|  |
| --- |
| **รายงานการประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเภสัชกรรม(Quality Pharmacy Committee: QPC) ครั้งที่ 4/2566**  **ครั้งที่ 7 ปีงบประมาณ 2566 วันที่ 14 มิถุนายน 2566 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้องประชุมกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์** |

**รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม**

1. ภญ.สุวรรณี พฤกษ์งามพันธ์ ประธาน
2. ภญ.อนงค์นาฏ ศิริโสม
3. ภญ.พึงพิศ บรรณสาร
4. ภญ.จารุณี สวัสดิพละ
5. ภก.สุบรรณ มณฑนะพิศุทธิ์
6. ภญ.จิตราภรณ์ มณีเรือง
7. ภก.เกรียงไกร กองสำลี
8. ภญ.ปรีดานุช ไขแสง
9. ภญ.อุมาพร อาจมูลลา
10. ภญ.ยุภาวดี พิมพโมทย์
11. ภก.สวัสดิ์ มาลา
12. ภญ.ดารารัตน์ วุฒิสาร
13. ภญ.ดวงรัตน์ อุ่นจรัส
14. ภก.ตนุภัทร จำนงค์ศรี เลขาการประชุม
15. ภก.จริณัฐ สุระพร ผู้ช่วยเลขาการประชุม

**รายชื่อผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม**

1. ภญ.อลินนันท์ สุดแสนทวีโชติ อบรมหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน

**🌍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍֍🌍**

|  |
| --- |
| **วาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ทราบ** |

1. เรื่องแจ้งการลงสำรวจของคณะผู้บริหารที่หน้างาน กำหนดการที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายเภสัชกรรม คือ วันศุกร์ที่ 23 มิถุนายน 2566 โดยให้เตรียมเรื่องที่ได้ดำเนินการ ตั้งแต่ 8.00 น. จากการลงเยี่ยมสำรวจครั้งก่อน
   * ห้องยาผู้ป่วยนอก เรื่อง การลงระยะเวลาการรอรับยาของผู้ป่วย จากอุบัติการณ์เรื่องร้องเรียน
   * ห้องยาผู้ป่วยใน เรื่อง การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็คโทรนิคจากการแสกนใบสั่งยาของหอผู้ป่วย
2. เรื่องแจ้งย้าย Server โปรแกรม HosXP ในวันที่ 16 มิถุนายน 2566 ตั้งแต่เวลา 20.00 น. ถึง 6.00 น ของวันเสาร์ที่ 17 มิถุนายน และแจ้งเรื่องการย้ายหม้อแปลงไฟฟ้าของโรงพยาบาลในวันอาทิตย์ที่ 18 มิถุนายน 2566 ซึ่งห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกและห้องจ่ายยาผู้ป่วยในจะต้องวางแผนในการปฏิบัติงานนนอกเวลา ทั้งในเวรบ่าย เวรดึก และเวรเช้าของวันถัดมา โดยมอบหมายให้จัดประชุมย่อย เรื่องแผนกระบวนการรองรับในหน้างาน

ผลการดำเนินการ ประชุมย่อย เพื่อวางแผนรองรับการย้าย Server โปรแกรม HosXP

* ภก.เกรียงไกร ดำเนินการสร้างโปรแกรมการพิมพ์ Sticker ยาทั้ง IPD และ OPD และได้แจ้งวิธีการใช้โปรแกรมผ่านช่องทางไลน์ในรูปแบบวีดีโอสาธิตการใช้โปรแกรม และชี้แจ้งวิธีการใช้ ณ หน้างานบริการ
* ภญ.อนงค์นาฏ ดำเนินการประชุมย่อย ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ห้อง 1 ในเช้าวันศุกร์ที่ 16 มิถุนายน 2566 ในกลุ่มเป้าหมาย คือ เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และผู้ช่วยเภสัชกรรม ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ เวรบ่ายวันศุกร์ที่ 16 มิถุนายน 2566 ถึงเวรนอกเวลาวันอาทิตย์ที่ 18 มิถุนายน 2566 ร่วมกับจัดอัตรากำลังเสริมในเวรเช้าเพื่อเสริมอัตรากำลังในการบันทึกข้อมูลย้อยหลัง ในกรณีที่ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้เมื่อ Server ใช้งานไม่ได้
* การย้ายหม้อแปลงไฟฟ้าโรงพยาบาลในวันอาทิตย์ที่ 18 มิถุนายน 2566 จะมีรถหม้อแปลงไฟฟ้าจาก การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค รองรับให้มีไฟฟ้าใช้ขณะทำการเปลี่ยนหม้อแปลงของโรงพยาบาล

1. จากอุบัติการณ์การทิ้งเข็มที่ยังไม่ได้ใช้งานในถุงขยะผิดประเภท เป็นการจัดการขยะไม่เหมาะสม เมื่อได้ทบทวนร่วมกับเจ้าหน้าที่ พบสาเหตุมาจาก การเบิกวัสดุการแพทย์ที่มากเกินจะสามารถบริหารจัดการได้
   * + มอบหมายให้ดำเนินการวางแผนการเบิกวัสดุการแพทย์ให้เพียงพอต่อการจ่ายและไม่มากเกินการบริหารจัดการ ร่วมกับกระจายไปที่งานอื่นๆ ที่ต้องใช้วัสดุการแพทย์
     + การจัดการวัสดุการแพทย์เมื่อมาส่งที่คลัง ให้ส่งมอบคืนไปที่งานวัสดุการแพทย์ ให้เป็นไปตามระบบของโรงพยาบาล
     + มอบหมายห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ดำเนินการระบุปัญหา ผลกระทบ และตัวอย่างการเบิกวัสดุการแพทย์ที่ผิดพลาดของหอผู้ป่วย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนการจ่ายวัสดุการแพทย์ออกจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน เป็นหอผู้ป่วยเบิกใช้เอง โดยให้สามารถมีการคีย์และเบิกใช้ตามอัตราการใช้จริงของหอผู้ป่วย
2. แจ้งเรื่องการขอเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดตารางเวรของเจ้าพนักงานเภสัชกรรมและผู้ช่วยเภสัชกรรมในเป็นแบบเรียงขั้นบันได เป็นระบบเดียวกันในกลุ่มงานเภสัชกรรม ยกเว้น คุณเกษรา ให้จัดเฉพาะเวร ช2 เพื่อไม่ให้กระทบกับเพื่อนร่วมงานและกระจายการได้รับเวรเหมือนบุคลากรทุกคน

|  |
| --- |
| **วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม** |

-

|  |
| --- |
| **วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง** |

**IPD**

1. ผลลัพธ์การกำกับ การแจ้งผลการคืนยาแบบ Real time ในกลุ่มไลน์

* พบข้อมูลที่ดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 ในเดือนเมษายน ร่วมกับแจ้งติดตามเป็นรายบุคคลในกรณีที่ไม่พบการคืนยา Real time
* เพื่อให้เกิดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการแจ้งในทุกวัน และมอบหมายให้มีผู้ดำเนินการสำรองในกรณีผู้รับผิดชอบหลักไม่สามารถดำเนินการได้

1. ปัญหาจาก HAD ที่สำคัญและการจัดการ HAD ME ADR ที่สำคัญในเดือนเมษายน

* พบอุบัติการณ์ HAD จากยา Warfarin ทั้งหมด 3 ครั้ง ในหัวข้อ ADR ระดับ F 2 อุบัติการณ์ E 1 อุบัติการณ์ ( Refer จาก รพช.ทั้งหมด ) ไม่พบอุบัติการณ์ Medication Errors
* แยกวิเคราะห์ Medication Errors รายหอผู้ป่วย โดยสรุปจะพบการรายงานทั้งหมด เป็นหัวข้อ Admin Errors ในทุกหอผู้ป่วยทั้งหมด จากข้อมูลข้างต้นคาดว่า ในขั้นตอนการดักจับ Prescribing Errors มีการคัดกรองและแก้ไขจากทั้งงานบริบาลและงานบริการก่อนแล้ว จึงไม่พบ Medication Errors ประเภทอื่นด้วย
* พบอุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามแนวทางยา High Alert Drug ที่ลดลง สัมพันธ์กับจำนวนการติดตาม จำนวนวันทำการของเดือนเมษายน และไม่ลงรายงานตามจำนวนอุบัติการณ์จริง
* การนำรายการยาที่พบอุบัติการณ์ความถี่มากสุดสามอันดับของแต่ละเดือน ไปพัฒนาการรูปแบบเฝ้าระวังอุบัติการณ์ข้างต้นจากหน้างาน เบื้องต้นทางพยาบาลของหอผู้ป่วยได้รับทราบถึงปัญหา มอบหมายให้วางแผนการวัดผลลัพธ์เรื่องการไม่ระบุเวลาสิ้นสุดในการบริหารยา HAD ของหอผู้ป่วย ร่วมกับนำกรณีศึกษาและข้อมูลความถี่อุบัติการณ์เข้าปรึกษาในการประชุมของกลุ่มการพยาบาลในครั้งถัดไปให้มีการแก้ไขที่ดีขึ้น
* มอบหมายให้ทบทวนกระบวนการค้นหาอุบัติการณ์ความเสี่ยง/การติดตาม ADR ที่สำคัญทางคลินิกจาก HAD กับ PCT manager เน้น การผลลัพธ์ติดตามที่ผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่สามารถวัดค่าได้ ในยา High Alert Drug 9 รายการ เช่น Extravasation Phlebitis จากยา Inotropic เป็นต้น
* เน้นย้ำ ทบทวน การจ่ายยา Inotropes ผิดชนิด จากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนระดับ D ของยา Dopamine และยา Dobutamine

1. ติดตาม: การจัดการยาคำสั่ง STAT อย่างเป็นระบบ

- ได้ดำเนินการแจ้งไปยังกลุ่มการพยาบาล หอผู้ป่วย และห้องจ่ายยาผู้ป่วยในจัดให้มีตำแหน่งส่งใบสั่งยา STAT ที่เห็นได้ง่ายไม่สับสน

1. ติดตาม : การคัดกรอง/คัดแยก คำสั่งใช้ยามาจากหอผู้ป่วย

* ยังคงพบปัญหา คือ ไม่มีการคัดกรองใบสั่งยาก่อนนำส่งห้องยา ทำให้ใบสั่งยาด่วนยังคงปะปนมากับยาแฟ้ม ร่วมกับการเลือกใช้ป้ายเตือนไม่ถูกประเภทของยา Stat
* มอบหมายให้เพิ่มการดำเนินการแจ้งการเลือกใบแจ้งเตือนที่ผิดประเภทย้อนกลับไปยังหอผู้ป่วยในทันทีที่ผู้ตรวจสอบพบความผิดพลาด( เช่น การโทรแจ้งพยาบาลผู้แนบใบแจ้งเตือนในตอนนั้น ) ร่วมกับเก็บร่วมรวมความถี่ของความผิดพลาดข้างต้น และดูแลจำนวนใบแจ้งเตือนบนหอผู้ป่วยไม่ไห้ขาด
* ได้ดำเนินการคัดแยกใบสั่งยาที่ญาติถือมาให้เป็นไปตามประเภทความเร่งด่วนของใบสั่งยามากขึ้น ได้ดำเนินการแนบเอกสารคำแนะนำพยาบาลกลับไปพร้อมญาติกรณีใบสั่งยาไม่เป็นไปตามข้อนโยบายยาเร่งด่วน เพื่อลดภาระของช่องจ่ายยา

1. ติดตาม: การออกแบบระบบ MR ในผู้ป่วยก่อนไปผ่าตัด ได้ดำเนินการประสานกับวิสัญญีแพทย์ โดยให้เข้าถึงรายการยาเรื้อรังของผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ผ่านโปรแกรม PharMS โดยให้เน้นย้ำการลงข้อมูลยาเดิมในโปรแกรม PharMS ให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น; ได้ดำเนินการแล้ว
2. ติดตาม: การดำเนินการอัพโหลดเอกสารมาตรฐานการคัดกรองลงในฐานข้อมูลอิเล็คโทรนิค PharMS ; ดำเนินการแล้ว

**OPD**

1. ติดตาม: การดำเนินการอัพโหลดเอกสารมาตรฐานการคัดกรองลงในฐานข้อมูลอิเล็คโทรนิค PharMS ; ได้จัดทำมาตรฐานเสร็จแล้ว
2. ติดตาม: ดำเนินการจัดทำ LASA ในหน่วยงาน จะสรุปในเดือนมิถุนายน
3. ติดตาม : การดักจับความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาให้ได้ประสิทธิภาพในการค้นหาให้ครอบคลุมมากขึ้น จากการติดตามการตรวจสอบคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ผลมีความครอบคลุม ที่ 300 – 400 ใบสั่งยา/เดือน ซึ่งไม่ถึงเป้าหมายที่ 600 ใบสั่งยา/เดือน จึงได้ดำเนินการเพิ่มจำนวนส่งยาที่จ่ายแล้วตรวจสอบไห้ได้อย่างน้อย 50 ใบสั่งยา/วัน
4. ติดตาม : ผลลัพธ์จากการรายงานผ่านทาง QR code พบว่ารายงานข้อมูลที่ได้ค่อนข้างน้อย จากการดึงข้อมูล ตุลาคม 2565 ถึงพฤษภาคม 2566 พบ สอบถามเรื่อง ADR 8 ครั้ง Medication Errors 1 ครั้ง จึงได้ดำเนินการวางแผนประชาสัมพันธ์มากขึ้น ผ่านทั้ง Sticker หน้าซองยา กระดาษประชาสัมพันธ์ และป้ายประชาสัมพันธ์ ณ ช่องจ่ายยา ให้ครอบคลุมผู้ป่วยนอกทุกรายที่มารับยา
5. การดำเนินการวางแผนออกแบบระบบการจัดการบริการ SMC = special medical clinic ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในการเลือกกลุ่มงานที่จัดตั้ง SMC มอบหมายจัดทำแผนกำลังคนและการดำเนินการร่วมกับทีม

**Clinic**

1. วางแผนทำ Line OA เพื่อรวบรวมสมาชิกเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการส่งต่อเคส อยู่ในช่วงดำเนินการเพิ่มสมาชิกเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.ให้ครบทุกที่ โดยประสาน ภญ.สุดารัตน์ให้ประสานและประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมมากขึ้น
2. รอผลดำเนินการปรับโปรแกรม TB ให้มีปุ่มบันทึกการตรวจสอบยา ทุกรายการของยาต้านวัณโรค

|  |
| --- |
| **วาระที่ 4 เรื่องพิจารณา** |

1. ผลการดำเนินงานตอบสนองข้อร้องเรียน เรื่อง ระยะเวลารอรับยานาน : จากการดำเนินการแก้ไขกระบวนการจ่ายยาของห้องยาผู้ป่วยนอกจากข้อร้องเรียนได้รับบริการจ่ายยาช้ามากกว่า 30 นาที ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกได้ดำเนินการ
   * กำหนดเป้าหมายคือ ระยะเวลารอยาไม่เกิน 30 นาที และ ไม่มีข้อร้องเรียน
   * ปรับให้กลุ่มโรคหอบหืด อายุรกรรมระบบประสาทและสมองให้อยู่ในกลุ่มยาโรคเรื้อรัง
   * ปรับเวลาของเจ้าพนักงานเภสัชกรรมฝึกทักษะ จาก 10.00 น. – 12.00 น. เป็น 12.00 น. – 14.00 น.
   * เพิ่มเภสัชกรในตำแหน่งจุดคัดกรอง เพื่อลดระยะเวลาคอขวด และเพิ่มช่องจ่ายยาเสริมในช่องที่ 5
   * ปรับวิธีการกดเรียกคิวเป็น กดครั้งละ 1 คิว เพื่อลดระยะเวลาการรอและลดความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา
   * ปรับช่วงเวลาการลงพักเที่ยงของเจ้าหน้าที่
     1. ปรับการลงพัก OPD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| เภสัชกร | เจ้าพนักงานเภสัชกรรม | เจ้าหน้าที่ผู้ช่วย |
| 11.00 ลงพัก 1 คน  12.00 ลงพัก 1 คน  13.00 ลงพัก 4 คน | ลงพัก 13.00 พร้อมกัน | 11.00 ลงพัก 1 คน  12.00 ลงพัก 1 คน  13.00 ลงพัก 3 คน |

* เภสัชกรเสริม

11.00-13.00 IPD ทุกวัน

13.00-14.00 Clinic ทุกวัน

วันพุธ กรณีวิกฤต OPD ประเมินสถานการณ์ก่อนเวลา 12.00

MRD stand by กรณีวิกฤต 13.00-14.00

* มี manager ประจำวัน จัดการ ประสานงาน สื่อสารกับผู้รับบริการ และมีกระบวนการกระตุ้นทีม แจ้งสถานการณ์ เวลา ให้เพื่อนร่วมงานทราบสถานการณ์ก่อน 11.30 น.
* ผลการดำเนินการจาก 2 สัปดาห์ ปรับกระบวนการ : สามารถปรับแก้ปัญหาจากกระบวนการภายใน จนสามารถบรรลุเป้าหมายได้

1. KPI กลุ่มงานเภสัชกรรม **ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข**

**การลงบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา**

-ให้แต่ละหน่วยงาน กระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับสามารถรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาได้

**-** เนื่องจากพบว่าการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง สอดคล้องกับจำนวนการติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงยายา HAD ลงลงเช่นเดียวกัน มอบหมายให้วางแผนการค้นหาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มยา HADมากขึ้นไนเดือนถัดไป

**คลังเวชภัณฑ์**

**-**

**จัดซื้อ**

* Dead Stock

1. ยาธรณีสัณฑฆาต 500 MG แคปซูล =50 x 100 caps.

* Over Stock

1. ERYTHROMYCIN TAB. 250 MG.จำนวน 12 x 500 caps. มูลค่า 9,120.00.-

ปีงบ 2565 มีการใช้ไป 16 x 500 caps คาดว่ายาน่าจะใช้หมดและยาอายุยาว

* รายงานยาใกล้หมดอายุล่าช้า ได้แก่ งานบริการ OPD และ IPD

**ปฐมภูมิ**

* จากงานปฐมภูมิประสานขอวิทยากรให้ความรู้เรื่อง RDU Community มอบหมายดำเนินการชี้แจงความรู้การใช้ยา ในโครงการ RDU community ในเครือข่าย รพ.สต. อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
* เพื่อป้องกันหน่วยบริการชุมชน มีอุบัติการณ์จ่ายยา NSAIDs ซ้ำซ้อน ที่ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัด RDU ในการรายงานครั้งหน้าหากเกิดอุบัติการณ์ให้ผู้รับผิดชอบ ทำหนังสือรายงานไปยังหน่วยบริการชุมชน

**ผลิตยา**

* จากข้อมูลการปฏิบัติบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ร้อยละ 81.52 ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกราย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัดทุกราย มอบหมายให้เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดทุกราย

**DIS**

* รายงานอุบัติการณ์ การแพ้สารเคมีซ้ำ 1 อุบัติการณ์ ในหน่วย CT Scan ซึ่งเป็น Outsource ของโรงพยาบาล ยังไม่ได้ลงความเสี่ยงของโรงพยาบาล มอบหมายให้ลงบันทึกอุบัติการณ์ ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้สารเคมี ได้รับ Contrast media ในกลุ่มเดียวกัน ในระบบความเสี่ยงของโรงยาบบาล พร้อมทั้งประสานทีมคุณภาพร่วมกันทบทวนอุบัติการณ์อย่างเป็นระบบ
* พบการปฏิบัติจัดการ Trigger tools ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จากที่ขึ้นรายชื่อของเจ้าพนักงานเภสัชกรรมแต่ไม่ได้รับการแก้ไข Trigger tools มอบหมายให้เน้นย้ำให้หัวหน้าเวรทวนสอบ Trigger tools ก่อนทุกครั้งในเวร
* พบปัญหาเรื่องการคัดกรอง/การไม่ได้ส่งต่อ ข้อมูล Notify แพ้ยาจากหอผู้ป่วยผ่านใบสั่งยา ให้กับผู้รับผิดชอบ ADR ไม่ครบถ้วน/ไม่ได้ส่ง จนทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา จนกระทั้งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
  + ให้งานบริการดำเนินการประสาน ภญ.จิตราภรณ์ โดยตรง และให้มีการระบุการรับทราบเคสทั้งสองฝ่าย
* พบปัญหาจากการแจ้งแพ้ยา ได้แก่ ขาดการซักประวัติและประเมินเบื้องต้น การให้ข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถเตรียมข้อมูลและประเมินสำหรับดำเนินการต่อได้
  + มอบหมายให้งานบริการเมื่อรับแจ้งประเมินแพ้ยา**ให้เภสัชกรผู้รับเคสประเมินเบื้องต้น**พร้อมทั้งรายงานข้อมูลพื้นฐานก่อนส่งต่อมายัง DIS ทุกราย

**Clinic**

* เนื่องจากพบการลงข้อมูล Compliance Errors ในอัตราเดิมเมื่อเทียบกับเดือนมีนาคม เช่นในกลุ่ม ผู้ป่วย Asthma เด็ก , กลุ่มผู้ป่วย Asthma Attack
  + มอบหมายให้ดำเนินการวางแผนจัดการ Intervention ให้เห็นถึงกระบวนการจัดการในกลุ่มดังกล่าว
* เนื่องจากพบว่าผลลัพธ์ในรายงานตัวชี้วัดหัวข้อ “5. ผู้ป่วยได้รับขนาดยาเป้าหมาย (maximum tolerance dose) ของผู้ป่วยแต่ละราย เป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 60” พบว่ายังไม่ถึงเป้าหมาย
  + มอบหมายให้ดำเนินการวิเคราะห์ในรายการยาแต่ละชนิด เพื่อค้นหาสาเหตุโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงวิชาการ

**IPD**

* พบใบสั่งยาค้างจ่ายเวรนอกเวลาราชการ เน้นย้ำให้หัวหน้าเวรตรวจสอบ
  + มอบหมายให้แจ้งรายบุคคลหากลืมบันทึกจ่าย
* การปฏิบัติงานขั้นตอนการ Screening ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ร้อยละ 80 โดยแจกแจงรายละเอียดพบว่า หากพิจารณาเฉพาะในเวลาราชการพบ ปฏิบัติได้ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 90
  + มอบหมายให้วางแผนดำเนินการพัฒนาให้ปฏิบัติให้ครบถ้วนตามมาตรฐานการคัดกรองใบสั่งยา

**OPD**

* จากข้อมูลการบันทึกจ่ายยารายวันของห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่ไม่ครบทุกใบสั่งยา
  + มอบหมายให้วิเคราะห์สาเหตุที่ไม่สามารถจ่ายยาด้วยโปรแกรม PharMS ให้ครบถ้วน
* ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย ระยะเวลาการจ่ายยา ให้ทุกใบสั่งยาไม่เกิน 30 นาที
* จากอุบัติการณ์มีคำสั่งใช้ยารักษาไวรัสตับอักเสบซี ( Sofosbuvir/Velpatasvir 400/100 mg tab และ Ribavirin 200 mg tab ) ในกรณีผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยได้รับยาจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกครบแล้ว ห้องยาผู้ป่วยนอกจะทำการบันทึกแจ้งเตือนในระบบ HosXP และ PharMS เพื่อส่งต่อข้อมูลการจ่ายยา ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยานี้ 1 ครั้ง ต่อ 1 สิทธิ์การรักษา
  + ให้พิจารณาไม่จ่ายยาและประสานให้ผู้ป่วย/ญาติ นำยาต้านไวรัสเดิม มาให้เจ้าหน้าที่บริหารยาให้ในโรงพยาบาล ตามระบบการจัดการยาเดิมผู้ป่วย

|  |
| --- |
| **วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ** |

* แจ้งประสานจากงานคลัง ทุกสิ้นเดือน ให้รายงานอัตราคงคลังควบคู่กับมูลค่าคงคลังมาด้วยทุกครั้ง และตรวจสอบมูลค่าให้ตรงกันทุกครั้ง ภายใต้การดูแลของหัวหน้างานของงานบริการ โดยส่งไฟล์เข้าในไลน์กลุ่ม QPC ทุกสิ้นเดือน
* เพื่อให้สามารถคำนวณหน่วยต้นทุนของงานคลัง จึงขอทราบรายการยาที่คิดหน่วยเป็น Mg, Unit สำหรับคิดเงิน
* เพื่อให้การเบิกจ่ายน้ำเกลือของโรงพยาบาลเป็นไปตามระเบียบการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ ที่จะต้องมีรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เบิก ผู้รับ ผู้จ่ายในรายการเบิก ให้ดำเนินการจ่ายจากหน่วยบริการจ่ายยาไปสู่หอผู้ป่วย
  + มอบหมายให้ ขั้นตอนการเบิก ลงรายมือชื่อโดยเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน
* เนื่องจากงานครุภัณฑ์ จะดำเนินการสำรวจในวันศุกร์ที่ 16 มิถุนายน 2566 ถึง วันอาทิตย์ที่ 18 มิถุนายน 2566
  + มอบหมายให้หน้างานดำเนินการสำรวจ บันทึกข้อมูลตามรายการครุภัณฑ์ที่มีอยู่ในหน้างานให้เป็นปัจจุบัน
* แจ้งประสานผู้ดำเนินการแจ้งหนังสือที่เกี่ยวข้องกับยาและวัคซีน ให้ช่วยดำเนินการแจ้งมายังฝ่ายเภสัชกรรม
* แจ้งเรื่องกำหนดวันส่งข้อมูลรายเดือน
  + ข้อมูล P4P ส่งภายในวันที่ 3 (ยกเว้นห้องยาผู้ป่วยใน 1 เป็นวันที่ 5)
  + เอกสาร P4P ที่ลงรายมือชื่อแล้วส่งภายในวันที่ 5
  + ข้อมูล KPI ภายในวันที่ 10
  + ข้อมูล Medication Errors ภายในวันที่ 10
  + รายงานยาเสพติด ภายในวันที่ 5

🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠🙠

ภก.จริณัฐ สุระพร บันทึก

เภสัชกรปฏิบัติการ

ภก.ตนุภัทร จำนงค์ศรี ทบทวน

เภสัชกรชำนาญการ

ภญ.สุวรรณี พฤกษ์งามพันธ์ เห็นชอบ

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกร