



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายณัฐดนัย พนมเขต	เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเมืองสรวง กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้


ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายณัฐดนัย พนมเขต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเมืองสรวง กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรปฏิบัติการ	๑๖๙๖๔๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเมืองสรวง กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๖๙๖๔๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “ข้อมูลเชิงปริมาณ Predispensing Error งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ ๒๕๖๖” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การประเมินผลสำเร็จแนวทางการลดความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Predispensing Error)” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”
						 (นายอนรรฆกร สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โลหิตสูง เป็นต้น

4. งานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการสรุปข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงาน
5. งานบริการตรวจสถานประกอบการก่อนอนุญาตให้ประกอบกิจการ (Pre-marketing) และการตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการ (Post-marketing) โดยประกอบสถานประกอบ ดังต่อไปนี้
 - สถานประกอบการด้านอาหาร เช่น โรงงานน้ำดื่ม โรงงานน้ำแข็ง โรงงานผลิตอาหาร เป็นต้น
 - สถานประกอบการด้านสุขภาพ เช่น ร้านยา คลินิก สถานพยาบาล นวดเพื่อสุขภาพ เป็นต้น
6. งานบริการด้านการตรวจและเฝ้าระวังร้านค้า ตรวจสอบร้านอาหารและแผงลอย และพัฒนาคุณภาพของสถานประกอบการเหล่านี้
7. งานเฝ้าระวังด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ได้แก่ การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย เช่น ยา อาหารเสริม เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น
8. งานการสร้างเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค โดยการสร้างเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพสำหรับการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

3. ด้านวิชาการ

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยด้านวิชาการด้านเภสัชกรรม
2. วิเคราะห์ปัญหา และศึกษาปัญหาทางด้านยาของประชาชนในพื้นที่
3. ถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์แก่บุคลากรทางการแพทย์ ประชาชนและเครือข่ายในพื้นที่
4. จัดทำเอกสารวิชาการ ตำรา คู่มือทางวิชาการในด้านเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภค
5. สอนและให้ความรู้แก่นักศึกษาฝึกงาน และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ข้อมูลเชิงปริมาณ Predispensing Error งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2566
2. ระยะเวลาการดำเนินการ 1 ตุลาคม 2565 - 30 มิถุนายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วย หรือผู้บริโภค เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิธีการปฏิบัติและระบบ ครอบคลุมการสั่งจ่ายยา การสื่อสารคำสั่ง การจัดทำฉลาก/การบรรจุและการตั้งชื่อผลิตภัณฑ์ การปรุงยา การจ่ายยา การกระจายยา การให้ยา การให้ความรู้ การติดตาม และการใช้ยา¹

การจำแนกชนิดของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา² สามารถจัดได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. Prescribing error หมายถึงการสั่งจ่ายยาไม่ถูกต้อง เช่น

1. เขียนชื่อยา ขนาดยา ความแรง รูปแบบยา ไม่ถูกต้อง
 2. จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ หรือมีข้อห้ามใช้
 3. จ่ายยาที่ตนเองไม่มีอำนาจสั่ง
 4. จ่ายยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ที่เหมาะสมหรือไม่มีข้อบ่งใช้
 5. การคัดลอกใบสั่งยาผิดพลาด
2. Pre-dispensing error หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการจัดยา ในหน่วยงานเภสัชกรรม เช่น การเตรียมยา การเขียน / พิมพ์ฉลาก การจัดยาตามคำสั่งใช้ยาแต่หน่วยงานสามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนดังกล่าว และแก้ไขให้ถูกต้องก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วยหรือ บุคลากรทางการแพทย์
3. Dispensing error หมายถึง การจัดจ่ายยาไม่ถูกต้อง เช่น
1. ไม่ได้ทบทวนใบสั่งยาก่อนจัดยา
 2. จัดยาไม่ถูกต้องตามใบสั่งยา อาจจะเป็นผิดตัวยา ขนาด รูปแบบ หรืออื่นๆ
 3. ปรงยาด้วยเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง
 4. เขียนฉลากยาผิดหรือไม่ครบถ้วน
 5. จ่ายยาไม่ตรงกับผู้ป่วย
 6. ไม่ได้ให้คำแนะนำในการใช้ยา
4. Administration error หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง สำหรับผู้ป่วยในจะเกิดจากการที่พยาบาลไม่ได้จัดยาให้ จัดยาให้ไม่ตรงตามชนิด/เวลา/ขนาด/รูปแบบยาที่สั่ง ไม่มีการติดตามผลการใช้ยามักจะเกิดจากการไม่ใช้ยาตามสั่ง
- ผลการจำแนกประเภททำให้ทราบว่า โอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอน เกิดได้จากบุคลากรหลายกลุ่ม ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเภสัชกร ผู้ดูแลผู้ป่วยและท้ายที่สุดเองเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าความคลาดเคลื่อนนี้มาจากสาเหตุต่างๆกัน การประมวลหาสาเหตุจะสามารถวางแผนการป้องกันและแก้ไขได้ถูกต้องซึ่ง ASHP (American Society of Health- System Pharmacists) สรุปว่าสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาชนิดต่างๆ อาจจะมีได้จาก²
1. ความไม่ชัดเจนของฉลากยา
 2. ชื่อยามีความใกล้เคียงกัน เช่น สะกดคล้ายกัน เสียงอ่านต่างกันเล็กน้อย ใช้ตัวเลขเดียวกันมาอยู่ข้างหน้าหรือต่อท้าย เป็นต้น
 3. การทำงานของเครื่องจักรผิดพลาด
 4. ลายมืออ่านยาก
 5. การคัดลอกคำสั่งผิด
 6. การคำนวณขนาดยาให้ผิด
 7. ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับการฝึกที่เพียงพอ
 8. การใช้ตัวย่อที่ไม่เหมาะสม

9. เขียนหรือพิมพ์ฉลากยาผิด
10. ความเลินเล่อของพนักงาน
11. ไม่มียาที่ต้องการใช้

สาเหตุเหล่านี้อาจจะอยู่ในส่วนของตัวป้อน (input) เช่น บุคลากร (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วย เป็นต้น) ทรัพยากร (เครื่องจักร ยา ฉลาก ภาชนะ สถานที่เก็บ) หรืออยู่ในส่วนของกระบวนการ (process) เช่น ขั้นตอนการทำงาน การคัดลอกคำสั่ง การพิมพ์ การคำนวณ เป็นต้น The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention ได้จัดระดับความรุนแรงไว้ ดังนี้ 1

