



นโยบายความปลอดภัยด้านยา
โรงพยาบาลปากพะยูน
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

สำเนาฉบับที่...๑...

R - PHA - 025

แก้ไขครั้งที่ 01 (05 - 07 - 67)

จากการประชุมคณะกรรมการและการบำบัด

(Pharmaceutical and therapeutic Committee: PTC)

วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖

กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลปากพะยูน อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

เอกสารควบคุม



นโยบายความปลอดภัยด้านยา
โรงพยาบาลปากพะยูน
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

จากการประชุมคณะกรรมการและการบำบัด

(Pharmaceutical and therapeutic Committee: PTC)

วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖

กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลปากพะยูน อำเภopakพะยูน จังหวัดพัทลุง

คำนำ

นโยบายความปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาลปากพะยูน ได้จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้การใช้ยาในโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล(Rational drug use) ลดความคลาดเคลื่อนทางยา และเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลปากพะยูน (Pharmaceutical and therapeutic Committee: PTC) ได้กำหนดนโยบายนี้ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยาให้เกิดขึ้นภายในองค์กร

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1.นโยบายด้านการวางแผน การจัดการด้านยา	
1.1 นโยบายบริหารจัดการระบบยาและเวชภัณฑ์เพื่อความปลอดภัย	1
1.2 นโยบายคัดเลือกกรายการยาและเวชภัณฑ์เข้า-ออกจากบัญชีโรงพยาบาล	2
1.3 นโยบายการใช้นานอกบัญชี และยาผู้ป่วยเฉพาะรายโรงพยาบาล	3
1.4 นโยบายการจัดซื้อและคลังเวชภัณฑ์	5
2.นโยบายด้านการจัดการเรื่องสำรongsยาและการกระจายยา	6
3.นโยบายการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	
3.1 นโยบายการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา	7
3.2 นโยบายการสั่งใช้ยาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์	11
3.3 นโยบายการสั่งใช้ยาที่ไม่ใช่แพทย์	12
3.4 นโยบายการใช้ค้าย่อของโรงพยาบาล	13
4.นโยบายการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง	15
5.นโยบายด้านการจัดการความสอดคล้องต่อเนื้องด้านการใช้ยา Medication Reconciliation	18
6.นโยบายการประเมินการใช้ยาในโรงพยาบาล	21
7.นโยบายการจัดการอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	22
8.นโยบายด้านการจัดการอันตรกิริยาระหว่างยา	24
9.นโยบายการจัดการองค์ความรู้ด้านยา	26
10.นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	27

1.นโยบายด้านการวางแผน การจัดการด้านยา

1.1 นโยบายบริหารจัดการระบบยาและเวชภัณฑ์เพื่อความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด(PTC) จึงได้กำหนดแนวทางบริหารจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์ดังนี้

1. สร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะทำงานพัฒนาระบบความปลอดภัยในการใช้ยา โดยมีการส่งเสริมให้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายด้านยาและเวชภัณฑ์ ติดตามกำกับการใช้ยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา โดยมีการประชุมประจำทุก 2-3 เดือน

2. ปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยาในองค์กร ส่งเสริมการรายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยา และความคลาดเคลื่อนด้านยาเพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีความตระหนักและยึดถือแนวปฏิบัติตามแนวทางเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

3. นำแนวคิดเชิงระบบมาประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาสาเหตุและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ในกระบวนการให้บริการแต่ละขั้นตอน โดยควรออกแบบระบบที่สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่าง ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การส่งมอบยา การเตรียม การให้ยา และการติดตามการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด และมีระบบรายงานความคลาดเคลื่อนที่สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในอนาคต

4. สร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ เน้นการทำงานร่วมกันในการรักษาดูแลผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาดูแลตนเองมากขึ้น ตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นได้

1.2 นโยบายคัดเลือกรายการยาและเวชภัณฑ์เข้า-ออกจากบัญชีโรงพยาบาล

ตามมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์(Good Health at Low Cost) และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการยาและเวชภัณฑ์เข้า-ออกจากบัญชีกรอปรายการยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การนำยาใหม่เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลมีความเหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์พิจารณาคัดเลือกดังนี้

1. จำนวนรายการยาใน บัญชีรายการยาหลักโรงพยาบาล ไม่เกิน 375 รายการ ส่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เกิน 120 รายการ โดยที่ยา 1 รายการ หมายถึงยา 1 รูปแบบและ 1 ความแรง
2. สัดส่วนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในบัญชียาโรงพยาบาลปากพะยูน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ส่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ กรณีที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ มีพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน จะมีกรอปรายการยาโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมารับยาใกล้บ้านตามแนวทางที่แพทย์กำหนด
3. การเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลและเวชภัณฑ์โรงพยาบาล 1 รายการต้องพิจารณา ตัดออก 1 รายการ ยกเว้นเป็นยาและเวชภัณฑ์กลุ่มใหม่ที่ไม่เคยมีใช้ หรือมีข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกับยากลุ่มเดิมที่เคยมี
4. นำเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้เสนอไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี ยกเว้นกรณีจำเป็นให้ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นกรณีไป
5. ยาที่มีชื่อสามัญ (Generic Name) เดียวกันให้ คัดเลือกไว้ใช้ในโรงพยาบาลเพียงชื่อสามัญละ 1 รายการ (ตามรูปแบบยาและความแรง)
6. ยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันและออกฤทธิ์ใกล้เคียงกันหรือ คล้ายคลึงกันให้คัดเลือกไว้ใช้ ไม่เกิน 2 รายการ
7. การเสนอยาหรือเวชภัณฑ์ใหม่เข้าและออกในบัญชียาโรงพยาบาลจะต้องกรอกข้อมูลในรูปแบบฟอร์มการเสนอยาและเวชภัณฑ์ เข้า-ออก ในบัญชียาโรงพยาบาลให้ครบถ้วน
8. ข้อมูลประกอบการพิจารณาเสนอยา เข้า-ออก ให้กลุ่มงานเภสัชกรรม จัดทำ Drug Monograph ที่มีข้อมูลอย่างน้อยประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของยา ได้แก่
 - ชื่อสามัญ ชื่อการค้า
 - ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
 - การจำแนกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติหรือตำราอ้างอิงตามความเหมาะสม
 - ข้อบ่งชี้
 - ผลการประเมินข้อมูลยาตาม Evidence Based Medicine และราคาต้นทุนยาในการรักษา
 - ยาอื่นๆที่มีในโรงพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน
 - ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นสำหรับยาเดิมที่จะพิจารณาตัดออก
 - เหตุผลสำหรับการขอเพิ่มรายการยา

9. ยาใหม่ที่ได้รับการพิจารณาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลที่เป็นยาควบคุมพิเศษ, วัตถุประสงค์เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี และ จ ให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเฝ้าระวังการใช้ยาด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ไม่น้อยกว่า 1 ปีโดยกลุ่มงานเภสัชกรรม ฯ จะต้องนำข้อมูลผลการใช้ยาเสนอต่อคณะกรรมการในที่ประชุม

10. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกของคณะกรรมการ PTC โดยพิจารณาจากข้อมูลยาซึ่งประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ อันตรกิริยาของยา ข้อมูลความปลอดภัย โอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (เช่น ยาที่ชื่อพ้อง มอกลาย) การนำไปใช้ในทางที่ผิด ความเสี่ยงอื่นๆ และต้นทุน

11. เมื่อคณะกรรมการ PTC พิจารณาให้ความคิดเห็น สรุปผลการพิจารณาในรายงานการประชุม และทำเอกสารแจ้งเวียนให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบต่อไป และมีการเก็บข้อมูลการใช้ยา รายงานผลในการประชุมครั้งต่อไป

12. ให้ผู้รับผิดชอบงานจัดทำบัญชีรายการยา และเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลมีการปรับปรุง (update) บัญชีรายการทุกปี และกำหนดคุณลักษณะเฉพาะเฉพาะ (TOR) ของยาและเวชภัณฑ์เพื่อประกอบการจัดซื้อ จัดหาต่อไป

1.3 นโยบายการใช้ยานอกบัญชี และยาผู้ป่วยเฉพาะรายโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การใช้ยาที่ไม่มีในโรงพยาบาลปากพะยูนมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และมีการใช้อย่างเหมาะสม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

ก. กรณียาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนำมาเอง

1. แพทย์ผู้จ่ายยาพิจารณาถึงความจำเป็นที่จะต้องจ่ายยา
2. พยาบาลรับยาจากผู้ป่วยและเก็บรักษาไว้ที่หอผู้ป่วยใน ส่งมาพร้อมรถจัดยาทุกวัน
3. เภสัชกรตรวจสอบจำนวนและคุณภาพยา และจัดจ่ายยาตามระบบกระจายยาผู้ป่วยใน one day dose

dose

ข. กรณียาโรงพยาบาลพัทลุงส่งผู้ป่วยกลับมาการรักษาต่อที่โรงพยาบาลปากพะยูนโดยที่ยาไม่มีในโรงพยาบาล

1. แพทย์ผู้จ่ายยาพิจารณาถึงความจำเป็นที่จะต้องจ่ายยา
2. พยาบาลสอบถามผู้ป่วยและญาติในเรื่องยาที่โรงพยาบาลพัทลุงให้ผู้ป่วยนำมาด้วย และจัดเก็บยาดังกล่าวไว้ที่หอผู้ป่วย
3. เภสัชกรตรวจสอบจำนวนและคุณภาพยา และจัดจ่ายยาตามระบบกระจายยาผู้ป่วยใน one day dose ถ้ายาไม่ครบตามจำนวนให้ประสานกลับไปที่กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลพัทลุง

ค. กรณียาที่โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป หรือสถานพยาบาลอื่นส่งผู้ป่วยมารับยาใกล้บ้าน

1. แพทย์ผู้จ่ายยาพิจารณาถึงความจำเป็นที่จะต้องจ่ายยา
2. แพทย์กรอกแบบฟอร์มการสั่งใช้ยานอกบัญชีของโรงพยาบาล (ทุกรายที่มีการสั่งใช้ยาครั้งแรก)
3. เสนอผ่านความเห็นชอบหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมฯ และเสนอประธานคณะกรรมการ PTC (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) พิจารณาและลงนามอนุมัติ
4. เกณฑ์การพิจารณายาผู้ป่วยใช้เฉพาะราย ต้องเป็นรายการยาในกรอบบัญชียาโรงพยาบาลพัทลุงที่มีการใช้ในปัจจุบัน
5. ให้มีการติดตามการใช้นำเสนอเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ PTC รับทราบ

ง. กรณีการวางยาตัวอย่าง หรือเวชภัณฑ์ตัวอย่าง เพื่อใช้ในโรงพยาบาล

1. ให้บันทึกขออนุญาตใช้ยา และเวชภัณฑ์ตัวอย่าง เสนอผ่านความเห็นชอบหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และเสนอประธานคณะกรรมการ PTC (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) พิจารณาและลงนามอนุมัติ
2. ให้ผู้เสนอมีการติดตามเฝ้าระวังการใช้ยา และเวชภัณฑ์ตัวอย่าง ทั้งด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รวบรวมเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการ PTC ต่อไป

รายการยานอกบัญชีและยาผู้ป่วยเฉพาะรายโรงพยาบาล

ให้กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ มีการจัดทำความรู้คู่ยาที่จำเป็นในการใช้ยา และการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในครั้งแรกที่มีการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาล

1.4 นโยบายการจัดซื้อและคลังเวชภัณฑ์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ให้มียาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้สำหรับผู้ป่วยและมีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับระเบียบที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. มีการจัดทำแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ประจำปี มีการประเมินการจัดซื้อยาตามแผนทุก 6 เดือน กรณีไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดได้ให้เสนอขออนุมัติปรับแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. การดำเนินการจัดซื้อให้ปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการพัสดุของสำนักนายกรัฐมนตรี และระเบียบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

3. มีคณะทำงานทบทวนและกลั่นกรองบัญชีคู่ค้า ราคา ยา-เวชภัณฑ์เป็นประจำทุกปี

4. การจัดซื้อต้องคำนึงถึงรูปแบบ และลักษณะของยา (LASA) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีสาเหตุจากรูปฟ็องมองคล้ายให้มากที่สุด

5. มีการดำเนินการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น จัดซื้อยา รวมเขต/ จังหวัด, จัดซื้อยาสมุนไพร การจัดซื้ออย่างองค์การเภสัชกรรม

6. จัดให้มีระบบเฝ้าระวังวันหมดอายุและเสื่อมสภาพของยาและเวชภัณฑ์ มีการเสนอขออนุมัติทำลาย แลกเปลี่ยนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพหรือไม่จำเป็นต้องใช้แล้วทุกปีที่พบปัญหา

7. จัดให้มี ระบบรักษาความปลอดภัย ป้องกันยาและเวชภัณฑ์สูญหาย มีทะเบียนควบคุมการเบิกจ่ายสามารถตรวจสอบซึ่งกันและกันได้

8. มีการสำรองยาและเวชภัณฑ์ในคลังไม่เกิน 2 เดือน

9. มีการจัดระบบการควบคุมที่เข้มงวดในยาที่อาจนำไปใช้ในทางที่ผิด

10. จัดให้มีระบบการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ที่ชัดเจน ทั้งแบบฟอร์ม ผู้รับผิดชอบ และการตรวจสอบซึ่งกันและกัน

11. จัดให้มีระบบรายงานตรวจสอบภายในทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล และเสนอผลการตรวจสอบต่อผู้บังคับบัญชา เป็นรายเดือนหรือรายปี

2.นโยบายด้านการจัดการเรื่องสำรองยาและการกระจายยา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การสำรองยาในหอผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการเหลื่อมล้ำของยาในหอผู้ป่วย ลดความเสี่ยงจากการใช้ยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดแนวทางปฏิบัติและข้อกำหนดในการสำรองยาในหอผู้ป่วยดังนี้

1. ให้หน่วยบริการผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดรายการและปริมาณยาสำรอง โดยยึดหลักให้มีน้อยชนิดและปริมาณน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น และพิจารณาร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จัดทำเป็นบัญชีรายการยา และเวชภัณฑ์สำรองในหน่วยบริการ
2. การสำรองยาในหอผู้ป่วย กำหนดให้สำรองรายการยา และปริมาณได้ไม่เกินกรอบบัญชีที่กำหนดไว้
3. การจัดเก็บยาสำรองในหอผู้ป่วยต้องจัดเก็บตามระบบ FIFO ชี้บ่งปีหมดอายุของยาสำรองด้วยแถบสี เพื่อป้องกันยาหมดอายุในจุดสำรองยา และมีผู้รับผิดชอบชัดเจน
4. กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ตรวจสอบการหมุนเวียนยาสำรอง เดือนละครั้ง พร้อมรายงานผลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
5. กรณีห้องจ่ายยาปิด เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยาฉุกเฉินที่ไม่มีสำรองในหน่วยบริการให้พยาบาลตามเภสัชกรหัวหน้าเวร (on call) วันนั้นๆ
6. ให้มีการจัดระบบการกระจายยาบนหอผู้ป่วย แบบ One day dose

3.นโยบายการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา

3.1 นโยบายความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยา ในโรงพยาบาล สามารถแบ่งได้ 4 กระบวนการ คือ

- ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)
- คลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre - Dispensing error)
- คลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)
- ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (Administration error)

แบ่งประเภท category A ถึง I ได้แก่

A = มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่เกิด

B = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วย เนื่องจากไปไม่ถึงผู้ป่วย

C = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วย แม้ว่าจะถึงผู้ป่วย

D = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วย แม้ว่าจะถึงผู้ป่วย แต่ต้องมีติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

E = มีผลเสียชั่วคราว ต้องรักษา

F = มีผลเสียชั่วคราว ต้องนอนโรงพยาบาล หรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

G = มีผลเสียถาวร

H = เกือบเสียชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)

I = เสียชีวิต

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงได้วางแนวทางดำเนินงานไว้ ดังนี้

1. ให้มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาครบทั้ง 4 กระบวนการ โดยมีแบบเก็บข้อมูลและรายงาน ผ่านช่องทางระบบรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาล (โปรแกรมคอมพิวเตอร์), การทบทวนเวชระเบียน ,Trigger tools หรือ Tracer agent หรือช่องทางอื่นที่หลากหลาย

2. มีการจัดทำข้อสรุปแนวทางการพัฒนาระบบการป้องกันความคลาดเคลื่อนที่ชัดเจนและมีการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา Category E ขึ้นไป โดยทีมความเสี่ยงและระบบยาที่เกี่ยวข้อง

3. มีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นรูปธรรม และนำผลการวิเคราะห์ AE และ Med errors มาปรับระบบที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลัก Human factors Engineering

4. สร้างความมั่นใจว่ามีการค้นหาและจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) ในเชิงรุก สร้างกลยุทธ์ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกี่ยวข้องกับ LASA

5. จัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย และแนวทางปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังลดคลาดเคลื่อนเคลื่อนทางยา และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับ medication reconciliation ในหลักสูตรการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่

6. สร้างระบบที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายกำลังใช้อยู่ และส่งมอบบัญชีรายการให้กับผู้ที่ให้การดูแลคนต่อไป เมื่อมีการเปลี่ยนจุดให้บริการ (การรับไว้นอนโรงพยาบาล, การย้าย/ส่งต่อ, การจำหน่าย, การมาติดตามตรวจที่ OPD)

7. เปรียบเทียบบัญชีรายการยาของผู้ป่วยกับยาที่แพทย์สั่ง (Reconciliation) เพื่อดูว่ามีการละเลย การสั่งซ้ำ หรือความไม่สอดคล้องระหว่างยาของผู้ป่วยกับสถานะทางคลินิก ความคลาดเคลื่อนในขนาดยา และโอกาสเกิดอันตรกิริยา ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

8. มีกระบวนการปรับปรุงบัญชีรายการยาเมื่อมีคำสั่งใช้ยาใหม่ เพื่อสะท้อนยาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับทั้งหมด รวมทั้งยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน

9. มีกระบวนการที่สร้างความมั่นใจว่ามีการปรับปรุงบัญชีรายการยาของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย แสดงถึงรายการยา ทั้งหมดที่ผู้ป่วยจะต้องใช้หลังจากจำหน่าย ซึ่งมีทั้งยาที่แพทย์สั่งใหม่ และยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เมื่ออยู่ที่บ้านที่แพทย์สั่งใช้ต่อ บัญชีรายการนี้ควรสื่อสารให้ผู้ที่ให้การดูแลต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการให้คำแนะนำเมื่อจำหน่าย ผู้ป่วยควรทิ้งยาที่แพทย์ไม่สั่งใช้อีกต่อไป

แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและการคัดลอกคำสั่งใช้ยา

ผู้ป่วยที่มารับบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลปากพะยูนพึงได้รับความตระหนักและการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของผู้สั่งใช้ยาและผู้คัดลอกคำสั่งใช้ยา โดยผู้สั่งใช้ยาและผู้คัดลอกคำสั่งใช้ยาต้องคำนึงถึง

1. การเลือกใช้ยาที่ถูกต้องตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังในการใช้ (เช่น อาการไม่พึงประสงค์เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน) ปฏิกริยาที่อาจเกิดขึ้นกับยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่แล้ว และปัจจัยอื่นๆ ที่ อาจเกี่ยวข้อง
2. การเลือกรูปแบบยา ความแรงของยา ขนาดยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ความถี่ในการให้ยา วิธีทางให้ยา ความเร็วในการให้ยา ความเข้มข้นของยา และปริมาณยาที่จ่ายทั้งหมดอย่างถูกต้อง
3. การเขียนคำสั่งใช้ยาที่อ่านได้ง่าย ครบถ้วน
4. การคัดลอกคำสั่งใช้ยาอย่างถูกต้อง และตระหนักถึงคำสั่งใช้ยาที่ผิดไปจากแบบแผนการให้ยาตามปกติ เพื่อตรวจสอบกับผู้สั่งใช้ยาต่อไป
5. การติดตามประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยทั้งนี้ การปฏิบัติงานควรอยู่ในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ และผู้ป่วย

แนวทางเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

ผู้ป่วยที่มารับบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลปากพะยูน พึงได้รับความตระหนักและการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม โดยในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเภสัชกรต้องคำนึงถึง

1. ความเหมาะสมของยาที่ถูกสั่งจ่าย ในด้าน ข้อบ่งใช้ การใช้ยาซ้ำซ้อน ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง การใช้ยา ปฏิกริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร ยากับโรค รูปแบบที่เหมาะสมแก่วัตถุประสงค์การใช้ และผู้ป่วยที่ใช้ยา ขนาดยา ความแรงของยา และวิธีใช้ยา หากมีข้อสงสัยต้องติดต่อผู้สั่งใช้ยา เพื่อแก้ปัญหาพร้อมกันก่อนจัดจ่ายยา
2. การจัดเตรียมยาเป็นขั้นตอน ตั้งแต่เตรียมชนิดยา รูปแบบ และความแรงถูกต้อง จัดทำฉลาก ถูกต้อง เลือกภาชนะบรรจุเหมาะสม และจัดปริมาณยาครบถ้วน
3. การตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดกับคำสั่งใช้ยาต้นฉบับก่อนส่งต่อให้เภสัชกรผู้ทำหน้าที่ส่งมอบยา
4. การตรวจสอบความถูกต้องซ้ำอีกครั้งกับคำสั่งใช้ยาต้นฉบับโดยเภสัชกรผู้ส่งมอบยา ก่อนส่งมอบ ยาให้ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
5. ยาที่จัดจ่ายต้องไม่เป็นยาที่หมดอายุ หรืออยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะสมแก่การใช้
6. การนำส่งยา ยาที่ถูกสั่งจ่ายต้องถูกส่งไปยังหอผู้ป่วยในสภาพที่เหมาะสม และส่งถึงตามเวลาที่ กำหนดหลังรับใบสั่งยา
7. การเก็บรักษายาที่หอผู้ป่วย ยาที่จ่ายไปต้องถูกเก็บรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม
8. การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่จะกลับบ้าน เภสัชกรต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ ผู้ป่วยได้รับถึงเหตุผลของการได้รับยา ยาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ใด ยามีข้อควรระวังสำคัญใดบ้างที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตได้ ยามีวิธีใช้อย่างไร ถ้าจำเป็นอาจต้องให้คำแนะนำปรึกษากับครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย
9. การร่วมติดตามผลการรักษาด้วยยากับแพทย์ และพยาบาล เพื่อเภสัชกรจะได้ทบทวนและให้ คำแนะนำ การใช้ยาทั้งนี้ การปฏิบัติงานควรอยู่ในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วย

แนวทางเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา

ผู้ป่วยที่มารับบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลปากพะยูน พึงได้รับความตระหนักและการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วยต้องคำนึงถึง

1. การให้ยาแก่ผู้ป่วยถูกคน
2. การให้ยาที่ถูกต้องตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังในการใช้ (เช่น อาการไม่พึงประสงค์เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย) ปฏิกริยาที่อาจเกิดขึ้นกับยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่แล้ว และปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง

3. การให้ยาที่เหมาะสมในด้านรูปแบบยา ความแรงของยา ขนาดยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ความถี่ในการให้ยา เวลาที่ให้ยา วิธีทางให้ยา ความเร็วในการให้ยา ความเข้มข้นของยา อายุของยาทั้งยาที่เตรียมเองและยาสำเร็จรูป และปริมาณยาที่ให้ทั้งหมดอย่างถูกต้อง
4. การให้ความใส่ใจและการตรวจสอบเมื่อผู้ป่วยมีคำถามเกี่ยวกับยาที่ผู้ให้ยากำลังจะให้
5. การติดตามประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งนี้ การปฏิบัติงานควรอยู่ในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้ป่วย

3.2 นโยบายการสั่งใช้ยาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ทางด้านการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่งยา กรณีมีความจำเป็นต้องสั่งใช้ยาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์ เช่น กรณีเร่งด่วน หรือแพทย์กำลังทำ หัตถการอื่นไม่สามารถเขียนคำสั่งการรักษาลงใน Doctor order sheet ให้ผู้รับคำสั่งปฏิบัติดังนี้

1. ถ้าจำเป็นต้องสั่งจะต้องมีการทบทวนคำสั่งทุกครั้งเพื่อยืนยันขนาดยา วิธีการกำหนดการให้ยา และคำแนะนำอื่นๆ โดยบันทึกคำสั่งการรักษาลงใน Doctor Order Sheet เท่านั้น แล้วจึงทวนคำสั่งการรักษาโดยการอ่านทวนกลับ จากสิ่งที่บันทึกให้เป็นที่เข้าใจถูกต้องตรงกันทั้งฝ่ายผู้ให้คำสั่งและฝ่ายผู้รับคำสั่ง

2. ผู้รับคำสั่งบันทึกคำสั่งการใช้ยาใน Doctor order sheet ระบุ “รคส” พร้อมชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ และ พยาน

3. ให้แพทย์ผู้สั่งใช้รับดำเนินการลงนาม ยืนยันการสั่งใช้อีกครั้งภายใน 24 ชั่วโมง

4. ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug) ไม่อนุญาตให้สั่งใช้ยาด้วยวาจา

3.3 นโยบายการสั่งใช้ยาที่ไม่ใช่แพทย์

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ทางด้านการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่งยา ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้เป็นผู้สั่งใช้ยา ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ลดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. แพทย์ผู้รับผิดชอบจัดทำคู่มือในการปฏิบัติที่ละเอียดและชัดเจน
2. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ต้องผ่านการอบรมและฝึกทักษะในเรื่องที่เกี่ยวข้อง และมีการประเมินผล
3. มีการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนกรณีมีการสั่งใช้ยาโดยไม่ใช่แพทย์
4. ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug) ไม่อนุญาตให้สั่งใช้โดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์

3.4 นโยบายการใช้คำย่อของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การสั่งจ่ายยาในโรงพยาบาลมีความถูกต้อง รวดเร็ว มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างแพทย์พยาบาล และเภสัชกร ลดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา เพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติงาน คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้กำหนดแนวทางใช้คำย่อของโรงพยาบาลดังนี้

1. คำย่อที่ห้ามใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เข้าใจความหมายคลาดเคลื่อน

คำย่อ (ที่ไม่ให้ใช้)	ความหมายที่ ผู้เขียนต้องการ	ความหมายที่อาจ คลาดเคลื่อน	ควรใช้
U	Units	อาจดูคล้ายตัวเลข “0”หรือ “4” หรือ “cc”	คำเต็ม Units/ ยูนิต
µg	Micrograms	อาจถูกมองเป็น “mg”(milligrams)	
Q.D.	. Every day	อาจถูกมองเป็น “QID” (4 times daily)	
OD	ทุกวัน	(ให้ระบุเวลา ด้วยว่า เช้า, กลางวัน หรือ เย็น)	
Q.O.D	Every other day	อาจถูกมองเป็น “QD”(daily) หรือ “QID” (4 times daily)	ให้ระบุเป็น วันเว้นวัน
CC	cubic centimeters	อาจถูกมองเป็น “U”(units) หรือ “00”	ให้เขียนเป็นหน่วย ml. ml. ,มล. หรือคำเต็ม
ต.ต.ก.	ตามต้องการ	อาจถูกมองเป็น "ติดต่อกัน"	ให้ระบุข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ตาม อาการ (ยา prn) สำหรับ แต่ละ คำสั่งให้ชัดเจน

2. ชื่อยาที่จำเป็นต้องใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล เพื่อการสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่ชัดเจน และลดความคลาดเคลื่อนทางยา ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยา มีการส่งเสริมการสั่งใช้ยาโดยชื่อสามัญทางยา

รายการยา	ตัวย่อ สัญลักษณ์ ชื่อยาที่ไม่ควรย่อ	ปัญหาที่อาจพบ	คำแนะนำในการสั่งใช้
Amitriptyline	A10, A25, T10, T25	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียนเป็น Amitriptyline 10 mg, 25 mg
Isonizid	I 100	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Isonizid หรือ INH 100
Rifampicin	R 300, 450	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Rifampicin 300, 450 หรือ Rifam 300 mg, 450 mg
Pyrazinamide	P 500	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Pyrazinamide หรือ PZA 500 mg
Ethambutol	E 400	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Ethambutol 400, 500 หรือ ETB 400, 500 mg
Carbamazepine	CBZ	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Carbamazepine
Dipotassium Chlorazepate	T5	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Dipotassium Chlorazepate หรือ Chlorazepate หรือ Tranxene
Diazepam	V2, 5	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Diazepam 2 mg, 5 mg หรือ D2, D5
Diclofenac	DCF	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Diclofenac, Fenac
Dextromethorphan	DXT	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Dextro หรือ Dextromethorphan
Enalapril	E5, E20	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Enalapril 5 mg, 20 mg
Morphine sulfate	MSO4	อาจเกิดความคลาดเคลื่อน	ให้เขียน Morphine sulfate, MO, MST, Kapanol

4. นโยบายการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์ เพื่อการควบคุมอย่างเข้มงวดในยาที่มีความเสี่ยงสูงที่อาจนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือเกิดอุบัติการณ์ที่ความเสี่ยงที่รุนแรงได้ถ้ามีความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

ก. ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug)

1. จัดทำ High Alert Drug List ของโรงพยาบาล ทบทวนปรับปรุงทุกปี
2. มีการจัดทำข้อมูลทางวิชาการและข้อมูลผู้ป่วยสำหรับยากลุ่มนี้ และแหล่งข้อมูลพิษวิทยา ยาด้านพิษที่สำคัญ (Antidote) และระบบการประสานเพื่อขอความช่วยเหลือหรือส่งต่อที่ชัดเจน
3. กำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติงานตั้งแต่เกณฑ์การคัดเลือกลดความซ้ำซ้อนของขนาดและรูปแบบยา มีการสื่อสารการถ่ายทอดคำสั่งที่ชัดเจน พร้อมทั้งมีระบบการจับเ้ายากลุ่มนี้แยกจากยาอื่น ๆ ที่ชัดเจน จำกัดการเข้าถึงอย่างเป็นระบบ และการติดตามเฝ้าระวังการใช้ยากลุ่มนี้
4. มีระบบการตรวจสอบอิสระสำหรับยากลุ่มนี้ (Double Independent Check) และส่งเสริมให้มีระบบที่ทำให้ผู้ป่วยช่วยทวนสอบ เมื่อมีการใช้ยาในกลุ่มนี้
5. มีการเก็บข้อมูล รายงานผลประเมินการปฏิบัติตามระบบ และความคลาดเคลื่อนทางยาของยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

ข. วัตถุประสงค์ ยาเสพติดและยาที่อาจนำไปใช้ในทางที่ผิด

1. การสั่งใช้ยาเสพติดและวัตถุประสงค์ ประเภท 2 แพทย์ต้องกรอแบบฟอร์มการสั่งใช้ยาเสพติดและวัตถุประสงค์ ประเภท 2 ทุกครั้ง
2. การเก็บสำรองยาเสพติดในคลังและหน่วยบริการให้มีการจัดเก็บยาที่มีระบบกุญแจล็อก แยกเป็นสัดส่วน และมีผู้รับผิดชอบเบิกจ่ายชัดเจน
3. การเบิก-จ่ายยาเสพติดทุกครั้งให้มีแบบฟอร์มการสั่งใช้ยาเสพติด หลอดยาเปล่าที่ใช้แล้ว แนบพร้อมกับใบเบิกจ่ายทุกครั้ง มีทะเบียนควบคุมการเบิกจ่าย และทำรายงานยาเสพติดการใช้ส่ง อย.
4. การสั่งใช้ยาเสพติดให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน ให้มีการสั่งใช้ในปริมาณที่เหมาะสม (เช่น Morphine tab จำนวน 30 เม็ดต่อครั้ง) และมีการติดตามการใช้ยาผู้ป่วยที่บ้าน
5. วัตถุประสงค์ ประเภท 2 ให้มีการติดตามประเมินปริมาณการสั่งใช้ยาเปรียบเทียบกับปริมาณผู้ป่วย และจัดทำรายงานการใช้ส่ง อย.
6. กลุ่มยาควบคุมพิเศษ และยาที่อาจนำไปใช้ในทางที่ผิด (เช่น Tramadol tab) เป็นต้น ให้มีการติดตามประเมินปริมาณการสั่งใช้ยาเปรียบเทียบกับปริมาณผู้ป่วย

แนวทางบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง

1 การรับยาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล

1.1 ยาที่มีความเสี่ยงสูงจะนำเข้ามาตามความจำเป็น โดยต้องผ่านการพิจารณา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด พิจารณายาแต่ละกลุ่ม และกำหนดมาตรการในการป้องกันอันตรายอย่างเหมาะสม

1.2 ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ถูกส่งมาเพื่อใช้ในโรงพยาบาลปากพะยูน ต้องตรวจรับโดยเภสัชกรที่ได้รับมอบหมาย

2 การเก็บรักษา

2.1 ยาที่มีความเสี่ยงสูงทุกชนิดต้องเก็บรักษาโดยแยกจากยาอื่น ๆ หรือป้องกันการเข้าถึงได้โดยง่าย (ยกเว้นยาของผู้ป่วยเฉพาะราย)

2.2 ต้องมีสัญลักษณ์เตือนบุคลากรว่าเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจจะเป็นสติ๊กเกอร์ปัจจุบันใช้ตัวอักษร คำว่า “ยาความเสี่ยงสูง ใช้อย่างระมัดระวัง” บนการ์ดยาความเสี่ยงสูง โดยงานเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการติดที่ฉลากยาหรือหลอดยาบนบรรจุภัณฑ์ และหน่วยงานสามารถดำเนินการเพิ่มเติมในหน่วยย่อยได้ตามความจำเป็นของหน่วยงาน การติดสติ๊กเกอร์ใน MAR หรือ Med Sheet ให้อยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายการพยาบาล

2.3 ยาที่มีความเสี่ยงสูงกลุ่มยาเสพติดให้โทษคือ มอร์ฟีน, pethidine ต้องจำกัดการเข้าถึงโดยต้องใส่ ในตู้หรือลิ้นชักที่ล็อกเสมอ โดยมีผู้ควบคุมการนำออกใช้ และมีการตรวจสอบจำนวนยาอย่างสม่ำเสมอ

3 การส่งจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง

3.1 ไม่ส่งยาที่มีความเสี่ยงสูงด้วยวาจาถ้าไม่ใช่กรณีเร่งด่วน และหากจำเป็นต้องส่งด้วยวาจาจะต้องปฏิบัติตามระเบียบที่วางไว้อย่างเคร่งครัด

3.2 ไม่ใช่คำย่อในการสั่งยาที่นอกเหนือจากระเบียบการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลระบุ

3.3 แพทย์ระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องก่อนการเขียนสั่งยา

3.4 แพทย์พิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือค่าพารามิเตอร์ที่สำคัญก่อนสั่งยาที่มีความเสี่ยงสูงให้แก่ผู้ป่วย

3.5 แพทย์คำนวณขนาดยาซ้ำ กรณีต้องมีการคำนวณตามน้ำหนักหรือพื้นที่ผิวเมื่อสั่งยาที่มีความเสี่ยงสูง และสั่งโดยระบุขนาดยาต่อหน่วยน้ำหนัก หรือพื้นที่ผิวด้วย

3.6 แพทย์พิจารณาข้อห้ามใช้และปฏิกิริยาระหว่างยาที่มีความเสี่ยงสูง กับยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนการสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

3.7 ถ้ามีแบบฟอร์มสำเร็จรูปให้แพทย์ใช้แบบฟอร์มสำเร็จรูปในการสั่งยาที่มีความเสี่ยงสูง

3.8 ถ้ามีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงนอกเหนือจากแบบแผน (protocol) ที่กำหนดไว้ให้แพทย์เขียนหมายเหตุความจำเป็นไว้เป็นหลักฐานในคำสั่งการรักษาและใบสั่งยา

รายการยา High alert drug รพ.ปากพะยูน ปีงบประมาณ 2567

1. Amiodarone	6. Morphine	11. Fentanyl*
2. Digoxin	7. Norepinephine	12. Midazolam*
3. Dopamine	8. Pethidine	
4. Enoxaparin	9. Potassium chloride	
5. Magnesium Sulfate	10. Warfarin	

4. การจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง

4.1 เมื่อได้รับใบสั่งจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง เภสัชกรต้องตรวจสอบซ้ำ ชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ปฏิกริยาระหว่างยา (drug interaction) และผู้ป่วยต้องไม่เป็นผู้ที่มิชอบห้ามใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงนั้นๆ ในผู้ป่วยเด็ก เภสัชกรต้องคำนวณขนาดยาซ้ำ กรณีที่พบปัญหาเภสัชกรต้องติดต่อแพทย์ ผู้สั่งยาทันที

4.2 การจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง ให้กระทำโดยมีการตรวจสอบซ้ำจากบุคลากรอีกคนหนึ่งเสมอเพื่อความถูกต้องของชื่อนามสกุลผู้ป่วย และความถูกต้องของยาที่จะจ่าย

4.3 การจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง ต้องติดฉลากช่วยข้อควรระวังไว้ที่ซองยาหรือขวดยา หรือมีเอกสารแนะนำผู้ป่วยประกอบการส่งมอบยาทุกครั้ง

4.4 สำหรับผู้ป่วยนอก เภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบ ส่งมอบ ให้ความรู้ในการใช้ยาและการ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ของยาที่มีความเสี่ยงสูงให้ผู้ป่วยทราบ

5. การบริหารยา

5.1 เมื่อต้องให้ยา แพทย์หรือพยาบาลผู้ให้ยาต้องตรวจสอบชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ให้ถูกต้อง ซ้ำก่อนให้ยาผู้ป่วย (ตรวจสอบทุกขั้นตอนรวมทั้งคำนวณขนาดยาซ้ำ)

5.2 การเตรียมยาให้ปฏิบัติตามที่ระบุในคู่มือ

5.3 พยาบาลอีกคนหนึ่งเป็นผู้ตรวจสอบซ้ำก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย

6. การเฝ้าระวังผลการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

6.1 พยาบาลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยตามคู่มือ ติดตามและลงบันทึกผลการใช้ยา หรือความเปลี่ยนแปลงหลัง การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงไว้ในแฟ้มผู้ป่วยหรือเวชระเบียน

6.2 พยาบาลแจ้งแพทย์ทันที เมื่อพบความผิดปกติหรือความผิดพลาดจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

6.3 เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง หรือเกิดความผิดพลาดที่ถึงตัวผู้ป่วยจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ผู้พบเหตุการณ์ต้องรายงานอุบัติการณ์ทันที

7. การทำลายยาที่เหลือหรือยาหมดอายุ

7.1 ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่เหลือจากห่อผู้ป่วย หรือหมดอายุแล้วให้นำไปทิ้งที่หลุมขยะอันตรายเพื่อ ทำลายต่อไป

7.2 กลุ่มงานเภสัชกรรมจำแนกยาที่ต้องการทำลายเป็นหมวดหมู่ และส่งทำลายตามกระบวนการที่กำหนด

7.3 ยาเสพติดมอร์ฟีนที่เปิดใช้แล้วมียาเหลือ ให้พยาบาลทำลายทิ้งโดยมีพยานรู้เห็นและ จดบันทึกชื่อยา จำนวนและลงนามไว้ทั้งสองคนเพื่อเป็นหลักฐาน

5.นโยบายด้านการจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องด้านการใช้ยา

Medication Reconciliation

การทบทวนการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย (Medication Reconciliation)

เป็นกระบวนการที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ได้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ในกรอบเวลาที่กำหนดทั้งชื่อยา ขนาดรับประทาน ความถี่ และวิถีใช้นั้นๆ (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพร) หลังจากที่ได้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ อย่างต่อเนื่องแล้วต้องมีการเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วงที่มีการย้ายหอผู้ป่วย และรายการยาในวันกลับบ้าน หากพบความแตกต่างของรายการยาต้องมีการบันทึกเหตุผลเพื่อสื่อสารข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายการยาดังกล่าวต้องติดตามผู้ป่วยไปทุกรายต่อการให้บริการในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยาเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้กระบวนการ Medication Reconciliation ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้

1. Verification บันทึกรายการยา อาหารเสริม สมุนไพร ที่ผู้ป่วยได้รับ
2. Clarification ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก เพื่อให้มั่นใจว่ายา และขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้นเหมาะสม หากสงสัยควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ
3. Reconciliation เปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่ กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงในคำสั่งใช้ยาพร้อมเหตุผล
4. Transmission เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยให้สื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับ กับตัวผู้ป่วยเอง หรือกับผู้ดูแล และส่งตัวรายการยาดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อรับการรักษาต่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายแผนกหรือย้ายหอผู้ป่วยก็ควรส่งต่อข้อมูลรายการยานั้นไปยังหน่วยงานใหม่ด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยาที่เคยใช้อย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว
2. เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดสภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ได้ใช้ยาเดิมต่อเนื่อง ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการไม่ได้หยุดยาบางชนิดก่อนทำหัตถการ
4. เพื่อลดความเสี่ยงจากการไม่ได้รับยาที่เคยใช้อยู่ หลังจากหยุดยาบางตัวชั่วคราว
5. เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาเดิม และยาที่ใช้รักษาขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล
6. เพื่อลดความเสี่ยงจากการได้รับยาซ้ำซ้อนจากแพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือซื้อยาทานเอง

วิธีการปฏิบัติ

1. ก่อนการนอนโรงพยาบาล (Pre-admission)

- 1.1 แพทย์ซักประวัติจากผู้ป่วย/ญาติ/ดูข้อมูลการได้รับยาล่าสุดจากระบบ Hosxp และลงบันทึกรายการยาเดิมในใบสั่งยาระบบ neohos ผู้ป่วยในรวมทั้งเขียนคำสั่งการรักษา โดยพิจารณาว่าต้องใช้ต่อเนื่อง / ยาที่ควรหยุด/ ยาที่ต้องใช้รักษาอาการที่เป็นอยู่

1.2 เกสซ์กรซักรประวัติจากผู้ป่วย /ญาติ และดูข้อมูลการได้รับยาล่าสุดจากระบบ Hosxp และบันทึกรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยใช้ประจำที่ได้รับล่าสุดลงในระบบ neohos

1.3 เกสซ์กรตรวจสอบใบสั่งยาผู้ป่วยใน โดยดูความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยาขนาด/วิธีใช้ อันตรกิริยาระหว่างยา ประวัติแพ้ยา และเปรียบเทียบรายการยาเดิมกับยาที่แพทย์สั่งปัจจุบัน พร้อมลงชื่อเกสซ์กรผู้ทบทวนในแบบบันทึกรายการยาเดิม กรณีที่พบปัญหาในการสั่งใช้ยาให้ประสานงานแพทย์หรือพยาบาล และลงบันทึกแบบประสานงานจากฝ่ายเกสซ์กรกรม

1.4 เกสซ์กรจ่ายยาให้ผู้ป่วย /ญาติ เพื่อส่งต่อให้พยาบาลที่หอผู้ป่วย

2. การนอนโรงพยาบาล (Admission)

2.1 พยาบาลซักรประวัติจากผู้ป่วย/ญาติโดยต้องสอบถามรายการยาเดิม สมุนไพร และอาหารเสริมที่ใช้ประจำพร้อมลงบันทึกชื่อยา รูปแบบ ความแรง วิธีใช้ จำนวน วิธีใช้ยาล่าสุด ในแบบบันทึก neohos และลงชื่อพยาบาลผู้ทบทวน

2.2 ในกรณีที่ผู้ป่วย/ญาติ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ให้พยาบาลตรวจสอบจากถุงยาจริงของผู้ป่วย หรือหากสงสัยควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ เช่น สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าสุด

2.3 พยาบาลแนบใบรายการยาเดิมในแฟ้มการรักษาผู้ป่วย (chart)

2.4 แพทย์เจ้าของไข้ ทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยทุกครั้งที่มีคำสั่งการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

3. การโอนย้ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Transmission)

3.1 พยาบาลจะต้องส่งต่อใบรายการยาเดิม พร้อมแฟ้มการรักษาผู้ป่วยให้จุดบริการผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การย้ายหอผู้ป่วย การทำหัตถการ ห้องเอกซเรย์ เป็นต้นและสื่อสารข้อมูลการปรับเปลี่ยนการรักษาให้จุดบริการที่เกี่ยวข้องทราบ

3.2 แพทย์ผู้ร่วมทำการรักษา จะต้องทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยทุกครั้งที่มีคำสั่งการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

4. การกลับบ้าน (Discharge)

4.1 แพทย์เจ้าของไข้ และแพทย์ผู้ร่วมทำการรักษา จะต้องทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วย ก่อนที่จะมีคำสั่งสั่งยากลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

4.2 พยาบาลจะต้องทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยอีกครั้ง ภายหลังจากมีคำสั่งสั่งยากลับบ้านจากแพทย์ ในกรณีพบปัญหาการสั่งใช้ยาของแพทย์ ให้ประสานงานแพทย์

4.3 เกสซ์กรตรวจสอบใบสั่งยากลับบ้านผู้ป่วยใน โดยดูความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยา ขนาด/วิธีใช้ อันตรกิริยาระหว่างยา ประวัติแพ้ยา และเปรียบเทียบรายการยาเดิมกับยาที่บ้านที่แพทย์สั่งปัจจุบัน กรณีที่พบปัญหาในการสั่งใช้ยาให้ประสานงานแพทย์หรือพยาบาล และลงบันทึกแบบประสานงานจากฝ่ายเกสซ์กรกรม

4.4 เกสซ์กรสื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับ กับตัวผู้ป่วยเอง หรือกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องไปทำการรักษาต่อไป

5 การเก็บข้อมูล และการประเมินผล

5.1. เกสัชกรผู้รับผิดชอบรวบรวมเก็บใบรายการยาเดิมที่พยาบาลส่งให้ห้องยา เพื่อเก็บข้อมูลความครบถ้วนของกระบวนการการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกรายการยาเดิมผู้ป่วย

5.2 เกสัชกรผู้รับผิดชอบรวบรวมเก็บใบประสานงานจากฝ่ายเภสัชกรรม ประเภทผู้ป่วยในที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา จากยาเดิมผู้ป่วย

5.3 เกสัชกรผู้รับผิดชอบ วิเคราะห์ สรุปรายงานข้อมูลความครบถ้วนของกระบวนการการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกรายการยาเดิมผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา จากยาเดิมผู้ป่วย เสนอหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมทุก 3 เดือน

6.นโยบายการประเมินการใช้ยาในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลกำหนดให้มีระบบการกำกับ ประเมิน และตรวจสอบการใช้ยา (DUE) ในยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้างที่ใช้ และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ให้ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้มาตรฐาน การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยและประสิทธิผลของการสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยยาที่กำหนดคือยาในกลุ่ม ยาปฏิชีวนะชนิดจำกัดการใช้ (Restricted antibiotic), การป้องกันการใช้อากลุ่ม ACEIs ร่วมกับ ARBs และการจำกัดการใช้ยากลุ่มราคาแพงคือ Fenofibrate

นโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดจำกัดและควบคุมการใช้ยา

ยาปฏิชีวนะชนิดจำกัดการใช้ (Restricted antibiotic) คือยาที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยบางราย โดยมีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือเป็นยาที่มีฤทธิ์กว้างหรือต้องสงวนไว้ หากการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้องอาจเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้ง่าย หรือเป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค และเป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายตัวของสังคมและของผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด โรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับ ประเมิน และตรวจสอบการใช้ยา

รายการที่โรงพยาบาลกำหนดให้ทำ DUE :

1. ยาปฏิชีวนะ และตัวชี้วัด RDU
 1. Meropenem 1 gm
 2. Ertapenam 1 gm
 3. Tazocin® (piperacillin/tazobactam)
 4. Ceftazidime 1 gm
 5. Cefoperazone/sulbactam
 6. Fosfomycin
 7. colistin
2. ยาลดไขมันในหลอดเลือดกลุ่ม Fibrate : Fenofibrate 200 mg
3. ยา Angiotensin II Receptor Antagonists (ARBs) : losartan 100 mg

การสร้างความตระหนักรู้บุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ

- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมนโยบายด้านที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมเหตุสมผล
- ชี้ให้เห็นผลเสียที่เกิดจากการใช้ยาไม่สมเหตุสมผลอย่างเป็นรูปธรรม
- สร้างความมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการปรับปรุงฉลากยา และข้อมูลยาสู่ประชาชน
- อบรมเผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องให้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

7.นโยบายการจัดการอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reaction : ADR) หมายถึง ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ และเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาโรค หรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำของร่างกาย โดยไม่รวมปฏิกริยาที่เกิดจากการใช้ยาในทางที่ผิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง
2. เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำสำหรับผู้ป่วยนอก

1. แพทย์

1.1 กรณีผู้ป่วยมาด้วยอาการแพ้ยา

- แพทย์วินิจฉัยอาการแพ้ยาและส่งพบเภสัชกร เพื่อประเมินอาการแพ้ยาและออกบัตรแพ้ยา
- หลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือยาในกลุ่มเดียวกัน

1.2 กรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา

- ตรวจสอบการแพ้ยาของผู้ป่วยจาก ใบสั่งยาก่อนสั่งใช้ยา
- หลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือยาในกลุ่มเดียวกัน

2. พยาบาล

- ชักประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกราย
- หากพบประวัติแพ้ยา ให้ประทับตรา “แพ้ยา ” พร้อมทั้งระบุชื่อยา และอาการที่แพ้ลงในใบสั่งยา
- หากไม่พบประวัติแพ้ยา ให้ระบุ “ปฏิเสธแพ้ยา ” ลงในระบบ Hos xp
- กรณีผู้ป่วยไม่มีบัตรแพ้ยา สงสัยหรือไม่แน่ใจประวัติแพ้ยา ส่งผู้ป่วย และใบสั่งยา พบเภสัชกรภายหลังจากที่ผู้ป่วยพบแพทย์แล้ว

3. เภสัชกร

- ชักประวัติและประเมินอาการแพ้ยา
- หากพบผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา ต้องประเมินอาการแพ้ยา รายงาน ADR Report ออกบัตรแพ้ยา พร้อมให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการแพ้ยาและยาที่แพ้ และลงข้อมูลในระบบ HosXP ของโรงพยาบาล
- ก่อนจ่ายยา ควรตรวจสอบประวัติแพ้ยากับยาที่แพทย์สั่งจ่ายทุกครั้ง

แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำสำหรับผู้ป่วยใน

1. แพทย์

1.1 กรณีพบผู้ป่วยแพ้ยา

- แพทย์วินิจฉัยอาการแพ้ยาและแจ้งเภสัชกรเพื่อชักประวัติและออกบัตรแพ้ยา
- ตรวจสอบประวัติแพ้ยาก่อนสั่งจ่ายยาทุกครั้ง
- หลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือยาในกลุ่มเดียวกัน

1.2 กรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา

- ตรวจสอบการแพ้ยาของผู้ป่วยจาก ระบบ Neohos ก่อนสั่งจ่ายยา
- หลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือยาในกลุ่มเดียวกัน

2. พยาบาล

- พยาบาลที่หอผู้ป่วยซักประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่ Admit ทุกราย
- กรณีสงสัยหรือไม่แน่ใจประวัติแพ้ยาหรือเป็นการแพ้ยาครั้งแรก แจ้งเภสัชกรเพื่อซักประวัติและออกบัตร

แพ้ยา

3. เภสัชกร

- เมื่อมีผู้ป่วยแพ้ยา ต้องประเมินอาการแพ้ยา รายงาน ADR Report ออกบัตรแพ้ยาพร้อมให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการแพ้ยาและยาที่แพ้ และลงข้อมูลในระบบ HosXP ของโรงพยาบาล
- ก่อนจ่ายยา ควรตรวจสอบประวัติแพ้ยากับยาที่แพทย์สั่งจ่ายทุกครั้ง

8.นโยบายด้านการจัดการคู่ยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน

อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป และมีปฏิริยาระหว่างกันทำให้ประสิทธิภาพหรือพิษของยาชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดเปลี่ยนแปลงไป

Onset หมายถึง ระยะเวลาที่เริ่มปรากฏผลทางคลินิก แบ่งเป็น 2 ระดับดังต่อไปนี้คือ

- Rapid คือปฏิริยาเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง
- Delayed คือปฏิริยาเกิดขึ้นใช้เวลานานเป็นวันหรือสัปดาห์

การประเมินความรุนแรงของปฏิริยาระหว่างยา (assessment of severity of drug interaction)

แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

- 1) Major หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือเกิดความเสียหายอย่างถาวร
- 2) Moderate หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง ต้องการการรักษาเพิ่มขึ้น/อยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น
- 3) Minor หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นน้อย ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา

หลักฐานหรือเอกสาร (Documentation) หมายถึงหลักฐานหรือเอกสารในการรวบรวมข้อมูลการเกิดปฏิริยาระหว่างยา แต่ไม่ได้บอกถึงอุบัติการณ์ ความถี่ และความรุนแรงของปฏิริยาระหว่างยา แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

Established ผลทางคลินิกได้รับการยืนยันจากการศึกษาทางคลินิก ที่มีควบคุมอย่างดี

Probable มีความเป็นไปได้สูงที่จะ เกิดการเปลี่ยนแปลงผลทางคลินิก แต่ไม่ได้รับการยืนยัน ถึงผลในมนุษย์

Suspected มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงผลทางคลินิกจากอันตรกิริยา แต่ยังต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

Possible อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงผลทางคลินิก แต่หลักฐานยังมีจำกัดมากๆ

Unlikely ปราศจากหลักฐานที่น่าเชื่อถือที่สนับสนุนการเกิดการเปลี่ยนแปลงผลทางคลินิกจากอันตรกิริยา

ระดับนัยสำคัญทางคลินิกของปฏิริยาระหว่างยา

ระดับนัยสำคัญ	Severity	Documentation
1	Major	Suspected or Probable or Established
2	Moderate	
3	Minor	
4	Major/Moderate	Possible
5	Minor	Possible
	Any	Unlikely

1. กรณีผู้ป่วยนอก

- เมื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาสั่งยาผ่านระบบ Hos.XP. เมื่อมีการสั่งยาที่เกิด DI ร่วมกันในใบสั่งยาเดียวกันจะมี Pop Alert แจ้งเตือนแพทย์ผู้สั่งใช้ในเรื่อง Onset, Severity, Mechanism ของยาคู่ DI เป็นข้อมูลให้แพทย์รับทราบ แพทย์ต้องกดยืนยันรับทราบทุกครั้ง

- เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาพิมพ์สติ๊กเกอร์ยาในระบบ Hos.XP. เมื่อมีการสั่งใช้ยาที่เกิด DI ร่วมกันในใบสั่งยาเดียวกัน จะมีสติ๊กเกอร์แสดงการเกิด DI พิมพ์ออกมาหลังสติ๊กเกอร์ยา และเภสัชกรจะมีใบปรึกษาขอให้แพทย์ทบทวนการสั่งใช้ยาเฉพาะกรณีที่เป็น Fatal drug interaction

- กรณีที่เป็นยาที่มี drug interaction แต่ไม่ใช่กลุ่ม Fatal drug interaction ห้องจ่ายยาจะไม่ส่งใบปรึกษาแพทย์ จะถือว่าแพทย์ทราบข้อมูลและมีความระมัดระวังในการใช้ยาแล้ว ซึ่งหากจำเป็นต้องร่วมกัน แพทย์ผู้สั่งยาจะต้อง monitor ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. กรณีผู้ป่วยใน

- เมื่อแพทย์สั่งยาที่เกิด DI ร่วมกัน ผ่านระบบ Neohos หรือ hos -xp จะมี Pop Alert แจ้งเตือน เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยนอกและเภสัชกรจะมีเอกสารขอให้แพทย์ทบทวนการสั่งใช้ยาเฉพาะกรณีที่เป็น Fatal drug interaction กรณีที่เป็นยาที่มี drug interaction แต่ไม่ใช่กลุ่ม Fatal drug interaction ห้องจ่ายยาจะไม่ส่งใบปรึกษาแพทย์ จะถือว่าแพทย์ทราบข้อมูลและมีความระมัดระวังในการใช้ยาแล้ว ซึ่งหากจำเป็นต้องร่วมกัน แพทย์ผู้สั่งยาจะต้อง monitor ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

หมายเหตุ ** กลุ่มงานเภสัชกรรมเก็บข้อมูลยาที่พบปัญหา DI ระดับนัยสำคัญ 1 (significant code 1)

เกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดคู่ยาที่เป็น Fatal drug interaction คือคู่ยาที่มีรายงานการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน จนเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิต

เกณฑ์ที่ใช้กำหนดคู่ยาที่เป็น Fatal DI ได้แก่

1. มีรายงานการเสียชีวิตอันเป็นผลจากอันตรกิริยาระหว่างยา
2. มีระดับความมีนัยสำคัญทางคลินิกระดับ 1
3. มีความรุนแรงอยู่ในระดับ Major หมายความว่า “ผลที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต และเป็นสาเหตุของความเสียหายอย่างถาวร มีความน่าเชื่อถือของข้อมูลอยู่ในระดับ น่าเชื่อถือโดยมี well controlled-studies (Established) น่าจะใช่ (Probable) และ อาจจะใช่ (Suspected)”
4. มีระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลอยู่ในระดับน่าเชื่อถือ

โดยแบ่ง Fatal DI ดังนี้

1. Contraindication Fatal Drug Interaction คือ คู่ยา Fatal DI ที่มีหลักฐาน ชัดเจนว่าทำให้เกิด ADR ที่รุนแรงอยู่ในระดับ Major ภายในเวลาอันรวดเร็ว (rapid) หลังการได้รับยาร่วมกัน หรือ มีข้อมูลอ้างอิงในหนังสือ Drug Interaction Facts ว่า เป็นคู่ยาที่มีนัยสำคัญทางคลินิกอยู่ในระดับ 1 ที่มีข้อห้ามในการใช้ยาร่วมกัน
2. Monitoring Fatal Drug Interaction คือ คู่ยา Fatal DI ที่มีหลักฐานชัดเจนว่าทำให้เกิด ADR ที่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ทางคลินิกในระดับ 1 โดยอาจเกิด ADR ขึ้นอย่างรวดเร็ว (rapid) หรือช้า (delay) ภายหลังจากได้รับยาร่วมกัน แต่ สามารถป้องกันไม่ให้เกิด ADR ได้ถ้ามีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

9.นโยบายการจัดการองค์ความรู้ด้านยา

วัตถุประสงค์

เภสัชกรมีการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของหน่วยงาน การพัฒนาคุณภาพงาน การพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรม การพัฒนางานตามมาตรฐานวิชาชีพ อย่างเหมาะสม เกิดการเรียนรู้ การสร้างชุมชนเรียนรู้ตามความเหมาะสม ดังนี้

9.1 การบริการเภสัชสนเทศ จะต้องมีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านยาทั่วไปหรือเฉพาะรายแก่ บุคลากรทุกระดับ ครอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์ผู้รับบริการ ผู้ป่วย ที่ตรงกับความต้องการ อย่างถูกต้องและทันเวลา

9.2 ข้อมูลของยา เภสัชกรจัดทำข้อมูลทางยา เพื่อใช้ในการพิจารณาประกอบการนำยาเข้าเภสัชตำรับของโรงพยาบาล โดยมีพื้นฐานจาก การประเมินความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง และความเป็นปัจจุบันของเอกสารทางยารวมทั้ง การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษา ความปลอดภัย และการประเมินค่าทางเศรษฐศาสตร์ ของยาที่เสนอเข้าอย่างเหมาะสม

9.3 การให้คำปรึกษาด้านยา เภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำและให้ ข้อมูลด้านยาแก่ บุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ โดยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งในด้านการ คัดเลือกยาและการบริหารจัดการด้านยา

9.4 การให้การศึกษาด้านยา เภสัชกรมีส่วนร่วมในกิจกรรมให้การศึกษาด้านยาแก่ผู้ ป่วย (patient education) ในเชิงรุก เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและส่งเสริมให้เกิด ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยทำงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล และบุคลากร ทางการแพทย์อื่น ๆ รวมถึงการให้ การศึกษาด้านยาแก่ ผู้รับบริการในรูปแบบต่าง ๆ ที่ เหมาะสมกับผู้รับบริการ หรือชุมชน

9.5 การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับยา เภสัชกรจะต้องมีการเผยแพร่ข้อมูลยา ข่าวสารด้านยาแก่ บุคลากรในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน สอดคล้องกับรูปแบบ ผลิตภัณฑ์ยา การนำไปใช้ในการให้บริการเพื่อความปลอดภัย เช่น ความเข้ากันได้ ความ คงตัว เป็นต้น รวมถึงจัดการข้อมูลและเงื่อนไขการใช้ยาในผู้ป่วยสิทธิ ต่าง ๆ รูปแบบฐานข้อมูล

9.6 การจัดการข้อมูลและผลลัพธ์การดำเนินการ เภสัชกรมีส่วนร่วมใน การรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากระบบ การจัดการด้านยา ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบยา การบริหารจัดการเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตลอดจนโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานการใช้ยาของโรงพยาบาลทั้งในเชิงปริมาณและมูลค่า ทั้งในรูปแบบการ ทบทวน ย้อนหลัง หรือการดำเนินการที่เป็นปัจจุบัน การเฝ้าระวัง/การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ โครงการ ประเมินการใช้ยาเพื่อการติดตามหรือส่งต่ออย่างเหมาะสม การดำเนินการตาม โครงการพิเศษ ตลอดจนการ วิเคราะห์ข้อมูลตามความเหมาะสมเพื่อหาโอกาสพัฒนา

10.นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา, การใช้ยาเกินความจำเป็น ลดความสูญเสียและมูลค่าการใช้ยาโดยรวม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้กำหนดให้ยารายการดังต่อไปนี้

ก. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล

1. ให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางที่กำหนด (Evidence-based treatment guideline) ใน 4 โรคเป้าหมาย ได้แก่ โรค URI (Common cold) อาการท้องร่วงเฉียบพลันไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ และแผลเลือดออกที่ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแผลหลังคลอด
2. ยาปฏิชีวนะทุกตัวที่มีการสั่งใช้ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลให้มีการ หยุดยาอัตโนมัติ ภายใน 7 วัน หากแพทย์ต้องการสั่งใช้ต่อให้ยืนยันทบทวนคำสั่งการใช้ยาใหม่ ยกเว้น กรณีการใช้ยาปฏิชีวนะในบางโรคที่มีระยะเวลาในการใช้นานเกิน 7 วัน ให้แพทย์ผู้สั่งใช้ระบุในคำสั่งครั้งแรกว่าจำนวนวันที่สั่งใช้ยาที่ชัดเจน
3. มีการประเมินผลปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งประเมินสัดส่วนของผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 4 โรคเป้าหมาย และติดตามผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วย 4 โรคเป้าหมายและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ เสนอคณะกรรมการ PTC เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลใน 4 โรคเป้าหมาย

ข. การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี ง และ บัญชี จ.

1. ให้มีการติดตามและประเมินการใช้ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ง และบัญชี จ (2) โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินทบทวนการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยทำการประเมินการใช้ยาแบบ concurrent หรือแบบ retrospective DUR
2. มีผลการประเมินนำเสนอต่อคณะกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ค. การประเมินและทบทวนการใช้ยา(DUE/DUR)

1. ให้มีการประเมินและทบทวนการใช้ยาในกลุ่มยาที่มีการใช้งบประมาณในการจัดซื้อมากที่สุด (high cost) หรือเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) หรือเป็นยาที่มีปริมาณการใช้สูง (high volume) เป็นต้น
2. ให้มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินทบทวนการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยทำการประเมินการใช้ยาแบบ concurrent หรือแบบ retrospective DUR
3. มีผลการประเมินนำเสนอต่อคณะกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง