

Service Profile

ชื่อหน่วยคุณภาพ..กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

1. บริบท¹ (Context)

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose) (หน้าที่และเป้าหมาย) :

เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาและเวชภัณฑ์อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ใช้อย่างปลอดภัย มีความพึงพอใจ และประชาชนได้รับความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) :

1. ให้บริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เวลา 08.30 – 20.30 น.
2. การให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิก การดูแลผู้ป่วยทางด้านเภสัชกรรม รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
3. ให้บริการเบิก-จ่ายยาและเวชภัณฑ์มีใบยาแก่คลังยาย่อยฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนสัปดาห์ละครั้ง หน่วยบริการภายในโรงพยาบาล 2 ครั้ง/เดือน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอยะหาและ PCC 11 แห่ง 1 ครั้ง/เดือน
4. การให้บริการข้อมูลทางยาและการศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
5. เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภค ให้ผู้บริโภคในเขตอำเภอยะหา ได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน) :

ผู้รับผลงาน	ความต้องการสำคัญ
ผู้ป่วยและญาติ	- ได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย - ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ข้อควรระวังและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น - ได้รับการบริการที่ดี เอาใจใส่ พุดจาไพเราะ ยิ้มแย้ม แจ่มใส
แพทย์	- ปฏิบัติตามคำสั่งการใช้ยาถูกต้อง ครบถ้วน - มีระบบเฝ้าระวังและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - มียาและเวชภัณฑ์บริการอย่างเพียงพอ
หอผู้ป่วย	- มีระบบการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ให้แก่หน่วยงานตามข้อตกลงที่กำหนด - ประสานงานและได้รับการตอบสนองที่ดี - ให้เภสัชกรแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่กลับบ้านทุกราย

¹ เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

	- จัดวิชาการด้านยาแก่บุคลากรอื่นในโรงพยาบาล - ได้รับบริการจ่ายยาผู้ป่วยในที่รวดเร็ว ถูกต้อง
หน่วยงานสนับสนุน อื่น ๆ	- ได้รับบริการจ่ายยา / เวชภัณฑ์ที่ถูกต้องตามใบเบิก - ประสานงานและได้รับการตอบสนองที่ดี

ง. ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ :

1. ความรวดเร็วในการประสานงาน
2. นำเทคโนโลยีมาช่วยในการสื่อสารได้รวดเร็ว ถูกต้อง

จ. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน :

ฉ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :

1. จ่ายยา/เวชภัณฑ์ให้แก่ผู้ป่วย งานบริหารทางเภสัชกรรม : Pre-dispensing Error , แพ้ยาซ้ำ , ใข้ยาไม่ถูกต้อง , เกิด ADR จากการใช้ยากลุ่ม High Alert Drug , Medication Reconciliation , รอรับยานาน
2. จัดซื้อ , จัดหา , จัดเก็บ , ผลิต : ได้มาตรฐาน , เพียงพอ ทันเวลา
3. งานคุ้มครองผู้บริโภค : ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ช. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ :

1. Pre-dispensing Error
2. การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ซ. ลักษณะงานและปริมาณงาน

ลักษณะงาน	หน่วย	2562	2563	2564	2565 (ต.ค.-มิ.ย.)
บริการผู้ป่วยนอก	ใบสั่งยา	140,179	119,905	138,392	94,457
บริการผู้ป่วยใน	วันนอน	25,734	22,560	33,669	25,946

ณ. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี (ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) : facilities & limitation :

1. มีเภสัชกร 9 คน ปฏิบัติงานบริการและงานอื่นๆ 7 คน โดยผู้ปฏิบัติงานบริการมีงานที่รับผิดชอบอื่นด้วย ได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ งานPCC งานเยี่ยมบ้าน งานชุมชน งานผลิต งานคุ้มครองผู้บริโภค งานวิชาการ และงานบริหารเภสัชกรรม, ปฏิบัติงานงานบริหารเภสัชกรรม และปฏิบัติงานหัวหน้างานแพทย์แผนไทย 1 คน , หัวหน้าฝ่าย 1 คน ปฏิบัติงานบริหารงานในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน งานบริการ งานบริหารเวชภัณฑ์และบริหารเภสัชกรรม กรณีวันคลินิกบริหารเภสัชกรรม ไปราชการ อบรมหรือลา หรือมีงานออกหน่วย หรือไป PCC รพ.สต. จะมีเภสัชกรไม่เพียงพอและบริการจ่ายยาล่าช้า

2. มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 5 คน ทำหน้าที่จัดยาและเวชภัณฑ์ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวม 4 คน โดยผู้ป่วยปฏิบัติงานบริการมีงานที่รับผิดชอบอื่นด้วย ได้แก่ งานPCC เบิกจ่ายวัคซีน งานวิชาการ งานTB/HIV งานผลิต/แบ่งบรรจุและงานคุ้มครองผู้บริโภค, ปฏิบัติงานคลัง 1 คน กรณีวันคลินิกเบาหวาน/ความดัน ไปราชการ อบรมหรือลา หรือมีงานออกหน่วย ตรวจร้าน จะมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและงานล่าช้า

3. พนักงานบริการ 1 คน ทำหน้าที่จัดยาและเวชภัณฑ์ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและแบ่งบรรจุยา

4. คนงาน 2 คน ปฏิบัติงานคลัง ดูแลความสะอาด แบ่งบรรจุยา ช่วยงานผลิต และส่งรยาไปหผู้ป่วย

5. Computer เสียบ่อย ทำให้เกิดปัญหาในการให้บริการผู้ป่วย ทำให้การบริการล่าช้า

(งบประมาณ 2564 จ่ายยาผู้ป่วยใน one day dose ~ 92 เที่ยงต่อวัน, ผู้ป่วยนอก ~ 379 ใบสั่งยาต่อวัน)

(งบประมาณ 2565(ต.ค.64-มิ.ย.65) จ่ายยาผู้ป่วยใน one day dose ~ 95 เที่ยงต่อวัน, ผู้ป่วยนอก ~ 346 ใบสั่งยาต่อวัน)

การแก้ไข

1. ให้เภสัชกรงานอื่น ๆ มาช่วยในช่วงเวลาเร่งด่วน
2. ให้เจ้าหน้าที่งานอื่น ๆ มาช่วยจัดยาและเวชภัณฑ์
3. กำหนดตารางการปฏิบัติงานและการจัดคนปฏิบัติงานทดแทน
4. มีเบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ IT สามารถตามเจ้าหน้าที่ IT ได้ทุกวัน

ญ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

เจ้าหน้าที่

- บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ 100 % ผลการตรวจสุขภาพพบว่ามีภาวะเสี่ยง 1 คน สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ได้ให้คำแนะนำและเน้นเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมทั้งส่งเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และต้องเข้าชมรมกีฬา พร้อมทั้งออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์

- ท่าทางในการทำงาน การใช้คอมพิวเตอร์ในระยะเวลาานาน ทำให้ปวดหลัง แก้ไขโดยให้มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน (จุดที่ต้องใช้คอมพิวเตอร์) และให้บริหารร่างกาย

ผู้รับบริการ

ให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง Asthma-COPD

HIV,TB,CKD,WARFARIN,จิตเวช,ยาเสพติด) และให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหอผู้ป่วยชายหญิง โดยเภสัชกร

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)²

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p><u>งานบริการจ่ายยา</u></p> <p>1. รับใบสั่งยาและทบทวนคำสั่งแพทย์</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตาม ขนาด วิธีใช้เหมาะสมกับโรค ถูกคน ถูกเวลาและมีความปลอดภัยจากการใช้ยา</p>	<p>1. คัดลอกคำสั่งผิด, ตรวจสอบผิดหรือไม่ครบถ้วน</p> <p>2. แพทย์สั่งจ่ายยาผิดคน/ผิดชนิดเนื่องจากชื่อคล้ายกัน</p> <p>3. สั่งจ่ายยาคู่ที่เกิด Drug Interaction</p> <p>4. สั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้</p>	<p>1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์</p> <p>2. ความคลาดเคลื่อนจากการตรวจสอบใบสั่งยา</p> <p>3. การเกิดแพ้ยาซ้ำ</p>
<p>2. พิมพ์ฉลาก</p>	<p>- ผู้ป่วยทราบวิธีใช้ยาที่ชัดเจน อ่านง่ายและเข้าใจง่าย</p>	<p>1. ไม่เข้าใจวิธีใช้ยา</p> <p>2. ฉลากพิมพ์ไม่ชัดเจน อ่านยาก</p> <p>3. ไม่มีคำแนะนำพิเศษ/ข้อ</p>	<p>1. ความคลาดเคลื่อนจากการพิมพ์ฉลากยาผิด</p>

² สรุปภายใน 1 หน้า วิเคราะห์โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง เช่น หอผู้ป่วย ให้พิจารณาว่ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีใช้เฉพาะกระบวนการที่พยาบาลรับผิดชอบ

		ควรระวัง	
3. จัดยาและเวชภัณฑ์	- ผู้ป่วยได้ยาและ เวชภัณฑ์ที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามแพทย์สั่ง	1. จัดยา/เวชภัณฑ์ผิดชนิด ผิดจำนวน ผิดความแรง หรือไม่ครบตามใบสั่ง	1. ความคลาดเคลื่อน จากการจัดยาและ เวชภัณฑ์
4. ตรวจสอบการจัดยาและ เวชภัณฑ์	- ผู้ป่วยได้ยาและ เวชภัณฑ์ที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามแพทย์สั่ง	1. ตรวจสอบการจัดยาและ เวชภัณฑ์ผิดพลาด	1. ความคลาดเคลื่อน จากการตรวจสอบ การจัดยาและ เวชภัณฑ์
5. ตรวจสอบซ้ำและส่งมอบ พร้อมคำอธิบาย	- เพิ่มความมั่นใจว่าผู้ป่วย ได้ยาและเวชภัณฑ์ที่ ถูกต้องครบถ้วน - ผู้ป่วยใช้ยาและ เวชภัณฑ์ได้ถูกต้องตาม คำสั่งแพทย์ - ผู้ป่วยทราบข้อควรระวัง หรือคำแนะนำพิเศษใน การใช้ยา	1. จ่ายยา/เวชภัณฑ์ผิดคน หรือผิดชนิด 2. จ่ายไม่ครบชนิดหรือ จำนวน 3. ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยแพ้ 4. ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีใช้ยา/ เวชภัณฑ์หรือใช้ไม่ถูกต้อง ตามคำสั่งแพทย์ 5. รอนาน ไม่พอใจ	1. ความคลาดเคลื่อน จากการจ่ายยา/ เวชภัณฑ์ 2. การเกิดแพ้ยาซ้ำ 3. ระยะเวลารอคอย รับยา 4. ความพึงพอใจ
กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)

<p>งานบริหารทางเภสัชกรรม</p> <p>1. งานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์</p> <p>1.1 รับแจ้งจากแพทย์/พยาบาล/ผู้ป่วยหรือญาติ/ใบสั่งยาที่สงสัย/ยา High Alert</p>	<p>1. ได้รับแจ้งทันทีที่พบหรือมีการสั่งใช้ยากลุ่มเป้าหมาย</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด</p>	<p>1. ได้รับแจ้งล่าช้าทำให้สูญเสียข้อมูลที่สำคัญ เช่น อาการทางผิวหนัง</p> <p>2. ได้รับแจ้งทันทีแต่ไม่ได้รับการติดตามจากเภสัชกรหรือติดตามล่าช้า</p>	<p>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ต้องติดตามได้รับการติดตามดูแลและประเมินผล</p>
<p>1.2 ติดตามอาการ/รวบรวมข้อมูล/วิเคราะห์ผล</p>	<p>1. ได้ข้อมูลครบถ้วน</p> <p>2. ข้อมูลน่าเชื่อถือ</p> <p>3. วิเคราะห์ข้อมูลถูกต้อง</p>	<p>1. ข้อมูลไม่ครบถ้วนทำให้วิเคราะห์หรือสรุปผลไม่ได้</p> <p>2. ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ</p>	<p>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ต้องติดตามได้รับการติดตามดูแลและประเมินผลถูกต้อง</p>
<p>1.3 สรุปผลและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง</p>	<p>1. ผลสรุปเชื่อถือได้</p> <p>2. รายงานผลแจ้งผู้เกี่ยวข้องตามข้อกำหนด</p>	<p>1. สรุปผลไม่ได้</p> <p>2. รายงานล่าช้า</p>	<p>1. จำนวนผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำ</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิด ADR ได้รับการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนและระบบคอมพิวเตอร์</p>
<p>2. การให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <p>1. ให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย DM HT Asthma-COPD HIV, TB, CKD, WARFARIN, จิตเวช, ยาเสพติด</p>	<p>1. ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยจากการใช้ยา</p>	<p>1. ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง</p> <p>2. ปัญหาการสื่อสารกับผู้ป่วย muslim</p> <p>3. อัตรากำลังเภสัชกรบางวันไม่เพียงพอ จึงไม่ได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกร</p>	<p>1. อัตราการใช้ยาถูกต้องมากกว่า 70 %</p>
<p>2. ติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาแนะนำ</p>	<p>1. ติดตามประเมินผลผู้ป่วยที่ให้คำแนะนำปรึกษาทุกราย</p> <p>2. วิเคราะห์ข้อมูลการให้คำแนะนำปรึกษาและพัฒนางาน</p>	<p>1. การบันทึก/วิเคราะห์ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำปรึกษาได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องและประเมินผลได้</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)

<p>งานจัดซื้อจัดหา และบริหารคลัง</p> <p>1. จัดซื้อ/จัดหา</p>	<p>1. มียาและเวชภัณฑ์เพียงพอ</p> <p>2. ดำเนินการถูกต้องตามระเบียบพัสดุ</p>	<p>1. ดำเนินการผิดระเบียบพัสดุ/ไม่โปร่งใส</p> <p>2. ยาและเวชภัณฑ์ขาดตลาด</p>	<p>1. มูลค่าจัดซื้อยาร่วม > 20 %</p>
<p>2. ตรวจรับ</p>	<p>1. ได้ยาและเวชภัณฑ์ตามข้อกำหนด</p>	<p>1. ตรวจรับยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ได้ spec ตามที่กำหนด</p>	
<p>3. จัดเก็บ/รักษา/ตรวจสอบคุณภาพ</p>	<p>1. จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ได้มาตรฐานที่กำหนด</p> <p>2. มียาและเวชภัณฑ์ที่คงคุณภาพ</p>	<p>1. สถานที่เก็บไม่ได้มาตรฐาน</p> <p>2. มียา/เวชภัณฑ์หมดอายุ/เสื่อมสภาพ</p> <p>3. จนท.บาดเจ็บจากการทำงาน/ยกของหนัก</p>	<p>1. มีบันทึกระบบควบคุมอุณหภูมิความชื้น</p> <p>2. รายงานเวชภัณฑ์หมดอายุ</p>
<p>4. จำหน่ายให้หน่วยเบิก</p>	<p>1. มียา/เวชภัณฑ์ให้บริการอย่างเพียงพอและเหมาะสม</p>	<p>1. จ่ายให้หน่วยเบิกผิดพลาด</p> <p>2. ไม่มีจ่ายให้หน่วยเบิก</p> <p>3. เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอหรือสำรองมากเกินไป</p>	<p>1. ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายให้หน่วยเบิก</p> <p>2. อัตราสำรองคลัง < 2 เดือน</p> <p>3. จำนวนใบค้ำงเวชภัณฑ์</p>
<p>งานบริการผลิตยา</p> <p>1. เบิกวัตถุดิบ/เตรียมสถานที่และอุปกรณ์การผลิต</p>	<p>1. วัตถุดิบเพียงพอ</p> <p>2. สถานที่และอุปกรณ์การผลิตมีความพร้อม</p>	<p>1. ไม่มีวัตถุดิบในการผลิต</p> <p>2. สถานที่ไม่สะอาด/ไม่พร้อม/ไม่ได้มาตรฐาน</p>	<p>1. ผลการวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน</p>
<p>2. ตรวจสอบและดำเนินการผลิต</p>	<p>1. ได้ตำรับยาที่ถูกต้อง</p> <p>2. ได้ยาตามที่กำหนด</p>	<p>1. ได้รับอันตรายจากยา/สารเคมี</p> <p>2. ได้ยาที่ไม่ผ่านมาตรฐาน</p>	<p>1. ผลการวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน</p>
<p>3. ตรวจสอบผลิตภัณฑ์</p>	<p>1. ได้ยาที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p>	<p>1. ได้ยาที่ไม่ผ่านมาตรฐาน</p>	<p>1. ผลการวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน</p>
<p>4. บรรจุ/จัดเก็บ</p>	<p>1. บรรจุ/จัดเก็บถูกต้องตามหลักวิชาการ</p>	<p>1. บรรจุ/จัดเก็บผิดมาตรฐาน</p>	
<p>5. จำหน่ายให้หน่วยเบิก</p>	<p>1. มียาให้บริการตามต้องการ</p>	<p>1. จ่ายยาให้หน่วยเบิกผิด</p> <p>2. ยาที่ผลิตไม่เพียงพอ</p> <p>3. จ่ายยาไม่ได้มาตรฐาน</p>	<p>1. ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาให้หน่วยเบิก</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
งานคุ้มครองผู้บริโภค 1.ขั้นเตรียมการและการค้นหาปัญหา	1.เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของชุมชน และทำการแก้ปัญหาได้ตรงจุด	1.ชุมชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภค 2.ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ 3.ประชาชนไม่ทราบรายละเอียดงาน คบส. 4.ร้านค้าเห็นแก่เงินไม่คำนึงถึงคุณภาพ	
2.การวางแผนปฏิบัติงาน	1.เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน	1.แผนปฏิบัติการที่วางไว้ไม่สอดคล้องกับปัญหา	
3.การดำเนินงาน	1.เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนด	1.ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามแผนที่กำหนด 2.ล่าช้าในการดำเนินงาน	
4.การติดตามและประเมินผล	1.เพื่อดูความสำเร็จของการดำเนินงาน	1.ผลงานไม่ได้ตรงตามเป้าที่กำหนด /2.ขาดการติดตาม	

สรุปประเด็นสำคัญ / จุดเน้นที่ต้องพัฒนา ในปีปัจจุบัน

3. แผนพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2565

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
1. การจ่ายยาผิด	ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตาม ขนาด วิธีใช้เหมาะสมกับโรค ถูกคน ถูกเวลาและมีความปลอดภัยจากการ	- อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (dispensing Error) <1ครั้ง/1000 ใบสั่งยา - อัตราความคลาดเคลื่อน	- จ่ายยาตามมาตรฐานการจ่ายยา - ทบทวนการจ่ายยาผิดทุกครั้ง เพื่อป้องกันการจ่ายยา

	ใช้ยา	ในการจ่ายยาผู้ป่วยใน (dispensing Error) <1ครั้ง/1000 ใบสั่งยา	ผิด
2. ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยา ที่แพ้ซ้ำ	- จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ เป็น 0	มีระบบป้องกันการ แพ้ยาซ้ำโดยทีมสห วิชาชีพ
ประเด็นคุณภาพที่ สำคัญ/ความท้าทายที่ สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
3. การให้คำปรึกษา แนะนำการใช้ยาแก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ ยาได้ถูกต้อง	อัตราการใช้ยาในผู้ป่วย โรคเรื้อรังได้ถูกต้อง > 70%	พัฒนาการให้ คำปรึกษาแนะนำ การใช้ยาแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง
4. Pre-dispensing Error	- ผู้ป่วยได้ยาและ เวชภัณฑ์ที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามแพทย์สั่ง	- Pre-dispensing Error ผู้ป่วยนอก <3ครั้ง/1000 ใบสั่งยา - Pre-dispensing Error ผู้ป่วยใน <3ครั้ง/1000 วันนอน	- จัดยาตาม มาตรฐานการจัดยา - ทบทวนการจัดยา ผิดทุกครั้ง เพื่อ ป้องกันการจัดยาผิด
5. ระบบสำรองยาจุด บริการจ่ายยา	ไม่มียาและเวชภัณฑ์ หมดอายุและฉลากไม่ ถูกต้อง	ยาและเวชภัณฑ์ หมดอายุและฉลากไม่ ถูกต้อง 0 รายการ	1.สำรวจข้อมูลการ ใช้ยา/เวชภัณฑ์มิใช่ ยาจากโปรแกรม Hosxp และกำหนด minimum - maximum stock ใหม่ 2.วางระบบให้เจ้า พนักงานเภสัชกรรม ผู้แบ่งบรรจุยาส่งให้ เภสัชกรผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบการแบ่ง บรรจุยาอีกครั้ง 3.ตรวจสอบรายการ

			เวชภัณฑ์ใกล้ หมดอายุ 6 เดือน ทุก เดือน สำหรับยาไหน ที่สามารถ แลกเปลี่ยนได้ ทำ การแลกเปลี่ยน และ แจ้งเตือนให้กับทุก หน่วยงานให้เร่งใช้ ยาที่ใกล้หมดอายุ ก่อน 4. เพิ่มสต็อกเกอร์สี วันหมดอายุที่ชั้นวาง ของยา
--	--	--	---

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน³ (Performance Indicator)

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ต.ค.64-มิ.ย. 65
	รวดเร็ว							
1	อัตราของผู้รับบริการที่รอรับยาไม่ เกิน 15 นาที (ผู้ป่วยนอก) เฉลี่ย (นาที)	< 15 นาที	13	14	14	13	11	7
2	ร้อยละผู้ที่รอรับยาไม่เกิน 15 นาที (ผู้ป่วยนอก)	> 90 %	94.08	95.58	95.32	95.59	96.89	96.96
	ถูกต้อง							
	ผู้ป่วยนอก							
3	ความคลาดเคลื่อน Pre-dispensing error ผู้ป่วยนอก	< 3 ครั้ง/1000 ใบสั่ง	1.95 (244)	1.87 (230)	0.74 (105)	2.18 (262)	0.63 (87)	0.34 (32)
4	ความคลาดเคลื่อน Dispensing							

³ นำเสนอกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (ก) ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานและมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง (พร้อมคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบภาพอย่างสั้นๆ) (ข) ข้อมูลผลการพัฒนาตามโครงการสำคัญในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

	error ผู้ป่วยนอก ระดับ A-D	<1ครั้ง/1000 ใบสั่ง	0.016(14)	0.06(7)	0.03(4)	0.06(7)	0.036(5)	0.03(3)
	ระดับ E-I	0	0.11(1)	0	0	0	0	0
	<u>ผู้ป่วยใน</u>							
5	ความคลาดเคลื่อน Transcribing error ผู้ป่วยใน	<3ครั้ง/1000 วันนอน	1.01 (24)	3.25 (71)	0.47 (12)	2.39 (54)	0.71 (24)	0.23 (6)
6	ความคลาดเคลื่อน Pre-dispensing error ผู้ป่วยใน	<3ครั้ง/1000 วันนอน	2.03 (48)	1.60 (35)	0.74 (19)	4.70 (106)	0.77 (26)	0.46 (12)
7	Dispensing error ผู้ป่วยใน ระดับ A-D	<1ครั้ง/1000 วันนอน	0.46(11)	1.14(25)	0.19(5)	1.06(24)	0.56(19)	0.077(2)
	ระดับ E-I	0	0	0	0	0	0	0
	พึงพอใจ							
8	อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	> 85%	96.34	96	96.71	96.83	97.21	97.04
ลำดับ	เครื่องซีวีดี	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 ต.ค.64-มิ.ย. 65
	ปลอดภัย							
9	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0	0	0	0
	ปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ							
10	ร้อยละของสถานประกอบการด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการ ตรวจสอบได้รับมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กำหนด	100%	100	100	100	100	100	100

จากการทบทวนตัวชี้วัด

ความคลาดเคลื่อน Dispensing error ผู้ป่วยนอก ระดับ E – I 0 : 1000 ใบสั่งยา แต่ปี 2560
Dispensing error ผู้ป่วยนอก ระดับ E – I 0.11 : 1000 ใบสั่งยา เดือนพฤศจิกายน 2559 จ่ายยา warfarin
ผิดขนาด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีเลือดออกบริเวณปาก 1 ครั้ง และเลือดออกทางจมูก 1 ครั้ง สาเหตุเนื่องจากเภสัชกรที่

จ่ายยาไม่ใช่เภสัชกรประจำคลินิกเภสัชกรที่ช่วยจ่ายยาแทนในวันนั้นปฏิบัติหน้าที่หลายอย่างพร้อมกัน (รับคำสั่งแพทย์ผู้ป่วยใน และมีผู้ป่วยสงสัยแพ้ยา ต้องไปประเมินแพ้ยา) ทำให้ตรวจสอบยาไม่ละเอียด จึงเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา สาเหตุความคลาดเคลื่อนเกิดจากภาระงานที่มากเกินไปในเวลาเดียวกัน จึงแก้ไขโดยมีระบบการมอบหมายงานกรณีเจ้าหน้าที่หลักไม่อยู่ และแบ่งภาระงานที่ชัดเจน ไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนในเวลาเดียวกัน หลังจากทบทวน ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา warfarin ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 – ปัจจุบัน เท่ากับ 0

ปี 2562 ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง เนื่องจากเปลี่ยนระบบการส่งข้อมูลความเสี่ยงผ่านโปรแกรม NRLS ซึ่งเป็นโปรแกรมใหม่ ส่งผลให้การรายงานข้อมูลความเสี่ยงน้อยลง

ตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายในปี 2563 คือความคลาดเคลื่อน Pre-dispensing error ผู้ป่วยใน < 3 ครั้ง/1000 วันนอน แต่ปี 2563 Pre-dispensing error ผู้ป่วยใน 4.70 ครั้ง/1000 วันนอน ตัวชี้วัดไม่บรรลุตามเป้าหมาย เนื่องจากยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย (LASA) จึงทบทวนและจัดทำแนวทางต่างๆ ดังนี้

1. จัดทำรายการคู่ยาที่มักเกิดความผิดพลาดในการจัดยาและวางแนวทางปฏิบัติ
2. จัดการแยกแยะยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย (LASA) โดยการใช้อักษรแบบ Tallman เพื่อให้เกิดความแตกต่างของยาดังกล่าว โดยการแก้ไขฐานข้อมูลชื่อรายการยาในโปรแกรม HOS xp และ sticker ยา
3. จัดวางยาบนชั้นวางที่มีลักษณะคล้ายกันและยาชนิดเดียวกันมีหลายขนาดแยกจากกัน ไม่เรียงลำดับตัวอักษร ใช้ตัวอักษรหรือเพิ่มข้อความให้เห็นความแตกต่างระหว่างคู่ยาที่มีปัญหาชื่อพ้องมอคล้ายและแยกสีที่แตกต่าง
4. ปรับเปลี่ยนการจัดยาผู้ป่วยในจากจัดหลายคนเป็นจัดยาผู้ป่วยในเพียงคนเดียว แต่ในวันที่ผู้รับผิดชอบลาหรือเป็นวันหยุด จะเป็นเจ้าหน้าที่ท่านอื่นมาปฏิบัติงานแทน ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น จึงประชุมทบทวนความเสี่ยงแล้วเน้นเจ้าหน้าที่จัดยาจะต้องอ่านฉลากอย่างระมัดระวังทุกครั้งที่ยิบยา และอ่านซ้ำก่อนจัดยา และไม่ควรถัดยาอย่างเร่งรีบ

คู่ยาที่พบว่าจัดผิดบ่อย จึงกำหนดเป็น คู่ยา LASA คู่ใหม่ดังนี้

1. ampicillin 500 มก. VS ampicillin 1000 มก.
สาเหตุเนื่องจากยาดังกล่าววางใกล้กัน ลักษณะคล้ายคลึงกัน
แนวทางการแก้ไข เขียนข้อความเตือนที่บริเวณจัดวางยา
หลังจากปรับปรุงพบว่า ไม่พบความคลาดเคลื่อนดังกล่าว
2. furosemide injection VS vitamin B complex
สาเหตุเนื่องจาก ลักษณะยาคคล้ายกัน บรรจุภัณฑ์คล้ายกัน
แนวทางการแก้ไข แยกยาทั้ง 2 รายการให้ห่างกัน
หลังจากปรับปรุงพบว่า ไม่พบความคลาดเคลื่อนดังกล่าว
3. ceftriaxone VS cefotaxime

สาเหตุเนื่องจากยาทั้ง 2 มีชื่อคล้ายกัน วางใกล้กัน แนวทางแก้ไข คือ จัดหาชื่อยา 4 ชั้น เพื่อใส่ยา
ดังกล่าวโดยมี 4 รายการที่คล้ายคลึงกัน คือ ceftriaxone, cefotaxime, cefazolin และ ceftazidime

4. vitamin B complex VS multivitamin

สาเหตุเนื่องจากยาทั้ง 2 จัดอยู่ในกลุ่มยาวิตามิน จึงอาจเป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อน แนวทางแก้ไข
คือ นำสติ๊กเกอร์สีแปะที่ป้ายชื่อยา โดย vitamin B complex ลักษณะเม็ดยาสีเหลือง ใช้สติ๊กเกอร์สี
เหลืองสะท้อนแสง ส่วน multivitamin มีสีม่วง ใช้สติ๊กเกอร์สีชมพูอมม่วง

5. dicloxacillin capsule VS doxycycline capsule

สาเหตุเนื่องจากยาทั้ง 2 เป็นยาฆ่าเชื้อชนิดแคปซูล ชื่อยาประกอบด้วยตัวอักษรที่คล้ายกัน แนวทางแก้ไข
คือ นำตัวอย่างยา 1 เม็ด ติดไว้ที่ป้ายชื่อยาทั้ง 2 รายการ

6. cinnarizine VS glycerylguicolate

สาเหตุเนื่องจากมีลักษณะแผงยาค่อยคล้ายคลึงกัน เม็ดสีขาวเหมือนกัน เมื่อตัดออกจากฟอยล์ทีละ 1 เม็ด จึง
มีความเหมือนกันมาก แนวทางแก้ไข คือ ใช้ตัวหนา ป้ายสี หรือสัญลักษณ์ ให้เห็นความแตกต่างหรือ
สะดุดตา และแจ้งฝ่ายจัดซื้อยาในการจัดซื้อยาที่มีลักษณะแผงยา หรือเม็ดยาที่แตกต่างกันชัดเจน

7. Drotaverine กับ Diclofenac

สาเหตุเนื่องจาก ยามีชื่อคล้ายกัน แนวทางการแก้ไข 1.เปลี่ยนแปลงชื่อที่สติ๊กเกอร์พิมพ์ฉลาก 2.ทำ
เครื่องหมายที่ชั้นวางยาให้เห็นเด่นชัด

8. เถาวัลย์เปรียง กับ มะขามแขก

สาเหตุเนื่องจาก ตำแหน่งที่วางยาอยู่ใกล้กัน แนวทางการแก้ไข 1.เปลี่ยนที่วางให้ห่างกัน ทำเครื่องหมายที่
ชั้นวางยาให้เห็นเด่นชัด 2.เปลี่ยนแปลงชื่อที่สติ๊กเกอร์พิมพ์ฉลาก 3.ใช้ตัวหนา ป้ายสี หรือสัญลักษณ์ ให้เห็น
ความแตกต่างหรือสะดุดตา เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการจัดยาที่เขียนคล้ายกัน

ความคลาดเคลื่อน Dispensing error ผู้ป่วยใน < 1 ครั้ง/1000 วันนอน แต่ปี 2563 Dispensing
error ผู้ป่วยใน 1.06 ครั้ง/1000 วันนอน ปี 2564 Dispensing error ผู้ป่วยใน 0.56 ครั้ง/1000 วันนอน
ตัวชี้วัดไม่บรรลุตามเป้าหมาย ผู้ตรวจสอบยาก่อนจ่ายให้หอผู้ป่วย ตรวจสอบซ้ำก่อนส่งให้หอผู้ป่วย
ทวนซ้ำคำสั่งแพทย์หรือตรวจสอบในหน่วยงานและข้ามวิชาชีพในกรณีที่สงสัย

ปี 2564 จัดทำ risk register ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อพัฒนาและลดความเสี่ยง ได้แก่
Pre-dispensing error ผู้ป่วยใน , Pre-dispensing error ผู้ป่วยนอก , Transcribing error ผู้ป่วยใน ,
Dispensing error ผู้ป่วยใน และระบบสำรองยาจุดบริการจ่ายยา ผลการทบทวนการจัดยาผิดปี 2564 ดังนี้
1. จัดทำบัญชีคู่ LASA แล้ว จัดยาให้ห่างกัน , ทำสัญลักษณ์ที่วางยารายการที่จัดผิดบ่อยให้เห็นเด่นชัด , ทำ
สัญลักษณ์ป้ายของชื่อยาคล้ายกันหรือแผงยาให้เด่นชัด , พิมพ์ตัวเล็กและตัวพิมพ์ใหญ่หรือ เป็นตัวอักษรภาษาไทย
ของตัวหนา 2-3 พยางค์ เพื่อให้เห็นเด่นชัดของตัวยานั้นๆที่สติ๊กเกอร์ , จัดยาผู้ป่วยนอก(จพง/จนท) ในส่วนของยา
ในกลุ่มจิตเวชที่มี 2 ความแรง เช่น ACA 2 , ACA5 /Hadol2 , Hadol 5 /D2 , D5 ทำการไฮไลท์ของชื่อยาโดย
ยาที่ความแรงสูงให้ไฮไลน์เน้นสีแดง ส่วนความแรงที่น้อยให้ไฮไลน์เน้นสีเหลือง

2. จัดยาผู้ป่วยใน วงที่จุดแตกต่างด้วยปากกาแดง เพื่อเพิ่มการอ่านฉลากที่ถูกต้อง

3. ห้ามคุยโทรศัพท์ในขณะที่จัดยา กรณีที่มีเรื่องเร่งด่วนให้เจ้าหน้าที่ท่านอื่นมาจัดยาแทน แล้วไปคุยโทรศัพท์ห้อง คลังยาย่อย

ปี 2565 จัดทำ risk register และทบทวนความเสี่ยง ผลลัพธ์ ดังนี้

- Pre-dispensing error ผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2563 พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาผู้ป่วยใน เท่ากับ 5.1 ต่อ 1,000 วันนอน หลังจากทบทวนในปีงบประมาณ 2564 ลดลงเหลือ 0.77 ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) เหลือ 0.46

- Pre-dispensing error ผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2563 พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาผู้ป่วยนอก เท่ากับ 2.74 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา หลังจากทบทวนในปีงบประมาณ 2564 ลดลงเหลือ 0.628 ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) เหลือ 0.34

- Transcribing error ผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2563 พบความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยใน เท่ากับ 5.7 ต่อ 1,000 วันนอน หลังจากทบทวนในปีงบประมาณ 2564 ลดลงเหลือ 0.71 ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) เหลือ 0.34

- Dispensing error ผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2563 พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน เท่ากับ 1.06 ต่อ 1,000 วันนอน หลังจากทบทวนในปีงบประมาณ 2564 ลดลงเหลือ 0.56 ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) เหลือ 0.077

- ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือ guideline ของการใช้ยา(ระบบสำรองยาจุดบริการ) พบยาหมดอายุ , รายการยาไม่ตรงกับชื่อยาที่วางยา , สำรองยามาก/น้อยเกิน , ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการเบิกยา ปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือ guideline ของการใช้ยา 59 ครั้ง หลังจากทบทวนในปีงบประมาณ 2564 อุตบัติการณ์ลดลงเหลือ 5 ครั้ง ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) เหลือ 4 ครั้ง

5. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

5.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ให้เขียนสรุปผลการทำ CQI ที่มีการพัฒนาผ่านมาแล้ว แบบ 3C PDSA เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว⁴) ความภาคภูมิใจ

เรื่องที่ 1 การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยที่ไ้ยาวัณโรค/HIV

ปัญหาและข้อมูล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วิธีการทำงาน
<p>ปีงบประมาณ 2549 มีอุบัติการณ์เกี่ยวกับการให้ยาวัณโรค โดยระบบเดิมฝ่ายสุขภาพ เป็นผู้จัดและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยวัณโรค แล้วพบว่าฝ่ายสุขภาพ มีการจ่ายยา TB. ที่แพทย์ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยแพ้ยาตัวใดซึ่ง plan ที่จะ rechallange ฝ่ายสุขภาพไม่ได้ consult ผู้ที่เกี่ยวข้องและมีความเข้าใจที่ผิดว่าหากผู้ป่วยมีโอกาสแพ้ยาที่จะจ่ายก็ให้นำยาที่ผู้ป่วยรับประทานมาแยกมือผู้ป่วยเกิด anaphylactic shock ต้องนอนรักษาตัวในรพ.และ refer ผู้ป่วยไปรพ.ศูนย์ยะลา และจ่ายยา TB ไม่ครบจำนวน จำนวน 2 ครั้ง คือผู้ป่วยได้รับยา Rifater 4 's + Etham 2+1/2 แต่ etham 1/2 แยกอีกซอง จึงไม่ได้จัดยาให้ etham 1/2 เม็ดให้ผู้ป่วย เนื่องจากการจัดยา TB จากฝ่ายสุขภาพไม่ได้รับชื่อผู้ป่วย รายการยาที่ผู้ป่วยได้ใน 1 ชุด หน้าของยา ทำให้ ยา Ethambutol ที่ต้องแบ่งครึ่งเม็ด อยู่อีกซองเภสัชกรไม่เห็นจึง ไม่ได้รับ order และเภสัชกรไม่ได้ตรวจสอบขนาดยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาว่าถูกต้องตามน้ำหนักหรือไม่ ทำให้ไม่ทราบขนาดยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย</p> <p><u>ข้อมูล</u></p> <p>ปีงบประมาณ 2550-ปัจจุบัน เภสัชกรติดตามการใช้ยาผู้ป่วยวัณโรค/HIV 100%</p> <p>ปีงบประมาณ2554 ทำการวิจัยผลของการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรค รพ.ยะลา (นำเสนอผลงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554)</p>	<p>1.เภสัชกรติดตามการใช้ยาผู้ป่วยวัณโรค/HIV 100%</p>	<p>1. กำหนดให้เภสัชกรมีการตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดยาที่ให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะลา</p> <p>2. กำหนดมาตรฐานการจัดยา TB ให้มีการระบุชื่อผู้ป่วย รายการยา และขนาดยาที่ได้รับ ใส่ซองยาสีน้ำตาลทุกชุดในการจัดยาวัณโรคให้ผู้ป่วยแต่ละรายฝ่ายเภสัชกรรมจะมีการจัดยาเป็นชุดต่อวัน (DAILY DRUG PACKET) โดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรม และมีการตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดโดยเภสัชกรอีกครั้งก่อนมีการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย</p> <p>3.เพิ่มรายการยา Ethambutol 500 mg.ในเภสัชตำรับ เพื่อไม่ให้มีการแบ่งครึ่งยา Ethambutol</p> <p>4. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยวัณโรค/HIV โดยมีการบันทึกประวัติการมารับยา ผล Lab ที่มีความสำคัญต่อการรักษา ปัญหาจากการใช้ยา และหากพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเภสัชกรจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทุกราย</p>

⁴ สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างสั้นๆ ระบุแนวคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็นข้อสรุปจากการพัฒนา

5.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ คือ CQI ที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน คือมี Plan Do ยังไม่มี Check

เรื่องที่ 1 พัฒนาความคลาดเคลื่อนด้านยา (Pre-dispensing error)

ปัญหาและข้อมูล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วิธีการทำงาน
<p>จากการติดตามตัวชี้วัดความคลาดเคลื่อนด้านยา พบว่า Pre-dispensing error เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อย ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) ซึ่งทางฝ่ายเภสัชกรรมได้หาแนวทางแก้ไข และทบทวนผลการแก้ไขปัญหาโดยนำเสนอในรูปแบบของ CQI และทบทวน 12 กิจกรรมทุกเดือน เพื่อลดความคลาดเคลื่อน</p> <p><u>ข้อมูล</u></p> <p>Pre-dispensing Error ผู้ป่วยนอก</p> <p>งบประมาณ 2560 1.95ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2561 1.87ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2562 0.74ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2563 2.18ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2564 0.628ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2565(ต.ค.64-มิ.ย.65) 0.34 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>Pre-dispensing Error ผู้ป่วยใน</p> <p>งบประมาณ 2560 2.03ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2561 1.60ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2562 0.74ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2563 4.70ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2564 0.77ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>งบประมาณ 2565(ต.ค.64-มิ.ย.65) 0.46 ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p>	<p>- Pre-dispensing Error ผู้ป่วยนอก <3ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p> <p>- Pre-dispensing Error ผู้ป่วยใน <3ครั้ง/1000 ใบสั่งยา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดทำรายการคู่ยาที่มักเกิดความผิดพลาดในการจัดยาและวางแนวทางปฏิบัติ 2.จัดการแยกแยะยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) โดยการใช้อักษรแบบ Tallman เพื่อให้เกิดความแตกต่างของยาดังกล่าว โดยการแก้ไขฐานข้อมูลชื่อรายการยาในโปรแกรม HOS xp และ sticker ยา 3.จัดวางยาบนชั้นวางที่มีลักษณะคล้ายกันและยาชนิดเดียวกันมีหลายขนาดแยกจากกัน ไม่เรียงลำดับตัวอักษร ใช้ตัวอักษรหรือเพิ่มข้อความที่ให้เห็นความแตกต่างระหว่างคู่ยาที่มีปัญหาชื่อพ้องมองคล้ายและแยกสีที่แตกต่าง 4.ปรับเปลี่ยนการจัดยาผู้ป่วยในจากจัดหลายคนเป็นจัดยาผู้ป่วยในเพียงคนเดียว 5.ประชุมทบทวนความเสี่ยงในงานจะเน้นเจ้าหน้าที่จัดยาจะต้องอ่านฉลากอย่างระมัดระวังทุกครั้งที่ยิบยา และอ่านซ้ำก่อนจัดยา และไม่ควรถัดยาอย่างเร่งรีบ

เรื่องที่ 2 พัฒนาการความคลาดเคลื่อนด้านยา (Dispensing errorผู้ป่วยนอก)

ปัญหาและข้อมูล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	วิธีการทำงาน
<p>จากการติดตามตัวชี้วัดความคลาดเคลื่อนด้านยา พบDispensing errorผู้ป่วยนอก 1.เรื่องจ่ายยาผิดคนเดือนเม.ย. 2557 ซึ่งผลของความคลาดเคลื่อนอาจส่งผลให้เกิดอันตรายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย ฝ่ายเภสัชกรรมเห็นความสำคัญในความคลาดเคลื่อนนี้ จึงทบทวนและวางแนวทางการป้องกัน สาเหตุเกิดจากการจ่ายยาผู้ป่วยจากสติ๊กเกอร์ที่มีชื่อผู้ป่วย โดยไม่ได้ตรวจสอบสติ๊กเกอร์กับใบนำทาง (สติ๊กเกอร์กับใบนำทางเป็นคนละคน) แล้วจ่ายยาโดยเรียกชื่อผู้ป่วยจากใบนำทาง</p> <p><u>ข้อมูล</u></p> <p>หลังจากทบทวนยังไม่เกิดอุบัติเหตุจ่ายยาผิดคน</p> <p>2. ปี 2560 Dispensing error ผู้ป่วยนอก ระดับ E – I 0.008 : 1000 ใบสั่งยา เดือนพฤศจิกายน 2559 จ่ายยา warfarin ผิดขนาด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีเลือดออกบริเวณปาก 1 ครั้ง และเลือดออกทางจมูก 1 ครั้ง สาเหตุเนื่องจากเภสัชกรที่จ่ายยาไม่ใช่เภสัชกรประจำคลินิกเภสัชกรที่ช่วยจ่ายยาแทนในวันนั้น ปฏิบัติหน้าที่หลายอย่างพร้อมกัน (รับคำ</p>	<p>Dispensing errorผู้ป่วยนอก เป็น 0 ครั้ง</p>	<p>1.1ตรวจสอบรายการยาที่จ่ายกับสติ๊กเกอร์ที่มีชื่อผู้ป่วย</p> <p>1.2ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยจากสติ๊กเกอร์กับใบนำทางต้องเป็นคนเดียวกัน</p> <p>1.3เรียกชื่อผู้ป่วยจากใบนำทาง</p> <p>1.4กรณีผู้ป่วยที่มีชื่อ-นามสกุลเหมือนกัน กำหนดให้ผู้ป่วยใบนำทางวงชื่อผู้ป่วยด้วยปากกาสีแดงว่าชื่อซ้ำ แล้วเขียนชื่อบิดามารดาผู้ป่วยในใบนำทาง เพื่อให้เภสัชกรจุดจ่ายยาซักถามชื่อบิดามารดาผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อป้องกันการจ่ายยาผิดคน</p> <p>2.1มีระบบการมอบหมายงานกรณีเจ้าหน้าที่หลักไม่อยู่</p> <p>2.2แบ่งภาระงานที่ชัดเจน ไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนในเวลาเดียวกัน</p> <p>2.3เพิ่มความรอบคอบมากขึ้นในการจ่ายยา</p>

<p>สิ่งแพทย์ผู้ป่วยใน และมีผู้ป่วยสงสัยแพ้ยา ต้องไปประเมินแพ้ยา) ทำให้ตรวจสอบยาไม่ละเอียด จึงเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา</p> <p><u>ข้อมูล</u></p> <p>หลังจากทบทวนยังไม่เกิดอุบัติการณ์จ่ายยา warfarin ผิด</p>		
--	--	--

เรื่องที่ 3 R2R ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง (ได้รับรางวัลชนะเลิศในการนำเสนอผลงานวิชาการระดับจังหวัด และรางวัลรองชนะเลิศในการนำเสนอผลงานวิชาการระดับเขต)

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และศึกษาการปรับระบบการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่แพทย์ไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการใช้ยา และมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา แบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหาที่เป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่แพทย์ไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการใช้ยาดังแต่เดือน พฤศจิกายน 2557 – มิถุนายน 2558 โดยเภสัชกรที่จ่ายยาแก่ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงวันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีประวัติยาเดิม การใช้ยาเหมือนเดิม (แพทย์ไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการใช้ยา) โดยสอบถามวิธีการใช้ยาจากผู้ป่วย แล้วบันทึกข้อมูลว่ามีปัญหาหรือไม่มีปัญหาการใช้ยา ในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และเก็บข้อมูลในแบบบันทึกปัญหาการใช้ยา (DRPs) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วย ทั้งหมด 789 ราย ผู้ป่วยที่ค้นหาปัญหาการใช้ยาคั้งที่ 1 จำนวน 789 ครั้ง และค้นหาปัญหาการใช้ยาคั้งที่ 2 จำนวน 223 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 1012 ครั้ง ในการค้นหาปัญหาการใช้ยาคั้งที่ 1 ไม่พบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจำนวน 655 ราย คิดเป็นร้อยละ 83 และพบปัญหาการใช้ยาจำนวน 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.0 โดยปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย 132 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7 โดยปัญหาการรับประทานผิดพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.0 ในการค้นหาปัญหาการใช้ยาคั้งที่ 2 ไม่พบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจำนวน 197 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.3 และพบปัญหาการใช้ยา 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.7 โดยปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.7 โดยปัญหาการรับประทานผิดพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาจากการค้นหาปัญหาการใช้ยาคั้งที่ 1 เมื่อเภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาเพิ่มเติมขณะจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยกลับมาค้นหาปัญหาการใช้ยาคั้งที่ 2 จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.1 ผู้ป่วยไม่พบปัญหาการใช้ยาคั้งที่ 1 จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 46.9) และพบปัญหาการใช้ยา 17 ราย (ร้อยละ 53.1) ผู้ป่วยที่ค้นหาปัญหาการใช้ยาคั้งที่ 1 และไม่พบปัญหาจากการใช้ยา เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา และได้รับการ

ค้นหาปัญหาครั้งที่ 2 จำนวน 191 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.2 ผู้ป่วยไม่พบปัญหาการใช้ยาจำนวน 182 ราย (ร้อยละ 95.3) และพบปัญหาการใช้ยา 9 ราย (ร้อยละ 4.7)

การศึกษานี้พบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือการรับประทานยาผิด เกสซ์กรควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาและรับประทานยาถูกต้อง ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหาจากการใช้ยาครั้งที่ 1 เกสซ์กรสามารถให้คำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในระบบเดิมได้ แต่ผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยาจากการค้นหาปัญหาการใช้ยาครั้งที่ 1 และกลับมาครั้งที่ 2 ยังพบปัญหาการใช้ยาถึงร้อยละ 53.1 ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนควรปรับระบบการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องจากระบบเดิม โดยควรมีเภสัชกรที่ให้คำแนะนำปรึกษาการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมิน และติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาและได้รับประโยชน์สูงสุดจากยาที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2559-2563 จึงมอบหมายเภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยาในคลินิกต่างๆ และเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัด	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ตค.62-กพ.63)
อัตราความร่วมมือด้าน การใช้ยาของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงใน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการ ใช้ยา	80.13%	78.26%	86.27%	76.52%	74.16%
อัตราการได้รับการแก้ไข อาการEPSจากยาจิตเวช	100%	100%	100%	- (ไม่เกิด EPS)	- (ไม่เกิด EPS)
อัตราการได้รับยาครบ ตามวันนัดของผู้ป่วยจิต เวช	95.57%	100%	100%	100%	100%
อัตราความร่วมมือด้าน การใช้ยาของผู้ป่วย โรคเบาหวานในผู้ป่วยที่	85.13%	92%	93.07%	91.25%	91.36%

มีปัญหาด้านการใช้ยา					
อัตราความร่วมมือด้าน การใช้ยาของผู้ป่วยโรค หอบหืดและปอดอุดกั้น เรื้อรังในผู้ป่วยที่มีปัญหา ด้านการใช้ยา	81%	88.08%	84.17%	79.75%	85.20%
ร้อยละผู้ป่วยwarfarin ได้รับการประเมินปัญหา ด้านความร่วมมือและ ความปลอดภัยในการใช้ ยา	100%	100%	100%	100%	100%

ปีงบประมาณ 2563 เก็บข้อมูลให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการใช้ยาในคลินิกต่างๆตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2563 หลังจากนั้นเกิดการระบาดของโรค COVID – 19 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหาจึงนำส่งยาโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยที่บ้านผ่านรพ.สต. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จึงไม่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย แต่ได้จัดทำสื่อให้ความรู้การใช้ยาและให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาผ่าน facebook และ line official และเภสัชกรร่วมกับทีมหมอครอบครัวให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้อยู่ในโซนสีเขียวและสีเหลืองที่รพ.สต. โดยเริ่มลงตรวจและบริการที่รพ.สต.ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563

6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง⁵

1. พัฒนาการให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในคลินิกต่างๆ
2. การรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง : เนื่องจากมีแนวโน้มว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ จึงไม่ทราบว่าในช่วงที่ผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาลนั้นผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องหรือไม่ , ระดับน้ำตาลปกติหรือไม่ , เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงได้ร่วมกันสร้างระบบเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงครบวงจรตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

⁵ อาระบุทิศทางของการพัฒนา, โครงการสำคัญที่วางแผนไว้ หรืออาจจะระบุรายละเอียดของโครงการ (วัตถุประสงค์ กรอบเวลา ข้อมูลที่จะใช้ติดตามกำกับ)

7. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

ชื่อกิจกรรม ...การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาและการติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

ผู้เข้าร่วมทบทวน...เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค.....

ความถี่ในการทบทวน..ทุกเดือน.....

ประเด็นที่ทบทวนpre-dispensing error , dispensing error

ตัวอย่างกรณีที่ทบทวน

การปรับปรุงที่เกิดขึ้นหลังทบทวน

แบบรายงาน วิเคราะห์ Medication Error และแนวทางแก้ไขที่ได้จากการทบทวนในหน่วยงาน

หน่วยงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (ผู้ป่วยนอก)

ความเสี่ยงจากการรายงานลงโปรแกรม HRMS (Healthcare Risk Management System) โดยทบทวน 2

ช่วงเวลา คือ

ช่วงที่ 1 เดือนเมษายน ถึง กันยายน 2564 พบความเสี่ยง 36 ครั้ง

ช่วงที่ 2 เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2564 พบความเสี่ยง 2 ครั้ง

Medication Error ที่พบจากรายงาน HRMS (แสดงชนิด จำนวนครั้งที่พบในรูปแบบตารางหรือกราฟ)

ความคลาดเคลื่อนทางยา เดือนเมษายน ถึง กันยายน 2564 พบความเสี่ยง 36 ครั้ง แบ่งตามความรุนแรง ได้ดังนี้

ลำดับ	ชนิดความคลาดเคลื่อนทางยา	ความถี่ (ครั้ง)
1.1	ความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา Pre dispensing error	36
	รวม	36

1) ชนิดของ Medication Error : pre dispensing error 36 ครั้ง

ฝ่ายเภสัชกรรมได้จัดลำดับความถี่ที่พบบ่อยน้อยที่สุด นำมาทบทวน และในส่วนของความถี่น้อยลงมาทำการเฝ้า

ระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก

pre dispensing error: ผิดตัวยา

1.1 แพทย์สั่งยา Simvastatin 20 mg. แต่จัดยา Amlodipine 5 mg.

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา แพทย์สั่งยา Simvastatin 20 mg. แต่จัดยา Amlodipine 5 mg.

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากบริเวณที่จัดวางยาอยู่ใกล้กัน แฉกคล้ายกัน

แนวทางแก้ไข คือ เปลี่ยนตำแหน่งการวางยาให้ห่างกัน ปรึกษากับทางคลังยาเพื่อจัดซื้อยาคนละบริษัทกันเพื่อป้องกันแฉกที่อาจจะคล้ายกันอีก

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

ติดตามความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง Simvastatin 20 mg. กับ Amlodipine 5 mg.

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่จัดวางใกล้กันอย่างสม่ำเสมอ สังเกตรายการใดที่มีความเสี่ยง แล้วจัดวางระบบให้เกิดความเสี่ยงลดลง เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

1.2 แพทย์สั่งยา Aspirin 81 mg. แต่จัด Amlodipine 5 mg.

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา แพทย์สั่งยา Aspirin 81 mg. แต่จัด Amlodipine 5 mg.

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากบริเวณที่จัดวางยาอยู่ใกล้กัน

แนวทางแก้ไข คือ เปลี่ยนตัวอักษรบนฉลากยา จากเดิม ASA 81 mg. ⇨ เอเอสเอ 81 mg. ส่วน Amlodipine 5 mg. ฉลากยายังคงเหมือนเดิม

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง Aspirin 81 mg. กับ Amlodipine 5 mg.

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะรายการยาที่มีความเสี่ยงที่จะหิบบยาผิด และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

1.3 แพทย์สั่งยา Folic acid 5 mg. แต่จัด Vitamin B.co

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา Folic acid 5 mg. แต่จัด Vitamin B.co

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากตำแหน่งการวางยาที่ใกล้กัน และยาทั้ง 2 ได้ Prepack ของสีชา ทำให้ขาดการอ่าน ฉลาก Prepack ที่ละเอียด

แนวทางแก้ไข คือ 1.) หยิบยาตามชื่อยาพร้อมตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง 2.) จัดทำตัวอย่างเม็ดยาแปะไว้ที่หน้าชั้นวางยาของชื่อนั้น

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง Folic acid 5 mg. กับ Vitamin B.co

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะรายการยาที่มีความเสี่ยงที่จะหยิบยาผิด และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

1.4 แพทย์สั่งยา Tolperisone 50 mg. แต่จัด Simethicone 80 mg.

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา Tolperisone 50 mg. แต่จัด Simethicone 80 mg.

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ การจัดยาโดยไม่อ่านชื่อยา

แนวทางแก้ไข คือ จัดยาโดยอ่านชื่อยาให้ชัดเจน ตามมาตรฐานการจัดยา

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง Tolperisone 50 mg. กับ Simethicone 80 mg.

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่จัดวางใกล้กันอย่างสม่ำเสมอ สังเกตรายการใดที่มีความเสี่ยง แล้วจัดวางระบบให้เกิดความเสี่ยงลดลง เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

1.5 แพทย์สั่งยา มะขามแขก 500 mg. แต่จัด ขมิ้นชัน 500 mg.

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา มะขามแขก 500 mg. แต่จัด ขมิ้นชัน 500 mg.

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ การจัดยาโดยไม่อ่านชื่อยา

แนวทางแก้ไข คือ จัดยาโดยอ่านชื่อยาให้ชัดเจน ตามมาตรฐานการจัดยา

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง มะขามแขก 500 mg. กับ ขมิ้นชัน 500 mg.

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่จัดวางใกล้กันอย่างสม่ำเสมอ สังเกตรายการใดที่มีความเสี่ยง แล้วจัดวางระบบให้เกิดความเสี่ยงลดลง เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

pre dispensing error: ผิดขนาด

1.6 แพทย์สั่งยา TA 0.02% แต่จัด TA 0.01%

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา แพทย์สั่งยา TA 0.02% แต่จัด TA 0.01%

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากความเคยชิน เนื่องจากยา TA 0.01% เป็นยาที่มีการหยิบใช้บ่อย

แนวทางแก้ไข คือ 1.) หยิบยาตามชื่อยาพร้อมตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง 2.) จัดทำอักษรใหม่ บริเวณชั้น 3.) ผู้ที่พิมพ์ฉลากยาทำการตรวจกลม/ขีดเส้นใต้ด้วยปากกาแดง รายการยา TA0.02% เน้นความโดดเด่นในการอ่านฉลากยา ขณะจัดยา

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง TA 0.02% กับ TA 0.01%

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะรายการยาที่มีความเสี่ยงที่จะหยิบยาผิด และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

1.7 แพทย์สั่งยา Enalapril 20 mg. แต่จัด Enalapril 5 mg.

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา Enalapril 20 mg. แต่จัด Enalapril 5 mg.

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากการที่แผงของยา มีลักษณะที่คล้ายกัน

แนวทางแก้ไข คือ เปลี่ยนตำแหน่งการวางยาให้ห่างกัน ปรึกษากับทางคลังยาเพื่อจัดซื้อยาคนละบริษัทกันเพื่อป้องกันแผงที่อาจจะคล้ายกันอีก

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิด Enalapril 20 mg. กับ Enalapril 5 mg.

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่จัดวางใกล้กันอย่างสม่ำเสมอ สังเกตรายการใดที่มีความเสี่ยง แล้วจัดวางระบบให้เกิดความเสี่ยงลดลง เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

Medication Error ที่พบจากรายงาน HRMS (แสดงชนิด จำนวนครั้งที่พบในรูปตารางหรือกราฟ)

ความคลาดเคลื่อนทางยา เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2564 พบความเสี่ยง 2 ครั้ง แบ่งตามความรุนแรงได้ดังนี้

ลำดับ	ชนิดความคลาดเคลื่อนทางยา	ความถี่ (ครั้ง)
1.1	ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา Dispensing error	1
1.2	ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือ Guideline ของการใช้ยา	1
	รวม	2

1. วิเคราะห์ Medication Error (วิเคราะห์แบบ 3P)

1) ชนิดของ Medication Error: dispensing error 1 ครั้ง คือ การจ่ายยาผิดให้แก่ผู้ป่วยนอก Dexamethazone 4 mg/ml. ห้องยาจ่าย Haloperidol 5 mg./ml.

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ

แนวทางแก้ไข คือ

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

2) ชนิดของ Medication Error: ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือ Guideline ของการใช้ยา คือ จัดยาครีม
พญาฮอ หมดอายุ

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา หมดอายุ ให้กับผู้ป่วย

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ คือ ยาครีมพญาฮอมีการสั่งใช้น้อย เลขาตรวจตรวจสอบวันหมดอายุของยา และ
ในขณะที่จัดยาก็ไม่ได้ตรวจสอบวันหมดอายุก่อนจัดยา

แนวทางแก้ไข คือ 1) ตรวจสอบวันหมดอายุ ทุก ๆ 6 เดือน 2) เพิ่มสติ๊กเกอร์สีวันหมดอายุที่ชั้นวาง
ของยา

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาอย่างเคร่งครัด พร้อมตรวจสอบวันหมดอายุ ทุก ๆ 6 เดือน สำหรับ
ยาไหนที่สามารถแลกเปลี่ยนได้ ทำการแลกเปลี่ยน และแจ้งเตือนให้กับทุกหน่วยงานให้เร่งใช้ยาที่ใกล้
หมดอายุก่อน

แบบรายงาน วิเคราะห์ Medication Error และแนวทางแก้ไขที่ได้จากการทบทวนในหน่วยงาน

หน่วยงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (ผู้ป่วยใน)

ความเสี่ยงจากการรายงานลงโปรแกรม HRMS (Healthcare Risk Management System) โดยทบทวน 2
ช่วงเวลา คือ

ช่วงที่ 1 เดือนเมษายน ถึง กันยายน 2564 พบความเสี่ยง 10 ครั้ง

ช่วงที่ 2 เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2654 พบความเสี่ยง 0 ครั้ง

Medication Error ที่พบจากรายงาน HRMS (แสดงชนิด จำนวนครั้งที่พบในรูปตารางหรือกราฟ)

ความคลาดเคลื่อนทางยา เดือนเมษายน ถึง กันยายน 2564 พบความเสี่ยง 10 ครั้ง แบ่งตามความรุนแรงได้ดังนี้

ลำดับ	ชนิดความคลาดเคลื่อนทางยา	ความถี่ (ครั้ง)
1.1	ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา Dispensing error	1
1.2	ความคลาดเคลื่อนจากการรับคำสั่งใช้ยา Transcribing error	3
1.3	ความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา Pre dispensing error	6
	รวม	10

2. วิเคราะห์ Medication Error (วิเคราะห์แบบ 3P)

2) ชนิดของ Medication Error: dispensing error 1 ครั้ง คือ การจ่ายยาผิดให้แก่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล แพทย์สั่งยา paracetamol syrup แต่จ่ายยา guaifenesine syrup

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา แพทย์สั่งยา paracetamol syrup แต่จ่ายยา guaifenesine syrup

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากเป็นยาน้ำเหมือนกัน ลักษณะขวดคล้ายกัน

แนวทางแก้ไข คือ แจ้งงานคลังยาให้จัดซื้อยาโดยเลือกบริษัทที่ผลิตยาที่มีขวดยาลักษณะต่างกัน (เดิมผลิตโดย

องค์การเภสัชกรรม ⇨ เปลี่ยนเป็นบริษัทไทยนครพัฒนา)

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

ติดตามความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผิดระหว่างคู่มือ paracetamol syrup กับ guaifenesine syrup

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะรายการยาชนิดเดียวกัน สังเกตความเหมือน ความแตกต่าง และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยวิธีจัดวางยาแยกจากกัน การเขียนป้ายอักษรให้แตกต่างชัดเจน การคัดเลือกยาที่มีลักษณะต่างกัน เป็นต้น

3) ชนิดของ Medication Error : transcribing error 3 ครั้ง คือ การรับคำสั่งยาผิด ดังนี้

2.1 แพทย์สั่งยา losec 40 mg. IV OD แต่รับคำสั่งเป็น Lasix 40 mg. 1x1 pc

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งใช้ยา omeprazole injection 40 mg. IV OD เป็น furosemide tablet 40 mg. 1x1 pc

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากการอ่านลายมือแพทย์ไม่ออก

แนวทางแก้ไข คือ 1.) อ่าน drug profile ให้ละเอียดโดยมองภาพรวมว่าผู้ป่วยมาด้วยโรคอะไร และแผนการรักษา มีการสั่งใช้ยาอย่างไร 2.) การตรวจสอบซ้ำ ในการอ่านลายมือแพทย์โดยให้เจ้าหน้าที่ท่านอื่นอ่านด้วย 3.) สอบถามไปยังแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

ติดตามความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งใช้ยาผิดระหว่างคู่มือ omeprazole injection 40 mg. IV OD เป็น furosemide tablet 40 mg. 1x1 pc

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่มีความเสี่ยงการเกิดความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะรายการยาที่เขียนคล้ายกัน และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยหารือกับองค์กรแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

2.2 แพทย์สั่งยา ceftriaxone 1 gm. IV OD แต่รับคำสั่งเป็น ceftriaxone 2 gm. IV OD

2.3 แพทย์สั่งยา ceftriaxone 780 mg. IV OD แต่รับคำสั่งเป็น ceftriaxone 2 gm. IV OD

(ข้อ 2.2 และ 2.3 ใช้กระบวนการ 3P เหมือนกัน)

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งใช้ยา แพทย์สั่งยา ceftriaxone injection ตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย แต่รับคำสั่งเป็น ceftriaxone 2 gm. IV OD

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากวิธีการใช้ยาที่ตั้งไว้อัตโนมัติในโปรแกรม Hos xp เมื่อมีการสั่งยา ceftriaxone

แนวทางแก้ไข คือ ลบวิธีการใช้อัตโนมัติ และตรวจสอบความถูกต้องของ order ยา ก่อนพิมพ์ drug profile

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งใช้ยา ceftriaxone injection

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

รายการยาที่เป็นยาฉีดที่มีวิธีการใช้อัตโนมัติ สังเกตความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น วิเคราะห์สาเหตุ และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

4) ชนิดของ Medication Error : pre dispensing error 6 ครั้ง

3.1 แพทย์สั่งยา ciprofloxacin 500 mg. แต่จัดยา betahistine 6 mg.

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา แพทย์สั่งยา ciprofloxacin 500 mg. แต่จัดยา betahistine 6 mg.

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากบริเวณที่จัดวางยาอยู่ใกล้กัน

แนวทางแก้ไข คือ เขียนตัวอักษรให้มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

ติดตามความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง ciprofloxacin กับ betahistine

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่จัดวางใกล้กันอย่างสม่ำเสมอ สังเกตรายการใดที่มีความเสี่ยง แล้วจัดวางระบบให้เกิดความเสี่ยงลดลง เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

3.2 แพทย์สั่งยา hydralazine injection แต่จัด gentamicin injection

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา แพทย์สั่งยา hydralazine injection แต่จัดยา gentamicin injection

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากบริเวณที่จัดวางยาอยู่ใกล้กัน

แนวทางแก้ไข คือ จัดวางยาแยกจากกัน โดยยาทั้ง 2 รายการ เป็นยาที่มีอัตราการใช้น้อย และนอกจากนี้ยังกำหนดให้มี sub stock ย่อย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน โดยยาที่แยกออกมา ได้แก่ Furosemide injection 20 mg/ml, Dexamethasone injection 4mg/ml และ Metoclopramide injection 10mg/ml

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง hydralazine injection และ gentamicin injection

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาฉีดที่มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะรายการยาที่มีความเสี่ยงที่จะหยิบยาผิด และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

3.3 แพทย์สั่งยา cloxacillin 1 gm. จำนวน 4 ขวด แต่จัด ceftriaxone 1 gm. จำนวน 4 ขวด

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา แพทย์สั่งยา cloxacillin injection 1 gm. แต่จัด ceftriaxone injection 1 gm.

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากความเคยชิน เนื่องจากยา ceftriaxone เป็นยาที่มีการหยิบใช้บ่อย

แนวทางแก้ไข คือ 1.) หยิบยาตามชื่อยาพร้อมตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง 2.) จัดทำอักษรใหม่บริเวณชั้นวางยา ทั้ง 8 รายการ ได้แก่ ampicillin 1 gm., ampicillin 500 mg., cloxacillin 1 gm., ceftriaxone 1 gm., cefazolin 1 gm., cefotaxime 1 gm., ceftaxidime 1 gm., clindamycin 600mg/4ml

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง cloxacillin injection และ ceftriaxone injection

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาฉีดในชั้นวางยาเดียวกันกับ ceftriaxone และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยปรับปรุงชั้นวางยาอย่างสม่ำเสมอ

3.4 แพทย์สั่งยา ceftriaxone injection จำนวน 2 ขวด แต่จัดยา ceftriaxone injection จำนวน 1 ขวด

และ cefazolin injection จำนวน 1 ขวด

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา ceftriaxone injection เป็น cefazolin injection

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากการใส่ยาผิดช่อง กล่าวคือ เมื่อมีการรับยาคืนจากตึกผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่คืนยาผิดช่อง

(ไม่ตรวจสอบชื่อยากับช่องใส่ยา) ⇨ ต่อมาเมื่อมีการใช้ยา จึงหยิบออกมาจากช่องโดยไม่ตรวจสอบชื่อยาอีกครั้ง

แนวทางแก้ไข คือ 1.) หยิบยาตามชื่อยาพร้อมตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้ง 2.) จัดทำอักษรใหม่บริเวณชั้นวางยา ทั้ง 8 รายการ ได้แก่ ampicillin 1 gm., ampicillin 500 mg., cloxacillin 1 gm., ceftriaxone 1 gm., cefazolin 1 gm., cefotaxime 1 gm., ceftaxidime 1 gm., clindamycin 600mg/4ml

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง ceftriaxone injection และ cefazolin injection

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาผิดในชั้นวางยาเดียวกันกับ ceftriaxone และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยปรับปรุงชั้นวางยาอย่างสม่ำเสมอ

3.5 แพทย์สั่งยา carvedilol 6.25 mg. ¼ เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น แต่จัด carvedilol 6.25 mg. ½ เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น OD

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา carvedilol 6.25 mg. ¼ เม็ด เป็น carvedilol 6.25 mg. ½ เม็ด

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ เกิดจากการจัดยาโดยไม่อ่านวิธีใช้ยา

แนวทางแก้ไข คือ 1.) จัดยาโดยอ่านวิธีการใช้ยาให้ชัดเจน 2.) แกสซักรที่รับคำสั่งใช้ยาวงกลมวิธีใช้ยาที่เป็นเศษส่วน และเขียนด้วยปากกาที่สติ๊กเกอร์ฉลากยา

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิด carvedilol 6.25 mg. ¼ เม็ด เป็น carvedilol 6.25 mg. ½ เม็ด

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่มีการแบ่งรับประทาน ครั้งเม็ด, 1 ใน 4 เม็ด และ 1 ใน 8 เม็ด โดยให้แบ่งหลังจากที่มีการสั่งใช้ยา (ไม่แบ่งตั้งทิ้งไว้) พร้อมทั้งป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

3.6 แพทย์สั่งยาผู้ป่วยกลับบ้าน carvedilol 6.25 mg. แต่จัดยา PTU (propylthiouracil) 50 mg.

P1 : Purpose ตั้งเป้าหมายให้ชัด ทำเพื่อ? ทำไปทำไม? ต้องการผลลัพธ์?

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา carvedilol 6.25 mg. เป็น PTU (propylthiouracil) 50 mg.

P2 : Process กระบวนการอะไรบ้าง? เพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย

วิเคราะห์สาเหตุ 1.) เจ้าหน้าที่นำยา PTU ใส่ในช่องยา carvedilol 2.) การจัดยาโดยไม่อ่านชื่อยา

แนวทางแก้ไข คือ 1.) จัดเก็บยาตามหลัก 5 ส. โดยตรวจสอบความถูกต้องของยา 2.) จัดยาโดยอ่านชื่อยาให้ชัดเจน ตามมาตรฐานการจัดยา

P3 : Performance การติดตามวัดผลเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมาย

สังเกตความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดระหว่าง carvedilol 6.25 mg. และ PTU

Action/Improve ปรับปรุงระบบ/จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตรวจสอบรายการยาที่จัดวางใกล้กันอย่างสม่ำเสมอ สังเกตรายการใดที่มีความเสี่ยง แล้วจัดวางระบบให้เกิดความเสี่ยงลดลง เช่น ย้ายบริเวณจัดวางยา โดยจัดตำแหน่งยาที่มีลักษณะคล้ายกัน แยกออกจากกัน

ทบทวนอุบัติการณ์การวางวัคซีนอุณหภูมิไม่ถูกต้อง

31 มีนาคม 2565

ปัญหา

- วัคซีนมาส่งนอกเวลาราชการ

- ผู้รับวัคซีนไม่ใช่ผู้รับผิดชอบหลักวัคซีน ไม่ทราบวิธีเก็บวัคซีน OPV

แก้ปัญหาโดยทบทวนและชี้แจงการเก็บวัคซีนให้แก่เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคทราบทุกคน

- วัคซีน OPV เก็บในตู้เย็นช่องแช่แข็ง

- สังเกตลักษณะกล่องบรรจุวัคซีน OPV

- สังเกตดูพลาสติกซีลกล่องโฟม (สีเขียว เขียนว่า เปิดแล้วเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียสทันที ห้ามเก็บในช่องแช่แข็ง , สีแดง เขียนว่า เปิดแล้วเก็บในช่องแช่แข็ง (Freezer)ทันที

ทบทวน pre-dispensing error ผู้ป่วยใน

11 เมษายน 2565

med error ด้าน pre-dispensing error จัดยาผู้ป่วยใน มี error สูงสุด top 5 ทั้งห้องยาและของ รพ. จึงให้ผู้จัดยามือ 2 เป็นคน double check แล้วเซ็นต็ช็อลงใบยา ก่อนส่งให้ เภสัชกรตรวจเช็คอีกรอบ

ทบทวนระบบสำรองยา

1 กรกฎาคม 2565

- 1 ผู้รับผิดชอบรายงานยาและเวชภัณฑ์ใกล้หมดอายุ 6 เดือน ทุกต้นเดือน ผ่านแบบฟอร์มใน note กลุ่มไลน์ห้องยา หลังจากนั้นให้นำข้อมูลนี้ไปแจ้งเตือนในมือถือของตัวเอง (ปฏิทินในมือถือ) โดยแจ้งเตือนยาเม็ด ยาน้ำ และยาอื่นๆ ยกเว้นยาฉีดและเวชภัณฑ์มีใช้ยาก่อนหมดอายุ 1 เดือน , ยาฉีดและเวชภัณฑ์มีใช้ยาก่อนหมดอายุ 1 สัปดาห์ เพื่อนำยาและเวชภัณฑ์ออกจากชั้นวางยา
- 2 กรณีคลังให้ช่วยใช้ยาใกล้หมดอายุ ให้ทำเช่นเดียวกับข้อ 1.1 และให้หมายเหตุว่าคลังให้ช่วยใช้
- 3 ผู้รับผิดชอบเบิกยาและเวชภัณฑ์จากคลังยา ให้ปรับการสำรองยาโดยดูข้อมูลอัตราการใช้ย้อนหลังจาก Hosxp ส่งข้อมูลให้งานคลังเดือนสิงหาคม 2565

ทบทวนระบบยาเดิมผู้ป่วยใน

1 กรกฎาคม 2565

- 1 เภสัชกรดูข้อมูลยาเดิมใน chart ผู้ป่วย และ clear ยาเดิมผู้ป่วยวันที่ผู้ป่วย discharge ให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมนับ , จัดเพิ่ม , คืนผู้ป่วย หรือทำลาย)
- 2 หาพลาสติกแข็งติดที่กล่องยาเดิมผู้ป่วย เพื่อเขียนข้อมูลชื่อนามสกุล และ HN คนไข้ สอดที่พลาสติก
- 3 เจ้าพนักงานเภสัชกรรม print กระดาษยาเดิมและกระดาษเขียนชื่อผู้ป่วยวางไว้ที่เคาน์เตอร์ผู้ป่วยใน
- 4 จัดซื้อกล่องใส่ยาเดิมผู้ป่วยเพิ่ม
- 5 ยาคืนจากหอผู้ป่วยใน ให้คนจัด day dose เคลียร์ยาคืนในช่วงเวลาที่ว่าง โดยจัดวาง FIFO และทำป้ายเตือนวันหมดอายุ