- ระดับ A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน
- ระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย
- ระดับ C เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
- ระดับ D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- ระดับ E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา
- ระดับ F เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
- ระดับ G เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย
- ระดับ H เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต
- ระดับ I เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งในโรงพยาบาล และเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการรักษาที่ไม่ได้ผล เกิดผลข้างเคียงหรือพิษจากยา สิ้นเปลืองยาโดยไม่มีประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ความคลาดเคลื่อนทางยามีหลายประเภทไม่ว่าจะเป็น ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error) ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) และความคลาดเคลื่อนในการให้หรือบริหารยา (Administration error) ซึ่งพบว่าความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่สามารถกำหนดแนวทางป้องกัน แก้ไขเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นได้ภายในฝ่ายเภสัชกรรมเอง ซึ่งการที่จะสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและหาสาเหตุ Predispensing Error ที่ถูกต้องมากที่สุดนั้น บุคลากรทุกคนต้องตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยกันเฝ้าระวังและดักจับข้อมูลก่อนที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา บุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรมทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการหาแนวทางป้องกันและแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ปลอดภัยที่สุด

การสร้างจิตสำนึกและกระตุ้นให้บุคลากรช่วยรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา และการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขและป้องกันความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นถือว่ามีความสำคัญมาก แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าและควรดำเนินการต่อไปก็คือการประเมินวัดผลแนวทางการป้องกัน/แก้ไข ที่กำหนดขึ้นนั้น สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จริงหรือไม่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการแก้ไข ปรับปรุงระบบงานต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลการเกิด Predispensing Error มีดังนี้

1. เภสัชกรในตำแหน่งตรวจสอบยา ตรวจสอบความถูกต้องรายการยา หากพบความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นให้ลงข้อมูลในแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาโดยระบุประเภทและขั้นตอนของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น
2. เภสัชกรในตำแหน่งจ่ายยา ตรวจสอบความถูกต้องรายการยาซ้ำก่อนจ่ายยาผ่านระบบ double check หากพบความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นให้ลงข้อมูลในแบบฟอร์มบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาโดยระบุประเภทและขั้นตอนของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น
3. นำข้อมูลที่บันทึก Predispensing Error มาสรุปรวบรวมแต่ละเดือนเพื่อสรุปเป็นข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อหาแนวทางป้องกัน และปรับปรุงระบบงาน
4. จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์อยู่ทั่วๆ ในตำแหน่งจัดยาและตรวจสอบยา

เป้าหมายของงาน

๑. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาทางป้องกัน แก้ไข การเกิดความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา
 ๒. เก็บรวบรวมเปรียบเทียบเพื่อดูแนวโน้มกับปีงบประมาณอื่น
 ๓. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)
- จากการเก็บข้อมูลปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 65 – มิถุนายน 66) มีจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมดมี 43,736 ใบสั่งยา พบจำนวนการเกิด Predispensing error ทั้งหมด 334 ครั้ง คิดเป็น 7.64 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา และเมื่อเปรียบเทียบกับ Predispensing error ที่เกิดขึ้นในช่วงปีงบประมาณ 2565 ซึ่งมีจำนวนสั่งยา 79,690 ใบสั่งยา จำนวน Predispensing error ทั้งหมด 547 ครั้ง คิดเป็น 6.68 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา พบว่าปีงบประมาณ 2566 เกิดความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (Predispensing error) ที่เพิ่มขึ้นมากกว่าปีงบประมาณ 2565 ดังข้อมูลในตารางที่ 1

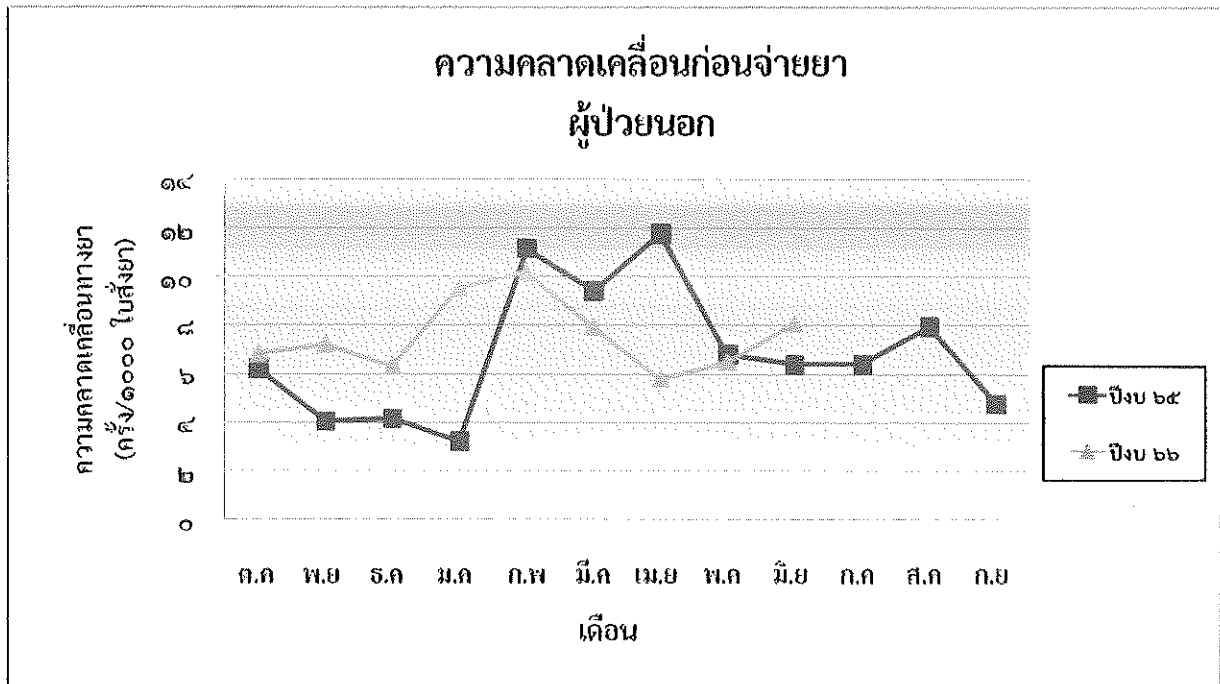
ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (Predispensing Error) ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

ปีงบประมาณ	จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	ความคลาดเคลื่อน ก่อนจ่ายยา (Predispensing Error) (ครั้ง)	อัตราความคลาดเคลื่อน ก่อนจ่ายยา (Predispensing Error) (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)
ปีงบประมาณ 2565	79,690	547	6.86
ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 65 – มิถุนายน 66)	43,736	334	7.64

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละเดือนในปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 ในช่วงเดือน ตุลาคม 2565 ถึง มกราคม 2566 และ ช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2566 รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกระตุ้นให้เก็บข้อมูลมากขึ้นโดยเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญในการดักจับข้อมูลเพื่อที่จะได้ข้อมูลที่แท้จริงและหาแนวทางป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

รูปภาพที่ 1 กราฟแสดง Predispensing Error (ครั้ง/ 1000 ใบสั่งยา) ปีงบประมาณ 2565 และ ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

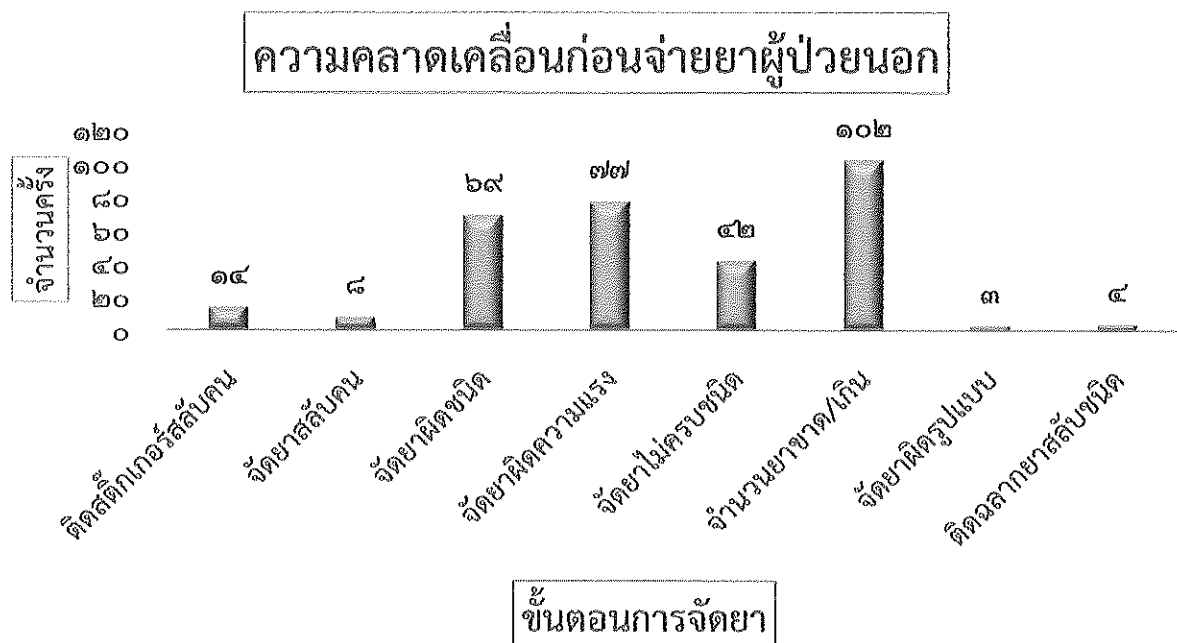


ประเภทความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดในช่วงขั้นตอนการจัดยาปีงบประมาณ 2566 ได้แก่ จำนวนยาขาด/เกิน 102 ครั้ง (ร้อยละ 31.97), รองลงมาคือจัดยาผิดความแรง 77 ครั้ง (ร้อยละ 24.14), จัดยาผิดชนิด 69 ครั้ง (ร้อยละ 21.63), จัดยาไม่ครบชนิด 42 ครั้ง (ร้อยละ 13.17), ติดสติ๊กเกอร์สลับคน 14 ครั้ง (ร้อยละ 4.39), จัดยาสลับคน 8 ครั้ง (ร้อยละ 2.51), ติดฉลากยาสลับชนิด 4 ครั้ง (ร้อยละ 1.25) และจัดยาผิดรูปแบบ 3 ครั้ง (ร้อยละ 0.94) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2 และรูปภาพที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปประเภทของ Predispensing Error ขั้นตอนการจัดยา ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

ประเภท Predispensing Error (ขั้นตอนจัดยา)	ปีงบประมาณ 66 (ต.ค.65-มิ.ย.66)	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ติดสติ๊กเกอร์สลับคน	14	4.39
จัดยาสลับคน	8	2.51
จัดยาผิดชนิด	69	21.63
จัดยาผิดความแรง	77	24.14
จัดยาไม่ครบชนิด	42	13.17
จำนวนยาขาด/เกิน	102	31.97
จัดยาผิดรูปแบบ	3	0.94
ติดฉลากยาสลับชนิด	4	1.25
รวม	319	100 %

รูปภาพที่ 2 กราฟแสดงประเภทการเกิด Predispensing error ขั้นตอนการจัดยาปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

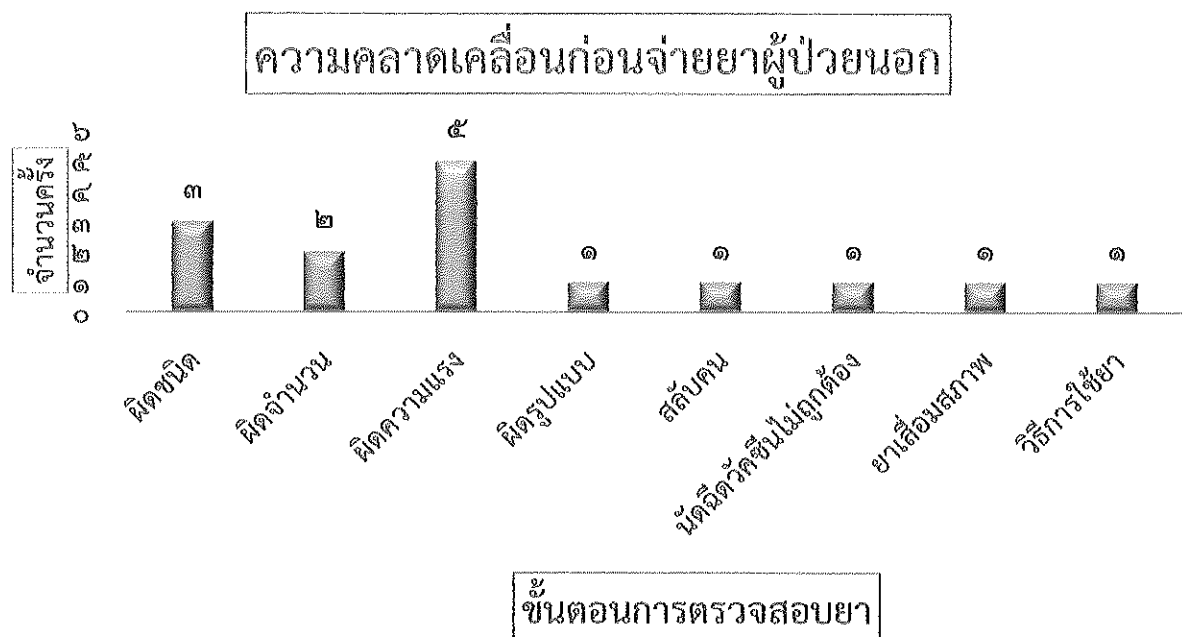


ประเภทความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดในช่วงขั้นตอนตรวจสอบยาปีงบประมาณ 2566 ได้แก่ ผิดความแรง 5 ครั้ง (ร้อยละ 33.33), รองลงมาคือผิดชนิดยา 3 ครั้ง (ร้อยละ 20.00), ผิดจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 13.13), สลับคน ยาผิดรูปแบบ ยาเสื่อมสภาพ วิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง และนัดฉีดวัคซีน ไม่ถูกต้อง อย่างละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 6.67) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3 และรูปภาพที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปประเภทของ Predispensing Error ขั้นตอนการตรวจสอบยาปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 65 – มิถุนายน 66)

ประเภท Predispensing Error (ขั้นตอนตรวจสอบยา)	ปีงบประมาณ 66 (ต.ค.-มิ.ย.66)	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ผิดชนิด	3	20
ผิดจำนวน	2	13.33
ผิดความแรง	5	33.33
ผิดรูปแบบ	1	6.67
สลับคน	1	6.67
นัดฉีดวัคซีนไม่ถูกต้อง	1	6.67
ยาเสื่อมสภาพ	1	6.67
วิธีการใช้ยา	1	6.67
รวม	15	100 %

รูปภาพที่ 3 กราฟแสดงประเภทการเกิด Predispensing error ขั้นตอนการตรวจสอบยา ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)



รูปแบบในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลแยกตามขั้นตอนการทำงานที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565-มิถุนายน 2566) พบว่า ขั้นตอนการจัดยาทำให้เกิด Predisensing error มากกว่าขั้นตอนการตรวจสอบยา โดยขั้นตอนการจัดยา พบความคลาดเคลื่อน 319 ครั้ง คิดเป็น 7.30 ครั้งต่อ 1000 ใบสั่ง (ร้อยละ 95.51) ขั้นตอนตรวจสอบยา พบความคลาดเคลื่อน 15 ครั้ง คิดเป็น 0.34 ครั้งต่อ 1000 ใบสั่งยา (ร้อยละ 4.49) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา¹ ที่เกิดขึ้นจัดเป็นความคลาดเคลื่อนระดับ B ทั้งหมด และเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งหากสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยาได้ก็จะส่งผลให้โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นการตรวจสอบยาลดลง

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (Predisensing Error) ในแต่ละขั้นตอนการทำงานปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)

ปีงบประมาณ 66 (ตุลาคม 65 – มิถุนายน 66)	ความถี่ (ครั้ง)	ความคลาดเคลื่อน ก่อนจ่ายยา (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	ร้อยละ (%)
ขั้นตอนการจัดยา	319	7.30	95.51
ขั้นตอนตรวจสอบยา	15	0.34	4.49
รวม	334	7.64	100

2. วิเคราะห์ข้อมูลแยกตามประเภทของความคลาดเคลื่อน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลประเภทของความคลาดเคลื่อนขั้นตอนการจัดยาพบว่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากจำนวนยาขาดหรือเกินจำนวนพบมากที่สุด รองลงมาคือ ผิดความแรงและผิดชนิดตามลำดับ รายละเอียดดังรูปภาพที่ 2

ส่วนขั้นตอนการตรวจสอบยาพบความคลาดเคลื่อนที่เกิดจาก ผิดความแรงมากที่สุด รองลงมาคือ ผิดชนิด และผิดจำนวนตามลำดับ รายละเอียดดังรูปที่ 3

พิจารณาแนวโน้มการผิดชนิดและความแรงของคู่ยารายเดือนที่มีความถี่สูงมากทางแก๊ซและนำไป ให้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบงานเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้น ดังตัวอย่างคู่ยา SIMVASTATIN 20 MG & AMLODIPINE 5 MG, ENALAPRIL 5 MG กับ ENALAPRIL 20 MG เป็นต้น รายละเอียดดังตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการผลิตชนิดของคู่มือรายเดือนงานบริการผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก

ผลิตชนิด	ต.ค. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	พ.ค. 66	มิ.ย. 66
SIMVASTATIN 20 MG & AMLODIPINE 5 MG	2	0	0	4	2	1	3	1	0
VITAMIN B 1-6-12 & VIT B CO TAB	1	0	1	0	2	0	3	3	3
NPH & MIXTARD INSULIN	0	2	2	2	0	1	0	1	4
LOSARTAN 50 MG & LORAZEPAM 0.5 MG	1	0	2	0	1	0	2	0	1
HYDROXYZINE 10 MG .& HYDRALAZINE 25 MG	1	1	1	1	0	1	0	1	1
MUDURETIC 50 MG & HCTZ 50 MG	1	0	1	0	1	1	1	3	0
DIMENHYDINATE 10 MG & CPM 4 MG	1	0	1	0	0	1	1	0	2
DICLOFENAC 25 MG & DICLOXACILLIN 500 MG	1	0	1	0	1	1	1	0	1
HYOSCINE 10 MG & HYROXYZINE 10 MG	2	0	0	1	0	0	2	0	1
GUAFENESINE & GLIPIZIDE 5 MG	1	1	0	1	0	2	1	0	0

ตารางที่ 6 ตารางแสดงการผลิตความแรงของคู่มือรายเดือนงานบริการผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก

ผลิตความแรง	ต.ค. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66	ก.พ. 66	มี.ค. 66	เม.ย. 66	พ.ค. 66	มิ.ย. 66
ENALAPRIL 5 MG & ENARAPRIL 20 MG.	6	2	3	2	6	1	2	3	2
DIAZEPAM 2MG & DIAZEPAM 5 MG	0	2	2	2	1	1	1	1	3
ASPIRINE 81 MG & ASPIRINE 300 MG	0	1	5	2	1	1	0	0	1
PARACETAMOL 325 MG & PARACETAMOL 500 MG	0	3	1	0	0	0	2	0	4
GABAPENTIN 100 MG & GABAPENTIN 400 MG	0	1	1	0	0	0	6	2	0

ผิดความแรง	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
	65	.65	65	66	66	66	66	66	66
AMOXYCILLINE 250 MG & AMOXYCILLINE 500 MG	2	0	2	1	0	1	1	0	0
TRIHENXYPHENADYL 2 MG & TRIHENXYPHENADYL 5 MG	1	1	1	1	1	0	0	1	2
HALOPERIDOL 2 MG & HALOPERIDOL 5 MG	1	0	1	0	1	0	1	1	1
PERPHENAZINE 4 MG & PERPHENAZINE 8 MG	2	0	1	1	0	1	0	1	0
FUROSEMIDE 40 MG & FUROSEMIDE 500 MG	0	1	2	0	0	1	1	1	0

แนวทางการป้องกัน/แก้ไขการผิดจำนวน

- ใช้ระบบการ Pre – pack ยาตามขนาดจำนวนที่มีการสั่งใช้บ่อยไว้ล่วงหน้า เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ทั้งยังสามารถลดความคลาดเคลื่อนจากการนับแบ่งบรรจุขณะปฏิบัติงาน รายละเอียดดังรูปที่ 4

รูปภาพที่ 4 แสดงตัวอย่างยา Pre-pack PARACETAMOL 325 MG ตามขนาดจำนวนที่มีการสั่งใช้บ่อย



- จัดทำกล่องบรรจุยาเหลือเศษที่เกิดจากการแบ่งบรรจุเพิ่มในขณะปฏิบัติงาน ในแต่ละชนิดของยาที่มีการ Pre – pack เพื่อช่วยลดปัญหาที่เกิดจากจำนวนเม็ดยาไม่ถูกต้องตามจำนวน Pre – pack และช่วยให้เกิดการใช้ยาเหลือเศษแบบ Fist Exp. First Use รายละเอียดดังภาพที่ 5

รูปภาพที่ 5 แสดงกล่องบรรจุยาเหลือเศษที่เกิดจากการแบ่งบรรจุเพิ่มในขณะที่ปฏิบัติงาน



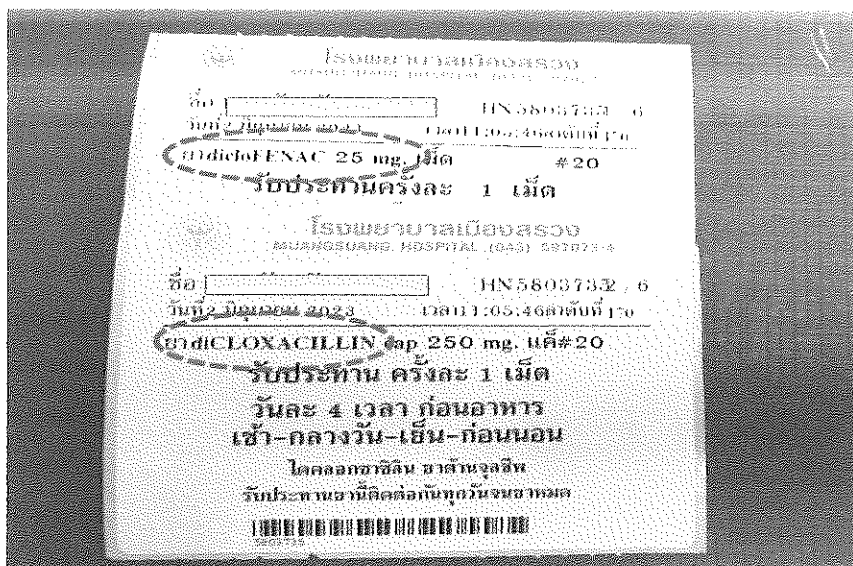
แนวทางการป้องกัน/แก้ไขเรื่องการผลิตชนิด/ผิดรูปแบบ

1. จัดทำ LASA list แจ้งให้เจ้าหน้าที่เพื่อตระหนักถึงคู่ยาที่อาจทำให้เกิดความผิดพลาดซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ สร้างแนวทางแก้ไข LASA drug ดังนี้

ยาที่มีชื่อพ้องกัน (Sound like)

-ตรวจสอบยา ผ่านระบบ Double Check จัดทำ Tall Man Letter บนชื่อรายการยาที่พบการจัดยาผิดชนิดบ่อยครั้ง เช่น HYDRALAZINE 25 MG & HYDROXYZINE 10 MG, DICLOFENAC 25 MG และ DICLOXACILLIN 500 MG ติดป้ายยาชื่อพ้องบนชั้นวางยา รายละเอียดดังรูปที่ 6 และ รูปที่ 7

รูปภาพที่ 6 แสดงตัวอย่างการทำ Tall Man Letter บนชื่อรายการยา DICLOFENAC 25 MG และ DICLOXACILLIN 500 MG

