



ประกาศโรงพยาบาลลำพูน
เรื่อง รายการยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลลำพูน

ด้วยโรงพยาบาลลำพูนมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงในการใช้ยาและเฝ้าระวังการใช้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และยึดถือ ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร

ทั้งนี้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้มีมติกำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลลำพูน จำนวน ๒๐ รายการ ดังนี้

๑. Dopamine HCL ๒๕๐ mg/๑๐ ml inj
๒. Dobutamine ๒๕๐ mg/๒๐ml inj
๓. Norepinephrine ๔ mg/๔ml inj
๔. Nicardipine HCL ๑๐ mg/๑๐ml inj
๕. Nitroglycerine ๕๐ mg/๑๐ml inj
๖. Amiodarone HCL inj ๑๕๐ mg/๓ml
๗. Calcium gluconate ๑๐๐ mg/ml -๑๐ml
๘. Digoxin ๐.๕๐ mg/๒ml inj
๙. Heparin ๒๕,๐๐๐ units/๕ ml inj
๑๐. Enoxaparin ๖๐mg/๐.๖ ml inj และ Enoxaparin ๔๐mg/๐.๔ ml
๑๑. RI ๑๐๐units/ml -๑๐ ml inj
๑๒. Magnesium sulphate ๕๐% -๒ ml inj
๑๓. Potassium chloride ๒๐ mEq-๑๐ ml inj
๑๔. Dipotassium phosphate ๒๐mEq-๒๐ ml inj
๑๕. Morphine inj ,Morphine syrup, Morphine ๑๐ mg IR และ Morphine ๑๐,๒๐,๓๐ mg SR
๑๖. Pethidine inj
๑๗. Fentanyl ๕๐๐,๑๐๐๐ mcg inj
๑๘. Warfarin ๑ mg, ๓ mg และ ๕ mg
๑๙. Phenytoin ๒๕๐ mg/๕ ml inj
๒๐. ยาเคมีบำบัด * ประกอบด้วย ยาเคมีบำบัด จำนวน ๑๙ รายการ

รายการยาเคมีบำบัด....

รายการยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลลำพูน*

๒๐.๑ ยาฉีด ๑๕ รายการ

- ๒๐.๑.๑ Cyclophosphamide ๑ g sterile powder for inj
- ๒๐.๑.๒ Doxorubicin hydrochloride ๕๐ mg/๒๕ mL sterile sol for inj
- ๒๐.๑.๓ Gemcitabine hydrochloride ๑.๔ g sterile powder for inj
- ๒๐.๑.๔ Fluorouracil ๑๐๐๐ mg/๒๐ mL sterile sol for inj (๕- FU)
- ๒๐.๑.๕ Irinotecan hydrochloride ๑๐๐ mg/๕mL sterile sol for inj
- ๒๐.๑.๖ Methotrexate ๕๐ mg/๒ mL sterile sol for in
- ๒๐.๑.๗ Oxaliplatin 100 mg/20 mL sterile sol for inj
- ๒๐.๑.๘ Vinorelbine tartrate injection ๕๐ mg/๕ml
- ๒๐.๑.๙ Eribulin mesylate injection ๑mg/๒ml
- ๒๐.๑.๑๐ Carboplatin ๑๕๐ mg/๑๕ml sterile sol for inj
- ๒๐.๑.๑๑ Cisplatin ๕๐ mg/๕๐ ml sterile sol for inj
- ๒๐.๑.๑๒ Docetaxel ๘๐ mg/๒mL -vial
- ๒๐.๑.๑๓ Paclitaxel ๓๐๐ mg/๕๐ mL sterile sol for inj
- ๒๐.๑.๑๔ Trastuzumab ๔๔๐ mg/vial
- ๒๐.๑.๑๕ Bevacizumab ๑๐๐ mg/๔ ml inj -vial

๒๐.๒ ยารับประทาน ๔ รายการ

- ๒๐.๒.๑ Capecitabine ๕๐๐ mg film coated tab
- ๒๐.๒.๒ Methotrexate ๒.๕ mg tab
- ๒๐.๒.๓ Letrozole ๒.๕ mg film coated tab
- ๒๐.๒.๔ Tamoxifen ๒๐ mg tab

จึงประกาศมาให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่

ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖


(นางภาวิณี เอี่ยมจันทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

รายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลลำพูน ครั้งที่ ๕ /๒๕๖๖

วันศุกร์ที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมดอกปีบ

ผู้เข้าประชุม

๑. นพ.สุจิต	คุณประดิษฐ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	ประธาน
๒. พญ.จุฑามาศ	สมชาติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	กรรมการ
๓. คุณวัชรพร	ดวงแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นพ.นพรัตน์	วิบูลสันติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	กรรมการ
๕. นพ.บารมี	บุญเลิศ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖. นพ.กรินทร์	ภักดี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๗. นพ.ณัฐวิทย์	คหวัฒน์ธรากร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๘. พญ.รุจิรัตน์	โกศลศศิธร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๙. นพ.สุรัชย์	จิระประภากร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๐. นพ.อุกฤษฏ์	สุขเกษม	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. คุณกนกวรรณ	ใจพิงค์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๒. คุณวัชรภรณ์	เชษฐบุรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๓. ภญ.อัญชภรณ์	คำสาร	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๔. ภญ.ณัฐินี	เขาหนองบัว	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๑๕. ภญ.สุภารัตน์	พัฒนรังสรรค์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	เลขานุการ
๑๖. ภญ.ยุพิน	น้ำปุนศักดิ์	เภสัชกรเชี่ยวชาญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๗. ภญ.พิมพ์ชนก	ชั้นแก้วหล้า	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. พญ.ตุลาพร	อินทนิเวศน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กลุ่มงานอายุรกรรม
๒. พญ.กรวรรณ	หาญประคองทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
๓. นางทองเหรียญ	มูลชีพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หน.กลุ่มงานการพยาบาลสูติ-นรีเวช
๔. นางศรีวรรณ	เรืองวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หน.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๕. นางอัญชลี	ศรีสุตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หน.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารฯ
๖. น.ส.ทัศนีย์	ศรีสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
๗. นางอรทัย	ธรรมปือก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หัวหน้างานผู้ป่วยหนัก ICU ๑
๘. นางพรธนา	แก้วคำปา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หัวหน้างานผู้ป่วยหนัก ICU ๓
๙. นางวัฒนาพร	คำกัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หัวหน้างานผู้ป่วยนอก
๑๐. นางศิรินันท์	ยิ้มโกศล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
๑๑. ภญ.ศุภลักษณ์	วงศ์ปาสีย์	เภสัชกรชำนาญการ	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๑๒. ภญ.ณัฐธิญา	พันธ์รัตนสุขกุล	เภสัชกรปฏิบัติการ	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๑๓. ภก.ศุภณัฐ	มโนชมภู	เภสัชกรปฏิบัติการ	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๑๔. นางเนตรนภา	เทพประสงค์	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
๑๕. คุณพจมาน	กันยะธง	เจ้าหน้าที่ห้อง CT	ตัวแทน Out source

วาระพิเศษ แผนการดำเนินการหลังการเยี่ยมชมสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล
วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

ประเด็นสำคัญ (Executive Summary) จากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

การเยี่ยมชมสำนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลและระบบยา วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

งานเภสัชกรรมโรงพยาบาลเห็นการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานเภสัชกรรม มีหลักการในการปรับโครงสร้าง
นำมาตรฐานวิชาชีพเป็นตัวกำหนด

การปรับปรุงแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง มีการเก็บข้อมูลมากขึ้น สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มาก
เห็นภาพการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ทำให้เกิดความปลอดภัย เช่น ระบบคิว
การใช้โปรแกรม UIMC ในการบริหารยา การใช้ CPOE ผู้ป่วยนอกลด Transcribing error เป็นต้น

งานผลิตมีการปรับปรุงทำความสะอาดเพื่อให้ได้มาตรฐาน การจัดเก็บรักษายาเสพติด คลังยา
หอผู้ป่วย ห้องยาเป็นตามมาตรฐาน

ประเด็นที่ต้องปรับปรุงเร่งด่วน

๑. คณะกรรมการ PTC นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ชี้นำ ปัญหาของโรงพยาบาลที่แท้จริง คืออะไร ผลลัพธ์
ในการคาดหวังอยากเห็นอะไร เช่น การแพ้ยาซ้ำ การใช้โปรแกรม UIMC ในการบริหารยา

๒. การจัดการ ADR

๒.๑ ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

คณะกรรมการ PTC นโยบายยา ข้อ ๒ ความปลอดภัยด้านยา พบมีความเสี่ยงการแพ้ยาซ้ำ
มีมาตรการติดตาม Process ที่วางไว้

๒.๒ การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) มีระบบรายงาน ประเมิน บันทึกให้
ถูกต้องและรวบรวมรายงานจากทุกระบบการรายงาน

๒.๓ นำข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) มาวิเคราะห์ และจัดการกับ ADR

๓. การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Prescribing screening) กลุ่มงานเภสัชกรรมทบทวนคำสั่งใช้ยา รวบรวม
และทบทวนการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาให้เพิ่มการนำข้อมูล Prescribing error , Transcribing
error, Dispensing error , Administration error ที่พบบ่อยมาทบทวนเกณฑ์ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย
ทุกใบสั่งยามีการกำหนดการทบทวนคำสั่งใช้ยาขั้นต่ำ (Minimal screening)

๔. การจัดการกับหน่วย Out Source หน่วย CT scan เป็นไปตามข้อกำหนดที่วางไว้หรือไม่ เช่น การ
ป้องกันการแพ้ยา การกำกับติดตาม ให้เหมือนโรงพยาบาลดำเนินการเอง

๕. การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา Medication error : Prescribing error รวบรวมข้อมูล
ครอบคลุมทั้งปัญหาจากการใช้ยา (Drug therapy problem : DTP) ภายในกลุ่มงานเภสัชกรรมจากงาน
บริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน - นอก และข้อมูลที่หน่วยต่างๆ เก็บไว้ นอกจากการทบทวนคำสั่งใช้ยาจากงานบริการ
จ่ายยาผู้ป่วยใน - นอก การรายงาน Administration error มีรายงานน้อย ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาเป็น
ข้อมูลที่สำคัญ ทำให้แก้ไขปัญหาลำบาก

โอกาสพัฒนาต่อเนื่องจากข้อเสนอแนะเดิม

๑. การประสานรายการยา (Medication reconciliation) ความเสี่ยงที่พบ
๒. การจัดการยาความเสี่ยงสูง ทบทวนรายการยา HAD ให้ตรงกับบริบท เช่น บัญชียา บริบท โรงพยาบาล
๓. ระบบกระจายยา การตั้งเป้าหมายการใช้โปรแกรม UIMC บริหารยา ร้อยละ ๑๐๐ ในอนาคตอันใกล้ พิจารณาปัญหา ข้อจำกัด ความเสี่ยง ประกอบ และกำหนดเป้าหมายในการลด Administration error จากการใช้โปรแกรม UIMC บริหารยา

กลุ่มงานเภสัชกรรม เลขา PTC นำเสนอร่าง แผนพัฒนา คณะกรรมการมีมติร่วมกัน ดังนี้

เรื่อง	แผนพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
๑. PTC (การชี้แนะ)	นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ชี้แนะ นำมาเสนอ PTC	เลขา PTC
๒. การจัดการ ADR	-ติดตาม Process ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ -การรายงาน ประเมิน บันทึกตามมาตรฐาน รวบรวมรายงานจากทุกระบบการรายงาน -นำรายงาน ADR มาจัดการ	-คณะทำงานความปลอดภัย ด้านยา
๓.การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Prescribing screening)	-เพิ่มกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน -พัฒนาสมรรถนะ เภสัชกรให้มีการทบทวน คำสั่งเป็นแนวทางเดียวกัน	-กลุ่มงานเภสัชกรรม -คณะทำงานความปลอดภัย ด้านยา
๔.การจัดการกับหน่วย Out Source หน่วย CT scan	-ระบบที่เกี่ยวข้อง เช่น ยา IC ประสาน ปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐาน เหมือน โรงพยาบาลดำเนินการเอง	-กลุ่มงานเภสัชกรรม -กลุ่มงานรังสีวิทยา -IC
๕. การรายงานความคลาดเคลื่อน ทางยา	-งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน นอก และ ข้อมูลที่หน่วยต่างๆ พบปัญหาจากการใช้ยา Drug Therapy Problem รายงาน Medication Error ในโปรแกรม HRMS -สื่อสาร เน้นย้ำให้มีการรายงาน Administration error ติดตามผล	-คณะทำงานความปลอดภัย ด้านยา -กลุ่มภารกิจด้านการ พยาบาล
๖.การประสานรายการยา (Medication reconciliation)	-นโยบายการประสานรายการยา โดยความ ร่วมมือสหสาขาวิชาชีพ -เพิ่มความครอบคลุมการดำเนินการร้อยละ ๙๐ -เพิ่มช่องในใบ Reconcile ผู้ป่วยกินยา มาแล้วมี.....	-คณะทำงานระบบกระจาย ยาผู้ป่วยใน -คณะทำงานพัฒนาระบบ สารสนเทศด้านยา

เรื่อง	แผนพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
	-การพัฒนาาระบบสารสนเทศในชั้นตอนย้าย หอผู้ป่วย และ D/C -การจัดการยาเดิมตามแนวทางที่วางไว้	
๗. การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง	ทบทวนรายการยา HAD ให้ตรงกับบริบท (เพิ่มรายการยา HAD) พิจารณาจาก ME/ADE ตั้งแต่ระดับ E ที่พบ พิจารณาเพิ่มรายการยา HAD ๑ ยาเคมีบำบัด ๒ Morphine inj. ,Syrup ,tab ๓ Pethidine inj ๔ Fentanyl inj ๕.Warfarin tab และคณะกรรมการความ ปลอดภัยด้านยาทบทวนเพิ่มเติม -การจัดทำ Standing order ยา ยาที่ต้อง ปรับขนาดจำนวน ๔ รายการ Norepinephrine, Dopamine, Nicardipine, Nitroglycerine -Drug tip เด็ก	-คณะกรรมการความปลอดภัย ด้านยา
๘. ระบบกระจายยาผู้ป่วยใน	-ติดตามปัญหาการใช้ยา UIMC บนหอ ผู้ป่วย ซึ่งมีปัญหา ข้อจำกัด ความเสี่ยง อุปกรณ์ไม่อำนวยความสะดวก -การใช้โปรแกรม UIMC เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ เริ่ม ๑-๒ หอผู้ป่วย	-คณะกรรมการระบบกระจาย ยาผู้ป่วยใน
๙. การเก็บรักษายา	-ตรวจสอบ และวางแผนขอจัดซื้อเพิ่ม Pharmaceutical grade , ระบบ Alarm	-กลุ่มงานเภสัชกรรม
๑๐.งานผลิตยา	-จัดให้มีการอบรมการใช้ Spill kit และ การจัดการยาเคมีบำบัด	งานผลิต กลุ่มงานเภสัช กรรม

มติที่ประชุม

เห็นชอบ แต่ละทีมนำเสนอในที่ประชุม PTC อีกครั้ง ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๖



(ภญ.พิมพ์ชนก ชันแก้วหล้า)

ผู้สรุปรายงานการประชุม



(ภญ.สุภารัตน์ พัฒนรังสรรค์)

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลลำพูน ครั้งที่ ๖ /๒๕๖๖
วันอังคารที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๙.๐๐-๑๒.๐๐ น
ณ ห้องประชุมดอกปีบ

ผู้เข้าประชุม

๑. นพ.สุธิติ	คุณประดิษฐ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	ประธาน
๒. นพ.สาริกข์	พรหมมาร์ตัน	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๓. นพ.ธีรพงษ์	ตติยพรกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นพ.ณัฐวิทย์	คหวัฒน์ธรางกูร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕. พญ.ฐิติกา	วโรภาส	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๖. ภญ.ทิวารัตน์	อินปันแก้ว	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๗. ภญ.ณัฐินี	เขาหนองบัว	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๘. ภญ.สุภารัตน์	พัฒนรังสรรค์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการเลขานุการ
๙. ภญ.ยุพิน	นำปุนศักดิ์	เภสัชกรเชี่ยวชาญ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๐. ภญ.พิมพ์ชนก	ชันแก้วหล้า	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางอัญชลี	ศรีสุตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หน.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารฯ
๒. น.ส.จารุวรรณ	วานม่วง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าหอผู้ป่วย Sub ICU Med
๓. คุณเนตรนภา	เทพประสงค์	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
๔. คุณพจมาน	กันยะธง	เจ้าหน้าที่ห้อง CT	ตัวแทน Out source
๕. ภก.ศุภณัฐ	มโนชมภู	เภสัชกรปฏิบัติการ	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๖. นายอาคม	สังข์พนัส	นิติกรชำนาญการ	งานนิติการ

วาระพิเศษ ติดตามแผนการดำเนินการหลังการเยี่ยมสำรวจสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๖ (ต่อเนื่องจากวันศุกร์ที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๖)

ประเด็นสำคัญ (Executive Summary) จากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

การเยี่ยมสำรวจงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลและระบบยา วันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

ประเด็นที่ต้องปรับปรุงเร่งด่วน

๑. คณะกรรมการ PTC นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ชี้ว่า ปัญหาของโรงพยาบาลที่แท้จริง คืออะไร ผลลัพธ์ในการคาดหวังอยากเห็นอะไร เช่น การแพ้ยาซ้ำ การใช้โปรแกรม UIMC ในการบริหารยา
๒. การจัดการ ADR
 - ๒.๑ ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ คณะกรรมการ PTC นโยบายยา ข้อ ๒ ความปลอดภัยด้านยา พบมีความเสี่ยงการแพ้ยาซ้ำ มีมาตรการติดตาม Process ที่วางไว้
 - ๒.๒ การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) มีระบบรายงาน ประเมิน บันทึกให้ถูกต้อง และรวบรวมรายงานจากทุกระบบการรายงาน
 - ๒.๓ นำข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) มาวิเคราะห์ และจัดการกับ ADR

๓. การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Prescribing screening)
กลุ่มงานเภสัชกรรมทบทวนคำสั่งใช้ยา รวบรวม และทบทวนการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ให้เพิ่มการนำข้อมูล Prescribing error , Transcribing error , Dispensing error , Administration error ที่พบบ่อยมาทบทวนเกณฑ์ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ทุกใบสั่งยาที่มีการกำหนดการทบทวนคำสั่งใช้ยาขั้นต่ำ (Minimal screening)
๔. การจัดการกับหน่วย Out Source หน่วย CT scan เป็นไปตามข้อกำหนดที่วางไว้หรือไม่ เช่น การป้องกันการแพ้ยา การกำกับติดตาม ให้เหมือนโรงพยาบาลดำเนินการเอง
๕. การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา
Medication error : Prescribing error รวบรวมข้อมูลครอบคลุมทั้งปัญหาจากการใช้ยา (Drug therapy problem : DTP) ภายในกลุ่มงานเภสัชกรรมจากงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน นอก และข้อมูลที่หน่วยต่างๆ เก็บไว้ นอกจากการทบทวนคำสั่งใช้ยาจากงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน นอก การรายงาน Administration error มีรายงานน้อย ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นข้อมูลที่สำคัญ ทำให้แก้ไขปัญหามาตรฐาน

โอกาสพัฒนาต่อเนื่องจากข้อเสนอแนะเดิม

๑. การประสานรายการยา (Medication reconciliation) ความเสี่ยงที่พบ
๒. การจัดการยาความเสี่ยงสูง ทบทวนรายการยา HAD ให้ตรงกับบริบท เช่น บัญชียา บริบท โรงพยาบาล
๓. ระบบกระจายยา การตั้งเป้าหมายการใช้โปรแกรม UIMC บริหารยา ร้อยละ ๑๐๐ ในอนาคตอันใกล้ พิจารณาปัญหา ข้อจำกัด ความเสี่ยง ประกอบ และกำหนดเป้าหมายในการลด Administration error จากการใช้โปรแกรม UIMC บริหารยา

กลุ่มงานเภสัชกรรม เลขา PTC นำเสนอร่าง แผนพัฒนา คณะกรรมการมีมติร่วมกัน ดังนี้

เรื่อง	แผนพัฒนา/ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดแล้วเสร็จ
๑. PTC (การขึ้นนำ) ๑.๑ ยามีคุณภาพพอเพียง พร้อมใช้	PTC วิเคราะห์ ขึ้นนำ ปัญหา กำกับ ๑.๑ วิเคราะห์ปัญหา / กำหนด แนวทางพัฒนา / กำหนดตัวชี้วัดย่อย อัตราขาดคลัง เป้าหมาย < ๕% (ปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๘)	กลุ่มงานเภสัชกรรม	ธันวาคม ๒๕๖๖
๑.๒ Medication safety (ปลอดภัยจาก ME/ADE ยา (ADR/HAD/DI/MR)	๑.๒.๑ แพ้ยาซ้ำเท่ากับ ๐ (ปี ๒๕๖๖ พบ E ๑ ราย) ๑.๒.๒ HAD ครอบคลุม เหมาะสม , ME ระดับ E ขึ้นไป = ๐ ๑.๒.๓ Medication reconcile > ๙๐%	-คณะทำงานความ ปลอดภัยด้านยา	ธันวาคม ๒๕๖๖- กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง	แผนพัฒนา/ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดแล้วเสร็จ
๑.๓ RDU & AMR (ผลการรักษาเหมาะสม ได้ผล คุ่มค่า)	ME ระดับ E ขึ้นไป = ๐ (ปี ๒๕๖๖ ครอบคลุม ๘๔% เฉพาะ Admit Reconcile) ๑.๓.๑ ผ่านตัวชี้วัดตาม HDC ๑๒ ตัวชี้วัด ๑.๓.๒ DUR ควบคุมการจ่ายยา มูลค่าสูง - ตามมติ คณะอนุกรรมการ RDU&AMR นัดประชุม ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๖ ๑.๓.๓ ตัวชี้วัดตาม เกณฑ์ AMR - ตามมติ คณะอนุกรรมการ RDU&AMR นัดประชุม ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๖	-คณะอนุกรรมการ RDU&AMR	ธันวาคม ๒๕๖๖ / มกราคม ๒๕๖๗
๑.๔ Service & Care (บริการคุณภาพดี สะดวก ปลอดภัย)	ร้อยละการใช้ UIMC ระบบบริหาร จัดการยาผู้ป่วยใน เป้าหมาย ๑๐๐% (๑-๒ หอผู้ป่วย)	-คณะกรรมการ IT/ กลุ่มภารกิจด้านการ พยาบาล	มกราคม ๒๕๖๗
๒. การจัดการ ADR	-ติดตาม Process ระบบป้องกันการ แพ้ยาซ้ำ -การรายงาน ประเมิน บันทึกตาม มาตรฐาน และรวบรวมรายงานจากทุก ระบบการรายงาน -นำรายงาน ADR มาจัดการ ดังนี้ แพ้ยาซ้ำ : ตามรอย Process , Pitfall -Phlebitis : ระบบ Monitoring : Early detection -Drug induced AKI : การปรับ ขนาดยาในคนไข้ไต : Pop up/lock, ทบทวนคำสั่งใช้ยา -Neutropenia จากยาเคมีบำบัด : เพิ่มเป็น HAD วางแนวทางปฏิบัติ -D/I ยา Warfarin : เพิ่มเป็น HAD วางแนวทางปฏิบัติ	-คณะทำงานความ ปลอดภัยด้านยา -PCT ศัลยกรรม กรรม (ยาเคมีบำบัด)	๑๔-๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖ (ตามรอย) , ๒-๑๙ มกราคม ๒๕๖๗ (พัฒนาปรับปรุง)

