

## Service Profile

### กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

#### 1. บริบท(context)

##### ก. หน้าที่และเป้าหมาย :

เพื่อให้การบริการเภสัชกรรม การบริหารเวชภัณฑ์ การบริหารเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

##### ข. ขอบเขตการให้บริการ :

1. งานบริการจ่ายยา : ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย และให้บริการจัดจ่ายยาแก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ทุกวัน ตั้งแต่เวลา 08.30 – 20.30 น.
2. งานบริหารเวชภัณฑ์ : จัดระบบบริหารเวชภัณฑ์โดยการคัดเลือก จัดซื้อ จัดหา ควบคุม เก็บรักษา และการกระจายยาแก่หน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสถานีนอมนายในเขตอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง
3. งานบริหารเภสัชกรรม : ติดตามดูแลการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้ผลการรักษา มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยมีความปลอดภัย
4. งานเภสัชกรรมชุมชน : ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอและสนับสนุนงานเภสัชกรรมในสถานบริการระดับรองในเครือข่าย ตลอดจนส่งเสริมงานการแพทย์แผนไทย
5. งานเภสัชสนเทศ : ให้บริการวิชาการด้านเภสัชกรรมและการส่งเสริมให้การใช้ยาที่สมเหตุผล

##### ศักยภาพและข้อจำกัด

คลังเก็บเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์มีชีวะและวัสดุการแพทย์	1	ห้อง
เภสัชกร	1	คน
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	2	คน
พนักงานนวดแผนไทย	1	คน

ข้อจำกัด	การแก้ไข/การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
พื้นที่จำกัด ไม่มีพื้นที่ให้บริการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้รับบริการที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ	1. จัดทำแผนงาน/โครงการขออนุมัติต่อเติมห้องให้คำปรึกษาด้านยา 2. ในระยะที่ยังไม่มีห้องเฉพาะ ให้บริการในพื้นที่ห้องจ่ายยาไปก่อน
อัตรากำลังไม่เพียงพอ	1. จัดทำแผนงาน/แนวทางการขออัตรากำลังเพิ่ม 2. จัดลำดับความสำคัญของภาระงาน และกระจายงานให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมมากขึ้น และเภสัชกรควบคุมดูแลตรวจสอบอีกชั้นหนึ่ง 3. กำหนดให้เจ้าหน้าที่แจ้งล่วงหน้าก่อนลา เพื่อจะได้วางแผนอัตรากำลังคนให้เหมาะสม 4. กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานกรณีเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนขาดหรือลา

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1. ผู้ป่วยและญาติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องให้รอนานมาก</li> <li>2. ได้รับยาที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน ราคาเหมาะสม จลาจลยาตัวใหญ่ ชัดเจน อ่านง่าย</li> <li>3. ได้รับคำแนะนำข้อมูลในการใช้ยาที่ถูกต้องชัดเจน และไม่พูดเร็วจนเกินไป พุดจาไพเราะ สุภาพ และเป็นกันเอง มีความยิ้มแย้มแจ่มใส</li> </ol>
2. สถานีอนามัยและหน่วยงานนอกโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาอย่างถูกต้องครบถ้วน และรวดเร็ว</li> <li>2. ได้รับการประสานงานที่ดีและเป็นกันเอง</li> </ol>
3. งานผู้ป่วยนอก	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ สุภาพและเป็นกันเอง</li> </ol>
4. งานชั้นสูตร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ สุภาพและเป็นกันเอง</li> <li>2. ได้รับเวชภัณฑ์มีใช้ยาในการเบิกแต่ละครั้งอย่างครบถ้วน</li> </ol>
5. งานห้องคลอด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ สุภาพและเป็นกันเอง</li> <li>2. จัดทำคู่มือยา high alert drug</li> <li>3. มีการตรวจสอบวันหมดอายุของยา และเปลี่ยนยาให้เมื่อยา ใกล้หมดอายุ</li> </ol>
6. ผู้ป่วยใน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีระบบการตรวจสอบยาที่หอผู้ป่วยในเป็นประจำและมีการเปลี่ยนยาให้หากมียาที่ใกล้หมดอายุ</li> <li>2. ต้องการให้จัดทำระบบ Unit dose ที่สมบูรณ์ทั้งยามืดและยานิด</li> <li>3. จ่ายยาถูกต้องครบถ้วนตามรายการยาที่มีใน order</li> <li>4. ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาให้คำแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วยและญาติที่ admit</li> <li>5. หากการสั่งยาของแพทย์จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนโดยการทบทวนของเภสัชกรแล้ว ให้ปรึกษาแพทย์ก่อนและลงข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรใน chart ผู้ป่วย</li> <li>6. ต้องการให้รดยามาส่งตรงเวลาเพื่อที่จะได้ให้ยาผู้ป่วยตรงเวลา</li> <li>7. ต้องการได้รับความสะดวกและรวดเร็วในการเบิกยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา รวมทั้งมีให้เบิกใช้เพียงพอ ไม่ขาดสต็อก</li> </ol>
7. องค์กรแพทย์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้องการให้มีการทบทวนการสั่งจ่ายยาของแพทย์ หากเกิดความคลาดเคลื่อนให้ปรึกษาแพทย์ก่อน</li> <li>2. ควรกำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อพิจารณารายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาล</li> <li>3. ยาที่จำเป็น มีจ่ายให้ผู้ป่วย ไม่มีขาด</li> <li>4. ต้องการให้แจ้งเรื่องยาที่ใกล้หมดอายุ, ยาที่เหลือน้อย, ยาที่มีจำนวนมาก หรือยาที่นำเข้าบัญชีโรงพยาบาลมาใหม่ เพื่อจะได้ช่วยบริหารจัดการเรื่องยา</li> </ol>
8. งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับความสะดวก รวดเร็วในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีเพียงพอต่อการใช้ ไม่ขาดสต็อก</li> <li>2. มีระบบการตรวจสอบยาหมดอายุที่งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและมีการแลกเปลี่ยนยาให้เป็นประจำสม่ำเสมอ</li> </ol>

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (ต่อ)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
9. งานเวชปฏิบัติและครอบครัว	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำยาคูกต้อง ครบถ้วน พร้อมทั้งให้คำปรึกษาที่จำเป็นอย่างครบถ้วน</li> <li>2. ต้องการได้รับความสะดวกและรวดเร็วในการเบิกยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา และต้องการให้มีเพียงพอพร้อมใช้ ไม่ขาด</li> </ol>
10. งานการเงินและบัญชี	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้องการให้ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนลงราคาขายและแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วนทุกใบสั่งยา</li> <li>2. กรณีที่พบว่าเจ้าหน้าที่ห้องเก็บเงินไม่อยู่ขอให้บอกให้คนไข้ออเจ้าหน้าที่ห้องเก็บเงินสักครู่</li> <li>3. ให้ส่งเอกสารเบิกจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการให้ทันตามกำหนดเพื่อสะดวกในการทำรายการจ่ายเงิน</li> <li>4. การส่งรายงานการเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาประจำเดือนให้ตรงกำหนดทุกเดือน</li> <li>5. ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาลงชื่อรับเงินเดือนที่ฝ่ายบริหารทุกสิ้นเดือน</li> </ol>
11. ฝ่ายทันตสาธารณสุข	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. . จำยาคูกต้อง ครบถ้วน พร้อมทั้งให้คำปรึกษาที่จำเป็นอย่างครบถ้วน</li> <li>2. ได้รับการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ สุภาพและเป็นกันเอง</li> <li>3. ต้องการได้รับความสะดวกและรวดเร็วในการเบิกยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา และต้องการให้มีเพียงพอพร้อมใช้ ไม่ขาด</li> </ol>

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ให้บริการด้านยาอย่างเพียงพอ พร้อมใช้ ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

จ. ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา

ความท้าทาย

1. การจัดระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
2. การจัดระบบการจัดการยาเดิมของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ
3. ความครอบคลุมและประสิทธิภาพในการจัดระบบยาที่มีความเสี่ยงสูง
4. การบริหารเวชภัณฑ์ยาให้มีความเพียงพอพร้อมใช้ มีอัตราการสำรองเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสม

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกัน/ หลีกเลี่ยง
<p>1. การคัดเลือก จัดหา และเก็บรักษา</p> <p>1.1 ยาขาดไม่มีจ่ายให้ผู้ป่วย</p> <p>1.2 การเสื่อมสภาพ/ หหมดอายุของยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดเภสัชกร และเจ้าพนักงานเภสัชกรรมรับผิดชอบ ตรวจสอบรายการยาในคลังและจุดสำรองยา</li> <li>- จัดระบบคัดกรองรายการยาเมื่อถึงจุดสั่งซื้อ เดือนละ 2 ครั้ง</li> <li>- กำหนดเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมรับผิดชอบ ตรวจสอบ-ควบคุมการหมดอายุของยาทั้งระบบตั้งแต่คลังยา ห้องจ่ายยา และจุดสำรองยา เดือนละ 1 ครั้ง</li> </ul>
<p>2. การใช้ยา การติดตามผลลัพธ์ และการบริหารความเสี่ยง</p> <p>2.1 การติดตาม ฝ้าระวัง การเกิด Medication error</p> <p>2.2 อุบัติการณ์ ME ที่รุนแรง ระดับ E-I</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำสำเนา Doctor order sheet มาใช้ในกระบวนการจัด-จ่ายยาผู้ป่วยใน</li> <li>- การสั่งยาผ่านระบบ computer (LAN)</li> <li>- การจัดทำบัญชีรายการยา Look alike – Sound alike (LASA)</li> <li>- การจัดเก็บข้อมูล medication error</li> <li>- การจัดทำระบบเตือน (Pop up alert) ต่างๆ เช่น LASA list, คู่ยา DI ของยา Warfarin และยาอื่นที่สำคัญ</li> <li>- การใช้ระบบบริหารยาแบบ Medication Administrative Record (MAR) แทนการใช้บัตรให้ยา</li> <li>- การจัดทำระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารจัดการเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา</li> <li>- กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นศูนย์กลางการรวบรวมจัดเก็บ วิเคราะห์ สังเคราะห์ อุตบัติการณ์ ME, ADR การแพ้ยาซ้ำ HAD ต่างๆ</li> <li>- มีการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) ไปยังหอผู้ป่วย PCT ที่เกี่ยวข้อง คณะทำงานฯ ADR, HADนำไปพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล โดยทบทวนวิเคราะห์ในเชิงระบบ เพื่อหา Root cause analysis (RCA) พร้อมเสนอแนวทางแก้ไข ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ</li> </ul>

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกัน/ หลีกเลี่ยง
<p>2.4 การติดตาม เฝ้าระวังการเกิด ADR</p> <p>2.4.1 การแพ้ยา การแพ้ยาเดิมซ้ำ</p> <p>2.4.2 การป้องกัน Preventable ADR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ</li> <li>- แต่งตั้งคณะทำงานฯ เพื่อพัฒนาระบบติดตามประเมินผล การเกิด ADR</li> <li>- คณะทำงานฯ ดำเนินการติดตาม เฝ้าระวัง ในยากลุ่ม ที่ทำให้เกิด ADR ที่รุนแรง</li> <li>- จัดทำแบบบันทึกประวัติการเกิด ADR โดยเภสัชกร เพื่อเป็นฐานข้อมูลแนบไว้กับเวชระเบียน</li> <li>- จัดทำบัตรระวังการใช้ยา</li> <li>- มีการทำบัตรเฝ้าระวังการแพ้ยาที่รุนแรง และสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ได้รับ Warfarin, ผู้ป่วย G-6-PD</li> </ul>
<p>2.5 การติดตาม เฝ้าระวังการใช้ยา High Alert Drugs</p> <p>2.5.1 Medication error จากยา HAD</p> <p>2.5.2 ADR ที่รุนแรงจากการใช้ยา HAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง</li> <li>- แต่งตั้ง คณะทำงานฯ เพื่อพัฒนาระบบติดตามประเมินผล การใช้ยากลุ่ม HAD</li> <li>- มีการกำหนดรายการ HAD ประจำจุดสำรองยาต่างๆ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>LR จำนวน 2 รายการ</li> <li>ER จำนวน 9 รายการ</li> <li>Ward จำนวน 5 รายการ</li> </ul> </li> </ul>
<p>2.6 การติดตามเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีรูปคล้ายเสียงคล้าย(LASA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารจัดการยาที่มีรูปคล้ายเสียงคล้าย</li> <li>- นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนที่พบรายงานกลับไปยังองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ</li> </ul>

## จุดเน้นในการพัฒนา

จุดเน้นโรงพยาบาล	จุดเน้นหน่วยงาน
จุดเน้นที่ 1 พัฒนาระบบบริการคลินิกเฉพาะกลุ่มโรค, จุดเน้นที่ 2 พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มโรค ที่สำคัญทุกหน่วยงาน	จุดเน้นที่ 1 พัฒนาระบบบริการด้านยาและส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรค COPD โรคความดันเลือดสูง
จุดเน้นที่ 3 พัฒนาการคัดกรองและระบบการป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล	จุดเน้นที่ 2 พัฒนาการคัดกรองและระบบการป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
จุดเน้นที่ 4 บริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญและ ความเสี่ยงทั่วไปในโรงพยาบาล	จุดเน้นที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการยาเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย จุดเน้นที่ 4 การปรับปรุงระบบบริหารเวชภัณฑ์เพื่อให้มี ประสิทธิภาพ จุดเน้นที่ 5 การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย
จุดเน้นที่ 5 ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลักอาชีวอนามัย และสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ	จุดเน้นที่ 6 พัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรเภสัชกรรมให้เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดี
จุดเน้นที่ 7 การสรรหาเพิ่มบุคลากรในตำแหน่งที่ไม่เพียงพอ และจุดเน้นที่ 8 การพัฒนาสมรรถนะที่ดีและมีความสำคัญ ต่อระบบงาน	จุดเน้นที่ 7 การสรรหาบุคลากรเพื่อทดแทนตำแหน่งที่ขาด และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้สามารถ ปฏิบัติงานได้
จุดเน้นที่ 9 สร้างการเรียนรู้ในระบบการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการทบทวน 12 กิจกรรม ทบทวน	จุดเน้นที่ 8 การสร้างการเรียนรู้ของบุคลากรเภสัชกรรม โดย กระบวนการ 12 กิจกรรมทบทวน

ฉ. ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

I. ปริมาณงาน

งาน	ปริมาณงานโดยประมาณ		
	ต่อวัน	ต่อเดือน	ต่อปี
1.งานบริการจัดจ่ายยาผู้ป่วยนอก	40 ใบสั่งยา	1,252 ใบสั่งยา	15,024 ใบสั่งยา
2.งานบริการจัดจ่ายยาผู้ป่วยใน	6 ใบสั่งยา	180 ใบสั่งยา	2,160 ใบสั่งยา
3. การแบ่งบรรจุยาเม็ดผู้ป่วยนอก	21 ซอง	634 ซอง	7560 ซอง
4. การเตรียมน้ำยาล้างมือ (water less) ให้กับหน่วยเบิกในโรงพยาบาล	-	1,200 ml	15,000 ml
5. การให้บริการคลินิก TB และ เอดส์	-	12 ครั้ง	150 ครั้ง
6. การเบิกจ่ายยาจากคลังฯให้หน่วยงานภายใน รพ.และสถานีนอนามัย	-	419 รายการ	5,028 รายการ
7. จัดยาคืนงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	2 รายการ	60 รายการ	720 รายการ
8. งานบริหารเวชภัณฑ์ : จัดซื้อเวชภัณฑ์, เอกสารจัดซื้อ, รับยาเข้าคลัง, จัดหาข้อมูลยาประกอบการพิจารณาจัดซื้อ	-	106 รายการ	1,272 รายการ
9. งานคลังเวชภัณฑ์ : จัดเรียงเวชภัณฑ์ยาขึ้นชั้น, ตัดยอดเบิก-จ่ายในทะเบียนคุม, ดำรวจยอดคงคลัง, รายงานรับ-จ่ายประจำเดือน	-	419 รายการ	5,028 รายการ
10. รายงานยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท		1 ครั้ง/เดือน	12 ครั้ง/ปี
11. การให้สุขศึกษาและติดตามการใช้ยาผู้ป่วยในที่ admit	1 ราย	30 ราย	360 ราย
12. งานอาหารปลอดภัย ตรวจสอบและเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารตามแผนของ สสจ.			อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี
13. การออกตรวจร้านอาหารของชำตามแผนของ สสจ.			อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

II. อัตรากำลัง ทรัพยากรบุคคล รวมทั้งสิ้น 4 คน

ประเภทบุคลากร	จำนวน	หน้าที่
1. เกษัตริกร	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. งานบริหารงานทั่วไปฝ่าย : รับนโยบายมาจัดทำแผนประจำปี/แผนประจำเดือนในการปฏิบัติงานต่าง ๆ</li> <li>2. งานบริหารเวชภัณฑ์ : การจัดระบบการบริหารเวชภัณฑ์ โดยกำหนดรายการยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา คัดเลือก – จัดหา ควบคุมจัดเก็บ- การเบิกจ่าย</li> <li>3. งานบริการเภสัชกรรม : งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก, งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน, จัดระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล</li> <li>4. งานเภสัชกรรมบริบาล : งานติดตามและเฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, การให้คำปรึกษาด้านยา, คลินิกผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี, คลินิกวัณโรค</li> <li>5. งานสารสนเทศและวิชาการ</li> <li>6. งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข</li> <li>7. งานแพทย์แผนไทย</li> </ol>
2. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. งานคลังเวชภัณฑ์ยา : การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ให้กับหน่วยเบิกของโรงพยาบาลและดูแลจัดการคลังเวชภัณฑ์ให้เป็นระบบ</li> <li>2. งานบริการจัดและจ่ายยาผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทั้งในและนอกเวลาราชการ</li> <li>3. งานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน</li> <li>4. งานแพทย์แผนไทย</li> <li>5. งานธุรการ</li> </ol>
3. พนักงานนวดแผนไทย	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. งานหลักประจำที่ห้องยา : แบ่งบรรจุยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน, จัดยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน, เตรียมเวชภัณฑ์สำหรับจ่ายประจำวัน, ฯลฯ</li> <li>2. งานแพทย์แผนไทยด้านการรักษาเมื่อมีการส่ง case มารับการนวดรักษา</li> <li>3. งานส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย</li> </ol>



### III. เครื่องมือและเทคโนโลยี

ลำดับ	รายการเครื่องมือที่สำคัญ	จำนวน	ระบบการดูแลรักษาเครื่องมือ
1	เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์	3 เครื่อง 2 เครื่อง	1. ตรวจสอบความพร้อมใช้โดยผู้รับผิดชอบทุกวัน 2. กำหนดการ scan virus ก่อนการใช้งานทุกครั้ง
2	ตู้เย็นเก็บยา	3 ตู้	1. กำหนดการล้างทำความสะอาดตู้เย็นและละลายน้ำแข็งเดือนละ 1 ครั้ง สำหรับตู้เย็นห้องจ่ายยา ส่วนตู้เย็นคลังยามีระบบละลายน้ำแข็งอัตโนมัติแต่ก็มีกำหนดการล้างทำความสะอาดตู้เย็นเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งจะต้องกำหนดไม่ให้เป็นวันเดียวกัน 2. กำหนดการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็นให้อยู่ในช่วงที่กำหนด 2-8 องศาเซลเซียส ในช่องปกติ และในช่องแช่แข็งไม่เกิน -15 ถึง -20 องศาเซลเซียสหากไม่เป็นไปตามที่กำหนดต้องมีการทวนสอบระบบ
3	ถาดนับเม็ดยา	2 ชุด	1. ล้างเชื้อทำความสะอาดทุกครั้งหลังใช้งานและเช็ดให้แห้งและสะอาดก่อนใช้งานทุกครั้ง
4	เครื่องปรับอากาศ	4 เครื่อง	1. กำหนดให้มีการล้างทำความสะอาดโดยทีมซ่อมบำรุงของโรงพยาบาลตามแผนประจำปีงบประมาณ 2. กำหนดเวลาและอุณหภูมิในการเปิด-ปิดเครื่องปรับอากาศตามมาตรฐานอุณหภูมิในการเก็บรักษายาที่ 25 องศาเซลเซียส
5	เครื่องพิมพ์สติกเกอร์ฉลากยา	1 เครื่อง	ตรวจสอบความพร้อมใช้โดยผู้รับผิดชอบทุกวัน
6	เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น	3 เครื่อง	ตรวจสอบความพร้อมใช้โดยผู้รับผิดชอบทุกวัน
7	เครื่องตีป้ายสติกเกอร์แบ่งบรรจุยา	1 เครื่อง	ตรวจสอบความพร้อมใช้โดยผู้รับผิดชอบทุกวัน
8	เครื่องวัดอุณหภูมิตู้เย็น	4 เครื่อง	ตรวจสอบความพร้อมใช้โดยผู้รับผิดชอบทุกวัน

## 2. กระบวนการสำคัญ(Key Process)

กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<b>งานบริหารเวชภัณฑ์</b>			
<b>1. คัดเลือกและวางแผนการจัดซื้อ</b>			
<b>1.1 การคัดเลือกและพิจารณารายการยา</b> - ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)	- คัดเลือกและพิจารณาเวชภัณฑ์ยาเข้า – ออกจากบัญชียา รพ. - มีการปรับบัญชียา ให้เหมาะสมกับสถานะ รพ. - ได้ยาที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และมีคุณภาพ	- คณะกรรมการ PTC ไม่ได้ประชุมร่วมกันทั้งหมด - ยาที่คัดเลือกเข้าบัญชียา รพ. มีความซ้ำซ้อนและอยู่ในกลุ่มเดียวกัน - ยาที่ผ่านการพิจารณานำเข้าบัญชียา รพ. แล้วไม่มีการสั่งใช้จำนวนมาก - ได้ยาไม่ตรงตาม spec.ที่กำหนด	- มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
<b>1.2 การสำรวจความต้องการใช้เวชภัณฑ์</b> - จัดทำแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาประจำปี/ประจำไตรมาส/ประจำเดือน	- การสำรวจเวชภัณฑ์มีความเหมาะสม เพียงพอสำหรับให้บริการ - ทราบงบประมาณสำหรับการจัดซื้อเวชภัณฑ์ - สามารถปรับเปลี่ยนแผนการจัดซื้อได้เหมาะสมตามสถานการณ์	- ข้อมูลจัดทำแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ - ขาดข้อมูลในการจัดทำแผนจัดซื้อ - จัดทำแผนฯ ไม่ครอบคลุมทุกรายการยา - อัตราการใช้เวชภัณฑ์มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี	- มีการสำรวจอัตราการใช้เวชภัณฑ์และปรับแผนจัดซื้อประจำเดือน/ไตรมาส
<b>2. การจัดซื้อและจัดหาเวชภัณฑ์</b>			
<b>2.1 การทำรายการจัดซื้อประจำเดือนและขออนุมัติซื้อตามระเบียบพัสดุ</b>	- เพื่อเป็นหลักฐานการจัดซื้อและเป็นไปตามระเบียบว่าด้วยการพัสดุ	- ไม่ได้ทำบันทึกขออนุมัติซื้อ - บันทึกขออนุมัติซื้อหาย - จัดทำบันทึกขออนุมัติซื้อ - การจัดซื้อไม่เป็นไปตามระเบียบว่าด้วยการพัสดุ	การจัดทำบันทึกขออนุมัติซื้อถูกต้องตามระเบียบพัสดุและครบถ้วน ทันเวลา
<b>2.2 การติดต่อสั่งซื้อเวชภัณฑ์ (ยา GPO / ยาบริษัท / ยาซื้อร่วม)</b>	- สามารถติดต่อสั่งซื้อเวชภัณฑ์กับบริษัทหรือผู้แทนจำหน่ายเวชภัณฑ์ได้อย่างสะดวก - มีเวชภัณฑ์สำหรับให้บริการอย่างครบถ้วน ยาไม่ขาดและบริษัทส่งได้ทันตามกำหนด	- ติดต่อบริษัทหรือผู้แทนจำหน่ายเวชภัณฑ์ไม่ได้ - ผู้แทนจำหน่ายไม่ได้ส่งข้อมูลเข้าบริษัท - บริษัทแจ้งเวชภัณฑ์ขาด Stock ไม่สามารถส่งได้ตามกำหนดหรือแจ้งเลิกผลิต - บริษัทจัดส่งเวชภัณฑ์ล่าช้า/ส่งผิด	สามารถสั่งซื้อเวชภัณฑ์ได้ตามกำหนดทันเวลาในแต่ละรอบ

กระบวนการงานที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<b>2. การจัดซื้อและจัดหาเวชภัณฑ์</b>			
2.3 การแลกเปลี่ยน/ซิม/ขอ ความอนุเคราะห์/ช่วยเหลือ เวชภัณฑ์ยากับรพ.อื่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถติดต่อประสาน รพ.อื่น ขอความอนุเคราะห์แลกเปลี่ยน/ ซิมยา/ให้ช่วยเหลือเวชภัณฑ์ได้ โดยสะดวกเพื่อลดรายการ เวชภัณฑ์ Dead stock หรือ Over stock และเพื่อให้มี เวชภัณฑ์ไว้ใช้อย่างเหมาะสม กับสถานการณ์ ไม่เกิดการ สูญเสียมูลค่าและความทันเวลา</li> <li>- ลดมูลค่ายาเสื่อมสภาพ/หมดอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีเวชภัณฑ์ให้แลกเปลี่ยน/ซิม</li> <li>- ไม่สามารถจัดหาพาหนะเพื่อไป รับเวชภัณฑ์ในช่วงขณะจำเป็นได้ ทันที</li> <li>- รพ.อื่นไม่ต้องการให้แลกเปลี่ยน เนื่องจากเกิดความยุ่งยากในการ ควบคุม stock คลังเวชภัณฑ์</li> <li>-</li> </ul>	สามารถแลกเปลี่ยน/ซิม/ขอ ความอนุเคราะห์/ช่วยเหลือ เวชภัณฑ์ยากับรพ.อื่นได้ตาม ความเหมาะสม
<b>3. การตรวจรับเวชภัณฑ์</b>			
3.1 การตรวจรับเวชภัณฑ์ จากบริษัทขนส่ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เรียบร้อยของเวชภัณฑ์ที่ได้รับจาก บริษัทขนส่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริษัทขนส่งส่งผิดคดีที่</li> <li>- บริษัทขนส่งส่งของล่าช้า</li> <li>- หีบห่อที่บรรจุชำรุด</li> <li>- เวชภัณฑ์หายระหว่างขนส่ง</li> <li>- ส่งเวชภัณฑ์ไม่ครบรายการ</li> </ul>	มีการตรวจรับเวชภัณฑ์จาก บริษัทขนส่งอย่างถูกต้อง
3.2 การตรวจรับเวชภัณฑ์ เข้าคลังโดยคณะกรรมการ ตรวจรับ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของ เวชภัณฑ์ที่ได้รับจากบริษัทใน ส่วนของ รายการยา, จำนวน, วัน หมดอายุ และลักษณะบรรจุภัณฑ์, ลักษณะทางกายภาพของเวชภัณฑ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เวชภัณฑ์ที่ได้รับไม่ตรงตามที่ สั่งซื้อ</li> <li>- ไม่ได้การตรวจรับตามกำหนดเวลา</li> </ul>	มีการตรวจรับเวชภัณฑ์โดย คณะกรรมการตรวจรับ ถูกต้องตามระเบียบที่กำหนด และทันเวลา
3.3 การลงทะเบียนรับ เวชภัณฑ์เข้าคลังเวชภัณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีหลักฐานการรับเวชภัณฑ์เข้า คลัง</li> <li>- เพื่อความสะดวกในการจัดทำ รายงานคลังต่าง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้ลงทะเบียนรับเวชภัณฑ์</li> <li>- ลงข้อมูลรายละเอียดเวชภัณฑ์ ต่างๆ ในสมุดลงรับไม่ครบ</li> <li>- ลงทะเบียนรับเวชภัณฑ์เข้าคลังช้า</li> </ul>	มีการลงทะเบียนรับเวชภัณฑ์ทุก รายการในทะเบียนรับ เวชภัณฑ์อย่างครบถ้วน ทันเวลาตามรอบที่กำหนด
3.4 การลงทะเบียนรับ เวชภัณฑ์ในทะเบียนรับ เวชภัณฑ์เข้าคลังใน คอมพิวเตอร์ โดยใช้ โปรแกรม excel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อเป็นหลักฐานการรับ เวชภัณฑ์เข้าคลัง</li> <li>- เพื่อเป็นหลักฐานในการเบิก- จ่ายเวชภัณฑ์</li> <li>- เพื่อความสะดวกในการจัดทำ รายงานคลังต่าง ๆ</li> <li>- เพื่อทวนสอบการลงรับ เวชภัณฑ์ในสมุดลงรับเวชภัณฑ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้ลงทะเบียนรับเวชภัณฑ์ใน คอมพิวเตอร์</li> <li>- ลงข้อมูลรายละเอียดเวชภัณฑ์ ต่างๆ ในสมุดลงรับไม่ครบ</li> <li>- ลงทะเบียนรับเวชภัณฑ์เข้าคลังช้า</li> <li>- โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ที่ใช้ใน ปัจจุบันยังให้ข้อมูลที่ต้องการได้ ไม่เพียงพอ</li> </ul>	มีการลงทะเบียนรับเวชภัณฑ์ทุก รายการในคอมพิวเตอร์อย่าง ครบถ้วนทันเวลาตามรอบที่ กำหนด

กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<b>4. การจัดเก็บเวชภัณฑ์</b>			
4.1 การจัดเรียงเวชภัณฑ์ชั้น ชั้น โดยจัดเรียงตามระบบ FEFU : First Expire - First Use	- เวชภัณฑ์ได้รับการจัดเก็บที่ เหมาะสม ไม่เสื่อมคุณภาพ หรือหมดอายุก่อนเวลาที่ระบุ ไว้	- การจัดเก็บไม่เป็นไปตามระบบ FIFO - จัดเก็บปะปนกับรายการอื่น - พื้นที่ในการจัดเก็บไม่เพียงพอ	เวชภัณฑ์ได้รับการจัดเก็บที่ เหมาะสม เป็นไปตามระบบ FIFO และแยกเป็นสัดส่วนไม่ ปะปนกัน
4.2 การจัดเก็บในสภาวะ และพื้นที่ที่เหมาะสม ปลอดภัย	- เพื่อให้เวชภัณฑ์ได้รับการ จัดเก็บที่เหมาะสม ถูกต้อง ตามหลักวิชาการไม่เสื่อม คุณภาพ	- พื้นที่ในการจัดเก็บไม่เพียงพอ - เวชภัณฑ์เสื่อมคุณภาพ, หมดอายุ ก่อนเวลาที่ระบุไว้	- การจัดเก็บเวชภัณฑ์เหมาะสม - ไม่มีความสูญเสียจากการ จัดเก็บ
4.3 การติดสติ๊กเกอร์ แสดง วันหมดอายุของยาที่ใกล้ หมดอายุ ภายใน 1 ปี	- เพื่อให้ทราบวันหมดอายุของ ยาอย่างชัดเจนและบริหารจัดการ จัดการได้ทันเวลา	- ติดสติ๊กเกอร์ แสดงวันหมดอายุ ไม่ครบทุกรายการ ติดสติ๊กเกอร์ไม่ถูกต้อง	ยาทุกรายการที่ใกล้หมดอายุ ภายใน 1 ปีมีสติ๊กเกอร์วัน หมดอายุระบุไว้อย่างชัดเจน
<b>5. การเบิกจ่าย</b>			
5.1 การเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ ของหน่วยเบิกภายใน โรงพยาบาล	- เวชภัณฑ์มีเพียงพอสำหรับ ให้บริการเบิกจ่าย - เพื่อเป็นหลักฐานในการเบิก- จ่าย - การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ทำได้ อย่างถูกต้อง	- จำนวนของเวชภัณฑ์ที่มีอยู่จริงใน คลังไม่ตรงกับใน stock card - ไม่ได้เบิกยา/เบิกยาไม่ตรงตามที่ กำหนด	- อัตราการสำรองเวชภัณฑ์ยา ไม่เกิน 3-5 เดือน - จำนวนรายการยาค้างจ่ายไม่ เกิน 3 รายการ/เดือน - อัตราความผิดพลาดในการ เบิกจ่ายไม่เกิน ร้อยละ 5
5.2 การเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ ของสถานีนามัย	- เพื่อให้สถานีนามัยมี เวชภัณฑ์เพียงพอสำหรับ ให้บริการ - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ สถานีนามัยใกล้บ้าน สะดวก รวดเร็วในกรณี เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	- สถานีนามัยส่งใบเบิกยาไม่ตรง ตามกำหนด - สถานีนามัยเบิกเวชภัณฑ์มาก เกินความจำเป็นทำให้มีเวชภัณฑ์ หมดอายุ/ไม่มีการหมุนเวียน - เวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลขาด stock ทำให้เกิดการค้างจ่าย	- จำนวนรายการยาค้างจ่ายไม่ เกิน 3 รายการ/เดือน - อัตราความผิดพลาดในการ เบิกจ่ายไม่เกิน ร้อยละ 5
5.3 การเบิก-จ่ายยาเสพติด ให้โทษประเภท 2	- เพื่อให้เกิดการเบิกจ่ายที่ ถูกต้องตามระเบียบที่ กำหนด มีหลักฐานครบถ้วน - เพื่อป้องกันการนำยาเสพติด ไปใช้ในทางที่ผิด	- ไม่ได้เก็บซาก amp เปล่าไว้ ประกอบการเบิกยา - ยาเสพติดสูญหาย - ไม่ได้บันทึกการใช้ยาใน ชส.6	- การเบิก-จ่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2 ถูกต้องตามแนวทาง ปฏิบัติ - การบันทึกใบชส .6 ครบถ้วน และถูกต้อง

กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<b>งานบริการผู้ป่วยนอก</b>			
<b>1. ขั้นตอนการรับใบสั่งยา</b>			
2.1 การรับใบสั่งยาและการ เรียงลำดับใบสั่งยา	- ผู้รับบริการได้รับบริการ ตามลำดับการมารับบริการ - ใบสั่งยาได้รับการตรวจสอบ สิทธิเพื่อส่งชำระเงินเป็นการลด ขั้นตอนการรอรับ	- ผู้มารับบริการที่มาก่อนอาจได้ที่ หลัง หากไม่มีการจัดลำดับ - เรียงลำดับใบสั่งยาก่อน หลังผิด - ไม่ได้ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยและ ไม่ได้ส่งผู้รับบริการชำระเงินก่อน มารับยา	- ความพึงพอใจของผู้มารับ บริการ
2.2 การแจ้งผู้มารับบริการให้ นั่งรอฟังเรียกชื่อรับยาหรือ ชำระเงิน	- เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าเจ้าหน้าที่ ได้รับใบสั่งยาแล้ว - เพื่อให้ผู้มารับบริการรับทราบ ขั้นตอนต่อไปว่าต้องทำอะไร	- ไม่ได้แจ้งผู้ป่วยทราบ - ผู้ป่วยไม่ได้ยิน - เรียกชื่อผู้ป่วยไม่ชัดเจน , เรียกชื่อผู้ป่วยผิด	ความพึงพอใจของผู้มารับ บริการ
<b>2. ขั้นตอนการจัดยา</b>			
2.1 การตรวจสอบเบื้องต้น เกี่ยวกับความถูกต้องของคำสั่ง ใช้ยา	- มีการตรวจสอบความถูกต้องทุก ใบสั่งยา - ใบสั่งยาที่มีปัญหาได้รับการ แก้ไขอย่างเหมาะสม	- ไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง - ปัญหาคำสั่งใช้ยาไม่ถูกต้องตรวจพบ และไม่ได้รับการแก้ไข	
2.2 การพิมพ์/เขียนฉลากยา	- มีฉลากยาถูกต้อง ครบถ้วน - ฉลากยาอ่านเข้าใจง่าย	- ฉลากยาผิด - ฉลากยาอ่านเข้าใจยาก	
2.3 การจัดยา	- มีการจัดยาถูกต้อง ครบถ้วนและ รวดเร็ว	- จัดยาผิดคน ผิดขนาด ผิดความแรง ผิดรูปแบบ ผิดตัวยา ผิดจำนวน - จัดยาไม่ครบรายการ - จัดยาใส่ผิดตะกร้า	อัตราความผิดพลาดในการ จัดยาผู้ป่วยนอก
2.4 การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนก่อนส่งมอบยาแก่ ผู้จ่ายยา	- มีการตรวจสอบความถูกต้อง ระหว่างใบสั่งยากับยาที่จัดไว้ - ผู้รับบริการได้รับยาครบถ้วน ถูกต้องตามรายการและจำนวน ที่แพทย์สั่ง	- เกิดความล่าช้าในการทำงาน เป็น การเพิ่มระยะเวลาการรอรับยาของ ผู้รับบริการ	อัตราความถูกต้องในการจัด ยาผู้ป่วยนอก
2.5 การลงชื่อกำกับใบสั่งยา	- สามารถสอบทวนกลับได้หาก พบข้อผิดพลาดระหว่างขบวนการ	- ไม่ได้ลงชื่อผู้จัดยา	

กระบวนการที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<b>3.ขั้นตอนตรวจสอบก่อนการจ่ายยา</b>			
3.1 การตรวจสอบซ้ำข้อมูลพื้นฐานและสิทธิบัตรผู้มารับบริการ/การชำระเงิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย</li> <li>- เพื่อผลประโยชน์ของผู้มารับบริการให้สามารถใช้สิทธิได้ตรงตามสิทธิที่มี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลพื้นฐานและสิทธิบัตรของผู้รับบริการไม่ถูกต้อง</li> <li>- งานเวชระเบียนและงานประกันลงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการและสิทธิบัตรไม่เป็นปัจจุบัน</li> </ul>	
3.2 การตรวจสอบความถูกต้องตามหลัก 6 R	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง : ถูกคน ถูกชนิด ถูกปริมาณ ถูกจำนวน ถูกวิธี ถูกเวลา</li> <li>- เพื่อให้ผู้มารับบริการมารับยาที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามคำสั่งใช้ยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้องหรือความครบถ้วน</li> </ul>	อัตราความถูกต้องในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
3.3 การตรวจสอบ Drug Interaction (DI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้มารับบริการได้รับยาที่มี DI ต่อกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้มารับบริการได้รับยาที่เกิด DI และเป็นอันตราย</li> <li>- แพทย์สั่งยาที่เกิด DI ต่อกัน</li> <li>- เกสซอร์จัดทำรายการยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างตัวยาที่สำคัญแก่แพทย์และพยาบาล</li> </ul>	
3.3 เรียกชื่อ - สกุลผู้มารับบริการเพื่อมารับยาหรือญาติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการตรวจสอบซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมารับยาได้ถูกคน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้มารับบริการได้ยินเสียงเรียกชื่อไม่ชัดเจนเกิดความไม่แน่ใจ จึงไม่มารับยา/รับยาผิดคน</li> </ul>	อัตราความถูกต้องในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
<b>3.4 ส่งมอบยาให้แก่ผู้รับบริการโดยใช้คำถามหลัก (Prime Question)</b>			
- ทวนถามชื่อ-สกุลผู้มารับบริการซ้ำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อยืนยันว่าผู้รับบริการรับยาถูกคน ป้องกันความผิดพลาดในการจ่ายยาผิดคน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้ให้ผู้รับบริการทวนชื่อ-สกุลตนเอง</li> <li>- จ่ายยาผิดคน</li> </ul>	อัตราความถูกต้องในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
- สอบถามอาการเจ็บป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามอาการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้สอบถามอาการเจ็บป่วย</li> </ul>	อัตราความถูกต้องในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
- สอบถามประวัติการแพ้ยา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ป้องกันผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้สอบถามประวัติการแพ้ยา</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย/อันตรายจากการแพ้ยาซ้ำ</li> </ul>	อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ
- สอบถามเกี่ยวกับยาที่แพทย์ให้การรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้สอบถามผู้ป่วย</li> </ul>	

กระบวนการงานที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
- ส่งมอบพร้อมให้คำแนะนำ	- เพื่อให้ผู้มารับบริการใช้ยาได้ถูกต้องเหมาะสม - เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับคำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องครบถ้วน - เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับทราบ	- ผู้มารับบริการใช้ยาไม่ถูกต้อง ไม่ตรงตามเวลาที่กำหนด หรือไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด - จ่ายยาให้ผู้มารับบริการไม่ครบ - ส่งมอบผิดผู้ป่วย - ไม่ได้ให้คำแนะนำการใช้ยา	อัตราความถูกต้องในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
- ลงชื่อผู้จ่ายยา	- เพื่อให้สามารถสอบถามกลับได้หากพบข้อผิดพลาดระหว่าง	- ไม่ได้ลงชื่อ	
<b>งานบริการผู้ป่วยใน</b>			
<b>วันแรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล</b>			
<b>1. รับคำสั่งการใช้ยา</b>			
1.1 การลงข้อมูลรายการยาผู้ป่วยใน โปรแกรม Hos XP	- เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพิมพ์ลางยาเพื่อจัดยาให้กับผู้ป่วยและเป็นข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง	- ลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ไม่ครบถ้วน - ไม่ได้ลงข้อมูลโปรแกรม	
<b>2. ชักประวัติยาเดิมผู้ป่วย</b>			
2.1 การสอบถามประวัติการรับยาเดิมของผู้ป่วย	- เพื่อให้ได้รับยาครบตามรายการและจำนวนที่แพทย์สั่ง - เพื่อให้พยาบาลตึกผู้ป่วยในทราบว่ายาที่ได้รับไปคือยาอะไรและมีวิธีใช้อย่างไร เวลาใด	- ไม่ได้สอบถามผู้ป่วย/พยาบาล	อัตราการตรวจสอบประวัติการรับยาเดิมของผู้ป่วย
2.2 สอบถามประวัติแพ้ยา	- เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำว่ายาที่จัดนั้นถูกต้องและครบถ้วน	- ไม่ได้ตรวจสอบ	อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ
<b>3. ขั้นตอนการจัดยา</b>			
3.1 จัดยาตามคำสั่งแพทย์ : ตัดสต็อกเกอร์บนซองยา เขียนชื่อยา ชื่อผู้ป่วย	- เพื่อให้ได้รับยาครบตามรายการและจำนวนที่แพทย์สั่ง - เพื่อให้พยาบาลตึกผู้ป่วยในทราบว่ายาที่ได้รับไปคือยาอะไรและมีวิธีใช้อย่างไร เวลาใด	- จัดยาผิดคน ผิดขนาด ผิดความแรง ผิดรูปแบบ ผิดตัวยา ผิดจำนวน - จัดยาไม่ครบ - ไม่ได้จัดยาในแบบบันทึกฯ - จัดยาแล้ววางไว้ผิดตะกร้า - ไม่เขียนชื่อยาและความแรง	อัตราความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผู้ป่วยใน
3.2 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน	- เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำว่ายาที่จัดนั้นถูกต้องและครบถ้วน	- ไม่ได้ตรวจสอบ	

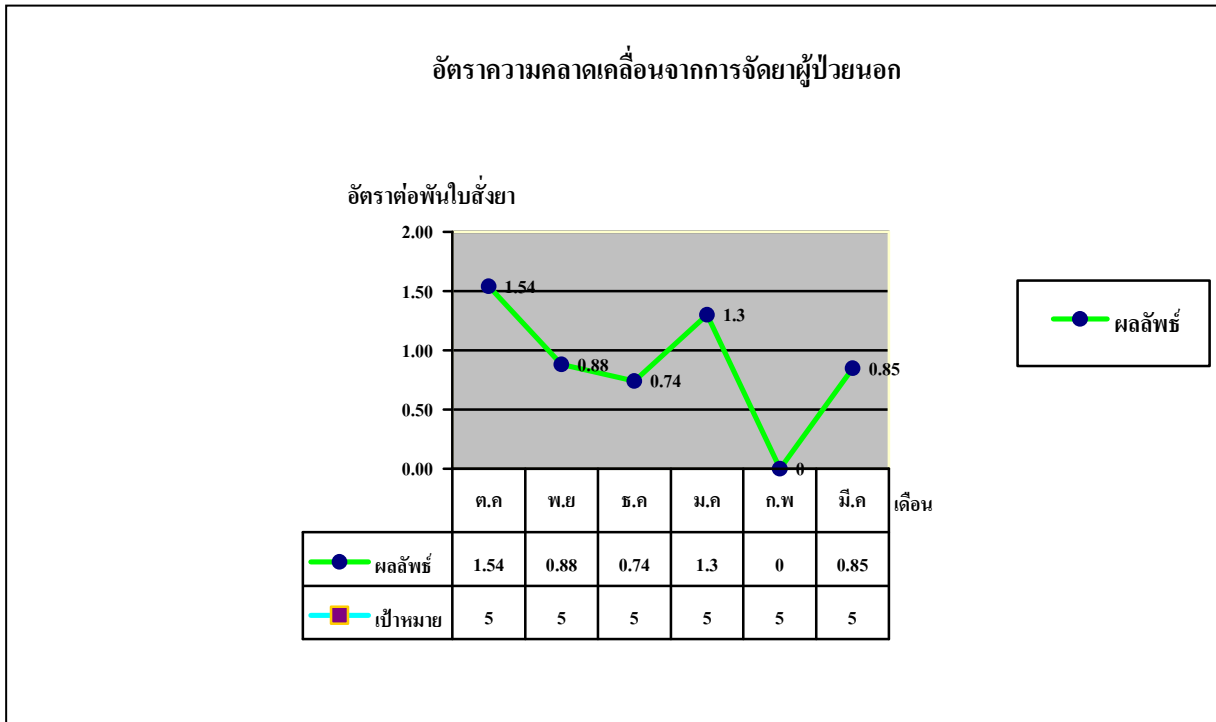
กระบวนการงานที่สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<b>4. ขั้นตอนการจ่ายยา</b>			
4.1 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนส่งมอบ	- เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำ ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	- การตรวจสอบไม่ครบถ้วน - ไม่ได้ตรวจสอบ	อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยใน
4.2 ลงชื่อผู้จ่ายยา	- เพื่อให้สามารถสอบถามกลับได้หากพบข้อผิดพลาดระหว่างขบวนการ	- ไม่ได้ลงชื่อ	
<b>ระหว่างผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>			
<b>1. การรับคำสั่งแพทย์</b>			
1.1 การลงข้อมูลรายการยาผู้ป่วยในโปรแกรม Hos XP	- เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพิมพ์ฉลากยา เพื่อจัดยาให้กับผู้ป่วยและเป็นข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง	- ลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ไม่ครบถ้วน - ไม่ได้ลงข้อมูลโปรแกรม	อัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา
<b>2. การตรวจสอบการจ่ายยา</b>			
2.1 ตรวจสอบยาเหลือในรถยา	- เพื่อเป็นการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	- ไม่ได้ตรวจสอบรถยา	อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน
2.2 บันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น	- เพื่อหาแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนระหว่างห้องยา กับ ward	- ไม่ได้เก็บข้อมูล	
<b>3. ขั้นตอนการจัดยา</b>			
3.1 จัดยาตามคำสั่งแพทย์: ดิดสติ๊กเกอร์บนซองยา เขียนชื่อยา ชื่อผู้ป่วย	- เพื่อให้ได้รับยาครบตามรายการและจำนวนที่แพทย์สั่ง - เพื่อให้พยาบาลตีผู้ป่วยในทราบว่ายาที่ได้รับไปคือยาอะไรและมีวิธีใช้อย่างไร เวลาใด	- จัดยาผิดคน ผิดขนาด ผิดความแรง ผิดรูปแบบ ผิดตัวยา ผิดจำนวน - จัดยาไม่ครบ - ไม่ได้จัดยาในแบบบันทึกฯ - จัดยาแล้ววางไว้ผิดตะกร้า - ไม่เขียนชื่อยาและความแรง	อัตรา predisensing error ผู้ป่วยใน
3.2 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน	- เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำว่ายาที่จัดนั้นถูกต้องและครบถ้วน	- ไม่ได้ตรวจสอบ	
<b>4. ขั้นตอนการจ่ายยา</b>			
4.1 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนส่งมอบยา	- เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำ ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	- การตรวจสอบไม่ครบถ้วน - ไม่ได้ตรวจสอบ	อัตรา dispensing error ผู้ป่วยใน
4.2 ลงชื่อผู้จ่ายยา	- เพื่อให้สามารถสอบถามกลับได้หากพบข้อผิดพลาด	- ไม่ได้ลงชื่อ	



### 3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน( Performance Indicator)

เป้าหมาย ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลลัพธ์				การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
			2550	2551	2552 (งวด 6 ค.)	2553 (งวด 6 ค.)	
ความถูกต้อง ปลอดภัย ได้ มาตรฐาน	<b>1. เครื่องชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิก</b>						
	1. อัตราการเกิด Prescribing Error ผู้ป่วยนอก(ต่อพัน)	< 5	NA	NA	25.56	18.50	1. เกิดความตระหนักและ รอบคอบมากขึ้นทุกกระบวนการ ตั้งแต่การสั่งจ่าย,การจัดยา, การ จ่ายยา และการบริหารยาทุก หน่วยงาน 2. เกิดการทบทวนความเสี่ยง ด้านยา ร่วมกับกับหน่วยงานอื่น
	2. อัตราการเกิด Predispensing Error ผู้ป่วยนอก(ต่อพัน)	< 5	NA	NA	0.47	0.89	
	3. อัตราการเกิด Dispensing Error ผู้ป่วยนอก(ต่อพัน)	< 5	NA	NA	0.79	0.76	
	4. อัตราความคลาดเคลื่อนการบริหารยาผู้ป่วยนอก(ต่อพัน)	< 5	NA	NA	0	0	
	5. อัตราการเกิด Prescribing Error ผู้ป่วยใน (ต่อพัน)	< 5	NA	NA	0.92	8.48	
	6. อัตราการเกิด Predispensing Error ผู้ป่วยใน (ต่อพัน)	< 5	NA	NA	2.21	21.68	
	7. อัตราการเกิด Dispensing Error ผู้ป่วยใน (ต่อพัน)	< 5	NA	NA	8.7	0.94	
	8. อัตราความคลาดเคลื่อนการบริหารยาผู้ป่วยใน(ต่อพัน)	< 5	NA	NA	0	1.89	
	9. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา	0	0	0	0	0	การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวัง และติดตามอาการไม่พึงประสงค์
	10. อุบัติการณ์เสียชีวิตจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา	0	0	0	0	0	
	11. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดกับยาเสี่ยงสูง	0	0	0	0	0	พัฒนาระบบจัดการยาเสี่ยงสูง
	12. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนยาชื่อพ้องมองคล้าย	0	NA	NA	12	6	พัฒนาระบบยา LASA ที่ชัดเจน
	13. อัตราผู้ป่วยที่ใช้จ่ายพ้นได้รับการสอนวิธีการใช้	100%	NA	NA	100	100	1. พัฒนาการติดตามปัญหาการ ใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายมากขึ้น 2. มีระบบญาติและผู้ดูแลเพื่อ ช่วยเหลือการใช้ยาของผู้ป่วย
	14. อัตราความถูกต้องในการใช้ยาพ้นของผู้ป่วย COPD	95%	NA	NA	94	96	
	15. อัตราผู้ป่วยที่ใช้จ่ายคินซูลินได้รับการสอนวิธีใช้	100%	NA	NA	100	100	
16. อัตราความถูกต้องในการใช้ยาฉีดอินซูลิน	95%	NA	NA	90	94		
ความรวดเร็ว ผู้รับบริการมี ความพึงพอใจ	<b>2. เครื่องชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการ</b>						1. มีการนำโปรแกรมพิมพ์ผล ยามาช่วยทำให้ลดระยะเวลารอ 2. พัฒนาระบบการให้บริการ และการชี้แจงผู้มารับบริการกรณี อัตราค่าส่งไม่เพียงพอขณะนั้น
	1. ระยะเวลารอรับยาผู้ป่วยนอก(นาที)	≤10	NA	NA	NA	4.08	
	2. อุบัติการณ์เรื่องร้องเรียนของผู้มารับบริการ	0	0	0	0	0	
	3. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการเภสัช กรรม	ปี 2553 อยู่ในระหว่างการวางแผนการประเมิน					
ความเพียงพอ พร้อมใช้	<b>3. เครื่องชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการบริหาร จัดการ</b>						มีการพัฒนาระบบบริหาร เวชภัณฑ์โดยเน้นการประหยัด, การหมุนเวียนการใช้, การ แลกเปลี่ยนกับบริษัท/ โรงพยาบาลและพิจารณา รายการเท่าที่จำเป็นเท่านั้น
	1. จำนวนรายการเวชภัณฑ์ขาด (รายการ/เดือน)	≤2	NA	2	1	1	
	2. จำนวนรายการยาที่หมดอายุ/เสื่อมสภาพที่จุดสำรองยา	0	NA	7	3	2	
	3. มูลค่ายาที่หมดอายุ/เสื่อมสภาพ(บาท)	< 2,500	NA	9,200	5,680	1,555.5	

## ความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาผู้ป่วยนอก



จากกราฟปี 2553 พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาผู้ป่วยนอก ในทุกเดือนมีผลลัพ์ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด และพบว่าในเดือนตุลาคม มีอัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอกมากที่สุดคือ อัตรา 1.54 รองลงมาคือ เดือนมกราคม คิดเป็น อัตรา 1.30 จากการทบทวนหาสาเหตุของปัญหาในภาพรวม พบสาเหตุดังนี้

1. เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มียูมารับบริการจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้จัดยาเร่งรีบขาดการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องการตรวจสอบซ้ำในการจัดยาจึงทำให้การจัดยาเกิดความคลาดเคลื่อน

2. การจัดยาผิดตัวเนื่องจากชื่อยาชื่อเดียวกันแต่คนละขนาด เป็นคู่ยา LASA (Look Alike Sound Alike) เช่น ได้แก่ Propranolol 10 mg กับ Propranolol 40 mg

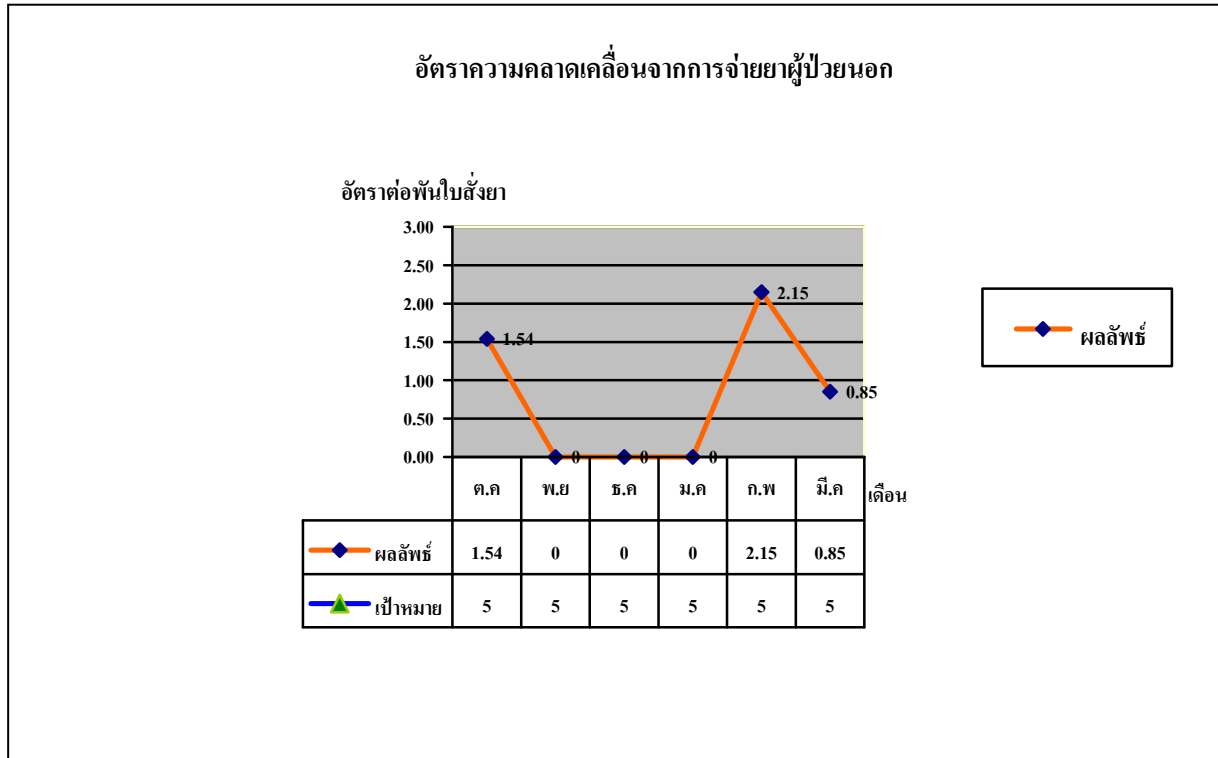
**ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน จึงได้มีการปรับปรุงระบบดังนี้**

1. ทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันและให้ทุกคนสร้างความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้มารับบริการ
2. ให้ผู้จัดยามีระบบตรวจเช็คระหว่างผู้จัดยาด้วยตนเอง ลดความเสี่ยงที่อาจจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน
3. มีการวางแผนการพัฒนาในเรื่อง การจัดทำนวัตกรรมแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างยาที่จัดผิดบ่อยๆ และกำหนดระบบการจัดยาให้มีขั้นตอนที่ชัดเจน

4. จัดระบบการจัดการคู่ยาที่ออกเสียงคล้ายกัน/รูปแบบหรือบรรจุภัณฑ์คล้ายกัน เช่น การจัดทำบัญชีคู่ยา ชื่อพ้องมองคล้าย, การจัดวางให้แยกจากกันอย่างชัดเจน, การจัดทำสัญลักษณ์หรือป้ายชื่อยาที่ชัดเจนแตกต่างกัน

**ผลลัพ์:** จากการทบทวน ความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา พบว่าแนวโน้มมีอัตราลดลงและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในบางช่วง

## ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอก



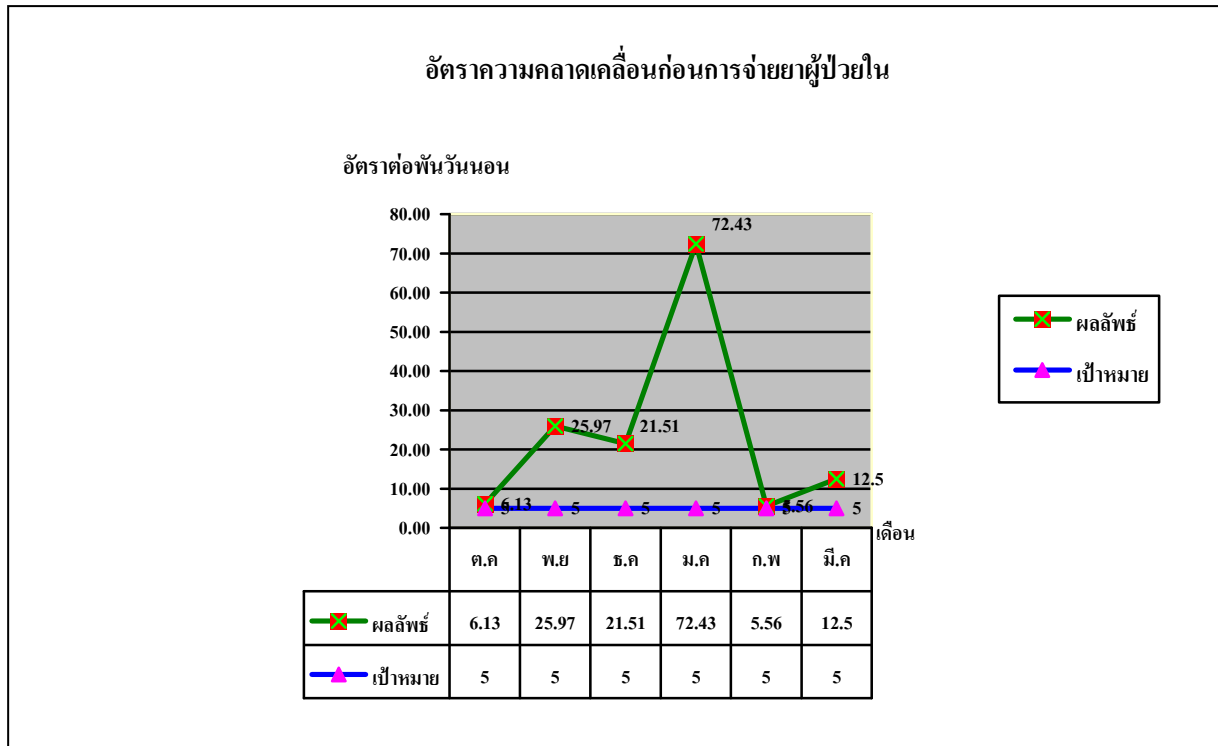
จากกราฟ พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ในทุกเดือนมีผลลัพ์ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด และพบว่าในเดือนกุมภาพันธ์ มีอัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอกมากที่สุดคือ อัตรา 2.15 รองลงมาคือเดือนตุลาคม คิดเป็นอัตรา 1.54 จากการทบทวนหาสาเหตุของปัญหาในภาพรวม พบสาเหตุดังนี้ เป็นช่วงที่มีคนไข้รอรับยาจำนวนมากผู้จ่ายยาเร่งรีบในการจ่ายจึงทำให้จ่ายยาคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะในรายที่มียาหลายรายการ

**ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน จึงได้มีการปรับปรุงระบบดังนี้**

1. ทบทวน Case ร่วมกันและให้ทุกคนสร้างความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้มารับบริการ
2. ให้ผู้จ่ายยา Double check โดยรายละเอียด ซึ่งให้คำนึงถึงความปลอดภัยของคนไข้เป็นหลัก

**ผลลัพ์ :** หลังจากการทบทวนความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาลดลงในเดือนมีนาคม

## อัตราความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน



จากกราฟ พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาผู้ป่วยใน พบว่าในเดือนมกราคม มีอัตราความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาผู้ป่วยในมากที่สุดคือ อัตรา 72.42 ซึ่งสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ รองลงมาคือ เดือนพฤศจิกายนและธันวาคม คิดเป็นอัตรา ซึ่งสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการทบทวนหาสาเหตุของปัญหาในภาพรวม พบสาเหตุดังนี้

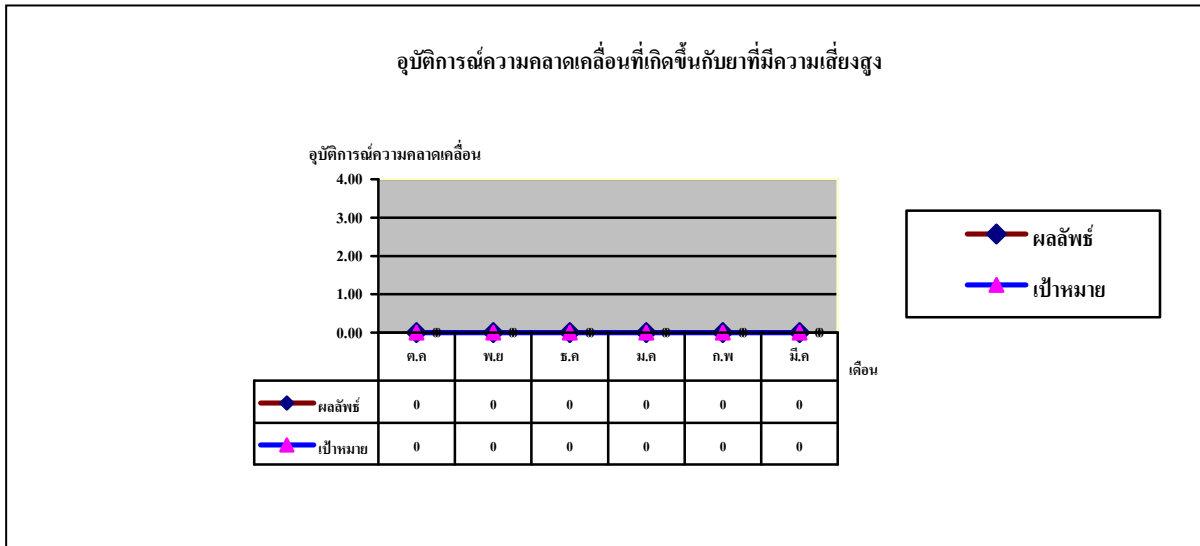
1. การลงข้อมูล Order ยาจากใบ order แพทย์ไม่ครบถ้วนทุกรายการ
2. ความไม่รอบคอบของผู้จัดยา
3. มีผู้จัดยาคนเดียวแต่ต้องจัดยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในช่วงเวลาเดียวกัน
4. การไม่ได้ตรวจสอบซ้ำในขณะที่ปฏิบัติงาน

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน จึงได้มีการปรับปรุงระบบดังนี้

1. มีระบบการ Double check กับ order แพทย์
2. กระตุ้นเตือนผู้จัดยาให้มีความตระหนักในเรื่อง การมองความปลอดภัยของคนไข้เป็นสิ่งสำคัญ และ การ Double check ตัวเอง
3. กำหนดให้ผู้จัดยาแต่ละ Case มีการตรวจเช็ค Order .ให้ละเอียดก่อนจัดยาและหลังจัดยาเสร็จ

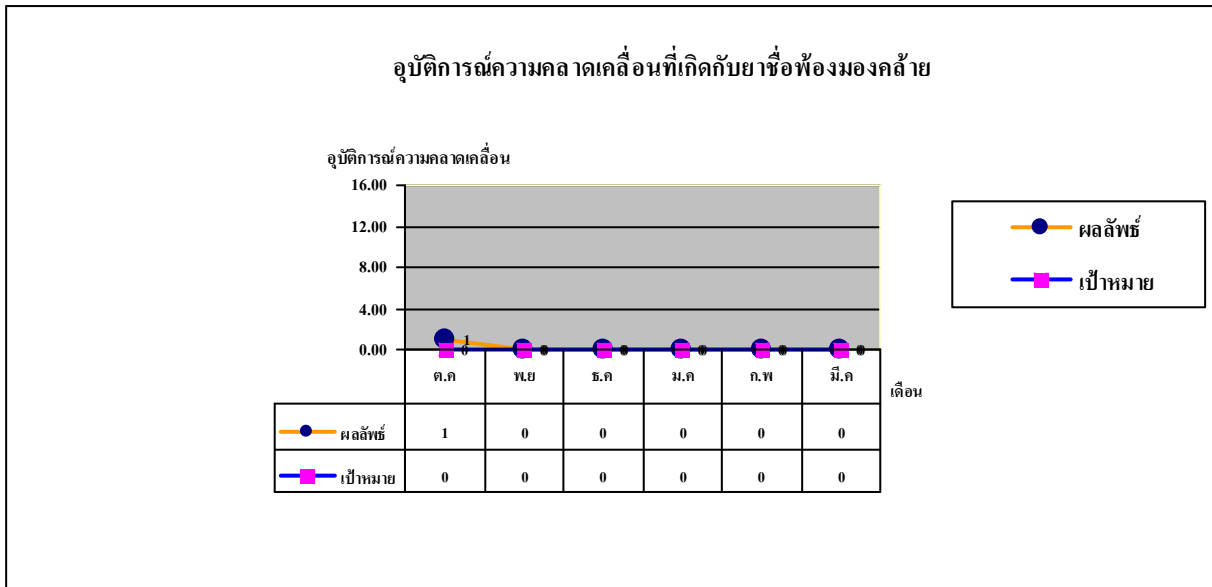
**ผลลัพธ์ :** หลังจากการทบทวน ความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาลดลงในเดือนกุมภาพันธ์และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเดือนมีนาคม แต่ยังไม่ได้อำตามเป้าหมาย ซึ่งจะต้องนำปัญหาไปทบทวนเพื่อป้องกันปัญหาต่อไป

## อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับยาที่มีความเสี่ยงสูง



จากกราฟ พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับยาที่มีความเสี่ยงสูง มีค่าเท่ากับ 0 แต่ก็ยังต้องมีการทบทวนอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์

## อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับยาชื่อพ้องมองคล้าย



จากกราฟ พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดกับยาชื่อพ้องมองคล้าย ในเดือนตุลาคม 2552 จำนวน 1 ครั้ง เป็นการจ่ายผิดขนาดความแรง ; Propranolol tab จากการทบทวนหาสาเหตุของปัญหาในภาพรวม พบสาเหตุดังนี้ ผู้ปฏิบัติงานขาดความระมัดระวัง

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน จึงได้มีการปรับปรุงระบบดังนี้

1. สร้างความตระหนักให้กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมทุกคน ในการให้ความสำคัญในการจัด-จ่ายยา ที่มีลักษณะคล้ายกัน โดยที่การทบทวนการทำงานในหน้าที่ประจำวัน
2. สร้างระบบจัดการแยกคู่ยาออกจากกัน, ทำสัญลักษณ์ให้ชัดเจน, จัดชื่อยาที่รูปแบบแตกต่างกันอย่างชัดเจน, การแยกลักษณะตัวอักษรของฉลากยาให้แตกต่างกัน

**ผลลัพ์** : จากการทบทวนยังพบว่ายังมีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น จำนวน ไม่มาก แต่ยังไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนดในบางเดือน

#### 4. กระบวนการหรือระบบเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

##### 4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและปัจจัยความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

###### 1. เรื่องการทบทวนเหตุการณ์สำคัญจากการจ่ายยาผิดตัวที่มีลักษณะเม็ดยาคคล้ายกัน(Look Alike)

แนวคิด/เป้าหมาย	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน/การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
<p>เนื่องจากความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาเป็นความเสี่ยงของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพราะอาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอาจเพียงเล็กน้อย, ต้องเข้ารับการรักษาหรือเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น บางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิต และจากเหตุการณ์การจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดรายการจากการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ คือ การจ่ายยาผิดตัวที่มีลักษณะเม็ดยาคคล้ายกัน(Look Alike)</p> <p><b>บรรยายเหตุการณ์ :</b></p> <p>เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ได้จัดยาและจ่ายยาผิดรายการจาก Amoxicillin 250 mg รูปแบบยาแคปซูล เป็น จาก Amoxicillin 500 mg ซึ่งมีดยามีลักษณะสีเหลืองคำเหมือนกันและตำแหน่งอยู่ใกล้กัน หลังจากจ่ายยาเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้จัดยาต้องจัดยาชนิดเดิมอีก จึงเกิดความสงสัย ไม่แน่ใจว่าจัดยาจ่ายยาผิดตัวหรือไม่ ซึ่งได้ออกไปตรวจสอบชนิดยาที่บ้านผู้ป่วยทันที พร้อมทั้งนำยาที่ถูกต้องไปด้วย ผลปรากฏว่าห้องยาจ่ายยาผิดจริง จึงทำการเปลี่ยนเป็นยาที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ค่อนข้างรุนแรง จึงได้มีการทบทวนเหตุการณ์ดังกล่าวและวิเคราะห์ถึงรากเหง้าของปัญหา พบว่าสาเหตุหลักคือเจ้าหน้าที่เป็นทั้งผู้จัดและผู้จ่ายยาเป็นบุคคลเดียวกันขาดการตรวจสอบซ้ำ</p>	<p>ผลลัพธ์ของปัญหาการหยาบยาคผิดตัวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันซึ่งคล้ายคลึงทั้งชื่อยาและลักษณะของยามีรายละเอียดดังนี้</p> <p>- เดือนเมษายน 51- มีนาคม 52 พบการจัดยาคผิดหลายรายการแต่มีการตรวจพบก่อนจ่ายยา ได้แก่ คูยาคดังนี้</p> <p><b>Look Alike :</b> -Metformin-brufen (แผงคล้ายกัน วางใกล้กัน)</p> <p>-Sulidine-Simvastatin(แผงคล้ายกัน วางใกล้กัน)</p> <p>-Ranitidine-Roxithro. วางใกล้กัน</p> <p><b>Sound Alike :</b> Etham500 -Etham400mg ซึ่งทำให้เป็นเหตุให้มีการทบทวนครั้งสำคัญเรื่องการจัดวางยาบนชั้นยาเพื่อลดปัญหาป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำและกำหนดให้มีการติดตามเฝ้าระวังอย่างจริงจัง</p> <p>- เดือนเมษายน – กันยายน 2552 พบอุบัติการณ์</p> <p>: -Ampi. 1g – Ampi.500 mg 1 ครั้ง</p> <p>-Triamcinolone cream 0.1%-- 0.02% 1 ครั้ง</p> <p>- เดือนตุลาคม – มีนาคม 2553 พบอุบัติการณ์ 1 ครั้ง เป็นการจ่ายยาคจากยา Propranolol ซึ่งเป็นการจ่ายยาคความแรงในขนาด 10 mg แต่จัดเป็น 40 mg เป็น Sound Alike</p>	<p>เกิดจัดระบบการจัดการยาที่มีชื่อพ้องมอดคล้าย(Look alike Sound alike) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนอย่างเป็นระบบร่วมกัน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดทำบัญชีรายการยาที่มีชื่อพ้องกันและบัญชีรายการยาที่มีรูปแบบ, สี, ลักษณะยา หรือบรรจุภัณฑ์ที่มีความคล้ายคลึงกันแยกให้เห็นชัดเจน และกำหนดให้มีการทบทวนทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงรายการยา</li> <li>2. การจัดตำแหน่งการวางยาใหม่ไม่ให้ยาที่มีลักษณะหรือรูปแบบที่คล้ายคลึงกันหรือยาที่เคยมีปัญหาวางอยู่ใกล้กัน</li> <li>3. การจัดทำสัญลักษณ์หรือป้ายชื่อยา สีที่ชัดเจนแตกต่างกัน แสดงชื่อยา ความแรง ไว้ในตะกร้ายาที่เก็บยาที่แบ่งบรรจุ</li> <li>4. การใช้โปรแกรมพิมพ์ฉลากยามาช่วยในการคัดแยกการยาที่เป็นแบบ sound alike ให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่หรือตัวอักษรพิมพ์เล็ก เป็นต้น</li> <li>5. เน้นความจำเป็นที่จะต้องอ่านฉลากยาอย่างระมัดระวังทุกครั้งที่ยา และอ่านซ้ำก่อนที่จะให้ยาโดยไม่วางใจกับการจดจำภาพ/ลักษณะยา/ที่เก็บยา หรือสิ่งที่ไม่เจาะจงอื่น ๆ</li> <li>6. จัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมอดคล้ายในการ ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่และทบทวนให้เจ้าหน้าที่เก่าเป็นระยะ</li> <li>7. กำหนดให้มีการจัดซื้อยาใหม่หรือการพิจารณาเข้า-ออกจากรับบัญชียาโรงพยาบาลให้พิจารณาที่มีชื่อพ้องมอดคล้ายด้วยทุกครั้ง</li> </ol>

## 2. เรื่องการจัดทำแนวทางในการแบ่งบรรจุยาเม็ด/แคปซูล

แนวคิด/เป้าหมาย	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน/การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
<p>เนื่องจากการแบ่งบรรจุเป็นการเตรียมยาเพื่อช่วยลดขั้นตอนในการจัดยาให้ผู้ป่วยซึ่งจะต้องมีมาตรฐานในการกำหนดรูปแบบและวันหมดอายุของยา จากที่ผ่านมาการแบ่งบรรจุยาไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น การกำหนดวันหมดอายุเป็นปี พ.ศ หรือ ค.ศ , การใช้ตัวอักษรย่อที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งหากขาดการทวนสอบหรือตรวจสอบก็อาจเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นได้ และจากการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ คือ การกำหนดวันหมดอายุยาแบ่งบรรจุได้กำหนดไว้ว่ายาเม็ดที่เปิดขวดแล้วให้นับวันหมดอายุไปอีก 1 ปี หลังจากเปิดขวดแล้ว ตามแนวทางการพิมพ์ฉลากยาแบ่งบรรจุไม่ได้กำหนดให้ระบุวันหมดอายุจริงไว้ที่ฉลากยา (แนวทางเดิม) เนื่องจากมียาที่ใกล้หมดอายุตามบรรจุภัณฑ์ยาจะหมดอายุภายใน 10 เดือน จึงมีการทบทวนให้ออกแบบฉลากยาแบ่งบรรจุเพื่อป้องกันปัญหาการจ่ายยาหมดอายุ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักและเข้าใจมากขึ้น รวมทั้งสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแบ่งบรรจุที่กำหนดได้</li> <li>2. ผลลัพธ์ของปัญหาความเสี่ยงในการจ่ายยาหมดอายุให้กับผู้ป่วยพบว่ายังไม่พบอุบัติการณ์ในการจ่ายยาที่แบ่งบรรจุหมดอายุให้กับผู้ป่วย</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดแนวทางในการแบ่งบรรจุ , จัดทำทะเบียน/บันทึกการแบ่งบรรจุ และการพิมพ์สติ๊กเกอร์เพื่อติดบนซองยาแบ่งบรรจุที่ชัดเจนมากขึ้น โดยจัดทำทะเบียน/บันทึกการแบ่งบรรจุ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลต่างๆ ของยาที่แบ่งบรรจุดังนี้</li> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. วัน เดือน ปี ที่แบ่งบรรจุ ,</li> <li>2. ชื่อสามัญทางยา ,</li> <li>3. ชื่อการค้า ,</li> <li>4. ชื่อบริษัทที่ผลิตยา ,</li> <li>5. Lot . No. ,</li> <li>6. วันเดือนปีที่ผลิต ,</li> <li>7. วันเดือนปีที่หมดอายุของยาที่แบ่งบรรจุ</li> <li>8. วันเดือนปีที่หมดอายุจริงของยาข้างขวด/กล่อง(กรณียาใกล้หมดอายุภายใน 1 ปี)</li> <li>9. จำนวนเม็ด / ซอง</li> <li>10. ชื่อผู้ทำการแบ่งบรรจุ</li> <li>11. ชื่อผู้ตรวจสอบ</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดของการแบ่งบรรจุยาเม็ดให้ยาเม็ดที่แบ่งบรรจุมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่แบ่งบรรจุ แต่ไม่เกินวันหมดอายุที่กำหนดไว้ข้างขวด/กล่องกรณีน้อยกว่า 1 ปี ( ที่บริษัทกำหนด )</li> <li>- กำหนดให้สติ๊กเกอร์แสดงวันหมดอายุของยา ข้างกล่องยา ขวดยา แสดงชัดเจน</li> <li>- กำหนดให้ระบุวันหมดอายุเป็นปี พ.ศ. ไม่ใช่ปี ค.ศ</li> </ul> </ul>

### 3. เรื่องการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บ, เบิก-จ่ายยาเสพติด

แนวคิด/เป้าหมาย	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน/การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
<p>เนื่องจากเดิมหน่วยงานในโรงพยาบาลที่กำหนดให้มีการสำรวจยาเสพติดให้โทษประเภท 2 จำนวน 2 รายการ คือ Morphine inj และ Pethidine inj มี 2 หน่วยงาน คือ งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน (สำหรับงานห้องคลอดให้ใช้ร่วมกับงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน) ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะมีระบบการจัดเก็บ และเบิกที่แตกต่างกัน ประกอบกับ Morphine inj และ Pethidine inj เป็นยาที่อยู่ในรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงต้องเฝ้าระวังในการใช้ ดังนั้นฝ่ายเภสัชกรรมจึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บ, เบิก-จ่ายยาเสพติด เพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน</p>	<p>ทุกหน่วยงานที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บและเบิก-จ่ายยาเสพติดในแนวทางเดียวกัน</p> <p>- เจ้าหน้าที่เกิดความตระหนักและสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในเรื่องยาที่มีความเสี่ยงสูง HAD สำหรับยาเสพติดได้ดีกว่ายาที่มีความเสี่ยงสูงรายการอื่น</p> <p>เนื่องจากการควบคุมการใช้ยาที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานที่ทำกันมานานแล้ว ซึ่งอาจจะนำไปประยุกต์ใช้กับยา HAD รายการอื่น ๆ ต่อไป เพื่อให้เกิดความตื่นตัวและเป็นการควบคุมการใช้ยาให้ปลอดภัยมากขึ้นและป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิดหรือผิดวัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บและเบิก-จ่ายยาเสพติด</li> <li>2.ชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บ, เบิก-จ่ายยาเสพติด ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ</li> <li>3. จัดเก็บยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ในตู้หรือลิ้นชักที่มีกุญแจล็อก และกำหนดให้หัวหน้าเวรเป็นผู้ถือกุญแจและควบคุมการใช้ โดยมีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบซ้ำและยืนยันการโดยบุคคลอื่นอย่างน้อย 1 คน</li> <li>4. แพทย์สั่งจ่ายยาเสพติดพร้อมทั้งเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง ชื่อพยาบาลผู้ผลิตยา ชื่อผู้จ่ายยา การเบิกจ่ายต้องนำใบเบิกยาพร้อมซาก amp เปล่ามาแลกเปลี่ยน amp ต่อ amp</li> <li>5. ทุกจุดที่มียาเสพติดประเภท 2 จัดทำ stock card ควบคุมการรับเข้า – จ่ายยาออกทุกครั้ง</li> </ol>

### 4. เรื่องการจัดระบบการเฝ้าระวังและควบคุมอุณหภูมิตู้เย็นและอุณหภูมิคลังเก็บเวชภัณฑ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

แนวคิด/เป้าหมาย	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน/การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
<p>เนื่องจากเดิมระบบการเฝ้าระวังและควบคุมอุณหภูมิตู้เย็นและคลังเวชภัณฑ์ไม่มีมาตรฐานและไม่มีระบบในการดำเนินงานที่ชัดเจนและยังไม่มีการเอาใจใส่ที่จริงจังในเรื่องสภาวะอุณหภูมิ จากเหตุการณ์ที่พบว่าประตูของตู้เย็นในห้องจ่ายยาปิดไม่สนิทและอีกเหตุการณ์พบว่าปลั๊กตู้เย็นห้องจ่ายยาหลุดจากเต้าเสียบ จึงได้รับทำการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นว่ายังคงอยู่ในระดับที่เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งพบว่าอุณหภูมิตู้เย็นเป็น 10 องศาเซลเซียส(ระดับอุณหภูมิที่เหมาะสมอยู่ที่ 2-8 องศาเซลเซียส) ซึ่งก็ไม่สามารถที่จะรับประกันได้ทั้งหมดว่ายาทุกรายการที่เก็บในตู้เย็นขณะนั้นจะได้รับความเย็นทั่วถึงเท่ากันทั้งหมดและจะยังคงประสิทธิภาพได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่เกิดความตระหนักและเข้าใจในความสำคัญของการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น และสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี</li> <li>2. ไม่พบว่ามีอุบัติการณ์ตู้เย็นปิดไม่สนิทจนไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแนวทางในการเฝ้าระวังและควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น (2-8 องศาเซลเซียส) และคลังเวชภัณฑ์ซึ่งต้องใช้เครื่องปรับอากาศให้อุณหภูมิอยู่ในช่วงที่เหมาะสม(ไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส) โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจนและหากนอกเวลาราชการให้เป็นความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานในขณะนั้น</li> <li>2. กำหนดให้สิ่งแรกที่ต้องตรวจสอบและเฝ้าระวังคือตู้เย็นจะต้องตรวจสอบว่าปิดสนิทหรือไม่ อุณหภูมิอยู่ในช่วงที่ควบคุมหรือไม่และอุณหภูมิของคลังเวชภัณฑ์ ซึ่งจะต้องมีการบันทึกวันละ 2 ครั้ง คือช่วงเช้า(ประมาณ 11.00 น.)และตอนเย็นก่อนเลิกงาน (ประมาณ 15.00 น.)</li> <li>3. กำหนดให้มีการทำความสะอาดตู้เย็นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และหากตู้เย็นเป็นรุ่นที่ต้องละลายน้ำแข็งกำหนดให้ต้องละลายน้ำแข็งอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง สำหรับเครื่องปรับอากาศกำหนดทำความสะอาดล้างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการซ่อมบำรุงตามแผนของโรงพยาบาล</li> </ol>



5. การปรับปรุงระบบการสำรองยาในจุดสำรองย่อย

แนวคิด/เป้าหมาย	ผลลัพธ์	วิธีการทำงาน/การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
<p>เนื่องจากเดิมระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการหมดอายุ/เสื่อมสภาพของเวชภัณฑ์ยังไม่มีมาตรฐานและไม่มีระบบในการดำเนินงานที่ชัดเจนและยังไม่มีเอาใจใส่ที่จริงจัง จากการตรวจสอบยาที่สำรองในจุดสำรองย่อยในโรงพยาบาล พบว่า มียาหมดอายุในหลายจุดสำรอง ได้แก่ ER LR WARD นอกจากนี้ยังพบว่าเวชภัณฑ์บางรายการมีการสำรองในปริมาณเกินจำเป็นและไม่มีอัตราการหมุนเวียนเวชภัณฑ์ จากการทบทวนปัญหาดังกล่าวทำให้มีแนวคิดในการปรับปรุงระบบการสำรองในจุดสำรองย่อยเพื่อให้มีการสำรองเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม และลดการสูญเสียงบประมาณ โดยไม่จำเป็น</p>	<p>ไม่พบอุบัติการณ์ยาหมดอายุในจุดสำรองย่อย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประชุมเพื่อกำหนดปริมาณยาสำรองใหม่แบบสหวิชาชีพ ซึ่งได้รับการรับรองและผ่านมติที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PCT) โดยเป็นตัวแทนจากหอผู้ป่วยและจุดบริการทุกจุดที่มีการสำรองยา (กำหนดรายการยาสำรอง ปริมาณยาสำรอง) เน้นให้มีการสำรองเฉพาะยาที่มีความจำเป็นต้องใช้เร่งด่วน เช่น ยาฉุกเฉิน ยาระงับปวด และรายการยาที่มีอัตราการใช้สูง เช่น 5% D/N/2 1000 ml เป็นต้น</li> <li>ห้องยาต้องจ่ายยาทุกรายการที่แพทย์สั่งใช้ในใบสั่งยาผู้ป่วยใน (Doctor's order sheet) ยกเว้นยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ดื้อมีการใช้ใบ ยส. 5 ประกอบ</li> <li>กำหนดให้ฝ่ายเภสัชกรรมตรวจสอบปริมาณยาสำรองบนหอผู้ป่วย ทั้งชนิดรายการยา ปริมาณสำรอง วันหมดอายุของยาและการเก็บรักษา ทุกเดือน เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันยาหมดอายุ</li> </ol>

## 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ/แนวคิด	วิธีดำเนินการ	เกณฑ์ผลลัพธ์
<b>1. การป้องกันความผิดพลาดในการสั่งยา</b> - ความถูกต้องของคำสั่งแพทย์	- ปรับปรุงบัญชียาโรงพยาบาล - จัดทำคู่มือคำย่อสากล	- อัตราความผิดพลาดของการสั่งยา : Prescribing Error < 5 ต่อพันใบสั่งยา
<b>2. การป้องกันความผิดพลาดในการรับคำสั่ง</b> - ความถูกต้องของการรับคำสั่งแพทย์	- ปรับปรุงแนวทางเฝ้าระวัง/ป้องกันปัญหา - ร่วมดำเนินการในทีมสหวิชาชีพ	- อัตราความผิดพลาดของการรับคำสั่ง : Transcribing Error < 5 ต่อพันใบสั่งยา
<b>3. การป้องกันความผิดพลาดในการจัด/เตรียม</b> - จัดยาได้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์	- จัดทำคู่มือตัวยาที่มีความคล้ายคลึงกัน - ปรับปรุงแนวทางเฝ้าระวัง/ป้องกันปัญหา	- อัตราความผิดพลาดของการจัด/เตรียม < 5 ต่อพันใบสั่งยา
<b>4. ระบบการจ่ายยา</b> - ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามคำสั่งแพทย์  - ผู้รับบริการได้รับข้อมูลใช้ยา/วัสดุการแพทย์ถูกต้องปฏิบัติได้  - บริการประทับใจ  - บริการรวดเร็ว	- จัดมาตรฐานในการระบุตัวผู้ป่วยโดยเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ห้องยาที่จ่ายยาต้องมี Prime Question สำหรับผู้ป่วยทุกราย - จัดทำคู่มือการใช้-จ่ายยา/วัสดุการแพทย์สำหรับเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ห้องยา - ทบทวนพฤติกรรมบริการทุกวันศุกร์ - จัดระบบงานให้มีความสะดวกและจัดให้มีการเก็บข้อมูลระยะเวลาบริการ	- อัตราความผิดพลาดของการจ่ายยา : Dispensing Error < 5 ต่อพันใบสั่งยา  - อัตราการบริหารยาผิด : Administration Error < 5 ต่อพันใบสั่งยา  - อัตราความพึงพอใจ (> 80%)  - ระยะเวลาบริการ < 10 นาที
<b>5. การเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง</b> - แนวทางและคู่มือการปฏิบัติยังไม่ถูกนำสู่การปฏิบัติอย่างเด่นชัด  - ขาดการติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังระหว่างที่มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่เป็นแนวทางชัดเจน	1. ทบทวนรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล 2. จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูงแก่เจ้าหน้าที่ 3. กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงที่มีในแต่ละหน่วยบริการ พร้อมกำหนดแนวทางการจัดเก็บ และเบิกจ่าย 4. จัดทำเอกสารสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามคิดไว้ที่ใบ monitoring form ระหว่างที่มีการใช้ยา 5. เภสัชกรร่วมประเมินการบันทึกข้อมูลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง	- อัตราความคลาดเคลื่อนจากยา กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง = 0

การพัฒนาคุณภาพ/แนวคิด	วิธีดำเนินการ	เกณฑ์ผลลัพธ์
6.งานบริหารเภสัชกรรม เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิผลที่ดีและ มีความปลอดภัย	-ปฏิบัติงานร่วมกับสาขาวิชาชีพ ดังนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่อง การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา การให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาการใช้ยา การค้นหาปัญหาการใช้ยาเพื่อหาวิธีแก้ไข	-ผลงานบริหารเภสัชกรรมเป็นรูปธรรม ชัดเจนขึ้น
7.งานบริการเภสัชสนเทศ เพื่อพัฒนาระบบการให้ข้อมูลด้านยา	-จัดทำสื่อช่วยอธิบายวิธีใช้ยาแก่ผู้ป่วย -จัดอบรม/เผยแพร่ความรู้ด้านยาแก่ บุคลากรการแพทย์ -จัดระบบเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน	-เกิดระบบการให้ข้อมูลด้านยาอย่าง ต่อเนื่อง
8.การปรับปรุงระบบงานในหน้าที่รับผิดชอบบุคลากร ให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพ	-การกำหนดให้มีการตามเภสัชกร On call ช่วงนอกเวลาราชการ -การจัดระบบทบทวนการจ่ายยาใน ช่วงเวลาที่เภสัชกรไม่อยู่ -การแบ่งหน้าที่บุคลากรในฝ่ายฯให้ เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพ	-เภสัชกรมาให้บริการ 100% -ป้องกัน/แก้ไขปัญหาด้านยาได้ทันเวลา และกิจกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง -เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพไป พร้อมๆ กับการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน

## 5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่บุคลากร
2. การจัดทำคู่มือจ่ายยา
3. การสร้างมาตรฐานพฤติกรรมบริการ
4. การประเมินความพึงพอใจในบริการเภสัชกรรม
5. การสร้างเครือข่ายในชุมชน

### แผนการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามตำแหน่ง

กรณีมอบหมายให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมทำหน้าที่จ่ายยาแทนเภสัชกร จะต้องผ่านการอบรมและการประเมินผลการปฏิบัติงาน ทุกปี ดังนี้

- การคำนวณขนาดการใช้ยาในเด็ก
- ขั้นตอนการส่งมอบยาให้ผู้ป่วย
- ชื่อยา ลักษณะเม็ดยา ขนาดยา ข้อบ่งใช้ยา วิธีใช้ และข้อควรระวังในการใช้ยา
- ความสัมพันธ์ของยากับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

**แบบประเมินความถูกต้องในการจ่ายยา  
ของเจ้าพนักงานเภสัชกรรม**

คำถาม	มี/ถูกต้อง	ไม่มี/ไม่ถูกต้อง
<b>1. สอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย</b>		
1.1.เรียกถามชื่อและนามสกุล		
1.2.ขอคู่มือ		
1.3.ถามอาการมาด้วยโรคอะไร		
1.4.ถามว่าเคยแพ้ยาหรือไม่		
<b>2. ขั้นตอนการส่งมอบยา</b>		
2.1.บอกข้อบ่งใช้ยา		
2.2.บอกวิธีใช้ยา		
2.3.บอกข้อควรระวังในการใช้ยา		
<b>3. การตรวจสอบความถูกต้องของการส่งมอบยา</b>		
3.1.ชนิด		
3.2.จำนวน		
3.3.วิธีใช้และขนาดการใช้		
3.4.ฉลากเสริม		
3.5.ระบุคำเตือนห้ามรับประทาน(กรณีภายนอก)		
3.6.ข้อควรระวังในการใช้ยา		

ผู้ประเมิน .....

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....



**ตารางการปฏิบัติงานประจำวัน**

กิจกรรมทั้งวัน	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์
เตรียมเวชภัณฑ์ประจำวัน+ตู้ ER	อัครพนธ์ กาญจนาศิรินญา				
จัดยา	ศิรินญา				
	วันคี่ = อัครพนธ์ / วันคู่ = กาญจนาศิรินญา				
ตรวจสอบยา	สุวภัทร				
ตรวจสอบยา (กรณีไม่มีเภสัชกร)	วันคี่ = กาญจนาศิรินญา / วันคู่ = อัครพนธ์				
จ่ายยา / บริบาลเภสัชกรรม	สุวภัทร				
จ่ายยา(ยาเบื้องต้น/ไมใช่โรคเรื้อรัง/)	วันคี่ = กาญจนาศิรินญา / วันคู่ = อัครพนธ์				
ลงข้อมูลยา IPD	กาญจนาศิรินญา				
ลงข้อมูลยา OPD	อัครพนธ์				
<b>กิจกรรมเฉพาะภาคบ่าย</b>					
แบ่งบรรจุยาเม็ดล่วงหน้า	ศิรินญา				
ตัดยอดในคอมฯ + จัดในคลังฯ	-	อัครพนธ์		-	-
ตัด stockcard + ตรวจสอบจ่าย	-	-	กาญจนาศิรินญา	-	-
งานเอกสาร	กาญจนาศิรินญา				
ตรวจสอบ stock 1 ครั้ง / เดือน.	OR-LR	WARD	ER	เวชฯ – ตู้ยา ER	ห้องยา
	กาญจนาศิรินญา				
5 ส (ทุก 2 สัปดาห์)	-	-	-	ทุกคน	-
พื้นที่รับผิดชอบ	สุวภัทร	ตู้เพิ่มเอกสาร ตู้ยากลุ่มพิเศษ ตู้ยาHigh Alert ตู้อุปกรณ์ผลิตยา			
	กาญจนาศิรินญา	ชั้นยาเม็ด ยาฉีด ยาน้ำ ยาภายนอก ตู้ยา ER			
	ศิรินญา	ตู้โปรสเตอร์ ตู้เอกสารเก่า ชั้นเก็บซองและขวด ตู้ได้ซิงน้ำ ห้องนวดไทย			
	อัครพนธ์	บริเวณในคลังยาทั้งหมด			
ทบทวน 12 กิจกรรม	-	-	-	ทุกคน	-
ผลิตน้ำยามาเชื้อ	-	-	สุวภัทร	-	-
คบส. /นิเทศ สอ	-	สุวภัทร	-	-	-
เภสัชสนเทศ	สุวภัทร	-	-	-	-

## ตารางการปฏิบัติงานประจำวันหยุด

<p><b>วันหยุดเสาร์-อาทิตย์</b></p> <p>เภสัชกร ปฏิบัติงานช่วงเช้า</p> <p>จ.เภสัชฯ ปฏิบัติงาน 1 คนทั้งวัน</p> <p>ผู้ช่วยฯ ปฏิบัติงานวันเสาร์</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>วันเสาร์ ข้อ 1-4 เป็นอย่างน้อย</p> <p>วันอาทิตย์ ให้ได้ข้อ 5-7 ด้วย</p>	<p><b>กิจกรรมการปฏิบัติงาน</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ตรวจสอบคำสั่งใช้ยา จัด-จ่ายยา ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</li><li>2. บันทึกข้อมูลการบริการ-บันทึกรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา</li><li>3. แบ่งบรรจุยาเม็ดล่องหน้า</li><li>4. ทำความสะอาดตะกร้าจัดยา</li><li>5. จัดเตรียมเอกสาร/ป้าย/ฉลากที่ใช้ในการจัด-จ่ายยาให้พร้อมใช้</li><li>6. จัด 5 ส ลีอกใส่อุปกรณ์จัดยา OPD – IPD และบริเวณเคาน์เตอร์</li><li>7. จัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้/ฉลากช่วยในการใช้ยา/คู่มือปฏิบัติงาน ฯลฯ</li></ol>
--	--