

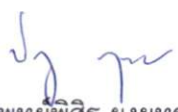


วิธีปฏิบัติ
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย
สุขภาพควนเนียง

โรงพยาบาลควนเนียง
SP-PHA- 01

ผู้จัดทำ 
(นางสาวณัฐริชา สุวรรณะ)
ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ

ผู้ทบทวน 
(นางชนิษฐา มณีแนม)
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม

ผู้อนุมัติ 
(นายแพทย์พิสิฐ ยงยุทธ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง
วันที่

จำนวน 28 หน้า



บันทึกการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

งานบริหารทางเภสัชกรรมหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำจำกัดความ

การบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการเภสัชปฐมภูมิ อาศัยหลักการและแนวคิด ของการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งเป็น การดำเนินงานเพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ดำเนินการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา(Drug – Related Problems, DRPs) ในกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการรักษาด้วยยาได้แก่⁽²⁾

1. หลีกเลี่ยงโรคที่เป็นอยู่
2. อาการของโรคที่เป็นอยู่ลดลงหรือหมดไป
3. การดำเนินชีวิต
4. ป้องกันโรค หรือภาวะอาการของโรค
5. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปกระบวนการทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ เภสัชกรจะมีหน้าที่หลัก 3 ด้านได้แก่

1. ค้นหาและประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ประเมินสภาพปัญหาว่ามีความรุนแรงอย่างไรเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น มีผลต่อแผนการรักษาด้วยยาอย่างไร
2. แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว
3. ป้องกันปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น

ขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้ง ทรัพยากรบุคคล เวลา และเครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงาน อาจประยุกต์ใช้ระบบการทำงานที่เรียกว่า Pharmacist’s Work up of Drug Therapy (PWDT) ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยให้เภสัชกรมีกรอบแนวคิดในการเฝ้าระวังและค้นหา ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ยา และโรคอย่างรอบด้าน มาพิจารณาร่วมกันเพื่อเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย PWDT เป็นเหมือนแนวทางในการทำงาน หรือกระบวนการความคิดของเภสัชกรในงาน ทำงานทางด้านการบริหารทางเภสัชกรรม ทำให้เภสัชกรสามารถที่จะบริหารข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ประกอบด้วย

1. ลำดับความสำคัญของปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย
2. กำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหาด้านให้
3. คัดเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาด้านยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
4. วางแผนการแก้ปัญหา การติดตามผลลัพธ์ และการติดตามต่อเนื่อง
5. กำหนดตัวแปรหรือเครื่องชี้วัดที่ใช้ในการวางแผนการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาของผู้ป่วย

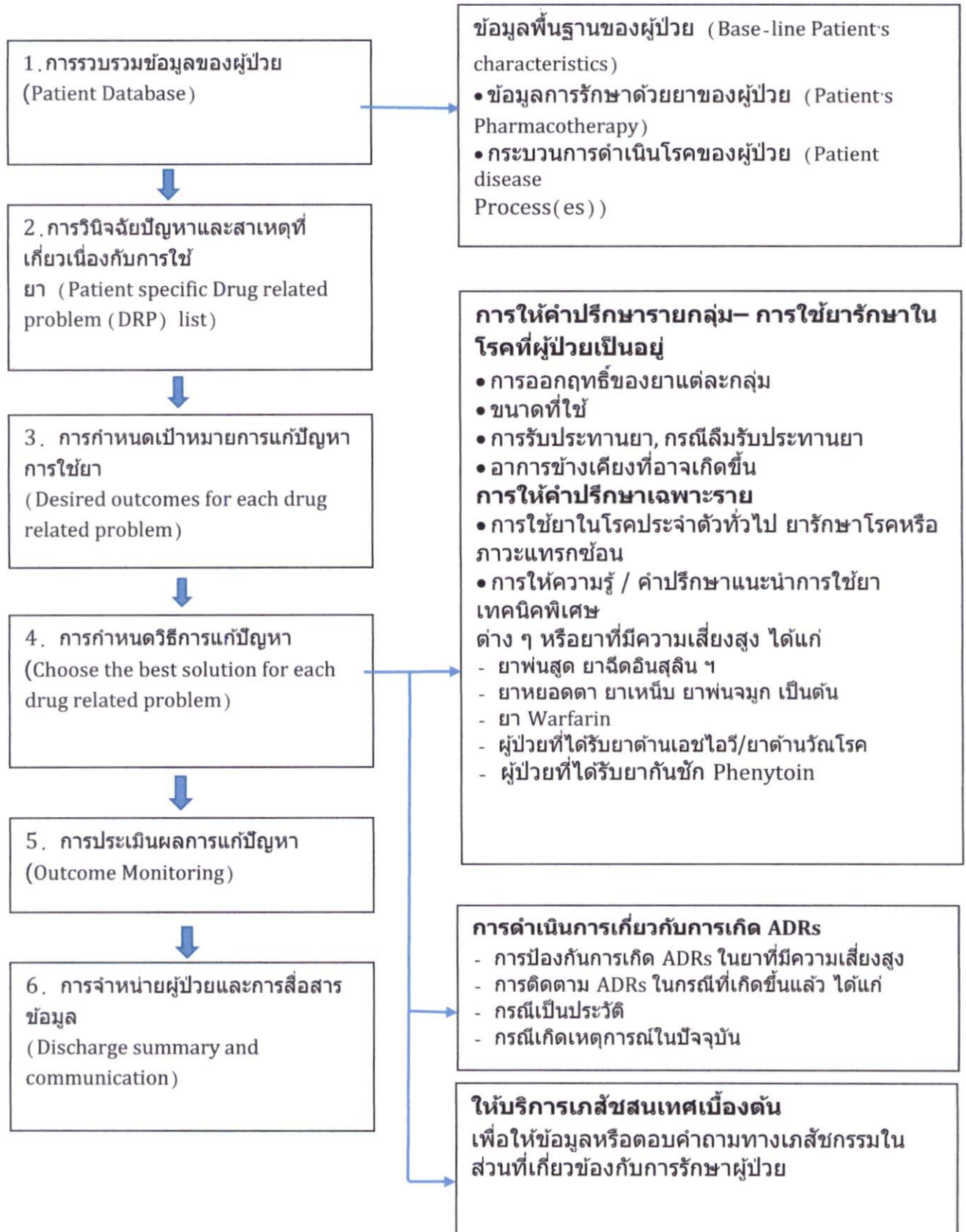
กลุ่มผู้ป่วยที่อาจได้รับการพิจารณาให้การบริหารทางเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ผู้ป่วยเฉพาะโรค / กลุ่มได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ยาพ่น สูดชนิดต่างๆ เป็นต้น โดยอาจพิจารณาในผู้ป่วยรายใหม่ หรือรายเก่าที่มีหรือสงสัยว่าจะมีปัญหาจากการใช้ยา

ผลลัพธ์ของงาน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องด้านยา (เชื่อมต่อจากหน่วยบริการระดับสูงกว่า) ได้รับผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาด้วยยา และมีความปลอดภัยในการใช้ยา

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

กระบวนการทำ PWDG มาใช้ในการบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ



วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

งานส่งมอบยาและให้คำปรึกษาด้านยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication errors) หมายถึงเหตุการณ์ใดๆที่ควรป้องกันได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข หรือตัวผู้ป่วยเอง

ความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 9 ระดับ ตามผลลัพธ์ของผู้ป่วย ดังนี้

ระดับ	ความหมาย	ความรุนแรง	การดำเนินการ
A	ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้	เกือบพลาด	1.หน่วยงานทบทวน มาตรการป้องกัน 2.รายงานผลให้ผู้จัดการความเสี่ยงภายใน 1 เดือน
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย	รุนแรงน้อย	1.หน่วยงานทบทวน มาตรการป้องกัน 2.รายงานผลให้ผู้จัดการความเสี่ยงภายใน 1 เดือน
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย		
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง เพื่อให้ความมั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย		
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา	รุนแรงปานกลาง	1.รายงานผู้บังคับบัญชาทันที 2.ส่งรายงานความเสี่ยงภายใน 48 ชม. 3.ทำ RCA 4. ส่งรายงานผลการทบทวนให้ผู้จัดการความเสี่ยงภายใน 7 วัน
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น		
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรกับผู้ป่วย	รุนแรงมาก	1.รายงานผู้บังคับบัญชาทันที 2.ส่งรายงานความเสี่ยงภายใน 24 ชม. 3.ทำ RCA 4. ส่งรายงานผลการทบทวนให้ผู้จัดการความเสี่ยงภายใน 7 วัน
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต		
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต		

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

การประสานรายการยา (medication reconciliation) หมายถึงกระบวนการเปรียบเทียบและ
ประสานรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทาน อยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ามารับการรักษาใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัญหาจากการใช้ยา (drug related problems, DRPs) หมายถึงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับ
ผู้ป่วย หรือมีโอกาสเกิดขึ้น โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยา ซึ่งจะเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือ
รบกวนผลการรักษาที่ต้องการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านยาที่มีความถูกต้อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและไม่เกิดอันตรายในการใช้ยา เพื่อให้
บรรลุแผนการรักษาที่เหมาะสม

ขอบเขตครอบคลุม เจ้าหน้าที่รพสต. ในเขตอำเภอควนเนียง ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบรพสต.

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการใช้ยาโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และความ
ปลอดภัยจากการใช้ยาสูงสุดตลอดการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบงานบริหารเภสัชกรรมหน่วยปฐมภูมิ การส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ของงาน

1. มีระบบการบริหารจัดการด้านยาในรพสต. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา
2. ผู้ป่วยได้รับยาและคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอต่อการให้ยาให้ถูกต้องปลอดภัย
3. ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม

ตัวชี้วัด

1. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

- 1.1 prescribing error A-B ไม่เกิน 10
prescribing error C ไม่เกิน 5
prescribing error D ไม่เกิน 2
prescribing error E-I เป็น 0
- 1.2 pre-dispensing error A-B ไม่เกิน 10
pre-dispensing error C ไม่เกิน 5
pre-dispensing error D ไม่เกิน 2
pre-dispensing error E-I เป็น 0
- 1.3 dispensing error C ไม่เกิน 5
dispensing error D ไม่เกิน 2
dispensing error E-I เป็น 0

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

2. ผลการประเมิน RDU ในรพสต. ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
3. อุบัติการณ์รายงานการแพ้ยาซ้ำในรพสต. เป็น 0

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการบริหารจัดการเครือข่ายให้มีการส่งมอบยาที่มีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย

1. การกำหนดกรอบบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สอดคล้องกับศักยภาพของผู้ส่งใช้ยาหรือการควบคุมการสั่งยา โดยการกำหนดขอบเขตการสั่งใช้ยาให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ส่งใช้ เช่น กรณีมีแพทย์เป็นผู้ส่งใช้ยาหรือพยาบาลเป็นผู้ส่งใช้ยา ขอบเขตการสั่งใช้ยาของบุคลากรวิชาชีพทั้งสองจะแตกต่างกัน
2. พัฒนาเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
3. พัฒนาลิขสิทธิ์ส่งมอบให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาให้ครบถ้วน เช่น ฉลากยา ควรมีข้อมูลชื่อ-สกุล ผู้ป่วย วันที่ส่งมอบ ชื่อยา วิธีการใช้ยา ค่าเตือนและข้อควรระวังเมื่อใช้ยา(ถ้ามี) วันหมดอายุของยา เป็นต้น
4. จัดระบบการส่งมอบให้มีมาตรฐานตามวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น
 - ทบทวนชื่อผู้ป่วยทุกครั้งก่อนจ่ายยา (patient identification)
 - การสอบถามประวัติการแพ้ยา เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดแพ้ยาซ้ำ
 - การสอบถามประวัติการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสถานพยาบาลหรือแหล่งอื่นๆ (medication reconciliation) เพื่อลดอันตรกิริยาจากยา และลดการซ้ำซ้อนของยาที่ผู้ป่วยได้รับ
 - มีแนวทางให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำยาเดิม มาด้วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ
 - ค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย รวมไปถึงมีระบบการบันทึก การแก้ปัญหาและเชื่อมโยงไปสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกรณีที่ไม่สามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นได้
5. มีระบบเฝ้าระวังและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่
 - การทบทวนคำสั่งการใช้ยาก่อนจ่ายยา
 - จัดวางเรียงยาที่มีลักษณะภายนอกคล้ายกัน, ชื่อคล้ายกัน หรือมีหลายความแรงไว้ห่างกัน (LASA: Look Alike Sound Alike)

ยาที่มีเสียงคล้าย (SA : Sound alike)

ในโรงพยาบาลควนเนียง ได้แก่

- | | | |
|----|-------------|---------------|
| 1. | Hydroxyzine | Hydralazine |
| 2. | Hydroxyzine | Hyoscine |
| 3. | Flunarizine | Fluoxetine |
| 4. | Ofloxacin | Norfloxacin |
| 5. | Amoxicillin | Dicloxacillin |
| 6. | Loratadine | Lorazepam |
| 7. | Metformin | Metoprolol |

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

แนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มยาที่มีชื่อยาเขียนคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

- ทบทวนรายชื่อยากลุ่ม LASA ทุกปี
- มีทั้งชื่อการค้าและชื่อสามัญทางยาที่ฉลากยาคู่ LASA เช่น hyDROXYzine tab (atarax), hyOScine (BUSCOPAN)
- รายการยาที่ชื่อยาคล้ายกันใช้ Tall man letter ที่ฉลากยา เช่น metFORMIN – metoPROLOL , AMOXicillin – DICLOXAcillin
- รายการยาที่มีหลายความแรงหรือหลายรูปแบบ ฉลากยาจะทำสัญลักษณ์ให้แตกต่างกัน เช่น PARACETAMOL 500 – (325) PARACETAMOL – (ยาน้ำ) PARACETAMOL syr. 120 mg/5 ml
- ยาที่มีหลายความแรง จะวางตำแหน่งความแรงไว้ต่างกัน
- วางยา LASA ห่างกันโดยไม่เรียงอักษรและมีป้ายชื่อยาสีต่างกัน
- ทุกครั้งที่มีการจัดยา ผู้จัดต้องอ่านฉลากชื่อยาจนครบทุกตัวอักษร อย่างน้อย 3 ครั้ง คือ เมื่อหยิบ ก่อนจัด และก่อนเก็บ โดยไม่จำภาพหรือสีของยาแทนการอ่านชื่อยา
- ไม่อาศัยความคุ้นเคย การจำตำแหน่งที่เก็บยา
- เก็บยาที่พบปัญหาบ่อยแยกจากกัน และติดสติ๊กเกอร์เตือน
- ตรวจสอบข้อบ่งใช้ยาให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยและอาการของผู้ป่วย
- ดำเนินการในลักษณะการตรวจสอบซ้ำ ทั้งชื่อยา ความแรง ขนาดยา และวิธีการใช้ยาให้ตรงกับคำสั่งแพทย์ รวมถึงตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของยาที่จะจ่ายก่อนส่งมอบให้แก่ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด
- กำหนดรายการยาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษได้แก่ ยาในกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์มีแนวทางการปฏิบัติงาน และการสื่อสาร ผ่านทางลายลักษณ์อักษร กล่าวคือมีการเขียนใบสั่งยาที่ชัดเจน ทั้งในส่วนลายมือระบุความแรง รูปแบบยา และเขียนตัวย่อที่เป็นสากลเท่านั้น และห้ามไม่ให้มีการสั่งยาทางวาจา
- กรณียาที่มีความเสี่ยงสูงที่มีใน รพ. สต.(high alert drug) ให้มีการจัดทำสัญลักษณ์เตือนเพื่อเพิ่มความ ระมัดระวังมากยิ่งขึ้นและ มีการจัดทำแนวทางการใช้ยา ไว้อย่างชัดเจน
- ให้ผู้ป่วยช่วยทวนสอบ การใช้ยากรณีเป็นยาโรคเรื้อรัง
- มีระบบตรวจสอบย้อนกลับ ทั้งตรวจสอบการคืนใบสั่งยาและเปรียบเทียบกับสต็อกยา และลงบันทึกยาที่จ่ายจริงจากผู้จัดยาในกรณีที่เป็นยาที่ต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ หรือมีโอกาสหยิบผิดสูง
- มีการลงบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาและนำมาทบทวนเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดซ้ำ

6. มีแนวทางปฏิบัติงานการติดตามและป้องกันการจ่ายยาให้ผู้ป่วยแพทย์หรือมีข้อห้ามใช้ยาหรือมีอันตรกิริยาที่สำคัญ และมีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแพทย์จากโรงพยาบาลรพ.สต. และกระบวนการรายงานการแพทย์จากรพ.สต.ไปยังโรงพยาบาล (ตามเอกสารแนบท้ายภาคผนวก)

7. กรณีที่มียาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษ ต้องมีเอกสารหรือคำอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้อง

8. การจัดระบบการให้ความรู้เช่น การจัดชุดความรู้เป็นเอกสารควบคู่กับการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา การอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีแบบแผนการรักษาด้วยยาแบบเดียวกัน

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

9. มีคู่มือ/เอกสารอ้างอิงในการสืบค้นข้อมูลยา: จัดทำเอกสารทางวิชาการที่เป็นข้อมูลจำเป็นพื้นฐานให้สะดวกแก่การใช้ซึ่งได้แก่
- 1) รายการยาที่ต้องเก็บพันแสง
 - 2) รายการยาที่ห้ามแบ่ง/บดหรือเคี้ยวเม็ดยา
 - 3) ฉลากช่วยที่แนะนำแต่ละรายการยาที่จำเป็นต้องใช้ฉลากช่วย
 - 4) รายการยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาที่สำคัญ (หากพบว่าการจ่ายร่วมกัน ต้องแจ้งกลับให้แพทย์พิจารณา)
 - 5) รายการยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการที่ให้บริการในหน่วยบริการ (หากพบว่าการจ่ายร่วมกัน ต้องแจ้งกลับให้แพทย์พิจารณา) ได้แก่
 - รายการยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ป่วยเป็น G6PD
 - รายการยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์
 - รายการยาที่ห้ามใช้หรือหลีกเลี่ยงการในสตรีให้นมบุตร
 - รายการยาที่ห้ามใช้หรือหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่ตับบกพร่อง
 - รายการยาที่ห้ามใช้หรือหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่ไตบกพร่อง
 - รายการยาที่ห้ามใช้หรือหลีกเลี่ยงการใช้ในทารกหรือเด็กเล็ก รายการยาที่ต้องระมัดระวังในการใช้เป็น พิเศษที่กำหนดขึ้นภายในหน่วยบริการเพราะอาจเกิดอันตรายได้ง่ายและจัดทำเอกสารความรู้เพิ่มเพื่อใช้แจกจ่ายเมื่อผู้ป่วยมารับยา
10. อบรมความรู้แก่บุคลากร/ผู้ช่วยเภสัชกรอย่างสม่ำเสมอ ปีละ 1 ครั้ง
11. จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ในการทบทวนคำสั่ง และการส่งมอบยา เป็นกระบวนการสนับสนุนให้เกิดองค์ความรู้ และทักษะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในการสั่งใช้ยา และการส่งมอบยา
12. มีระบบในการขอคำปรึกษาจากเภสัชกร กรณีพบปัญหาในการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา (ตามเอกสารแนบท้ายภาคผนวก)

กระบวนการส่งมอบยาที่มีมาตรฐาน

ในกระบวนการส่งมอบยา สามารถแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ก่อนการส่งมอบ ขณะส่งมอบ การประเมินหลังส่งมอบ เภสัชกรและบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้มีการส่งมอบยาควรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนี้

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

1. การตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนส่งมอบ

1.1 ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการสั่งใช้ยาโดยใช้หลัก 6R ได้แก่

- 1.1.1. ความถูกต้องด้านผู้ป่วย (Right patient/client)
- 1.1.2. ความถูกต้องด้านยา (Right drug)
- 1.1.3. ความถูกต้องด้านขนาดยา (Right dose)
- 1.1.4. ถูกต้องด้านเวลา (Right time)
- 1.1.5. ความถูกต้องด้านวิถีทางของการบริหารยา (Right route)
- 1.1.6. ความถูกต้องด้านเทคนิค (Right technique)

และความปลอดภัยของการใช้ยาให้เป็นไปตามหลักฐานทางวิชาการและสอดคล้องกับข้อมูลในใบสั่งยา

1.2. การตรวจสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication reconciliation) โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่อง ควรมีการตรวจสอบหรือสอบถามรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่จากโรงพยาบาล/ รพ.สต.หรือจากสถานพยาบาลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ มาทบทวนและตรวจสอบรายการยา เพื่อลดความซ้ำซ้อน หรือ อันตรกิริยา จากยาที่จะเกิดขึ้น จากการใช้ยาของผู้ป่วย

1.3. ประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug Related Problem) ในใบสั่งยาก่อนส่งมอบยาหากพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ควรวินิจฉัยความรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและหาทางแก้ไขปัญหานั้นอย่างเหมาะสม เช่น การขอคำปรึกษากับผู้สั่งใช้ยาเพื่อปรับปรุงคำสั่งการใช้ยา หรือการเตรียมพร้อมให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรายกรณี (individual drug counseling) เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดความรุนแรงของปัญหานั้น

1.4. ทำความเข้าใจคำสั่งและแนวทางที่จะส่งมอบยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อความพร้อมในการส่งมอบ

2. การส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา

2.1 การเรียกชื่อผู้ป่วย ควรกล่าวทักทายเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง

- ตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา อายุ โรค ตัวยา วันหมดอายุ ความแรงของยา ขนาดยา วิธีใช้ จำนวน
- ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยในใบสั่งยากับฉลากยาให้ถูกต้องตรงกัน

เรียกรับยา เรียกชื่อผู้ป่วยเพื่อรับยา “ คุณ/ตญ./ดช..... ค่ะ/ครับ”ถามชื่อ-สกุล ผู้ป่วยเพื่อรับยา “ผู้ป่วยชื่อ-นามสกุลอะไรคะ/ครับ”

2.2 การระบุตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทวนซ้ำชื่อตนเอง ควรแนะนำตนเองพร้อมทั้งสอบถามความถูกต้องของผู้ป่วยกับชื่อในใบสั่งยาหรือความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประเมินความจำเป็นหากต้องให้คำแนะนำต่อผู้ดูแลเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย กรณีเป็นผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องควรสอบถามผู้ป่วยเพื่อทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาเพื่อยืนยันความถูกต้องในขั้นตอนนี้ ผู้ส่งมอบยาสามารถเรียกดูเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบเพื่อความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย ได้แก่ เวชระเบียน สมุดประจำตัวผู้ป่วยบัตรประชาชน บัตรโรงพยาบาล ฯ

- สอบถามการใช้ยา โดยใช้คำถามนำ ด้วย Prime question สำหรับยาที่ผู้ป่วยรับยาใหม่ : สอบถามว่า แพทย์บอกหรือไม่ว่าให้ยาเพื่อรักษาอะไร มีวิธีใช้อย่างไร หรือใช้คำถามนำ ด้วยวิธี Show and tell questions : สอบถามว่ายาที่เคยได้นี้เป็นยาอะไร กินอย่างไร มีอาการผิดปกติอะไรบ้าง

- ทวนสอบความเข้าใจ และอธิบายยา ข้อบ่งชี้ วิธีใช้ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม โดยหันฉลากยาให้ผู้ป่วยร่วมทวนสอบ , เน้นเพิ่มเติมในรายการยาที่ได้รับใหม่และเปลี่ยนวิธีใช้

- คำถามเปิดเพื่อให้ผู้รับบริการได้ซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม

2.3 สอบถามประวัติการแพ้ยา หรืออาการผิดปกติที่เคยเกิดขึ้นหลังจากการรับประทานยาทั้งนี้ควรสอบถามเรื่องการแพ้อาหารและผลิตภัณฑ์อื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะในโรคหรือยาที่มีความเกี่ยวข้อง

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

- สอบถามประวัติการแพ้ยา “เคยแพ้ยาหรือเปล่าคะ/ครับ” หากเป็นผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาarayใหม่ ให้ปฏิบัติตาม แนวทางการดำเนินการป้องกันการแพ้ยาโรงพยาบาลควนเนียง

- ส่งมอบยาให้ผู้รับบริการ
- บันทึกชื่อผู้จ่ายยาในหน้าชื่อ JHCIS

2.4 ให้บริการที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละประเภท ดังนี้

- **ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับยาต่อเนื่อง** ตรวจสอบยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับ ตรวจสอบจำนวนให้ผู้ป่วยสาธิตและบอกเล่าวิธีการบริหารยาเพื่อตรวจสอบความร่วมมือในการรับประทานยา(Compliance) หากพบปัญหาหรือความคลาดเคลื่อน ควรแก้ไขตามความรุนแรงของปัญหา
- **ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับยาต่อเนื่องและได้รับยาใหม่** ใช้แนวทางการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา เป็นพื้นฐานในการส่งมอบยาและสอบถามความเข้าใจถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาใหม่ หากสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และความจำเป็นในการใช้ยาต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสาธิตและบอกเล่าวิธีการบริหารยาเดิม หากพบความคลาดเคลื่อน ควรแก้ไขตามความรุนแรงของปัญหา
- **ผู้ป่วยที่ได้รับยาใหม่สำหรับอาการปัจจุบัน หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องรายใหม่** ใช้แนวทางการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาเป็นพื้นฐานในการส่งมอบยาสำหรับผู้ป่วยรายใหม่กรณีเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องให้คำแนะนำเกี่ยวกับเหตุผลที่ผู้ป่วยได้รับยา ความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และสอบถามความเข้าใจ หากพบความคลาดเคลื่อนควรประเมินปัญหาและแก้ไขตามความรุนแรงของปัญหา

2.5 กรณียาที่ส่งมอบเป็นยากลุ่มที่ต้องระวังเป็นพิเศษ (high alert drugs) ควรเพิ่มความเข้มข้นในการให้บริการเพื่อความถูกต้องในการใช้ยา และต้องให้ข้อมูลถึงพิษของยาที่จะเกิดขึ้นหากมีการใช้ยาในทางที่ผิด อาจให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นเอกสารหรือพิจารณาให้คำปรึกษารายกรณี (individual drug counseling)

2.6 การให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาโดยวาจาหรือเอกสารประกอบ ดังนี้

- ข้อบ่งใช้ยา
- ขั้นตอนการใช้ยาที่มีการบริหารแบบพิเศษ และเวลาที่ต้องใช้ยา เช่น ยาเหน็บ ยาสวน ยาหยอด
- อาการข้างเคียงที่พบบ่อย การเฝ้าระวัง และการแก้ไขเบื้องต้น
- การปรับแผนการใช้ชีวิตประจำวันกับแผนการรักษาให้มีความสอดคล้องกัน
- ยาและผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่มีผลต่อยาและการใช้ยา
- การปฏิบัติตนเมื่อสัมผัสรับประทานยาหรือใช้ยา
- ระยะเวลาในการรักษา และความจำเป็นของการรับยาต่อเนื่อง
- วิธีการจัดการยา เช่น การเก็บยาที่เหมาะสม ฯลฯ

2.7 ใช้คำถามเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม

3. การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และการส่งต่อ

ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับยาแต่ละราย หากพบว่าปัญหาที่มีความรุนแรง ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรายกรณี (individual drug counseling) และ

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

ส่งต่อให้มีการติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ครบวงจร

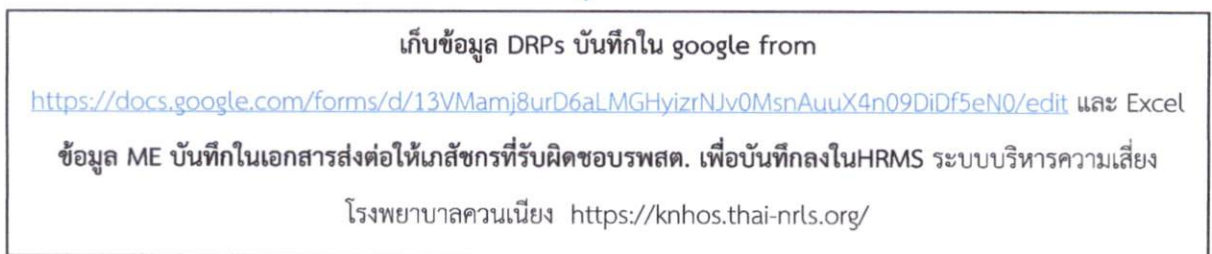
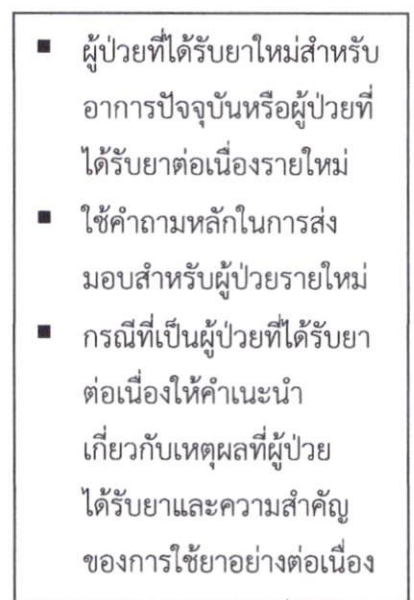
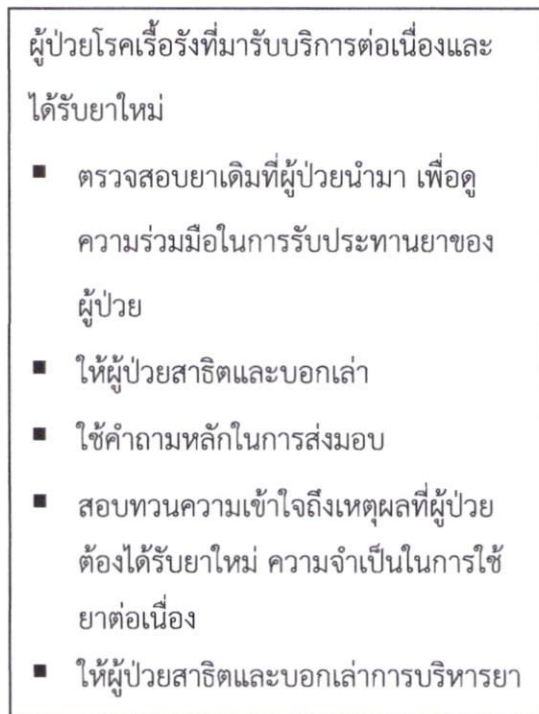
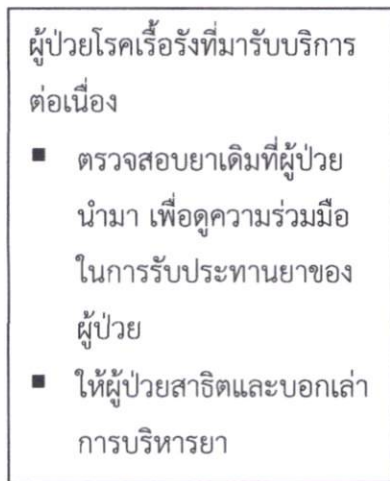
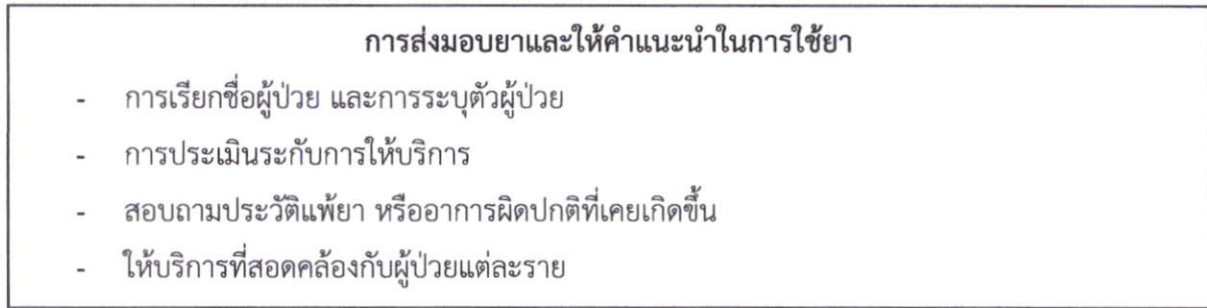
วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

ขั้นตอนการดำเนินการการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย



วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

ขั้นตอนการดำเนินการการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย (ต่อ)



วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

แนวทางการส่งมอบยาตามมาตรฐานเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนการสั่งยา

1. เลือกรหัสยาจากโปรแกรม Hos-xp/JHCIS
2. ตรวจสอบชื่อ- สกุลผู้ป่วย ประวัติแพ้ยา รายการยา วิถีใช้ จำนวนเม็ดยา pop alert pop note ให้ถูกต้องก่อนบันทึก

ขั้นตอนการจัดเรียงยา

1. แยกจัดยาเป็นหมวดหมู่ แยกยาเม็ด ยาน้ำ ยาใช้ภายนอก
2. ยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ทำป้ายชื่อสียาต่างกัน

ขั้นตอนการพิมพ์ฉลากยา

1. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบรายการยา โดยดูชื่อ- สกุลผู้ป่วย รายการยา จำนวนเม็ดยาให้ถูกต้อง และพิมพ์ฉลากยา
2. เกสซ์กร/เจ้าหน้าที่ตรวจสอบรายการยาที่แพทย์สั่งจ่าย หากพบความคลาดเคลื่อน หรือข้อสงสัยให้ปรึกษาผู้สั่งจ่าย ก่อนจ่ายลดความคลาดเคลื่อนในการพิมพ์ฉลากที่ชื่อยาพ้องเสียง มีหลายความแรงหรือมีหลายรูปแบบ โดย

- กรณียาพ้องเสียง ใช้อักษรสูง ต่ำ (Tall man capital) ทำการปรับเปลี่ยนชื่อ เช่น *** hydroxyzine กับ hydralazine ปรับเปลี่ยนเป็น hyDROXYZINE (atarax) กับ hyDRALAZINE **** *** hydroxyzine กับ hyoscine ปรับเปลี่ยนเป็น hyDROXYZINE (atarax) กับ hyoscine (BUSCOPAN)

-กรณียามีหลายความแรง หลายรูปแบบ ปรับเปลี่ยนดังนี้ ตัวอย่างเช่น

- * amoxicillin ปรับเปลี่ยนเป็น (500) AMOXICILLIN 500 mg
==(250) AMOXICILLIN 250 mg
AMOXicillin Syrup 125mg /5 ml
- * paracetamol ปรับเปลี่ยนเป็น (325)PARACETAMOL 325 mg
PARACETAMOL 500 mg
(ยาน้ำ) PARACET syr 120 mg/5 ml
- * propranolol ปรับเปลี่ยนเป็น (40)PROPRANOLOL(ส) 40 mg
==(10)PROPRANOLOL(ส) 10 mg

กรณี โปรแกรม JHCIS ให้ใช้ปากกาเคมีเน้นชื่อยาที่ฉลากยา

3. หากพบความคลาดเคลื่อนทางยา ให้บันทึกในแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา/ใบสั่งยา/โปรแกรม NRLS เพื่อรวบรวมข้อมูล

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

ขั้นตอนการจัดยา

1. ผู้มีหน้าที่จัดยา ทำการตรวจสอบอีกครั้งว่า ใบสั่งยากับ ฉลากยาถูกต้องตรงกันหรือไม่
2. อ่านฉลากชื่อยาจนครบทุกตัวอักษร อ่านฉลากอย่างน้อย 3 ครั้ง คือ เมื่อหยิบ ก่อนจัด และก่อนเก็บ โดยไม่จำภาพหรือสีของยา แทนการอ่านชื่อยา ไม่อาศัยความคุ้นเคย การจำตำแหน่งที่เก็บยา
3. เก็บยาที่พบปัญหาบ่อยแยกจากกัน และติดสติ๊กเกอร์เตือน
4. จัดยาโดยหยิบยาตามหลัก first expire first out และกรณียาเม็ดที่ไวต่อแสงต้องบรรจุถุงสีชา
5. ลดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการจัดยา โดยยาที่ชื่อพ้องมองคล้ายจะไม่วางไว้ใกล้กัน เช่น
 - * Enalapril 5 กับ Enalapril 20
 - * Enalapril 5 กับ HCTZ (25)
 - * Metformin กับ Metoprolol
 - * Amoxicillin กับ dicloxacillin
 - * Amoxicillin (250) กับ Amoxicillin (500)
6. หากพบความคลาดเคลื่อนทางยา ให้บันทึกในแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา/ใบสั่งยา/โปรแกรม NRLS เพื่อรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการตรวจสอบยา/จ่ายยา

- 1.เภสัชกร/เจ้าหน้าที่ /พยาบาล ทำการตรวจสอบชื่อ-สกุล ผู้ป่วยบนฉลากยา กับใบสั่งยา
- 2.ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา ความแรง วิธีใช้ จำนวน
- 3.หากพบความคลาดเคลื่อนทางยา หรือไม่ชัดเจน ให้ประสานผู้สั่งใช้ทันที
4. กรณีพบความคลาดเคลื่อนทางยาจากขั้นตอนการพิมพ์ฉลาก หรือจัดยา ให้แจ้งจุดที่ผิดพลาดและแก้ไขทันที
5. เรียกชื่อ - นามสกุลผู้ป่วยเพื่อมารับยา
6. เมื่อผู้ป่วยมารับยาถามชื่อ - นามสกุลซ้ำอีกครั้ง เพื่อยืนยันผู้ป่วยซ้ำ
7. สอบสอบถามประวัติการแพ้ยา
8. อธิบายวิธีการใช้ยา คำแนะนำเพิ่มเติม อาการข้างเคียง ข้อควรระวัง
10. สอบถามความเข้าใจผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม
11. ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย
12. หากพบความคลาดเคลื่อนทางยา ให้บันทึกในแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา/ใบสั่งยา/โปรแกรม NRLS เพื่อรวบรวมข้อมูล

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER ทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

งานบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

การใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสะท้อนถึงประสิทธิภาพการรักษาด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยมักได้รับยาหลายชนิดและใช้ยาต่อเนื่องกันเป็นเวลานานเพื่อรักษาโรคเรื้อรังที่บ้านนั้นมักเกิดปัญหาจากการใช้ยา ผู้ป่วยกว่า 40 % มีปัญหาจากการใช้ยาที่บ้าน อาทิ ใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ได้รับขนาดที่ต่ำหรือสูงเกินไป มีการบริหารยาผิดและยาพ่นไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยได้ครอบครองยาเกินความจำเป็น ส่งผลให้เกิดปัญหาหายาเหลือใช้ ยาเสื่อมสภาพ และยาหมดอายุ ซึ่งจากการประมาณการในระดับประเทศพบว่าผู้ป่วย 19.2 ล้านคน ครอบครองยาเกินความจำเป็น โดยคิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางการคลังถึง 2,349 ล้านบาท หรือ 1.7% ของอัตราการบริโภคยาทั้งหมดของประเทศ⁽³⁾

การครอบครองยาเกินจำเป็น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น นอกจากปัญหา Poly pharmacy จากการที่ผู้ป่วยไปรับบริการจากโรงพยาบาลหลายแห่งแล้ว ปัญหาการจัดเก็บยา ปัญหาที่ไม่สามารถบ่งบอกชื่อยา วิธีการใช้ยา วันหมดอายุของยา ที่บ้านของผู้ป่วย นั้นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยมักได้รับยาหลายชนิดและใช้ยาต่อเนื่องกันเป็นเวลานานเพื่อรักษาโรคเรื้อรังที่บ้านนั้นมักเกิดปัญหาจากการใช้ยา⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรหรือการมีเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมเยี่ยมบ้านนั้น ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะการช่วยลดปัญหาการใช้ยาและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น⁽⁵⁾ การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยเภสัชกรครอบครัว เป็นกระบวนการ บริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง (Continuous pharmaceutical care) เพื่อก่อให้เกิดการบริบาลทาง เภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อ (Seamless pharmaceutical care) เภสัชกรที่ดำเนินงานในบริบทเภสัชกร ครอบครัวนั้น เน้นการดูแลด้านยาแบบองค์รวม ผสมผสาน ทั้งโรคทางกาย มิติความเจ็บป่วย สภาพจิตใจ อารมณ์สังคม ทั้งของผู้ป่วย คนดูแล และสมาชิกในครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริบาลทางเภสัชกรรม เป็นเพียงกระบวนการหนึ่งในการทำงานของเภสัชกร⁽²⁾ การเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในบริการเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้านทำให้เภสัชกรได้รับฟัง และเห็นปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นจริงขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้านยา และให้คำแนะนำด้านการใช้ยา

เภสัชกรครอบครัว ต้องมีทักษะในการดำเนินงานแบบผสมผสาน (Skill mixed) ทั้งในด้านการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่น ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะทางคลินิกในการรวบรวมข้อมูล การประเมินผู้ป่วย การค้นหาและวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา การวางแผนและลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไข ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา การประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน

สิ่งสำคัญของการดำเนินงานการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) มิใช่การลงไปแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยเฉพาะรายเท่านั้น แต่เน้นการดำเนินงานเชิงระบบ มีการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าประสงค์ในการพัฒนาระบบยา เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วยโดยรวม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) ให้ผู้ป่วย เข้าถึงบริการ ต่อเนื่องรอบด้าน ไร้รอยต่อและชุมชนมีส่วนร่วม

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

ขั้นตอนการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย

1. การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) เภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการลงเยี่ยมบ้านโดยหน่วยงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนจะทำการประสานงานและแจ้งเคสมายังทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อนำทีมสหวิชาชีพไปเยี่ยมบ้านค้นหาและแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยเฉพาะราย ตัวอย่างเกณฑ์ในการคัดกรองได้แก่
 - 1.1 กำหนดตามกลุ่มโรค เช่น Palliative care ,มะเร็ง , โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต เรื้อรัง โรคหืด โรค

ทางจิตเวช โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2. การศึกษาข้อมูลและเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลก่อนออกเยี่ยมบ้าน : เพื่อให้เภสัชกรมีความพร้อมในการรวบรวมศึกษา และสรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ตนเองจะออก เยี่ยมบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ ทักษะที่ต้องใช้ และอุปกรณ์ต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน การติดตามประเมินผล ซึ่งจะส่งผลเกิดการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาข้อมูลจะเป็นในรูปแบบพูดคุยประเด็นปัญหาและตั้งเป้าหมายในการลงเยี่ยมร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ Pre-Post meeting ในผู้ป่วยแต่ละราย
3. การดำเนินงานขณะออกเยี่ยมบ้านโดยการสร้างสัมพันธ์และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
4. รวบรวมข้อมูลและประเมินข้อมูล INHOMESS และทำ Post Meeting ร่วมกับทีมสหวิชาชีพหลังเยี่ยมเคสเพื่อวางแผนเยี่ยมในครั้งถัดไป

ตัวชี้วัดงานบริหารเภสัชกรรมในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ

1. ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการส่งมอบยา (dispensing error) = 0
2. อัตราการแพ้ยาซ้ำ =0
3. ปัญหาด้านการใช้ยา (Drug related problems) ได้รับการแก้ปัญหาร้อยละ 80

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

ภาคผนวก

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	SP-PHA-

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ใน รพ.สต.

ผู้ป่วยแพ็ยรายใหม่

ผู้ป่วยแพ็ยรายเก่า

สัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือญาติเบื้องต้น

- อาการแสดงของการแพ้
- เวลาที่เริ่มพบอาการ
- ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

สัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือญาติเบื้องต้น

- อาการแสดงของการแพ้
- เวลาที่เริ่มพบอาการ
- ยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- โรคประจำตัว/โรคร่วม

โทร consult เกสัช รพ.

1. ญ.ทัศน์ีย์ 081-9159109 เกสัชกร ADR
2. เกสัชกรที่รับผิดชอบรพสต. นั้นๆ

ญ.ชนิษฐา 0818962825 รพสต.ควนไส,บ้านกลาง
ญ.ณัฐริชา 0887841496 รพสต.เกาะใหญ่
ญ.ณัฐธิดา 089-46417รพสต.หัวป่าบ

ไม่มีบัตรบัตร

มีบัตร

ไม่ใช่แพ้ยา

↓

ไม่ต้องส่ง
ต่อผู้ป่วย

ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อ
ประเมินการแพ้ยา/รักษา

รพ.สต.

- บันทึกข้อมูลลงในทะเบียนแพ้ยา
- บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม JHCIS
- ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยา ในโพลเดอร์ พร้อมระบุชื่อและยาทุกตัวในกลุ่มที่แพ้

รพ.ควนเนียง

- ประเมินการแพ้ยา
- ออกบัตรแพ้ยา
- ลงประวัติการแพ้ยา
- บันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูล รพ.

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สหภาพควนเนียง	SP-PHA-

1. Fatal Drug Interaction (บล็อกรักษาในรบบ)

No	ยา A	กลุ่มยา B	ยา B	Effect	Management
1.	Fluoxetine		Thioridazine	เพิ่มระดับยา Thioridazine อาจทำให้เกิด QT prolong	Contraindicated
2.	Ergotamine Methergin®	Protease Inhibitors	Ritonavir	ยับยั้ง Metabolism ของยา ergotamine(CYP3A4) ทำให้ระดับยาErgotamineเพิ่มขึ้น เสี่ยงใน การเกิด ergot toxicity (peripheral vasospasm, ischemia, thrombosis, tachycardia hypertension)	Contraindicated
			Lopinavir/ritonavir		Contraindicated
			Atazanavir		Contraindicated
		NNRTIs	Efavirenz		Contraindicated
		Azole Antifungal	Itraconazole		Contraindicated
			Fluconazole		Should be avoided
		Macrolides	Clarithromycin		Contraindicated
			Erythromycin		Contraindicated
			Roxithromycin		Contraindicated
		Beta blocker	Propranolol		
Metoprolol					
3.	Furosemide	Aminoglycoside	Gentamicin	เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด Nephrotoxicity, Ototoxicity	Contraindicated
			Streptomycin		
			Amikacin		
4.	Amiodarone		Ritonavir		Contraindicated

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน
 สำเนา : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER ทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	โรงพยาบาลควนเนียง SP-PHA-
--	-------------------------------------

		Protease Inhibitors	Lopinavir/ritonavir Atazanavir	Inhibition of CYP450 3A4 by PIs, increased amiodarone effects (eg, cardiac arrhythmias, hypotension)	
--	--	---------------------	-----------------------------------	--	--

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน
 สำเนา : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER ทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีปฏิบัติ		โรงพยาบาลควนเนียง			
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย		CD PHA			
2. Non Fatal Drug Interaction (บล็อกการคีย์ยาในระบบ)					
No	ยา A	กลุ่มยา B	ยา B	Effect	Management
1.	Warfarin	NSAIDs	Naproxen Ibuprofen Diclofenac Mefenamic	No effect on INR เพิ่ม risk bleeding	เปลี่ยนไปใช้ Paracetamol หรือ Tramadol
2.	Clozapine		Ritonavir	เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพิษจากยา clozapine อาจทำให้เกิด agranulocytosis, ECG changes, seizure	เปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นโดยประเมิน Risk-benefit ของผู้ป่วยแต่ละราย
3.	Propranolol		Chlorpromazine	เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด cardiac arrhythmia	เปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นโดยประเมิน Risk-benefit ของผู้ป่วยแต่ละราย
4.	Atazanavir	Proton pump inh. (PPIs)	Omeprazole	Decreased GI absorption of atazanavir due to reduced acidity, Decreased atazanavir effect	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่แนะนำให้ใช้ร่วมกับ ATV ในผู้ที่ได้ PIs มาก่อน - ในผู้ที่ไม่เคยได้ PIs มาก่อน ให้ PPIs อย่างน้อย 12 ชม. ก่อนการให้ ATV และต้องใช้ boosted ATV เท่านั้น และขนาด PPI เทียบเท่าไม่เกิน omeprazole 20 mg/day Alternative Agents: H2 receptor antagonists
5.	Simvastatin	PIs	Lopinavir/ ritonavir Ritonavir	เพิ่มระดับยา simvastatin เพิ่มความเสี่ยงเกิด Severe Rhabdomyopathy	เลือกใช้ Atorvastatin แทน

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER หันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	โรงพยาบาลควนเนียง SP-PHA-
--	-------------------------------------

			Atazanavir		
6.	Rifampicin	Pls	Lopinavir/ ritonavir	Rifampicin เพิ่มการ metabolism ของ Pls	ปรับสูตรยารักษาวัณโรคเป็นสูตรที่ไม่มี rifampicin ได้แก่ 2SHE/10 HE, 2HZEQ/10-16HEQ, 2-3SHZEQ/9-10HEQ
			Ritonavir	Pls ลด การ metabolism	H =isoniazid, R = Rifampicin, Z =Pyrazinamide, E = Ethambutol,
			Atazanavir	Rifampicin (CYP3A4)	S=Streptomycin, Km = Kanamycin, Q = Quinolone (Ofloxacin, Levofloxacin)

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER ทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีปฏิบัติ		โรงพยาบาลควนเนียง			
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย		SP-PHA-			
Non Fatal Drug Interaction (บล็อกการคีย์ยาในระบบ)					
No	ยา A	กลุ่มยา B	ยา B	Effect	Management
7.	Rilpivirine	Proton pump inh. (PPIs)	Omeprazole	Decreased rilpivirine effects, Decreased gastric acidity leading to impaired drug solubility and absorption	ห้ามให้ร่วมกัน ให้เปลี่ยนมาใช้ H ₂ blocker หรือ antacid : โดยให้ H2-antagonists ก่อนบริหารยา rilpivirine อย่างน้อย 12 ชั่วโมง หรือให้ H2-antagonists หลังจากรับประทานยา rilpivirine อย่างน้อย 4 ชั่วโมง
			Rifampicin	Decreased rilpivirine effects, Induction of CYP450 3A4 by rifampin	ปรับสูตรยารักษาวัณโรคเป็นสูตรที่ไม่มี rifampicin ได้แก่ 2SHE/10 HE, 2HZEQ/10-16HEQ, 2-3SHZEQ/9-10HEQ H =isoniazid, R = Rifampicin, Z =Pyrazinamide, E = Ethambutol, S=Streptomycin, Km = Kanamycin, Q = Quinolone (Ofloxacin, Levofloxacin)
			Carbamazepine Phenobarbital Phenytoin	Significant decreases in rilpivirine plasma concentrations are expected due to induction of CYP3A enzymes.	เปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นโดยประเมิน Risk-benefit ของผู้ป่วยแต่ละราย
			Dexamethasone	Dose dependent decreases in rilpivirine plasma concentrations are expected due to induction of CYP3A enzymes.	หลีกเลี่ยงการใช้ Dexamethasone ที่ให้ > 1 ครั้ง เปลี่ยนไปใช้ prednisolone หรือ antihistamine อื่น

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER ทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	โรงพยาบาลควนเนียง SP-PHA-
--	-------------------------------------

8.	Ceftriaxone ใน ทารกแรกคลอด อายุ <28 วัน		Lactate Ringer solution (LRS)	ตกตะกอนในเส้นเลือด ปอด ไต และ ทารกแรกคลอดที่มี Hyperbilirubinemia อาจเกิด Bilirubin encephalopathy	ห้ามใช้ร่วมกันในทารกอายุ < 28 วัน
			Calcium gluconate		
9.	Litium	Thiazide diuretics	HCTZ	ระดับ litium เพิ่มสูงขึ้น	ติดตามอาการท้องเสีย อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อ กระตุก ตามัว สับสน ชัก ไม่รู้สึกตัว

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน
 สำเนา : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER ทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีปฏิบัติ	โรงพยาบาลควนเนียง
เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย	SP-PHA-

3. Non Fatal Drug Interaction (Pop up แจ้งเตือนการจัดการที่เหมาะสม)

No	ยา A	กลุ่มยา B	ยา B	Onset	Effect	Management
1.	Warfarin		Amiodarone	Delayed: 3-7 วัน INR เพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในช่วง 2-4 สัปดาห์แรก	เพิ่ม INR เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก	ติดตาม INR อย่างใกล้ชิด เมื่อเริ่มหรือหยุดยาamiodarone
		Quinolones	Ciprofloxacin	Delayed: 2-5วัน	เพิ่ม INR เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก	1. ติดตาม INR อย่างใกล้ชิด เมื่อเริ่มหรือหยุดใช้ยาร่วมกัน 2. ในผู้ป่วยบางรายการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก อาจพิจารณาลดขนาดยา warfarin ลง 10-15%
			Levofloxacin	Delayed: 3-5 วัน		
			Norfloxacin	Delayed		
			Ofloxacin	Delayed		
		Macrolides	Azithromycin	Delayed:3-7 วัน	เพิ่ม INR เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก	ติดตาม INR อย่างใกล้ชิด เมื่อเริ่มหรือหยุดใช้ยาร่วมกัน ไม่จำเป็นต้องลดขนาดยา warfarin
			Clarithromycin	Delayed:3-7 วัน	ภาวะเลือดออก	อาจลดขนาดยา warfarin ลง 15-25%
			Erythromycin	Delayed:3-5 วัน		อาจลดขนาดยา warfarin ลง 10-15%
		Fibrates	Gemfibrozil	Delayed:5-7 วัน	เพิ่ม INR เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก	1. ติดตาม INR อย่างใกล้ชิด เมื่อเริ่มหรือหยุดใช้ยาร่วมกัน 2. อาจพิจารณาลดขนาดยา warfarin ลง 10-30%
		Azole antifungal	Fluconazole	Delayed:2-3 วัน	เพิ่ม INR เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก	1.ติดตาม INR อย่างใกล้ชิด เมื่อเริ่มหรือหยุดใช้ยาร่วมกัน 2.อาจพิจารณาลดขนาดยา warfarin ลง 25-30% ในช่วงเริ่มยา และในช่วงการรักษาต่อเนื่องอาจลดลงถึง 80%
			Itraconazole	Delayed:2-5 วัน		
			Ketoconazole	Delayed:2-5 วัน		

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน
 สำนัก : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER ทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเครือข่าย สุขภาพควนเนียง	โรงพยาบาลควนเนียง SP-PHA-
--	-------------------------------------

			Metronidazole	Delayed:3-5 วัน	เพิ่มINRเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะเลือดออก	1.ติดตาม INR อย่างใกล้ชิด เมื่อเริ่มหรือหยุดใช้ยาพร้อมกัน 2.อาจพิจารณาลดขนาดยา warfarin ลง 25-40% ในช่วงเริ่มยา
--	--	--	---------------	-----------------	--	--

ฉบับ : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง

ทบทวนเอกสารโดยคณะทำงานทุก 6 เดือน

สำเนา : กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ER ทันตกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล