**สรุปข้อเสนอแนะ การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองแบบลดรูปผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์และการประชุมออนไลน์ (Adjusted Survey) โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 14 ตุลาคม 2564**

**อาจารย์ผู้เยี่ยมสำรวจ**

1. **นายแพทย์ภราดร โกมลดิษฐ์ หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมสำรวจ**
2. **ดร.แววดาว ทวีชัย ผู้เยี่ยมสำรวจ**
3. **นางวิภา วณิชกิจ ผู้เยี่ยมสำรวจ**
4. **ทีมนำ**

**วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมสำรวจ**  
 1. เป้าหมายการนำโรงพยาบาลสู่การต่ออายุการรับรอง  
 2. เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง  
**ความท้าทาย** : มีแนวคิดพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานต่างๆ  
**คำถามที่ 1**  
 - สถานการณ์ที่ผ่านมาใช้การธำรงคุณภาพมาตรฐานอย่างไร  
 - ใช้เครื่องมือคุณภาพอะไรในการทำงาน  
 - ในช่วงสถานการณ์โควิด ใช้ทีม PCT, IC และกลุ่มการพยาบาลเป็นแกนำใช้มาตรการป้องกันและออกแบบระบบอย่างไร   
ข้อเสนอแนะ  
 1. เสนอให้มีการถอดบทเรียนโควิดมาใช้ในการดำเนินงาน  
 2. การดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก  
 3. ฝากทีมนำเป็นทีมสำคัญในการกำหนดแนวทางการดูแล/การทบทวนและการติดตาม  
 4. กำหนดแนวทางการดำเนินงานโรคสำคัญ  
 5. การกำกับ clinical component

**คำถามที่ 2** โรงพยาบาลได้กำหนดวิสัยทัศน์ เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการประทับใจ  
ข้อเสนอแนะ  
 1. โรคที่เป็นจุดเน้น เลือกประเด็นที่เป็นปัญหา  
 2. ช่องทางการสื่อสารที่ได้ผลสู่ผู้ปฏิบัติ ในการสื่อสารยุทธศาสตร์  
 3. โรงพยาบาลมี Agility การสื่อสารที่ทำตอนนี้ ได้ผลตอนไหน  
 4. การสื่อสารจากทีมนำสู่ปลายทาง(ช่องทางการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ)  
 5. การพัฒนาใน 1-2 ปี ที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ

**คำถามที่ 3** ในฐานะทีมนำ ให้ประเมินบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพ

**คำถามที่ 4** การกำหนดทิศทางการดูแลผู้ป่วยช่วงโควิด  
โอกาสพัฒนา  
 1. การกำหนดทิศทางของโรงพยาบาลที่ชัดเจน  
 2. การถ่ายทอดสู่บุคลากรหน้างาน  
 3. การประเมินผลการสื่อสารว่าถึงบุคลากรหน้างานหรือไม่  
 4. การสำรวจบรรยากาศการพัฒนาคุณภาพ  
 5. กำหนดแนวทางการพัฒนากลุ่มโรคสำคัญ  
 6. ถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยโควิด

**2. ทีม FA**

1. ให้มองภาพรวมคุณภาพโรงพยาบาลผ่านพื้นที่ 4 วง ประกอบไปด้วย หน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน องค์กร และประสานข้อมูลที่อาจจะไม่ทำให้ผ่านการรับรองให้ทีมนำ 2. ให้หน่วยงานทบทวน 12 กิจกรรมสม่ำเสมอ 3. ติดตามการใช้หลัก 3P ของหน่วยงาน

**3. ทีม RM**

ทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

1. กำหนดนโยบายและแผนดำเนินงาน ในการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล 2. จัดทำคู่มือ แนวทางในการบริหารความเสี่ยง และสื่อสารให้บุคลากรทราบ 3. รวบรวมความเสี่ยง อุบัติการณ์ และจัดทำบัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล 4. ประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง5. รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล 6. สื่อสารนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ 7. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานต่างๆ 8. สรุปรายงานและประมวลผลความเสี่ยงแจ้งทุกหน่วยงานและทีมทุกทีม 9. จัดทำรายงานความเสี่ยงเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

10. โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จะปลอดภัยจากความเสี่ยงต่างๆ เราต้องรู้ตัวตนของเรา 11. \*\*\*มาตรฐานสำคัญ 9 ข้อ นำมาจับ กำหนดตัวชี้วัดตามบริบทของโรงพยาบาล 12. การทำ Risk register >> Risk profile 13. \*\*\* เนื่องจากโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ เป็นโรงพยาบาลระดับ F3 เข็มมุ่งที่ควรเน้น คือเรื่อง Primary prevention

4. **ทีม PCT**

บทบาทหน้าที่ คือ เป้าหมาย  
Propose (เป้าหมาย) 1. บริการด้านคลินิกมีมาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ √  
 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้มาตรฐานวิชาชีพและเน้นการสร้างเสริมสุขภาพสู่ชุมชน (Process) XPerformance : ใช้โรคเป็นตัวตั้ง  
หาปัญหาจากอุบัติการณ์ การทบทวน เมื่อเจอปัญหานำมาตั้งเป้าหมาย

**โรค** **กระบวนการ**

มี 6 กระบวนการ ดังนี้  
 III-1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)  
 III-2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)  
 III-3.1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planing of care)  
 III-3.2. การวางแผนจำหน่าย (Dischage Planing)  
 III-4.1. การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)  
 III-4.2. การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง  
 III-5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว  
 III-6. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care)

1. Stroke 9. Asthma  
2. STEMI 10. DHF  
3. Head injury 11. Pneumonia  
4. Sepsis 12. DHF  
5. DM 13. TB  
6. HT  
7. CKD  
8. COPD

\*\*ใช้โรคเป็นตัวตั้ง เป้าหมาย พัฒนา clinical out come (ตั้งเป้าโดยใช้บริบท)  
**ยกตัวอย่าง Stroke**  
เป้าหมาย 1. ผู้ป่วยเข้ารับบริการทันเวลา III-1  
 2. ส่งต่อทันเวลา รวดเร็ว III-1  
 3. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง III-6  
 4. มีการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องหลังออกจาก รพ. (ด้วยตนเอง) III-4.3 ฉ. ฟื้นฟูสภาพ  
ผลลัพธ์ 1. ผู้ป่วยเข้ารับบริการทันเวลา ภายใน 3 ชม  
 2. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที (นับจากผู้ป่วยมาถึง รพ.จนถึงส่งต่อ รพ.ปลายทาง)  
 3. อัตราการขาดนัดผู้ป่วย stroke  
 4. อัตราผู้ป่วย stroke ได้รับการเยี่ยมบ้าน  
 5. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายด้วยตนเอง

**5. ทีม IC/COC/DHS**

**1. การออกแบบระบบควรเป็นระบบเชิงรุก ร่วมกับทีมชุมชน และทีม PCT 2. กลุ่มผู้ป่วยที่มา Admit ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ดังนั้น IC ควรเชื่อมประสานกับ PCT ให้เน้นการป้องกันและส่งเสริม 3. บริบทของ รพ.ขนาด F3 ให้เน้นเรื่องการป้องกัน และส่งเสริม 4. ควรมีการติดตามชุมชนว่าได้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างไร 5. เพิ่มระบบติดตามการทำงานของบุคลากรที่ทำงานเชิงรุกเช่น check list เพื่อเป็นการRe-check การทำงานที่ถูกต้องครบถ้วน 6. ทีม IC ออกแบบระบบติดตามคนไข้ติดเชื้อกับระบบ IT 7. การนำเสนอการตรวจสุขภาพให้นำเสนอแบบแนวโน้มการเกิดโรค 8. การแก้ไขปัญหาการตรวจสุขภาพนอกเหนือจากการวิเคราะห์การเกิดโรค ควรจัดบริการเช่น การจัดตั้งชมรม หรือ จัดบริการที่ส่งเสริมป้องกันการเกิดโรค**

**6. ข้อเสนอแนะทีม HRD**

**บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล** 1. คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ควรเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจในเรื่องการพัฒนาบุคลากรทุกฝ่าย/งาน 2. กำหนดแผนการพัฒนาคน มีเป้าหมายในการพัฒนาคนให้ชัดเจน3. กำหนดแนวทางการพัฒนาว่าแต่ละวิชาชีพควรพัฒนาด้านใดเพื่อสอดคล้องและกลับมาพัฒนางาน

**7. ทีม ENV**

recommend สำคัญ

ระบบบำบัดน้ำเสีย

1.เปลี่ยนรูปแบบการเติมคลอรีนแบบก้อน เป็นแบบหยุด ก่อนการติดตาม Surveilence อีก 1 ปี ข้างหน้า

เครื่องมือแพทย์

1. ให้ทบทวนเรื่องเครื่องมือแพทย์ ตามเราจัดไว้ 3 ประเภทนั้น 1. สูง 2.ปานกลาง และ3.พื้นฐาน

ปัจจุบัน มีกี่ชิ้น เพียงพอจริงไป การดูแลเชิงป้องกัน แผนการดูแลบำรุง

2.สำราวจปริมาณการใช้ เช่น defib ปัจจุบันมี 2 เครื่อง หากมีการณีต้องนำออกไปกับรถฉุกเฉิน และต้องใช้ใน รพ.จะเพียงพอหรือไม่ , Infuse ก็เช่นกัน สำรวจ เพื่อระวัง การขยายตัวของ รพ. ในอนาคต

ขยะติดเชื้อ

1.ไม่ควรให้มีขยะถุงแดงล้นถัง

น้ำดื่ม น้ำประปา น้ำเสีย

1. การตรวจน้ำดื่ม น้ำประปา เพิ่มตรวจ parameter ที่จะก่อให้เกิดโรค diarrhea

2. เพิ่มรูปเพิ่ม RO

3.ตัวชี้วัด น้ำประปา น้ำดื่ม ต้องใช้ผลงานทั้งปี คำนวณ เหลือ คิดเป็นร้อยละ

ภัยคุกคาม

1.ไปคุยกับทางอำเภอ ในการวิเคราะห์ ความเสี่ยงด้านภัย ว่ามีอะไรอีกไหม นอกจาก อุบัติเหตุ อัคคีภัย เช่น อุทกภัย วาตภัย ภัยแล้ง ต้องมีการซ้อมแผนไหม ซ้อมจริง หรือ บนโต๊ะ ก้อได้

(ให้มีแหล่งอ้างอิง)

งานโภชนาการ Out souece โรงครัว รพ.

4.1 มีแผนผังรูปภาพไหม เป็น 1 way ไหม แยกสถานที่ประกอบอาหารชัดเจนไหม ออกจาก ครัวบ้านชัดเจนแน่ชัดนะ

4.2 สถานที่ เป็นไปตามหลักสุขาภิบาลอาหารจริง 30 ข้อ มีข้อไหนบ้างต้องพัฒนา ไหม

4.3 เศษอาหารที่เหลือ จากคนไข้ จัดการอย่างไร

4.4 คุณภาพอาหาร ที่ให้บริการผู้ป่วยจัดการอย่างไร

4.45ต้องมีการประเมินโภชนบำบัด

4.6เพิ่มรูป โรงครัว Out Source

4.7 นักโภชนากร ต้องมีเพิ่ม ศักยภาพ ตาม การขยายตัว รพ.

8. ข้อเสนอแนะทีม IM  
คำถามที่ 1 การจัดการห้อง Server  
 - ในการติดตั้งห้อง Server มีการแยกกันอย่างชัดเจนหรือไม่ระหว่างห้องทำงาน กับห้อง Server  
 - ข้อมูลสารสนเทศมีความเสี่ยงอย่างไร  
 - มาตรการการดูแลห้อง Server ควรเป็นอย่างไร   
ข้อเสนอแนะ  
 1. ห้องทำงานกับห้อง Server ควรมีการกั้นบริเวณอย่างชัดเจน (ต้องสร้างห้องแยกคนละตึกในการวาง Server)  
 2. ต้องเร่งดำเนินการสร้างห้อง Server เพื่อความปลอดภัยของข้อมูล  
 3. ควรจัดการระบบการเข้าถึงห้อง Server โดยการเปลี่ยนจากการถือกุญแจเป็นระบบสแกนลายนิ้วมือของผู้รับผิดชอบ

คำถามที่ 2 การจัดการข้อมูลสารสนเทศ

- ความเข้าใจสารสนเทศของทีม   
ข้อเสนอแนะ  
 1.การจัดการข้อมูลสารสนเทศ ต้องมีการนำมาใช้งานได้จริง

**คำถามที่ 3** การจัดการความรู้

ข้อเสนอแนะ

1.ต้องมีการ Back up ข้อมูล เพื่อที่จะสามารถนำมาใช้ในการ วัด วิเคราะห์ ประมวลผล และการนำไปใช้ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

4.โอกาสพัฒนา

-การจัดการระบบการจัดเก็บ และการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย OSCC

**9. ข้อเสนอแนะงานยุทธศาสตร์**

**วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมสำรวจ**  
 1. เป้าหมายการนำโรงพยาบาลสู่การต่ออายุการรับรอง  
 2. เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

**คำถามที่ 1**

-เรื่องของกลยุทธ์ เรื่องการปรับแผน ปี 2564 ทำไมกลยุทธ์ยังเป็น ปี 2559-2563 ปี 2564 ได้ปรับเปลี่ยนไหม ปรับเรื่องอะไร และจะต้องเพิ่มยุทธศาสตร์ที่เท่าไหร่

**ข้อเสนอแนะ**

-การปรับยุทธศาสตร์ เป้าหมายและตัวชี้วัด2564 จะต้องปรับให้สอดคล้องกับการระบาดโรค covid-19 และจะต้องปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ที่ 3ไหม เช่น การฉีดวัคซีน

-การทำแผนงานโครงการหรือแผนปฏิบัติการเราจะต้องทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์

**คำถามที่ 2**

-ความแตกต่างของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ แตกต่างกันแบบไหน

**ข้อเสนอแนะ**

-ความแตกต่างของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ คือ

1.แผนกุลยุทธ์คือ แผนระยะยาว จะอยู่ในข้อ(1-2)

2.แผนปฏิบัติการ คือ เป็นแผนประจำปีต้องสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ จะอยู่ในข้อ (1-6)

จะไม่ใช่แผนเดียวกัน แต่เป็นเป้าหมายเหมือนกันเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์โรงพยาบาล

**คำถามที่ 3**

-ความท้าทายเชิงกลยุทธ์

1.ความท้าทายของผู้รับบริการคืออะไร

2.ความท้าทายของบุคลากรคืออะไร

**ข้อเสนอแนะ**

-โอกาสเชิงกลยุทธ์ จะต้องมองทั้งภายใน/ภายนอก เช่น การมีเครือข่ายที่เข็มแข็งและสถานการณ์การเงินที่ดี

-ความท้าทายโอกาสเชิงกลยุทธ์

1.กำหนดปัญหา

2.กำหนดเป้าหมาย

3.วัตถุประสงค์

4.วัดผล/ตัวชี้วัด

-ควรทบทวนการทำแผนกลยุทธ์ของทุกภาคส่วน

-ควรทบทวนกลยุทธ์ทุกทีมนำ

**ข้อเสนอแนะจากอาจารย์**

**การปรับแผนกลยุทธ์ใหม่**

1.โจทย์ของโรงพยาบาลว่ามีอะไรบ้าง และความท้าทายของโรงพยาบาลคืออะไร

2.เรื่องนโยบายว่าต้องการให้โรงพยาบาลเป็นอะไร เจ้าหน้ามีความท้าทายเรื่องไหน

3.เรื่องของชุมชนอยากให้โรงพยาบาลเป็นอะไร

**10. ข้อเสนอแนะทีม NSO**

1. เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยและแนวทางปฏิบัติ
2. ออกแบบระบบในการทำงาน
3. ตัวชี้วัดงานการพยาบาลมีกี่หมวด
4. ตัวชี้วัดทางคลินิก งาน NCD ตัวชี้วัดบทบาท
5. Motivation interview นวัตกรรมผู้ป่วยเบาหวาน
6. ให้ NSO ทบทวนบทบาทของตัวเองโดยใช้ 3P
7. Clinical mapping กับทีม PCT
8. ทิศทางองค์กร KPI ในภาพ NSO ของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
9. กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา strong opioid ปวดได้รับยาแก้ปวด นอกจากพึงพอใจ ผู้ป่วยใช้ยาถูกไหม มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาหรือไม่
10. เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย palliative
11. แนวโน้ม NSO เป็นอย่างไร
12. วางแนวปฏิบัติให้น้องทำงานได้อย่างสบายใจ
13. ออกแบบระบบให้น้องทำงานอย่างมีศักยภาพ
14. ทบทวนบทบาทขององค์กรพยาบาลตามบริบทโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
15. กำหนดตัวชี้วัดด้าน Clinic

**11. ข้อเสนอแนะงานรังสีวิทยา**

**วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมสำรวจ**  
 1. เป้าหมายการนำโรงพยาบาลสู่การต่ออายุการรับรอง  
 2. เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง  
**ความท้าทาย** : มีแนวคิดพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานต่างๆ  
**คำถามที่ 1**  
 - มาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ ผ่านการตรวจสอบจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์?  
 - ได้รับใบอนุญาตครอบครองและใช้เครื่องกำเนิดรังสีจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์?  
  
ข้อเสนอแนะ  
 1. ขอสำเนาเอกสารใบรับรองฯส่งให้อาจารย์ หลังจากได้รับจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

12. ทีม PTC

**การบ้าน ทีม PTC**

**1.บทบาทหน้าที่ของทีม PTC ในเรื่องการประเมินตามนโยบาย**

ทีม PTC กำหนดนโยบายด้านยา โดยมีระเบียบปฏิบัติ(ในภาคผนวก)ครอบคลุมทั้งงานบริการผู้ป่วยนอกและงานบริการผู้ป่วยใน มีการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในการประชุมทีม PTC

**2.การเก็บสำรองยา การวัดความชื้น/อุณหภูมิที่เหมาะสม**

เดิมบันทึกความชื้นและอุณหภูมิ เวลา 08.30 น. และ 15.30 น.

ปรับเวลาใหม่เป็น เวลา 08.00 น. เป็นตัวแทนชข่วงเวลาสภาพอากาศเย็นสุด

และปรับเวลาใหม่เป็น เวลา 14.00 น. เป็นตัวแทนช่วงเวลาสภาพอากาศร้อนสุด (ในภาคผนวก)

พบว่าเวลา 08.00 น. อุณหภูมิคลังยาเฉลี่ย 24.3 องศาเซลเซียส

ความชื้นเฉลี่ย 59.3%

เวลา 14.00 น. อุณหภูมิคลังยาเฉลี่ย 25.3 องศาเซลเซียส

ความชื้นเฉลี่ย 45%

**3.Medication Error ตั้งแต่การดักจับ การเก็บ error การวิเคราะห์**

- เพิ่มการบันทึกข้อมูล medication error เกิดขึ้นนอกเหนือเวลาที่ห้องยาเปิด โดยค้นหาจากใบสั่งยาที่ห้องฉุกเฉินจ่ายยานอกเวลาที่ห้องยาเปิดคือ 20.00-08.00น ค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุ โดยแบ่งเวรรับผิดชอบของเภสัชกรประจำแต่ละเดือนในการค้นหา Medication error และลงข้อมูลในแบบบันทึก

- จัดเวรเภสัชกรให้ค้นหาตามรอยหน้างานที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยเพื่อค้นหา Medication error ที่อาจเกิดขึ้นจริงที่หน้างาน และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันหาแนวทางป้องกันโดยสหวิชาชีพ

- หากเภสัชกรพบ medication error จะลงข้อมูลในโปรแกรมความเสี่ยง RM ของโรงพยาบาลทุกครั้ง เพื่อลงเป็น error ที่เกิดขึ้นในเชิงระบบ

-วางแผนสุ่ม Dispensing error ในวันอังคารและวันพฤหัสบดีที่มีคลินิก NCD โดยให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้สุ่ม

**4.ตัวชี้วัด Med. Reconcile**

ปรับตัวชี้วัดเป็น : ความคลาดเคลื่อนที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมจากที่เคยได้รับ ไม่เกิน 10%

พบว่า ความคลาดเคลื่อนที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมจากที่เคยได้รับ = 0%

เพิ่มการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในส่วนของผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่มีโรคเรื้อรังต้องได้รับยาต่อเนื่อง กรณีที่แพทย์ไม่ได้สั่ง off ยา แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่อง

**5.ติดตามยาความเสี่ยงสูง ( high alert drug ) ผลข้างเคียงจากการใช้ยา**

-จากแบบบันทึกการใช้ยา high alert drug ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

- เพิ่มการตามรอยหน้างานที่ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยในการใช้ยาความเสี่ยงสูง เพื่อค้นหา Medication error จากการใช้ยาความเสี่ยงสูง ที่อาจเกิดขึ้นจริงที่หน้างาน และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันหาแนวทางป้องกันโดยสหวิชาชีพ

- ประสานกับห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยในการส่งแบบบันทึกการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาความเสี่ยงสูงทุกเคส เมื่อมีการสั่งใช้ยา เนื่องจากปัญหาที่พบคือ ไม่ค่อยมีการส่งแบบบันทึกให้ห้องยา ทำให้ไม่สามารถเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ได้อย่างทั่วถึง

**6.ทบทวนการส่งมอบยาช่วงโควิด**

เภสัชกรเช็คยาทุกรายก่อนส่งมอบยาให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบาล หากมีการปรับเปลี่ยน order เพิ่ม/ลดขนาดยา หรือเปลี่ยนยา เภสัชกรจะเขียนโน้ตที่ฉลากยาทุกครั้ง พยาบาลจะส่งมอบยาให้ผู้ป่วย พร้อม อสม. โดยพยาบาลที่ส่งมอบต้องได้รับการฝึกทักษะ และมีความรู้ด้านยาเพิ่ม มีการสุ่มตามรอยที่บ้าน