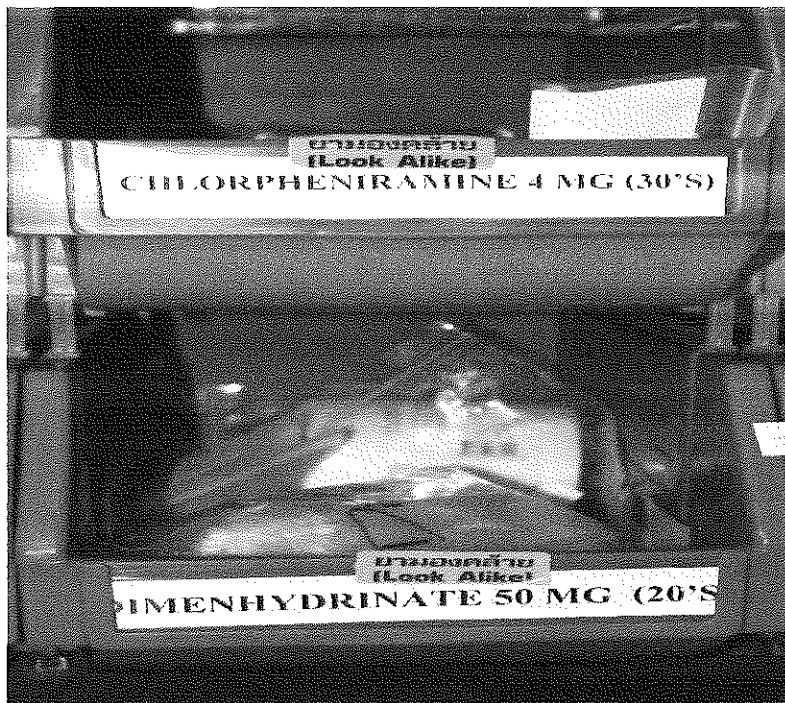


รูปภาพที่ 7 แสดงตัวอย่างการติดป้ายยาชื่อห้อง DIAZEPAM 2 MG และ DIAZEPAM 5 MG ที่ชั้นวางยา



ยาที่มองคล้ายกัน (Look like)

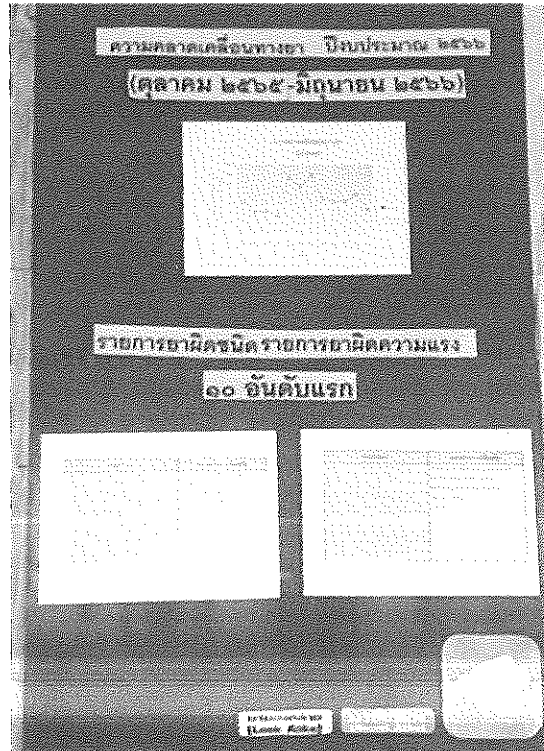
- ตรวจสอบยาผ่านระบบ Double Check ติดป้ายยามองคล้ายบนชั้นวางยา รายละเอียดดังรูปที่ 8
รูปภาพที่ 8 แสดงตัวอย่างการติดป้ายยามองคล้ายบนชั้นวางยา



นอกจากนี้ ยังส่งข้อมูลให้กับฝ่ายจัดซื้อเพื่อแจ้งบริษัทฯ เพื่อปรับเปลี่ยน Package ยาหรือปรับเปลี่ยนบริษัท ยาไปต่อ

2. จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์การผิตชนิดของคู้ยาที่เกิตความผิตพลาดบ่อยๆ 10 อันดับแรกในตำแหน่ง คีย์ จัด และตรวจสอบยา รายละเอียดดังรูปภาพที่ 9

รูปภาพที่ 9 แสดงการจ้ดบอร์ดประชาสัมพันธ์การผิตชนิดของคู้ยาที่เกิตความผิตพลาด 10 อันดับแรก



3. จากตารางที่ 5 นำข้อมูลแนวโน้มคู้ยาที่เกิตความผิตพลาดบ่อยๆมาเป็นข้อมูลในการปรับเปลี่ยนชั้นวางยาให้ห่างกัน เช่น SIMVASTATIN 20 MG กับ AMLODIPINE 5 MG, HYDROXYZINE 10 MG กับ HYDRALAZINE 25 MG

แนวทางการป้องกัน/แก้ไขเรื่องการผิตความแรง

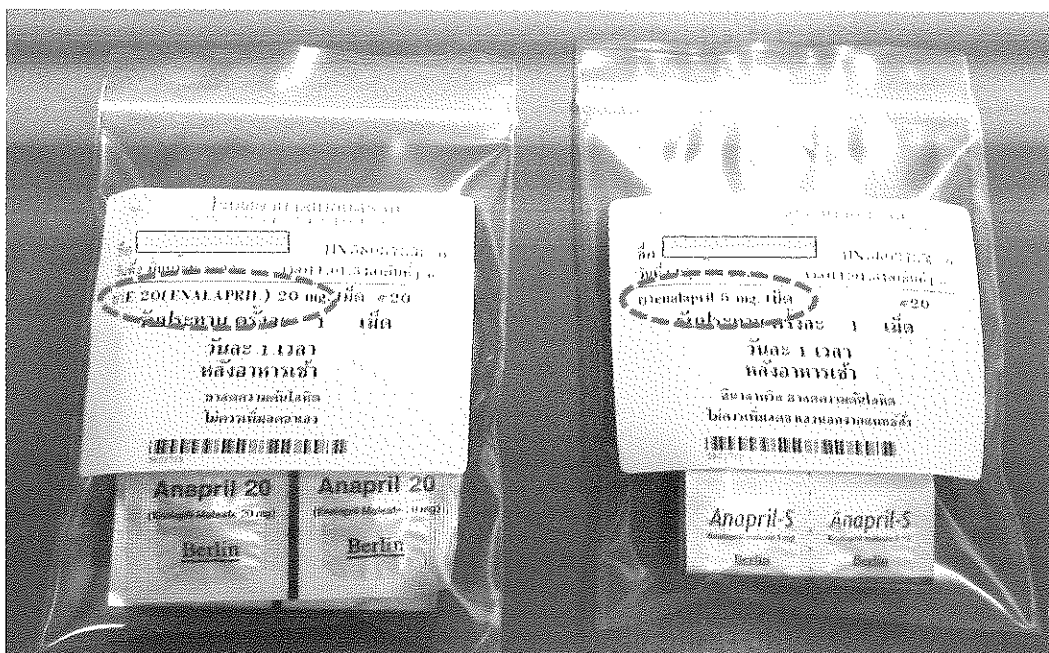
- ติดป้ายยามองคล้ายบนชั้นวางยา
 - Double Check
 - จัดทำป้ายสีแบ่งแยกความแรงเดือนที่ตำแหน่งจัดยาในตู้ยาที่มี 2 หรือ 3 ความแรง โดยแบ่งเป็น ความแรงที่ 1 สีชมพู ความแรงที่ 2 สีเขียว และความแรงที่ 3 สีเหลืองอ่อนตามลำดับ
- รายละเอียดดังรูปภาพที่ 10

รูปภาพที่ 10 แสดงป้ายสีแบ่งแยกความแรงเดือนบนชั้นวางยาในตัวยา WARFARIN 2 MG, 3 MG และ 5 MG



ใช้อักษรพิมพ์เล็กกับตัวยามีความแรงน้อยกว่า และใช้อักษรพิมพ์ใหญ่กับตัวยามีความแรงมากกว่า รายละเอียดดังรูปภาพที่ 11

รูปภาพที่ 11 แสดงการใช้อักษรพิมพ์เล็กกับตัวยามีความแรงน้อยกว่า และใช้อักษรพิมพ์ใหญ่กับตัวยามีความแรงมากกว่า ในตัวยา ENALAPRIL 5 MG และ ENALAPRIL 20 MG



- วงกลมรอบความแรงบนใบสั่งยา และบนฉลากยาโดยเฉพาะคู่ยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อยครั้ง เช่น ENALAPRIL 5 MG & ENALAPRIL 20 MG , ASA 81 MG & ASA 300 mg, DIAZEPAM 2 MG & DIAZEPAM 5 MG

แนวทางการป้องกัน/แก้ไขเรื่องติดสติ๊กเกอร์สลับคน / จัดยาสลับคน

- ใช้ระบบบัตรคิวยื่นใบสั่งยา key ยา โดยพิมพ์ HN (เลขประจำตัวผู้ป่วย) หรือ คิวในการมารับบริการของผู้ป่วย
- จัดเรียงใบสั่งยาตามคิวยื่นรับยา พร้อมพิมพ์ฉลากยา และติดสติ๊กเกอร์ยาตามลำดับคิว
- จัดยาตามลำดับคิวรับยา พร้อมทั้งตรวจสอบชื่อผู้ป่วยกับยาทุกครั้งก่อนส่งตระกร้าให้ตำแหน่งตรวจสอบยา

แนวทางการป้องกัน/แก้ไขเรื่องการผิดวิธีใช้

- เกสซ์กรตรวจสอบใบสั่งยาก่อนจ่ายยา
- Consult แพทย์กรณีเกิดปัญหาเกี่ยววิธีการใช้ยา
- หากพบวิธีใช้ยาในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ตั้งเป็นมาตรฐานไว้ของตัวยาที่ไม่ชัดเจนและมักมีการสั่งใช้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น Metformin 500 mg 1*1 ซ อ (1 เม็ด หลังอาหาร เข้า ทุกวันอังคาร) ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อลบข้อมูลออก

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๑. สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องในกรณีการจ่ายยาที่ผิดให้กับผู้ป่วยได้
๒. ผู้ป่วยผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

เกสซ์กรหรือเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคลมีความตระหนักรู้ในการเก็บข้อมูลดังกล่าวก่อนจ่ายยาที่ไม่เท่ากัน ทำให้อาจมีข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาบางส่วนขาดการลงบันทึกข้อมูล ซึ่งหากสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้มาก ข้อมูลที่ได้ก็สามารถเชื่อถือได้ว่าเป็นข้อมูลที่เก็บได้ตรงตามความเป็นจริงที่สุด

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลใบสั่งยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดนกระทบจากกระบวนการทำงานอื่นๆได้ ทำให้การเก็บข้อมูลใบสั่งยาอาจเป็นข้อมูลที่เก็บได้น้อยกว่าความเป็นจริง เช่นในช่วงเวลาวิกฤติ ซึ่งมีผู้ป่วยรับยาเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถลงข้อมูลได้ในทันที อาจมีข้อมูลบางส่วนที่ขาดหายไป

9. ข้อเสนอแนะ

1. สร้างจิตสำนึกและกระตุ้นให้บุคลากรช่วยรายงานข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลได้ถูกต้อง

2. เพิ่มการค้นหาเชิงรุก เช่น จัดตารางเวรเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกตำแหน่งช่วยค้นหาความคลาดเคลื่อนโดยสุ่มไปสั่งยาที่จัดเสร็จแล้วระหว่างรอตรวจสอบยาเพื่อตรวจดูความถูกต้องของใบสั่งยาเปรียบเทียบกับยาที่จัด ซึ่งจะทำให้สามารถเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนได้มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือกับความจริงมากที่สุด

3. จัดหาโปรแกรมในการรายงาน Predispensing Error ที่สะดวก และง่ายต่อการลงข้อมูล

4. ประเมินผลแนวทางแก้ไขเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่กำหนดขึ้นได้ผลมาน้อยเพียงไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาระบบการทำงานต่อไป

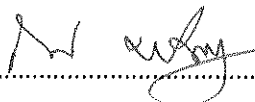
10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

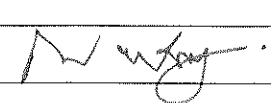
11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นายณัฐดนัย พนมเขต สัดส่วนของผลงาน 100%

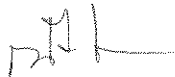
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นายณัฐดนัย พนมเขต)
(ตำแหน่ง) เกสัชกรปฏิบัติการ
(วันที่) 24 / กรกฎาคม / 2566
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายณัฐดนัย พนมเขต	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

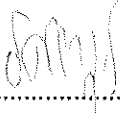
(ลงชื่อ) 

(นายณัฐวุฒิ แผล่งสนาม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

(วันที่) 24 / กรกฎาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอัครารุท ใจหาญ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวง

(วันที่) 24 / กรกฎาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบการเสนอข้อเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การประเมินผลสำเร็จแนวทางการลดความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Predispensing Error)

2. หลักการและเหตุผล

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งในโรงพยาบาล และเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการรักษาที่ไม่ได้ผล เกิดผลข้างเคียงหรือพิษจากยา สิ้นเปลืองยาโดยไม่มีประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ความคลาดเคลื่อนทางยามีหลายประเภทไม่ว่าจะเป็น ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error) ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) และความคลาดเคลื่อนในการให้หรือบริหารยา (Administration error) ซึ่งพบว่าความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่สามารถกำหนดแนวทางป้องกัน แก้ไขเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นได้ภายในฝ่ายเภสัชกรรมเอง ซึ่งการที่จะสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและหาสาเหตุ Predispensing Error ที่ถูกต้องมากที่สุดนั้น บุคลากรทุกคนต้องตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยกันเฝ้าระวังและดักจับข้อมูลก่อนที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา บุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรมทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการหาแนวทางป้องกันและแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ปลอดภัยที่สุด

การสร้างจิตสำนึกและกระตุ้นให้บุคลากรช่วยรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา และการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขและป้องกันความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นถือว่ามีความสำคัญมาก แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าและควรดำเนินการต่อไปก็คือการประเมินวัดผลแนวทางการป้องกัน/แก้ไข ที่กำหนดขึ้นนั้น สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จริงหรือไม่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการแก้ไข ปรับปรุงระบบงานต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

การประเมินผลสำเร็จแนวทางการลดความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Predispensing Error) ที่กำหนด เช่น การทำ Tall man letter ชื่อยานมฉลากยา ปรับเปลี่ยนสติ๊กเกอร์ยา/ปรับชั้นวางยา การติดสติ๊กเกอร์ยาชื่อพ้อง ยามองคล้าย ตามรายการคู่ยาที่เป็น LASA list สามารถทำได้โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล การลดลงหรือเพิ่มขึ้นของความถี่ หรือ ความคลาดเคลื่อนทางยาของรายการยา LASA list ที่กำหนดวิธีการแก้ไข/ป้องกัน เปรียบเทียบกับความถี่ หรือ ความคลาดเคลื่อนทางยาในคูยานั้นๆ ก่อนดำเนินการแก้ไข โดยอาจสรุปข้อมูลเปรียบเทียบเป็นรายไตรมาส เพื่อให้เห็นขนาดของปัญหาได้ง่ายขึ้น หากพบว่าวิธีการใดสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จริงก็สามารถขยายผลไปยังคูยาที่ยังเป็นปัญหาอยู่ได้ และหากคูยาใดยังไม่สามารถลดความถี่ หรือ ความคลาดเคลื่อนทางยาได้ต้องพิจารณาหาวิธีการแก้ไข/ป้องกันที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งน่าจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานเพื่อวางระบบการประเมินผลสำเร็จแนวทางการลดความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Predispensing Error) ดังนี้

1. นำข้อมูลคู่ยา LASA list เป้าหมาย ที่กำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขไว้ ดำเนินการชี้แจงและ

กำหนดความรับผิดชอบติดตามให้กับเจ้าหน้าที่ภายในฝ่ายรับผิดชอบประจำแต่ละตู้ยา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม

2. จัดทำแบบบันทึกความถี่ของความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มยา LASA list เป้าหมายประจำตู้ยา เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกข้อมูลและลดการสูญหายของข้อมูลที่เกิดจากการไม่สามารถลงข้อมูลได้ทันที
3. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลความถี่การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในตู้ยา เป้าหมายต่อ 1,000 ใบสั่งยา
4. เปรียบเทียบข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่วิเคราะห์ได้กับความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนกำหนดแนวทางแก้ไขและป้องกัน โดยสรุปข้อมูลเป็นรายไตรมาส และรายปีงบประมาณ
5. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลแนวทางลดความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Predispensing Error) ของตู้ยาใดได้ผลและไม่ได้ผล
6. นำข้อมูลการป้องกันและแก้ไขที่ไม่ได้ผลมารวมกัน ทำ CQI เพื่อหาแนวแก้ไขปรับปรุงที่เหมาะสมต่อไป
7. ขยายผลไปยังตู้ยาที่ยังเป็นปัญหา

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ด้วยหน้าที่ให้บริการ ในการสร้างรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีเอกสารหลาย ๆ หน้า อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์มองว่าเป็นภาระในการปฏิบัติงาน ดังนั้นแนวทางแก้ไข คือ ควรมีการพัฒนาาระบบเชื่อมต่อโดยใช้สารสนเทศให้เป็นประโยชน์ในบันทึกและเก็บข้อมูลที่ง่ายขึ้นแต่ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุม อีกทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานหลายคนแต่ละคนก็มีความตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและดักจับข้อมูลที่แตกต่างกัน แนวทางแก้ไข คือ การทำให้วัฒนธรรมการเก็บข้อมูลความเสี่ยงเป็นวัฒนธรรมขององค์กร โดยการเสนอให้ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลช่วยกระตุ้นผ่านช่องทางในระดับที่สูงขึ้นอีกทางหนึ่ง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลทางด้านผู้ป่วย

- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา

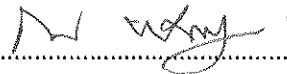
ผลทางด้านกลุ่มงานเภสัชกรรม/โรงพยาบาล

1. ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (Predispensing Error) ลดลง
2. สามารถค้นหาแนวทางที่สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้จริง
3. เจ้าหน้าที่ภายในฝ่ายเภสัชกรรมตระหนักและเห็นความสำคัญในการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา
4. บุคลากรมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและช่วยเสนอแนวทางป้องกัน/แก้ไขปัญหา
5. เจ้าหน้าที่ประจำตู้จ่ายยาบอกต่อตู้ยาที่เกิดความเสี่ยงและเทคนิคในการจัดที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนกับเจ้าหน้าที่ประจำตู้ยาอื่นๆ

6. ขยายผลไปยังหน่วยอื่นๆเช่น งานบริการผู้ป่วยใน
7. ลดข้อร้องเรียน/ฟ้องร้อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาประเภท Predispensing Error
2. ความถี่ในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยเป้าหมาย

(ลงชื่อ) 

(นายณัฐดนัย พนมเขต)

(ตำแหน่ง) เกษีกรปฏิบัติการ

(วันที่) 24 / กรกฎาคม 2566

ผู้ขอประเมิน