



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลบางสะพานน้อย โทร. ๐๓๒ ๖๙๙๐๒๕

ที่ ปช.๐๐๓๓.๓๐๖.๑/พิเศษ

วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รายงานการประเมินการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕-๒๕๖๖ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์มีใบยาของกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.๒๕๖๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพานน้อย

ตามที่โรงพยาบาลบางสะพานน้อย ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์มีใบยา เพื่อให้เป็นไปตามมาตรการและระบบในการป้องกันการรับสินบนในกระบวนการเบิกจ่ายยาตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สอดคล้องกับเกณฑ์จริยธรรมในการเสริมสร้างธรรมาภิบาลระบบยาปลูกและปลูกจิตสำนึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์จริยธรรมนี้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางสะพานน้อย จึงขอรายงานสรุปผลการกำกับติดตามผลการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมฯ (ตามเอกสารแนบ) และขอเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุญาตให้เผยแพร่รายงานฯบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลบางสะพานน้อย ดังกล่าวต่อไป

(นางสิริกัญญา นิรมิตรานนท์)

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

- ทราบ
- อนุญาต

(นายสมพงษ์ พัฒนกิจไพโรจน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพานน้อย



คำสั่งโรงพยาบาลบางสะพานน้อย

ที่ ๑๐๗ / ๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ

อนุสนธิ คำสั่งโรงพยาบาลบางสะพานน้อย ที่ ๑๗๐/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ เพื่อให้การดำเนินการจัดการด้านยาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่ายมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงยกเลิคำสั่งโรงพยาบาลบางสะพานน้อย ที่ ๑๗๐/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ และแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmacy and Therapeutic Committee) ดังนี้

๑. องค์ประกอบของคณะกรรมการ ประกอบด้วย

- | | |
|--|----------------------------|
| ๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพานน้อย | ประธาน |
| ๒) แพทย์ประจำ | รองประธาน |
| ๓) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล | กรรมการ |
| ๔) หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม | กรรมการ |
| ๕) หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก | กรรมการ |
| ๖) หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช | กรรมการ |
| ๗) หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล | กรรมการ |
| ๘) หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด | กรรมการ |
| ๙) หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน | กรรมการ |
| ๑๐) หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา | กรรมการ |
| ๑๑) หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ | กรรมการ |
| ๑๒) หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม | กรรมการ |
| ๑๓) หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู | กรรมการ |
| ๑๔) หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑๕) หัวหน้างานคุณภาพ | กรรมการ |
| ๑๖) หัวหน้างานเทคโนโลยีและสารสนเทศ | กรรมการ |
| ๑๗) ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรม (รพ.สต.) | กรรมการ |
| ๑๘) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๙) เภสัชกรในกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๒. หน้าที่และความรับผิดชอบ

- ๑) กำหนดและทบทวนนโยบายด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและการสั่งใช้ยา เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาในภาพรวมของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่าย
- ๒) กำหนดมาตรการการบริหารเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ตั้งแต่การจัดซื้อจัดหา การควบคุมเก็บรักษา, การเบิกจ่าย ตลอดจนการสร้างเชื่อมั่นในคุณภาพยาของโรงพยาบาล
- ๓) จัดทำและปรับปรุงบัญชียาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน และคัดเลือกด้วยข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ
- ๔) กำหนด/รับรองแนวเวชปฏิบัติ ที่ใช้เป็นแนวทางสำหรับการสั่งจ่ายยาสำหรับผู้สั่งใช้ยา รวมถึงการกำหนดแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่อติดตามผลการรักษาและการใช้ยา
- ๕) กำหนดนโยบายและกำกับดูแลให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะ และยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- ๖) มีระบบการจัดการด้านยาเพื่อความปลอดภัยและกำกับติดตามอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ระบบการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ระบบการป้องกันการจ่ายยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกันในคู่ที่ห้ามใช้ร่วมกัน (contraindicated drug interaction) ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ระบบการจัดการยากลุ่มเสี่ยงสูง (high alert drug) และการประสานรายการยา (medication reconciliation) รวมถึงการให้ข้อมูลยาแก่ประชาชน
- ๗) กำหนดมาตรการ พัฒนาระบบและกำกับติดตามเพื่อลดอิทธิพลจากการส่งเสริมการขายยา กำกับติดตามการสั่งใช้ยาและให้ข้อมูลย้อนกลับ (supervision, audit and feedback) แก่ผู้สั่งใช้ยา เมื่อพบปัญหาในการใช้ยา รวมทั้งการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

๓. การประชุม

- ๑) มีประชุมปกติ ปีละ ๒ ครั้ง
- ๒) ส่งรายงานการประชุมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบทุกครั้ง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายสมพงษ์ พัฒนกิจไพโรจน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพานน้อย

รายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

ครั้งที่ 1/ 2566

วันอังคาร ที่ 29 พฤศจิกายน 2565

ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 โรงพยาบาลบางสะพานน้อย

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ. สมพงษ์	พัฒนกิจไพโรจน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
2. พญ. ปัญจภรณ์	นาคพานิชย์	นายแพทย์ปฏิบัติการ
3. ทพ. ปิยะวัตร	ตั้งสุขสันต์	ทันตแพทย์ชำนาญการ
4. นางนันทวัน	สืบสายเผ่าพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
5. นางชุตินา	ตั้งเขาทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. น.ส.พัชรี	ทศพลทรงพร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. น.ส.กอบแก้ว	หุ่่นเก่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8. น.ส.นันทนา	กำบัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
9. น.ส.ศุภลักษณ์	ไตรรัตน์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
10. น.ส.พิศนอร์	ฉันทะวิริยะกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
11. น.ส.ดารารัตน์	อรุณศิริวัฒนา	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ
12. นางสาวอโนทัย	พูลสวัสดิ์	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ
13. นางระวีวรรณ	หิรัญ	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
14. น.ส.ภิญญาพัชญ์	พรประเสริฐ	แพทย์แผนไทย (แทนคุณรัฐพงศ์)
15. น.ส.ปริดาภรณ์	สิมมา	ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด (แทนคุณรัตนกานต์)
16. ภญ. สิริกัญญา	นิรมิตรานนท์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
17. ภญ. เสาวลักษณ์	พัฒนกิจไพโรจน์	เภสัชกรชำนาญการ
18. ภญ. จามิกร	บุบผะเรณู	เภสัชกรปฏิบัติการ
19. ภญ. มุทิตา	รุ่งเรือง	เภสัชกร

รายชื่อผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

-

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

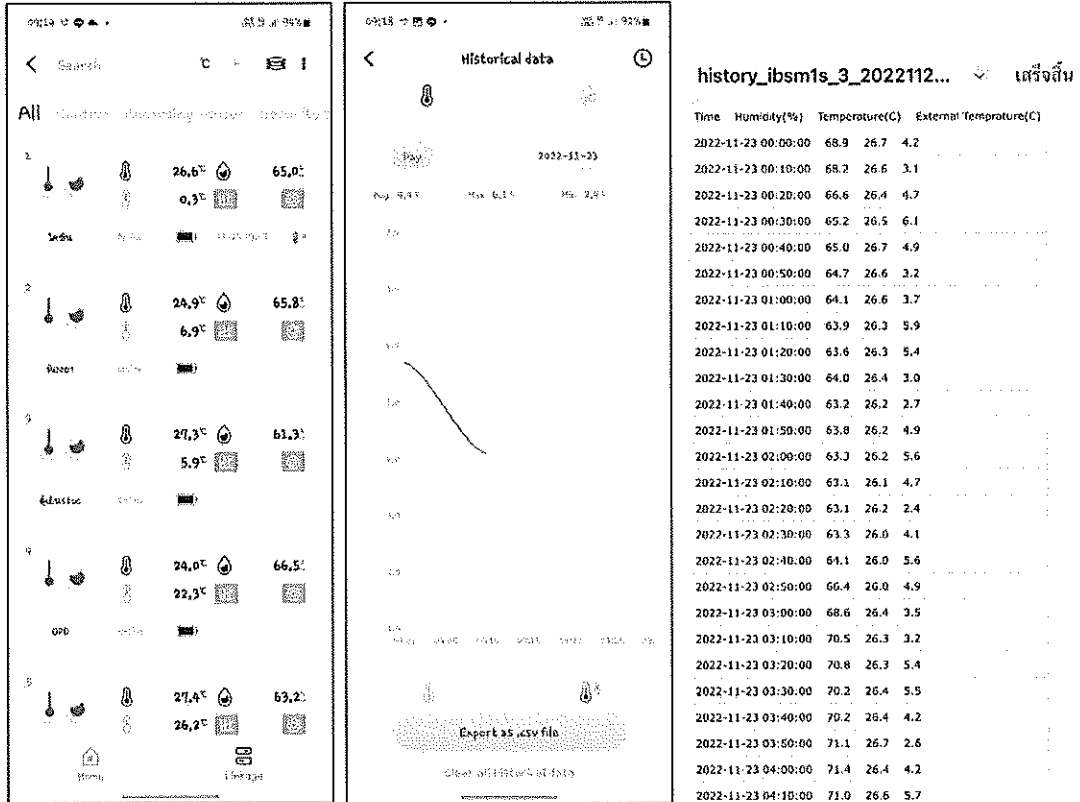
❖ ภญ. สิริกัญญา : นำเสนอเรื่องแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

1. การปรับปรุงระบบการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ โดยใช้ Wi-Fi Thermometer และจัดเตรียม pallet ในจุดยารอรับ / ยาที่เบิกแล้ว

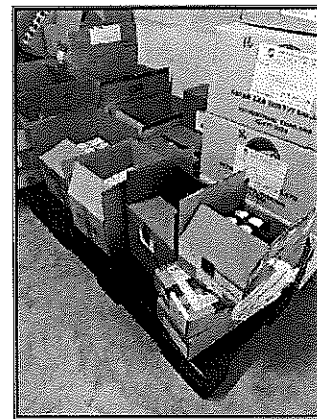
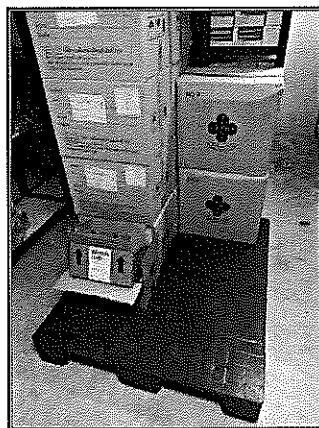
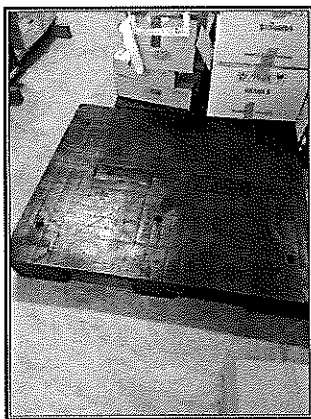
สืบเนื่องจากการตรวจเยี่ยมหน้างานของอาจารย์จาก สรพ เมื่อวันที่ 1 -2 กันยายน 2565 ปัญหาที่พบที่คลังยาและอาจารย์ได้ให้ข้อเสนอแนะ

- ขาดการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ คลังยา ในวันหยุดราชการ
- ทราบได้อย่างไรว่ายยาได้จัดเก็บในสถานที่ที่เก็บยามีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ ตลอดเวลาที่จัดเก็บ

- การวางยานพื้นในจุดยารอรับ / รายการยาที่เบิกแล้ว เสี่ยงต่อยาเสื่อมสภาพ
 แนวทางการแก้ไข ห้องยาได้ติดตั้งเทอร์โมมิเตอร์ที่สามารถบันทึกอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ได้ตลอด
 24 ชั่วโมง ที่เรียกว่า wifi thermometer ติดตั้งที่ตู้เย็น, ห้องยา และคลังยา ระบบนี้สามารถดูอุณหภูมิ
 และความชื้นสัมพัทธ์ได้ real time จากโทรศัพท์มือถือ และมีระบบแจ้งเตือนเป็นข้อความ หากอุณหภูมิ/
 ความชื้นสัมพัทธ์เกินจากเกณฑ์ที่กำหนด



จากหน้าจอสื่อโทรศัพท์ สามารถแสดงอุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ กราฟเส้น และสามารถส่งออก
 ข้อมูลอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ที่วัดได้เป็นไฟล์ excel



ในส่วนการจัดวางยาในส่วนยารอรับ/ ยาที่เบิกแล้ว มีการจัดซื้อพาเลท (pallet) เพิ่มเติมเพื่อ
 จัดเก็บยาในส่วนนี้ ก่อนที่จะนำไปเก็บบนชั้นหรือรอกหน่วยงานมารับยา

ที่ประชุม : รับทราบ

2. ข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล กรณีซื้อยาราคาทุนในผู้ป่วยใน

วันที่เรียกเก็บเงิน	จำนวนเงิน
10-ส.ค.-65	9,997.98
15-ก.ย.-65	6,602.00
17-ต.ค.-65	18,992.92
14-พ.ย.-65	5,692.40

รายการยาที่ยืมบ่อย

- 1) Ceftazidime injection
- 2) Pantoprazole injection
- 3) Augmentin injection
- 4) Meropenem injection
- 5) Tazocin 4.5 gm injection
- 6) Octreotide injection

ที่ประชุม : รับทราบ

3. รายการยาที่มีสำรองเพิ่มโดยการยืม : Octreotide injection 100 mcg/ml

แพทย์ประจำได้ขอสำรองยา Octreotide injection 100 mcg/ml เพื่อใช้ในเคส massive UGIB ยา Octreotide injection เป็นยาในกลุ่ม Endocrine-Metabolic Agent ซึ่งยังไม่มีในโรงพยาบาล บางสะพานน้อย กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ได้ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพานน้อย ขอสำรองโดยการยืมจากโรงพยาบาลบางสะพาน ยานี้มีสำรองใช้ใน รพ. แล้ว

ที่ประชุม : รับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

ที่ประชุมรับรองรายงานการประชุม PTC ครั้งที่ 1/ 2565

วาระที่ 3 เรื่องติดตาม

3.1 Medication Reconciliation (MR)

❖ ภญ. สิริกัญญา : นำเสนอผลการดำเนินงาน Medication reconciliation

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการทบทวนรายการยาที่ใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Medication Reconciliation) เป็นตัวชี้วัดที่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาหลายปีแล้ว และไม่พบว่าเป็นปัญหาของหน่วยงาน ดังนั้นในปีงบประมาณ 2566 นี้ ตัวชี้วัดดังกล่าวได้ตัดออก คงเหลือ 1 ตัวชี้วัด คือ อัตราการเกิด potential harm (ร้อยละของผู้ป่วยที่พบความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้สั่งใช้ยาอย่างน้อย 1 รายการ ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)

ตารางที่ 1 แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด Medication Reconciliation

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ				
	2561	2562	2563	2564	2565
1. อัตราการเกิด potential harm (ร้อยละของผู้ป่วย ที่พบความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้สั่งใช้ยาอย่างน้อย 1 รายการ ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) เป้าหมาย < 5 %	1.02%	1.28%	1.11%	0.55%	0.41%
1) จำนวนผู้ป่วยที่พบความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้สั่งใช้ยา	31	36	26	13	12
2) จำนวนผู้ป่วย (admit ใหม่) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	3,028	2,820	2,346	2,376	2,945

ที่ประชุม : รับทราบ

3.2 Rational Drug Use (RDU)

- ❖ ญ.สิริกัญญา : ในส่วนของตัวชี้วัด RDU ปีงบประมาณ 2566 ยังคงเหมือนปีงบประมาณ 2565 ข้อมูลผลงานจะใช้จาก HDC เป็นหลัก ซึ่งตอนนี้มีข้อมูลของปีงบประมาณ 2566 1 เดือน ในส่วนของ รพ ยังไม่ผ่าน RI , FTW และการใช้ยาพ่นในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง ในส่วนของ รพ.สต ไม่ผ่านเรื่องการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD)
- ❖ ผอ. แจ้ง : ในส่วนของ รพ.สต ไม่ควรสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ ควรสั่งใช้โดยแพทย์ หรือให้ส่งมา รพ.
ญ.สิริกัญญา : จะนำเสนอข้อมูล RDU รพ.สต ทหารอีกครั้งในที่ประชุม คบสอ บางสะพานน้อย

3.3 Drug Use Evaluation (DUE)

- ❖ ญ.จามีกร :
 - ➡ นำเสนอความเหมาะสมในการใช้ยา : Atorvastatin
- ความเหมาะสมในการใช้ยาโดยรวม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65 (เริ่ม 16/8/65-30/9/65)	ปีงบประมาณ 66 (เริ่ม 1/10/65-16/11/65)
เป้าหมาย	≥ 90%	≥ 90%
ผลงาน : ความเหมาะสมในการเริ่มใช้ยาโดยรวม	100.00	100.00
ความเหมาะสมในการใช้ยา Atorvastatin	100.00 (5/5)	100.00 (23/23)

ความเหมาะสมในการเริ่มยา Atorvastatin

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65 (เริ่ม 16/8/65-30/9/65)	ปีงบประมาณ 66 (เริ่ม 1/10/65-16/11/65)
Primary Prevention		
1. ได้รับ Simvastatin นานกว่า 6 เดือน ค่า LDL-C ไม่ได้ตามเป้าหมาย	100 (1/1)	100 (6/6)
2. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Simvastatin	100 (0/0)	100 (2/2)
3. ได้รับยาร่วมที่อาจเกิด Drug interaction กับ Simvastatin	100 (0/0)	100 (0/0)
Secondary Prevention		
4. พบผู้ป่วยสมองขาดเลือดหรือสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ไม่ได้เกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจ และมีระดับ LDL-C \geq 100 mg/dl	100 (1/1)	100 (3/3)
5. พบผู้ป่วย Clinical ASCVD ที่กำลังมี Acute Vascular Events ภายในระยะเวลา 12 เดือน (อายุ \leq 75 ปี)	100 (1/1)	100 (2/2)
6. พบผู้ป่วย Clinical ASCVD ที่มี Acute Vascular Events ภายในระยะเวลา 12 เดือน และเป็น Very high-risk ASCVD	100 (0/0)	100 (3/3)
อื่นๆ		
7. ผู้ป่วยที่เคยใช้ Atorvastatin เดิมอยู่แล้ว	100 (2/2)	100 (7/7)
8. เป็น Order ของแพทย์เฉพาะทาง	100 (0/0)	100 (0/0)
จำนวนรายงาน	5	23

ภญ.จามีกร : พบใบ DUE Atorvastatin 2 ใบที่เป็น DM HT อนามัยส่งมาตรวจเลือดประจำปีผู้ป่วยได้รับ Simvastatin (20) 2xhs > 6 เดือน และค่า LDL ไม่สูงและระดับตามเป้าหมายมีเพียงค่า TG ที่สูงแพทย์จึงพิจารณา หยุด Simvastatin และเพิ่ม Atorvastatin ซึ่งจากกรณีนี้อาจจะ เข้าเกณฑ์ข้อ คือ 1. ได้รับ Simvastatin นานกว่า 6 เดือน ค่า LDL ไม่ตามเป้าหมาย

ภญ.จามีกร : จากข้อมูล พบใบติดตามการใช้ยา Atorvastatin ปีงบประมาณ 65 จำนวน 5 ใบ มีการสั่งใช้ Atorvastatin ที่เหมาะสมตามเกณฑ์ และพบใบติดตามการใช้ยา Atorvastatin ปีงบประมาณ 66 จำนวน 23 ใบ มีการสั่งใช้ Atorvastatin ที่เหมาะสมตามเกณฑ์ โดยมี 2 ใบ ที่ไม่ได้พิจารณาเพียง LDL-C เป้าหมายเพียงอย่างเดียว แต่พิจารณาเป็น TG เป้าหมายด้วย จึงเสนอปรับใบ DUE โดยเพิ่มส่วนของ TG เป้าหมาย และการติดตามค่า TG ปัจจุบัน, TG ก่อนหน้า

ที่ประชุม : เห็นด้วย

ใบประกอบการสั่งจ่าย Atorvastatin 40 mg tab. (รายการยา DUE)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....HN.....AN.....
 แผลยา.....วันที่สั่งจ่าย.....หน่วยงาน.....

ฉีด Sulfonamide ที่ผู้ป่วย

ข้อบ่งชี้ยา Atorvastatin (* แผลยาโปรกระบุ ใน)

◆ Primary Prevention

- ได้รับ Simvastatin นานกว่า 6 เดือน ค่า LDL-C/ TG ไม่ได้ตามเป้าหมาย < $\frac{\text{LDL/TG ก่อนหน้า} = \dots \text{mg/dl วันที่}}{\text{LDL/TG ปัจจุบัน} = \dots \text{mg/dl วันที่}}$
- เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Simvastatin
 - Myolysis AST/ALT สูงมากกว่า 3 เท่าของค่าปกติ CPK สูงมากกว่า 5 เท่าของค่าปกติ
- ได้รับยาพร้อมที่อาจเกิด Drug interaction กับ Simvastatin
 - Erythromycin HIV protease inhibitors Gemfibrozil

◆ Secondary Prevention (LDL ปัจจุบัน = mg/dl วันที่.....)

- พบ ผู้ป่วยสมองขาดเลือดหรือสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ไม่ได้เกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจ และมีระดับ LDL-C ≥ 100 mg/dl
- พบ ผู้ป่วย Clinical ASCVD ที่กำลังมี Acute Vascular Events ภายในระยะเวลา 12 เดือน (อายุ ≤ 75 ปี)
- พบ ผู้ป่วย Clinical ASCVD ที่มี Acute Vascular Events ภายในระยะเวลา 12 เดือน และเป็น Very high-risk ASCVD (table 4)

◆ อื่นๆ

- ผู้ป่วยที่เคยใช้ Atorvastatin เดิมอยู่แล้ว
 - เป็น Order ของแพทย์เฉพาะทาง
- ระบุชื่อแพทย์.....
 รพ.

แพทย์ผู้สั่งจ่าย.....
 (.....)

Table 4. Very High-Risk* of Future ASCVD Events	Table 4. Continue
Major ASCVD Events	Diabetes mellitus
Recent ACS (within the past 12 mo)	Hyperlipidemia
History of MI (MI/MIx) or recent ACS event (MIx) above	CKD (GFR ≤ 30 mL/min/1.73 m ² or ≤ 45 mL/min/1.73 m ²)
History of ischemic stroke	Current smoker
Symptomatic peripheral vascular disease (history of claudication with ABI < 0.9 , or previous revascularization or amputation [†])	History of elevated LDL-C (LDL-C ≥ 190 mg/dL or ≥ 2.6 mmol/L) despite maximally tolerated statin therapy and lifestyle
High-Risk Conditions	History of angiotensin II
Age ≥ 65 y	
Hypercholesterolemia (hypercholesterolemia)	
History of prior coronary artery bypass surgery or percutaneous coronary intervention (outside of the major ASCVD event)	

(Continued)

แบบฟอร์มการใช้ Atorvastatin ปรับปรุงใหม่

3.4 ผลการติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยา Methimazole tablet (MMI)

- ❖ ญ.มูทิตา: นำเสนอแบบติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยา MMI ดังรูป
- ❖ ญ.มูทิตา: รายงานผลการติดตามเฝ้าระวังการใช้ยา โดยตั้งแต่นายา MMI เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลบางสะพานน้อยจนถึง 30 พฤศจิกายน 2565 มีผู้ป่วยที่ใช้ MMI ทั้งสิ้น 4 ราย โดยทุกรายเป็นการเริ่มยา MMI ที่โรงพยาบาลบางสะพานน้อย มีการติดตามเฝ้าระวังการใช้ยาหลังจากเริ่มยา MMI แล้วอย่างน้อย 2 เดือน ทั้งสิ้น 3 ราย โดยยังไม่มีผู้ป่วยรายใดเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา MMI

ที่ประชุม : รับทราบ

แบบติดตามการใช้ยา MMI เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลขอนแก่น

กรณีใช้ยาครั้งแรก กรณีใช้ขนาดยา มากกว่า 30 mg/day (Max = 60 mg/day)

วันที่เริ่มยา..... วันที่สิ้นสุดการติดตาม.....

สติกเกอร์ยา

เจาะ TFT เพื่อ Dx. hyperthyroidism วันที่

เจาะ LFT เพื่อเป็น baseline ก่อนเริ่มยา วันที่

ปกติ ผิดปกติ

เจาะ CBC เพื่อเป็น baseline ก่อนเริ่มยา วันที่

ปกติ ผิดปกติ

POP-UP note แจ้งเตือนผลติดตาม ADR จากการใช้ยา MMI ใน 6 เดือนแรกหลังเริ่มยา (กำหนดช่วงระยะเวลาส่ง POP-UP)

Check DI ไม่มี มี

Check ข้อห้าม ไม่มี มี

ลงชื่อ ผู้ลงข้อมูลการติดตาม

วันที่					FT4 1-1.5 เท่า (ค่าปกติ 5-10 ng/dly)
FT3 (2.00-4.4 ng/dl)					1-1.5-2 เท่า (ค่าปกติ 10-20 ng/dly)
FT4 (0.93-1.7 ng/dl)					1-1.2 เท่า (ค่าปกติ 20-60 ng/dly)
TSH (0.27-4.2 mIU/ml)					Dose > 30 mg/day ควรถี่ 2 ครั้ง/วัน

วันที่ติดตาม.....

เจาะ TFT เพื่อติดตามการรักษายา วันที่..... ลงชื่อ..... ผู้ลงข้อมูลการติดตาม

ติดตามอาการที่อาจเกิดจาก ADR ที่รุนแรงของยา MMI

1. มีอาการที่อาจเกิดจากการคิดเค็ยแบคทีเรีย เช่น เชื้อคอตีบ ไข้หวัดใหญ่ (พิจารณา Agranulocytosis)

ไม่มี

มีอาการ..... แนะนำตรวจ Lab CBC เพื่อพิจารณา Agranulocytosis

ตรวจ CBC

ปกติ ANC = (คำนวณจาก ANC = %Neutrophil x WBC count x 10)

ANC <500 = Agranulocytosis = หยุดยา MMI (absolute contraindication)

ไม่ตรวจ CBC เนื่องจาก

2. มีอาการที่สงสัยภาวะตับอักเสบ เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง (พิจารณา Hepatotoxicity)

ไม่มี

มีอาการ..... แนะนำตรวจ Lab LFT เพื่อพิจารณา Hepatotoxicity

ตรวจ LFT

ปกติ

ผิดปกติ ระบุ

การรักษา ระบุ

ไม่ตรวจ LFT เนื่องจาก

แบบติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยา MMI

วาระที่ 4 เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

4.1 รายการยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล

❖ **ภญ.มูทิตา** นำเสนอรายการยาและข้อมูลยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล (ยาเข้าใหม่)

4.1.1. Podophyllin paint

รูปแบบของยา: Paint (ทาภายนอก)

กลุ่มยา: Keratolytic Agent

ข้อบ่งใช้: รักษาโรคนูน

บัญชียาหลักแห่งชาติ: บัญชี ก.

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา: จับ microtubules ทำให้หยุดกระบวนการแบ่งเซลล์ในระยะ metaphase และทำลายระบบการลำเลียงสารอาหารที่ไปหล่อเลี้ยงเซลล์

ยาในกลุ่มเดียวกันที่มีอยู่แล้วในบัญชียา: ไม่มี

เหตุผลในการนำเสนอเข้า: เพื่อใช้เป็นยาทาภายนอกสำหรับรักษาโรคนูน นูนหงอนไก่

ที่ประชุม : อนุมัติ

4.1.2. Norepinephrine inj. (Levophed®) (4 mg/4 ml) (HAD)

รูปแบบของยา: Sterile solution for injection

ความแรง: 4 mg/4 ml/ampoule

กลุ่มยา: Alpha-/Beta-Agonist, Vasoconstrictor sympathomimetics

ข้อบ่งใช้: รักษาภาวะ shock, Severe hypotension

บัญชียาหลักแห่งชาติ: บัญชี ก.

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา: มีฤทธิ์หดหลอดเลือด โดยกระตุ้น Alpha-adrenergic receptors ทำให้เพิ่มความดันโลหิต และเพิ่ม coronary blood flow

ยาในกลุ่มเดียวกันที่มีอยู่แล้วในบัญชียา: Dopamine injection

เหตุผลในการนำเสนอเข้า: เพื่อใช้เป็นยาทางเลือกแรกสำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock และมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง

ที่ประชุม : อนุมัติ

4.1.3. Ceftazidime inj. (1 g/vial)

รูปแบบของยา: Sterile powder for injection

ความแรง: 1 g/vial

กลุ่มยา: Antibiotic, Cephalosporin (Third Generation)

ข้อบ่งใช้ตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ: ใช้เป็น empiric/specific therapy สำหรับการติดเชื้อ *P. aeruginosa* และ melioidosis

บัญชียาหลักแห่งชาติ: บัญชี ค.

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา: ออกฤทธิ์ฆ่าแบคทีเรีย (bactericidal action) โดยจับกับ penicillin-binding protein ซึ่งเป็นโปรตีนที่จำเป็นในการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย

ยาในกลุ่มเดียวกันที่มีอยู่แล้วในบัญชียา: Ceftriaxone injection, Cefotaxime injection

เหตุผลในการนำเสนอเข้า: ใช้เป็น empiric/specific therapy สำหรับการติดเชื้อ *P. aeruginosa* และ melioidosis, มีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง

ที่ประชุม : อนุมัติ

4.1.4. Pantoprazole inj. (40 mg/vial)

รูปแบบของยา: Sterile powder for injection

ความแรง: 40 mg/vial

กลุ่มยา: Proton Pump Inhibitors (PPIs)

ข้อบ่งใช้: รักษาแผล/ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

บัญชียาหลักแห่งชาติ: บัญชี ค.

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา: ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Proton pump ที่เซลล์ผนังของกระเพาะอาหาร ส่งผลให้ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร

ยาในกลุ่มเดียวกันที่มีอยู่แล้วในบัญชียา: Omeprazole injection

เหตุผลในการนำเสนอเข้า: มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 2565 ถึงปัจจุบันค่อนข้างสูง (ใช้ใน case active UGIB) โดยใช้ในปีงบประมาณ 2565 ทั้งสิ้น 282 vials

ที่ประชุม : อนุมัติ

4.1.5. Sodium Bicarbonate ear drops

รูปแบบของยา: ยาหยอดหู (ยาเตรียมเฉพาะราย)

ความแรง: 5% w/v หรือ 7.5% w/v

กลุ่มยา: Ceruminolytics

ข้อบ่งใช้: ช่วยในการกำจัดขี้หู

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา: ลดแรงตึงผิวของน้ำและน้ำมัน ช่วยให้ขี้หูละลายและง่ายต่อการกำจัดออก

ยาในกลุ่มเดียวกันที่มีอยู่แล้วในบัญชียา: ไม่มี

เหตุผลในการนำเสนอเข้า: เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มา OPD ด้วยปัญหาหูอื้อ การได้ยินลดลง พอส่องหูเข้าไปพบ cerumen impact ค่อนข้างเยอะ ให้ olive oil ไปหยอดแล้วอาการไม่ดีขึ้น ต้อง Refer ไปพบ ENT เป็นจำนวนมาก

ด้วย Sodium bicarbonate ear drops ไม่มีจัดจำหน่ายในประเทศไทย ดังนั้นโรงพยาบาลจะผลิตเป็นยาเตรียมเฉพาะรายจาก 7.5% Sodium bicarbonate inj. ซึ่งความแรงขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลเลือกใช้

สูตรตำรับการเตรียม Sodium Bicarbonate ear drops 5% W/V

7.5% NaHCO₃ inj. 50 ml = 3.75 g

Purified water q.s. 75 ml

จะได้ Sodium Bicarbonate ear drops 5% W/V 75 ml

ยาเตรียมมีอายุ 14 วันนับจากวันผลิต โดยเก็บที่อุณหภูมิห้อง

ที่ประชุม : อนุมัติ โดยตกลงใช้ที่ความเข้มข้น 5% w/v

4.2 แนวทางพัฒนาระบบงาน ME ตามคำแนะนำจากการเยี่ยมสำรวจ

❖ ภาณูเสาวลักษณ์ นำเสนอ

4.2.1 เพิ่มรหัสวิธีใช้ยา IVD : โดยรหัสนี้ใช้กับรายการยาที่ต้องผสมสารน้ำ หรือหยดเข้าหลอดเลือดดำภายในเวลาที่กำหนด มีรหัสที่เพิ่มดังนี้

- IVD1gOD, IVD2gOD, IVD***mgOD for ceftriaxone
- IVD1gq6, IVD2gq6, IVD***mgq6 for cloxacillin
- IVD1gq8, IVD2gq8, IVD***mgq8 for caftazidime
- IVD1gq12, IVD2gq12, IVD***mgq12 for ceftriaxone or caftazidime
- IVD240OD for gentamicin
- IVD600q8, IVD900q8 for clindamycin

ที่ประชุม : รับทราบ

4.2.2 เพิ่มข้อมูลยาฉีด : เนื่องจากระบบ HOS-xP ver.4 ของโรงพยาบาลบางสะพานน้อย อยู่ในช่วงแก้ไขให้ฉลากคำแนะนำพิเศษสามารถพิมพ์ฉลากยาได้ในระบบ IPD (สอบถามทาง รพ.บางสะพาน สามารถทำได้) จึงได้แก้ไขฉลากยาที่มีอยู่ ให้แสดงรายละเอียดดังนี้



1. ชนิดยา (วิธีบริหารยา เช่น push / drip ก็นาที) (PFL)
2. ชื่อยา : (ชื่อยาภาษาไทย) (เก็บได้นานเท่าไรที่อุณหภูมิไหน หรือเปิดใช้ทันที ที่เหลือทิ้งไป)....ในรูปแบบของการละลายผงยา (reconstituted) ซึ่งอายุของยาจะไม่เท่ากับรูปแบบของสารละลายเจือจาง (dilution)
3. การผสมยากับสารละลายที่ใช้ได้ และความเข้มข้นสูงสุด

ที่ประชุม : รับทราบ

4.2.3 ลด transcription error ในระบบสั่งยาตัวน : ระบบปัจจุบันไม่เป็นแนวทางเดียวกันในส่วน OPD และ ER รวมถึงพบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาซ้ำซ้อนที่หน่วยงาน ER ดังนี้

- ที่หน่วยงาน OPD แพทย์สั่งยา และเขียนสั่งฉีดยาที่ไบนำทาง หากแพทย์ไม่เคียให้พยาบาลหน้าห้องตรวจคีย์ก่อนส่งรับยาที่ห้องยา
- ที่หน่วยงาน ER แพทย์สั่งฉีดยาโดยปากเปล่า/order by line พยาบาลเขียนคัดลอกคำสั่งใช้ยาลงไบนำทางและคีย์ในระบบ HOS-xP

ที่ประชุม : ที่หน่วยงาน OPD แพทย์สั่งยา และเขียนสั่งฉีดยาที่ไบนำทาง ที่หน่วยงาน ER ให้แพทย์เขียนสั่งยาไบนำทาง และพยาบาลคีย์สั่งยา เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาของพยาบาล

4.2.4 เพิ่มรายงาน predispending error IPD และ pre-administration error (administration error category A -B) IPD

เมื่อไหร่ Dispensing > Predispending แสดงว่า...ระบบจ่ายยามีปัญหา

	OPD	IPD
Predispending error	113	2
Dispensing error	7	6

- การรายงาน Predispending error

- ตรวจดูคำสั่งให้จ่าย 6 รายการ
- ตรวจเข้า ถึงยอดจ่ายที่ ER 1 รายการ
- การค้นหา Dispensing error ในหน่วยงาน?

เมื่อไหร่ Administration > Pre-administration แปลว่า...ระบบการให้ยามีปัญหา

	OPD	IPD
Pre-admin error (Admin. Cat. A-B)	0	0
Administration error (Cat. Cat)	1	11

→ ควรทำ cross check ก่อนให้ยาเพื่อค้นหา Administration Category A-B (Pre-admin)

การรายงาน Administration Error น้อย

ในส่วน perdispensing error IPD เกิดจากการเก็บรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง และกรณีเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผิดที่เกิดจากการจัดยาผิด ไม่ได้เก็บความคลาดเคลื่อนในการจัดยา และในส่วน preadministraion error เกิดจากไม่มีการเก็บรายงานซึ่งอาจารย์จากสถาบัน HA แนะนำให้ทำ cross check ก่อนให้ยาเพื่อค้นหารายงานความคลาดเคลื่อนในการเตรียมยา

ผอ. : ให้สอบถามโรงพยาบาลข้างเคียงว่ามีการจัดเก็บข้อมูล Preadministration error หรือไม่และเก็บข้อมูลอย่างไร เพื่อนำมาปรับปรุงใช้เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล

ภญ.เสาวลักษณ์ : ปรับแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาฉบับปัจจุบัน แก้ไขครั้งที่ 3 (14 ก.ย. 65) เพิ่มการบันทึกข้อมูลของผู้ปฏิบัติกรณีเกิดความคลาดเคลื่อนเพื่อประกอบในการวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไขกรณีเกิดจากบุคคล

ที่ประชุม : รับทราบ

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1 การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับระบบยา

❖ ภญ.สิริกัญญา : ขอความร่วมมือให้ส่งเจ้าหน้าที่ใหม่ในส่วนพยาบาลและทันตแพทย์เข้าร่วมปฐมนิเทศระบบยาร่วมกับแพทย์ เนื่องจากพบความคลาดเคลื่อนในการศัลยกรรมในกลุ่มเจ้าหน้าที่ใหม่ดังกล่าว

5.2 น้ำมันกัญชาหมอเดชา ชนิดรับประทาน

❖ ภญ.สิริกัญญา : โรงพยาบาลบางสะพานน้อย ได้รับสนับสนุนน้ำมันกัญชาหมอเดชา DTAM GANJA OIL (DAJA FORMULA) จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อใช้รักษาผู้ป่วยในช่องทางพิเศษ (Special Access Scheme หรือ SAS) คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลจำนวน 8 จุด เป็นยาสมุนไพร มีข้อมูลใส่โปรแกรม HosXp แล้ว สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่งานแพทย์แผนไทย

5.3 การปกปิดข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ

❖ ผอ. แจ้ง : พบการบันทึกข้อมูลวินิจฉัยผู้ป่วย ระบุ HIV infection ในเวชระเบียนผู้ป่วยในซึ่งต้องมีการส่ง scan เข้าสู่ระบบ ควรใช้รหัสในการสื่อสารข้อมูลเพื่อให้เข้าใจตรงกันในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพและปกปิดข้อมูลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ที่ไม่เกี่ยวข้อง โดยใช้รหัสเป็น GPP

❖ ผอ. แจ้ง : ในอนาคตจะสามารถดูข้อมูลการได้รับยาในต่างสถานพยาบาลได้ หากมีการเชื่อมข้อมูล HIS Gateway

5.4 จำนวนยา TNK สำรอง = 0

❖ ภญ.สิริกัญญา : ยา TNK ยังไม่รับสำรองเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ หรือจากเขต 5 ทำให้ไม่มียา TNK ใช้ในโรงพยาบาล หากมีเคสใช้ให้เปลี่ยนไปใช้ Streptokinase แทน หรือแล้วแต่แพทย์พิจารณา

❖ ผอ. แจ้ง : ให้รอการสำรองยา TNK จากเขต ซึ่งมีข้อมูลมาว่าจะมียา TNK มาให้โดยให้แบ่งระหว่าง รพ.บางสะพาน กับ รพ.บางสะพานน้อย ส่วนการสำรองโดยการยืม TNK จากโรงพยาบาลอื่น ให้รอก่อน

ปิดประชุม เวลา 15.00 น.

(นางสาวมุกิตา รุ่งเรือง)
ผู้สรุปรายงานการประชุม
เภสัชกร

(นางสาวจามีกร บุษพะเรณู)
ผู้สรุปรายงานการประชุม
เภสัชกรปฏิบัติการ

(นางเสาวลักษณ์ พัฒนกิจไพโรจน์)
ผู้สรุปรายงานการประชุม
เภสัชกรชำนาญการ

(นางสิริกัญญา นิรมิตรานนท์)
ผู้สรุป และตรวจรายงานการประชุม
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

เอกสารแนบ ลำดับที่ 1

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

รายงานการประเมินตนเองฉบับ 2020 มีการปรับเปลี่ยนบางประเด็นเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ถูกกำหนดในระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ที่มีกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพชั้น 3 และชั้นก้าวหน้า 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 ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติ การดำเนินงาน ทบทวน 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.....

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- (Effort): เพื่อแก้ปัญหา..... ทีมงานได้ใช้แนวคิด..... โดยดำเนินการต่อไปนี้..... ทำให้เกิดบทเรียน.....
- (Plan): เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่อง..... รพ.ได้วางแผนไว้ดังนี้.....

สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนครบ bullet ทั้ง 4 อันข้างบน แต่ให้เขียนให้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา

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

- (Essential Standard) ...เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ทีมได้ดำเนินการ..... ส่งผลให้.....
- (Essential Standard) ...เพื่อลดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์เรื่อง....ทีมได้ดำเนินการทบทวนพบว่า....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.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น 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

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

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

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว (ให้เช็ค ✓ ก่อนส่งสรพ.)
การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล ตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSIs	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)	
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 วิชาการเลือดและงานบริการโลหิต	
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	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 ในแบบประเมินตนเอง เพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

หมายเหตุ: ส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยใน SAR 2020 จะเป็นตัวหนังสือสีแดง และปฏิบัติการระดับ E ขึ้นไปรายละเอียดดังตาราง

ระดับผลกระทบของปฏิบัติการ					
ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
	A-B-C	D	E-F	G-H	I
ผู้ป่วย (ไม่ใช่เรื่องมา)	(A) ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน (B) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (C) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องการการรักษา ไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย	(D) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตราย แต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม	(E) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม (F) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	(G) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการถาวรต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษา (H) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาทางการแพทย์ / ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต	(I) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต
ผู้ป่วย (มา)					

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

II 6 ระบบการจัดการด้านยา

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565(9mo)
OPD						
1. อัตรา Medication Errors OPD ทั้งหมด	< 13.2 : 1,000 ใบสั่งยา	6.32	6.70	7.23	11.36	5.53
อัตรา Prescription Error	< 5 : 1,000 ใบสั่งยา	2.08	2.48	1.39	1.45	1.05
อัตรา Transcription Error	< 3 : 1,000 ใบสั่งยา	1.27	1.90	1.61	1.85	0.40
อัตรา Pre-dispensing Error	< 5 : 1,000 ใบสั่งยา	2.79	2.22	4.05	7.81	3.84
อัตรา Dispensing Error	<0.1 : 1,000 ใบสั่งยา	0.10	0.08	0.12	0.21	0.20
	0 : 1,000 ใบสั่งยา (ระดับ E-I)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
อัตรา Administration Error	<0.1 : 1,000 ใบสั่งยา	0.07	0.03	0.05	0.03	0.03
	0 : 1,000 ใบสั่งยา (ระดับ E-I)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
IPD						
2. อัตรา Medication Errors IPD ทั้งหมด	< 17 : 1,000 วันนอน	18.44	21.14	10.63	4.99	3.92
อัตรา Prescription Error	< 5 : 1,000 วันนอน	4.26	5.46	3.36	2.07	0.52
อัตรา Transcription Error	< 3 : 1,000 วันนอน	11.21	11.73	3.47	0.85	0.91
อัตรา Pre-dispensing Error	< 5 : 1,000 วันนอน	2.32	1.11	1.79	0.73	0.26
อัตรา Dispensing Error	< 1 : 1,000 วันนอน	0.46	2.02	1.23	0.49	0.78

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

	0 : 1,000 วันนอน (ระดับ E-I)	0.00	0.10	0	0	0.00
อัตรา Administration Error	< 3 : 1,000 วันนอน	0.19	0.81	0.78	0.85	1.44
	0 : 1,000 วันนอน (ระดับ E-I)	0.00	0.10	0.00	0.00	0.00
3.แพ้ยาซ้ำ	0 ราย	0	1(E)	1(B)	2(B)	0
4.อัตราความเหมาะสมในการ สั่งจ่ายยา (DUE)	≥ 90%	94.60	88.26	95.62	96.69	97.50
5.อัตรา Medication Reconciliation	≥ 90%	96.76	93.69	97.74	99.83	99.45
6.ระดับการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล (RDU)	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
7.จำนวนอุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนทางยาของกลุ่มยา ที่มีความเสี่ยงสูงระดับ E-I	0	0	0	0	1(E)	0

ii. บริบท

ระบบการจัดการด้านยาโรงพยาบาลบางสะพานน้อย อยู่ในกำกับดูแลโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลขานุการ ตัวแทนบุคลากรจากสาขาวิชาชีพเป็นกรรมการ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านยา บัญชียา การเก็บสำรองยา พิจารณางบประมาณและแผนจัดซื้อยา พัฒนาระบบยาให้มีการประสานเชื่อมโยงระบบกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การบริหารคลังยาแบบคลังเดี่ยวทั้งเครือข่ายและใช้โปรแกรม drug ในการบริหารคลังยา อัตราการสำรองยาประมาณ 1- 1.5 เดือน มี รพ.สต.ในความดูแล 8 แห่ง มีระบบยืมยาจาก รพ.ใกล้เคียง (รพ.บางสะพาน, รพ.ทับสะแก และ รพ.ประจวบคีรีขันธ์) ในกรณียาไม่เพียงพอ ใช้โปรแกรม HOSxP ในการปฏิบัติงานจ่ายยา และระบบการกระจายยาในเด็กผู้ป่วยในเป็นแบบ one day dose

- ยาที่ต้องระมัดระวังสูง : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เป็นผู้รับผิดชอบในการพิจารณาและกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งจัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับยา High Alert Drugs (HAD) และแบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ไว้ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการปรับปรุงคู่มือยา High Alert Drugs ล่าสุด 21 พฤษภาคม 2562 มีการติดตามและประเมินผลการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและรายงานในที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และแจ้ง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รายการยา HAD ของโรงพยาบาล จากเดิมมี 12 รายการ เมื่อมีการทบทวนใน PTC บังบ 2562 เปลี่ยนแปลงเป็น 14 รายการ ได้แก่ 1. Adrenaline injection 2. Calcium gluconate injection 3. Dopamine injection 4. Digoxin injection 5. Insulin RI (กรณิ infusion) 6. Potassium chloride injection 7. Magnesium sulfate injection (10% MgSO₄, 50% MgSO₄) 8. Morphine injection 9. Pethidine injection 10. Phenytoin injection 11. Streptokinase injection 12. Warfarin tablet 13. Amiodarone injection และ 14. Norepinephrine injection

- กำหนดแนวทางการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ครอบคลุมกระบวนการต่างๆ ดังนี้

- 1) การรับยาเข้า : คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดทำบัญชียาเกณฑ์คัดเลือกยาที่มีความเสี่ยงสูงจากข้อมูลด้านเภสัชวิทยาของยาและความเสี่ยงที่มีเคยมีอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล และห้ามสำรองยาดังกล่าวตามหน่วยงานต่าง ๆ ยกเว้นยา Emergency และยาที่ต้องมีสำรองตามแนวทางการรักษากำหนดแนวทางปฏิบัติไว้ชัดเจน รายการยาที่มีความเสี่ยงสูงที่มีอยู่ในกล่องยาฉุกเฉิน ได้แก่ Adrenaline injection และ Magnesium sulfate injection รายการยาที่มีความเสี่ยงสูงที่สำรองที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามแนวทางดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ยา Streptokinase injection
- 2) การสั่งใช้ยา : ต้องมีการระบุตัวผู้ป่วย อีกทั้งต้องมีผลทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้องก่อนสั่งยา หากมีความจำเป็นต้องสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ให้สามารถยืนยันการสั่งยาโดยบุคคลมากกว่า 1 คน การสั่งใช้ยาต้องระบุขนาดยาที่ต้องการ ชนิดและปริมาณสารละลายที่ต้องการ อัตรา วิธีการให้ยา โดยต้องไม่สั่งใช้ยาค่าย่อที่ไม่เป็นสากล หากคำสั่งไม่ชัดเจนผู้รับคำสั่งต้องสอบถามแพทย์ผู้สั่งใช้ทันที (คู่มือปฏิบัติงานสำหรับยา High Alert Drugs)
- 3) การจัดยาและจ่ายยา : มีการจัดวางยา High Alert Drugs ที่พื้นที่แยกจากยาชนิดอื่น ๆ การจัดยาและจ่ายยาเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนหลายขั้นตอน จึงต้องมีการทวนสอบหลายครั้งและกระบวนการแจ้งเตือน คือการติดสติ๊กเกอร์สีสะท้อนแสงสีแดงที่ภาชนะบรรจุยา และที่หน้าของยาจะมีวงเล็บ " (HAD)" ที่ท้ายชื่อยา อีกทั้งมีการแนบแบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และลงข้อมูลกำกับทุกครั้งสำหรับการเฝ้าระวังและติดตาม parameter ในการใช้ยา
- 4) การบริหารยา : Double Check โดยการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง ต้องปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอย่างเคร่งครัด
- 5) เฝ้าระวังการใช้ยา : พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ตามทีระบุในแบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงแต่ละชนิด มีการติดตามและบันทึกผลการใช้ยาหรือหากมีการเปลี่ยนแปลงหลังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง บันทึกลงแฟ้มผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันทีที่พบการเปลี่ยนแปลง และทีมสหสาขาวิชาชีพต้องร่วมกันค้นหาปัญหาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย

iii. กระบวนการ

II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

- (1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา :

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดสามารถดำเนินการได้ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด ได้แก่
 - การจัดการประชุม สืบเนื่องจากในปีงบประมาณ 2563-2565 มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การจัดการประชุมเต็มรูปแบบของ PTC ไม่สามารถดำเนินการได้เต็มรูปแบบ หากมีเรื่องเร่งด่วนทางกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคได้นำเสนอวาระการประชุมของ PTC ผ่านการประชุมคณะกรรมการงานคุณภาพและคณะกรรมการงานบริหารโรงพยาบาล
 - การพิจารณารายการยาเข้าและออกจากบัญชียาโรงพยาบาลดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด (อย่างน้อยปีละครั้ง)
 - ปรับปรุงบัญชียาของโรงพยาบาลให้เหมาะสมปีละครั้ง
 - การกำกับดำเนินการด้านการจัดการยาอย่างสมเหตุสมผล ผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในปีงบประมาณ 2565 มีการปรับเกณฑ์การประเมินงาน RDU ,เพิ่ม RDU community ในส่วนของโรงพยาบาลสามารถผ่านเกณฑ์ RDU Hospital (เกณฑ์ ผ่านตัวชี้วัด 10-12 ข้อ) , รพ.สต ในเขตบางสะพานน้อยสามารถผ่าน RDU PCU (เกณฑ์ $\geq 80\%$) และกำลังดำเนินการในส่วน RDU Community ให้ครอบคลุมทุกตำบลในเขตอำเภอบางสะพานน้อย(มีร้านชำ RDU ≥ 1 ร้าน/อำเภอ)
 - การวางแผนการจัดซื้อ การจัดหา เก็บรักษา กระจายและควบคุมยาสามารถดำเนินการได้ทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับตำบล
- เพื่อบรรลุเป้าหมายโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล รพ. ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่ผ่านการพิจารณาจาก PTC ที่มีมาตรการต่อไปนี้
 - 1) ยกเลิกยารายการยาที่มีหลักฐานว่าไม่มีประสิทธิผลในการรักษา (efficacy) ได้แก่ยา Paracetamol injection และ ยา Serratiopeptidase
 - 2) เพิ่มการสำรองรายการยารองรับการดูแลผู้ป่วยตามระบบ service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ยา Streptokinase injection ,Tenecteplase injection, Hydrocortisone injection , Enoxaparin injection, สาขาอายุรกรรม (sepsis) ยา Norepinephrin injection, เพิ่มรายการยาในการดูแลผู้ป่วยคลินิกจิตเวช (ยา sodium valproate tablet)
 - 3) การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และเพิ่มรายการยาสมุนไพรรองรับการเปิดงานบริการ OPD ศูนย์งานแพทย์แผนไทย
 - 4) มาตรการลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรค (URI, Diarrhea, บาดแผลสด) และพัฒนาการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล ระดับ รพ.สต และระดับชุมชน

การดำเนินงานตามมาตรการดังกล่าวข้างต้นทำให้ รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล RDU Hospital มีกรอบรายการยาที่เหมาะสม ไม่เกินจำนวนกรอบรายการยาของ รพช มีรายการยาสำรองที่รองรับการดำเนินงาน service plan ที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายทันเวลา ลดค่าใช้จ่ายด้านยา

(2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชียา

เพื่อให้โรงพยาบาลบางสะพานน้อยมีกรอบบัญชียารายการยาเท่าที่จำเป็น กลุ่มงานเภสัชกรรมฯได้ดำเนินการต่อไปนี้

 - 1) จัดทำเกณฑ์ในการคัดเลือกยาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่ง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัยความเสี่ยงและต้นทุน นำเสนอในที่ประชุม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เป็นผู้พิจารณาทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง ปรับปรุงบัญชียาใน รพ.สต ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2565 พิจารณาเพิ่มรายการยา Glyceril guaiacolate ขนาด 100 mg (ED) เข้าบัญชียา รพ.สต และทบทวนปรับปรุงรายการยาโรงพยาบาลบาง สะพานน้อยครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565

- 2) PTC มีการกำหนดนโยบายสำคัญในระบบการจัดการด้านยาได้แก่ มาตรการความปลอดภัยด้านยา, การมี รายการยาที่เหมาะสม, แนวทางการสั่งจ่ายยา, ระบบตรวจสอบความคลาดเคลื่อนทางยา, ระบบเตือนความจำ ในโปรแกรม HOSxP, มาตรการควบคุมการสั่งจ่ายยา, แนวทางในการบริหารยาและการเก็บรักษายา การ ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และนโยบายในการลดการใช้ทรัพยากร ปัจจุบันรายการยา ในบัญชียาโรงพยาบาลบางสะพานน้อยมีทั้งสิ้น 359 รายการ แบ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 337 รายการ (ED) และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 22 รายการ (NED)
- 3) PTC มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อผู้สั่งจ่ายมีความจำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาโรงพยาบาล การ ดำเนินการอนุญาตและจัดหาจะพิจารณาจากความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงและ ความสามารถในการติดตามผล ซึ่งการพิจารณาเหล่านี้จะทำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ผู้สั่ง จ่ายยา เภสัชกรผู้จัดหายา และพยาบาลผู้บริหารยาให้แก่ผู้ป่วย
- 4) ในปีงบประมาณ 2564-2565 เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดทำให้ไม่สามารถจัดการประชุม PTC ได้ตามกำหนดการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคได้นำเสนอข้อมูลรายการยาเพื่อพิจารณา ทบทวนเพิ่มเข้าบัญชียาโรงพยาบาลโดยผ่านบันทึกข้อความ/การประชุม และนำเสนอผลการพิจารณาในที่ ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล/คณะกรรมการคุณภาพของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2564 มี รายการยาเพิ่มใหม่ 2 รายการ ได้แก่ 1)Hydralazine HCl 25 mg tablet และ 2) NPH penfill 300 unit ใน ปีงบประมาณ 2565 มีรายการยาเพิ่มใหม่ 6 รายการ ได้แก่ 1)Methimazole 5 mg tab 2)Amoxicillin/Clavulanic powder for oral susp.457mg/5 ml 70 ml 3)Warfarin 5 mg 4)Transamine 250 mg/5 ml injection 5)Hydrocortisone 100 mg injection และ 6)Amiodarone 150 mg/3 ml injection

(3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE เพื่อลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาเรื่องการคัดลอกคำสั่งจ่ายยากลับบ้าน (Home medication) ของผู้ป่วยใน (IPD) ทีมได้ดำเนินการทบทวนพบว่าเกิดจากความไม่ชำนาญของผู้ปฏิบัติงานคัดลอกคำสั่งจ่ายยา และผู้ตรวจสอบใบสั่งยาไม่ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทั้งหมด จึงได้มีการพัฒนาโดยปรับระบบการคัดลอกคำสั่งจ่ายยากลับบ้าน ดังนี้

ลำดับ	ระบบเดิม	ระบบใหม่
1	การประเมินข้อมูลใบสั่งยาแยกส่วน โดยแพทย์สั่งจ่ายยาและลงวันนัด เภสัชกรประเมินความถูกต้องเหมาะสมของรายการยา และพยาบาลประเมินความถูกต้องของการนัดตรงคลินิกของผู้ป่วย	แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ร่วมประเมินข้อมูลใบสั่งยาเป็นทีมสหวิชาชีพให้ถูกต้องเหมาะสม ก่อนส่งเข้าสู่กระบวนการคัดลอกคำสั่งจ่ายยา
2	พยาบาลผู้ป่วยในเป็นผู้คัดลอก Home medication	เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้คัดลอก Home medication

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

3	เภสัชกรผู้ป่วยนอกเป็นผู้ตรวจสอบการคัดลอก รายการยา	เภสัชกรผู้ป่วยในเป็นผู้ตรวจสอบการคัดลอก รายการยา และส่งให้เภสัชกรผู้ป่วยนอกตรวจสอบ ซ้ำอีก 1 ครั้ง ก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย
<p>จากการพัฒนาโดยการปรับระบบการคัดลอกคำสั่งใช้ยากลับบ้าน ทำให้ในปี 63 มีอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาลดลง จาก 11.73 (ปีงบ 62) เป็น 3.47 (ปีงบ 63) และในปีงบ 64 เท่ากับ 0.85 และไม่พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยากลับบ้าน (Home medication) ของผู้ป่วยใน (IPD)</p> <p>(4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังการใช้สูง (HAD) เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่องการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังการใช้สูง รพ.ได้วางแผนไว้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ปี 2559 : ปรับปรุงคู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) เมื่อ 18 กรกฎาคม 2559 ในส่วนของรายการยา ข้อมูลยา และแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เป็นรูปเล่มแจกจ่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) ปี 2560 : จัดทำแบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของยา HAD แต่ละรายการเป็นรูปแบบของการสรุปการดำเนินการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย 3) ปี 2561 : สุ่มตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงตามแนวทางที่กำหนดในเชิงปริมาณ เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักและเกิดการรายงานในแบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) ผลการสุ่มในไตรมาสที่ 2/2561 มีการแนบแบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 68.75 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการสุ่มในปีงบประมาณ 2560 ที่พบการแนบแบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 33.33 4) ปี 2562 : พบปัญหาการลงข้อมูลผลการติดตาม Parameter ในการใช้ยา HAD ไม่ครบถ้วน มีการนำเสนอปัญหานี้ในที่ประชุม PTC ผลการดำเนินงานพบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในประเด็นเหล่านี้ลดลง และไม่พบอุบัติการณ์ระดับ E - I ทั้งนี้ได้มีการปรับระบบสำรองยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) โดยตัดรายการยาสำรองออกจากหน่วยงานอื่นๆ ให้สำรองไว้ที่ห้องจ่ายยาเท่านั้น และให้จ่ายยาตามคำสั่งใช้ยาในใบสั่งยาที่นำมายื่นที่ห้องจ่ายยาเท่านั้น เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการลืมนั่งยา และจ่ายยาพร้อมฉลากยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการลืมนั่งคัดลอกรายการยาหรือคัดลอกยาผิด สุ่มตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงตามแนวทางที่กำหนดในเชิงคุณภาพ 5) ปี 2563 ไม่พบรายงานความคลาดเคลื่อนของกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงในระดับ E-I และพบการแนบแบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.43 6) ปี 2564 พบรายงานความคลาดเคลื่อนของกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงในระดับ E-I จำนวน 1 รายงาน เป็นรายการยา warfarin จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามกระบวนการเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกวารฟาริน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกิดขนาด ที่ระบบได้นำอุบัติการณ์มาทบทวน และวางระบบให้แพทย์ที่สั่งใช้ยาลงข้อมูลการสั่งใช้ในแบบฟอร์มที่กำหนดทุกครั้ง และเภสัชกรตรวจทวนซ้ำก่อนจ่าย หลังดำเนินการไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนซ้ำ 		

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

7) ปี 2565 ปรับปรุงแบบฟอร์ม "แบบติดตามการใช้ยาความเสี่ยงสูง" (แก้ไขครั้งที่ 3 วันที่ 8 กรกฎาคม 65) และดำเนินการประเมินการลงข้อมูลและการติดตาม parameter ที่สำคัญสำหรับการใช้ยา HAD กับผู้ป่วยทุกราย และนำเสนอข้อมูลในที่ประชุม PTC

(5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผลและแผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ:

เพื่อบรรลุเป้าหมายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้

(1) กำหนดเภสัชกรผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ออกแบบระบบงานและติดตามกำกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

(2) ให้ความรู้แก่บุคลากรในส่วนของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

(3) ประชุมแพทย์ที่ปฏิบัติงานใหม่ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

(4) สร้างสื่อประชาสัมพันธ์เช่น เสียงตามสายในโรงพยาบาล แผ่นพับ ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

(5) ประสานความร่วมมือกับสาธารณสุขอำเภอ เพื่อร่วมกันติดตามตัวชี้วัดใน ระดับ รพ.สต. 2 ตัวชี้วัด คือ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (URI) และอัตราการการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)

จากการดำเนินงานตามมาตรการข้างต้น ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลบางสะพานน้อยมีผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ 10-12 ข้อ (ขั้นที่ 3) และในส่วนตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรค ก็มีแนวโน้มลดลง

(6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) มีการติดตามการดำเนินงานในระบบงานที่สำคัญของการจัดการด้านยาในโรงพยาบาลได้แก่ งาน Medication Reconciliation (MR) , Medication Error (ME) , High Alert Drug (HAD), Drug Use Evaluation (DUE) , Rational Drug Use (RDU) และการดำเนินงานในคลินิกพิเศษ เช่น Warfarin Clinic, EACC clinic , ARV clinic และ TB clinic ซึ่งการดำเนินงานระบบงานที่สำคัญนี้จะมีตัวชี้วัดนำเสนอในที่ประชุมได้รับทราบ มีการประเมินติดตามเป็นระยะและนำเสนอแนวทางปรับปรุง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในที่ประชุม PTC/งานคุณภาพ

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ได้รับทราบผลการดำเนินงานด้าน RDU ของโรงพยาบาล พบว่ายังเกิดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ คือ โรคทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วง แผลสด และในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดในการรักษาซึ่งคณะกรรมการ PTC ได้กำหนดให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาร่วมกันและร่วมกำหนดแนวทางเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง ปีงบประมาณ 2561 เริ่มประชุมแพทย์หมุนเวียนในปีงบประมาณ 2563 มีการจัดทำ Check list แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยประกอบการตัดสินใจสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดให้สมเหตุผลมากขึ้น ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2564 สามารถลดอัตราการการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุลดลงได้เป็นร้อยละ 43.29 (ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 57.53 ปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 51.25 และปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 47.50)

II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

(1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

เพื่อบรรลุเป้าหมายลดความคลาดเคลื่อนทางยาจากบุคลากรปฏิบัติงานใหม่ เช่น แพทย์หมุนเวียน กลุ่มงานเภสัชกรรมและคัมครองผู้บริโภคดีังได้ดำเนินการประชุมพิเศษระบบยาของโรงพยาบาลแก่แพทย์หมุนเวียนทุกรุ่นที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เริ่มดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2561 ผลการประเมินที่ผ่านมาพบว่าแพทย์หมุนเวียนมีความเข้าใจในเรื่องระบบยาของ รพ.มากขึ้น และสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา

ในส่วนของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลและ รพ.สต. มีการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ในเรื่องยาตามส่วนที่ประเมินแล้วพบว่าเป็นปัญหาของหน่วยงานเป็นประจำทุกปี เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในระบบยาที่ตรงกัน เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย สำหรับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในหน่วยงานเภสัชกรรมได้แก่ เภสัชกร และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม มีการส่งไปฝึกอบรมตามส่วนขาของเจ้าหน้าที่แต่ละคนหรือตามภาระงานที่รับผิดชอบไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความจำเป็นและความเหมาะสม ส่วนการขอเข้ารับการอบรมตามความต้องการของเจ้าหน้าที่เองกำหนดปีละไม่เกิน 2 ครั้ง ทั้งนี้เมื่อฝึกอบรมกลับมาต้องนำมาเผยแพร่แก่เพื่อนร่วมงาน ในปีงบประมาณ 2562 ที่ผ่านมามีเภสัชกรเข้ารับการฝึกอบรมจำนวน 4 คน คิดเป็น 100% ส่วนในปีงบประมาณ 2563 มีจำนวนเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถลงเนื่องด้วยสถานการณ์ COVID19 และในปีงบประมาณ 2564-2565 เปลี่ยนเป็นรูปแบบการเข้ารับการอบรมออนไลน์ มีเภสัชกรเข้ารับการอบรมออนไลน์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยรับยาด้านไวรัส (ARV clinic) จำนวน 1 ท่าน และงานเภสัชกรรมคลินิก (Advanced Pharmacotherapeutics) จำนวน 1 ท่าน และงานอื่นๆ ตามความรับผิดชอบจัดโดย สสจ./เขต 5/สปสข

(2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:

เพื่อแก้ปัญหาผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบยาไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายที่จำเป็นต้องใช้ประกอบการปฏิบัติงาน กลุ่มงานเภสัชกรรมและคัมครองผู้บริโภคได้ประสานกับผู้ดูแลระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล ให้เปิดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลทั่วไปที่สำคัญและข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต้องใช้ประกอบการจ่ายยา รวมทั้งประสานหน่วยงาน OPD , ER, คลินิก CKD และหน่วยงาน LAB ให้ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ครบและถูกต้องในโปรแกรม HOSxP จากการดำเนินการดังกล่าวข้างต้นนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถปฏิบัติงานได้รวดเร็วขึ้น มีข้อมูลประกอบการจ่ายยา เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้

(3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:

จากการวิเคราะห์รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา พบมีรายงานความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ขนาดยาในเด็กเพื่อแก้ปัญหานี้ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคัมครองผู้บริโภคดีังจัดทำตารางขนาดยาที่ใช้บ่อยในเด็กในรูปแบบที่ใช้ทำงานง่าย โดยสามารถพิจารณาขนาดยาได้จากน้ำหนักหรืออายุ และแจกจ่ายเอกสารนี้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงข้อมูลขนาดยาเด็ก ทำให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาในเด็กลดลง นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2563 กลุ่มงานเภสัชกรรมและคัมครองผู้บริโภคดีังได้เพิ่มข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้องในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP เพิ่มเติมในยาบางรายการด้วย รวมทั้งการจัดทำคู่มือการบริหารยาผิด และการเก็บรักษาเภสัชภัณฑ์ 2563 เพื่อแก้ปัญหาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผิดและการเก็บรักษาเภสัชภัณฑ์ไม่ถูกต้อง รวมทั้งในปีงบประมาณ 2564 ปรับปรุงฐานข้อมูลฉลากยา QR Code ในโปรแกรม HOSxP ให้เชื่อมกับ link กับ "RDU รู้เรื่องยา" ทำให้ผู้มารับบริการเข้าถึงข้อมูลยาที่ได้รับได้สะดวกขึ้น

(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคได้ดำเนินการปรับปรุงฐานข้อมูล Drug Interaction , ข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา , ข้อมูลผู้ป่วยที่เกิด side effect จากยา, ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาและข้อมูลเตือนการใช้ยาที่สัมพันธ์กับค่า LAB ในผู้ป่วยโรคไต ลงในโปรแกรม HOSxP และตั้งค่าให้โปรแกรมนี้ส่งสัญญาณเตือน (Pop Up) แก่ผู้ใช้งานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา จากผลการดำเนินการนี้ทำให้สามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาไม่ให้เกิดตัวผู้ป่วยได้

(5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:

เพื่อแก้ปัญหาความแออัดของพื้นที่รวมถึงแสงสว่างที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคได้ดำเนินการต่อไปนี้

- 1) ปรับปรุงแสงสว่างบริเวณจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเปลี่ยนหลอดไฟที่ชำรุด
- 2) จัดพื้นที่บริเวณตรวจสอบยาและพื้นที่จัดยาใหม่ในส่วนงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน
- 3) เพิ่มช่องจ่ายยาเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย
- 4) ติดตั้งเครื่องขยายเสียงเพิ่มเติมทำให้การเรียกชื่อผู้ป่วยมารับยาสะดวกขึ้น
- 5) ในส่วนของเตียงผู้ป่วยใน (IPD) มีการจัดพื้นที่ในการจัดเตรียมยาใหม่ สะดวกแก่การปฏิบัติงาน และจัดซื้อรถเข็นยา 2 คัน เพื่อส่งยาผู้ป่วยในเพิ่มเติม

II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษา

(1) การจัดหา:

เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนและการจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน ทีมงานได้ใช้แนวคิดการสำรองยาที่จำเป็นเร่งด่วนได้แก่ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน ให้มีปริมาณสำรองที่เพียงพอต่อความต้องการ ทันเวลาใช้งานและไม่ขาดแคลน ห้องยาได้ดำเนินการต่อไปนี้

- 1) นำเสนอรายการยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน ที่ รพ.ควรมีสำรองเพิ่มเติมไว้เพื่อบริการผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและรองรับการขยายบริการตาม service plan ต่อที่ประชุม PTC
- 2) มติที่ประชุม PTC เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2562 ให้ รพ.บางสะพานน้อย ขอสำรองรายการยา จาก รพ.บางสะพาน เพิ่มอีก 2 รายการยา โดยไม่นำเข้าบัญชียาของ รพ ได้แก่ยา manitol solution และยา tranexamic acid injection โดยมีการจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วนสำรองจาก รพ. ใกล้เคียง จำนวน 8 รายการ ได้แก่
 - Streptokinase injection 1.5 MU (ยาสำรองจาก รพ.บางสะพาน ตามนโยบาย service plan สาขาโรคหัวใจ)
 - Tecteplase 8000 units (TNK 40 mg injection) (ยาสำรองจาก รพ.ประจวบคีรีขันธ์ ตามโครงการแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ เขตสุขภาพที่ 5 ปีงบประมาณ 2563-2565)
 - Hydrocortisone injection 100 mg
 - Amiodarone injection 150 mg/ 3 ml
 - Enoxaparin injection 60 mg/ 0.6 ml
 - Norepinephrine injection 4 mg/ 4ml
 - Manitol solution injection 20%w/v 500 ml
 - Tranexamic acid injection 250 mg/ 5 ml

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ในปีงบประมาณ 2565 เนื่องด้วยยาบางรายการที่สำรองโดยการยืมมีอัตราการใช้ที่เพิ่มสูงขึ้นประกอบกับรายการยาขาดสต็อกเป็นครั้งคราวจาก รพ.บางสะพาน ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ รพ.บางสะพานน้อย จึงได้เสนอรายการยาเข้าบัญชีโรงพยาบาลบางสะพานน้อยและดำเนินการจัดซื้อเอง ได้แก่ Hydrocortisone injection 100 mg, Amiodarone injection 150 mg/ 3 ml และ Tranexamic acid injection 250 mg/ 5 ml

- 3) สื่อสารกับแพทย์และพยาบาลถึงรายการยาที่เป็นเร่งด่วนตามข้อ 2 ที่ รพ.บางสะพานน้อย ได้ขอสำรองมาทั้ง จำนวนที่มีสำรอง สถานที่เก็บรักษา แนวทางปฏิบัติการใช้ยาและการขอขาดแทน
- 4) ในส่วนของยาขาดแคลนมีแนวทางการจัดการคือ ติดต่อบริษัทเภสัชกรรมหรือโรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์หรือใกล้เคียง ขอยืมยามาใช้ก่อนในช่วงที่รอการส่งยาจากบริษัท หากจำเป็นต้องจัดหาขาดแทนรายการยาที่ขาดแคลนนั้น ก็ต้องสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งทางโทรศัพท์ ,การประชุม หรือการแจ้งผ่านโปรแกรม HOSxP

การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา,PPE ในช่วงระบาศ COVID – 19

ในช่วงแรกของการระบาดปี 62-65 เกิดปัญหาและเวชภัณฑ์ PPE ขาดคลัง เนื่องจากมีอัตราการใช้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับบริษัทผู้ผลิตประสบปัญหาการนำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศ / การขนส่งที่หยุดชะงักเนื่องจากมาตรการป้องกันการระบาด COVID-19 ของประเทศต้นทางและปลายทาง นอกจากนี้อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยก็เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการมารับยาที่ รพ ทางโรงพยาบาลบางสะพานน้อยจึงมีแนวทางการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา, PPE ในช่วงระบาศ ดังนี้

- 1) ยืมยา/ PPE สำรองจากโรงพยาบาลใกล้เคียง/ขอรับบริจาค PPE ในรายการที่ขาดแคลน ,ลดปริมาณการจ่าย/ครั้ง ในรายการยา/เวชภัณฑ์มีใช้ยาขาดคลัง , เพิ่มการสำรองยา/ เวชภัณฑ์มีใช้ยา / PPE
- 2) กำหนดแนวทางการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายกรณีโรคติดเชื้อ COVID-19 แยกประเภทความเสี่ยงต่ำ, ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง เพื่อให้การบริหารจัดการ PPE เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
- 3) ปีงบประมาณ 2563 เริ่มจัดยา prepack ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งให้ รพ.สต. เพื่อนำแจกจ่ายให้ผู้ป่วยในพื้นที่ลดความแออัดที่โรงพยาบาลและป้องกันการระบาด COVID-19 .
- 4) ให้ญาติ/ เจ้าหน้าที่ รพ.สต รับยาแทน และโรงพยาบาลมีนโยบายเพิ่มวันนัดของผู้ป่วยได้ 3 เดือน (เดิมนัด F/U ≤ 2 เดือน)
- 5) ปีงบประมาณ 2564 เพิ่ม One Stop Service จัดจ่ายยา prepack ที่คลินิก DM ,CKD และคลินิก EACC ลดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (เดิมมีที่คลินิก ARVและคลินิก ANC)
- 6) จัดพื้นที่จ่ายยา ให้สามารถป้องกันการระบาด COVID-19 โดยเพิ่มม่านกัน ทำสไลด์ช่องจ่ายยา เว้นระยะห่างโดยจัดวางโต๊ะกันที่หน้าช่องจ่ายยาและเพิ่มเครื่องขยายเสียงให้ผู้ป่วยสามารถได้ยินคำอธิบายการใช้ยาได้อย่างชัดเจน

(2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:

- 1) เพื่อแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา หรือการป้องกันการเกิด ADR ให้รัดกุมมากขึ้นจากการจ่ายยาเมื่อกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคในเวรตึก ผู้บริหารได้อนุมัติให้กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงในเดือนเมษายน 2560 เป็นต้นมา มีการปรับลดรายการยาสำรองนอกห้อง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ยาทั้งในงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER), งานบริการผู้ป่วยใน (IPD), งานห้องคลอด (LR) จากเดิมตัวยาสารองเวรตึกที่งาน ER มี 88 รายการ ปรับเป็น 0 รายการ ตัวยาสารองเวรตึกที่งาน IPD มี 8 รายการ ปรับเป็น 0 รายการ ยกเว้นรายการยาในรณฉุกเฉิน กระเป๋ายา refer และยาเบิกประจำหน่วยงาน ที่ยังคงให้เบิกได้ แต่ได้ปรับลดรายการและจำนวนให้เหมาะสม ไม่ให้มีการสำรองยาที่เป็นยา High Alert Drug, สารละลายอิเล็กโทรไลต์เข้มข้น หรือยาที่มีโอกาสแพ้บ่อยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนทางยา และลดจำนวนรายการยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุที่หน่วยงานลงได้

2) การควบคุมสิ่งแวดล้อมในการจัดเก็บยา

2.1 ในปีงบประมาณ 2563 มีการปรับปรุงคลังยา ให้สามารถควบคุมอุณหภูมิและความชื้นได้ทั้งคลังยา โดยติดตั้งแอร์เพิ่มเติมในพื้นที่จัดเก็บยาน้ำ น้ำเกลือและและวัสดุเภสัชกรรม

2.2 จัดซื้อเทอร์โมมิเตอร์เพิ่ม เพื่อวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ในส่วนคลังยาที่ปรับปรุงและทดแทนของเดิมที่ชำรุด

2.3 ปรับปรุงแผนผังแสดงการจัดเก็บยาให้เป็นปัจจุบัน ติดตั้งป้ายแสดงวิธีการจัดเก็บ/ หยิบยาตามระบบ First In First Out

2.4 สุ่มส่งยาตรวจวิเคราะห์คุณภาพตามโครงการประกันคุณภาพยาของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง รพ.บางสะพานน้อย ได้เข้าร่วมโครงการนี้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 ถึงปัจจุบัน และผลการตรวจวิเคราะห์ยาที่ส่งตรวจได้มาตรฐานทุกตัวอย่าง

2.5 ติดตั้งเครื่องบันทึกอุณหภูมิแบบดิจิทัล LogTag ตู้น้ำเย็นเก็บยาทุกตู้

(3) การจัดให้มียา / เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:

เพื่อแก้ปัญหายาเสื่อมสภาพ ไม่พร้อมใช้ หรือไม่สามารถตรวจสอบวันหมดอายุของยาได้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยที่มงานได้ใช้แนวคิดจัดทำยาในรูปแบบพร้อมใช้รายคนสำหรับ case NSTMI โดยดำเนินการจัดทำกล่องยาเม็ดพร้อมใช้รายคน สำรองที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานบริการผู้ป่วยใน ในหนึ่งกล่องประกอบด้วยยา Clopidogrel 75 mg 4 tab, Aspirin 300 mg 1 tab และ ISDN 5 mg 1 tab พร้อมระบุวันหมดอายุของยาแต่ละชนิดข้างกล่องยา หากกล่องยานั้นได้ถูกเปิดใช้ไปก็ให้นำกล่องมาเปลี่ยนใหม่ที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคทำให้สะดวกต่อการใช้งาน และลดการสำรองยาที่หน่วยงาน

(4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:

เพื่อปรับปรุงกระบวนการจ่ายยา โดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคได้ดำเนินการปรับปรุงเพิ่มระยะเวลาให้บริการจากเดิม 8.30 น ถึง 00.30 น เป็นเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง การจ่ายยาในช่วงเวรปลายมีการกำหนดผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค 1 คน ซึ่งอาจจะเภสัชกรหรือเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ซึ่งโดยเฉลี่ยเวรปลายจะเป็นเภสัชกรขึ้นปฏิบัติงาน ร้อยละ 65.36 เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ร้อยละ 34.64 และจัดให้มีผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบความถูกต้องของยาทางไลน์ 1 คน ซึ่งหากเวรปลายนั้นเป็นเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมขึ้นปฏิบัติงาน เวิร์ดตรวจสอบความถูกต้องของยาทางไลน์จะกำหนดเป็นเภสัชกรเท่านั้น ส่วนในเวรตึกจะเป็นเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมขึ้นปฏิบัติงาน 1 คน (คิดเป็นร้อยละ 100) และมอบหมายให้เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาที่จ่ายในเวรตึก หลังดำเนินการปรับปรุงดังกล่าว ทำให้ลดการสำรองยาที่หน่วยงานดูแลผู้ป่วย และสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนถึงมือผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ลดอุบัติเหตุการฉ่ายยาผิดพลาดได้

(5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:

ยาที่ส่งคืนทั้งจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วยใน จะต้องมีการตรวจสอบวันหมดอายุ และลักษณะทางกายภาพ หากตรวจสอบวันหมดอายุไม่ได้ เสื่อมสภาพ หรือมีลักษณะแตกต่างจากยาที่ใช้ในโรงพยาบาลจะส่งคืนหรือส่งทำลายตามความเหมาะสม หากเป็นยาที่ตรวจสอบแล้วไม่หมดอายุ รับประทานไม่นาน ไม่อยู่ในลักษณะที่เสื่อมสภาพ สอบถามสถานที่เก็บยาแล้วอยู่ในที่เหมาะสม จะพิจารณานำกลับมาใช้อีกครั้ง โดยถ้าเป็นยาเดิมของผู้ป่วยในที่นอนอยู่แล้ว และแพทย์มีการสั่งใช้ยาเดิมต่อ ผู้ป่วยก็จะได้ใช้ยาเดิมของตัวเองที่เหลือนั้นๆ ก่อน ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกก็มีการนับจำนวนยาเดิมที่เหลือของผู้ป่วยรายนั้นๆ และให้เพิ่มยาใหม่จากห้องยาให้ครบจำนวน เพียงพอถึงวันนัดครั้งต่อไปของผู้ป่วยรายนั้น กลุ่มงานเภสัชกรรมฯไม่มีนโยบายรับคืนยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านแล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น เพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด19

II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

(1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:

เพื่อแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา ประเภท Transcription error ที่ทีมงานได้ปรับระบบการสั่งใช้ยา เป็น paperless ในระบบงานบริการผู้ป่วยนอกไม่มีการใช้ OPD card ผู้สั่งใช้ยาเป็นผู้บันทึกรายการสั่งใช้ยาในระบบคอมพิวเตอร์โปรแกรม HOSxP ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา

ในส่วนผู้ป่วยในมีคำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าในแบบฟอร์ม Standing Order Admission Form ในผู้ป่วยโรค STEMI and NSTEMI, ผู้ป่วยโรค COPD, ผู้ป่วยโรคมาลาเรีย และผู้ป่วย Covid19

(2) Medication reconciliation:

เพื่อปรับปรุงกระบวนการ medication reconciliation โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล กลุ่มงานเภสัชกรรมฯได้ดำเนินการปรับปรุง

- 1) เพิ่มการแนบแบบบันทึกยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนมา รพ. (Medication Reconciliation Form) ในฟอร์มชุด admit ผู้ป่วยใหม่ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนหน่วยงานให้ทำการทบทวนรายการยาผู้ป่วยในก่อน admit ทุกราย ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการทบทวนรายการยาที่ใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Medication Reconciliation) เพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 87.47 ในปีงบประมาณ 2559 เป็นร้อยละ 96.87 ในปีงบประมาณ 2560 และในปีงบประมาณ 2564 มีอัตรา Medication Reconciliation เป็นร้อยละ 99.83
- 2) ใน case admit ใหม่ เภสัชกร OPD จะทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนมา รพ. ทุกรายก่อน admit เข้าตึกผู้ป่วยใน หากพบยาที่ตกหล่น สั่งซ้ำไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มี Drug interaction /DRP จะปรึกษาผู้สั่งใช้ยาทันที ทำให้การทบทวนรายการยาเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ในปีงบประมาณ 2564 มีการเพิ่มแบบฟอร์ม Medication reconciliation ในโปรแกรม HOSxP version4 สามารถสั่งพิมพ์ประวัติการใช้ยา ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกยาและเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ในโปรแกรมผู้ป่วยในสามารถสั่งพิมพ์ฉลากยาที่ไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลได้ ลดการเขียนด้วยลายมือและทำให้ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการได้ฉลากยาที่อ่านง่าย ข้อมูลยาครบ
- 4) เภสัชกรจะทบทวนรายการยากลับบ้านของผู้ป่วย (discharge medication review) หากพบความแตกต่างของรายการจะปรึกษาแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ทำการบันทึกรายการยากลับบ้านของผู้ป่วยใน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

โปรแกรม HOSxP /scan ไปแสดงรายการยากลับบ้านเข้าในโปรแกรม HOSxP เพื่อส่งต่อรายการยาล่าสุดให้หน่วยงานอื่นๆ เช่น OPD,ER ได้รับทราบ

(3) ถ้ามีการใช้ CPOE ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:

เพื่อบรรลุเป้าหมาย Smart Hospital ในส่วนของการตรวจผู้ป่วย รพ.บางสะพานน้อยได้ดำเนินการจัดการในลักษณะการใช้กระดาษให้น้อยที่สุด ยกเลิกการใช้เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ด้วยเหตุนี้ห้องยาจึงได้ดำเนินการปรับปรุงการส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ดังนี้

- 1) ปรับปรุงฐานข้อมูลรายการยาในโปรแกรม HOSxP ให้มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจสั่งใช้ยา เช่น วิธีการใช้ยาที่ใช้บ่อย หรือสามารถ Pop Up เตือนข้อมูลสำคัญได้ เช่น ประวัติการแพ้ยา , Drug interaction, Side effect, Pregnancy category, ภาวะที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีผลต่อการสั่งใช้ยา เช่น ประวัติการได้รับ Streptokinase injection, CKD stage, การได้รับยา warfarin หรือรายการยาที่ควรหลีกเลี่ยง, ค่า Lab เป็นต้น
- 2) ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยที่สำคัญในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ ห้องยาจะเพิ่มการบันทึกการเปลี่ยนแปลงนั้นในบันทึกการจ่ายยา (note การจ่ายยา)/ประวัติ HPI ในโปรแกรม HOSxP เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาในครั้งต่อไปได้

II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา :

เพื่อแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ห้องยาได้ใช้แนวคิดที่จะสร้างระบบการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยา dose แรก และมีการตรวจสอบซ้ำโดยดำเนินการต่อไปนี้

- 1) ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) มีเภสัชกรรับผิดชอบ Round ในตึกผู้ป่วย เพื่อทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ หากพบความคลาดเคลื่อนหรือมีข้อสงสัยก็จะติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยา
- 2) ห้องยาได้เปิดดำเนินการ 24 ชั่วโมงเมื่อเดือนเมษายน 2560 มีการลดการสำรองรายการยาที่หน่วยงาน หากมีคำสั่งใช้ยาด่วน หรือ copy order IPD เพิ่มเติม จะต้องมายื่นรับยาที่ห้องยา ทำให้เกิดระบบการตรวจสอบซ้ำระหว่างหน่วยงาน หากพบความคลาดเคลื่อนเภสัชกรจะประสานกับผู้สั่งใช้ยาได้อย่างรวดเร็ว

(2) การจัดเตรียมยา :

เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดเตรียมยา โดยมีเป้าหมายให้มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมปลอดภัยในสถานที่สะอาดและเป็นระเบียบ ห้องยาได้ดำเนินการประสานกับตึกผู้ป่วยในให้การปรับปรุงสถานที่จัดเตรียมยาให้สะอาดเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุ่นแห้ง และแสงสว่างที่เหมาะสม มีการทำ 5ส หน่วยงานทุกวัน และจัดให้มีข้อมูลยาฉีดและการผสมยาที่มีการใช้บ่อยติดไว้ที่บริเวณเตรียมยา จัดทำคู่มือการบริหารยาฉีด และการเก็บรักษาเภสัชภัณฑ์ 2563 แจกจ่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในส่วนรายการยาฉีดที่มีวิธีใช้พิเศษเช่นต้องผสมในอัตราส่วนต่างๆ ห้องยาได้เพิ่มข้อมูลวิธีการผสม ชนิดและปริมาตรสารละลายที่ใช้ rate การให้ยาในฉลากยาทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลสะดวกในการจัดเตรียมยาและลดความคลาดเคลื่อนในการเตรียมยา เช่นยา Morphine inj, Transamine inj, Fentanyl inj, KCL inj, Omeprazole inj, Pantoprazole inj, Dopamine inj, Nicardipine, Norepinephrine inj, Amiodarone inj ส่วนการเตรียมยาปราศจากเชื้อ หรือยาเคมีบำบัดไม่มีการให้บริการในโรงพยาบาลบางสะพานน้อย

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

(3) การติดฉลากยา :

เพื่อปรับปรุงฉลากยาของผู้ป่วยให้อ่านง่าย ชัดเจน เหมาะสม และติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท ห้องยาได้ดำเนินการปรับปรุงฉลากยาผู้ป่วยนอกให้ใหญ่ขึ้นโดยเปลี่ยนขนาดจากเดิม 4.8 x 8.5 cm เป็น 6.0 x 8.5 cm และมีฉลากยาเสริมแสดงเป็น QR code ในฉลากยา เริ่มดำเนินการสิงหาคม 2560 ในส่วนของฉลากยาผู้ป่วยในจะมีการพิมพ์จำนวนฉลากยาเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งที่บริหารยาในรายการยาฉีดที่ผสมในน้ำเกลือ เช่น Ceftriaxone injection, Cefotaxime injection เป็นต้น เพื่อให้มีฉลากยาดัดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ห้องยายังได้จัดทำ CQI เรื่อง "อ๊ะ อ๊ะ อย่าพ่นยาผิดหลอด" โดยเพิ่มการติดการติดสติ๊กเกอร์ระบุวิธีการใช้ยาพ่นไว้ที่หลอดพ่นยาด้วยเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยใช้ยาพ่นผิดหลอด โดยยาพ่นเฉพาะเวลาหอบจะติดสติ๊กเกอร์สีส้มระบุว่า "เฉพาะเวลาหอบ" ยาพ่นควบคุมอาการจะติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองระบุว่า "พ่นทุกวัน เข้า-เย็น" หลังการดำเนินการพบว่าผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น และยังไม่พบผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นสลับกัน

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ความดัน พบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งเมื่อมีการปรับเปลี่ยนขนาดวิธีการรับประทานยา ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาเหมือนเดิม ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ฝ่ายเภสัชกรรมจึงได้จัดทำสติ๊กเกอร์ติดเตือนที่หน้าของยาที่มีการปรับเปลี่ยนวิธีรับประทาน "ยานี้ได้เปลี่ยนวิธีรับประทาน โปรดอ่านฉลากยาอีกครั้ง" เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้อ่านฉลากยาอีกครั้งก่อนการรับประทานยา

(4) การส่งมอบยาให้แก่หน่วยดูแลผู้ป่วย :

เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งมอบยาให้แก่ตึกผู้ป่วยใน โดยมีเป้าหมายการส่งมอบยาที่ปลอดภัย รัดกุมพร้อมใช้ และได้ในเวลาที่เหมาะสมของความต้องการของผู้ป่วย ห้องยาได้ดำเนินการปรับปรุง

- 1) ปรับระบบการจัดยา One day dose ที่จะส่งมอบให้แก่ตึกผู้ป่วยใน ให้ยามีเพียงพอถึงมือกลางวันของวันถัดไป เนื่องจากระบบเดิมที่ห้องยาจะจัดยาให้แก่ตึกผู้ป่วยในถึงมือเช้าของวันถัดไป เมื่อดำเนินการไประยะหนึ่งพบปัญหาในบางครั้งแพทย์ลงตรวจผู้ป่วยในเช้า ทำให้ห้องยาจัดยาส่งเข้าไปตึกผู้ป่วยในเลยเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยในก็จะได้ยารับประทานในมือกลางวันเลยเวลา ดังนั้นห้องยาจึงปรับปรุงระบบการจัดยาที่จะส่งมอบให้แก่ตึกผู้ป่วยในใหม่ดังกล่าวข้างต้น
- 2) ยาที่ได้รับการส่งคืนจากหน่วยดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นตึกผู้ป่วยใน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอด หรืองานห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องยาจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของยา การคงสภาพของยาในลักษณะเดิม หากยามีสภาพที่แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่แน่ใจในคุณภาพก็จะเข้าสู่ระบบการจัดการทำลายยา
- 3) ปรับปรุงรถเข็นส่งมอบยาในตึกผู้ป่วยใน จากเดิมการจัดยาให้ผู้ป่วยในจะแยกตะกร้าตามเตียงผู้ป่วย และเมื่อถึงตึกผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่พยาบาลก็จะตรวจสอบยาที่จัดและถ่ายตะกร้าลงใน lock ที่เก็บยาอีกครั้งไม่มีการแยกรายการยาตามมืออาหาร ทำให้พบรายงานความคลาดเคลื่อนในการเก็บยาไม่ครบจากตะกร้าหรือใส่ยาผิด lock ห้องยาได้ปรับปรุงรถเข็นยาใหม่โดยจัดซื้อรถเข็นยาใหม่ที่มีช่องระบุเตียงผู้ป่วยและแยกช่องมืออาหารเป็น ก่อนอาหาร หลังอาหาร ก่อนนอน และยาตามอาการ เมื่อส่งมอบยาให้แก่ตึกผู้ป่วยในก็จะเปลี่ยนรถเข็นคันใหม่มา ทำให้ลดการเคลื่อนย้ายยา ลดความคลาดเคลื่อนทางยาและเพิ่มความสะดวกในการส่งมอบยาให้แก่ตึกผู้ป่วยใน

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย :

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย ห้องยาได้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งมอบยา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ให้แก่ผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- 1) เริ่มเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงเมื่อเดือนเมษายน 2560 โดยเปลี่ยนจากระบบเดิมที่ห้องยาเปิดให้บริการเวลา 8.00 น. - 0.30 น. เป็นเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยผู้ปฏิบัติงานในเวรบายเฉลี่ย เป็นเภสัชกรขึ้นปฏิบัติงาน คิดเป็น 65.36% จพ.เภสัชกรรม 34.64% ส่วนในเวรตึกเป็น จพ.เภสัชกรรม 100% (ตามนโยบาย รพ ในเวรตึกให้ จพ.เภสัชกรรมขึ้นปฏิบัติงานเท่านั้น) ดังนั้นเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจจะเกิดขึ้นจึง กำหนดแนวทางสร้างระบบตรวจสอบซ้ำโดยบุคคลที่ 2 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบให้ผู้ป่วยดังนี้
 - 1.1 กรณีเวรบาย จัดให้มีเวรตรวจสอบซ้ำผ่านทางระบบ LINE กลุ่มห้องยา โดยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเวรบาย ถ่ายรูปของยาที่จัดเรียบร้อยแล้ว (ปิดชื่อ สกุล HN ผู้ป่วย) ส่งไปในไลน์กลุ่มห้องยา เพื่อให้เจ้าหน้าที่อีกท่านหนึ่งซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตรวจสอบยา ตรวจสอบความ-ถูกต้องยาที่จัด ก่อนการจ่ายยา โดยเริ่มดำเนินการในวันที่ 15 สิงหาคม 2560 และหากเวรบายนั้น จพ.เภสัชกรรมเป็นผู้ปฏิบัติงาน ก็จะกำหนดให้เภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบยาทาง LINE
 - 1.2 กรณีเวรตึก จัดให้มีการตรวจสอบซ้ำโดยหน่วยงานอื่น โดยหลังจากห้องยาจัดยาให้ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ให้นำถุงยานั้นไปให้ ER ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการมอบหมายหน้าที่ให้เภสัชกรทำหน้าที่ทบทวนการจ่ายยาย้อนหลังในเวรตึก และนำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนป้องกันต่อไป
- 2) มีเภสัชกรประจำคลินิก EACC คลินิก ARV คลินิกวัณโรค และคลินิกวารีฟาริน เพื่อให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

II-6.2 ค. การบริหารยา

- (1) การบริหารยา การใช้ MAR การตรวจสอบซ้ำ :

การบริหารยาในตึกผู้ป่วยในพบความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดเวลามากที่สุด (ให้ยาช้ากว่าเวลาที่ควรจะได้รับยา) รองลงมาคือลืมให้ยา (ลืมให้ยาโดยข้ามมือหนึ่งไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามคำสั่งใช้ยา) จึงมีการทบทวนในทีมสหวิชาชีพ กำหนดให้พยาบาล incharge ตรวจสอบความถูกต้องของ MAR กับ doctor's order sheet และมีพยาบาลในการจัดยา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของยากับ MAR อีกครั้ง และในปีงบประมาณ 2560 ได้มีการจัดซื้อรถเข็นยาในตึกผู้ป่วยใน เพื่อนำยาไปให้ผู้ป่วยได้ถึงเตียงผู้ป่วยและสามารถบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงได้

- (2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย / ครอบครัว :

ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาฉีดอินซูลิน ยาสูดพ่นชนิด MDI พบว่าในบางรายไม่มีความสามารถเพียงพอในการใช้ยาให้ถูกต้องตามเทคนิคการใช้ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา จึงกำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีญาติมารับทราบข้อมูลหรือวิธีการใช้ยาร่วมกัน เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินการใช้ยาที่บ้านหรือเป็นผู้บริหารยาให้แทนผู้ป่วย พบว่าการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวถูกต้องมากขึ้น

- (3) การติดตามผลการใช้ยา :

เพื่อปรับปรุงกระบวนการติดตามผลการนำบัตรรักษาด้วยยาโดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ ห้องยาได้ดำเนินการปรับปรุง

- 1) พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการใช้ยา HAD โดยการปรับปรุงแบบฟอร์มการติดตามการใช้ยา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

HAD ซึ่งแจ้งวิธีการบันทึก กรณีในการเฝ้าระวังและรายงานแพทย์ของยา HAD แก่พยาบาล เพื่อลดโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา และมีการเก็บแบบฟอร์มการติดตามผลการใช้ยา HAD นี้ในโปรแกรม NeoDMS (ระบบจัดเก็บเอกสารอิเล็กทรอนิกส์)

- 2) พัฒนาระบบงานคลินิกวัณโรคโดยมีเภสัชกรประจำคลินิกเข้าร่วมในระบบ one stop service ที่ TB clinic ทุกวันศุกร์ มีการปรับปรุงแบบฟอร์มการให้บริการใน TB clinic เพื่อให้สะดวกในการทำงานและมีข้อมูลที่จำเป็นสำหรับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย TB ปรับปรุงฉลากยา/ซองยาบรรจุยา TB เพื่อให้ง่ายต่อการใช้และการตรวจสอบยาที่จัดว่าถูกต้องหรือไม่ จัดยา prepack TB โดยเจ้าหน้าที่ห้องยา เภสัชกรประจำคลินิกจะตรวจสอบขนาดยาและการจัด/จ่ายยาเป็นชุด (TB DOT) ก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย ประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วย, ค้นหา DRP และเฝ้าระวัง ADR เริ่มดำเนินการในวันศุกร์ที่ 2 มิถุนายน 2560
- 3) พัฒนาระบบงานคลินิกวาร์ฟารินโดยมีการติดตามผลการใช้ยา วาร์ฟารินในผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกราย โรงพยาบาลมีแนวทางการกำหนดให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินทุกรายต้องส่งพบเภสัชกรก่อนพบแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาการใช้ยา ค้นหา DRP เฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ให้คำแนะนำการใช้ยา และคำนวณขนาดยาที่เหมาะสม และมีการพัฒนาโปรแกรม HOSxP ให้คำนวณจำนวนเม็ดยาที่ควรได้รับตามระยะเวลานัด เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาไม่ครบจำนวน

(4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา

เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ห้องยาได้ดำเนินการปรับปรุงกระบวนการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมาดังนี้

- 1) กำหนดให้มีการทำ medication reconciliation ในผู้ป่วยทุกรายที่รับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) เมื่อมีการดำเนินการ med reconcile ทำให้ได้รับยาที่ผู้ป่วยต้องนำยาที่ใช้มาให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ โดยเภสัชกรตรวจสอบและปรึกษาแพทย์หากพบความแตกต่างของรายการยา เพื่อพิจารณาการสั่งใช้ต่อเนื่องหรือยุติการใช้
- 3) ยาบางรายการเช่น ยาพ่นบรรเทาอาการหอบ / ป้องกันอาการหอบ ที่สามารถสั่งต่อเนื่องได้นาน ให้สอบถามผู้ป่วยว่ายังมีพอใช้ต่อหรือไม่ หากมีพอใช้ให้นำยามาใช้ต่อที่โรงพยาบาล โดยห้องยาจะไม่จ่ายไปก่อน หากสามารถกลับไปนำมาได้ ก็จะอนุญาตนำมาให้ เพื่อประหยัดทรัพยากรโรงพยาบาล ลดการมียาซ้ำซ้อนที่ตัวผู้ป่วย
- 4) เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน หากไม่มีการสั่งยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา ห้องยาจะไม่จ่ายยานั้น ๆ ไปกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนการใช้ยาของผู้ป่วย หรือพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป
- 5) ห้องยาร่วมกับทีมแพทย์ ทีมพยาบาล ร่วมกันประเมินและกำหนดรายการยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ เป็นรายการณีไป โดยต้องประเมินความสามารถในการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย การเก็บรักษาของของผู้ป่วย และการดูแลจากครอบครัว ตัวอย่างยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ เช่น ยาพ่นป้องกันอาการหอบ ยาน้ำจิบแก้ไอ ยาทาภายนอก เป็นต้น

การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาในช่วงระบาศ COVID-19

ในช่วงการระบาดของ COVID-19 เพื่อป้องกันการระบาดของโควิด มีการปรับแนวทางการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ติดตามมาเฉพาะผู้ป่วยโควิด โดยหลังจากที่แพทย์ได้พิจารณารายการยาเดิมของผู้ป่วยโควิดแล้ว (ผ่านการสืบค้น ข้อมูลประวัติยาเดิมโดยสอบถามผู้ป่วย/ญาติ/สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยา ผ่านทางไลน์/โทรศัพท์) รายการยานั้น ผู้ป่วยโควิดจะนำมาบริหารจัดการเอง (รับประทานเอง) โดยมีพยาบาลที่รับผิดชอบ Cohort Ward ให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วยโควิด

จากการปรับปรุงกระบวนการดังกล่าวข้างต้นทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ไม่เกิด การใช้ยาซ้ำซ้อน ประหยัดทรัพยากร

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 จากการประกวดนวัตกรรมและผลงานคุณภาพ รพ.บางสะพานน้อย "นวัตกรรม เรื่อง นวัตกรรมบริหารยา" ประจำปี 2563
- รางวัลชมเชยจากการประกวดนวัตกรรมและผลงานคุณภาพระดับจังหวัด " CQI เรื่อง อ๊ะ อ๊ะ อย่าพ่นยาผิด หลอด" ประจำปี 2562
- รางวัลที่ 3 จากการประกวดนวัตกรรมและผลงานคุณภาพ รพ.บางสะพานน้อย "CQI เรื่อง ลาก่อนนะ แพ้ยาซ้ำ" ประจำปี 2562
- นวัตกรรม "กระเป๋ากล่องยา รักษาสิ่งแวดล้อม"

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
52. การกำกับดูแล การจัดการ ด้านยา	3	L	พัฒนาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลทั้งในโรงพยาบาลและ เครือข่าย กำกับและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตาม อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย
53. สิ่งแวดล้อม สหับสนุน การ จัดหาและเก็บ รักษา ยา	3	I	- ปรับปรุงฐานข้อมูลยาในโปรแกรม HOSXP ให้มีข้อมูลที่ จำเป็นในรูปแบบที่ใช้ง่าย เช่น ข้อมูลความคงตัวของยา การเก็บ รักษา ยาแต่ละชนิด สารละลายที่ต้องใช้, อัตราการให้ยา ,ขนาด ต่ำสุด สูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง เป็นต้น
54. การสั่งใช้ยา และการ ถ่ายทอดคำสั่ง	2	A	ตรวจสอบการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องคำสั่งยาที่ห้ามใช้ เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้ คำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์และ คำสั่งด้วยวาจา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาการไม่ปฏิบัติตาม รวมทั้งอาจมีการปรับปรุงระเบียบปฏิบัติ/นโยบายให้เป็นปัจจุบัน สื่อสารให้เจ้าหน้าที่เข้าใจทั่วทั้งองค์กร
55. การทบทวน คำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัด จ่าย และส่ง	3	L	- ปรับปรุงวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับการเตรียมยาผู้ป่วย เฉพาะราย และพัฒนาระบบการจัดการกับยาที่ถูกส่งคืนจาก หน่วยดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม - นำข้อมูล predisposing error และ dispensing error ที่พบมา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

มอบยา			ปรับระบบการทำงาน - การสุ่มตรวจสอบการจัดยา/ เตรียมยาที่หอผู้ป่วยใน
56. การบริหารยา และติดตามผล	3	L	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนากระบวนการติดตามผลการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาเทคนิคพิเศษ, ยาที่มีช่วงการรักษาแคบยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ (serious ADR) หรือได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) - พัฒนารูปแบบการประเมินผลการบริหารยาว่าได้ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดหรือไม่ - การสุ่มตรวจสอบ double check การบริหารยาโดยเภสัชกร/เจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาล - การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ยาอย่างถูกต้อง