:

เพื่อให้การสั่งใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉพาะ เป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้วางระบบ ก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน) มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ยากลุ่มเสี่ยงสูง เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย

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

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดให้เภสัชกรทบทวนคำสั่งใช้ยา ทบทวนขนาดยาที่ใช้โดยใช้คู่มือการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต และมีข้อมูลค่าการทำงานของไตที่จะต้องปรับขนาดยาในฉลากยา จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในทุกรายได้รับการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต ปีงบประมาณ 2560-2565 ไม่พบอุบัติการณ์ไม่ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต

(2) การจัดเตรียมยา:

เพื่อให้การจัดเตรียมยาเป็นไปตามมาตรฐาน สถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุดหนุน และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

มีการเตรียม adrenaline prefill ตาม order แพทย์ โดยมีการจัดเตรียมตามแนวทางการเตรียม adrenaline prefill เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

การเตรียมแบ่งบรรจุยาในขวดพลาสติกใส ขนาด 30 และ 60 ซีซี ยารายการมีการเตรียม

แบบบรรจุในขวดพลาสติกใส ซึ่งรูปแบบยา สี ความหนืดที่คล้าย ๆ กัน เช่น KCl elixir , Lactulose, จัดให้มีการจัดแบ่งบรรจุไว้ล่วงหน้าพร้อมติดฉลาก Label ให้ชัดเจนก่อนการหยิบจ่าย

มีการเตรียมยา Oseltamivir syrup สำหรับผู้ป่วยเด็กเฉพาะราย

(3) การติดฉลากยา:

เพื่อให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ได้รับยาที่มีติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท. มีฉลากติดจนถึงจุดที่หย้าแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา คำเตือนและการเฝ้าระวัง

ฉลากยาฉีดที่ให้ไปกับหอผู้ป่วยจะมีข้อมูล ชื่อผู้ป่วย HN เตียง 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 Amoxycillin พัฒนาฉลากยาในโปรแกรม HOSXP ให้เป็นไปตามมาตรฐานฉลากยา RDU

มีฉลากยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ

(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์การให้ยามืดหอผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยหญิง / ชาย admit ตึกเด็ก (ห้องพิเศษ) ได้มีการทบทวนและจัดทำใบ check เตียงผู้ป่วย แยกเป็นแต่ละตึกผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบรยกก่อนส่งมอบไปยังตึกผู้ป่วย หลังจากการเปลี่ยนแปลง ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

เพื่อให้การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนดนโยบาย การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยในมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน D/C counseling โดยเภสัชกรทุกราย โดยเฉพาะ ในผู้ป่วย DM/HT รายใหม่, CVA, ACS, ผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษรายใหม่, ผู้ป่วย warfarin, และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา

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. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

หอผู้ป่วยมีการตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาซ้ำ โดยใช้ใบ mar ตรวจสอบทั้งชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา การบริหารยา ซึ่งทางหอผู้ป่วยสามารถตรวจจับความผิดพลาดในกระบวนการ dispensing error ในปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ 5 ครั้ง จากการตรวจสอบซ้ำโดยหอผู้ป่วย ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้นำมาปรับปรุงระบบ เช่น การจัดวางยา LASA, การทำลายยาเม็ดและยาน้ำที่คืนมาจากหอผู้ป่วย, การตรวจสอบยาก่อนการจ่ายยาโดยอีกบุคคลหนึ่ง ในปี 2563 พบอุบัติการณ์ให้ยามืดเวลา จากการส่งรถยาซ้ำ เนื่องจากแพทย์ตรวจเสร็จช้ากว่ากำหนด มีการ feedback ข้อมูลสู่องค์กรแพทย์ เพื่อทบทวนเวลาการขึ้น round ward เพื่อส่งรถยาให้ทันเวลา

ในส่วนการบริหารยา ได้มีการปรับปรุงแบบเพื่อเพิ่มความถูกต้องของการบริหารยา โดยการปรับปรุงฉลากยาฉีด โดยระบุตัวทำลายที่สามารถใช้ได้ และปรับปรุงฉลากยาฉีดและน้ำเกลือ เพื่อให้พยาบาลนำไปติดข้างขวดยา ลดภาระการเขียนซ้ำซ้อน และความคลาดเคลื่อนในการเขียนฉลากผิด จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose

(2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:

จากการติดตามประเมินผลเรื่องการใช้ยาเทคนิคพิเศษ พบ ความถูกต้องในการพ่นยาของคนไข้ asthma ในปีงบประมาณ 2561 –2565 พบผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่น ร้อยละ 89.00 ,89.30 ,90.20, 95.00 และในปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 94.25

ความถูกต้องในการพ่นยาของคนไข้ COPD ในปีงบประมาณ 2561 –2565 พบผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่น ร้อยละ 91.40 ,91.63 ,92.00 ,93.01 และในปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 95.35

มีการประเมินการให้ความรู้คำแนะนำในการฉีดอินซูลินชนิดปากกาในคลินิกโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยรายใหม่ ในปี 2561 -2565 ทุกราย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 93.40,91.80,94.35 ,95.65 และ 97.90 ตามลำดับ และได้มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาในผู้ป่วยในรายเก่าที่ยังไม่เข้าใจการใช้ยาฉีดโดยพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถและความรู้จากการใช้ยาฉีดเพิ่มขึ้น

(3) การติดตามผลการใช้ยา:

ยากลุ่มจิตเวชบางตัวมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น Lithium , Sodium valproate ,Phenytoin :ซึ่งทางระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตมีจุดเน้นให้ระบบยามีการติดตามประเมินผลการใช้ยาเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงจากอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทางทีมจึงได้พัฒนาระบบ

ติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยาจิตเวชโดย มีการทำสมุดบันทึกสุขภาพจิต เพื่อบันทึกข้อมูลประวัติ การรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำแนะนำหรือเฝ้าระวังอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีการเตือนในยาแต่ละตัวใน Hos-XP ของกลุ่มยาจิตเวช ในการติดตามผลเลือดประจำปี เพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและดูความปลอดภัยของยา เช่น การตรวจ Thyroid function ในยา Lithium การตรวจ Liver function และ CBC ในยา Sodium Valproate , Phenytoin ซึ่งจากการติดตาม ในช่วงระยะเวลา ปีงบประมาณ 2561 – 2565 พบว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นไปตามข้อกำหนด มากกว่าร้อยละ 80

ผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรค ยาต้านไวรัสเอดส์ มีระบบการติดตามค่าการทำงานของตับตามแนวทางการรักษา ในผู้ป่วยทุกราย

ผู้ป่วยได้รับยา warfarin ทุกวัน มีการติดตามค่าผล INR และมีการปรับระดับยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ทุกวัน

มีระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง 12 รายการที่กำหนดโดยคณะกรรมการ เกสัชกรรมและการบำบัด เช่น การติดตามภาวะ Bleeding จากยา Enoxaparin inj ,Fondaparinux inj

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:

ผู้ป่วยใน

เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะ ถูกส่งมาที่ห้องยา เกสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ บันทึกลงใน โปรแกรม Hos-XP “ยาเดิมผู้ป่วยนำมาแล้ว” ถ้าเป็นยาที่ผู้ป่วยยังใช้อยู่เป็นปัจจุบัน เกสัชกรเขียน ปรีक्षाแพทย์ลงใน Doctor order sheet หากแพทย์สั่งใช้ต่อ และเป็นยาที่ไม่มีใน ร.พ.ปากพนัง จะใช้ยา เดิมผู้ป่วยจัด แต่ถ้าเป็นรายการยาที่มีใน ร.พ.ปากพนัง ใช้ยาของ ร.พ.ปากพนังจัดให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วย จำหน่ายกลับบ้านและแพทย์สั่งยารายการที่ผู้ป่วยนำมา ใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจัดให้ผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอก

เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะ ถูกส่งมาที่ห้องยา เกสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ เพื่อพิจารณาความ เหมาะสมในการจัดเก็บ และค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการปรับจำนวนยาให้พอดีกับวันนัด

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความเคลื่อน และระยะเวลา ในการคัดลอก Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานซึ่งต้องคัดลอกยาใน Drug Profile ซ้ำ

พัฒนาคลังยาฉุกเฉินสำรองพร้อมใช้

พัฒนาระบบการบริการเภสัชกรรม RDU และคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว

ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน RDU District เป็นตัวแทนระดับจังหวัด

รางวัลงานคุ้มครองผู้บริโภคดีเด่นจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระดับดีเยี่ยม 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 การปฏิบัตินโยบายด้านยาที่ ครอบคลุมและชัดเจน -พัฒนาการให้บริการข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยจัดทำระบบฐานข้อมูลฯ ที่ชัดเจน
53. สิ่งแวดล้อม สนับสนุน การ จัดหาและเก็บ รักษา	3.0	L	-พัฒนาระบบการประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบยาของ ผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม
54. การสั่งใช้ยาและ การถ่ายถอด คำสั่ง	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสั่งใช้ยา และถ่ายถอดคำสั่ง, -การทำ med reconcile ในการดูแลผู้ป่วยนอก
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียน ฉลากจัดจ่าย และ ส่งมอบยา	3.0	L I	-พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงกระบวนการเตรียม จัดจ่าย และส่งมอบยา, - พัฒนาการเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย
56. การบริหารยาและ ติดตามผล	3.0	L I	- ประเมินและปรับปรุงกระบวนการบริหารยาและติดตามผล -พัฒนาระบบสารสนเทศที่ใช้ในการติดตามผลการใช้ยา