

การประสานรายการยา

MEDICATION RECONCILIATION อีกหนึ่งมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในระบบยา

รหัสกิจกรรม	: 3003-1-000-002-12-2559
จำนวน	: 2.0 หน่วยกิต
วันที่รับรอง	: 1 ธันวาคม 2559
วันที่หมดอายุ	: 30 พฤศจิกายน 2560
เรียบเรียง	: อภิญญา เหมะจุฑา ภ.บ., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ฉันทิกาชื่อตรง ภ.บ., ภ.ม.

บริการสาธารณสุขทั่วโลกให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในประเทศไทยเองโรงพยาบาลทั่วประเทศตระหนักถึงจำเป็นต้องแสดงคุณภาพให้เป็นที่ประจักษ์ และมีองค์กรสำคัญ ดังเช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ที่ได้รับการยอมรับในประเด็นการพัฒนาคุณภาพอย่างกว้างขวาง สถานพยาบาลจึงมีเป้าหมายที่จะเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพนี้ ความยอมรับดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโรงพยาบาลที่นับเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงาน อย่างถึงแก่นและไม่คาดหมายในระยะกว่าเกือบยี่สิบปีที่ผ่านมา

สรพ.ได้กำหนดประเด็นคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการที่ปลอดภัยดังรายละเอียดในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก และหลายประเด็นเป็นสิ่งที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานใหม่ รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นกิจวัตร การปฏิบัติงานในสถานพยาบาลมีองค์ประกอบต่างๆ มากมาย หลายสิ่งก็ทำให้เกิดความสับสนและเป็นภาระ หากไม่ทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะเรื่องราวในระบบยา อันเป็นระบบสำคัญที่สุดระบบหนึ่ง

ความต้องการในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) ในอัตราร้อยละ 4-17 นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งระยะสั้นและถาวร รวมทั้งการสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น. ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการประมาณการว่าแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 44,000 คน จากความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนทางการรักษา (medical errors) ของโรงพยาบาลทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินกว่า 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ทั้งนี้ยังมีความสูญเสียทางจิตใจและสังคม ซึ่งไม่อาจประเมินค่าได้อีกมาก และที่สำคัญกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดจากความผิดพลาดของระบบที่สามารถป้องกัน ได้ โดยมีสัดส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้เท่ากับ 17,000-29,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี¹

ในระบบยาของสถานพยาบาล ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication errors) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงโอกาสพัฒนาเพื่อกำหนดแนวทางการลดความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งจ่ายยา (prescribing errors) การคัดลอกคำสั่งยา (transcribing errors) การจ่ายยา (dispensing errors) การบริหารยา (administration errors) และการ

ติดตามผลการใช้ยา (monitoring errors) หรือแม้แต่การใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย (compliance errors) โดยการสั่งใช้ยาเป็นจุดเริ่มต้นของระบบ หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถส่งต่อความคลาดเคลื่อนนั้นออกไปจนถึงตัวผู้ป่วยได้ และพบว่าหากไม่มีการการดูแลระบบยาอย่างเหมาะสม อาจพบอัตราความคลาดเคลื่อนที่ถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ตั้งแต่ร้อยละ 10-59 ของจำนวนครั้งที่มีการบริหารยา

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงที่มีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดสาเหตุหนึ่ง ด้วยระบบยาเป็นระบบที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน รายงานการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา พบอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากการใช้ยา (adverse drug events) ในโรงพยาบาลมักเกิดในจุดที่มีการเปลี่ยนหรือย้ายหน่วยงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ขณะที่มีการรับผู้ป่วยเข้ารักษา การย้ายหอผู้ป่วย เช่นจากหอผู้ป่วยวิกฤติไปหอผู้ป่วยทั่วไป และการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือไปสถานพยาบาลอื่น²

ลักษณะและความรุนแรงของปัญหา

ความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลที่พบในจุดที่มีการเปลี่ยนหรือย้ายหน่วยงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยพบว่าปัญหาสำคัญอันหนึ่งที่พบคือขั้นตอนการสั่งใช้ยา มีปัจจัยที่อาจส่งผลคือ การที่แพทย์ไม่ได้รับทราบข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนระดับการรักษา ซึ่งในรายงานของ Institute for Healthcare Improvement (IHI) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 46 ของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมดเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนระดับการรักษาผู้ป่วย^{2,3} เช่น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนมาโรงพยาบาล หรือขนาดยา ความถี่ หรือวิถีทางในการใช้ยาไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยเคยได้รับ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยแห่งอื่น (transfer) ผู้ป่วย อาจไม่ได้รับยาบางรายการที่มีการหยุดใช้ชั่วคราว และไม่มีการสั่งใช้ยานั้นเมื่อไปที่หอผู้ป่วยแห่งใหม่ การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (discharge) ผู้ป่วยอาจได้รับยาซ้ำซ้อนกับที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน หรือไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับต่อเนื่องจากที่ผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลกลับไปใช้ต่อที่บ้าน

การใช้ยาก่อนมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นที่ทราบกันว่าในสถานการณ์การใช้ยาของไทยและนานาชาติ ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้ใช้ยาเฉพาะที่แพทย์สั่งให้จากโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยอาจรับการรักษาจากโรงพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง หรือ ซื้อยากินเองจากร้านยา ทั้งยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ หรือยาสมุนไพร เพื่อใช้บรรเทาอาการ รักษาโรค อย่างต่อเนื่องหรือใช้เป็นครั้งคราวก็ตาม^{4,5} อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนกัน⁶ โดยที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ทราบเพราะยาที่ซื้อมานั้นเป็นยาที่ใช้ชื่อ ต่างกัน แต่แท้จริงแล้วเป็นยาชนิดเดียวกันแต่ใช้ชื่อการค้าที่ต่างกัน หรือเป็นยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกัน⁷ ซึ่งโดยมากผู้ป่วยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบว่ามีการใช้ยาอื่นอยู่ด้วย โดยมีสาเหตุต่างๆ เช่น เพราะไม่รู้ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายขึ้นกับตนได้หรือไม่มีการสอบถามหรือสอบถามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

Tam และคณะทำการศึกษาย้อนหลังจากรายงานเอกสาร พบการศึกษา 22 ฉบับ (ผู้ป่วย 3,755 ราย) ที่นำข้อมูลการใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยกับประวัติการใช้ยาที่แพทย์บันทึกเมื่อรับผู้ป่วย มาเปรียบเทียบกันเพื่อหาความคลาดเคลื่อน พบว่าร้อยละ 10-67 ของผู้ป่วยจะมีความคลาดเคลื่อนอย่างน้อย 1 ข้อ¹⁰ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Lau และคณะ พบว่า การบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมาโรงพยาบาลไม่สมบูรณ์ ในผู้ป่วยร้อยละ 61 และ ไม่มีการบันทึกข้อมูลรายการยาในกลุ่มที่ต้องจ่ายโดยใช้ใบสั่งแพทย์

(prescription drug) ในแฟ้มประวัติ ผู้ป่วย ร้อยละ 25^{8,10} การศึกษาของ Cornish และคณะ พบว่ามีการบันทึกข้อมูลยาที่ใช้เดิมก่อนเข้าโรงพยาบาลไม่สมบูรณ์ในผู้ป่วย ร้อยละ 44.6^{9,10} ซึ่ง Tam และคณะ รายงานว่ามีการศึกษา 5 ใน 22 ฉบับดังกล่าว (ผู้ป่วย 545 ราย) ที่วิเคราะห์เพิ่มเติมโดยนำความคลาดเคลื่อนที่พบไปปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาเพื่อจำแนกว่าเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจริงโดยมิได้ตั้งใจ หรือเป็นการปรับเปลี่ยนการใช้ยา ตามภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความ คลาดเคลื่อนอย่างน้อย 1 ข้อ ร้อยละ 27-54 และความ คลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น ร้อยละ 19-75 เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจริงโดยมิได้ตั้งใจ เช่น การศึกษาของ Gleason และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 27 จะมีความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจริงโดยมิได้ตั้งใจอย่างน้อย 1 ข้อ^{10,11} นอกจากนี้ Tam และคณะ รายงานว่ามีการศึกษา 6 ใน 22 ฉบับดังกล่าว (ผู้ป่วย 588 ราย) ที่ผู้ทำการวิจัยคาดการณ์ว่าร้อยละ 11-59 ของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญกับภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย²¹ เช่น การศึกษาของ Gleason และคณะ พบว่า ผู้ป่วยจะได้รับอันตราย (category E และ F) จากความคลาดเคลื่อนทางยา (15 ครั้ง, ร้อยละ 22) จากความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น^{10,11}

ชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจพบเมื่อเปลี่ยนการรักษา

โดยสรุปจากการศึกษาต่าง ๆ อาจพบชนิดของความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจพบเมื่อเปลี่ยนระดับการรักษาในลักษณะต่อไปนี้

1. ไม่มีการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ (omission error) ดังนี้
 - 1.1 รายการยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ก่อนมาโรงพยาบาล และผู้ป่วยสมควรได้รับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย.
 - 1.2 รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ณ หอผู้ป่วย แห่งแรก และควรได้รับต่อเมื่อถูกย้ายมาหอผู้ป่วยแห่ง ที่ 2
 - 1.3 รายการยาปัจจุบันที่ผู้ป่วยได้รับก่อน กลับบ้าน
2. สั่งจ่ายขนาด ความถี่ หรือวิถีทางให้ยา (wrong dose, frequency, route)
3. สั่งจ่ายคนละชนิด แต่เป็นยาที่ให้ผลการรักษาในกลุ่มเดียวกัน
4. สั่งจ่ายชนิดเดียวกัน หรือกลุ่มเดียวกันกับรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ (hypersensitivity reaction)
5. รายการยาในคำสั่งจ่ายกลับบ้านซ้ำกับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน (duplicated error)
6. รายการยาในคำสั่งจ่ายยาเกิดอันตรกิริยากัน กับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ (drug interaction)

การสร้างระบบความปลอดภัยในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง

การจัดการระบบยาเกี่ยวข้องกับบุคคลหลากหลายสาขาวิชาชีพและขั้นตอนมีความซับซ้อนมากขึ้น มากงาน การสร้างระบบจัดการที่ดี ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพต้องเป็นการดำเนินการเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเท่านั้น ยิ่งในประเด็นปัญหาที่กำลังกล่าวถึงคือความ คลาดเคลื่อนที่เกิดระหว่างการเปลี่ยนแปลงทั้งสถานที่ ผู้ดูแล และระดับการรักษาที่อาจเกิดความแตกต่างที่สำคัญต่อการรักษา เช่น การไม่ได้รับยาที่จำเป็นในการรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อมาเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยด้วยโรคหรืออาการอื่น หรือหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้รับ

ยาที่เคยได้รับก่อนผ่าตัด หรือยาที่ได้รับกลับบ้านไม่ครบตามโรคหรืออาการที่จำเป็น เป็นต้น เป็นปัญหาเกิดซ้ำที่พบ ต้องสร้างระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและผู้ป่วยหรือญาติอย่างมาก

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยาจึงมีการเสนอมาตรการหนึ่งในการดำเนินงาน เป็นกระบวนการในการจัดทำบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างครบถ้วน ถูกต้อง พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ และวิถีทางในการใช้ยาและเป็นปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจสั่งยาแก่แพทย์สำหรับการรักษาในทุกระดับของการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า กระบวนการรีคอนซิลเอนซ์ยา (medication reconciliation, MR) หรือการประสานรายการยา

จนถึงขณะนี้การศึกษากระบวนการประสานรายการยาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาพบว่ากระบวนการประสานรายการยา สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น การศึกษาระบบยาผู้ป่วยของ Rozich และ Resar พบว่า ความคลาดเคลื่อนลดลงจาก 213 ครั้ง ต่อการเข้ารับการรักษา 100 ครั้ง เหลือเพียง 63 ครั้ง ต่อการเข้ารับการรักษา 100 ครั้ง¹²Whittington และ Cohen ศึกษาใน 4 โรงพยาบาลพบว่า การประสานรายการยาเพิ่มความถูกต้องในการใช้ยาจากร้อยละ 45 เป็น 95¹³ Paquette Lamontagne และคณะ ศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงเรียนแพทย์ 3 แห่งพบว่า การใช้ discharge prescription form เป็นส่วนหนึ่งในการประสานรายการยาขณะผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาทำให้มีประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยสมบูรณ์ ร้อยละ 82 ในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม¹⁴ Bond และคณะ พบว่าการมีเภสัชกรทำหน้าที่รวบรวมประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 51¹⁵Provonost และคณะ ศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม โดยใช้แบบฟอร์มจำหน่ายผู้ป่วยทำให้คำสั่งที่มีความคลาดเคลื่อนร้อยละ 94 ลดลงเป็นร้อยละ 0¹⁶

การประสานรายการยาได้รับความสนใจอย่างมากในประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะ the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; JCAHO ประกาศในปี พ.ศ. 2548 กำหนดให้การประสานรายการยาเป็นเป้าหมาย ข้อที่ 8 ของ 2006 National Patient Safety Goal ซึ่งมีผลใช้ในวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2549¹⁷ IHI ร่วมกับโรงพยาบาลมากกว่า 2,700 แห่งดำเนินโครงการ "100,000 lives campaign" กำหนดให้กระบวนการการประสานรายการยาเป็น 1 ใน 6 ของ "สุดยอดวิธีปฏิบัติ" ในการป้องกันการเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยา ดำเนินการตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549¹⁸ Massachusetts Coalition for the Prevention of Medication Errors เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลที่ร่วมมือกันในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โดยในกลุ่มมีโรงพยาบาลหลายแห่งกำหนดให้การประสานรายการยาเป็นนโยบายระดับโรงพยาบาล เช่น Luther M. Delfort-Mayo Health System, Wisconsin hospitals-Mayo Health System, Johns Hopkins, U Mass Memorial Medical Center, Caritus Norwood Hospital, Holyoke Hospital, Cooley Dickinson Hospital และ Children' s Hospital Boston เป็นต้น¹⁹ และในประเทศไทย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับทดลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2549 ระบุให้มีการระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องแม่นยำ และมีการเปรียบเทียบบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้กับคำสั่งแพทย์เพื่อให้ยาที่ถูกต้องเมื่อมีการรับไว้ ย้ายหอผู้ป่วย และ/หรือจำหน่าย²⁰ ซึ่งก็คือการประสานรายการยาเป็นส่วนหนึ่งในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation; HA)

ความหมาย

การประสานรายการยา หมายถึง กระบวนการเปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในขณะที่มีการเปลี่ยนหรือก่อนการเปลี่ยนระดับการรักษา กับยาที่จะได้รับหรือได้รับจากหน่วยงานหรือสถานพยาบาล โดยการสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องและแม่นยำ. พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธี ใช้ วิธีทางในการใช้ยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย และใช้รายการยาดังกล่าวในการให้บริการยาเช่นสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วย ให้เห็นความแตกต่างและให้ มีข้อมูลช่วยในการตัดสินใจอย่างครบถ้วน เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็น หรือได้รับยาที่ซ้ำซ้อน หรือยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน เมื่อมีการเปลี่ยนระดับหรือหน่วยงานการรักษา ซึ่งมีจุดสำคัญ 3 ส่วนในโรงพยาบาลคือ การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยอื่น และจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม^{17,18,21}

การดำเนินงานการประสานรายการยา

เมื่อก้าวถึงการสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาล การจัดการกับยาเดิมที่ผู้ป่วยหรือญาตินำมา หรือการเชื่อมโยงข้อมูลยาด้วยแฟ้มประวัติระหว่างการย้ายหอผู้ป่วย เชื่อว่าอาจเป็นสิ่งที่หลายโรงพยาบาลมีการดำเนินการอยู่แล้วไม่มากก็น้อย ล้วนมีความหลากหลายในแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งมีการตีความประเด็นการมีระบบการประสานรายการยา ไว้แตกต่างกัน ขอสรุปแนวทางปฏิบัติที่มีการทดลองใช้หรือทำการศึกษาด้านประสิทธิภาพของกระบวนการมีการกำหนดประเด็นสำคัญของกระบวนการไว้ ดังนี้

1. ด้านนโยบายและวิธีการปฏิบัติงาน

คณะกรรมการหรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ เช่น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการพัฒนาระบบยา ควรเป็นผู้ร่วมกันพิจารณากำหนดขอบเขตที่จะครอบคลุม ที่ดีที่สุดคือการมีข้อมูลทันสมัยตลอดการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการดำเนินการทุกจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รักษาอย่างครบวงจร ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งควรพิจารณาให้ครอบคลุม เมื่อเป็นผู้ป่วยนอก หรือส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นด้วย จึงจะเกิดระบบที่ปลอดภัยแท้จริง

1.1 การกำหนดผู้รับผิดชอบ สาเหตุของปัญหามักเกิดจากผู้รับผิดชอบขั้นตอนในระบบยา มีภาระงานสูง หรือขาดประเด็นที่ตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และเห็นว่าไม่น่ามีปัญหา หรือปัญหาเป็นเรื่องปกติและไม่สำคัญ จึงต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจนขึ้น และสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องดำเนินการให้เป็นระบบ การศึกษาที่ผ่านมาไม่ว่าที่ดูแลโดยพยาบาล เภสัชกร หรือแม้แต่แพทย์เอง มีผลในการปฏิบัติที่ทำให้สามารถลดความคลาดเคลื่อนของรายการ ยาได้ดี

