

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

II-6.1 องค์การสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

II-6.2 องค์การทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

i. บริบท

ระบบการจัดการด้านยา โรงพยาบาลปากพ่อง ทำในรูปแบบคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักเทคนิคการแพทย์ ทำหน้าที่ออกแบบกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ. คณะกรรมการได้จัดทำนโยบายความปลอดภัยด้านยา ครอบคลุมถึงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปากพ่อง ประกอบด้วย 11 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล บัญชีรายการยาที่เหมาะสมตามบริบท ระดับการให้บริการ การบริหารเวชภัณฑ์ การควบคุมอัตราการสำรองยา การจัดซื้อจัดหายาตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีชียา แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา การควบคุมระบบการกระจายยา ระบบห่วงโซ่ความเย็น ระบบการจัดการยาเดิม การติดตามและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง การจัดทำบัญชีและเฝ้าระวังติดตามการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง การบริหารจัดการยาต้านพิษ การติดตามและประเมินการใช้ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีง และ จ รวมถึงยาราคาแพง กำหนดให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่องให้ผ่าน RDU DISTRICT มีการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติงานให้เกิดความเข้าใจ นำสู่การปฏิบัติที่หน้างาน

ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (Medication Management Oversight)

โรงพยาบาลปากพ่อง มีคณะกรรมการ PTC ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักเทคนิคการแพทย์ ทำหน้าที่ออกแบบกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.

1) เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการติดตาม กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องทุกเดือน เพื่อติดตามตัวชี้วัดความคลาดเคลื่อนทางยา และผลการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ มีการคืนข้อมูล Medication error /ADE ให้ทีมสหวิชาชีพทราบเพื่อหาแนวทางป้องกันร่วมกัน สำหรับอุบัติการณ์ระดับ E+ มีการทำ RCA เพื่อหาสาเหตุ (Contributory Factor) และจัดทำ Risk register ในการติดตาม กำกับ ปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง จุดเน้นระบบยา ปี 2567 -2568 คือ 1) ความถูกต้อง 2)ปลอดภัย 3)ได้ผล 4) ทันทเวลา ลดระยะเวลาการรอคอยรับยา ประกันเวลาได้รับยา โดยเฉพาะในรายการยาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ โรค Sepsis STEMI 5) มีประสิทธิภาพ 6) เกิด Adherence ที่ดี สำหรับรายการยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเช่น ARV TB ครอบคลุมขั้นตอนการสั่งใช้ยา การจัด จ่ายยา การบริหารยา การติดตามผลการรักษา การประสานรายการยา (Medication reconciliation) 7) ความสมเหตุผล (rational drug use) ครอบคลุมการคัดกรองคำสั่งใช้ยา (Prescription screening) และการใช้

ยาวอย่างสมเหตุสมผล (RDU & DUE) ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน คณะกรรมการ PTC มีจุดแข็งคือทีมสหวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจ มีการประชุมทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และมีการประสานงานที่รวดเร็วผ่านระบบไลน์กลุ่ม มีการติดตามตัวชี้วัดสำคัญรายสัปดาห์ และมีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดสำคัญชัดเจน ตัวแทนคณะกรรมการ นำปฏิบัติการที่พบมาทบทวนอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์หาสาเหตุและวางแนวทางป้องกัน โอกาสพัฒนาของทีม PTC คือ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพด้านยาอย่างสม่ำเสมอ ทบทวนวิชาการใหม่ๆ ปรับวิธีการทบทวนความรู้ที่สามารถเข้าถึงบุคลากรได้ทุกกลุ่ม เช่นระบบทบทวนความรู้แบบออนไลน์ ที่สะดวก ไม่เสียเวลา และกระทบภาระงาน พัฒนาระบบการนิเทศติดตามพัฒนาระบบยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ใหม่ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง และ ปรับระบบการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาช่วยในการจัดการระบบยา ลดภาระการปฏิบัติงานของบุคลากร ลดความคลาดเคลื่อนจาก Human Error และทำให้เข้าถึงข้อมูลด้วยยาที่ครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็วมากขึ้น

(2) คณะกรรมการ PTC ทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลปีละ 2 ครั้ง หรือทบทวนในกรณีเร่งด่วนจำเป็นฉุกเฉิน เช่นในกรณีที่มีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มระหว่างปีงบประมาณ มี 17 มีนาคม 2568 มีจำนวนรายการยาทั้งหมด 627 รายการ เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) 601 รายการ และรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) 26 รายการ ยาสามัญประจำบ้านและยาสมุนไพรจำนวน 45 รายการ รายการยาสนับสนุนจาก สปสช.จำนวน 48 รายการ ตำรับกัญชาทางการแพทย์ 6 รายการ รายการยาที่แพทย์เฉพาะทางสามารถสั่งจ่ายได้ จำนวน 55 รายการ โดยมีการเพิ่มยาสำหรับแพทย์เฉพาะทาง 2 รายการ ได้แก่ Levitiracetam 500 mg สำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก และ Cefuroxime 750 mg inj สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตาต้อกระจก เวชภัณฑ์ที่มีใช้ในคลินิกตาสำหรับผ่าตัด จำนวน 11 รายการ รายการสำหรับมินิธัญญารักษ์ รายการยาสมุนไพรและโครงการยาสมุนไพรทดแทน และมีการทบทวนแนวทางการบริหารจัดการยากลุ่มเสี่ยงสูง การเฝ้าระวังการเกิด MALA จากการใช้ยา Metformin เครื่องช่วยสุขภาพอ้าปากกอฟันและการเตรียมพร้อมการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

(3) ปี 2566 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปากพ่อง ได้ประชุมทบทวนรายการยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตาม เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยาบันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา จำนวน 12 รายการ ในบัญชียาโรงพยาบาล ดังนี้ คือ 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 และ Fentanyl inj ได้จัดทำมาตรฐานการเขียนคำสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและทบทวนความรู้พยาบาลในการแปลคำสั่งการเตรียมและบริหารยาให้ถูกต้อง การบริหารยามี Independence Double check โดยพยาบาล 2 คน มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้ ป้ายเตือนใจ High Alert Drug มอบให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการแจ้ง ADR พยาบาล ทำให้สามารถตรวจจับและป้องกัน Serious ADR ได้รวดเร็วขึ้น มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของการใช้ยา High Alert Drugs ของสหวิชาชีพในทุกชั้นตอน ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD เป้าหมาย > 95% ผลการดำเนินงานปี 2563-2567 พบว่าอัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD อยู่ที่ ร้อยละ 92.36,92.95,91.42,94.26 และ 94.92 ตามลำดับ สำหรับร้อยละความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา HAD ที่ตั้งเป้าไว้ที่ <1% ผลการดำเนินงานปี 2563-2567 พบว่า อยู่ที่ 5.73,(B=9 ใน 157) 1.24, 2.86 (B=3,C=1), 2.46 (B=3,C=1,D=1) และ 2.17(B=1,C=1,D=1) ตามลำดับ

(4) คณะกรรมการ PTC กำหนดแนวทางการส่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง โดยกำหนดเป้าหมาย RDU DISTRICT แจกแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งใน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ มีการมอบหมายติดตาม monitor ตัวชี้วัด RDU อย่างใกล้ชิดทุกสัปดาห์ รายงานผ่านระบบไลน์คณะกรรมการ เพื่อ ทบทวน เมื่อพบปัญหาการสั่งจ่ายไม่เป็นไปตามแนวทาง เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคอุจจาระร่วงและแผลสดเกินเป้าหมาย ได้คืนข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านให้ องค์การแพทย์ทุกวันพุธ การทบทวนความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทุกปีอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาทางเลือก เช่น ฟ้าทะลายโจร เถาวัลย์เปรียง ยาเหลืองปิดสมุทร เพิ่มโปรแกรมตรวจสอบ RDU ในทุกเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แพทย์ใช้งาน เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล ตัวชี้วัด RDU COMMUNITY ร้านชำผ่านเกณฑ์ ร้านชำปลอดภัยด้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้ดำเนินงานร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2565 ร่วมกับการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้ในปี 2567 มีร้านชำนำร่องเข้าร่วมโครงการร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 116 ร้าน และเข้าร่วมโครงการร้านชำนำร่อง G-RDU ของ กองกระทรวงสาธารณสุข และได้วางแนวทางพัฒนาศักยภาพชุมชน สถานพยาบาลเอกชน ผู้ประกอบการร้านยา ให้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เพื่อให้ ครอบคลุมทุกภาคส่วน และส่งเสริมความรู้ด้านยา (Drug Literacy) ให้ประชาชนในพื้นที่ผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน พบว่า ในปี 2566 และปี 2567 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 12 ตัว ครบ 100 % ได้รับรางวัลผลงานดีเยี่ยมระดับจังหวัด

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Supportive Environment)

- (1) เพื่อให้สหวิชาชีพ มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทีมสหวิชาชีพระบบการจัดการด้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้รับการฝึกอบรม เพิ่มพูน ความรู้ด้านยาอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี 2567 จากปัญหาระบบการขนส่งวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิจากคลังยาโรงพยาบาลปากพนัง ไปยังหน่วยเบิกและหน่วย บริการปฐมภูมิในเครือข่าย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนังจึงได้จัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและวัคซีนเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ปากพนัง มีการอบรมทบทวนความรู้การจัดการเวชภัณฑ์ การจัดเก็บยาและวัคซีน การจัดกรณีฉุกเฉินห่วงโซ่ความเย็น มีการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ด้านยาเดือนละ 1 ครั้ง ในการประชุม ประจำเดือนเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ เน้นประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาจากการทบทวน แนวทางการดูแลผู้ป่วยด้านยาที่มีการปรับเปลี่ยน การดูแลด้านยาผู้ป่วยเฉพาะทาง เช่น แนวทางการใช้ ยาในการดูแลผู้ป่วยโรคไต มีการปฐมนิเทศระบบการจัดการด้านยาสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ ได้แก่ การจัดการยาความเสี่ยงสูง ความคลาดเคลื่อนทางยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ ยา การเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย การสอนและสอบประเมินเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและพนักงานห้องยาใหม่เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน ในปี 2567 พัฒนารูปแบบการ ทบทวนความรู้ระบบยาผ่านระบบออนไลน์ เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงการอบรมได้สะดวกยิ่งขึ้น ไม่รบกวนเวลาปฏิบัติงาน ครั้งที่ 1 เป็นการอบรมความรู้ด้าน Medication Errors ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากพนัง 59 คน คะแนนก่อนการอบรมเฉลี่ย 6.42 คะแนน (คะแนนเต็ม 10) คะแนนหลังการอบรมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 8.62 คะแนน (คะแนนเต็ม 10) ครั้งที่ 2 เป็นการ ทบทวนความรู้เรื่องการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อยู่ระหว่างการดำเนินการ เภสัชกรทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรต่อเนื่องทางเภสัชกรรม ได้รับหน่วยกิตอย่างน้อย 10 หน่วย กิต และได้รับการอบรมความรู้ที่เกี่ยวกับการบริหารเภสัชกรรมในแต่ละคลินิกที่รับผิดชอบทุกปี หัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างานผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารและการพัฒนาคุณภาพระบบ การจัดการด้านยา รวมถึงการมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆในทีมสหวิชาชีพทุกทีมในโรงพยาบาล
- (2) ทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายในระบบ Hos-XP โดยได้เพิ่มข้อมูลที่สำคัญได้แก่ น้ำหนัก โรคประจำตัว การแพ้ยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าการทำงานของตับ ,ไต ,INR , ข้อมูลการวินิจฉัยโรค , มีข้อมูลยาที่เป็นเพื่อประกอบการสั่งจ่ายยาใน Hos-XP เช่น ขนาดยาวันโรค ,ยาที่ต้องปรับตามค่าการทำงานของไต, ปฏิกริยาระหว่างยากับ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ยา, ยากับอาหาร ข้อมูลการใช้ยา warfarin, ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา, G6PD, ประวัติการได้รับวัคซีนพิษสุนัขบ้า-วัคซีนบาดทะยัก มีข้อมูลขนาดยาในเด็กที่เชื่อมต่อกับโปรแกรม Hos.xp เพื่อประกอบการพิจารณาสั่งใช้ยา มีการพัฒนาการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกเป็นระบบ paperless ทำให้ทีมสหวิชาชีพนำมาประกอบการสั่งใช้ยา/การปรับขนาดยาได้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม มีการปรับปรุงระบบการสั่งใช้ยาของแพทย์ คำนวณยาตามวันนัด ยาเกินตามอาการมีการกำหนดจำนวนสั่งจ่าย ส่งผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาในปี 2566-ปัจจุบัน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 2.96 เป็น 2.27 ต่อ 1000 ใบสั่งยา มีการปรับปรุงระบบการดำเนินงาน medication reconciliation ในผู้ป่วยใน ส่งผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาผู้ป่วยในลดลง จาก 0.82 ต่อ 1000 ใบสั่งยา เป็น 0.78 ต่อ 1000 ใบสั่งยา และพบปัญหาการสั่งใช้ยาผิดขนาดลดลงจาก 0.37 ครั้ง/1,000 วันนอน ในปี 2566 เป็น 0.11 ครั้ง/1,000 วันนอน ในปี 2567

(3) กลุ่มงานเภสัชกรรมฯได้รับข้อมูลยาที่จำเป็นในคลินิกยา ได้แก่ ความคงตัวของยาหลังผสม, incompatibility ปฏิกริยาระหว่างยากับยา, ยากับอาหาร, ข้อมูลการบริหารยาฉีด ข้อมูลการเก็บรักษายา ทำให้พยาบาลเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ใช้งานได้สะดวก รวมถึงอาการที่ต้องเฝ้าระวัง, ข้อควรระวังของยาแต่ละรายการ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(คลินิกยา rdu) ในยา 13 กลุ่มโรคที่จำเป็น ซึ่งแสดงเป็นข้อความและคิวอาร์โค้ด ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และมีความปลอดภัยในการใช้ยา

(4) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้เผยแพร่ข้อมูลยาที่จำเป็น นโยบายความปลอดภัยด้านยา และระเบียบ-วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ผ่านทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาลปากพนัง มีเผยแพร่กิจกรรม ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านเพจเฟสบุ๊ค Tiktok ของกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ

(5) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร่วมกับคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียนโรงพยาบาลปากพนัง ร่วมทบทวนปัญหาระบบการบันทึกข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น การบันทึกข้อมูลด้านยาที่ครบถ้วน ถูกต้อง รหัสมาตรฐานยา แคตตาล็อก เพื่อให้การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ถูกต้อง รวมถึงสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพต่างๆได้อย่างครอบคลุม ในปี 2567 พบปัญหารายการยาใหม่ในระบบการบันทึกไม่เป็นปัจจุบัน มีการทบทวนปรับการบันทึกข้อมูลรายการยาใหม่เป็นแบบ real time การปรับขนาดยา รหัสยา ราคายา ที่เป็นปัจจุบัน ทำให้ในปี 2567 ไม่พบปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณด้านยา

ค. การจัดหาและเก็บรักษา (Medication Procurement and Storage)

(1) เพื่อให้การจัดหาและเก็บรักษายา เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มียาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้ ในการให้บริการผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้มีดำเนินการจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลปากพนังเป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ,ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีการทบทวนบัญชียาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล รวมถึงหน่วยคลังยาย่อย หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกปี โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน ยาขาดแคลน กรณีจำเป็นเร่งด่วน เกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัยธรรมชาติต่างๆ เช่น วาตะภัย อุทกภัย รวมถึงไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ในปี 2567 มีการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 96.01 ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 3.99 มีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน มีสัดส่วนการจัดซื้อร้อยละ 4.25 มีการจัดซื้อยาพร้อมระดับต่างๆ รวมถึงการจัดซื้อยาแบบวิธีการคัดเลือกแบบอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 2 รายการ รวมการจัดซื้อรวมร้อยละ 39.22 มีอัตราคงคลังเฉลี่ย 0.61 เดือน ทำให้ผลการดำเนินงาน ปี 2567 พบปัญหาอัตราค้างยาหน่วยเบิก ร้อยละ 1.45 แต่สามารถปลดเปลื้องยาค้างจ่ายภายใน 1 สัปดาห์ได้ร้อยละ 100 ทำให้ในปี 2567 ไม่พบปัญหายาขาดไม่มีจ่ายให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการ

(2) กลุ่มงานเภสัชกรรมฯได้สื่อสารแนวทางการจัดเก็บยาตามมาตรฐานให้กับทุกหน่วยเบิกในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ยามีคุณภาพ ไม่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ โดยทุกหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบดูแลการจัดเก็บยาสำรอง เภสัชกรที่รับผิดชอบได้ประเมินมาตรฐานการเก็บสำรองยาหน่วยเบิกเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมคืนรายงานผลการตรวจสอบยาของหน่วยเบิก

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ให้แก่หัวหน้าหน่วยงานเพื่อได้รับทราบปัญหา และติดตามการปรับปรุงของหน่วยงานตน ในปี 2565 พบปัญหาใกล้เคียงกันหลายเรื่อง ในหน่วยคลังยาผู้ป่วย เนื่องจากเป็นรายการยาเสพติดที่ใช้น้อย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ประชุมทบทวน มีการรายการยาและปริมาณยาเสพติดที่สอดคล้องกับปริมาณการใช้ในแต่ละคลังยาผู้ป่วย และวางระเบียบปฏิบัติการเบิกจ่ายคืนทดแทนทันทีที่มีการใช้ ทำให้ในปี 2566-2567 ไม่พบรายการใกล้เคียงกันหรือเสื่อมสภาพในหน่วยคลังยาผู้ป่วย

(3) มีการสำรองยาที่เป็นในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย มีคุณภาพ พร้อมใช้และปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ทบทวน รายการและจำนวนยา แต่ละหน่วยงานให้มีความเหมาะสมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการจัดทำ Emergency Box Refer Box และในปี 2567 ได้จัดทำ Opiod Box สำหรับให้บริการผู้ป่วยระดับประจักษ์ระยะสุดท้าย และ Eclampsia Box มีแนวทางการเบิกทดแทนจากห้องยาทันทีหลังจากที่มีการเปิดใช้แล้ว มีระบบ FEFO ในการจัดเก็บ มีการตรวจสอบอายุของยาในกล่อง Emergency Box Refer Box Opiod Box และ Eclampsia Box ทุกตัวที่มีการเติมแต่ละครั้ง กรณีกล่อง Emergency Box Refer Box Opiod Box และ Eclampsia Box ที่ไม่ได้เปิดใช้ เภสัชกรตรวจสอบเดือนละ 1 ครั้ง ผลการดำเนินงานปี 2566-2567 ไม่พบยาหมดอายุหรือไม่พร้อมใช้

(4) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดแนวทางการทบทวนใบสั่งยาเวรตึก มีการค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาเวรตึกโดยตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา จากการติดตามข้อมูลการใช้ยาเวรตึก ปี 2563 พบ Dispensing error 5 ครั้ง (category B) เป็นการสั่งใช้ stat จากงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยการเขียนคำสั่งใช้ยาในใบสั่งยาซึ่งมีขนาดเล็ก พื้นที่ในการเขียนคำสั่งใช้ยามีน้อย ทำให้เขียนไม่ตามลำดับ เขียนแทรกบรรทัด หรือเขียนต่อด้านหลัง จึงมีการปรับมาตรฐานการเขียนคำสั่งใช้ยา stat จากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้ปี 2564 พบ Dispensing error 1 ครั้ง (category B) ปี 2565 ไม่พบอุบัติการณ์ ปี 2566 พบ Dispensing error 1 ครั้ง (category B) เป็นการพิมพ์วิธีใช้ยาเด็กผิดขนาดในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีการอบรมบุคลากรกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ปี 2567 ไม่พบอุบัติการณ์

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง (Ordering and Transcribing)

(1) เพื่อให้การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่งการใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องมาตรฐานคำย่อ จัดให้มีการทบทวนมาตรฐานคำยอปียละ 1 ครั้ง และมีการประชุมสหวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ใหม่ทุกปี ผู้ป่วยนอก แพทย์สั่งจ่ายผ่านโปรแกรม Hos.xp เภสัชกรตรวจและรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์ สำหรับผู้ป่วยใน แพทย์สั่งใช้ยาผ่าน Doctor order sheet เภสัชกรผู้ป่วยใน รับคำสั่งใช้ยาจาก Doctor order sheet โดยตรง

(2) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กรมีระบบการติดตามยาเดิมของผู้ป่วยในทุกราย และผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคเรื้อรังเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับการสั่งใช้ยาที่ส่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดพลาดที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ทำให้มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่แพทย์และผู้ป่วย

- จากการทบทวนอุบัติการณ์ ปี 2558 พบผู้ป่วย Admit และ D/C แพทย์สั่งใช้ยาเดิม โดยไม่ได้ระบุรายการยา ขนาดยา และวิธีใช้ยาให้ครบถ้วน ซึ่งได้มีการนำเสนอข้อมูล

เหล่านี้ในการประชุม 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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

medication reconciliation โดยพิมพ์ใบ Medication reconciliation ได้จากโปรแกรม HOS-XP ส่งผลให้ prescribing error จากการสั่งจ่ายของแพทย์ ในปี 2563, 2564 และ 2565 ลดลง จากปี 2562 เป็น 1.98, 2.05 และ 0.73 ครั้งต่อพันวันนอน ตามลำดับ และในปี 2566 พบปัญหาใบ medication reconciliation สังเกตเห็นได้ยาก จึงพัฒนากำหนดใช้กระดาษสีเหลืองแทน กระดาษสีขาว ทำให้แพทย์เห็นได้ชัดเจน และกำหนดให้แพทย์สามารถเลือกรายการยาในใบ medication reconciliation แทนการคัดลอกลงใน doctor order sheet ส่งผลให้ ร้อยละของผู้ป่วย ที่ได้รับยาโรคประจำตัวภายใน 24 ชั่วโมง ในปี 2567 เพิ่มขึ้นเป็น 95.55% (ปี 2566 เท่ากับ 94.5%)

ข.การเตรียม การเขียนฉลากยา การจัดจ่าย และการส่งมอบยา (Preparing ,Labelling, Dispensing and Delivery)

(1) การจัดเตรียมยา:

เพื่อให้การจัดเตรียมยาเป็นไปตามมาตรฐาน สถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศอุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมจัดเตรียมยาโดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน มีการเตรียม adrenaline prefill ตาม order แพทย์ โดยมีการจัดเตรียมตามแนวทางการเตรียม adrenaline prefill เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีวิธีปฏิบัติการแบ่งบรรจุยาเม็ดและยาน้ำ มีระบบการบันทึก การตรวจสอบโดยเภสัชกรที่รับผิดชอบ เพื่อสามารถทวนสอบกลับได้ ในปี 2567 มีการจัดซื้อเครื่องแบ่งบรรจุยาอัตโนมัติ ทำให้การแบ่งบรรจุยาเม็ดเป็นไปอย่างถูกต้อง ลดการปนเปื้อน ได้มาตรฐาน

(2) การเขียนฉลากยา:

เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาที่มีฉลากเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อสามัญทางยา ความแรง และขนาดยา คำเตือนและการแพ้ระวัง ฉลากยาฉีดที่ให้ไปกับหอผู้ป่วย/ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จะมีข้อมูล ชื่อผู้ป่วย HN เดียง หอผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีการใช้ยา ตัวทำละลายที่ใช้ ความคงตัวหลังผสมยา และมีจำนวนฉลากยา เท่ากับจำนวนครั้งที่จะใช้ยาใน 1 วัน การผสมยา (ยาความเสี่ยสูง) มีฉลากยาภาษาไทย ฉลากเสริม ฉลากช่วยในการใช้ยารวมถึงยาเทคนิคพิเศษ จัดทำฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสม เหตุผลในกลุ่มยาสำคัญ 13 กลุ่มโรค พัฒนาฉลากยาในโปรแกรมHOSXP ให้เป็นไปตามมาตรฐานฉลากยา RDU มีฉลากยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ

(3) การจัดจ่ายและส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:

ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล มีการส่งมอบยาระบบ One day dose โดยบรรจุในรดยา แยกเก็บสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย มีฉลากยาครบถ้วน ให้หอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย พร้อมใช้ ทันเวลา โดยเภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของยาและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นผู้นำยาไปส่งมอบ

ปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์การให้ยาผิดหอผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยหญิง / ชาย admit ตึกเด็ก (ห้องพิเศษ) ได้มีการทบทวนและจัดทำใบ check เดียงผู้ป่วย แยกเป็นแต่ละตึกผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบรดยาก่อนส่งมอบไปยังตึกผู้ป่วย

ปีงบประมาณ 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยในได้รับยาผิดเวลาเนื่องจาก รดยาส่งช้า จากการที่แพทย์ตรวจเสร็จช้ากว่าเวลาที่กำหนด ทำให้มีการปรับระบบการจัดยาให้แก่ตึกผู้ป่วย โดย หอพยาบาลจัดส่งให้แก่ตึกผู้ป่วยถึงมือเย็นของวันถัดไป (ก่อนหน้านัดให้ถึงมือเที่ยง) หลังจากปรับระบบ ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

(4) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

เพื่อให้การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงได้กำหนดนโยบาย การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย ทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนส่งมอบ มีแนวทางการส่งมอบยาโดยใช้เทคนิค Prime question และใช้หลัก 10 R มีการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ มีการติดตามการใช้ยาเทคนิคพิเศษ การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะโรคและผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนด

II-6.2 ค. การบริหารยา (Administration)

(1) เพื่อให้การบริหารยาให้กับผู้ป่วย เป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ปลอดภัย ได้ผล และมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้วางแนวทางให้ พยาบาลใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration record - MAR) ที่คัดลอกโดยตรงจากใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ จัดยาจากใบ MAR พร้อมกับตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยา (cross check) หากไม่ตรงกัน มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาซ้ำ หรือสอบถามเภสัชกร สำหรับยา High alert drug มีการแปลคำสั่งใช้ยาและเตรียมยาตามมาตรฐานคำสั่งใช้ยาแนวทางเดียวกัน และ มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยา มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริง บริหารยาตามหลัก 10 R

หอผู้ป่วยมีการตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาซ้ำ โดยใช้ใบ mar ตรวจสอบทั้งชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา การบริหารยา ซึ่งทางหอผู้ป่วยสามารถตรวจจับความผิดพลาดในกระบวนการ dispensing error ในปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับ 5 ครั้ง 3 ครั้ง 12 ครั้ง และ 5 ครั้ง ตามลำดับ ใน จากการตรวจสอบซ้ำโดยหอผู้ป่วย กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ได้นำมาปรับปรุงระบบ เช่น การจัดวางยา LASA, การทำลายยาเม็ดและยาน้ำที่คืนมาจากหอผู้ป่วย, การตรวจสอบยาก่อนการจ่ายยาโดยอีกบุคคลหนึ่ง

ในส่วนการบริหารยา ได้มีการปรับปรุงแบบเพื่อเพิ่มความถูกต้องของการบริหารยา โดยการปรับปรุงฉลากยาฉีด โดยระบุตัวทำลายที่สามารถใช้ได้ และปรับปรุงฉลากยาฉีดและน้ำเกลือ เพื่อให้พยาบาลนำไปติดข้างขวดยา ลดการเขียนซ้ำซ้อน และความคลาดเคลื่อนในการเขียนฉลากฉีด จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose และมีการสอบทวนการเตรียมยา small dose และยา HAD ในหอผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงถูกต้อง ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปากพนัง ได้ประชุมทบทวนรายการยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตาม เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยาบันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา จำนวน 12 รายการ ในบัญชียาโรงพยาบาล ดังนี้ คือ 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 และ Fentanyl inj ได้จัดทำมาตรฐานการเขียนคำสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและทบทวนความรู้พยาบาลในการแปลคำสั่งการเตรียมและบริหารยาให้ถูกต้อง การบริหารยามี Independence Double check โดยพยาบาล 2 คน มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้ ป้ายเตือนใจ High Alert Drug มอบให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการแจ้ง ADR พยาบาล ทำให้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

สามารถตรวจจับและป้องกัน Serious ADR ได้รวดเร็วขึ้น มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของการใช้ยา High Alert Drugs ของสหวิชาชีพในทุกชั้นตอน ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD เป้าหมาย > 95% ผลการดำเนินงานปี 2563-2567 พบว่าอัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD อยู่ที่ ร้อยละ 92.36, 92.95, 91.42, 94.26 และ 94.92 ตามลำดับ สำหรับร้อยละความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา HAD ที่ตั้งเป้าไว้ที่ <1% ผลการดำเนินงานปี 2563-2567 พบว่า อยู่ที่ 5.73, (B=9 ใน 157) 1.24, 2.86 (B=3, C=1), 2.46 (B=3, C=1, D=1) และ 2.17 (B=1, C=1, D=1) ตามลำดับ

(2) การให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ และมีส่วนร่วมต่อการตัดสินใจเรื่องการใช้ยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด วางแนวทางให้มีระบบการให้คำปรึกษาด้านยา การให้คำแนะนำการใช้ยาในผู้ป่วยใช้ยาเทคนิคพิเศษ ยาพ่น การใช้ปากกาอินซูลินรายใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลการดำเนินงานการให้คำแนะนำและการประเมินการใช้ยาฉีด ในผู้ป่วยรายใหม่ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน ปี 2563 -2567 พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ปากกา ร้อยละ 94.35, 95.65, 97.52, 98.94 และ 97.87 ตามลำดับ และผู้ป่วยรายใหม่มีความสามารถในการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 95.47, 95.65, 97.52, 98.94 และ 97.87 ตามลำดับ สำหรับในรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ เภสัชกรจะติดตามและให้คำแนะนำกับผู้ดูแลทุกราย

มีการทำ Discharge counselling โดยเภสัชกรผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทุกราย มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว โดยการประสานงานกับเภสัชกรที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยในพื้นที่

(3) การติดตามผลการใช้ยา

- ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์หรือยาต้านวัณโรคมีการติดตามการใช้ยาที่มีพิษต่อไต ต่อดับสูง โดยจะมีการประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นระยะๆ และให้แจ้งแก่แพทย์ เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา ระบบการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยคลินิก Warfarin มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง พร้อมกับการพัฒนาระบบการเตือนในโปรแกรม HOSXP ในการ monitor ผู้ป่วยที่ใช้ยา ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 ผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin และได้รับการติดตามผลประมาณร้อยละ 96.27 และผู้ป่วยที่มีค่า INR มากกว่า 3 ประมาณร้อยละ 13.79 และผู้ป่วยที่มีค่า INR น้อยกว่า 2 ประมาณร้อยละ 43.53 และผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงของการรักษามีประมาณร้อยละ 42.67

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด พบผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาประมาณ 4.3% เช่น กินยาผิด ,ขาดยา และพบผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่ไม่ร้ายแรง เช่น เลือดออกตามไรฟัน, จ้ำเลือดใต้ผิวหนัง, ปวดศีรษะ เฉลี่ยประมาณ 1.29% และ พบผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากยา (Major bleeding) 0 ราย และพบปัญหาผู้ป่วยที่ไม่ได้เจาะ INR ทุกครั้งที่มาตามนัด

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

จากการซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ ที่มีค่า INR ไม่อยู่ในช่วงการรักษา ให้ปรับขนาดยาตามแนวทางการรักษาและนัดติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มาเจาะเลือดดูผล PT,INR ทุก 1-2 สัปดาห์ และได้มีแนวทางในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับ Warfarin จากโรงพยาบาลไปยังสถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อให้เภสัชกรประจำเขตได้รับผิดชอบได้มีข้อมูลผู้ป่วยและได้ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านไปดูแลการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสมหรือเพื่อหาสาเหตุของปัญหาจากการใช้ยา

- ผู้ป่วยโรคหืดและถุงลมโป่งพองในหอผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาพ่นคอ ผู้ป่วยทุกรายจะมาพบเภสัชกรเพื่อประเมินการรักษาด้วยยา เช่น ความรู้เรื่องโรคและยา เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น ถ้าพบปัญหาเรื่องยา เภสัชกรจะแก้ไข โดยให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย หรือส่งปรึกษาแพทย์ผู้รักษา ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายการยาหรือมีการสั่งยาใหม่ เภสัชกรจะแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติมอีกครั้ง และกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการใช้ยาไม่ถูกต้อง เภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อดูแลการใช้ยา การเก็บรักษายาที่บ้านผู้ป่วยได้รับการทบทวนและสอนการใช้ยาพ่นทุกรายโดยเภสัชกรและพยาบาลจะติดตามการใช้ยาพ่นคออีกครั้ง ผลการดำเนินงานพบว่า ความถูกต้องในการพ่นยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ปี 2563- ปัจจุบัน (ร้อยละ 90.20,95.00,95.35,96.50และ96.80 ตามลำดับ) ความถูกต้องในการพ่นยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ปี 2563- ปัจจุบัน (ร้อยละ 92.00,63.01,94.25,95.20 และ95.40 ตามลำดับ)

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา

• ผู้ป่วยใน

เจ้าหน้าที่ห้องยาและพยาบาลสอบถามประวัติยาเดิม และยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาทุกราย ยาที่ผู้ป่วยนำมาจะถูกส่งมาที่ห้องยา เภสัชกรตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยนำมา สภาพยา วันหมดอายุ บันทึกลงในโปรแกรม Hos-XP “ยาเดิมผู้ป่วยนำมาแล้ว” จัดเก็บในรถยาเดิมแยกหอผู้ป่วยถ้าเป็นยาจากสถานบริการอื่นคัดลอกรายการยาลงในใบ medication reconciliation กรณีเป็นยาที่ไม่มีใน ร.พ.ปากพนัง และแพทย์สั่งใช้ต่อขณะนอนร.พ. ให้ใช้ยาเดิมผู้ป่วยจัด แต่ถ้าเป็นรายการยาที่มีใน ร.พ.ปากพนัง ใช้ยาของ ร.พ.ปากพนังจัดให้ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและแพทย์สั่งยารายการที่ผู้ป่วยนำมา ใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาจัดให้ผู้ป่วย

• ผู้ป่วยนอก

เภสัชกรสอบถามประวัติยาเดิม และยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาทุกราย โดยตรวจสอบสภาพยา วันหมดอายุ กรณีแพทย์สั่งใช้ยาเดิมต่อนายาเดิมมาจัดให้แก่ผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
1. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] *,**	3.5	L	-เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา คณะกรรมการ PTC ได้นำอุบัติการณ์ด้านยาระดับ D ขึ้นไปมาทบทวน 1.พบอุบัติการณ์ระดับ E คือ ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในปี 2564 ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ceftriaxone inj admit R/O sepsis แพทย์สั่ง ceftriaxone inj 2 g IV STAT พยาบาลเบิกยาสำหรับฉีดทันทีโดยที่ไม่มีใบสั่งยา ห้องยาจ่ายยา Ceftriaxone inj และพยาบาลฉีดยาให้ผู้ป่วย จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีการปรับระบบยา STAT OPD โดยยา STAT ทุกรายการต้องพิมพ์รายการยาเข้าระบบ Hos-xp เพื่อตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนทุกครั้ง ปรับปรุงการบันทึกข้อมูลให้สามารถถือระบบการเข้าถึงยาในผู้ป่วยที่แพ้ยา ให้ไม่สามารถสั่งจ่ายยาตัวที่ผู้ป่วยแพ้ได้ และมีการ POP-UP เตือนในผู้ป่วยแพ้ยาในระบบ Hos-xp ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 -ปีงบประมาณ 2567 ยังไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ โอกาสพัฒนา ได้วางแผนพัฒนาจะปรับปรุงระเบียบปฏิบัติการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ การนำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการเฝ้าระวัง เพิ่มอุปกรณ์แจ้งเตือนอื่นๆ เช่น ริชแบนด์ที่ตัวผู้ป่วย เพื่อให้เป็นจุดสังเกตผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา โดยไม่ได้สั่งใช้ยาผ่าน HOS - XP แนวทางปรับปรุงคือทีมสหวิชาชีพสอบถามประวัติแพ้ยาก่อนให้บริการทุกครั้งและให้มีการสั่งใช้ยาผ่าน Hos-XP ทุกรายการก่อนจ่ายยาและบริหารยาให้ผู้ป่วย 2.อุบัติการณ์ Administration error ระดับ H ในปี 2559 จำนวน 1 ครั้ง จากการสั่งใช้ยา Penicillin ในผู้ป่วยโรคไต โดยไม่ได้ปรับขนาดยา จึงมีการทบทวน จัดทำวิธีปฏิบัติและคู่มือการใช้ยาในผู้ป่วยไตบกพร่อง จัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์ มีระบบเตือนยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยไตบกพร่องในโปรแกรม Hos.xp และในฉลากยา ปี 2560 ถึงปัจจุบัน ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว โอกาสพัฒนา การพัฒนาระบบเตือนค่าการทำงานของไตที่ผิดปกติในระบบ Hos.xp 2.อุบัติการณ์ Dispensing error จากยา LASA ระดับ D ในปี 2566 จำนวน 1 ครั้ง คือ คู่ Glucose 50% inj. กับ Sodium Bicarbonate inj. งานจัดซื้อจึงทบทวนและเปลี่ยนบริษัทที่จำหน่าย ให้มีลักษณะภาชนะบรรจุต่างกัน และบรรจุประเด็น LASA ในข้อมูลประกอบการคัดเลือกยาเข้าในโรงพยาบาล ปี 2567 ยังไม่พบอุบัติการณ์จาก LASA ดังกล่าว 3.อุบัติการณ์ Dispensing error จากการใช้คำย่อที่ไม่ได้อยู่มาตรฐานคำย่อ รพ.ปากพนัง ระดับ D จำนวน 1 ครั้ง ในไตรมาส 3 ของปี 2567 คือ แพทย์สั่งใช้ MMF (Mycophenolate) ซึ่งเป็นยาจากสถานบริการอื่น ไม่มีในบัญชียา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

			โรงพยาบาลปากพ่อง เภสัชกรรับคำสั่งเป็น MMI (Methimazole) จึงมีการทบทวนมาตรฐานการเขียนคำสั่งใช้ยากรณียาที่มาจากสถานบริการอื่นไม่มีในโรงพยาบาลปากพ่อง โดยให้แพทย์ระบุเป็นชื่อสามัญทางยา ไม่ใช่คำย่อ ในไตรมาส 4 ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว โอกาสพัฒนา พัฒนาระบบ Hos.xp เพื่อให้แพทย์ดึงข้อมูลยาเดิมและสั่งใช้ยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ -เพื่อให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง โดยกำหนดเป้าหมายดังนี้ 1.RDU DISTRICT แจกแนวทางแก้ปัญหาการทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง มีการมอบหมายติดตาม monitor ตัวชี้วัด RDU อย่างใกล้ชิดทุกสัปดาห์ รายงานผ่านระบบไลน์คณะกรรมการ PTC เพื่อทบทวน เมื่อพบปัญหาการสั่งใช้ยาไม่เป็นไปตามแนวทาง ได้คืนข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านให้องค์กรแพทย์ทุกวันพุธ การทบทวนความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทุกปีอย่างต่อเนื่อง โอกาสพัฒนา เพิ่มโปรแกรมตรวจสอบ RDU ในทุกเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แพทย์ใช้งาน เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล 2.RDU COMMUNITY ร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำปลอดภัยด้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง ได้ดำเนินงานร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2565 ในปี 2567 มีร้านชำนำร่องเข้าร่วมโครงการ จำนวน 116 ร้าน และเข้าร่วมโครงการร้านชำนำร่อง G-RDU ของอย.กระทรวงสาธารณสุข และได้วางแผนพัฒนาศักยภาพชุมชนสถานพยาบาลเอกชน ผู้ประกอบการร้านยา ให้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เพื่อให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน และส่งเสริมความรู้ด้านยา(Drug Literacy) ให้ประชาชนในพื้นที่ผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน พบว่า ในปี 2566 และปี 2567 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 12 ตัว ครบ 100 % ได้รับรางวัลผลงานดีเยี่ยมระดับจังหวัด โอกาสพัฒนา รณรงค์ให้ร้านชำเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 20	
2. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค]	3.5	L	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีนและยาที่ต้องควบคุมคุณภาพ ที่มีคุณภาพ คณะกรรมการ PTC เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง ทบทวนกระบวนการขนส่งวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น พบปัญหากระบวนการขนส่งวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของยาที่ต้องควบคุมคุณภาพจากคลังยาโรงพยาบาลปากพ่อง ไปยังหน่วยเบิกและหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยาและวัคซีนเครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพ่อง มีอบรมบุคลากรและประกวดคลิปวิดีโอการจัดการวัคซีนและยาที่ต้องควบคุมคุณภาพในกรณีสถานการณ์ฉุกเฉินห่วงโซ่ความเย็น ผลการนิเทศติดตามการบริหารเวชภัณฑ์พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานการบริหารเวชภัณฑ์และระบบลูกโซ่ความเย็น นอกจากนี้มีสัญญาณแจ้งเตือนอุณหภูมิหากไม่อยู่ในช่วง 2- 8 OC ตู้เย็นเก็บวัคซีนในคลังเวชภัณฑ์ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วย NCD ผ่านระบบ Line Notify ทันทีทำให้สามารถแก้ไขอุณหภูมิที่ไม่	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

			อยู่ในช่วงมาตรฐานได้ทันที -เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลปากพนังมีความรู้ความเข้าใจระบบยา ปี 2567 จึงมีการพัฒนารูปแบบการทบทวนความรู้ระบบยาผ่านระบบออนไลน์ เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงการอบรมได้สะดวกไม่รบกวนเวลาปฏิบัติงาน ครั้งที่ 1 เป็นการอบรมความรู้ด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในบุคลากร 59 คน คะแนนก่อนการอบรมเฉลี่ย 6.42 คะแนน(คะแนนเต็ม 10) คะแนนหลังการอบรมเฉลี่ย 8.62 คะแนน(คะแนนเต็ม 10) ครั้งที่ 2 เป็นการทบทวนความรู้เรื่องการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อยู่ระหว่างการดำเนินการ -เพื่อให้การสั่งใช้ยามีความปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม คณะกรรมการ PTC จึงมีการดำเนินการ 1.ร่วมกับ IT ในการออกแบบระบบการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย และข้อมูลยาที่จำเป็น ได้แก่ น้ำหนัก โรคประจำตัว การแพ้ยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ หน้าทำการงานของตับ ,ไต ,INR ,ข้อมูลการวินิจฉัยโรค , มีข้อมูลยาที่จำเป็นเพื่อประกอบการสั่งใช้ยาใน Hos-XP เช่น ขนาดยาวันโรค ,ยาที่ต้องปรับตามค่าการทำงานของไต, ปฏิกริยาระหว่างยากับยา, ยากับอาหาร ข้อมูลการใช้ยา warfarin, ประวัติการได้รับวัคซีนพิษสุนัขบ้า-วัคซีนบาดทะยัก มีการเตือน (Alert)และล๊อคคำสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ล๊อคการสั่งใช้ยาคู่ Contra Fatal Drug interaction จำนวน 5 คู่ ,แจ้งเตือน (Alert) Monitoring Drug interaction จำนวน 20 คู่ มีข้อมูลขนาดยาในเด็กที่เชื่อมต่อกับโปรแกรม Hos.xp ทำให้ Prescribing error สั่งยาในขนาดไม่เหมาะสมลดลง โอกาสพัฒนา upgrade โปรแกรม Hos.xp เป็น version 4 2.ปรับปรุงระบบการดำเนินงาน Medication reconciliation อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยใน ส่งผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาผู้ป่วยในลดลง จาก 0.82 ต่อ 1000 ใบสั่งยา เป็น 0.78 ต่อ 1000 ใบสั่งยา และพบปัญหาการสั่งใช้ยาผิดขนาดลดลงจาก 0.37 ครั้ง/1,000 วันนอน ในปี 2566 เป็น 0.11 ครั้ง/1,000 วันนอน ในปี 2567 โอกาสพัฒนา upgrade โปรแกรม Hos.xp เป็น version 4 เพื่อให้สามารถบันทึกข้อมูลยาเดิมของสถานบริการอื่นได้	
3. การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง [II-6.2 ก]	3.5	L	เพื่อให้คำสั่งใช้ยามีความชัดเจนและมีการถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง คณะกรรมการ PTC ได้ทบทวนมาตรฐานคำสั่งใช้ยาโดยปรับปรุงมาตรฐานคำย่อและคำสั่งที่ห้ามใช้ สื่อสารแพทย์นำไปสู่การปฏิบัติ และกำหนดแนวทางในการสั่งยาทางโทรศัพท์โดยผู้รับคำสั่งพิมพ์ข้อความคำสั่งใช้ยาดังกล่าวส่งทางไลน์ให้แพทย์ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง มีการนำรายงาน Prescribing error คืนกลับในที่ประชุมองค์กรแพทย์ทุก 3 เดือน เพื่อหาแนวทางป้องกัน โดยในปีงบประมาณ 2566 ดังนี้	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

			1. ส่งจ่ายยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม จำนวน 29 ครั้ง ได้แก่ ขนาดยาวัณโรค ขนาดยาเด็ก ขนาดยาในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่อง จึงจัดทำวิธีปฏิบัติ-คู่มือการจ่ายยาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์ มีระบบเตือนยาที่ต้องปรับขนาดในโปรแกรม Hos.xp และในฉลากยา ทำให้ในปี 2567 อุบัติการณ์การส่งจ่ายยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมลดลงเหลือ 5 ครั้ง โอกาสพัฒนา upgrade โปรแกรม Hos.xp เป็น version 4 และใช้ระบบ ipd paperless 2. ส่งจ่ายยาโรคเรื้อรังไม่ครบรายการ 26 ครั้ง พัฒนารูปแบบสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เหมาะสมสำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย พัฒนาระบบ medication reconciliation และ พัฒนาระบบจ่ายยาด้วยระบบ smart queue ทำให้สามารถเห็นประวัติการรักษา ประวัติยาเดิมผู้ป่วยได้สะดวกยิ่งขึ้น ส่งผลให้ ในปี 2567 แพทย์ส่งจ่ายยาโรคเรื้อรังไม่ครบรายการ ลดลงเป็น 15 ครั้ง โอกาสพัฒนา upgrade โปรแกรม Hos.xp เป็น version 4 และใช้ระบบ ipd paperless	
4. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]	3.5	L	-เพื่อให้มีการทบทวนความถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัยของคำสั่งจ่ายยา คณะกรรมการ PTC ได้สื่อสารแนวทางในการทำ Prescription screening ของเภสัชกร ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่าเท่ากับ 15 ปี สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยที่มีภาวะตับ/ไตทำงานผิดปกติ โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการรับคำสั่งจ่ายยา ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ความเหมาะสมของยาที่ได้รับ เช่น ขนาดยา ความถี่ วิธีการบริหารยา ประวัติแพ้ยา Drug interaction ยาที่มีข้อห้ามใช้ ยาซ้ำซ้อน ยาไม่เป็นไปตามข้อบ่งใช้ หากมีข้อสงสัยเภสัชกรติดต่อแพทย์ผู้สั่งจ่ายยา การส่งมอบยาของเภสัชกรใช้คำถามหลัก Prime Question - เพื่อให้การจัดยาและจ่ายถูกต้อง ได้กำหนดวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดยา การตรวจยาซ้ำก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยาพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยา สำหรับยาในกลุ่มเทคนิคพิเศษหลังจากเภสัชกรแนะนำและสาธิตการใช้แล้วจะให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทำให้อีกครั้งจนทำได้ถูกต้อง มีการสำรวจความพึงพอใจต่อการรับบริการที่ห้องยาปีละ 2 ครั้ง ผลการดำเนินงานพบว่า pre-dispensing error และ Dispensing error ลดลง	

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

5. การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]	3.5	L	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงถูกต้อง ปลอดภัย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปากพ่อง ได้ประชุมทบทวนรายการยาความเสี่ยงสูงที่ต้องติดตาม เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยาบันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา จำนวน 12 รายการ ในบัญชียาโรงพยาบาล ได้จัดทำมาตรฐานการเขียนคำสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและทบทวนความรู้พยาบาลในการแปลคำสั่งการเตรียมและบริหารยาให้ถูกต้อง การบริหารยามี Independence Double check โดยพยาบาล 2 คน มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้ บ้ายเตือนใจ High Alert Drug มอบให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการแจ้ง ADR พยาบาล ทำให้สามารถดักจับและป้องกัน Serious ADR ได้รวดเร็วขึ้น มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของการใช้ยา High Alert Drugs ของสหวิชาชีพในทุกขั้นตอน ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD เป้าหมาย > 95% ผลการดำเนินงานปี 2563-2567 พบว่าอัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการติดตามการใช้ยา HAD อยู่ที่ ร้อยละ 92.36,92.95,91.42,94.26 และ 94.92 ตามลำดับ สำหรับร้อยละความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา HAD ที่ตั้งเป้าไว้ที่ <1% ผลการดำเนินงานปี 2563-2567 พบว่า อยู่ที่ 5.73,(B=9 ใน 157) 1.24, 2.86 (B=3,C=1), 2.46 (B=3,C=1,D=1) และ 2.17(B=1,C=1,D=1) ตามลำดับ และไม่พบ ADE โอกาสพัฒนา upgrade โปรแกรม Hos.xp เป็น version 4 และใช้ระบบ ipd paperless
---	------------	----------	--

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- เขียนระบุเฉพาะหัวข้อเรื่องผลการพัฒนา (ระบบงาน กระบวนการ) นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ปี 2559-2567 แหล่งฝึกงานเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสถาบันร่วม
- ปี 2559-2567 ศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรม
- ปี 2560 รางวัลชนะเลิศระดับจังหวัด ประเภทงานวิจัยจากงานประจำ เรื่อง ผลของการใช้แอปพลิเคชันสนทนากับโทรศัพท์มือถือในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเภสัชกรต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพนัง โดย ภญ.อมรรัตน์ รักฉิม
- ปี 2562 รางวัลชนะเลิศระดับจังหวัด ประเภทงานวิจัยจากงานประจำ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดย ภญ.กรองแก้ว พรหมชัยศรี
- ปี 2563 โล่รางวัลโครงการ พชต.บวร.สร้างสุข@บางตะพong จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- ปี 2563-2567 รางวัลผลงานยอดเยี่ยมอันดับ 1 ระดับจังหวัด ตัวชี้วัดงานคุ้มครองผู้บริโภคและระบบความปลอดภัยด้านยา
- ปี 2566 รางวัล Best Practice งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพที่ 11
- ปี 2566 รางวัลผลงานยอดเยี่ยมอันดับ 1 ระดับจังหวัด มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
- ปี 2566 รางวัลผลงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับดี
- ปี 2567 รางวัลผลงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับดีเยี่ยม
- ปี 2566-2567 รางวัล Best Practice พชต.บวร.ร. ชุมชนป่าระกำ ระดับเขตสุขภาพที่ 11
- พัฒนาระบบ medication reconciliation อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบ DOT TB ส่งยาไปยังรพ.สต.ใกล้บ้านผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ระบบการจัดการด้านยาที่มีความปลอดภัย เหมาะสม และการมียาที่มีคุณภาพ พร้อมใช้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ไตรมาส 2)
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*ผู้ป่วยนอก	< 20 ครั้งต่อ1,000 ใบสั่งยา	1.75	0.54	2.96	2.27	2.10
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*ผู้ป่วยนอก	<3: 1000 ใบสั่งยา	0.03	0.18	0.20	0.34	0.21
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*ผู้ป่วยนอก	< 20 ครั้งต่อ1,000 ใบสั่งยา	2.26	0.53	2.73	1.63	1.48
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*ผู้ป่วยนอก	<1: 1000 ใบสั่งยา	0.04	0.07	0.08	0.02	0.02
อุบัติการณ์ Medication error : Administration*ผู้ป่วยใน	<5: 1000 วันนอน	0.45	0.44	0.22	0.19	0.15
อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing*ผู้ป่วยใน	<30: 1000 วันนอน	2.05	0.73	0.82	0.78	0.62
อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing*ผู้ป่วยใน	< 20 ครั้งต่อ1,000 วันนอน	0.98	0.62	0.26	0.22	0.46
อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing*ผู้ป่วยใน	<30: 1000 วันนอน	3.56	1.47	1.27	1.30	2.18
อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing*ผู้ป่วยใน	<10: 1000 วันนอน	0.22	0.11	0.49	0.22	0.23
OPD						
Prescribing error						
ระดับ A-B	<20:1000	1.75	0.54	2.96	2.77	2.10
ระดับ C-D	0	0	0	0	0	0
ระดับ E-F	0	0	0	0	0	0
ระดับ G-I	0	0	0	0	0	0
Dispensing error	<1:1000	0.07	0.077	0.02	0.02	0.02

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ระดับ B	0	0	0.033	0	0	0
ระดับ C-D	0	0.07	0.044	0.02	0.02	0.02
ระดับ E-F	0	0	0	0	0	0
ระดับ G-I	0	0	0	0	0	0
IPD						
Prescribing error						
ระดับ A-B	<30:1000	2.05	0.73	0.79	0.78	0.62
ระดับ C-D	0	0	0	0.04	0	0
ระดับ E-F	0	0	0	0	0	0
ระดับ G-I	0	0	0	0	0	0
Transcribing error						
ระดับ A-B	<20:1000	0.98	0.62	0.26	0.22	0.46
ระดับ C-D	0	0	0.	0	0	0
ระดับ E-F	0	0	0	0	0	0
ระดับ G-I	0	0	0	0	0	0
Dispensing error						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ระดับ A-B	<10:1000	0.22	0.11	0.45	0.19	0.23
ระดับ C-D	0	0	0	0.04	0.037	0
ระดับ E-F	0	0.	0	0	0	0
ระดับ G-I	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งการแพ้ยาซ้ำ	0	1 ครั้ง	0	0	0	0
ร้อยละผู้ป่วย HIV ที่มี good adherence	> 95 %	96.28	96.35	97.00	94.0	97.5
จำนวน ADE	0 ครั้ง	1	0	0	0	0
อัตราความเหมาะสมในการส่งยาที่ทำ DUE	> ร้อยละ 80	84.38	92.86	96.33	94.84	93.87
โรงพยาบาลจ่ายยาอย่างสมเหตุผล	RDU District	ชั้น 3	RDU District	RDU District	RDU District	RDU District
อัตราเวชภัณฑ์คงคลัง	ไม่เกิน 2 เดือน	1.30	1.30	1.55	0.61	0.65
ระยะเวลารอคอยรับยา	<30 นาที	11.00	10.30	11.30	9.30	9.15
ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	> ร้อยละ 80	95.00	96.00	96.00	90.15	96.5
ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	> ร้อยละ 80	96.00	96.20	96.00	94.2	94.8
อัตราการเฝ้าระวังตามแนวทางการใช้ยาความเสี่ยงสูง	> 95 %	92.95	91.42	94.26	94.92	96.70
ร้อยละความคลาดเคลื่อนในการส่งยาHAD	<1%	1.24	2.86	2.46 d=1	2.17	2.20
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับเปลี่ยนรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่น การเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่โรงพยาบาลจัดเก็บตามปกติเป็นต้น						