

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ถึงแม้ปัจจุบันได้มีการกล่าวถึงบทบาททางวิชาชีพของเภสัชกรในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ซึ่งควรยึดถือเป็นพันธกิจหลัก แต่ในประเทศไทยจากรายงานการศึกษาต่าง ๆ พบว่างานเภสัชกรรมบริการพื้นฐาน เช่น ระบบการกระจายยาในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และควรได้รับการแก้ไขก่อนหรือดำเนินไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วยทางเภสัชกรรม (สัมมนา มูลสาร, 2537 ; วิจารณ์ ชูตินารา, 2538)

การวิจัยครั้งนี้ทำที่ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในระหว่างเดือน กรกฎาคม 2540 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541 โดยอาศัยทฤษฎีและแนวทางในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้จากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษาการรับคำสั่งแพทย์ตามระบบเดิม ที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เพื่อรวบรวมแนวคิดและแนวทางในการปฏิบัติงาน ภายหลังจากการประสานงานกับหัวหน้าตึกอายุรกรรมแล้ว จึงได้จัดระบบและกำหนดวิธีดำเนินการใหม่ หลังจากเตรียมความพร้อมในด้านอุปกรณ์ ได้ทดลองการรับคำสั่งด้วยระบบใหม่ก่อนทำการศึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหาข้อบกพร่องและแนวทางในการแก้ไขและปรับวิธีปฏิบัติให้เหมาะสม ก่อนเริ่มวัดประสิทธิภาพของระบบ

ผลการศึกษาระบบการรับคำสั่งแพทย์แบบเดิมของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เภสัชกรมีส่วนช่วยรับผิดชอบน้อยมาก เฉพาะภายในห้องยาหน้าที่หลักคือการตรวจสอบความถูกต้องในการจัดยาของเจ้าหน้าที่ หรือหากมีข้อสงสัยจากเอกสารแจ้งยอดชำระเงินที่คัดลอกโดยพยาบาล ก็จะสอบถามและแก้ไขเป็นกรณีไป นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ห้องยายังทำงานซ้ำซ้อนในการลงข้อมูลจากเอกสารแจ้งยอดชำระเงินเพื่อคิดราคาด้วยคอมพิวเตอร์ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงตั้งอยู่บนพื้นฐานการพัฒนาระบบงานใหม่ที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลัก เพื่อลดความซ้ำซ้อน,ลดภาระงานด้านเอกสารและควบคุมความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ของพยาบาลในเอกสารแจ้งยอดชำระเงิน ไปเตรียมยาฉีด, ไปติดตามผลการตรวจชั้นสูตร, บัตรเตรียมยารับประทาน, คาร์เดกซ์, แบบบันทึกหลังให้ยา ซึ่งส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกและเป็นจุดเริ่มต้นของความผิดพลาดในการกระจายยาสู่ผู้ป่วย รวมทั้งลดงานเอกสารที่ซ้ำซ้อนระหว่างฝ่ายการพยาบาลและห้องยา

หลังจากดำเนินงานด้วยระบบใหม่ 2 สัปดาห์ จึงเก็บข้อมูลด้านประสิทธิภาพของระบบพบว่าระบบใหม่สามารถลดภาระการคัดลอกเอกสารทั้งหมดของพยาบาลวิชาชีพที่ดองบันทึกระหว่างรับคำสั่งแพทย์ได้ถึงร้อยละ 65.65 และเนื่องจากผู้รับคำสั่งแพทย์ระบบใหม่ในการวิจัยนี้เป็นเภสัชกร ทำให้มีโอกาสในการค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้ยาจากทั้ง แพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การรับคำสั่งแพทย์ระบบใหม่ เภสัชกรจะอ่านคำสั่งแพทย์โดยตรงและส่งผ่านคำสั่งยา ,วัสดุ การแพทย์ การตรวจชันสูตรต่าง ๆ ,ค่าบริการทางการแพทย์และพยาบาลด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้โปรแกรมจ่ายยาผู้ป่วยนอกของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อลงข้อมูลเสร็จจะพิมพ์เอกสารแจ้งยอดชำระเงินจากเครื่องพิมพ์ เพื่อเก็บเป็นหลักฐานแนบกับแฟ้มผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพก็รับคำสั่งแพทย์โดยตรงเช่นกัน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยจะลอกคำสั่งลงในคาร์เดกซ์ ,บัตรเตรียมยารับประทาน ,แบบบันทึกหลังให้ยาเท่านั้น สามารถลดเอกสารจากที่เคยใช้ 4 รายการและตรวจสอบเอกสารแจ้งยอดชำระเงินกับคำสั่งแพทย์ หากพบข้อผิดพลาดก็จะนำกลับมาให้เภสัชกรแก้ไข ก่อนรับคำสั่งของผู้ป่วยรายต่อไป รวมถึงการเบิกยาเพิ่มของผู้ป่วยที่ใช้อย่างต่อเนื่องซึ่งระบุจำนวนโดยพยาบาล เมื่อรับคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วยทุกรายแล้ว เภสัชกรจะพิมพ์ใบเตรียมยาฉีด,ใบเตรียมสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำแก่พยาบาล นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ห้องยาสามารถพิมพ์ ใบจัดยา-วัสดุ การแพทย์ เพื่อนำไปจัดได้ทันที โดยลดงานลงเอกสารแจ้งยอดชำระเงินลงคอมพิวเตอร์อีกครั้งในระบบเดิม

จากการศึกษานี้กำหนดให้เภสัชกรเป็นผู้รับคำสั่งแพทย์โดยตรง ทำให้มีโอกาสทบทวนคำสั่งใช้ยา และสามารถช่วยเสริมประสิทธิภาพของทีมดูแลผู้ป่วยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้ยา โดยการเข้าร่วมรับผิดชอบเป็นส่วนหนึ่งของงานในหอผู้ป่วย

ผลการศึกษาประสิทธิภาพของการรับคำสั่งแพทย์ระบบเดิมกับระบบใหม่ใน 3 ประเด็น ได้แก่

1. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา
2. การควบคุมยาหมุนเวียนในตึกอายุรกรรม
3. เวลาที่ใช้ในการรับคำสั่งใช้ยา

1. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์

การศึกษาถึงความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ของระบบเดิม ทำโดยเก็บข้อมูลก่อนการเปลี่ยนระบบการรับคำสั่งแพทย์ใหม่ จากเอกสารแจ้งยอดชำระเงิน 506 ใบ ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษ ในตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีรายการยาทั้งหมด 8,050 รายการ พบความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งแพทย์ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 5.01 และความคลาดเคลื่อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดพลาดพบร้อยละ 1.06 ของจำนวนรายการจากเอกสารแจ้งยอดชำระเงินทั้งหมด (เมื่อปรับค่าตามการปฏิบัติงานจริง) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเฉลี่ย 5 รายต่อวันที่อาจไม่ได้รับยาหรือได้รับยาไม่ถูกต้อง ความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งนี้ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียเงินงบประมาณไป 20,901 บาท ต่อเดือน

การศึกษาคความคลาดเคลื่อนในการรับคำสั่งแพทย์ระบบใหม่ทำโดยเก็บข้อมูลหลังจากทดสอบการรับคำสั่งแพทย์ระบบใหม่แล้ว 2 สัปดาห์ จากเอกสารแจ้งยอดชำระเงิน 1,158 ใบ ซึ่งมีรายการทั้งหมด 20,713 รายการ เทียบกับคำสั่งแพทย์ ในช่วง 29 ธันวาคม 2540 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2541 พบความคลาดเคลื่อนทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 0.034 และความคลาดเคลื่อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดพลาดพบร้อยละ 0.014 ของจำนวนรายการจากเอกสารแจ้งยอดชำระเงินทั้งหมด

2. การควบคุมยาหมุนเวียนในตึกอายุรกรรม

การศึกษาในประเด็นการควบคุมยาที่หมุนเวียนในตึกของระบบการรับคำสั่งแพทย์แบบเดิม โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจสอบรายการยาสำรองประจำสัปดาห์ในตึกอายุรกรรม พบว่าได้รับยาเม็ดคืนเฉลี่ย 1,547 เม็ดต่อสัปดาห์ ในช่วงเวลาที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเบิกยาให้ผู้ป่วยที่ได้รับคำสั่งใช้ยาอย่างต่อเนื่องที่ยาซึ่งเบิกไว้เดิมหมดแล้ว เมื่อเปลี่ยนระบบการรับคำสั่งแพทย์ใหม่พบว่าได้รับยาคืนลดลงเหลือเพียง 354 เม็ดต่อสัปดาห์ ซึ่งลดลงถึงร้อยละ 77 เมื่อเทียบกับจำนวนยาเม็ดที่ได้รับคืนในระบบเดิม ในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยเภสัชกรผู้รับคำสั่งยังสามารถลดการสั่งยาที่ไม่จำเป็นจากบันทึกของพยาบาลเวรตึกซึ่งจะระบุเตียงและรายการยาที่เข้าใจว่าหมดแล้วเนื่องจากเภสัชกรจะตรวจสอบชื่อผู้ป่วยและรายการยากับคำสั่งแพทย์ก่อนหรือหากคำนวณจากวันที่ผู้ป่วยได้รับยาคิดว่ายังไม่หมด ก็จะตรวจสอบกับช่องเก็บยาของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งสามารถลดการสั่งยาที่ไม่จำเป็นได้ร้อยละ 31.23 ของจำนวนยาเม็ดที่ได้รับคืนต่อวัน

สำหรับยาชนิดที่มีการใช้จากรายการยาสำรองแต่ไม่บันทึกในเอกสารแจ้งยอดชำระเงินเพื่อเบิกยาจากห้องยาคืนเกิดจากการรับคำสั่งแพทย์ระบบเดิมถึง 17.5 หลอด/ขวด ต่อสัปดาห์ ทำให้โรงพยาบาลเสียงบประมาณไปทั้งสิ้น 6,837 บาทต่อเดือน หรือ 82,044 บาทต่อปี ในขณะที่ระบบ

การรับคำสั่งแพทย์แบบใหม่สามารถลดปริมาณยาที่ใช้ไปแต่ไม่ลงบันทึกได้ถึงร้อยละ 60 ของปริมาณที่ใช้ไปโดยไม่สั่งคืน เหลือเพียง 7.14 หลอด/ขวด ต่อสัปดาห์ และหลังจากจัดระบบการนำยาสำรองไปใช้ใหม่โดยออกแบบบันทึกการใช้ยา ซึ่งติดอยู่หน้าของยาสำรองทุกชนิด โดยพยาบาลเพียงแต่บันทึกหมายเลขเตียงและเลือกจำนวนที่ใช้ ซึ่งทุกเข้าก่อนรับคำสั่งแพทย์ เภสัชกรจะเป็นผู้ตรวจสอบว่ามีการใช้ยาอะไร กับผู้ป่วยคนใด จำนวนเท่าไร เพื่อสั่งคืน ซึ่งพบว่าระหว่างการวิจัย 3 สัปดาห์มียาที่ใช้ไปโดยไม่สั่งคืนเนื่องจากลืมบันทึกเพียง 1 หลอด

3. เวลาที่ใช้ในการรับคำสั่ง

การเก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ในการรับคำสั่งระบบเดิม อยู่ระหว่างวันที่ 17 พฤศจิกายน 2540 ถึง 12 ธันวาคม 2540 มี ผู้ป่วยเฉลี่ย 26 คนต่อวัน เฉลี่ยรายการทั้งหมดในเอกสารแจ้งยอดชำระเงินเท่ากับ 16.09 รายการ ที่ใช้ในการรับคำสั่งแพทย์ระบบเดิมจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ในส่วนของพยาบาลเริ่มตั้งแต่พยาบาลเขียน คาร์ดกรจนกระทั่งเขียนเอกสารแจ้งยอดชำระเงินของผู้ป่วยทุกรายเสร็จ เสมียนรวบรวมเอกสารแจ้งยอดชำระเงินมาส่งที่ห้องยา ส่วนที่ 2 คือ เวลาที่เจ้าหน้าที่ห้องยาใช้ในการลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เพื่อคิดราคาและพิมพ์ฉลากยา พบว่าเวลาเฉลี่ยทั้งหมดที่ใช้ในการรับคำสั่งคือ 6.56 นาทีต่อเพิ่มผู้ป่วย

การเก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ในการรับคำสั่งในระบบใหม่ อยู่ระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม 2540 ถึง 9 กุมภาพันธ์ 2541 มีผู้ป่วยเฉลี่ย 35 คนต่อวัน เฉลี่ยรายการทั้งหมดในเอกสารแจ้งยอดชำระเงินเท่ากับ 17.88 รายการ การรับ คำสั่งแพทย์ระบบใหม่จะเริ่มจับเวลาตั้งแต่เภสัชกรรับคำสั่งแพทย์ไปจนกระทั่งพยาบาลตรวจสอบเอกสารแจ้งยอดชำระเงินเทียบกับคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วยทุกคนเสร็จ พบว่าเวลาเฉลี่ยทั้งหมดที่ใช้ในการรับคำสั่งคือ 5.10 นาทีต่อเพิ่มผู้ป่วย ซึ่งลดลงจากระบบเดิมถึง 1.76 นาทีต่อเพิ่ม

โดยสรุป การรับคำสั่งแพทย์ที่มีเภสัชกรเป็นผู้อ่าน แปรและคัดลอกคำสั่งโดยตรง สามารถลดภาระงานด้านเอกสารของพยาบาลได้ถึงร้อยละ 62.67 ของรายการทั้งหมดที่ต้องบันทึก อีกทั้งยังสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งแพทย์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ถูกต้องหรือไม่ได้รับยาจากระบบเดิมถึง 34 เท่า และสามารถควบคุมยาหมุนเวียนทั้งยาเม็ดและยาฉีดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามระบบดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ปัญหาด้านการกระจายยา ,ลักษณะงานที่ไม่ต้องอาศัยการตัดสินใจด้วยบุคลากรวิชาชีพ น่าจะสามารถอบรมเจ้าพนักงานเภสัชกรรมสามารถทำหน้าที่แทนได้ (Strand et al,1990) หากแต่ประเด็นสำคัญที่ให้เภสัชกรเป็นผู้ปฏิบัติงานในเบื้องต้นนี้ คือ เป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยเฉพาะการสั่งใช้ยา โดยระบบดังกล่าวเปิดโอกาสให้เภสัชกรสามารถทบทวนการใช้ยาได้อย่างสะดวก รวมทั้งสามารถ

ให้ข้อมูลด้านยาแก่แพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย ได้สะดวกและรวดเร็ว ดังนั้นเภสัชกรผู้รับคำสั่งแพทย์ จำเป็นต้องเข้าใจบทบาทและหน้าที่ที่แท้จริงในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาศักยภาพในการค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ในที่สุด

ในระหว่างทำการศึกษาค้นคว้าการเตรียมยาและบริหารยาของพยาบาลผู้ป่วยในตึกยังคง เป็นปัญหาพื้นฐานที่สำคัญและควรได้รับการแก้ไขก่อนที่เภสัชกรจะมุ่งสู่การดูแลผู้ป่วย เพราะหากยังไม่มียุทธศาสตร์การ จัดหา เตรียมยาให้แก่ผู้ป่วยที่แพทย์หรือเภสัชกรจะมั่นใจได้ว่าถูกต้องแล้ว การประเมิน ผลการรักษาและการแก้ปัญหาอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยาคงจะไม่สัมฤทธิ์ผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการกระจายยาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

1. ควรมีการวิเคราะห์ระบบและจัดทำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถรองรับงานเพื่อ ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยทางเภสัชกรรม, การรับคำสั่งแพทย์, จัดหายา, เตรียมยา ทำประวัติการใช้ยา เพื่อบริหารแก่ผู้ป่วยให้ได้อย่างสะดวก ,รวดเร็วและถูกต้อง
2. ควรมีการตรวจสอบการคัดลอกคำสั่งแพทย์ของพยาบาลด้วย โดยให้พยาบาลติด कार์เดกซ์สติปและบัตรเตรียมยารับประทานเข้าในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อให้เภสัชกรผู้รับคำสั่ง ตรวจสอบก่อน โดยอาจให้เหตุผลว่าเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงขนาดยาที่มีจ่ายในห้อง ยาบ่อย ทำให้การลงจำนวนเม็ดในบัตรให้ยาบางครั้งไม่ตรงกับที่ห้องยาจ่ายมา ซึ่งอาจทำ ให้พยาบาลที่เตรียมยา จัดยาให้ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง
3. ควรมีการแยกการรับคำสั่งยาและวัสดุการแพทย์ โดยเภสัชกรทำหน้าที่เพียงรับคำสั่งการ ใช้ยา เพื่อมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงมากขึ้น
4. เมื่อดำเนินงานไปจนมีความชำนาญแล้ว ในส่วนของการอ่าน ,แปล คำสั่งแพทย์โดยไม่ได้ มีการประยุกต์การบริหารดูแลผู้ป่วยทางเภสัชกรรม ควรฝึกเจ้าพนักงานเภสัชกรรมเข้ามาทำ แทน เพื่อที่เภสัชกรจะได้มีเวลาให้บริการเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาดูแลผู้ป่วย
5. เภสัชกรผู้รับคำสั่งแพทย์ สามารถทบทวนการสั่งใช้ยาของแพทย์ได้ รวมทั้งสามารถให้ ข้อมูลแก่แพทย์ได้โดยตรง และเป็นโอกาสดีในการศึกษาเรื่องโรคและยา เพื่อพัฒนา ตนเองให้พร้อมที่จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาลในอนาคต
6. เภสัชกรผู้รับคำสั่งแพทย์ สามารถให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในรายที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยได้รับยาที่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ หรือได้รับยามากกว่า 5 ขนาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป

1. การกำหนดบุคลากรที่เหมาะสมกับงาน

การรับคำสั่งระบบใหม่ เกสซกรมีได้รับผิดชอบจัดการคำสั่งยาอย่างเดียว แต่ครอบคลุมไปถึงวัสดุการแพทย์ การส่งตรวจชั้นสูง และค่าบริการทั้งหมด ด้วยเหตุผลที่ในการรับคำสั่งที่โรงพยาบาลนี้ คำสั่งการรักษาทุกประเภทนั้นต้องลงในเอกสารชุดเดียวกัน คือ เอกสารแจ้งยอดชำระเงิน จึงควรมีการประเมินและจัดการระบบใหม่ ในเรื่องของภาระงานนี้ว่าควรจะเป็นบุคลากรฝ่ายใด และระดับใดจึงจะเหมาะสม เนื่องจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นชัดเจนถึงการลดภาระความซ้ำซ้อนด้านเอกสารซึ่งอาศัยโปรแกรมคอมพิวเตอร์และลดความคลาดเคลื่อนของการคัดลอก ซึ่ง ณ จุดนี้ควรเป็นผลมาจากผู้ปฏิบัติงานมากกว่าระบบคอมพิวเตอร์ ดังนั้นการจะให้เกสซกรปฏิบัติงานนี้ต่อหรือโอนภาระงานนี้แก่เจ้าหน้าที่ระดับอื่น ควรศึกษาด้านความคุ้มทุน โอกาสที่จะลดความคลาดเคลื่อนของการคัดลอก

หากเกสซกรจะรับภาระนี้ลักษณะงานไม่ควรเป็นเพื่อการคัดลอกเพื่อรับคำสั่งอย่างเดียว ควรฝึกฝนเกสซกร ณ จุดนี้ให้มีศักยภาพที่จะลดปัญหาการใช้ยาด้วย จึงจะมีความเหมาะสมในการใช้บุคลากร เช่น อันตรกิริยาระหว่างยากับยา หรือยากับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย แม้กระทั่งความเหมาะสมต่อโรคและภาวะของผู้ป่วย

2. การประยุกต์ระบบการรับคำสั่งแพทย์

แม้ว่าระบบการรับคำสั่งแพทย์ที่กำหนดขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกอย่างชัดเจน แต่ในด้านเวลาในการปฏิบัติงานยังไม่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพได้ดีนัก รวมทั้งความสามารถในการลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านเอกสาร ยังไม่มีข้อมูลถึงความคุ้มทุน แต่ก็ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าระบบนี้เพิ่มค่าใช้จ่าย ดังนั้นการนำแนวคิดการรับคำสั่งแพทย์โดยตรงเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงานระหว่างฝ่ายการพยาบาลและห้องยา ควรมีเป้าหมายในการลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการกระจายยาเป็นหลัก และขั้นตอนต่อไปต้องมีการพัฒนาให้โปรแกรมและระบบนี้สามารถลดค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะด้านเอกสารให้มากกว่านี้ และลดเวลาที่ใช้โดยไม่เพิ่มความคลาดเคลื่อน

3. แผนการพัฒนากระบวนการใช้ยาในโรงพยาบาล

การคัดลอกเพื่อรับคำสั่งใช้ยาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของกระบวนการใช้ยา จากการเข้าไปปฏิบัติงานของเภสัชกรในหอผู้ป่วยเพื่อสร้างระบบการรับคำสั่งแพทย์ใหม่นี้ ทำให้ทราบถึงปัญหาอื่น ๆ ที่อยู่ในกระบวนการใช้ยาที่เกี่ยวข้องและน่าจะเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มงานเภสัชกรรมด้วย โดยเฉพาะปัญหาความคลาดเคลื่อนในการเตรียมจัดยาแต่ละมือแก่ผู้ป่วย , การเก็บรักษา ยา , การบริหารยาอย่างเหมาะสม , การกำหนดการรักษาด้วยยา ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น ควรต้องกำหนดแผนการพัฒนากระบวนการใช้ยาแต่ละจุด แจกแจงงานเป็นงานย่อย เพื่อระบุประเภทและระดับของผู้ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับงาน โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพทั้งด้านความคลาดเคลื่อนให้น้อย ไม่เปลืองเวลาแรงงานมากขึ้นและประหยัด

ควรนำแนวคิดการประยุกต์ระบบยูนิตโดส และการให้มีเภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของทีม จึงเป็นสิ่งที่น่าจะพิจารณา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย