




โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตามประกาศโรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๗
สำหรับหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค ในสังกัดโรงพยาบาลปากพนัง

แบบฟอร์มขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลปากพนัง	
ชื่อหน่วยงาน: โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช วัน/เดือน/ปี พุทธศักราช ๒๕๖๗ หัวข้อ: ขออนุมัตินำ ผลการวิเคราะห์โอกาสพัฒนา ตัวชี้วัดระบบการจัดการด้านยา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด) เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล รายละเอียดข้อมูล : ผลการวิเคราะห์โอกาสพัฒนา ตัวชี้วัดระบบการจัดการด้านยา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด) (ตามเอกสารแนบ) Link ภายนอก: http:// www.pknhospital.com หมายเหตุ:กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค /HA	
<p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p>  <p>(นางศรีสุดา ศิลาโชติ) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วันที่ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๗</p>	<p>ผู้อนุมัติรับรอง</p>  <p>(นายสมเกียรติ วรรณฤทธิการ) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง วันที่ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๗</p>
<p>ผู้รับผิดชอบนำข้อมูลเผยแพร่</p>  <p>(นางสาวอภิรตี เบ้าวงศ์สกุล) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๕ เดือน พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๖๗</p>	

87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา ผู้ป่วยนอก	<20:1,000	6.39	1.75	0.54	2.96	2.27

ปัญหาที่พบ

อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ในผู้ป่วยนอก ในปี 2563 ปัญหาการสั่งใช้ยาที่พบคือ ปัญหาแพทย์สั่งยาผิดจำนวน ไม่ครบตามวันนัด จำนวนยาตามอาการมากเกินไป และสั่งยาผิดวิธีใช้ วิธีใช้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยทุกปี การสั่งใช้ยามีหลายระบบ คือ พิมพ์ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เขียนในใบสั่งยา หรือ ทั้งพิมพ์และเขียนในผู้ป่วยคนเดียวกัน ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ medication error แก้ปัญหาโดยการใช้ระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยในการคำนวณยาให้ตรงตามวันนัด และมีการกำหนดจำนวนยาที่ไม่ใช่ยาโรคประจำตัว โดยการประชุม PTC และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน และปฏิบัติตามแนวทางระเบียบปฏิบัติ การป้องกัน Medication error รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์ Prescribing error แจ้งองค์กรแพทย์ ทราบ และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ทำให้ปี 2564-2567 ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวลดลง

กระบวนการแก้ไข

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดประสานขอความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ การปฐมนิเทศแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ และมีการปรับปรุงระบบการสั่งใช้ยาของแพทย์ กำหนดยาตามวันนัด ยาเกินตามอาการ มีการกำหนดจำนวนสั่งจ่าย ในปี 2564 ส่งผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาในปี 2564-ปัจจุบัน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกเป็นระบบ paperless

โอกาสพัฒนา

- พัฒนาการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกเป็นระบบ paperless ทุกระบบ ทุกห้องตรวจแพทย์ paperless โดยแพทย์สั่งใช้ยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการรับคำสั่งแพทย์ และเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Transcribing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา ผู้ป่วยนอก	<3:1,000	0.51	0.03	0.18	0.20	0.34

ปัญหาที่พบ

อัตราความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งการใช้ยาในผู้ป่วยนอก ในปี 2563 ปัญหาการรับคำสั่งการใช้ยาที่พบคือ พิมพ์ฉลากยาไม่ครบรายการตามแพทย์สั่ง เนื่องจากแพทย์พิมพ์คำสั่งการใช้ยาในคอมพิวเตอร์และเขียนเพิ่มเติมมาในใบสั่งยา คือใช้คำสั่งการใช้ยา 2 ระบบในผู้ป่วยคนเดียวกัน รองลงมาคือแพทย์พิมพ์วิธีการใช้ยาเป็นภาษาอังกฤษ และผู้รับคำสั่งการใช้ยาไม่ได้แปลฉลากยาเป็นภาษาไทยก่อนสั่งพิมพ์ เนื่องจากแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยทุกปี การสั่งใช้ยามีหลายระบบ คือ พิมพ์ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เขียนในใบสั่งยา หรือ ทั้งพิมพ์และเขียนในผู้ป่วยคนเดียวกัน ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ medication error แก้ปัญหาโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยในการกำหนดวิธีใช้ยา โดยการประชุม PTC และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน และปฏิบัติตามแนวทาง ระเบียบปฏิบัติ การป้องกัน Medication error รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์ Prescribing error แจ้งองค์กรแพทย์ทราบ และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ทำให้ปี 2564-2567 ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวลดลง

กระบวนการแก้ไข

แก้ปัญหาโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยในการกำหนดวิธีใช้ยาให้ครอบคลุม โดยการประชุม PTC และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน และปฏิบัติตามแนวทาง ระเบียบปฏิบัติ การป้องกัน Medication error รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์ Transcribing error แจ้งองค์กรแพทย์ทราบ และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ทำให้ปี 2564-2567 ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวลดลง

โอกาสพัฒนา

- พัฒนาการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกเป็นระบบ paperless ทุกระบบ ทุกห้องตรวจแพทย์ paperless โดยแพทย์สั่งใช้ยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการรับคำสั่งแพทย์ และเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Pre-dispensing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา ผู้ป่วยนอก	<20:1,000	2.88	2.26	0.53	2.73	1.63

ปัญหาที่พบ

- อัตราความคลาดเคลื่อนในการจัดยาในผู้ป่วยนอก ในปี 2563-2567 ที่พบคือปัญหาการจัดยาผิดชนิด ยา รองลงมาคือจัดยาผิดจำนวนยา และ ผิดจำนวนรายการ
- จำนวนรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลมีการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ทำให้มีคูปยา LASA ใหม่เพิ่มขึ้น พบปัญหาการจัดยาผิดชนิดคูปยา LASA คูปใหม่

กระบวนการแก้ไข

- ทบทวน Medication error ประจำวัน และประจำเดือน
- ทบทวนและจัดทำบัญชีคูปยา LASA ทุกรอบที่มีการเปลี่ยนแปลงบริษัทยา/ มียาใหม่ในบัญชียาโรงพยาบาล
- พนักงานปฏิบัติตามแนวทางการจัดยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัด
- มีกิจกรรม 5 ส เปลี่ยนตำแหน่งการจัดวางยา LASA

โอกาสพัฒนา

- พัฒนารูปแบบฉลากยา โดยเน้นตัวอักษรบนฉลาก ให้แตกต่าง ชัดเจน
- จัดทำบัญชีคูปยา LASA ทุกครั้งที่มียาใหม่ หรือมีการเปลี่ยนบริษัทยา
- จัดทำป้ายเสริมที่ชั้นวางยา เพื่อเตือนก่อนจัดยาคูป LASA

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Dispensing error ต่อ 100 ใบสั่งยา ผู้ป่วยนอก	<1:1,000	0.34	0.04	0.07	0.08	0.02

ปัญหาที่พบ

- จำนวนรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลมีการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ทำให้มีคูปอง LASA ใหม่เพิ่มขึ้น พบปัญหาการจ่ายยาผิดชนิดคูปอง LASA คู่ใหม่
- คำสั่งการใช้ยาของแพทย์ไม่ชัดเจน มีการสั่งใช้ยาหลายระบบรวมกัน ทั้งระบบคอมพิวเตอร์และเขียนใบสั่งยา โดยเฉพาะคำสั่งการใช้ยา ที่จำเป็นต้องใช้แรงดัน(ยา stat) และพบปัญหาการจ่ายยาที่ระบุรายการยา Stat ไม่ครบรายการ ของห้องฉุกเฉิน ที่เกิดจากการเขียนรายการยาในใบนำทางไม่ชัดเจน และการลอกคำสั่งการใช้ของแพทย์ลงใบสั่งยาผิดชนิดยา
- แนวทางในการสั่งใช้ยาจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่ชัดเจน ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางในการสั่งใช้ยา และการจ่ายยา

กระบวนการแก้ไข

- ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดแนวทางการสั่งจ่ายยา stat
- ทบทวนและจัดทำบัญชีคูปอง LASA ทุกรอบที่มีการเปลี่ยนแปลงบริษัทยา/ มียาใหม่ในบัญชียาโรงพยาบาล
- เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การจ่ายยาตาม prime question การ double check ยาโดยเภสัชกร
- มีกิจกรรม 5 ส เปลี่ยนตำแหน่งการจัดวางยา LASA

โอกาสพัฒนา

ปรับระบบให้การเขียนคำสั่งใช้ยาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นระบบ paperless ระบบเดียวกับ OPD

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 วันนอน ผู้ป่วยใน	<30:1,000	1.98	2.05	0.73	0.82	0.78

ปัญหาที่พบ

อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายสูง ในผู้ป่วยใน ในปี 2561-2562 พบปัญหาสำคัญจากแพทย์ไม่ได้สั่งยาโรคประจำตัว และสั่งยาเดิมไม่ครบรายการ

กระบวนการแก้ไข

ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด รายงานอุบัติการณ์ Prescribing error และร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน โดยขอความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ การปฐมนิเทศแพทย์และองค์กรทางการแพทย์ มีการปรับปรุงระบบการดำเนินงาน medication reconciliation ในปี 2563 ส่งผลให้อัตราความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายในปี 2563-ปัจจุบัน มีแนวโน้มลดลง

โอกาสพัฒนา

กำลังอยู่ในระหว่างเตรียมการ พัฒนาการสั่งจ่ายผู้ป่วยในเป็นระบบ paperless แพทย์สั่งจ่ายผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่สามารถบันทึก Med reconcile ลงในโปรแกรม บันทึกสูตรยา คำสั่งจ่ายยาต้องครบถ้วน ถูกต้อง สามารถลด Prescribing error ได้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Transcribing error ต่อ 1000 วันนอน ผู้ป่วยใน	<20ครั้ง:1,000	0.17	0.98	0.62	0.26	0.22

ปัญหาที่พบ

อัตราความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งการใช้ยาในผู้ป่วยใน ที่พบคือ รับคำสั่งใช้ยาผิดชนิด ผิดขนาดยา และพิมพ์รายการยาผิดชนิด ผิดขนาดยา ไม่ได้ off รายการยาตามคำสั่งแพทย์ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากการอ่านลายมือแพทย์ผิดพลาด และแพทย์ไม่ได้ใช้คำย่อตามระเบียบคำย่อของโรงพยาบาล

กระบวนการแก้ไข

กรณีลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน ให้สอบถามแพทย์ผู้สั่งใช้ยาซ้ำ นำเสนอ Medication error ใน คณะกรรมการ PTC เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา จัดทบทวนเรื่องระเบียบปฏิบัติคำย่อของโรงพยาบาลทุกปี อัตราการเกิด Transcribing error มีแนวโน้มลดลง ในปี 2565 – ปัจจุบัน

โอกาสพัฒนา

- พัฒนาการสั่งใช้ยาผู้ป่วยในเป็นระบบ paperless แพทย์สั่งใช้ยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สามารถลด error จากการคัดลอกคำสั่งใช้ยาได้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Pre-dispensing error ต่อ 1000 วันนอนผู้ป่วยใน	<30:1,000	5.73	3.56	1.47	1.27	1.30

ปัญหาที่พบ

-อัตราความคลาดเคลื่อนในการจัดยาในผู้ป่วยใน ในปี 2563-2567 ที่พบคือปัญหาการจัดยาผิดชนิดยา รองลงมาคือ จัดยาผิดจำนวนยา และ ผิดจำนวนรายการ

-จำนวนรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลมีการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น ทำให้มีคูปยา LASA ใหม่เพิ่มขึ้น พบปัญหาการจัดยาผิดชนิดคูปยา LASA คูปใหม่

กระบวนการแก้ไข

- ทบทวนและจัดทำบัญชีคูปยา LASA ทุกรอบที่มีการเปลี่ยนแปลงบริษัทยา/ มียาใหม่ในบัญชียาโรงพยาบาล
- พนักงานปฏิบัติตามแนวทางการจัดยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัด
- มีกิจกรรม 5 ส เปลี่ยนตำแหน่งการจัดวางยา LASA
- ทำสัญลักษณ์เฝ้าระวังในยาคูป LASA

โอกาสพัฒนา

- พัฒนารูปแบบฉลากยา โดยเน้นตัวอักษรบนฉลาก ให้แตกต่าง ชัดเจน
- จัดทำบัญชีคูปยา LASA ทุกครั้งที่มียาใหม่ หรือมีการเปลี่ยนบริษัทยา
- จัดทำป้ายเสริมที่ชั้นวางยา เพื่อเตือนก่อนจัดยาคูป LASA

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 วัน นอน ผู้ป่วยใน	<10:1,000	0.51	0.22	0.11	0.49	0.22

ปัญหาที่พบ

ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา(Dispensing error)ในแผนกผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งได้แก่ การให้เภสัชกรรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์โดยตรงในหอผู้ป่วย การจ่ายยาตาม prime question การ double check ยาโดยเภสัชกร มีกิจกรรม 5 ส เปลี่ยนตำแหน่งการจัดวางยา LASA การใช้ copy order ประกอบการจ่ายยา การให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจัดยาตาม copy order โดยตรง เพื่อเป็นการ double check กับการพิมพ์รายการยาโดยเภสัชกร ในปี 2562 ได้พัฒนาระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยา Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน และช่วยสามารถปฏิบัติงานได้เร็วขึ้นแต่ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความเร่งรีบ ส่งผลให้ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางในการจ่ายยา ประกอบกับมีบุคลากรใหม่ในหน่วยงาน

กระบวนการแก้ไข

-ปี 2562 มีการนำระบบการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOS-XP เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกรายการยา Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน Dispensing Error .ในปี 2563-2565 ลดลง

-ปี 2566 พบ Dispensing Error เพิ่มขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในมีจำนวนมากขึ้น ทำให้เกิดความเร่งรีบ ส่งผลให้ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา ประกอบกับมีบุคลากรใหม่ในหน่วยงาน จึงได้มีการรณรงค์ให้เภสัชกรปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยา และมีการ double check ยาโดยอีกบุคคลหนึ่ง พบความคลาดเคลื่อนในปี 2567 ลดลง แต่ยังคงพบ Dispensing Error ที่เกิดจากกระบวนการคัดลอกคำสั่งยา

โอกาสพัฒนา

การนำ HOSXP IPD PAPERLESS มาใช้ จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ที่เกิดจากกระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยาได้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Administration error ต่อ 1000 วันนอน ยา ผู้ป่วยใน	<5:1,000	0.76	0.45	0.44	0.22	0.19

ปัญหาที่พบ

พบ Administration error ให้ยาผิดเวลา ไม่ได้ให้ยา และให้ยาผิดจำนวน

กระบวนการแก้ไข

ปรับระบบการบริหารยา โดยยึดหลัก 10R เพิ่มการ double check และ cross-check ระหว่างหน่วยงาน กับห้องยา ปรับปรุงฉลากยาฉีดและสารน้ำ โดยฉลากยาฉีดระบุวิธีและขนาดยาที่ฉีดและสารน้ำที่เข้ากัน จัดทำแนวทางการผสมยาฉีด สำหรับยาฉีดที่เป็น small dose จัดทำวงรอบการให้ยา มีการตรวจสอบยาที่จัดก่อนให้ยา ส่งผลให้อัตราการเกิด Administration error ลดลงอย่างต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา

รณรงค์การรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา และค้นหาความคลาดเคลื่อนเชิงรุก

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Medication error with harm (level E up)	0	0	1 (แพ้ยา ซ้ำ)	0	0	0

ปัญหาที่พบ

พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในปี 2564 ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ceftriaxone inj admit R/O sepsis แพทย์สั่ง ceftriaxone inj 2 g IV STAT พยาบาลเบิกยาสำหรับฉีดทันทีโดยที่ไม่มีใบสั่งยา ห้องยาจ่ายยา Ceftriaxone inj และพยาบาลฉีดยาให้ผู้ป่วย

กระบวนการแก้ไข

จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีการปรับระบบยา STAT OPD โดยยา STAT ทุกรายการต้องพิมพ์รายการยาเข้าระบบ Hos-xp เพื่อตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนทุกครั้ง ปรับปรุงการบันทึกข้อมูลให้สามารถลือระบบการเข้าถึงยาในผู้ป่วยที่แพ้ยา ให้ไม่สามารถสั่งจ่ายยาตัวที่ผู้ป่วยแพ้ได้ และมีการ POP-UP เตือนในผู้ป่วยแพ้ยาในระบบ Hos-xp ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 - ปีงบประมาณ 2567 ยังไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ

โอกาสพัฒนา

แผนพัฒนาจะปรับปรุงระเบียบปฏิบัติการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ การนำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการเฝ้าระวัง

เพิ่มอุปกรณ์แจ้งเตือนอื่นๆ เช่น ริชแบนด์ที่ตัวผู้ป่วย เพื่อให้เป็นจุดสังเกตผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตรา Medication error with harm (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)	100%	N/A	100%	N/A	N/A	N/A

ปัญหาที่พบ

พบอุบัติการณ์ Medication error with harm (level E up) 1 ครั้ง ได้แก่ ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในปี 2564 ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ceftriaxone inj admit R/O sepsis แพทย์สั่ง ceftriaxone inj 2 g IV STAT พยาบาลเบิกยาสำหรับฉีดทันทีโดยที่ไม่มีใบสั่งยา ห้องยาจ่ายยา Ceftriaxone inj และพยาบาลฉีดยาให้ผู้ป่วย และได้รับการทบทวนเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อดำเนินการแก้ไข

กระบวนการแก้ไข

จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้นำอุบัติการณ์ดังกล่าวมาทบทวนเพื่อวางแนวทางแก้ไข ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 -ปีงบประมาณ 2567 ยังไม่พบอุบัติการณ์ Medication error with harm (level E up)

โอกาสพัฒนา

มีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์สำคัญๆ และปรับลดระดับการทบทวนอุบัติการณ์ เป็นระดับ D และครอบคลุมถึงเหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนแล้วผลรุนแรงเพื่อนำมาทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
จำนวนครั้งการแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	0	1	0	0	0

ปัญหาที่พบ

พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในปี 2564 ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ceftriaxone inj admit R/O sepsis แพทย์สั่ง ceftriaxone inj 2 g IV STAT พยาบาลเบิกยาสำหรับฉีดทันทีโดยที่ไม่มีใบสั่งยา ห้องยาจ่ายยา Ceftriaxone inj และพยาบาลฉีดยาให้ผู้ป่วย

กระบวนการแก้ไข

จากอุบัติการณ์นี้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้มีการปรับระบบยา STAT OPD โดยยา STAT ทุกรายการต้องพิมพ์รายการยาเข้าระบบ Hos-xp เพื่อตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ก่อนทุกครั้ง ปรับปรุงการบันทึกข้อมูลให้สามารถลือระบบการเข้าถึงยาในผู้ป่วยที่แพ้ยา ให้ไม่สามารถสั่งจ่ายยาตัวที่ผู้ป่วยแพ้ได้ และมีการ POP-UP เตือนในผู้ป่วยแพ้ยาในระบบ Hos-xp ทำให้ในปีงบประมาณ 2565 - ปีงบประมาณ 2567 ยังไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ

โอกาสพัฒนา

แผนพัฒนาจะปรับปรุงระเบียบปฏิบัติการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ การนำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการเฝ้าระวัง

เพิ่มอุปกรณ์แจ้งเตือนอื่นๆ เช่น ริชแบนด์ที่ตัวผู้ป่วย เพื่อให้เป็นจุดสังเกตผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
โรงพยาบาลส่งเสริมการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	RDU DISTRICT	3	3	RDU DISTRICT	RDU DISTRICT	RDU DISTRICT

ปัญหาที่พบ

ผลการดำเนินงาน Service plan สาขา RDU ปีงบประมาณ 2563 -ปัจจุบัน เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด RDU DISTRICT ประกอบด้วย

1. ตัวชี้วัดRDU HOSPITAL ผ่านเกณฑ์ 100 % จากตัวชี้วัดทั้งหมด 12 ตัว มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2566-2567 เนื่องจากในปี 2565 พบว่ายังมีปัญหาตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 ตัวชี้วัด คือ

- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 51.23) ซึ่งปัญหาเกิดจากการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้ ICS (ร้อยละ 76.50) เนื่องจากพบว่ายา Seretide accuhaler ระบบไม่นำมาคำนวณเป็นยาชนิดสเตียรอยด์

คณะทำงาน จึงได้ปรับกระบวนการดำเนินงานดังนี้

1. ประสานงานทีมข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อปรับปรุงในฐานข้อมูลระบบรายงานในกรณีที่มีปัญหา
2. กำหนดแพทย์และเภสัชกรผู้รับผิดชอบ และปรับระบบการติดตามตัวชี้วัดเป็นรายสัปดาห์
3. เภสัชกรประสานงานและปรึกษาแพทย์ทันทีที่มีการส่งใช้ยาปฏิชีวนะ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขตัวชี้วัด
4. มีการทบทวนความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทุกปีอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือก เช่นฟ้าทะลายโจร เถาวัลย์เปรียง ยาเหลืองปิดสมุทร
5. เพิ่มโปรแกรมตรวจสอบ RDU ในทุกเครื่องคอมพิวเตอร์ที่แพทย์ใช้งาน เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล

พบว่า ในปี 2566และปี 2567 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด 12 ตัว ครบ 100 % ได้รับรางวัลผลงานดีเยี่ยมระดับจังหวัด

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

2. ตัวชี้วัดRDU COMMUNITY ร้านชำผ่านเกณฑ์ร้านชำปลอดภัยต้านยา เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้ดำเนินงานร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี 2565 ร่วมกับการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้ในปี 2567 มีร้านชำนำร่องเข้าร่วมโครงการร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 116 ร้าน และเข้าร่วมโครงการร้านชำนำร่อง G-RDU ของอย.กระทรวงสาธารณสุข

โอกาสพัฒนา

พัฒนาศักยภาพชุมชน สถานพยาบาลเอกชน ผู้ประกอบการร้านยา ให้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการใช้ยา
อย่างสมเหตุสมผลในชุมชน เพื่อให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน และส่งเสริมความรู้ด้านยา(Drug Literacy) ให้
ประชาชนในพื้นที่