เรื่อง	แผนพัฒนา/ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดแล้วเสร็จ
	-Sedative from opioids drugs : เพิ่มเป็น HAD วางแนวทางปฏิบัติ (Morphine, Pethidine, Fentanyl) -เตรียมนำเสนอการจัดการ ADR : Neutropenia จากยาเคมีบำบัด(CQI)		
๓.การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Prescribing screening)	-เพิ่มกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน -พัฒนาสมรรถนะ เกสซ์กรให้มีการ ทบทวนคำสั่งเป็นแนวทางเดียวกัน ติดตามการใช้ยาตามการทำงานของไต :- Metformin/Sitagliptin/ACEI,ARB ๒.ติดตาม ADR จากยา Deferiprone (ยาอยู่ในโปรแกรมติดตาม ADR อย. : SMP Drug) ๓. การตรวจยีนส์แพ้ยา Allopurinol, Abacavir ,Carbamazepine (คัดกรอง ผู้ป่วยรายใหม่ตั้งแต่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ ตรวจสอบก่อนเริ่มใช้ยา ทุกราย) ๔.การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ -กรณีสั่งใช้ยาเดิมโดยไม่มีข้อบ่งใช้ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ prn	-งานบริการจ่ายยา ผู้ป่วยใน-นอก -คณะทำงานความ ปลอดภัยด้านยา	-ธันวาคม ๒๕๖๖
๔.การจัดการกับหน่วย Out Source หน่วย CT scan	-ระบบที่เกี่ยวข้อง เช่น ยา IC ประสานปรับปรุงให้เป็นไปตาม มาตรฐาน เหมือนโรงพยาบาล ดำเนินการเอง พบความเสี่ยงระบบยาได้แก่ ๑.มีการใช้ยานอกจากบัญชียา รพ ๒. การสั่งใช้/การบันทึกข้อมูลการสั่ง ยาในเวชระเบียน ๓. การควบคุมการเบิกจ่าย /เก็บรักษา /เสี่ยงต่อการหยิบยาผิดชนิด ๔. ยาเตรียมไม่มีฉลาก(ไม่ทราบชื่อยา ความแรง วัน/เวลาที่เตรียม) แผนปรับปรุง :	-กลุ่มงานเภสัชกรรม -กลุ่มงานรังสีวิทยา -IC	-ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง	แผนพัฒนา/ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดแล้วเสร็จ
	๑. ทบทวนความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชี หากจำเป็นเสนอเข้าบัญชี ๒. กำหนดแนวปฏิบัติในการสั่งใช้ / บันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน ๓ กำหนดแนวทางการเบิกจ่ายยา/เก็บรักษาตามมาตรฐาน ๔. ปฏิบัติตามมาตรฐานการเตรียมยา (รายละเอียดดังเอกสาร Action plan ปัญหาาระบบยาห้องยา CT)		
๕. การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา	-งานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยใน นอก และข้อมูลที่หน่วยต่างๆ พบปัญหาจากการใช้ยา (Drug therapy Problem : DTP) รายงาน ME ในโปรแกรม HRMS -สื่อสาร เน้นย้ำให้มีการรายงาน Administration error ติดตามผล	-คณะทำงานความปลอดภัยด้านยา -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	-ธันวาคม ๒๕๖๖
๖.การประสานรายการยา (Medication reconciliation)	-นโยบายการประสานรายการยา โดยความร่วมมือสหสาขาวิชาชีพ -เพิ่มความครอบคลุมการดำเนินการร้อยละ ๙๐ -พยาบาลเพิ่มการเขียน Last Dose มือ.....ช่องว่างด้านซ้ายใบ Reconcile และประสานทีมสารสนเทศด้านยา เพิ่มช่องในใบ Reconcile ผู้ป่วยกินยามาแล้วมือ..... -การพัฒนาระบบสารสนเทศในขั้นตอนย้ายหอผู้ป่วย และ D/C -การจัดการยาเดิมตามแนวทางที่วางไว้	-คณะทำงานระบบกระจายยาผู้ป่วยใน -คณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศด้านยา	-ธันวาคม ๒๕๖๖
๗. การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD)	ทบทวนรายการยา HAD ให้ตรงกับบริบท เพิ่มรายการยา HAD พิจารณาจาก ME/ADE ตั้งแต่ระดับ E ที่พบ พิจารณาเพิ่มรายการยา HAD ๖ รายการ รวมเป็น ๒๐ รายการ	-คณะทำงานความปลอดภัยด้านยา	-ธันวาคม ๒๕๖๖-มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง	แผนพัฒนา/ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดแล้วเสร็จ
	๑ ยาเคมีบำบัด (ยาฉีด ๑๕ รายการ ยาเม็ด ๔ รายการ) ๒ Morphine inj. ,Syrup ,tab ๓ Pethidine inj ๔ Fentanyl inj ๕.Warfarin tab ๖. Phenytoin inj -วางแผนจัดทำ Standing order ยา ยาที่ต้องปรับขนาดจำนวน ๔ รายการ Norepinephrine, Dopamine, Nicardipine, Nitroglycerine เริ่มนำร่อง ดำเนินการยา Norepinephrine -พิจารณาการทำ Drug tip สำหรับ ผู้ป่วยเด็ก ร่วมกับ PCT เด็ก		
๑๐.การกำกับติดตาม	-เลขา PTC ติดตามตัวชี้วัดรายเดือน	-คณะกรรมการ PTC	ธันวาคม ๒๕๖๖

มติที่ประชุม

เห็นชอบ แต่ละทีมนำดำเนินการนำเสนอที่ประชุม PTC ครั้งต่อไป



(ภญ.พิมพ์ชนก ชันแก้วหล้า)

ผู้สรุปรายงานการประชุม



(ภญ.สุภารัตน์ พัฒนรังสรรค์)

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

Action plan

ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กลุ่มงานรังสีวิทยา

- ประเด็นปรับปรุงจากการเยี่ยมสำรวจจากสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
- เมื่อ 4 ธ.ค.2566

ประเด็น	ปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไข
สารทึบรังสีบางชนิดไม่มีในบัญชียาตามสัญญา TOR รพ. ลำพูนเป็นคนจัดหาและจำหน่ายสารทึบรังสีให้แก่ผู้ป่วย	สารทึบรังสี ชนิด Ultravist370 และ lopamirol 370 ไม่อยู่ในบัญชียา ของ รพ. (ปัจจุบัน บ.สีมา เป็นผู้จำหน่ายให้ รพ.)	- ปรึกษาเภสัชกรรม จัดหาสารทึบรังสี เข้าบัญชียา รพ. โดยทำบันทึกชี้แจงแก่ผู้บริหารในการจัดซื้อ (นำ ultravist 370 เข้าบัญชียา รพ.) - ประสานงานเภสัชกรรม นำเข้ารายการยาของ รพ. และทำ code ยา แยกชนิดสารทึบรังสีแต่ละรายการ - ปรับรายการสารทึบรังสีในบัญชียา ตามความเหมาะสม
การสั่งจ่ายสารทึบรังสี	เดิมสั่งจ่ายผ่าน ระบบ x-ray ทำให้ไม่มี order เข้าระบบยาของเภสัชฯ - เภสัชฯ ไม่เห็นการจ่ายสารทึบรังสีของห้อง CT - Drug alert ไม่แจ้งเตือน ถ้าคนไข้เคยมีประวัติแพ้ยา	- ประสานงาน ให้สามารถ key order สารทึบรังสี ให้ผู้ป่วยในช่องสั่งยา โดยแพทย์เป็นผู้ควบคุมการจ่ายสารทึบรังสี - ประสานงานเภสัชฯ เพิ่ม code ยา แบบ IV และ แบบ กิน (คิดหน่วยเป็น CC) - ทำแนวทางการให้ปริมาณสารทึบรังสี ตามการตรวจ CT แต่ละประเภท

ประเด็น	ปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไข
การเตรียมสารทึบรังสี เดิม ผู้ช่วยห้อง CT เป็นคนเตรียมยา ทั้ง แบบ IV และ oral contrast	- Technique การเตรียมไม่ถูกต้องตามการ ควบคุมการ ติดเชื้อ - มีความเสี่ยงผิดพลาดในการให้ยา	- งาน IC มาดูระบบการเตรียมยา ห้อง CT - จัดทำแนวทางการเตรียมยาให้ถูกต้องโดย **นักรังสีเทคนิคการแพทย์ เป็นผู้ดูแล และเตรียมสารทึบรังสี** - ให้เปิดสารทึบรังสีขวดใหม่ทุกครั้ง ต่อการตรวจผู้ป่วย 1 ราย - จัดทำแนวทางการป้องกันการให้ยาผิด โดยมีการติดฉลากยาที่ syringe ยาทุกครั้ง
- การฉีดสารทึบรังสี เดิม สารทึบรังสีถูกฉีดให้ผู้ป่วย หลายวิธี - ผ่านทางเครื่องฉีด injector (เคส ส่วนมาก) - โดย พยาบาล - โดย แพทย์ในบางเคส เช่น central line	ปัจจุบัน สภาการพยาบาลไทยไม่อนุญาตให้ พยาบาล ฉีดสารทึบรังสี เนื่องจากมีประเด็นฟ้องร้องของพยาบาล	Update ราชกิจจานุเบกษา 27 พ.ย. 2566 หน้า 69-71 พยาบาล อาจให้สารทึบรังสีได้ ในกรณี ผ่านหลักสูตร การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ พยาบาลรังสีวิทยา, อยู่ภายใต้การควบคุมของรังสี แพทย์ หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่ปฏิบัติงาน ร่วม **พยาบาลไม่ได้รับอนุญาตให้เตรียมยา** - พยาบาล มีหน้าที่เปิด IV line , ดูแลผู้ป่วยก่อน, ระหว่างตรวจ และหลังการตรวจ CT

ประเด็น	ปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไข
ยาฉุกเฉินที่ใช้ในการกู้ชีพ (emergency box) เดิม ยา emergency เป็นของ รพ. ลำพูน จัดหา *** ตามสัญญา TOR ระบุให้ บ. CT เป็นผู้รับผิดชอบ จัดหา และ อุปกรณ์ช่วยชีวิตในกรณีฉุกเฉินไว้ที่ห้อง CT***	- ยาในกล่อง ไม่ครบชนิด - เจ้าหน้าที่ ไม่รู้ตำแหน่งที่อยู่ของอุปกรณ์	- แจ้งทางบริษัทให้จัดหา ตามสัญญา ได้แก่ การ จัดหา ยา emergency box และ เครื่องมือ ช่วยชีวิตไว้ที่ห้อง CT - ทำแนวทางการดูแลรักษา และ ตรวจสอบ อุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิต แก่เจ้าหน้าที่ห้อง CT
การจัดการขยะติดเชื้อ	ไม่มีแนวทางการจัดการขยะที่ชัดเจน	ประสานงานสิ่งแวดล้อม ดูแลการจัดการขยะ

ประเด็นข้อสงสัย	ตอบ
• การจัดหาพยาบาลประจำ ห้อง CT	• บริษัท CT เป็นผู้จัดหา พยาบาลให้บริการที่ห้อง CT
• การว่าจ้างรังสีแพทย์วินิจฉัย • การส่งภาพ รวมถึงผลอ่านให้ทาง รพ. ลำพูน	• เดิม รพ.ลำพูน มีรังสีแพทย์ไม่เพียงพอในการออกผล CT ทางบริษัทมีการว่าจ้างรังสีแพทย์นอก รพ. (teledoctor) ช่วย โดย บ.CT จ่ายค่าจ้างให้รังสีแพทย์ภายนอก • ปัจจุบัน มีรังสีแพทย์ มากพอจึงไม่มีการจ้าง รังสีแพทย์ภายนอกอ่าน แต่ได้ลดค่าตรวจลง ให้ รพ. อีก 10% จากเดิม
• การดูแลผู้ป่วย ก่อนการตรวจ, ขณะตรวจ และ หลังทำการตรวจ CT	• ปัจจุบัน มีแนวทางประเมินความเสี่ยงแพ้ยา, แนวทาง premedication ป้องกันการแพ้ยา, แนวทางดูแลกรณีผู้ป่วยมีปัญหาโรคไต, มี consent form ก่อนรับการตรวจ (มีแล้ว) • มีการวัดสัญญาณชีพ ก่อน-หลัง ได้สารทึบรังสี และบันทึกไว้ (ทำตลอด) • มีการสังเกตอาการผู้ป่วยหลังตรวจ ที่ห้อง CT (ทำตลอด) • มีแผ่นพับให้ความรู้ และแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับสารทึบรังสี แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ (มีแล้ว) • มีรังสีแพทย์ดูแล และ consult ประจำห้อง CT ในเวลาราชการ • จนท ห้อง CT ได้รับการอบรม CPR 100%

แผนพัฒนาหลังการเยี่ยมสำรวจ
สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล 041266

หัวข้อที่สมาคมเสนอให้ปรับปรุงแก้ไข เร่งด่วน

1. PTC

2. การจัดการ ADR

2.1 ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

2.2 การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) มีระบบรายงาน ประเมิน บันทึกให้

2.3 นำข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) มาวิเคราะห์ และ จัดการกับ ADR

3. การทดสอบคำสั่งใช้ยา (Prescribing screening)

4. การจัดการกับหน่วย Out Source หน่วย CT scan

5. การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

หัวข้อที่สมาคมเสนอให้ปรับปรุงแก้ไข (เป็นโอกาสพัฒนา)

1. การประสานรายการยา
2. การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง
3. ระบบกระจายยา การตั้งเป้าหมายการใช้โปรแกรม UIMC 100%

1. การชี้้นำ PTC – การกำหนดนโยบาย/การติดตามผล โดยใช้ ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสม

1. Drug (ยามีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้)

ตัวชี้วัด : อัตรายาขาดคลัง เป้าหมาย < 5% (ปี 2566 ร้อยละ 8)

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานเภสัชกรรม

แผนการดำเนินงาน : วิเคราะห์ปัญหา / กำหนดแนวทางพัฒนา / กำหนดตัวชี้วัดย่อย

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566

1. การชี้้นำ PTC (ต่อ)

2. Medication safety (ปลอดภัยจาก ADE ยา ADR/HAD/DI/MR)

2.1 แพ้ยาซ้ำเท่ากับ 0 (ปี 2566 พบ E 1 ราย)

2.2 HAD ครอบคลุม เหมาะสม , ME ระดับ E or F ? ขึ้นไป = 0

ผู้รับผิดชอบ : Med safety

กำหนดแล้วเสร็จ :

2.3 Medication reconcile > 90%, ME ระดับ E ขึ้นไป = 0

(ปี 66 ครอบคลุม 84% เฉพาะ Admit Reconcile)

ผู้รับผิดชอบ : คณะทำงานกระจายยาผู้ป่วยใน

กำหนดแล้วเสร็จ :

1. การชี้้นำ PTC (ต่อ)

3. RDU & AMR (ผลการรักษาเหมาะสม ได้ผล คุ่มค่า)

ตัวชี้วัด : 3.1 ผ่านตัวชี้วัดตาม HDC 12 ตัวชี้วัด

3.2 DUR ควบคุมการจ่ายยามูลค่าสูง - ตามมติ คณะอนุกรรมการ RDU&AMR
20/12/66

3.3 ตัวชี้วัดตาม เกณฑ์ AMR - ตามมติ คณะอนุกรรมการ RDU&AMR 20/12/66

1ผู้รับผิดชอบ : คณะอนุกรรมการ RDU&AMR

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566 /มกราคม 2567

1. การชี้้นำ PTC (ต่อ)

4. Service & Care (บริการคุณภาพดี สะดวก ปลอดภัย)

4.1 การใช้ UIMC ร้อยละ 100 (ปี 2566 ร้อยละ 43)

ตัวชี้วัด : ร้อยละการใช้ UIMC ระบบบริหารจัดการยาผู้ป่วยใน เป้าหมาย 100%

ผู้รับผิดชอบ : คณะทำงาน IT / กลุ่มการพยาบาล

กำหนดแล้วเสร็จ : มกราคม 2567 (1-2 หอผู้ป่วย)

2. การจัดการ ADR

2.1 ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

(พบมีความเสี่ยงการแพ้ยาซ้ำ มีมาตรการติดตาม Process ที่วางไว้)

แผนปรับปรุง : ตามรอยหน้างาน เวชระเบียน ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำที่วางไว้

วางแผนพัฒนาปรับปรุง

ผู้รับผิดชอบ : MMS / Med safety

กำหนดแล้วเสร็จ : 14-29 ธันวาคม 2566(ตามรอย) , 2-19 มกราคม 2567 (พัฒนาปรับปรุง)

2. การจัดการ ADR (ต่อ)

2.2 การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)

เพื่อให้มีระบบรายงาน ประเมิน บันทึก ให้ถูกต้อง และรวบรวมรายงานจากทุกระบบการรายงาน
แผนปรับปรุง :

1. สหสาขาวิชาชีพพบ ADR /แจ้งเภสัชกรประเมิน ++ เมื่อพบแพทย์วินิจฉัย Drug induced.....

ทำสื่อเผยแพร่ Flow รายงาน ADR แบบ One page

งาน MMS ดึงข้อมูล ICD-10 ทุกสิ้นเดือนเพื่อติดตาม ADR ให้ครบถ้วน

2. การประเมิน ADR ให้เป็นมาตรฐาน : พัฒนา Competency เภสัชกร /บันทึก ADR : Technical term

3. รวบรวมรายงาน ADR ทุกระบบการรายงาน : Incident report , บริบาลเภสัชกรรม , Trigger tool
,Spontaneous report สรุป วิเคราะห์เป็นภาพรวม ADR ทั้งหมด (เดิมแยกวิเคราะห์)

ผู้รับผิดชอบ : MMS / Med safety

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566

2. การจัดการ ADR (ต่อ)

2.3 การจัดการข้อมูล ADR - การวิเคราะห์ เพื่อวางระบบป้องกัน แพ้ยาซ้ำ /Serious ADR (Preventable ADR)

แผนปรับปรุง : นำข้อมูล Serious ADR (Preventable ADR) มาวางแผนการดำเนินการ

-แพ้ยาซ้ำ : ตามรอย Process , Pitfall

-Phlebitis : ระบบ Monitoring : Early detection

-Drug induced AKI : การปรับขนาดยาในคนไข้ไต : Pop up/lock, ทบทวนคำสั่งใช้ยา

-Neutropenia จากยาเคมีบำบัด : เพิ่มเป็น HAD วางแนวทางปฏิบัติ

-D/I ยา Warfarin : เพิ่มเป็น HAD วางแนวทางปฏิบัติ

-Sedative from opioids drugs : เพิ่มเป็น HAD วางแนวทางปฏิบัติ (Morphine, Pethidine, Fentanyl)

-นำเสนอการจัดการ ADR : Neutropenia จากยาเคมีบำบัด (CQI)

ผู้รับผิดชอบ : MMS / Med safety

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566

3. การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Prescribing screening)

3. การทบทวนคำสั่งใช้ยา (Prescribing screening) กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง
แผนปรับปรุง : เพิ่มทบทวนคำสั่งใช้ยา ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

1 ติดตามการใช้ยาตามการทำงานของไต :- Metformin / Sitagliptin / ACEI, ARB

2.ติดตาม ADR จากยา Deferiprone (ยาอยู่ในโปรแกรมติดตาม ADR อย. : SMP Drug)

3. การตรวจยีนส์แพ้ยา Allopurinol, Abacavir ,Carbamazepine

(คัดกรอง ผู้ป่วยรายใหม่ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2566 ตรวจสอบเริ่มใช้ยาทุกราย)

4.การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ -กรณีสั่งใช้ยาเดิมโดยไม่มีข้อบ่งใช้ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ prn

ผู้รับผิดชอบ : งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก+ใน/Med safety

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566

4. การจัดการกับหน่วย Out Source หน่วย CT scan

พบความเสี่ยงระบบยาได้แก่

- 1.มีการใช้ยานอกจากบัญชียา รพ
2. การสั่งใช้/การบันทึกข้อมูลการสั่งยาในเวชระเบียน
3. การควบคุมการเบิกจ่าย /เก็บรักษา /เสี่ยงต่อการหยิบยาผิดชนิด
4. ยาเตรียมไม่มีฉลาก(ไม่ทราบชื่อยา ความแรง วัน/เวลาที่เตรียม)

แผนปรับปรุง :

1. ทบทวนความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชี หากจำเป็นเสนอเข้าบัญชี
2. กำหนดแนวปฏิบัติในการสั่งใช้ / บันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน
- 3 กำหนดแนวทางการเบิกจ่ายยา/เก็บรักษาตามมาตรฐาน
4. ปฏิบัติตามมาตรฐานการเตรียมยา

ผู้รับผิดชอบ : กง รังสี/กง เกสัชกรรม

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566

5. การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

การเก็บข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา Drug Therapy Problem : DTP ไม่นำมารายงานเป็น ME ในโปรแกรมความเสี่ยง

Administration error รายงานน้อย

แผนปรับปรุง : @งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน/นอก และข้อมูลที่หน่วยต่างๆ พบ DTP

→ รายงาน ME ในโปรแกรม HRMS

@สื่อสาร / เน้นย้ำให้มีการรายงาน Administration error ติดตามผล

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานเภสัชกรรม/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566

ข้อเสนอที่สมาคมแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไข เป็นโอกาสพัฒนา

1. การประสานรายการยา

- แผนปรับปรุง :
- นโยบายการประสานรายการยา โดยความร่วมมือสหสาขาวิชาชีพ (รอลงนาม)
 - พยาบาลเพิ่มการเขียน Last Dose มื้อ.....ช่องว่างด้านซ้ายใบ Reconcile และประสานทีมสารสนเทศด้านยา เพิ่มช่องในใบ Reconcile Last Dose มื้อ.....
 - การพัฒนาระบบสารสนเทศในขั้นตอนย้ายหอผู้ป่วย และ D/C
 - การจัดการยาเดิมตามแนวทางที่วางไว้

ตัวชี้วัด: ร้อยละความครอบคลุมการประสานรายการยา เป้าหมาย $\geq 90\%$

ผู้รับผิดชอบ : คณะทำงานระบบกระจายยา/คณะทำงานพัฒนาสารสนเทศด้านยา

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566/มกราคม 2567

ข้อเสนอที่สมาคมแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไข เป็นโอกาสพัฒนา (ต่อ)

2. การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง การปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ /การจัดการ ME/ADE / เพิ่มรายการยาแผนปรับปรุง :

1. เสนอเพิ่มรายการ HAD (จากเดิม 14 → 20 รายการ)ดังนี้

- ยาเคมีบำบัด (ยาฉีด 17 รายการ ยาเม็ด 2 รายการ) ภาพรวมนับ 1 รายการ
- Opioids 3 รายการ ได้แก่ Morphine inj. ,Syrup ,tab /Pethidine inj /Fentanyl inj
- Warfarin tab ทุกความแรง
- Phenytoin inj (ADE : Phlebitis)

2. จัดทำ Standing order 4 รายการ Norepinephrine, Dopamine, Nicardipine, Nitroglycerine

3. ตามรอยหน่วยงาน

4. การจ่ายยาผู้ป่วย คัดกรอง → การแนะนำ Self Monitoring (กรณีส่งมอบยาให้ผู้ป่วย)

ผู้รับผิดชอบ : Med safety

กำหนดแล้วเสร็จ : ธันวาคม 2566/มกราคม 2567

การติดตามตัวชี้วัดตามนโยบายการใช้ยาโรงพยาบาลลำพูน และเข็มน่ง ปี 2567 - 2569

ตัวชี้วัด

เป้าหมาย ปี 64 ปี 65 ปี 66

ปี 67

ตค 66 พย 66 ธค 66 มค 67 กพ 67 มีค 67

1. Drug (ยามีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้)

1 อัตรายาขาดคลัง < 5% 5.18

2. Medication safety (ปลอดภัยจาก ADE ยา ADR/HAD/DI/MR)

2 แพ้ยาซ้ำ 0 2 0 1

3 ME จาก HAD ระดับ E ↑ 0

4 Medication reconcile ตามเกณฑ์ > 90%

5 ME จาก HAD ระดับ E ↑ 0

3. RDU & AMR (ผลการรักษาเหมาะสม ได้ผล คุ่มค่า)

6 ผานตัวชี้วัดตาม HDC 12 ตัวชี้วัด

7 DUR ควบคุมการจ่ายยามูลค่าสูง - ตามมติ คณะอนุกรรมการ RDU&AMR

8 ตัวชี้วัดตาม เกณฑ์ AMR - ตามมติ คณะอนุกรรมการ RDU&AMR

4. Service & Care (บริการคุณภาพดี สะดวก ปลอดภัย)

9 ร้อยละการใช้ UIMC ระบบบริหารจัดการยาผู้ป่วยใน 100