

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง จัดทำ วิธีการปฏิบัติงาน (work instruction) ของระบบบริหารยา
โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินุชรโร อุทิศ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำและปรับปรุง วิธีการปฏิบัติงาน (work instruction) ของระบบบริหารยา
โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินุชรโร อุทิศ

เสนอโดย

นางสาวสุรียรัตน์ ลำเตา

ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 110)

กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง กลุ่มงานเภสัชกรรม

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินุชรโร อุทิศสำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน จัดทำ วิธีการปฏิบัติงาน (work instruction) ของระบบบริหารยา
โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชูตินุชรโร อุทิศ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 สิงหาคม 2553 – 30 เมษายน 2554
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ
วิธีการปฏิบัติงาน หมายถึง เอกสารที่แต่ละหน่วยงานสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของหน่วยงานนั้นและใช้เป็นคู่มือสำหรับศึกษาการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน อีกทั้งยังสามารถปรับปรุงให้สอดคล้องกับระเบียบ วิธี และเทคโนโลยี ที่เปลี่ยนไปในอนาคต
วัตถุประสงค์ของวิธีการปฏิบัติงาน
 - เพื่อให้การปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นระบบและมีมาตรฐานเดียวกัน ได้ผลลัพธ์ที่เหมือนกันและคงที่
 - ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการทราบ และเข้าใจว่าควรทำอะไรก่อนและหลัง เพราะจะแสดงถึงลำดับขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน
 - ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการทราบว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร เพราะจะระบุรายละเอียดอย่างครบถ้วน
 - เพื่อให้การปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบาย วิสัยทัศน์ ภารกิจ และเป้าหมายขององค์กร
 - เพื่อให้ผู้บริหารติดตามงานได้ทุกขั้นตอน เพราะมีการแจกจ่ายไปยังผู้เกี่ยวข้องทุกคนและจัดเก็บไว้อ้างอิง
 - เป็นเครื่องมือในการฝึกอบรม เพราะช่วยสร้างความเข้าใจที่ชัดเจน และระบุรายละเอียดได้ครบถ้วน
 - ใช้เป็นสื่อในการประสานงาน เพราะมีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือหน่วยงาน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาเกิดขึ้นสามารถใช้ในการประชุม หรือประสานงานร่วมกัน
 ประโยชน์ของวิธีการปฏิบัติงาน
 - ช่วยลดเวลาในการสอนงาน ในสำนักงานหรือหน่วยงานมักจะมีเจ้าหน้าที่ย้ายเข้าย้ายออกเสมอ และจะต้องมีการสอนงานใหม่เกิดขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานของสำนักงาน ดังนั้นคู่มือปฏิบัติงานจะช่วยประหยัดเวลาในการสอนงานได้มาก

- ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงาน ปัญหาในลักษณะที่ว่าผู้ปฏิบัติงานไม่แน่ใจในขั้นตอนการทำงาน หรือไม่มั่นใจว่าทำไปแล้วถูกระเบียบหรือเปล่า การมีวิธีการปฏิบัติงานช่วยลดปัญหาเหล่านี้และทำให้สามารถทำงานด้วยความมั่นใจยิ่งขึ้น

- ช่วยให้เกิดความสม่ำเสมอในการทำงาน หลายครั้งที่ไม่สามารถชี้วัดว่าใครทำงานมีประสิทธิภาพมากกว่าใคร สามารถใช้วิธีการปฏิบัติงานเป็นบรรทัดฐานในการเปรียบเทียบ และปรับให้การทำงานมีรูปแบบและมาตรฐานเดียวกันได้

- ช่วยลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในการทำงาน คำถามที่ว่า “หน้าที่ใคร” “ใครรับผิดชอบ” “หัวหน้าไม่อยู่ใครเซ็นแทน” คำถามในเชิงปัญหาแบบนี้จะหมดไปถ้ามีวิธีการปฏิบัติงานที่ระบุไว้ให้ชัดเจน

- ทำให้การปฏิบัติงานเป็นแบบมืออาชีพ เมื่อมีบุคคลภายนอกมาเยี่ยมชม คูงาน หรือมีผู้มาตรวจประเมิน การมีวิธีการปฏิบัติงานจะแสดงให้เห็นถึงความเป็นมืออาชีพในการปฏิบัติงาน และช่วยให้สามารถอธิบายกระบวนการงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

- ช่วยในการปรับปรุงงานและออกแบบกระบวนการใหม่ การลดขั้นตอนและระยะเวลาอาจเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การมีวิธีการปฏิบัติงานจะช่วยเป็นฐานทำให้สามารถปรับปรุงงาน หรือออกแบบระบบงานใหม่ได้ง่ายขึ้น

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นแกนหลักสำคัญในการนำนโยบายการบริหารจัดการด้านยาของคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล (pharmaceutical therapeutic committee: PTC) ลงสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาล ซึ่งในการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหาในการสื่อสารระหว่างบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการจัดการด้านยา ไม่เข้าใจบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง การปฏิบัติงานไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และการประสานงานระหว่างวิชาชีพยังไม่สอดคล้องกัน มีผลให้เมื่อมีการประเมินผลด้วยตัวชี้วัดของระบบยาจึงยังไม่บรรลุเป้าหมายของคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์

กลุ่มงานเภสัชกรรม โดยเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวิชาการของกลุ่มงานเภสัชกรรม ได้รับมอบหมายให้จัดทำวิธีการปฏิบัติงาน (work instruction: WI) เกี่ยวกับระบบบริหารยา ตามนโยบายของโรงพยาบาล และจัดทำวิธีการปฏิบัติงานโดยการจัดประชุม Pharmacist conference และให้เภสัชกรทุกท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นตามแนวทางการปฏิบัติงานจริง ส่งผลให้เกิดวิธีการปฏิบัติงาน ของระบบบริหารจัดการด้านยาของโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสักดิ์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. การเตรียมการ

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม มอบหมายให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวิชาการ กลุ่มงานเภสัชกรรม จัดทำวิธีการปฏิบัติงาน โดยกำหนดหัวข้อของวิธีการปฏิบัติงาน ดังนี้

- การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction :ADR) และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs)
- การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)
- การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (medication reconciliation)

2. การดำเนินการ

2.1. จัดทำ “วิธีการปฏิบัติงาน” 4 หัวข้อ

2.2 จัดประชุมเจ้าหน้าที่ภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม (pharmacist conference) ได้แก่

- จัดประชุมขอความคิดเห็นจากเภสัชกรประจำกลุ่มงานเภสัชกรรม
- จัดประชุมชี้แจง วิธีการปฏิบัติงานให้กับเภสัชกรห้วงเวลา และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม

2.3. ประเมินความเข้าใจของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม

2.4. ส่งวิธีการปฏิบัติงานทั้ง 4 เรื่อง เพื่อขอรหัสเอกสารของโรงพยาบาล

2.5. เผยแพร่เอกสาร วิธีการปฏิบัติงาน

2.6. เข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจวิธีการปฏิบัติงานทั้ง 4 เรื่อง ให้กับหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล

2.7. ประเมินผลวิธีการปฏิบัติงานการติดตามจากตัวชี้วัด

5. ผู้ร่วมดำเนินการ -

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวิชาการของกลุ่มงานเภสัชกรรม ได้รับมอบหมายจากหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ดังนี้

1. จัดทำ “วิธีการปฏิบัติงาน” หัวข้อดังนี้

- การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction :ADR) และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs)
- การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)
- การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (medication reconciliation)

2. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม (pharmacist conference)
 - จัดประชุมขอความคิดเห็นจากเภสัชกรประจำกลุ่มงานเภสัชกรรมเพื่อแก้ไขหรือปรับวิธีการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับแนวทางที่ปฏิบัติอยู่จริงในปัจจุบัน และสามารถนำวิธีการปฏิบัติงานที่จัดทำไปใช้ได้จริง
 - จัดประชุมชี้แจง วิธีการปฏิบัติงานให้กับเภสัชกรห้วงเวลา และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม เพื่อให้เข้าใจแนวทางและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
3. จัดทำแบบประเมินการให้ความรู้ วิธีการปฏิบัติงานสำหรับเภสัชกรห้วงเวลา และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม รวมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงานด้วย
4. ส่งวิธีการปฏิบัติงานทั้ง 4 เรื่อง ส่งฝ่ายวิชาการและแผนงานเพื่อขอรหัสเอกสารของโรงพยาบาล
5. เผยแพร่เอกสาร วิธีการปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล
6. เข้าร่วมประชุมกับองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจวิธีการปฏิบัติงานทั้ง 4 เรื่อง
7. ประเมินผลวิธีการปฏิบัติงานโดยการติดตามตัวชี้วัดของกลุ่มงานเภสัชกรรม โดยมีสัดส่วนผลงานดังกล่าว 100%

7. ผลสำเร็จของงาน

7.1 ผลการดำเนินงานจัดทำและเผยแพร่ “วิธีการปฏิบัติงาน” ของกลุ่มงานเภสัชกรรม 4 ฉบับ ดังนี้

- การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction :ADR) และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
- การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs)
- การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)
- การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (medication reconciliation)

7.2 เผยแพร่วิธีการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้นำวิธีไปปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพของตนเองและประสานงานกันได้อย่างถูกต้อง

ส่งผลให้โรงพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารระบบยา นุคลากรสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องสอดคล้องและประสานงานกัน ซึ่งหากพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติงานตามขั้นตอนวิธีการปฏิบัติงาน นุคลากรสหสาขาวิชาชีพจะสื่อสารโดยการเขียนแบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ส่งให้คณะกรรมการบริหารระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล จะรวบรวมปัญหาเพื่อแก้ไข ปรับปรุง

ระบบให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เป็นเลขานุการในการนำมติที่ประชุมที่ปรับเปลี่ยนแนวทางต่างๆ ลงสู่การปฏิบัติและแก้ไขจริง

นอกจากนี้กลุ่มงานเภสัชกรรมยังได้กำหนดตัวชี้วัดในการบริหารจัดการด้านยาเป็นตัวชี้วัด ของกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อให้สามารถประเมินผลของวิธีการปฏิบัติงานดังกล่าวด้วย

ตัวชี้วัด

1. การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction : ADR) และ การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ.			
		ก่อนใช้			หลังใช้
		วิธีการปฏิบัติงาน			วิธีการปฏิบัติงาน
		51	52	53	54
อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (ราย)	0	2	0	2	0

จากข้อมูลจะเห็นว่าในปี 2554 ไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำอีก แต่เนื่องจากยังอยู่ในการ เฝ้าระวังดังนั้น จึงต้องยังกำหนดตัวชี้วัดนี้เพื่อประเมินผล

2. การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ.			
		ก่อนใช้			หลังใช้
		วิธีการปฏิบัติงาน			วิธีการปฏิบัติงาน
		51	52	53	54
อัตราการบันทึกการติดตาม การใช้ยาความเสี่ยงสูง (%)	≥ 80%	N/A	N/A	76	83.90

จากข้อมูลการนิเทศงานของเภสัชกรในปี 2554 พยาบาลสามารถบันทึกการติดตามการใช้ ยาความเสี่ยงสูงได้ครบถ้วนมากขึ้น และสามารถใช้อันที่สื่อสารให้บุคลากรวิชาชีพอื่นเข้าใจด้วย แต่อย่างไรก็ตามเภสัชกรจะต้องกระตุ้น เน้นย้ำ พยาบาลหน้างานเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

3. การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ.			
		ก่อนใช้			หลังใช้
		วิธีการปฏิบัติงาน			วิธีการปฏิบัติงาน
		51	52	53	54
1. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก					
1.1 Prescribing error	< 10/1000 ใบสั่งยา	3.14	3.92	2.51	3.7
1.2 Dispensing error	< 10/1000 ใบสั่งยา	5.78	15	38.79	10.8
1.3 Administration error	< 10/1000 ใบสั่งยา	0.37	0.36	0.36	0.3
1.4 Administration error	< 10/1000 ใบสั่งยา	0.3	0.17	0.47	0.03
2. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน					
1.1 Prescribing error	< 10/1000 วันนอนรวม	2.78	14.5	7.10	3.2
1.2 Dispensing error	< 10/1000 วันนอนรวม	N/A	5.15	22.03	14.5
1.3 Administration error	< 10/1000 วันนอนรวม	11.82	12.40	9.29	8.2
1.4 Administration error	< 10/1000 วันนอนรวม	4.27	12.20	12.95	6.5

จากการเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ของปี 2553 และ 2554 จะเห็นว่าลดลง เนื่องจากการใช้วิธีการปฏิบัติงานทำให้นุคลากรวิชาชีพที่ปฏิบัติงานรับทราบกระบวนการและบทบาทหน้าที่ของตนเองชัดเจน รวมทั้งมีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเป็นระบบ ทำให้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุแนวทางแก้ไข ผู้ปฏิบัติงานรับทราบข้อผิดพลาดมีผลให้ข้อมูล ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงทุกประเภท

4. การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (medication reconciliation)

ความคลาดเคลื่อน	ปี พ.ศ.			
	ก่อนใช้ วิธีการปฏิบัติงาน			หลังใช้ วิธีการปฏิบัติงาน
	51	52	53	54
สั่งจ่ายยาผิดขนาด	N/A	N/A	6	5
สั่งจ่ายยาผิดวิธีใช้	N/A	N/A	3	1
สั่งจ่ายยาผิดความแรง	N/A	N/A	4	8
สั่งจ่ายยาผิดชนิด	N/A	N/A	4	13
แพทย์ไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับ	N/A	N/A	35	23
หยุดยาโดยไม่ระบุเหตุผล	N/A	N/A	15	34
เปลี่ยนขนาดใช้ยาโดยไม่สื่อความหมายเพิ่ม/ลด	N/A	N/A	1	18
สั่งยากลับบ้าน โดยระบุว่า “ยาเดิม”	N/A	N/A	5	36
รวม			74	138

จากข้อมูล หลังจากใช้วิธีการปฏิบัติงานแล้ว เกสัชกรสามารถพบความคลาดเคลื่อนจากการ
ใช้ยาของแพทย์เพิ่มขึ้น และสามารถสอบถามแพทย์ผู้สั่งยาหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว
และทันเวลา

8. การนำไปใช้ประโยชน์

จากการที่กลุ่มงานเภสัชกรรมได้จัดทำ “วิธีการปฏิบัติงาน” การบริหารจัดการด้านยา
4 ฉบับ

1. โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ฯ มีแนวทางการปฏิบัติงานในเรื่อง การเฝ้าระวังอาการไม่
พึงประสงค์จากการใช้ยาและการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง
การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา
2. นุคลากรสหสาขาวิชาชีพสามารถนำวิธีการปฏิบัติงานไปปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพ
ของตนเองและประสานงานกันได้อย่างถูกต้อง
3. กำหนดตัวชี้วัด เป้าหมาย และประเมินผลการบริหารจัดการด้านยาของโรงพยาบาล
ในแต่ละปี

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ในการดำเนินการจัดทำวิธีการปฏิบัติงานต้องสอบถามการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละวิชาชีพ และนำมาจัดทำเป็นวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรแต่ละคน หรือแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกัน จึงต้องใช้ประสบการณ์ของเกสัชกรเองในการสรุปและจัดทำวิธีการปฏิบัติงานฉบับร่างขึ้นมาก่อนแล้วจึงจัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นเพื่อปรับแก้ไขให้ตรงกับการปฏิบัติงานจริง และสามารถใช้เป็นแนวทางได้จริงด้วย

2. ขั้นตอนในการจัดทำวิธีการปฏิบัติงาน ต้องระดมความคิดเห็นของเกสัชกรที่ปฏิบัติงานนั้นๆจริงๆให้ช่วยแก้ไข ปรับปรุง แล้วจึงนำมาให้เกสัชกรทุกคนอ่าน เพื่อตรวจสอบให้เข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน จึงต้องใช้ระยะเวลาานพอสมควร

3. ในขั้นตอนการเผยแพร่วิธีการปฏิบัติงานให้บุคลากรทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องของทุกคนทุกหน่วยงาน ทราบ เข้าใจ และปฏิบัติได้ตามแนวทางในวิธีปฏิบัติงานโดยวิธีพูดคุย ชักถาม ประชุมชี้แจง จัดทำเอกสารเผยแพร่ ซึ่งต้องใช้ทั้งเวลา และทรัพยากรต่างๆ เป็นจำนวนมาก

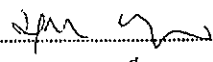
10. ข้อเสนอแนะ


จากการจัดทำวิธีการปฏิบัติงานทั้ง 4 เรื่อง ควรให้บุคลากรสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดทำวิธีการปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มต้น โดยขั้นตอนเริ่มจัดทำ กลุ่มงานเกสัชกรรมกำหนดหัวข้อและจัดทำวิธีการปฏิบัติงานขึ้น แล้วจึงเชิญประชุมบุคลากรแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อสอบถามและทำความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ คำจำกัดความ ขอบเขต ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบ และตัวชี้วัด ซึ่งน่าจะได้อัปเดตที่ดี ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการจัดทำวิธีการปฏิบัติงานแต่ละฉบับมากขึ้น และอาจมีความคิดในการจัดทำวิธีการปฏิบัติงานในหัวข้ออื่นๆที่จำเป็นและควรจัดทำจากการประชุมอีกด้วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สุวิมล ลิ้มลา
 (นางสาวสุวิมล ลิ้มลา)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 (วันที่) ๒๗ ส.ค. ๒๕๕๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นางนุชจิรา เคียงตระกูล)
 (ตำแหน่ง) ภาตชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
 หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
 โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ
 (วันที่) ๒๗ ส.ค. ๒๕๕๕

(ลงชื่อ) 
 (นางนุชจิรา ชันยาธุติ)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ
 (วันที่) ๒๗ ส.ค. ๒๕๕๕

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ของ นางสาวสุรวิรัตน์ ลำเลา

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เกษักรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 110) กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง กลุ่มงานเภสัชกรรม
โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสักดิ์ ชูตินุช โร อุทิศ สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำและปรับปรุง วิธีการปฏิบัติงาน (work instruction) ของระบบบริหารยา

โรงพยาบาล หลวงพ่อกวีสักดิ์ ชูตินุช โร อุทิศ

หลักการและเหตุผล

การจัดทำ “วิธีการปฏิบัติงาน” ในการบริหารจัดการระบบยาของโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดภายในโรงพยาบาล ซึ่งต้องรับทราบขอบเขต หน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ และปฏิบัติงานในส่วนของตัวเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้อง ประสานงานกับวิชาชีพอื่นๆ เพื่อผลเป้าหมายสุดท้ายคือผู้ป่วยได้รับการบริการตามมาตรฐาน ปลอดภัย และหายจากอาการเจ็บป่วย ซึ่งจากการจัดทำวิธีการปฏิบัติงานการบริหารจัดการระบบยาใน 4 เรื่อง ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction : ADR) และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs) การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (medication reconciliation) แล้วนั้น ยังจำเป็นต้องมีวิธีการปฏิบัติงานในเรื่องอื่นๆอีก เพื่อให้ครอบคลุมกับการบริหารจัดการระบบยาของโรงพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้ริเริ่มและดำเนินการจัดทำเพิ่มเติมขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้วิธีการปฏิบัติงานที่ได้จัดทำไปแล้ว ก็ควรมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้เป็นปัจจุบัน เหมาะกับการปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะได้นำวิธีการปฏิบัติงานที่ประกาศใช้แล้วนั้นมาทบทวนและระดมความคิดเห็น เพื่อแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. จัดทำ วิธีการปฏิบัติงาน (work instruction) ของระบบบริหารยา ที่ยังมีได้มีการดำเนินการ
ได้แก่

- การประเมินและติดตามความเหมาะสมในการใช้ยา (drug use evaluation : DUE)
- การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยวัณโรค
- การเตือนการแพ้ยาข้ามในกลุ่มเดียวกัน (cross reactivity)
- การให้ยากลุ่มเสี่ยงกลับเข้าไปใหม่ (rechallenge)

2. ปรับปรุง วิธีการปฏิบัติงาน (work instruction) ของระบบบริหารยา ที่ได้จัดทำแล้ว ให้ทันสมัย และเหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง ได้แก่

- การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction :ADR) และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

- การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs)

- การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)

- การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (medication reconciliation)

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ในการดำเนินงานจัดทำ “วิธีการปฏิบัติงาน” ได้มีการประชุมและมีข้อตกลงในการจัดทำวิธีการปฏิบัติงาน ในเรื่อง การประเมินและติดตามความเหมาะสมในการใช้ยา (drug use evaluation : DUE) การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยวัณโรค การเตือนการแพ้ยาข้ามในกลุ่มเดียวกัน (cross reactivity) การให้ยากลับเสี่ยงกลับเข้าไปใหม่ (rechallenge) ซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมได้มอบหมายให้เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานวิชาการเป็นผู้ดำเนินการจัดทำร่างวิธีการปฏิบัติงานทั้ง 5 เรื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดภายในโรงพยาบาล โดยเมื่อเภสัชกรงานวิชาการได้จัดทำร่างเรียบร้อยแล้ว ก็จะมีการระดมความคิดเห็น และมีข้อสรุปซึ่งเภสัชกรทุกคนที่มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ได้แสดงความคิดเห็น และตรวจทานวิธีการปฏิบัติงาน ก่อนที่จะประกาศใช้เป็น “วิธีการปฏิบัติงาน” ใน 4 เรื่องดังกล่าวในการบริหารจัดการระบบยาของโรงพยาบาลแล้วจึงเผยแพร่และสื่อสารไปสู่บุคลากรสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้อาจมีข้อคิดเห็นจากบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งอาจจะต้องการปรับปรุง แก้ไขอีกหลายครั้ง โดยกลุ่มงานเภสัชกรรมตั้งเป้าหมายว่า ควรจะมีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน เป็นประจำทุกปี และมีการจัดทำ “วิธีการปฏิบัติงาน” ในการบริหารจัดการระบบยาเพิ่มเติมอีก เพื่อให้ครอบคลุมงานทุกด้านของระบบยาของโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลหลวงพ่อดำมีแนวทางปฏิบัติงาน ในเรื่อง

- การประเมินและติดตามความเหมาะสมในการใช้ยา (drug use evaluation : DUE)

- การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยวัณโรค

- การเตือนการแพ้ยาข้ามในกลุ่มเดียวกัน (cross reactivity)

- การให้ยากลับเสี่ยงกลับเข้าไปใหม่ (rechallenge)

2. บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ สามารถนำวิธีการปฏิบัติงานไปปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพของตนเอง และประสานงานกันได้อย่างถูกต้อง

3. กำหนดตัวชี้วัด เป้าหมาย และสามารถประเมินผลการบริหารจัดการด้านของ
โรงพยาบาลได้

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ป่วยที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพในขนาดที่เหมาะสม เป้าหมาย $\geq 80\%$
2. อัตราผู้ป่วยนอกที่รับยาคำนวณเวชไอวีที่มีความร่วมมือในการใช้จ่าย $\geq 95\%$ เป้าหมาย $\geq 80\%$
3. อัตราผู้ป่วยวันโรคที่มีความร่วมมือในการใช้จ่าย $\geq 95\%$ เป้าหมาย $\geq 80\%$
4. อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (ราย) เป้าหมาย = 0

(ลงชื่อ) สุทธิรงค์ อินดา

(นางสาวสุริรัตน์ อินดา)


ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) ๒๗ ต.ค. ๒๕๕๕

ภาคผนวก

บรรณานุกรม

1. เสถียร คามีสักดิ์ (2553). การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน ข้าราชการตำแหน่ง ประเภททั่วไป วิชาชีพ เฉพาะ เชี่ยวชาญเฉพาะและพนักงานมหาวิทยาลัย สายสนับสนุน. กรุงเทพฯ : สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
2. ธนาวิษณุ จินดาประดิษฐ์ (2553). การจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน (Work Manual) โครงการพัฒนา นวัตกรรมการเรียนรู้. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการ. พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ ก.พลพิมพ์ (1996) จำกัด : กรุงเทพฯ.
3. กุลประภัสสร โกละกะ (2550). การเขียนคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน. กอง วิชาการและแผนงาน กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.
4. สายพิน วิไลรัตน์ (2535). คู่มือปฏิบัติงาน. งานวารสารวิทยบริการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 14, 1 (มิ.ย. 2535) ,26-30.

	โรงพยาบาลหลวงพ่отวีศักดิ์ ชุติธรโรฎุทิต LAUNG PHO TAWEEESAK HOSPITAL	รหัสเอกสาร Doc. No. WI-PHA-009	วันที่ใช้ 1 กันยายน 2553 Effective Date 1 September 2010
วิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เรื่อง : การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction : ADR) และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ		ปรับปรุงครั้งที่ : 0	หมายเลขหน้า 1 จาก 19 Page 1 of 19

วิธีการปฏิบัติงานเรื่อง การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction : ADR) และ
การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- 1.2 เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

2. ขอบเขต

การจัดการและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การสั่งใช้ การจ่ายยา การบริหาร การติดตามผลการใช้ยา การประเมินความสัมพันธ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับยาที่ใช้และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ โดยเน้นการดำเนินการเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. คำจำกัดความ

3.1 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) หมายถึงอาการหรือผลที่เกิดขึ้นเป็นอันตรายต่อร่างกายของมนุษย์เมื่อใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะเกิดจากการใช้ยาเกินขนาด โดยจงใจหรืออุบัติเหตุ การใช้ในทางที่ผิด ความบกพร่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือการหยุดใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยอาจสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมไปถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction: ADR)⁽¹⁾

3.2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction: ADR) หมายถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ และเป็นอันตรายต่อร่างกายของมนุษย์ เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาโรค หรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของร่างกาย โดยไม่รวมปฏิกิริยาที่เกิดจากการใช้ยาในทางที่ผิด อุบัติเหตุหรือจงใจใช้ยาเกินขนาด และผิดวิธี⁽¹⁾

3.3 การแพ้ยา (Drug allergy) หมายถึงปฏิกิริยาที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อต้านยาที่ได้รับเข้าไป⁽²⁾

3.4 การแพ้ยาซ้ำ (Repeated ADR type B) หมายถึงเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาทั้งโดยตนเอง ผู้ดูแลหรือจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วเกิดอาการแพ้ยา โดยที่ผู้ป่วยเคยเกิดอาการแพ้ยาดังกล่าวจากยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน มาก่อน และเคยมีประวัติการบันทึกในเวชระเบียนหรือเอกสารของโรงพยาบาลหลวงพ่отวีศักดิ์ ชุติธรโรฎุทิต ยกเว้น การตั้งใจให้ยาซ้ำของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษา หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือกรณีที่ผู้ป่วยตั้งใจให้ยาซ้ำด้วยตนเอง

3.5 การแพทย์ในกลุ่มเดียวกัน หมายถึงเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาทั้งโดยตนเอง ผู้ดูแลหรือจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วเกิดอาการแพ้ยาในลักษณะเดิมที่เคยแพ้มาก่อน จากยาที่มีสูตร โครงสร้างทางเคมี คล้ายคลึงกัน ทั้งที่เคยมีประวัติและไม่มีประวัติการบันทึกในเวชระเบียนหรือเอกสารของโรงพยาบาล

4. ความรับผิดชอบ

4.1 คณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ (PTC) เป็นผู้กำหนดนโยบายให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาล

4.2 คณะกรรมการพัฒนาระบบยา ประสานงานเพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบาย สรุปรูปปัญหาที่เกิดจากระบบการดำเนินงานเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ (PTC)

4.3 แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ADR สั่งใช้ยาเพื่อบรรเทา/รักษาอาการ บันทึกในเวชระเบียนและแนะนำผู้ป่วย พร้อมทั้งแจ้ง ADR แก่เภสัชกร

4.4 เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการ ตั้งแต่รับแจ้ง ADR หรือช้กประวัติผู้ป่วยพบ ADR การประเมิน ADR แนะนำผู้ป่วยและออกบัตรแพ้ยา การบันทึกข้อมูลลงใน Computer บันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ออกบัตรแพ้ยา บันทึกข้อมูลในแบบรายงาน ADR รายงาน ADR ส่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

4.5 พยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบการช้กประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งแจ้งการเกิด ADR / สงสัย ADR แก่แพทย์และเภสัชกร รวมทั้งดูแลให้การพยาบาล และบันทึกการพยาบาล

4.6 กลุ่มงานเภสัชกรรม เป็นผู้รับผิดชอบ ติดตามและประเมินผล การเฝ้าระวังการติดตาม ADR และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

4.7 ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีหน้าที่ในการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามระบบการรายงานของโรงพยาบาล

5. รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

5.1 การรายงาน ADR ตามระบบ Spontaneous Reporting System (SRS) รายงานตามแบบ Flow Chart (ภาคผนวกแนบท้าย)

5.2 การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ใช้การบันทึกข้อมูลแพ้ยาลงในคอมพิวเตอร์ การบันทึกลงปกร OPD Card (ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยา) การบันทึกในเวชระเบียน การให้บัตรแพ้ยา เป็นการแจ้งเตือนและป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ซึ่งข้อมูลที่ได้มาจากการเฝ้าระวังตามระบบรายงานในข้อ 5.1

5.3 การเฝ้าระวังตามระบบ Intensive ได้แก่

- การเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม G-6-P-D

แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย G-6-P-D แพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้แจ้ง Case G-6-P-D โดยที่เภสัชกรเป็นผู้บันทึกลงปกร OPD Card และบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ การเฝ้าระวังให้ใช้ Process ใน Flow Chart ADR

5.4 การประกันคุณภาพ

เมื่อเกิดอุบัติเหตุการแพ้ยาซ้ำต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุ (Root Cause Analysis) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อการแก้ไขเชิงระบบและวางแนวทางปฏิบัติที่รัดกุมขึ้นเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ โดยรายงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ (PTC)

6. เอกสารอ้างอิง

6.1 คู่มือแนวทางการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

6.2 WHO Publication: Safety of medicine. A guide to detecting and reporting adverse drug reactions. Geneva: World Health Organization, 2002. Available at URL:

http://WWW.cdmubengal.org/other_infor/WHOSafetyOfMedicinesGuide.pdf. Access date: Dec 26, 2005.

7. ตัวชี้วัด

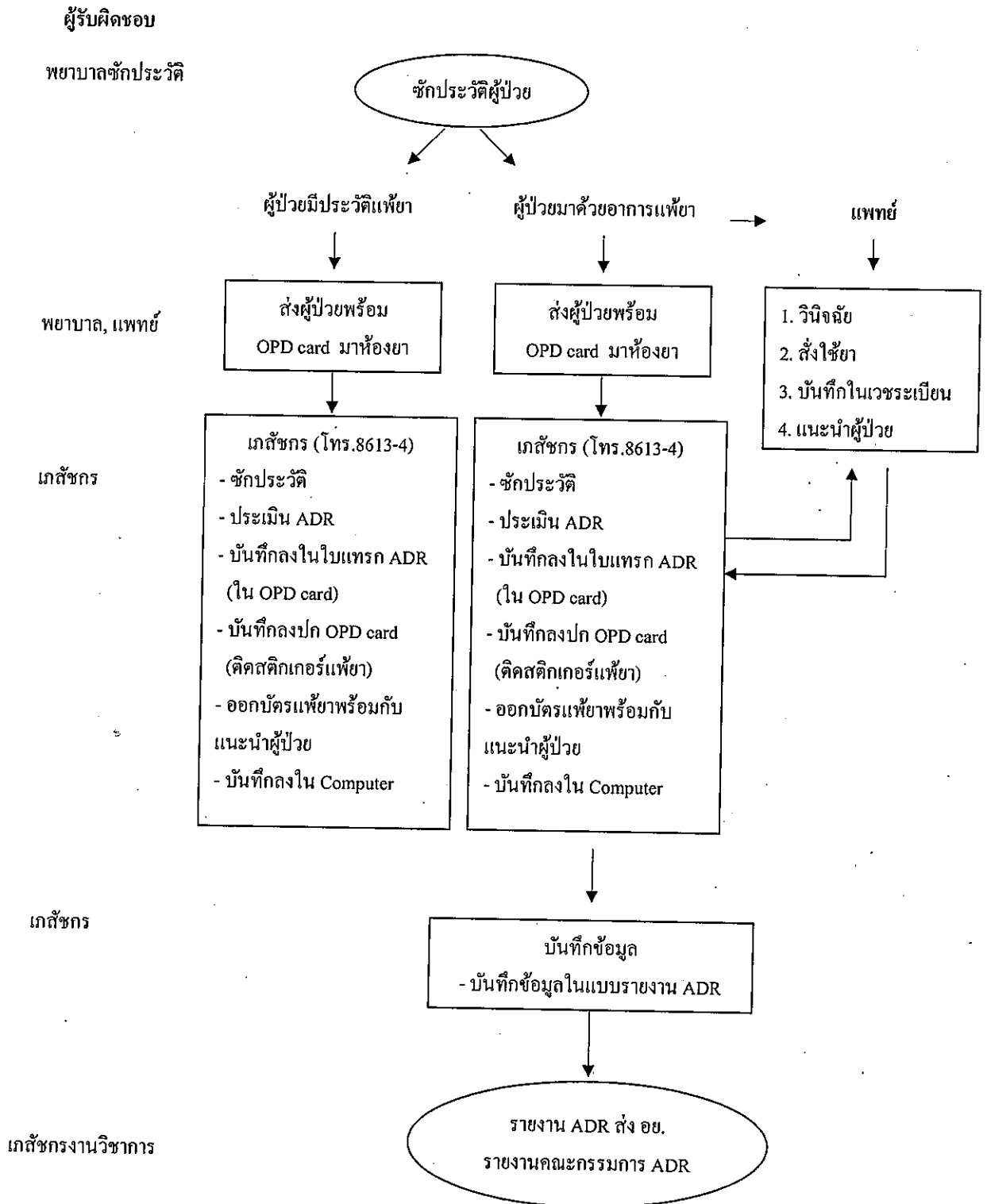
จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ

8. ภาคผนวก

- 8.1 รายละเอียดขั้นตอนการติดตามและประเมิน ADR ผู้ป่วยนอก
- 8.2 รายละเอียดขั้นตอนการติดตามและประเมิน ADR ผู้ป่วยใน
- 8.3 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของศูนย์ ADR
- 8.4 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิด Type A และ Type B
- 8.5 กลุ่มยาที่มีข้อมูลการศึกษาในเรื่อง การแพ้ยาข้ามกัน (Cross reactivity)
- 8.6 ใบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)
- 8.7 ใบแทรก ADR (ใน OPD card)
- 8.8 แบบฟอร์มการส่งต่อการติดตามอาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR)
- 8.9 แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์กับยาที่สงสัย (NARANJO ALGORITHM)
- 8.10 แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

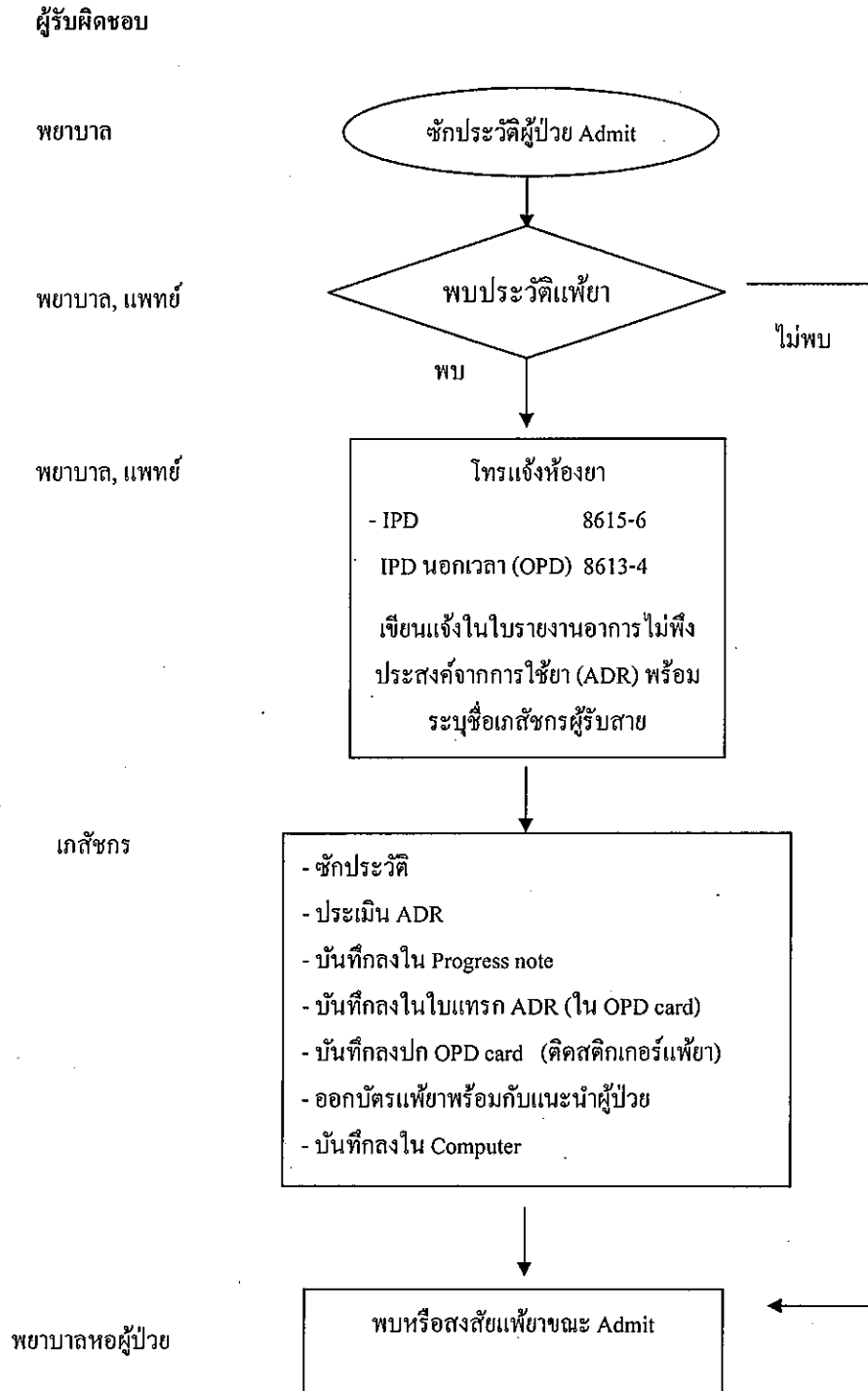
ภาคผนวก

8.1 รายละเอียดขั้นตอนการติดตามและประเมิน ADR ผู้ป่วยนอก



หมายเหตุ ผู้ป่วย G-6-PD ใช้ Flow การรายงานเช่นเดียวกับผู้ป่วยแพ้ยา

8.2 ขั้นตอนการติดตามและประเมิน ADR ผู้ป่วยใน



8.2 ขั้นตอนการติดตามและประเมิน ADR ผู้ป่วยใน (ต่อ)

ผู้รับผิดชอบ

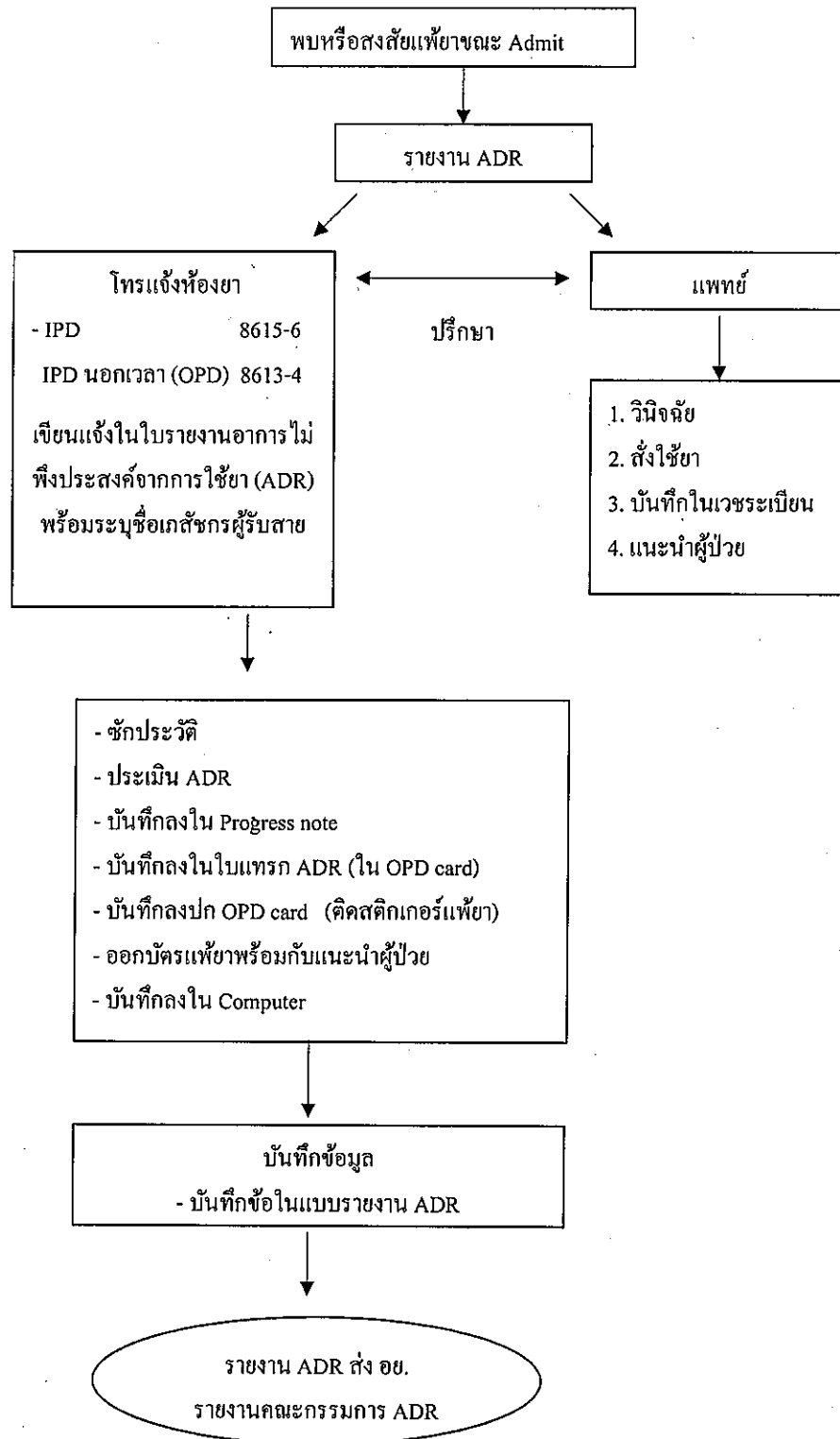
พยาบาลหอผู้ป่วย

แพทย์, พยาบาล

เภสัชกร

เภสัชกร

เภสัชกรงานวิชาการ



หมายเหตุ ผู้ป่วย G-6-PD ใช้ Flow การรายงานเช่นเดียวกับผู้ป่วยแพ้ยา

รายละเอียดของขั้นตอนการติดตามและประเมิน ADR ของเภสัชกร

1. แนวทางการซักประวัติผู้ป่วยเพื่อประเมิน ADR

- เคยแพ้ยาหรือไม่
- ถ้าแพ้ ทราบชื่อยาที่แพ้หรือไม่ ชื่อยาอะไร ทราบชื่อยาที่แพ้ได้อย่างไร
- ใครเป็นผู้บอกท่านว่าแพ้ยา และมีบัตรแพ้ยาไหม
- กรณีเคยแพ้แต่ไม่ทราบชื่อยา ยาที่แพ้มีรูปร่างอย่างไร ใช้ยาดังกล่าวเพื่อรักษาโรคอะไร ได้รับยามาจากที่ไหน รับประทานยาอย่างไร
- ลักษณะอาการแพ้ยาเป็นอย่างไร
- เกิดอาการหลังจากรับประทานยาหรือไม่/ใช้ยาไปนานเท่าไร รับประทานหรือใช้ยาไปกี่มื้อ
- อาการที่เกิดขึ้นคงอยู่นานแค่ไหน
- ภายหลังจากเกิดอาการ หยุดยาหรือไม่ ถ้าหยุดยา อาการเป็นอย่างไร ดีขึ้นหรือไม่ แล้วกลับมาใช้ยาซ้ำใหม่ เกิดอาการซ้ำอีกหรือไม่
- ลองซักถามชื่อยาในกลุ่มเดียวกันว่าเคยรับประทานหรือไม่ ถ้าเคย มีอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยาหรือไม่ อย่างไร
- เคยแพ้อาหารหรือไม่
- มีโรคประจำตัวหรือยาประจำตัวอะไรบ้าง รับประทานอย่างไร
- ปกติเวลาเจ็บป่วย จะไปรักษาที่โรงพยาบาลใด
- ขอดูยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ทั้งหมด
- เภสัชกรซักประวัติและสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการใช้ยา และอาการ ADR ที่เกิดขึ้น
- เภสัชกรสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับยาที่สงสัย และประเมินว่าอาการ ADR ของผู้ป่วยเกิดจากยาที่สงสัยหรือไม่ โดยต้องพิจารณาร่วมกับความเห็นของแพทย์
- เภสัชกรประเมินร่วมกับความเห็นของแพทย์ว่าอาการ ADR ที่เกิดสัมพันธ์กับยาที่สงสัยหรือไม่

2. การประเมิน ADR

- ใช้แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm) ตามภาคผนวกแนบท้าย 8.8

3. การบันทึกลงในใบแทรก (ใน OPD card)(กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)/การบันทึกลงใน Progress note (กรณีผู้ป่วยใน)

ให้เภสัชกรทุกท่านบันทึกการติดตามและประเมิน ADR ลงในใบแทรก (ใน OPD card) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน/บันทึกลงใน Progress note (กรณีผู้ป่วยใน) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาจากที่อื่น/ผู้ป่วยแจ้งแพ้ยา

Pharmacist note

ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาจากที่อื่นระบุ.....(หากทราบ)/ผู้ป่วยแจ้งแพ้ยา ระบุ.....
(หากทราบ)/ ชื่อยา.....มีอาการ.....ดังนั้น ลง/ไม่ลงประวัติแพ้ยา
ลงชื่อ.....(บรรจง)

วัน เดือน ปี

➤ ผู้ป่วยมาด้วยอาการแพ้ยา/พบหรือสงสัยแพ้ยาขณะ Admit

Pharmacist note

ผู้ป่วยมาด้วยอาการแพ้ยา/พบหรือสงสัยแพ้ยาขณะ Admit ชื่อยา.....
มีอาการ.....ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์กับยาที่สงสัย โดยใช้
Naranjo's algorithm ได้ระดับคะแนน.....ประเมินผลได้.....
คั่งนั้นลง/ไม่ลงประวัติแพ้ยา และพิจารณาให้แพทย์.....
(ขอเสนอแนะของแต่ละกรณี เช่น หยุดยา ใช้อายูทอป หรือระบุเหตุผล)

ลงชื่อ.....(บรรจง)

วัน เดือน ปี

หมายเหตุ: กรณีเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่เภสัชกรผู้รับสายไม่สามารถขึ้นไปประเมินผู้ป่วยได้ เช่น นอกเวลา
หรือ ขึ้นไปประเมินแล้ว แต่ยังไม่สามารถสรุปผลการประเมินได้ หรือ ต้องสังเกตอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง ให้เขียนแบบฟอร์ม
การส่งต่อการติดตามอาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) พร้อมกับแบบในใบบันทึก Profile ของผู้ป่วยรายนั้นๆ
ด้วย เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แก่เภสัชกรประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยในต่อไป

4. การบันทึกลงปก OPD card (ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยา)

กรณีเกิดแพ้ยา ติดสติ๊กเกอร์สีชมพู

เภสัชกรติดสติ๊กเกอร์สีชมพู มีข้อความว่า “ผู้ป่วยแพ้ยา” บนด้านขวาหน้าปก OPD card ของผู้ป่วย โดยให้ระบุ
ชื่อสามัญทางยาหรือชื่อการค้า อาการแพ้ที่เกิดขึ้น วันที่ที่บันทึกข้อมูล ชื่อเภสัชกรผู้บันทึกข้อมูล และชื่อแพทย์ผู้วินิจฉัย
กรณีผู้ป่วยให้ประวัติว่าเคยประวัติแพ้ยาจากที่อื่น ระบุ.....(หากทราบ)/ผู้ป่วยแจ้งแพ้ยา ระบุ.....(หากทราบ)
โดยไม่มีอาการแพ้ยามาในการตรวจครั้งนี้ ให้เขียนระบุด้วยว่า “ผู้ป่วยแจ้งแพ้ยา.....หรือมีประวัติแพ้ยาจากที่อื่น
ระบุ.....(หากทราบ)”

กรณีเกิด ADR ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง

เภสัชกรติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง มีข้อความว่า “ผู้ป่วยเกิด ADR” บนด้านขวาหน้าปก OPD card ของผู้ป่วย โดยให้
ระบุชื่อสามัญทางยาหรือชื่อการค้า อาการ ADR ที่เกิดขึ้น วันที่ที่บันทึกข้อมูล ชื่อเภสัชกรผู้บันทึกข้อมูล และชื่อแพทย์ผู้
วินิจฉัย กรณีผู้ป่วยให้ประวัติว่าเคยเกิด ADR จากที่อื่น ระบุ.....(หากทราบ)/ผู้ป่วยแจ้ง ADR ระบุ.....
(หากทราบ) โดยไม่มีอาการ ADR มาในการตรวจครั้งนี้ ให้เขียนระบุด้วยว่า “ผู้ป่วยแจ้ง ADR.....หรือมีประวัติเกิด
ADR จากที่อื่น ระบุ.....(หากทราบ)”

ตัวอย่าง

➤ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาจากที่อื่น/ผู้ป่วยแจ้งแพ้ยา

ลงชื่อยา.....อาการ.....(ประวัติแพ้ยาจากที่อื่น ระบุ.....
(หากทราบ)/ผู้ป่วยแจ้งแพ้ยา)

ลงชื่อ.....(บรรจง)

วัน เดือน ปี

➤ ผู้ป่วยมาด้วยอาการแพ้ยา/พบหรือสงสัยแพ้ยาขณะ Admit

ลงชื่อยา.....อาการ.....(ระดับความสัมพันธ์น่าจะใช้/อาจจะใช้/
น่าจะใช่/ใช่แน่)

ลงชื่อ.....(บรรจง)

วัน เดือน ปี

5. การออกบัตรแพ้ยาพร้อมคำแนะนำผู้ป่วย

- ชื่อ-นามของผู้ป่วย
- เลขที่ทั่วไปของผู้ป่วย (HN)
- ชื่อยาที่สงสัยที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ถ้าเป็นไปได้ให้ระบุทั้งชื่อสามัญทางยาและชื่อการค้าเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- อาการ ADR ที่เกิด
- วันที่ที่ออกบัตรแพ้ยา
- ชื่อเภสัชกรที่ออกบัตรแพ้ยา
- เกณฑ์การมอบบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำความสำคัญของบัตรแพ้ยาคังนี้
 - ความเข้าใจในการเกิด ADR และ โอกาสในการเกิดของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน
 - ให้ผู้ป่วยจดจำชื่อยา (ถ้าจำได้) และอาการ ADR ที่เกิด
 - พกบัตรแพ้ยาคิดค้วเสมอ และให้แสดงบัตรทุกครั้งที่ได้รับการตรวจรักษา หรือชื่อยา
รับประทานเอง และควรบอกญาติไว้ด้วยว่าแพ้ยาอะไร
 - หลีกเลี่ยงการใช้ยา หรือกลุ่มยาที่แพ้ และไม่ใช้ยาที่ไม่ทราบชื่อ หรือสรรพคุณ

6. การบันทึกลงใน Computer

- เข้าระบบ PHIS ของโรงพยาบาล
- เลือกหน้าจอ ห้องจ่ายยา
- คีย์ HN ของผู้ป่วย
- เลือก F4
- ลงข้อมูลแพ้ยา
 - แพ้ยา.....
 - ระดับการแพ้
 - ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาจากที่อื่น/ผู้ป่วยแจ้งแพ้ยา
เลือกประวัติแพ้ยา/ผู้ป่วยแจ้ง
 - ผู้ป่วยมาด้วยอาการแพ้ยา/พบหรือสงสัยแพ้ยาขณะ Admit
เลือก น่าสงสัย (unlikely)/อาจจะใช่ (possible)/น่าจะใช่ (probable)/ใช่แน่
(definite)
 - อาการที่แพ้.....
 - วันที่บันทึก
 - ผู้บันทึก

8.3 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของศูนย์ ADR

ตัวชี้วัดคุณภาพงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามีดังนี้

1. การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเชิงระบบ
2. จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ แบ่งเป็น
 - จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำเนื่องจากระบบของโรงพยาบาล
 - จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำที่ไม่มีสาเหตุมาจากระบบของโรงพยาบาล
3. จำนวนครั้งของการแพ้ยากลุ่มเดียวกัน
 - จำนวนครั้งของการแพ้ยากลุ่มเดียวกันเนื่องจากระบบของโรงพยาบาล
 - จำนวนครั้งของการแพ้ยากลุ่มเดียวกันเนื่องจากความตั้งใจของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษาหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
 - จำนวนครั้งของการแพ้ยากลุ่มเดียวกันที่ไม่มีสาเหตุมาจากระบบของโรงพยาบาล
4. จำนวนครั้งการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ร้ายแรง

8.4 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิด Type A และ Type B

Type A (Augmented) ADR เป็นผลจากสัมฤทธิ์เภสัชวิทยาของยาหรือเมตาบอลิซึมของยาสามารถทำนายได้จากสัมฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ไม่มีความจำเพาะในการเกิดกับคนบางกลุ่ม ความรุนแรงของอาการที่เกิดมีความสัมพันธ์กับขนาดของยา ส่วนใหญ่พบตั้งแต่ขั้นตอนการทดลองยาในสัตว์ มีอุบัติการณ์การเกิดสูง แต่มีอัตราการเสียชีวิตน้อย สามารถรักษาได้โดยการลดขนาดยา ลักษณะของ Type A ADR มีดังนี้

1. Toxicity of overdose เป็นพิษจากการได้รับยาเกินขนาด เช่น ตับวาย จากการได้รับ Paracetamol ขนาดสูง
2. Side effect เป็นผลข้างเคียงจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา เช่น อาการง่วงนอนจากยากกลุ่ม Benzodiazepine, อาการ Hypoglycemia จากยากกลุ่ม Sulfonylurea, อาการ Orthostatic, Hypotension จากยาลดความดันโลหิต
3. Secondary effect เป็นผลต่อเนื่องจากฤทธิ์หลักของยา เช่น ท้องเสียจากการใช้ Antibiotics ที่มีฤทธิ์กว้าง ทำให้มีการทำลาย Bacterial flora ในทางเดินอาหารและมีการเจริญของเชื้อที่ดื้อยานั้น จึงทำให้เกิดอาการท้องเสียจากเชื้อที่ดื้อยา
4. Drug interaction เป็นผลจากปฏิกิริยาต่อกันของยาแล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น เช่น อาการชักจากพิษของ Theophylline เมื่อใช้ร่วมกับ Erythromycin

Type B (Bizarre) ADR เป็นปฏิกิริยาตอบสนองเฉพาะสำหรับบางคน จะเกิดขึ้นกับผู้ที่มีความไวต่อยานั้น ผลที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาตามปกติของยา ไม่สามารถทำนายอาการที่เกิดขึ้นด้วยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้ ความรุนแรงของอาการที่เกิดไม่สัมพันธ์กับขนาดยา ได้รับยาเพียงเล็กน้อยก็อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต ไม่สามารถสังเกตพบจากขั้นตอนการตรวจสอบความเป็นพิษของยาในการทดลองยาใหม่ หรือทำนายฤทธิ์จากสัตว์ทดลองได้ มีอุบัติการณ์การเกิดต่ำ แต่ทำให้เสียชีวิตได้สูง การรักษาทำโดยการหยุดใช้ยา ลักษณะของ Type B ADR มีดังนี้

1. Hypersensitivity immunological reaction เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากภูมิคุ้มกันต่อต้านยา เช่น Anaphylaxis จากการแพ้ยากกลุ่มเพนนิซิลลิน
2. Idiosyncratic reaction เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากความผิดปกติในการตอบสนองต่อยาที่เกิดขึ้นเฉพาะตัวของผู้ป่วย อาจเป็นความแตกต่างของเชื้อชาติ อาการที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา และไม่ได้เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน เกิดขึ้นในขนาดปกติของการรักษา มักเป็นความผิดปกติขั้นรุนแรง และไม่สามารถทำนายการเกิดล่วงหน้าได้ เช่น Aplastic anemia จากการใช้ยา Chloramphenicol

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิด Type A และ Type B

Type A	Type B
1. สัมพันธ์กับขนาดยา	1. ไม่สัมพันธ์กับขนาดยา
2. เป็นฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่ทำนายได้	2. ไม่สามารถทำนายฤทธิ์การเกิดได้ด้วยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
3. ส่วนใหญ่พบตั้งแต่ขึ้นตอนการวิจัยทดลองยาในสัตว์	3. ไม่พบในขั้นตอนการวิจัยทดลองยาในสัตว์
4. พบบ่อย มีโอกาสทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้มาก แต่อาการที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรง โอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อย	4. พบน้อย แต่อาการที่เกิดขึ้นมักรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง
5. รักษาโดยการลดขนาดยา	5. รักษาโดยการหยุดยา

ADR ของยาส่วนใหญ่สามารถจัดกลไกการเกิดอยู่ใน Type A หรือ B อันใดอันหนึ่งได้ดังตัวอย่างในตารางที่ 2 แต่บางครั้งก็ยากที่จะจัดอยู่ในแบบใดแบบหนึ่ง เพราะอาการไม่พึงประสงค์บางแบบที่เกิดจากยาชนิดเดียวกันอาจเกิดได้จากทั้งสองกลไก เช่น Agranulocytosis จากการใช้ยา Phenylbutazone หรือ Chloramphenicol อาจเกิดจากกลไกซึ่งมีความสัมพันธ์กับขนาดยาหรือไม่สัมพันธ์กับขนาดยาก็ได้

ตารางที่ 2 ตัวอย่างของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Type A และ Type B

ยา	Type A	Type B
Chlorpromazine	Sedation	Stevens-Johnson syndrome, Chloestatic jaundice
Naproxen	Gastrointestinal hemorrhage	Agranulocytosis, Urticaria
Phenytoin	Ataxia	Hepatitis, Lymphadenopathy, Toxic epidermal necrolysis
Thiazides	Hypokalemia	Thrombocytopenia
Quinine	Tinnitus	Thrombocytopenia
Warfarin	Bleeding	Breast necrosis

8.5 กลุ่มยาที่มีข้อมูลการศึกษาในเรื่อง การแพ้ยาข้ามกัน (Cross reactivity)

กลุ่มยาที่มีข้อมูลการศึกษาในเรื่อง การแพ้ยาข้ามกัน (Cross reactivity) มากที่สุด ได้แก่
ยาในกลุ่ม Beta-lactam

1. ยากลุ่ม Penicillin ได้แก่ Ampicillin[®], Pen V[®], Amoxycillin[®], Cloxacillin[®], Dicloxacillin[®], PGS[®], Tazocin[®], Augmentin[®], Unasyn[®], Sulam[®], Curam[®], Cavumox[®]
2. ยากลุ่ม Cephalosporin ได้แก่ Zeplex[®], Zinacef[®], Zinnat[®], Cef-3[®], Zefa[®], Claraxim[®], Zefam[®], Omnicef[®], Maxipime[®], Meiact[®], Sulcef[®], Sulperazon[®]
3. กลุ่ม Carbapenem ได้แก่ Tienam[®], Meronem[®], Invanz[®]

สรุป

1. กรณีผู้ป่วยแพ้ยาในกลุ่ม Beta-Lactam ตัวใดตัวหนึ่งโดยเกิดอาการที่ไม่รุนแรง เช่น การเกิดผื่นที่ไม่ใช่ผื่นลมพิษ โดยอาจเป็นแบบ maculopapular rash หรือ erythematous rash และกลไกการแพ้ยาไม่น่าจะเกิดจากการสร้าง IgE Antibody สามารถใช้ยาตัวอื่นในกลุ่มได้ โอกาสแพ้ยาข้ามกันมีไม่มาก
2. กรณีผู้ป่วยแพ้ยาในกลุ่ม Beta-Lactam โดยเกิด Anaphylaxis หรืออาการแสดงของการแพ้ยาที่มีกลไกการเกิดผ่านการสร้าง IgE Antibody เช่น การเกิดผื่นลมพิษ, การเกิดการตีบของหลอดลม หรือ ความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยที่มีการแพ้ยาลักษณะนี้ไม่ควรใช้ยาตัวอื่นๆ ในกลุ่ม Beta-Lactam แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่ม Beta-Lactam ควรให้ยาโดยวิธี Desensitization และทำภายใต้การดูแลของแพทย์

ยาที่มี Sulfonamide เป็นส่วนประกอบ

1. กลุ่มยาด้านจุลชีพ ได้แก่ Cotrimoxazole[®], Sulfadiazine[®]
2. กลุ่มยาที่ไม่เป็นยาด้านจุลชีพ ได้แก่ Diamox[®], Minidiab[®], Glucodiab[®], HCTZ[®], Furosemide[®], Probenacid[®], Salazopyrin[®], Celebrex[®], Nidol[®]

ความแตกต่างของยาทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นยาด้านจุลชีพจะมีหมู่ Arylamine (NH₂) อยู่ที่โครงสร้างยา ขณะที่กลุ่มที่ไม่เป็นยาด้านจุลชีพจะไม่มีหมู่ดังกล่าว พบว่าหมู่ Arylamine ในโครงสร้างยากระตุ้นให้เกิดการแพ้ยาได้

สรุป

ยา Sulfonamides ที่ไม่ใช่ยาด้านจุลชีพ ซึ่งไม่มีหมู่ Arylamine ในโครงสร้าง จึงมีโอกาสน้อยที่จะเกิดการแพ้ข้ามกัน ดังนั้น กรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาด้านจุลชีพกลุ่ม Sulfonamides น่าจะสามารถใช้ยาในกลุ่ม Sulfonamides ที่ไม่ใช่ยาด้านจุลชีพได้

ยากลุ่ม Salicylate และ NSAIDs

ยาในกลุ่มนี้อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาการแพ้จริง (True Allergy) หรืออาจเป็นอาการทางคลินิกที่คล้ายคลึงกับปฏิกิริยาการแพ้แต่ไม่ใช่การแพ้ (Pseudoallergy) ก็ได้ ทั้งนี้เนื่องจากกลไกการเกิดไม่ได้ผ่านระบบภูมิคุ้มกัน

สรุป

1. กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคหืด หรือ โรค Chronic idiopathic urticaria (การเกิดภาวะที่เลวลงของผู้ที่เป็นโรคลมพิษเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ หลังได้รับยา Aspirin หรือ NSAIDs ที่มีฤทธิ์ยับยั้ง Cox-I) แต่มีประวัติเกิดอาการผื่นลมพิษ หรือ Angioedema จากยาในกลุ่ม NSAIDs หลายตัวที่มีโครงสร้างไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ควร ใช้น้ำยาตัวใดในกลุ่มนี้อีกเลย กรณีที่จำเป็นต้องใช้น้ำยา Aspirin ต้องให้โดยวิธี Desensitization กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้น้ำยา NSAIDs ควรใช้น้ำยาในกลุ่มที่ยับยั้ง Cox-II

2. กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติเกิดอาการผื่นลมพิษ หรือ Angioedema จากยาเพียงตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่มแต่ไม่แพ้ยาตัวอื่นๆ ในกลุ่มที่มีโครงสร้างไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะสามารถใช้น้ำยา NSAIDs ตัวอื่นที่โครงสร้างไม่เหมือนกับตัวที่ทำให้เกิดการแพ้ได้

3. กรณีที่ผู้ป่วยเกิดผื่นลมพิษ Angioedema หรือ Anaphylaxis จากยา NSAIDs ตัวใดตัวหนึ่งและผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการใช้ NSAIDs ตัวอื่นๆ อีกเลย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ควรใช้น้ำยาตัวใดในกลุ่มนี้อีกเลย กรณีที่จำเป็นต้องใช้น้ำยา Aspirin ต้องให้โดยวิธี Desensitization กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้น้ำยา NSAIDs ควรให้น้ำยาในกลุ่มที่ยับยั้ง Cox-II

ยากลุ่มกันชัก

- พบการแพ้ข้ามกัน(Cross Reactivity)ในกลุ่มยากันชักที่มี Aromatic ring เป็นองค์ประกอบถึง 75%
- ยากันชักที่มี Aromatic ring ในโครงสร้าง ได้แก่ Dilantin®, Tegretol®, Phenobarb®

สรุป

ถ้าผู้ป่วยมี Anticonvulsant Hypersensitivity Syndrome (AHS) เกิดขึ้นเนื่องจากยากันชักตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่มที่มี Aromatic ring เป็นองค์ประกอบไม่ควรใช้น้ำยาใดในกลุ่มนี้อีกเลย แต่มีรายงานการเกิด AHS จาก lamotrigine ด้วยเช่นกัน ดังนั้น ยากันชักที่น่าจะใช้ได้อย่างปลอดภัยในกรณีที่ผู้ป่วยเกิด AHS ได้แก่ Benzodiazepine, Valproic acid, Gabapentin, Topiramate

8.6 ใบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีสะเกษ
ใบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....
OPD: แผนก.....
IPD: ห้อง / เตียง.....หอผู้ป่วย.....

อาการที่พบ: ผื่น เฉพาะที่บริเวณ.....
 หัวตัว เฉพาะที่บริเวณ.....
 บวม เฉพาะที่บริเวณ.....
 หัวตัว เฉพาะที่บริเวณ.....
 อื่นๆ

วันที่เริ่มเกิด.....
ชื่อยาที่สงสัย.....
ผู้รายงาน.....

กรุณาส่งกลับห้องยา (Tel: 8613, 8614, 8616, 8617)

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีสะเกษ
ใบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR)

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....
OPD: แผนก.....
IPD: ห้อง / เตียง.....หอผู้ป่วย.....

อาการที่พบ: ผื่น เฉพาะที่บริเวณ.....
 หัวตัว เฉพาะที่บริเวณ.....
 บวม เฉพาะที่บริเวณ.....
 หัวตัว เฉพาะที่บริเวณ.....
 อื่นๆ

วันที่เริ่มเกิด.....
ชื่อยาที่สงสัย.....
ผู้รายงาน.....

กรุณาส่งกลับห้องยา (Tel: 8613, 8614, 8616, 8617)

8.7 ใบแทรก ADR (ใน OPD card)



โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

แบบบันทึกการประเมินการแพ้ยา

ชื่อ.....

อายุ.....ปี HN.....

วันที่ประเมิน	ชื่อยาที่สงสัยว่าแพ้	ประวัติ/ผลการประเมิน	การแก้ไข	เภสัชกร

8.8 แบบฟอร์มการส่งต่อการติดตามอาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR)

แบบบันทึกการส่งต่อการติดตามอาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ข้อมูลผู้ป่วย HN _____ ชื่อ-สกุล _____ หอผู้ป่วย _____
โรคประจำตัวหรือภาวะที่เกี่ยวข้อง _____

ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์

อาการที่เกิดขึ้น _____ วันที่เกิดอาการ _____

ประเภทของอาการไม่พึงประสงค์

Type A (S/E) Type B (Allergy) Other _____

ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่สงสัย	ขนาด/วิธีใช้	เริ่มใช้	หยุดใช้	แหล่งที่ได้รับยา
1.				
2.				
3.				
ยาอื่นที่ใช้ร่วม (รวมถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพร) ในช่วง 3-6 เดือนก่อนหน้าจนถึงปัจจุบัน				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

การจัดการเหตุการณ์

ผู้บันทึก ภก./ภญ. _____

วันที่ _____

8.9 แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์กับยาที่สงสัย (NARANJO ALGORITHM)

โรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ศักดิ์ ชุตินทรโรตุทิศ

แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Naranjo's algorithm)

ยาที่สงสัย _____

อาการที่เกิดขึ้น _____

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	คะแนน
1. เคยมีการสรุปหรือรายงานการปฏิกริยานี้กับยาชนิดนี้มาแล้ว	+1	0	0	
2. เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นภายหลังจากได้รับยา	+2	-1	0	
3. อาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นเมื่อหยุดยาที่สงสัยหรือเมื่อให้ยาคำานที่จำเพาะเจาะจง	+1	0	0	
4. อาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอีกเมื่อเริ่มใช้ยาใหม่	+2	-1	0	
5. ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นสามารถเกิดจากสาเหตุอื่น นอกเหนือจากยาที่สงสัย	-1	+2	0	
6. ปฏิกริยาคงกล่าวเกิดขึ้นได้อีก เมื่อให้ยาหลอก	-1	+1	0	
7. สามารถตรวจวัดระดับยาในเลือด หรือของเหลวอื่น ได้ความเข้มข้นของยาในระดับที่เป็นพิษ	+1	0	0	
8. ปฏิกริยารุนแรงขึ้น เมื่อเพิ่มขนาดยาหรือลดลงเมื่อลดขนาดของยา	+1	0	0	
9. ผู้ป่วยเคยมีปฏิกริยาคงกล่าวนี้อีกมาแล้วเมื่อได้รับยาก่อน	+1	0	0	
10. อาการไม่พึงประสงค์นี้ ได้รับการยืนยันโดยมีผลปฏิบัติการหรือผลจากการตรวจสอบอื่นๆ ยืนยัน	+1	0	0	
รวมคะแนน				
ผลการประเมิน	[] น้อยกว่า 1 คะแนน-> น่าสงสัย (unlikely)			
	[] 1-4 คะแนน-> อาจจะใช่ (possible)			
	[] 5-8 คะแนน -> น่าจะใช่ (probable)			
	[] มากกว่า 8 คะแนน ขึ้นไป -> ใช่แน่ (definite)			

8.10 เบบรงานการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่รายงาน.....

แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Initial


(ข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับของทางการโดยเฉพาะ)

Follow up

ชนิดของรายงาน Spontaneous Reporting System Intensive Clinical Trial

เลขที่อ้างอิง.....

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย						
เลขที่ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ใหม่ <input type="checkbox"/> เดิม	ประเภท <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใหม่ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	อายุ ปี/เดือน/วัน	เดิมมีประวัติการแพ้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ <input type="checkbox"/> แพ้ (ระบุ).....	ความเจ็บป่วยที่นำไปสู่การรับประทานผลิตภัณฑ์ (Chief complaint) การหรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย ภาวะอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง (โปรดระบุ ICD code กรณีทราบ)	
ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ						
ประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="checkbox"/> ยา/วิสัญญยา <input type="checkbox"/> ยาใหม่ (SMP) <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์ <input type="checkbox"/> วัสดุทางการแพทย์/วัสดุทางการแพทย์						
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ชื่อสามัญ/ชื่อการค้า) (ระบุผลิตภัณฑ์จำหน่ายแล้ว No./Serial No./exp./date กรณีทราบ)	S, O I *	ขนาดและวิธีใช้ (ปริมาณ, ปริมาณ, หน่วย, ความถี่, วิธีใช้)	วันที่เริ่มใช้	วันที่หยุดใช้	โรคหรือสาเหตุที่ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/ระบุ ICD CODE กรณีทราบ	ผลิตภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ ICD CODE กรณีทราบ (1 หรือ 2)
* 1 = Suspected product หมายถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย, 0 = Other product หมายถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อื่น, 1 = Product ที่ระบุแล้ว หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย						
ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์						
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Address/Etcals)			ลักษณะผิดปกติที่พบ/ปฏิกิริยาและผลตรวจร่างกาย ที่อาจเป็นสมพจน์กับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย			
วันที่พบเหตุการณ์.....						
ระดับความรุนแรงของอาการ (Seriousness) <input type="checkbox"/> ไม่รุนแรง (Non-serious) <input type="checkbox"/> รุนแรง (Serious) คือ <input type="checkbox"/> 1. เป็นชีวิต Covert (ระบุ พบพบ) <input type="checkbox"/> 2. อันตรายถึงชีวิต (Life-threatening) <input type="checkbox"/> 3. ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือทำให้เห็นผลระยะยาวในการรักษา <input type="checkbox"/> ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-injury) <input type="checkbox"/> ทำให้เห็นผลระยะยาวในการรักษาอื่น (Prolonged-disease/condition) <input type="checkbox"/> 4.พิการ (Disability) <input type="checkbox"/> 5. เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติสืบกัน (Congenital anomaly) <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ (ระบุ).....	ลักษณะพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> หยุดใช้ (Dechallenge) <input type="checkbox"/> 1. อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน (Definite improvement) <input type="checkbox"/> 2. อาการไม่ดีขึ้น (No improvement) <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ (Unknown) <input type="checkbox"/> ใช้ผลิตภัณฑ์ที่สงสัยต่อไป <input type="checkbox"/> 1. ใช้ต่อเนื่องตามเดิม <input type="checkbox"/> 2. ใช้ต่อเนื่องตามเดิม		ผลการใช้ซ้ำ (Rechallenge) <input type="checkbox"/> ทดลองใช้ซ้ำ (Rechallenge) <input type="checkbox"/> 1. เกิดอาการเดิมซ้ำขึ้นอีก (Recurrence of symptoms) <input type="checkbox"/> 2. ไม่เกิดอาการเดิมซ้ำขึ้นอีก (No recurrence) <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ (Unknown) <input type="checkbox"/> ไม่มีการใช้ซ้ำ (No rechallenge performed)		ผลลัพธ์ (Outcome) ที่สังเกตในภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> 1. หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอย <input type="checkbox"/> 2. หายโดยมีร่องรอยเดิม <input type="checkbox"/> 3. ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> 4. เสียชีวิต <input type="checkbox"/> เนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ระบุ ICD code)..... <input type="checkbox"/> เนื่องจากสาเหตุอื่นที่สงสัยกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="checkbox"/> เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ระบุสาเหตุ) <input type="checkbox"/> 5. ไม่สามารถติดตามผลได้	
ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงานและแหล่งที่มา			ผลการประเมินผลิตภัณฑ์สุขภาพกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
ชื่อผู้แจ้งอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	ชื่อผู้ประเมินผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		สาเหตุการเกิด <input type="checkbox"/> LAOR : ระดับความน่าจะเป็น <input type="checkbox"/> 1.1. ไม่แน่นอน (Definite) <input type="checkbox"/> 1.2. น่าจะเป็น (Probable) <input type="checkbox"/> 1.3. อาจจะใช่ (Possible) <input type="checkbox"/> 1.4. ไม่น่าใช่ (Unlikely) <input type="checkbox"/> 1.5. ไม่สามารถระบุได้ (Unclassified) (ระบุเหตุผล).....		<input type="checkbox"/> 2. ผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย <input type="checkbox"/> 3. ใช้ในทางที่ผิด <input type="checkbox"/> 4. ความบกพร่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ (ระบุ).....	
ที่ตั้งสำนักงาน.....	แหล่งที่มา.....		วันที่.....			

 โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชูตินทรโรอุทิศ LAUNG PHO TAWEESEK HOSPITAL	รหัสเอกสาร	วันที่ใช้ 1 ตุลาคม 2553
	Doc. No. WI-PHA-010	Effective Date 1 October 2010
วิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เรื่อง : การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)	ปรับปรุงครั้งที่ : 0	หมายเลขหน้า 1 จาก 5 Page 1 of 5

วิธีการปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ฯ มีความปลอดภัย

2. ขอบเขต

การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การจัดซื้อ การเก็บรักษา การสั่งใช้ การระบุฉลาก การจ่ายยา การบริหารยา การติดตามผลการใช้ยา และการทำลายยา โดยเน้นดำเนินการเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

3. คำจำกัดความ

High Alert Drugs หมายถึงยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ หรือทำให้เสียชีวิตหากมีการใช้อย่างคลาดเคลื่อน ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับยาเหล่านี้อาจเกิดขึ้นบ่อยหรือไม่บ่อยนักหาก แต่ผลที่เกิดขึ้นตามมาจะก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก โดยรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ฯ จำนวน 18 รายการ ดังนี้

3.1 ขาระบบหัวใจและหลอดเลือด

- Adrenaline injection
- Amiodarone injection (Cordarone[®])
- Digoxin injection, tablet (Lanoxin[®])
- Dobutamine injection
- Dopamine injection
- Nitroglycerine injection (Nitroject[®])
- Norepinephrine injection (Levophed[®])

3.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและยาละลายลิ่มเลือด

- Streptokinase injection (Streptase[®])
- Warfarin tablet

3.3 Opiate narcotics

- Morphine injection
- Pethidine injection

3.4 Insulin injection

3.5 Electrolyte ที่มีความเข้มข้นสูง

- Calcium gluconate injection
- Potassium chloride injection
- Magnesium sulfate injection
- 3% Sodium chloride injection

3.6 Others

- Methergin injection
- Oxytocin injection

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 คณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ (PTC) เป็นผู้รับผิดชอบในการพิจารณาและกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย

4.2 แพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบการสั่งใช้ยาตลอดจนการบริหารยา การเฝ้าระวังผลการใช้ยาต่อผู้ป่วย และการติดตามผลของการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

4.3 ฝ่ายเภสัชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการในส่วนของ การจัดซื้อ การเก็บรักษาในคลังยา และห้องจ่ายยา การระบุนุ้ลาก การจ่ายยา การจัดส่งและการให้ข้อมูลยาที่มีความเสี่ยงสูง

4.4 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยาเป็นผู้รับผิดชอบการเก็บรักษายาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วย การให้ยา การเฝ้าระวังผลการใช้ต่อผู้ป่วย และรายงานแพทย์เจ้าของไข้ติดตามประเมินผลของการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วย

4.5 ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีหน้าที่ในการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามระบบการรายงานของโรงพยาบาล

5. รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

5.1 การนำเสนอยาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล

- ยาที่มีความเสี่ยงสูงจะนำเข้ามาใช้ตามความจำเป็น โดยต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารยา และเวชภัณฑ์ (PTC) พิจารณายาแต่ละกลุ่ม และกำหนดมาตรการในการป้องกันอันตรายอย่างเหมาะสม

5.2 การเก็บรักษา

- ยาที่มีความเสี่ยงสูงทุกชนิดต้องเก็บ โดยมีป้ายระบุชัดเจนว่าเป็นยาในกลุ่ม High alert drugs
- ต้องมีสัญลักษณ์สีชมพูสดเตือนบุคลากรว่าเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง
- ยาที่มีความเสี่ยงสูงกลุ่ม Opiate narcotics คือ Morphine injection , Pethidine injection ต้องจำกัดการเข้าถึงโดยต้องใส่ในตู้หรือลิ้นชักที่ล็อกเสมอ โดยมีผู้ควบคุมการนำออกใช้ และมีการตรวจสอบจำนวนยาอย่างสม่ำเสมอ

5.3 การสั่งจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง

- การเขียนใบคำสั่งใช้ยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ต้องเขียนชื่อสามัญทางยา หรือชื่อการค้าที่เป็นคำเต็มไม่ใช่ชื่อย่อ ยกเว้นรายการที่มีการกำหนดเป็นคำย่อมาตรฐานของ รพ.หลวงพ่อทวีศิกดิ์ฯ โดยให้ระบุความแรงของยาที่ต้องการ ชนิดรูปแบบยาเตรียม การบริหารยา ด้วยลายมือที่อ่านง่ายชัดเจน พร้อมทั้งเขียนชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้กำกับทุกครั้ง

- การเขียนขนาดยา หรือความแรงของยาให้ใช้หน่วยระบบเมตริก เช่น มิลลิกรัม (mg) ไมโครกรัม (mcg) ยกเว้นยาบางชนิดที่มีหน่วยเฉพาะของยาเช่น Insulin นิยมใช้หน่วยเป็น Unit

- ในการเขียนตัวเลข ขนาดยาที่ต้องการใช้ หากขนาดยาที่ใช้อยู่ในรูปทศนิยมมีค่าไม่เต็มหนึ่ง ให้ใส่เลข 0 ตามด้วยจุด และตามด้วยตัวเลขที่ต้องการ เช่น ต้องการใช้ยา สุนัขจุดสาม มิลลิกรัม ให้เขียน 0.3 mg เป็นต้น และหากกรณีที่ใช้เป็นเลข จำนวนเต็ม ต้องเขียนเป็นเลขเต็มจำนวน ไม่ต้อง ใส่จุดทศนิยม เช่น 3 mg ไม่ใช่ 3.0 mg

5.4 การจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง

- เมื่อได้รับใบสั่งจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง เภสัชกรต้องตรวจสอบซ้ำ ชื่อนามสกุลผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ปฏิกริยาระหว่างยา (drug interaction) และผู้ป่วยต้องไม่เป็นผู้ที่มีข้อห้ามใช้ ยาที่มีความเสี่ยงสูงนั้นๆ (contraindication) ในผู้ป่วยเด็กเภสัชกรต้องคำนวณขนาดยาซ้ำ กรณีที่พบปัญหาเภสัชกรต้องติดต่อแพทย์ผู้สั่งยาทันที

- การจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง ให้กระทำโดยมีการตรวจสอบยาก่อนจ่ายโดยเภสัชกรทุกครั้งเพื่อความถูกต้องของชื่อนามสกุลผู้ป่วย และความถูกต้องของยาที่จะจ่าย โดยจ่ายตามจำนวนที่คำนวณได้จากคำสั่งแพทย์ โดยติดสติ๊กเกอร์ฉลากยาระบุชื่อผู้ป่วย จำนวนที่จ่ายชัดเจน และระบุด้วยว่าเป็นยา High alert drugs

- การจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง ทางห้องยาจะมีการจ่าย High alert card คู่กับการเบิกยาในกลุ่ม High alert drugs เพื่อให้หอผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลในการติดตามผู้ป่วย ส่วนยาที่ต้องผสมใน IV fluids จะให้มีการติด High alert card ที่ขวด IV fluids ด้วยทุกครั้ง โดยยาที่เบิก One day ให้จ่ายพร้อมกับยาด้วยทุกครั้ง ส่วนยา Continue จ่ายพร้อมกับยาในวันแรก 3 ชุด จากนั้นให้หอผู้ป่วยโทรแจ้ง

- สำหรับผู้ป่วยนอก เกสซกรเป็นผู้ตรวจสอบ ส่งมอบ ให้ความรู้ในการใช้ยาและการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาที่มีความเสี่ยงสูงให้ผู้ป่วยทราบ

- แจกคู่มือกลุ่มยา High alert drugs ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.5 การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงบนหอผู้ป่วย

การจัดเก็บยา (Storage)

- ยกเลิกการสำรองยาความความเสี่ยงสูงที่หอผู้ป่วย ยกเว้นยาในรถฉุกเฉินและยาเสพติด
- เก็บโดยระบุชื่อยาและติดป้าย High alert drugs

การตรวจสอบจำนวน (Check stock)

- มีการตรวจสอบจำนวนยา stock ทุกเวร โดยหัวหน้าเวร (Inchart)
- หากมีการใช้ยา stock กับผู้ป่วยให้เบิกคืนตามจำนวนที่ใช้จริงกับผู้ป่วยรายนั้น
- หากยาสูญหายจาก stock ให้หัวหน้าเวรรับผิดชอบ
- ห้ามผู้ที่มิใช่เจ้าหน้าที่พยาบาลหยิบยา High alert drugs เด็ดขาด

การให้ยา (Administration)

- ให้ยาตามหลัก 6R (Right Drug, dose, time, patient, route , technique)
- ก่อนการเตรียมยาและให้ยา High alert drugs มีการ double check จากพยาบาล 2 ครั้งทุกครั้ง
- กรณียา High alert drugs ผสมใน IV fluid ให้คัดลอกชื่อยาที่ผสมด้วยปากกาสีแดงเขียนบนป้าย IV และติด high alert card

การติดตามผู้ป่วย (Patient monitoring)

- มีการติดตามสังเกตภาวะอาการแทรกซ้อนของยาระหว่างให้ยาและหลังให้ยาตามแนวทางที่อนุกรรมการพัฒนาระบบยา กำหนด
- มีการบันทึกผลการติดตามการใช้ยาในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

5.6 การประกันคุณภาพ

- ต้องมีการสุ่มตรวจสอบการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงทุก 6 เดือน เพื่อให้มั่นใจว่าการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงถูกต้องตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพและนโยบายของโรงพยาบาล

- เมื่อเกิดอุบัติการณ์ผิดพลาดถึงผู้ป่วยต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis/ RCA) ร่วมกัน ในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการแก้ไขเชิงระบบและวางแนวทางปฏิบัติที่รัดกุมขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำ

6. เอกสารอ้างอิง


6.1 Cohen MR, Kilo CM. High-alert medication: safeguarding against errors. In Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington DC: American Pharmaceutical Association, 1999, 5.1-5.40.

6.2 Patient Safety Alert : 'High-alert' medications and patient safety ; International Journal for Quality in Health Care 2001 , Volume 13, No.4 :pp 339-340.

6.3 Hayes ER., Kee JL. Pharmacology Pocket Companion for nurses. Pennsylvania: W.B.Saunders Company, 1996.

7. ภาคผนวก

คู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลหลวงพ่อบุ๊วศักดิ์ฯ

	โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชูตินทรโรอุทิศ LAUNG PHO TAWEESEK HOSPITAL	รหัสเอกสาร Doc. No. WI-PHA-011	วันที่ใช้ 1 พฤศจิกายน 2553 Effective Date 1 November 2010
วิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เรื่อง : การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)		ปรับปรุงครั้งที่ : 0	หมายเลขหน้า 1 จาก 8 Page 1 of 8

วิธีการปฏิบัติงานเรื่อง การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)

1. วัตถุประสงค์

เพื่อจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

2. ขอบเขต

การจัดการและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา การติดตามผลการใช้ยา และการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

3. คำจำกัดความ

3.1 นิยามและประเภทความคลาดเคลื่อน

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error : ME) หมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลัดกันส่งสุขภาพ กระบวนการ และระบบซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยาการติดตามยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction:ADR) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยาในขนาดปกติ แต่ไม่รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาเกินขนาด หรือการใช้ยาในทางที่ผิด

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug event:ADE) หมายถึง ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้ยา และอาจมีสาเหตุมาจากยา

อุบัติเหตุทางยา (medication misadventures:MM) หมายถึง อุบัติเหตุทางยาทุกชนิดที่เมื่อใช้ยาแล้วก่อให้เกิดความผิดพลาดต่างๆ รวมถึงความล้มเหลวจากการรักษาด้วย

3.2 ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา ตามวิชาชีพที่รับผิดชอบแต่ละส่วนของกระบวนการใช้ยา

- ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)
- ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (transcribing error)
- ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา-จ่ายยา (pre-dispensing error & dispensing error)
- ความคลาดเคลื่อนในการให้หรือบริหารยา (administration error)

3.3 ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาตามระดับความรุนแรงที่ส่งผลต่อผู้ป่วย

โดย NCC MERP (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention) เป็นดังนี้ (NCCMERP, 2008)

- ไม่มีความคลาดเคลื่อน

Category A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

- มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย

Category B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

Category C : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะ ไปถึงผู้ป่วยแล้ว

Category D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

- มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย

Category E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

Category F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

Category G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

Category H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)

- มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนถึงเสียชีวิต

Category I : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 คณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ (PTC) เป็นผู้กำหนดนโยบายให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

4.2 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยา ประสานงานเพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบาย สรุบบัญญาที่เกิดจากระบบการดำเนินงานเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ (PTC)

4.3 เกสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการ ตั้งแต่รับแจ้งการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การวิเคราะห์ และป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

4.4 ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีหน้าที่ในการรายงานความเสียหายที่เกิดขึ้นตามระบบการรายงานของโรงพยาบาล

5. รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

กระบวนการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา แยกตามหน้าที่ที่รับผิดชอบแต่ละส่วนของกระบวนการใช้ยา

5.1 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)

OPD: บันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์ลงในใบสั่งยา

IPD: บันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์ลงใน Patient drug profile

5.2 ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา-จ่ายยา (pre-dispensing error & dispensing error)

- Pre-dispensing error

OPD: บันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์ลงในใบสั่งยา โดยที่ผู้ปฏิบัติงาน ต้องลงชื่อผู้ลงข้อมูลยาในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ผู้จัดยา เกสัชกรผู้ตรวจสอบยา และเกสัชกรผู้จ่ายยา

IPD: บันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์ลงในแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยใน

- Dispensing error

OPD และ IPD: บันทึกลงในแบบฟอร์มรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

5.3 ความคลาดเคลื่อนในการให้หรือบริหารยา (administration error)

OPD: บันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์ลงในใบสั่งยา

IPD: บันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์ลงใน Patient drug profile

หมายเหตุ: การบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- รายละเอียดของเหตุการณ์ และการแก้ไขเบื้องต้น ผู้พบเหตุการณ์เป็นผู้ลงข้อมูล

- ชนิดและสาเหตุของเหตุการณ์ เกสัชกรผู้จ่ายยาเป็นผู้ลงข้อมูล

- ระดับของเหตุการณ์ และแนวทางแก้ไข จะมีการนำเข้าไปประชุมภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และหาแนวทางแก้ไขต่อไป.

6. เอกสารอ้างอิง

6.1 ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัดนทล, ปรีชา มณฑกานติกุล . การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา.ธิดา นิงสานนท์; สุวัฒนา จุฬาวัดนทล; ปรีชา มณฑกานติกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัทประชาชน จำกัด. 2549.

6.2 สุวัฒนา จุฬาวัดนทล., เนติ สุขสมบูรณ์. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา. ใน : สุวัฒนา จุฬาวัดนทล.;เนติ สุขสมบูรณ์., บรรณาธิการ. Advances in Pharmaceutical Care and Pharmacotherapeutics.กรุงเทพมหานคร : บริษัทประชาชน จำกัด, 2546.

6.3 สุวัฒนา จุฬาวัดนทล., ปรีชา มณฑกานติกุล., นุชบา จินดาวิจักษ์ณ์ และคณะ. เภสัชกรกับระบบยาคุณภาพ.กรุงเทพมหานคร : บริษัทประชาชน จำกัด, 2546

7.ตัวชี้วัด

OPD: $\frac{\text{จำนวนครั้งการเกิด} \times 1000}{\text{จำนวนใบสั่งยา}}$ หน่วย /1000 ใบสั่งยา

จำนวนใบสั่งยา

IPD: $\frac{\text{จำนวนครั้งการเกิด} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนรวม}}$ หน่วย /1000 วันนอนรวม

จำนวนวันนอนรวม

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)

เป้าหมาย ≤ 10

2. ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (pre-dispensing error)

เป้าหมาย ≤ 10

3. ความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา (dispensing error)

เป้าหมาย ≤ 10

4. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error)

เป้าหมาย ≤ 10

8. ภาคผนวก

8.1 ใบสั่งยา

8.2 แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยใน

8.3 แบบฟอร์มรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

8.1 ใบสั่งยา

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ วิทยาลัยการอาชีพ ชลบุรี อู่ทิวศ

6 ซอยหนองแรม-วัดศรีนวลฯ 1 แขวงหนองแรม เขต 10160

กรุงเทพมหานคร

เลขที่ใบสั่งยา

วันที่พิมพ์

แพทย์: PENICILIN GR.

โรค: เวียนศีรษะ

หน่วยงานที่ส่งตรวจ: อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

สิทธิการรักษา: บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานพยาบาลผู้ส่งยา

บริษัท

ใบสั่งยา

Rx

อย่าใช้ใบสั่งยาเพื่อกิจการอย่างอื่น

โปรดนำใบสั่งยานี้ ไปรับยาจากห้องจ่ายยาของโรงพยาบาล
โรงพยาบาลจะไม่ออกคำรับรองคำยาที่ชื่อจากภายนอก
ถ้าไม่มีคำยืนยันของเภสัชกรว่าไม่มียาจำหน่ายในโรงพยาบาล

งบ

ทว.

บาท

สต.

บาท

สต.

ผู้จ่ายยา

* DIMENHYDRINATE 50 MG/ML INJ.

1

* DIMENHYDRINATE 50 MG TAB

1 x 3P

15

* DOMPERIDONE 10 MG TAB

1 x 3A

10

* CLONDA 300 MG CAP.

1 x 3P

20

เภสัชกรผู้ตรวจสอบยา

ค่ายาในบัญชีหลัก : 72 บาท

แพทย์ พญ.จิตรภา ณิชอุษนิรันดร์.....

รวมทั้งสิ้น

ผู้ลงข้อมูลยา

ใบสั่งยาเก็บเงินเลขที่

ผู้คิดราคายา

ผู้เก็บเงิน

ผู้จ่ายยา

เภสัชกรผู้จ่ายยา

8.2 แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยใน

แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา (Pre-dispensing)

วันที่	รายละเอียด

8.3 แบบฟอร์มรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

โรงพยาบาลหลวงพ่อวีศกดิ์ ชูดิษฐ์โร อูทิศ

แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา

สถานที่พบเหตุ แขนก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย.....

วันเดือนปีและเวลาที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

ข้อมูลผู้ป่วย HN.....AN.....

ผู้รายงาน แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ

รายละเอียดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น โปรแกรม.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การแก้ไขเบื้องต้น.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ถ้ามี).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ระดับความรุนแรง

- A B C D E F G H I

ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบ	สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
<p>1. Prescribing error (ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา)</p> <p><input type="checkbox"/> สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ <input type="checkbox"/> สั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน</p> <p><input type="checkbox"/> สั่งจ่ายยามิฉะนั้น <input type="checkbox"/> สั่งยามิฉะนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> สั่งยาไม่ระบุจำนวน <input type="checkbox"/> ผิดรูปแบบ</p> <p><input type="checkbox"/> ผิด/ไม่ระบุความแรงยา <input type="checkbox"/> เขียนชื่อยามิฉะนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> วิธีใช้ยา/rate ผิด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>2. Dispensing error (ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา)</p> <p><input type="checkbox"/> จ่ายยาหมดอายุ <input type="checkbox"/> จ่ายยามิฉะนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> จำนวนยาไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> จ่ายยามิฉะนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> วิธีใช้ยาไม่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> จ่ายยามิฉะนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> จ่ายยาเสื่อมสภาพ <input type="checkbox"/> จ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ</p> <p><input type="checkbox"/> จ่ายยามิฉะนั้นความแรง <input type="checkbox"/> จ่ายยามิฉะนั้นเวลา</p> <p><input type="checkbox"/> จ่ายยาที่แพทย์สั่งหยุดแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>3. คัดลอกคำสั่งคลาดเคลื่อน <input type="checkbox"/> HN/AN ผิด</p> <p><input type="checkbox"/> คัดลอกผิด</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>4. Administration error (ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา)</p> <p><input type="checkbox"/> ผิดคน <input type="checkbox"/> ผิดชนิด</p> <p><input type="checkbox"/> ผิดวิธี/rate <input type="checkbox"/> ผิดเวลา (1 ชั่วโมง)</p> <p><input type="checkbox"/> ผิดขนาด/ผิดรูปแบบ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่ได้รับยา</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยาเสื่อมสภาพ <input type="checkbox"/> ให้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ซ้ำ</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ยาหมดอายุ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>	<p>1. การติดต่อสื่อสาร</p> <p><input type="checkbox"/> การคัดลอก/แปลคำสั่งการใช้ยามิฉะนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> การเขียนคำสั่งใช้ยา</p> <p><input type="checkbox"/> อ่านลายมือแพทย์ไม่ออก</p> <p><input type="checkbox"/> ใช้ตัวย่อ</p> <p><input type="checkbox"/> ใช้หน่วยผิด</p> <p><input type="checkbox"/> อ่านผิด</p> <p><input type="checkbox"/> จุดทศนิยมผิด</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>2. ชื่อลักษณะของยาทำให้สับสน</p> <p><input type="checkbox"/> ชื่อยาออกเสียงคล้ายกันคือ.....กับ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ลักษณะ/สียากล้าคล้ายกันคือ.....กับ.....</p> <p>3. คลากยาที่จ่ายยาให้กับผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> ชื่อยามิฉะนั้น <input type="checkbox"/> คำแนะนำการใช้ยามิฉะนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> ใช้หน่วยผิด <input type="checkbox"/> ระบุชื่อผู้ป่วยมิฉะนั้น</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่คิดคลากยา</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>4. บุคลากร</p> <p><input type="checkbox"/> ขาดความรู้ <input type="checkbox"/> ขาดความตระหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> คัดลอกคำสั่งการใช้ยามิฉะนั้น <input type="checkbox"/> เตรียมยามิฉะนั้นพลาด</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>5. ปัจจัยส่งเสริมเชิงระบบ</p> <p><input type="checkbox"/> แสงสว่างไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> บุคลากรไม่เพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/> ระบบสื่อสารบกพร่อง <input type="checkbox"/> ขาดการฝึกอบรมความรู้</p> <p><input type="checkbox"/> ระบบการสื่อสารระหว่างบุคคลไม่เหมาะสม</p> <p>6. อื่นๆ (ระบุ).....</p>

หมายเหตุ: ระดับความรุนแรง

ระดับ A: ยังไม่เกิดอุบัติเหตุ แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายได้

ระดับ B: เกิดอุบัติเหตุ แต่ยังไม่ถึงผู้รับบริการ

ระดับ C: ถึงผู้รับบริการแล้ว แต่ไม่เป็นอันตรายไม่ต้องติดตาม


ระดับ D: ถึงผู้รับบริการแล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย ต้องติดตามผล

ระดับ F: ถึงผู้รับบริการแล้ว เกิดอันตราย ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับ G: เกิดอันตรายอย่างถาวร/ทำให้พิการ

ระดับ H: เกิดอันตรายเกือบถึงแก่ชีวิต

ระดับ I: อันตรายนรุนแรงมากถึงเสียชีวิต/อาจถูกฟ้องร้อง

	โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชูตินทรโรตุทิศ LAUNG PHO TAWEESAK HOSPITAL	รหัสเอกสาร Doc. No. WI-PHA-012	วันที่ใช้ 1 ธันวาคม 2553 Effective Date 1 December 2010
วิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เรื่อง : การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (Medication Reconciliation)		ปรับปรุงครั้งที่ : 0	หมายเลขหน้า 1 จาก 6 Page 1 of 6

วิธีการปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องของยา (Medication Reconciliation)

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการใช้ยาที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับอาการและเป็นไปตามคำสั่งการรักษา
- 1.2 เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา
- 1.3 เพื่อสร้างหลักประกันเรื่องความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

2. ขอบข่าย

ทุกกลุ่มงาน / ฝ่าย / งาน ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย

3. คำจำกัดความ

Medication Reconciliation : เป็นกระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อแรกรับ รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยย้ายแผนก ย้ายหอผู้ป่วย หรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน

4. ผู้รับผิดชอบ

- 4.1 แพทย์สอบถามประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ระบุชื่อยา และวิธีใช้ของยาที่ยืนยันให้ใช้ต่อ
- 4.2 พยาบาลเป็นผู้คัดกรอง และซักประวัติรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานต่อเนื่องจากบ้าน
- 4.3 เภสัชกรเป็นผู้เปรียบเทียบรายการยาในคำสั่งแรกรับของแพทย์กับรายการยาในแบบบันทึกความสอดคล้องต่อเนื่องของยา
- 4.4 แพทย์ทบทวนรายการยาอีกครั้ง หากมีการเปลี่ยนแปลง หรือยืนยันคำสั่งเดิม พร้อมบันทึกเหตุผล
- 4.5 ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีหน้าที่ในการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามระบบการรายงานของโรงพยาบาล

5. รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

5.1 เกสซ์กร

- พิมพ์ประวัติการใช้ยาเดิมในแบบฟอร์ม Admission Reconciliation
- เกสซ์กรเปรียบเทียบประวัติยาเดิมกับยาที่แพทย์สั่งจ่ายในคำสั่งแรกรับแล้วบันทึกในช่อง

ใช้ต่อ/เปลี่ยนแปลงหรือหยุดใช้ใน Admission Reconciliation

- ส่งใบ Admission Reconciliation ขึ้นหออผู้ป่วยพร้อมยาแรกรับ
- เกสซ์กรตรวจสอบยาเดิมตามแนวทางการจัดการยาเดิม
- กรณีผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนยาจากการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นๆ ให้เกสซ์กร

ทบทวนใบ Admission Reconciliation ใหม่แล้วส่งกลับหออผู้ป่วยอีกครั้ง

- เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เกสซ์กรจะพิมพ์ใบ Home medication Reconciliation ให้ผู้ป่วยพร้อมยาคลับบ้าน

5.2 พยาบาลประจำหออผู้ป่วย

- พยาบาลสอบถามยาเดิมจากผู้ป่วย
- ; กรณีเป็นยาเดิมที่ใช้ที่โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสักดิ์ฯ ส่งยาเดิมให้เกสซ์กรตรวจสอบและปฏิบัติตามแนวทางการจัดการยาเดิม

; กรณีมีการเปลี่ยนแปลงยาเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ให้พยาบาลส่งยาเดิมพร้อมใบ Admission Reconciliation กลับมายังห้องยา

; กรณีเป็นยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยดูแลตัวเอง เช่น สมุนไพร ยาวิตามิน ให้พยาบาลบันทึกยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้ลงใน Admission Reconciliation

- พยาบาลจัดเรียงใบ Admission Reconciliation ไว้ที่ด้านหน้าของทะเบียนผู้ป่วยในให้แพทย์ทบทวนและลงรายชื่อภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- หลังจากให้เก็บในที่แพทย์ตรวจสอบแล้วในส่วนต่อจากใบบันทึกแรกรับของพยาบาล

5.3 แพทย์

- แพทย์ตรวจสอบการใช้ยาใน Admission Reconciliation และเซ็นรับทราบภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา ให้บันทึกในใบคำสั่งแพทย์และใบ Admission Reconciliation

5.4 การประเมินผล

- Undocumented intentional discrepancy/ patient : แพทย์ตั้งใจเปลี่ยนชนิดของยา ปริมาณยาที่รับประทาน หรือหยุดยา แต่ไม่ได้บันทึกไว้

- Unintentional discrepancy/ patient : แพทย์ไม่ได้ตั้งใจเปลี่ยนแปลงยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ แต่เป็นความผิดพลาดทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามที่ควรได้

5.5 กำหนดเป้าหมาย

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 100

ปัญหาจากการใช้ยา (Drugs related problems: DRPs) ร้อยละ 0

6. เอกสารอ้างอิง

ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล และสุวัฒนา จุฬาวัดนทล. Medication Reconciliation พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร

7. ภาคผนวก

1. แนวทางการบริหารจัดการยาเดิมของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี
2. แบบฟอร์ม Admission Reconciliation
3. แบบฟอร์มรายงานยากลับบ้าน (Home medication Reconciliation)

ภาคผนวก

1. แนวทางการบริหารจัดการยาเดิมของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ สังกัด รพ.สต.๑

ขั้นตอน

ผู้รับผิดชอบ

ผู้ป่วย Admit

- พิมพ์ประวัติการใช้ยาเดิมในแบบฟอร์ม Admission Reconciliation
- เกสซ์กรเปรียบเทียบประวัติยาเดิมกับยาที่แพทย์สั่งจ่าย ในคำสั่งแรกรับแล้วบันทึกในช่องใช้ต่อ/เปลี่ยนแปลงหรือหยุดใช้ใน Admission Reconciliation
- ส่งใบ Admission Reconciliation ขึ้นหออผู้ป่วยพร้อมยาแรกรับ

เกสซ์กร

- พยาบาลสอบถามยาเดิมจากผู้ป่วย
; กรณีเป็นยาเดิมที่ใช้ที่โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ สังกัด รพ.สต.๑ ส่งยาเดิมให้เกสซ์กรตรวจสอบและปฏิบัติตามแนวทางการจัดการยาเดิม
; กรณีมีการเปลี่ยนแปลงยาเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ให้พยาบาลส่งยาเดิมพร้อมใบ Admission Reconciliation กลับมายังห้องยา
; กรณีเป็นยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยดูแลตัวเอง เช่น สมุนไพร ยาวิตามิน ให้พยาบาลบันทึกยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้ลงใน Admission Reconciliation
- พยาบาลจัดเรียงใบ Admission Reconciliation ไว้ที่คาน้ำหน้าของทะเบียนผู้ป่วยในให้แพทย์ ทบทวนและลงรายชื่อภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังจากให้เก็บใบที่แพทย์ตรวจสอบแล้วในส่วนต่อจากใบบันทึกแรกรับของพยาบาล

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

- เกสซ์กรตรวจสอบยาเดิมตามแนวทางการจัดการยาเดิม
- กรณีผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนยาจากการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นๆ ให้เกสซ์กร ทบทวนใบ Admission Reconciliation ใหม่แล้วส่งกลับหออผู้ป่วยอีกครั้ง

เกสซ์กร

- แพทย์ตรวจสอบการใช้ยาใน Admission Reconciliation และเซ็นรับทราบภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา ให้บันทึกในใบคำสั่งแพทย์และใบ Admission Reconciliation

แพทย์

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เกสซ์กรจะพิมพ์ใบ Home medication Reconciliation ให้ผู้ป่วย พร้อมยากลับบ้าน

เกสซ์กร/เจ้าหน้าที่ห้องยา

2. แบบฟอร์ม Admission Reconciliation

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินุโร อูทิศ

Admission reconciliation

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี AN..... HN..... เลขที่ใบสั่งยา.....

วันที่ตรวจสอบยาเดิม..... วันที่นอนรพ. เวลาที่นอนรพ.....

ประวัติการแพ้ยา.....

ลำดับ	รายการยา	วิธีใช้ยา	วัน/เวลาที่กิน ยาครั้งสุดท้าย	คำสั่งแพทย์			ตั้งใจ	ไม่ตั้งใจ
				ใช้ต่อ	เปลี่ยนแปลง	หยุดใช้		

*หมายเหตุ : ยา=ยาที่แพทย์สั่งใช้ ยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลอื่นๆ และยาที่ผู้ป่วยดูแลตัวเอง

ลายเซ็นพยาบาล.....

วันที่.....

เวลา

ผู้ลงวัน/เวลาที่กินยาครั้งสุดท้าย

ลายเซ็นเภสัชกร.....

วันที่

เวลา

ผู้ตรวจสอบยาเดิมกับคำสั่งแพทย์

ลายเซ็นแพทย์

วันที่.....

เวลา

รับทราบและบันทึกการตั้งใจเปลี่ยนยา

3. แบบฟอร์มรายงานยากลับบ้าน (Home medication Reconciliation)

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศรีคุณโร อุทิศ
รายงานยากลับบ้าน (Home medication Reconciliation)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี AN.....HN.....เลขที่ใบสั่งยา.....
วันที่..... ประวัติแพ้ยา.....

ลำดับที่	รายการยา	จำนวน	วิธีใช้

*หมายเหตุ : ยา = ยาที่แพทย์สั่งใช้ ยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลอื่นๆ และยาที่ผู้ป่วยดูแลตัวเอง

ลายเซ็นเภสัชกร.....
วันที่.....