1.2 การกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มกระบวนการ เพื่อให้ลดความเสี่ยงได้เร็วพอ เช่น ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการรับเข้ารักษา หากเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert or high risk drug) อาจเป็น 4 ชั่วโมงหรือสั้นกว่านั้น หรือสรุปรายการยาได้ก่อนแพทย์ตรวจตอนเช้า หรือก่อนการสั่งการรักษา เป็นต้น

1.3 ขั้นตอนการดำเนินงานหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่

1.3.1 การทวนสอบ (verification) รวบรวมข้อมูลประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนมาโรงพยาบาล รวมถึงการแพ้ยา อย่างถูกต้องและแม่นยำ อาจใช้วิธีต่อไปนี้

1) สัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วยหรือญาติ ทั้งชนิดของยา ขนาดยา วิธีทางให้ยา ความถี่ในการใช้ยา และเวลาที่รับยาครั้งล่าสุดของผู้ป่วย จากทุกแหล่งที่ได้รับยา

2) ขอดยาเดิมของผู้ป่วย (ถ้ามี) โดยทั่วไปผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ หรือไม่ทราบรายละเอียด หากยานั้นเก็บอยู่ที่บ้าน ขอให้ญาติผู้ป่วยนำมาให้ดูในวันรุ่งขึ้น

3) ทบทวนประวัติการใช้ยาใน OPD card หรือระบบสารสนเทศโรงพยาบาล แล้วทบทวนความถูกต้องของรายการยาที่รวบรวมได้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

1.3.2 การตรวจสอบ (clarification) ให้มั่นใจว่า ชนิด ขนาด วิธีใช้ยาถูกต้อง

1.3.3 การบันทึกรายการยาที่ผ่านการทบทวนความถูกต้องแล้วลงใน medication reconciliation form (ดูตัวอย่างแบบฟอร์ม) แบบฟอร์มดังกล่าวอาจมีหลายลักษณะ อาจใช้หรือไม่ขึ้นกับความเหมาะสมของสถานพยาบาลนั้น ๆ แต่ควรให้ข้อมูลสรุปรายการยาดังกล่าวชัดเจนและสามารถแสดงให้เห็นว่าแพทย์ได้มีโอกาสพิจารณาแล้วก่อนสั่งใช้ยา

1.4 วิธีปฏิบัติในกรณีเฉพาะหรือสถานการณ์พิเศษต่างๆ

บทสรุป

กระบวนการประสานรายการยา หรือเริ่มรู้จักกันในคำย่อว่า MR อาจเป็นคำใหม่ แต่ลักษณะงานอาจเป็นสิ่งที่หลายโรงพยาบาลดำเนินการอยู่แล้วระดับหนึ่ง แต่มีเป้าหมายและวิธีปฏิบัติ ซึ่งไม่มีความชัดเจนและขาดการประสานเชื่อมโยงแก่ผู้รับผิดชอบในการสั่งใช้ยาในระดับต่อไป ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อการสร้างกระบวนการประสานรายการยาในระบบยาสามารถช่วยป้องกันปัญหาทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ใช่สิ่งที่ยากลำบาก หากมีโปรแกรมที่เหมาะสมยิ่งจะมีความสะดวก อย่างไรก็ตามสิ่งที่จำเป็นคือการมีข้อมูลที่ดีเป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งต้องอาศัย ทีมที่จะกำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบหลักที่มีความเข้าใจเป้าหมายในการสร้างและประสานรายการยาให้มีโอกาสลดความคลาดเคลื่อนทางยา

แพทย์เองเป็นผู้ต้องรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย ต้องเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงนี้ อาจเป็นผู้ดำเนินการเอง แต่ด้วยเงื่อนไขด้านเวลาที่ต้องใช้ปฏิบัติ ทำให้ต้องพิจารณาจากรายการยาที่มีผู้ดำเนินการสรุปมาให้.

การรับผู้ป่วยใหม่หรือย้ายผู้ป่วย เป็นหน้าที่หลักของฝ่ายการพยาบาล ก็อาจดำเนินการให้มีแบบแผน โดยใช้การฝึกอบรมและแบบฟอร์มเฉพาะขึ้นมาช่วย

การซักประวัติการใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยเมื่อรับผู้ป่วยใหม่ หรือการจ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยากลับบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งของงานบริบาลเภสัชกรรมซึ่งมีอยู่แล้วในโรงพยาบาลหลายแห่ง หากเพิ่มอีก 2 ขั้นตอนในการเปรียบเทียบข้อมูลยาจัดทำขึ้นกับคำสั่งแพทย์ และติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม กลายเป็นกระบวนการประสานรายการยา

ความคลาดเคลื่อนทางยาหากปล่อยให้เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น ย่อมมีผลเสีย ทั้งแก่ผู้ป่วย ทำให้ต้องเกิดอันตรายโดยไม่สมควร ทั้งโรงพยาบาลและบุคลากรจะเสียภาพพจน์และความเชื่อถือของประชาชน ชำร่วยอาจต้องถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะด้านยาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าที่ควร จึงควรที่ผู้รับผิดชอบจะได้ตระหนักถึงและช่วยกันศึกษาหาหนทางพัฒนาความปลอดภัยในการใช้ยาอย่างเข้มแข็ง กระบวนการรีคอนซิลเอนซ์ยาเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่ควรพัฒนาต่อไป.

ภาคผนวก

ตัวอย่างความคลาดเคลื่อนทางยาในต่างประเทศ ที่เกิดขึ้นเมื่อเปลี่ยนการรักษา

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดอาการเวียนศีรษะ และลึ้มในท้องน้ำหลังจากได้รับยา Toprolxl[®] (metoprolol extended release) ในขนาดสูงกว่าที่เคยได้รับก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามด้วย telemetry 24 ชั่วโมง³
2. ผู้ป่วยแรกได้รับคำสั่งใช้ยา Pamelor (nortriptyline) แต่หลายวันถัดมาเภสัชกรพบว่ายาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน ก่อนมาโรงพยาบาล คือ Panlor (acetaminophen, caffeine, dihydrocodeine).³
3. ระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับ Lexapro (escitalopram) ซึ่งแพทย์เพิ่มขนาดขึ้นจากเดิมเป็น 10 มก. วันละครั้ง แต่ในคำสั่งยากลับบ้านระบุเป็น 5 มก. วันละครั้ง.³

4. ผู้ป่วยได้รับคำสั่งใช้ยา regular release metoprolol tartrate 25 มก. วันละครั้ง แทนที่จะเป็น extended release metoprolol succinate (wrong drug) ซึ่งเมื่อนำมาจัดระดับความรุนแรงตามผลลัพธ์ของผู้ป่วย (NCC MERP rating scale) จัดอยู่ใน category D¹¹
5. ผู้ป่วยได้รับคำสั่งใช้ยา glipizide 15 มก. วันละครั้ง ตอนเช้า ในขนาดยาที่สูงกว่าที่ผู้ป่วยเคยได้รับจากระบบยาผู้ป่วยนอก คือ 10 มก. วันละครั้ง (wrong dose) ซึ่งระดับความรุนแรงอยู่ใน category E¹¹
6. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะไตบกพร่องฉับพลัน (acute renal insufficiency) ได้รับคำสั่งยา gemfibrozil 1,200 มก. วันละ 2 ครั้ง โดยที่เดิมเคยได้รับจากระบบยาผู้ป่วยนอก 600 มก. วันละ 2 ครั้ง (wrong dose) ซึ่งระดับความรุนแรง อยู่ใน category F¹¹
7. ผู้ป่วยได้รับคำสั่งยาสูตรผสมประกอบด้วย hydrocodone bitartrate 5 มก. และ acetaminophen 500 มก. ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลามีอาการ ต่างไปจากที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมาโรงพยาบาล คือ acetaminophen 1,000 มก. กรณีนี้แพทย์อาจไม่ได้ระวังเรื่องการใช้ยา ace-taminophen โดยตัวของผู้ป่วย ซึ่งระดับความรุนแรงอยู่ใน category G¹¹
8. แพทย์สั่งใช้ยา morphine sulfate oral solution 20 มก./มล. ในปริมาณ 20-30 มล. ทุก 4 ชั่วโมง เวลามีอาการ แทนที่จะเป็น 20-30 มก. เมื่อมีการใช้คำสั่งยาคลาดเคลื่อนจาก มก. เป็น มล. ทำให้ผู้ป่วยได้รับขนาดยาสูงขึ้นเป็น 20 เท่า ซึ่ง ระดับความรุนแรงอยู่ใน category I¹¹
9. ผู้ป่วยโรคเบาหวานเคยได้รับ amlodipine 5 มก. วันละ 2 ครั้ง แต่แพทย์สั่งเป็น 5 มก. วันละครั้ง (wrong frequency)¹⁰
10. ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ได้รับ metoprolol 12.5 มก. วันละ 2 ครั้ง ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่การบันทึกข้อมูลประวัติการใช้ยา และคำสั่งใช้ยาระบุเป็น metoprolol 50 มก. วันละ 2 ครั้ง (wrong dose)¹⁰
11. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย recurrent presyncopeซึ่งก่อนเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีการใช้ยา digoxin 0.125 มก. วันละครั้ง แต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลในประวัติยาแรกรับ¹⁰
12. ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับ Sinemet (levodopa 200 มก. และ carbidopa 50 มก.) วันละ 3 ครั้ง แต่ในคำสั่งยาแรกรับเหลือเพียงวันละ 2 ครั้ง (wrong frequency)⁹

เอกสารอ้างอิง

1. สรรพวัช อัครเรืองชัย. บทความทบทวนทางวิชาการ : ความปลอดภัยของผู้ป่วย. ใน : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล Patient Safety : Concept and Practice. นนทบุรี : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2546:2-26.
2. Institute for Healthcare Improvement. Medication reconciliation. 2005. [cited 2005 September08]. Available from:<http://www.ihl.org/>
3. Institute for Safe Medication Practice. Medication safety alert : building a case for medication reconciliation. 2005 April 21. [cited 2005 September 04]. Available from: <http://www.ismp.org/MSAarticles/20050421.htm>
4. Osborne C, Luzac M. Over-the-Counter Medicine Use Prior to and During Hospitalization. *Ann Pharmacother* 2005;39:268-73.
5. Glintborg B, Andersen S, Spang-Hanssen E, Dalhoff K. The use of over-the-counter drugs among surgical and medical patients. *Eur J ClinPharmacol* 2004;60:431-7.
6. Wernick A, Possidente C, Keller E, Gilroy G. Enhancing Continuity of care through pharmacist review of discharge medications. *Hosp Pharm* 1996;31(6):672-81.
7. Landro L. The informed patient : hospitals step up efforts to avoid medication errors. New York, N.Y, 2005.
8. Lau H, Florax C, Porsius A, Boer A. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *Br J ClinPharmacol* 2000;49:597-603.
9. Cornich P, Knowles S, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink D, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005;165:424-29.๗
10. Tam VC, et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital : a systematic review. *JAMC* 2005;173(5):510-5.
11. Gleason K, GroszeK J, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin G. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health-Syst Pharm* 2004;61:1689-95.
12. Rozich J, Resar R. Medication safety : One organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Manage* 2001;8(10):27-34.

13. Whittington J, Cohen H. OSF healthcare's journey in patient safety. Qual Manage Health Care 2004;13(1): 53-9.

14. Paquette-Lamontagne N, et al. Evaluation of a new integrated discharge prescription form. Ann Pharmacother 2001;35(7-8):953-8.

15. Bond C, Raehl C, Franke T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing and medication errors in United States hospitals. Pharmacotherapy 2002;22:134-47.

16. Provonost P, et al. Medication reconciliation : a practical tool to reduce the risk of medication errors. J Crit Care 2003;18(4):201-5.

17. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. 2006 National Patient Safety Goals. 2005 [cited 2005 July 07]. Available

18. Institute for Healthcare Improvement. Getting started kits : prevent adverse drug events (medication reconciliation) how to guide. 2005. [cited 2005 July 07]. Available from:http://www.ihc.org/NR/rdonlyres/47D5AE1C-0B29-4A59-8D58-BABF8F4E829F/0/ADEHowtoGuideFINAL5_25.pdf

19. Massachusetts Coliation for the Prevention of Medication Errors. Reconciling medication. 2003 [cited 2005 July 22]. Available from:<http://www.macoliation.org>

20. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี . สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2005.

21. Resar R. Medication reconciliation review. 2004. [cited 2005 July 22]. Available from:<http://www.ihc.org>.

บรรณานุกรม

Gleason KM, Brake H, Agramonte V, Perfetti C. Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. (Prepared by the Island Peer Review Organization, Inc., under Contract No. HHS2902009000 13C.) AHRQ Publication No. 11(12)-0059. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revised August 2012.

เรื่อง การประสานรายการยา (Medication Reconciliation)

1. Medication Reconciliation คืออะไร

ก. กระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ต่อเนื่องก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อแรกรับรวมทั้งเมื่อผู้ป่วยย้ายแผนก ย้ายหอผู้ป่วย หรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน

ข. การตรวจหายาที่รูปร่างลักษณะคล้ายคลึงกันหรือมีชื่อยาที่มองคล้ายคลึงกัน รวมทั้งการออกเสียงใกล้เคียงกัน ทั้งชื่อการค้าและชื่อสามัญทางยา

ค. การประเมินการรักษาของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับยา เพื่อดูว่าการรักษาผู้ป่วยของแพทย์เหมาะสมเพียงใด เพื่อให้เภสัชกรและเจ้าหน้าที่สามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ก่อนที่จะได้รับยา

ง. การติดตามผลการใช้ยาระหว่างที่ผู้ป่วยใช้ยาหลังจากได้รับยาไปบ้างแล้วและยังมีการใช้อีกทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ทันที่

จ. กระบวนการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเภสัชกรมีหน้าที่ปฏิบัติในการติดตามสืบค้น ประเมินความสัมพันธ์และบันทึกลงในแบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

2. ผู้ดำเนินการในกระบวนการ Medication Reconciliation คือบุคคลใด

ก. แพทย์

ข. พยาบาล

ค. เภสัชกร

ง. ผู้ป่วย

จ. ถูกทุกข้อ

3. ข้อใดไม่ใช่บทบาทของเภสัชกรในการทำ Medication Reconciliation

ก. Consultant

ข. Trainer

ค. Auditor

ง. Administration

จ. ไม่มีข้อใดผิด

จ. Clarification -> Verification -> Translation -> Reconciliation

4. ข้อใดต่อไปนี้เป็นขั้นตอนหลักของการทำ Medication Reconciliation

ก. Verification Clarification Reconciliation

ข. Verification Clarification Admission

ค. Prescribing Transcribing Dispensing

ง. Prescribing Transcribing Monitoring

จ. Prescribing Reconciliation Monitoring

5. เป้าหมาย Medication Reconciliation ควรดำเนินการภายในกี่ชั่วโมง

- ก. 1 ชั่วโมง
- ข. 12 ชั่วโมง
- ค. 24 ชั่วโมง
- ง. 48 ชั่วโมง
- จ. 72 ชั่วโมง

6. เพราะเหตุใดจึงต้องมีการทำ Medication Reconciliation

- ก. มีผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตั้งแต่ระดับไม่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต
- ข. โรงพยาบาลสูญเสียเงินจำนวนมากจากการเกิดความคลาดเคลื่อนของยา
- ค. ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นเป็นความผิดพลาดเชิงระบบที่สามารถป้องกันได้
- ง. ถูกทั้งข้อ ก และ ค
- จ. ถูกทั้งข้อ ก ข และ ค

7. Medication Reconciliation เกี่ยวข้องกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนใดมากที่สุด

- ก. Prescribing error
- ข. Transcription error
- ค. Dispensing error
- ง. Administration error
- จ. Monitoring error

8. ข้อใดเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ต้องมีการดำเนินการประสานรายการยา (Medication Reconciliation)

- ก. การเปลี่ยนแปลงระดับการรักษาผู้ป่วย
- ข. การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น
- ค. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและรับการรักษาตัวหลายโรงพยาบาล
- ง. ถูกทั้งข้อ ก และ ค
- จ. ถูกทั้งข้อ ก ข และ ค

9. ในการทำ Medication Reconciliation จะสามารถหาข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่องจากแหล่งใดได้บ้าง

- ก. ยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน
- ข. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอง ญาติ หรือผู้ดูแล
- ค. เวชระเบียน
- ง. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือจากแผนกผู้ป่วยนอก
- จ. ถูกทุกข้อ

10. ข้อใดไม่ใช่ประโยชน์โดยตรงจากการทำ Medication Reconciliation

- ก. ลดความคลาดเคลื่อนจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยใช้อยู่เป็นประจำเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ข. ลดความคลาดเคลื่อนจากการได้รับยาซ้ำซ้อน
- ค. ลดความคลาดเคลื่อนจากการลอกหรือรับคำสั่งผิดพลาด
- ง. ลดระยะเวลาในการรอรับยากลับบ้านของผู้ป่วย
- จ. ลดระยะเวลาในการทบทวนรายการยาโดยแพทย์ในขณะที่ผู้ป่วยเข้าตรวจ