



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ชื่อเรื่อง	การจัดการระบบการประสานรายการยา Management of Medication Reconciliation System
รหัส	1003-1-000-015-08-2564
จำนวน	2 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
วันที่รับรอง	16 สิงหาคม 2564
วันที่หมดอายุ	15 สิงหาคม 2565
ชื่อ-นามสกุล ผู้เขียน	ภญ.ณิชากร พิริยะชนานุสรณ์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรมากรณ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เภสัชกรเข้าใจความหมายและกระบวนการการประสานรายการยา
2. เพื่อให้เภสัชกรตระหนักถึงความสำคัญของการประสานรายการยากับความคลาดเคลื่อนทางยา

บทคัดย่อ

การประสานรายการยา เป็นกระบวนการตรวจสอบและเปรียบเทียบรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับรายการยาที่ผู้ป่วยได้เมื่อแรกรับ เมื่อย้ายหอผู้ป่วย หรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน โดยการสร้างบัญชีรายการยาทั้งจากหน่วยพยาบาล หรือจากยาที่ผู้ป่วยจัดหามาใช้เอง ทั้งยาแผนปัจจุบัน สมุนไพร วิตามิน และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อย่างถูกต้องและแม่นยำ พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยาที่เป็นปัจจุบัน เวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย เพื่อให้แพทย์ใช้ในการตัดสินใจสั่งยาแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและครบถ้วน ลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็น หรือได้รับยาซ้ำซ้อน หรือได้รับยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน ส่งเสริมให้เกิดการรักษาด้านยาแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานที่ดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในหลายประเทศ ได้กำหนดให้การประสานรายการยาเป็นมาตรฐานหนึ่งในการเพิ่มความปลอดภัยด้านยา และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้กำหนดให้การประสานรายการยา เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 ที่ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และเป็นส่วนหนึ่งในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การสร้างระบบการเข้าถึงและจัดเก็บข้อมูลการประสานรายการยาอย่างเป็นระบบครบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การทวนสอบและการบันทึกรายการยา การตรวจสอบรายการยา การเปรียบเทียบและประสานรายการยา และการส่งต่อข้อมูลยาของผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาในการทำงานได้ และยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานประสานรายการยา ที่ส่งผลลดปัญหาความแตกต่างของรายการยา ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ป้องกันมิให้ความคลาดเคลื่อนทางยาถึงตัวผู้ป่วย ลดการกลับมาโรงพยาบาลที่สัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์จากยา และลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ

การประสานรายการยา, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, medication reconciliation, patient safety

บทนำ

Institute for Healthcare Improvement (IHI) ของสหรัฐอเมริกา ได้รายงานในปี ค.ศ. 2005 ว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการใช้ยา โดยเกือบครึ่งหนึ่งเกิดในช่วงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาลและรอยต่อของการรักษา โดยเฉพาะการไม่ได้รับยาต่อเนื่องจากที่เคยใช้ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป และความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นสามารถส่งต่อความคลาดเคลื่อนนั้นไปจนถึงตัวผู้ป่วยได้ระดับปานกลางหรือรุนแรง¹⁻³ ทั้งนี้ หน่วยงานรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; JCAHO) ได้รายงานว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดอันตรายขั้นรุนแรงหรือเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากความคลาดเคลื่อนทางยานั้น เกิดจากการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย และสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวได้ด้วยกระบวนการประสานรายการยาระหว่างรอยต่อของการรักษา (Medication reconciliation) โดยกำหนดให้กระบวนการประสานรายการยา เป็นเป้าหมายข้อที่ 8 ของ National Patient Safety Goal ซึ่งมีผลใช้ในปี ค.ศ. 2006 เป็นต้นมา⁴

องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานที่ดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในหลายประเทศ ได้กำหนดให้การประสานรายการยา เป็นมาตรฐานหนึ่งในการเพิ่มความปลอดภัยด้านยา โดย JCAHO ได้กำหนดให้กระบวนการประสานรายการยาเป็นเป้าหมายของ National Patient Safety Goal ในปี ค.ศ. 2006⁴ ส่วน IHI ร่วมกับโรงพยาบาลมากกว่า 2,700 แห่ง ได้ดำเนินโครงการ “100,000 lives campaign” และกำหนดให้กระบวนการประสานรายการยาเป็น 1 ใน 6 ของวิธีปฏิบัติในการป้องกันการเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยามาตั้งแต่ ค.ศ. 2006 เช่นเดียวกัน⁴⁻⁶

ในประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้กำหนดให้กระบวนการประสานรายการยา เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยได้ระบุไว้ในเรื่องระบบการจัดการด้านยาว่า การประสานรายการยาเป็นกระบวนการดำเนินงานด้านยาที่ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation; HA)^{7,8}

บทความนี้ ครอบคลุมนิยามของการประสานรายการยา กระบวนการประสานรายการยา การดำเนินงานประสานรายการยาอย่างเป็นระบบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานประสานรายการยา และความสำคัญของการประสานรายการยาต่อการลดความคลาดเคลื่อนทางยา

นิยามของการประสานรายการยา (Medication reconciliation, MR)

การประสานรายการยา เป็นกระบวนการตรวจสอบและเปรียบเทียบรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับรายการยาที่ได้เมื่อแรกรับ เมื่อย้ายหอผู้ป่วย หรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน โดยการสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องและแม่นยำ พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยาที่เป็นปัจจุบัน รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย เพื่อให้แพทย์ใช้ในการตัดสินใจสั่งยาแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและครบถ้วน ลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็นหรือได้รับยาที่ซ้ำซ้อน หรือยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน และเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง⁹

IHI นิยาม “การประสานรายการยา” ว่าเป็นกระบวนการในการระบุรายการยาทั้งหมดของผู้ป่วยให้มีความถูกต้องมากที่สุด ทั้งชื่อยา วิธีใช้ยา ความถี่ และวิถีทางในการใช้ยา เพื่อนำรายการยาดังกล่าวไปเป็นข้อมูลในการตัดสินใจสั่งใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้ป่วยครอบคลุมทุกระดับการให้บริการภายในระบบบริการสุขภาพ ไม่ใช่เฉพาะภายในโรงพยาบาลหนึ่งเท่านั้น แต่ต่อเนื่องไปยังจุดบริการอื่นภายนอกด้วย ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลอื่น ร้านยา หรือคลินิก เป็นต้น⁶ และสถาบันเพื่อการปฏิบัติที่ปลอดภัยด้านการใช้ยา (Institutes for Safe Medication Practices; ISMP) ประเทศแคนาดา นิยามว่าการประสานรายการยาเป็นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยในการสื่อสารประวัติการใช้ยาที่ถูกต้องและครบถ้วน ในรอยต่อของการรักษาทุกระดับ^{10, 11}

กระบวนการประสานรายการยา⁵

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประเทศไทย ได้ระบุในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพใน ปี พ.ศ.2549 จนถึงฉบับปรับปรุงใหม่ (ฉบับที่ 4 เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2561) ว่า การประสานรายการยาเป็นกระบวนการดำเนินงานด้านยาที่ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่การสั่งใช้ยา จนถึงการบริหารยา เพื่อประกันความถูกต้องของการระบุชื่อยา รายการยาของผู้ป่วยที่ต้องแม่นยำและใช้ใน ทุกจุดของการบริการ โดยการเปรียบเทียบรายการยาเดิมของผู้ป่วยกับรายการยาที่สั่งให้ใหม่ การตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสม การสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย และการส่งมอบรายการยาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยใน ขั้นตอนถัดไป^{8,9}

การศึกษาเวลามาตรฐานของกระบวนการประสานรายการยาของผู้ป่วยแรกรับของผู้ป่วย 1 ราย ใช้เวลาเฉลี่ย 14.54 นาที โดยเฉลี่ยใช้เวลาในขั้นตอนการทวนสอบนานที่สุด โดยวิธีการหรือแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสร้าง รายการยาที่สมบูรณ์มากที่สุดของผู้ป่วยเพื่อนำมาเปรียบเทียบคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในขั้นตอนแรกรับ ประกอบด้วย บัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก เวชระเบียนของผู้ป่วย ใบส่งต่อในการรักษา ยาเดิมของผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย และฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล¹² ขั้นตอนสำคัญในการ ประสานรายการยา⁹ ได้แก่

1. **Verification** คือ การทวนสอบและการบันทึกรายการยา อาหารเสริม สมุนไพร ที่ผู้ป่วยได้รับก่อน มาโรงพยาบาล รวมถึงประวัติอาการไม่พึงประสงค์ โดยใช้วิธีต่อไปนี้
 - ชักประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ทั้งชนิด ขนาดยา วิธีใช้ วิถีทางให้ยา และเวลาที่ ได้รับยาครั้งล่าสุดของผู้ป่วย จากทุกแหล่งที่ผู้ป่วยรับยา และขอดยาเดิม (ถ้ามี)
 - ทบทวนประวัติการใช้ยาในแฟ้มประวัติผู้ป่วย หรือระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
2. **Clarification** คือ การตรวจสอบรายการยาที่บันทึกว่าชนิด ขนาด และวิธีใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้น ถูกต้องตามข้อบ่งใช้ และเหมาะสมตามแนวเวชปฏิบัติการรักษา หากสงสัยควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจาก แหล่งอื่น เช่น คู่มือการใช้ยา เอกสารตำราวิชาการ แนวเวชปฏิบัติ
3. **Reconciliation** คือ กระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยา ระหว่างยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ กับยาที่ได้รับใหม่ เมื่อมีการเปลี่ยนระดับการรักษาหรือระดับวิกฤตและระดับผู้ป่วยสามัญ หรือ การเปลี่ยนระดับการรักษาหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิไปสู่ระดับที่ซับซ้อนขึ้น เพื่อค้นหา “ความ ไม่สอดคล้อง” ของรายการยา และบันทึกการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาพร้อมเหตุผล (หากเป็นไปได้)

เพื่อสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องในขั้นต่อไป กรณีที่พบความคลาดเคลื่อนจะต้องสื่อสารไปยังแพทย์เพื่อให้ ทบทวนคำสั่งใช้ยา และมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาในแฟ้มประวัติผู้ป่วยใน รวมถึงการ ปรึกษาแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม

ISMP ได้นิยาม “ความไม่สอดคล้อง” หรือความแตกต่างของรายการยาที่พบจากขั้นตอน การเปรียบเทียบและประสานรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อน ระหว่างรักษาตัวใน โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็น 3 ประเภท¹⁰ คือ

1. ความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ และมีบันทึกชัดเจนถึงความตั้งใจดังกล่าว (intentional discrepancies) หากความตั้งใจนั้น ไม่มีเหตุผลรองรับหรือไม่อยู่บน พื้นฐานการรักษาที่ถูกต้อง ถือเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา
2. ความแตกต่างเกิดจากความตั้งใจของแพทย์ แต่ไม่บันทึกให้ผู้อื่นทราบ หรือสั่งใช้ยาเดิม โดยไม่ระบุรายการยา (undocumented intentional discrepancies) หากความตั้งใจ นั้น ไม่มีเหตุผลรองรับ หรือไม่อยู่บนพื้นฐานการรักษาที่ถูกต้อง และเป็นเหตุให้เกิด อันตรายแก่ผู้ป่วย ถือเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา
3. ความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ (unintentional discrepancies) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ถือว่าเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา แต่หากความ ไม่ตั้งใจนั้น มีข้อมูลรองรับ หรืออยู่บนพื้นฐานการรักษาที่ถูกต้อง ถือว่าไม่เป็น ความคลาดเคลื่อนทางยา

JCAHO กำหนดให้การเปรียบเทียบประสานรายการยาควรแล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมงแรก ของขั้นตอนแรกรับ อย่างไรก็ตาม การกำหนดเวลาขึ้นกับการตกลงในองค์กร เพื่อให้สอดคล้องกับ บริบทของโรงพยาบาลและสามารถปฏิบัติตามได้มากที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้การบริหารยามีความต่อเนื่อง มากที่สุด หรือควรเริ่มต้นการทบทวนยาในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากยา หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง^{4, 15}

4. **Transmission** การส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ป่วย ให้สื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับกับตัวผู้ป่วย เองหรือผู้ดูแล และส่งรายการยาดังกล่าวไปยังห้องผู้ป่วยที่ย้ายหรือสถานพยาบาลกลับบ้านเพื่อ รับการรักษาต่อ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานประสานรายการยา

การวัดผลของการดำเนินงานประสานรายการยาในโรงพยาบาลโดยเภสัชกร พบว่า “ผู้ป่วยไม่ได้รับยา เดิม” เป็นความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนแรกรับมากกว่าขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วย ผลของความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับ B และเภสัชกรสามารถแก้ไขปัญหาก่อนที่จะไปถึงตัวผู้ป่วยได้^{13,14}

การสร้างระบบการเข้าถึงและจัดเก็บข้อมูล การประสานรายการยาอย่างเป็นระบบครบ 4 ขั้นตอน จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และลดระยะเวลาในการทำงานได้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานประสาน รายการยา ที่จะส่งผลลดปัญหาความแตกต่างของรายการยา ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ป้องกันมิให้

ความคลาดเคลื่อนทางยาถึงตัวผู้ป่วย ลดการกลับมาโรงพยาบาลที่สัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ และลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล¹⁵⁻¹⁷ ประกอบด้วย

1. นโยบายของโรงพยาบาล (policy) นโยบายควรกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติได้จริง และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน
2. บริบทของโรงพยาบาล (context) ประกอบด้วยขนาดของโรงพยาบาล ปริมาณงาน อัตราากำลังการจัดสรรภาระงาน วัฒนธรรมองค์กร การบริหารจัดการไม่ซับซ้อน และวัฒนธรรมองค์กรที่ดี
3. บุคลากรที่ดำเนินงาน (practitioners) ได้แก่ ความร่วมมือของสหวิชาชีพ ความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติ และความตระหนักของบุคลากรที่มีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ช่วยให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน บุคลากรการแพทย์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและบทบาทในกระบวนการประสานรายการยา ได้แก่
 - แพทย์ มีหน้าที่ซักประวัติผู้ป่วย ประกอบกับข้อมูลในเวชระเบียน
 - พยาบาล และ/หรือเภสัชกร เป็นหลักในการดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย
 - เภสัชกร ทำหน้าที่ยืนยันรายการยา และแนวทางการบริหารยา
4. กระบวนการดำเนินงาน (process) สิ่งสำคัญคือความชัดเจน ทั้งในขั้นตอนการดำเนินงานการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร และการจัดการระบบสารสนเทศของข้อมูลการใช้ยา เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลสมบูรณ์มากที่สุด การพัฒนาการประสานรายการยาในรูปแบบที่มสหวิชาชีพ จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในจุดที่มีการเปลี่ยนการรักษาได้ Mekonnen และคณะ (2016) พบว่า การประสานรายการยาโดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ช่วยลดความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจลงได้ถึงร้อยละ 45¹⁸ ดังนั้นระบบอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศจึงมีบทบาทในกระบวนการประสานรายการยาเพิ่มขึ้น และได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานประสานรายการยาในการเปรียบเทียบประวัติการใช้ยา เพื่อเป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยา และช่วยค้นพบความแตกต่างของรายการยา รวมถึงแก้ปัญหาความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจระหว่างรอยต่อการรักษา และลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้¹⁸⁻²¹

ความสำคัญของการประสานรายการยาต่อการลดความคลาดเคลื่อนทางยา

ในปัจจุบัน มีผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ารับร่วมกันหลายขนาน รับการรักษาจากสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง หรือซื้อยารับประทานเองเพื่อใช้บรรเทาอาการ/รักษาโรคอย่างต่อเนื่องหรือใช้เป็นครั้งคราวนอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่งให้^{19,22,23} หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีกระบวนการซักประวัติผู้ป่วยเพื่อประสานรายการยาอย่างมีประสิทธิภาพ ก็อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการใช้ยาได้ ทั้งการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดตามยา การบรรจุยา การเตรียมยา การกระจายยา การส่งมอบยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะได้รับยาไม่สอดคล้องกับประวัติเดิม เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ได้รับยาซ้ำซ้อนกันเนื่องจากยามีชื่อการค้าและลักษณะที่ต่างกััน เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา หรือขาดความร่วมมือในการใช้ยา^{24,25}

ความคลาดเคลื่อนทางยา ตามนิยามของ National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MERP) หมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข²⁶ ความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการใช้ยา แบ่งได้เป็น 8 ประเภท²⁷ ได้แก่

1. การไม่ได้รับยาที่จำเป็นต่อการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ รวมถึงคำสั่งใช้ยาที่ไม่ระบุรายการยาให้ชัดเจน เช่น “ยาเดิม”
2. ขนาดยา หรือความถี่ไม่เหมาะสม หรือแตกต่างจากที่ผู้ป่วยเคยได้รับ
3. วิธีทางใช้ยาไม่เหมาะสม หรือแตกต่างจากที่เคยได้รับ
4. เวลาให้ยาไม่เหมาะสม หรือแตกต่างจากเวลาที่เคยได้รับ
5. ผู้ป่วยได้รับยาในผิดชนิด หรือไม่ตรงจากเดิม รวมถึงยาที่มีข้อห้ามใช้
6. การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้
7. การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ที่มีสูตรโครงสร้างในกลุ่มเดียวกันมากกว่า 1 ชนิด
8. การสั่งยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ โดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลทางคลินิกได้

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในระบบการให้บริการนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อจนถึงตัวผู้ป่วยได้ ผลของระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งเป็นระดับ A-I ตาม NCC MERP ดังนี้²⁶

- ระดับ A คือ ไม่เกิดความคลาดเคลื่อน แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้
- ระดับ B คือ มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงตัวผู้ป่วย
- ระดับ C คือ มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย แม้ว่าความคลาดเคลื่อนไปถึงตัวผู้ป่วยแล้ว
- ระดับ D คือ มีความคลาดเคลื่อน ไม่เป็นอันตราย แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามเพิ่มเติม
- ระดับ E คือ มีความคลาดเคลื่อน เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษา
- ระดับ F คือ มีความคลาดเคลื่อน เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป
- ระดับ G คือ มีความคลาดเคลื่อน เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
- ระดับ H คือ มีความคลาดเคลื่อน เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต
- ระดับ I คือ มีความคลาดเคลื่อน เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

การศึกษาทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 22 ฉบับ โดยนำข้อมูลการใช้ยาก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมาเปรียบเทียบกับประวัติการใช้ยาที่แพทย์บันทึกขณะรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 10 - 67 เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยหากรวมรายการยาจากประวัติที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้มาประสานรายการยาด้วย จะพบผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27 - 83 และหากประสานรายการยาร่วมกับการทบทวนประวัติการแพ้ยาด้วย จะพบความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ครั้งในผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 34 - 95 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการประสานรายการยาจะทำให้พบความคลาดเคลื่อนทางยาได้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นการป้องกันความเสี่ยงให้กับผู้ป่วยที่จะได้รับผลกระทบจากการสั่งใช้ยากครั้งนั้นได้เพิ่มขึ้น โดยประเภทของความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยที่สุด คือ การไม่ได้รับยาที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ เมื่อพบความคลาดเคลื่อนแล้วปรึกษาแพทย์ผู้สั่งใช้ยา มักพบว่า เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจริงโดยมิได้ตั้งใจ

โดยคาดการณ์ว่าร้อยละ 11-59 ของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นนั้น มีความสำคัญต่อภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย ทั้งเพิ่มระยะเวลานอนในโรงพยาบาล หรือทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาช้าก่อนกำหนด หรือส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้^{27,28}

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีความเสี่ยงในการได้รับรายการยาที่ไม่สอดคล้อง หรือมีความแตกต่างของรายการยาเดิมกับยาที่แพทย์สั่งระหว่างรอยต่อของการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล ซึ่งมีรอยต่อของการรักษาเพิ่มขึ้นทั้งระหว่างหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัด จึงมีโอกาที่จะไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ หรือไม่ได้นัดยาที่ควรตรวจก่อนผ่าตัด เช่น กลุ่มยาต้านการทำงานของเกล็ดเลือดและยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจำเป็นจะต้องพิจารณาความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดและภาวะเลือดออกทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ดังนั้น การประสานรายการยาจึงช่วยลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเหล่านี้ได้^{29, 30}

บทสรุป

นิยามเชิงปฏิบัติการของการประสานรายการยา ยังไม่ได้มีการกำหนดที่ชัดเจน ดังนั้น การศึกษาการประสานรายการยาทั้งในและต่างประเทศ จึงมีความหลากหลายของลักษณะการดำเนินงานแตกต่างกันไปตามความพร้อมบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ โดยเฉพาะองค์กรที่มีขนาดใหญ่ หรือโครงสร้างการปฏิบัติงานสลับซับซ้อน ดังนั้น การประสานรายการยาในรูปแบบทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลที่มีการวางระบบและกระบวนการปฏิบัติงานที่ดีให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาของผู้ป่วย รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร วิตามินต่าง ๆ และยามือสุดท้ายที่ผู้ป่วยใช้ อย่างสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในกรอบเวลาที่กำหนดจะส่งผลให้การใช้ยาของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยมากขึ้น ลดความคลาดเคลื่อนทางยา และความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Healthcare Improvement. Medication reconciliation [Internet]. 2005 [cited 2021 Jan 8]. Available from: http://www.ihl.org/resources/Pages/ViewAll.aspx?FilterField1=IHI_x0020_Topic&FilterValue1=Medication+Reconciliation
2. Cornish 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;165:424-9.
3. 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 Clin Pharmacol 2000;49:597-603.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Sentinel event alert: using medication reconciliation to prevent errors [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 8]. Available from: https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/sea_35pdf.pdf?db=web&hash=98B2A5BF335E6041DA6C6921C6C71DBF

5. Greenwald JL, Halasyamani L, Greene J, Lacivita C, Stucky E, Benjamin B, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps. *J Hosp Med* 2010;5:477-85.
6. Institute for Healthcare Improvement. How-to guide: Prevent adverse drug events (medication reconciliation) [Internet]. 2005 [cited 2021 Jan 7]. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4; 2561.
8. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. SIMPLE-Thai patient safety goals thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/172254>
9. ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มณฑกานติกุล, สุวัฒนา จุฬาวัดฒนทล. Medication reconciliation. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน จำกัด; 2551.
10. Institute for Safe Medication Practice. Medication reconciliation in acute care: getting started kit. [Internet]. 2011. [cited 2021 Jan 13]. Available from: https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Medrec_AC_English_GSK_V3.pdf
11. Institute for Safe Medication Practice. Medication Safety alert: building a case for medication reconciliation [Internet]. 2005 [cited 2021 Jan 08]. Available from: <https://www.ismp.org/resources/building-case-medication-reconciliation>
12. รุ่งนภา ชุ่มคำลือ. เวลามาตรฐานและภาระงานของเภสัชกรในการบริการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
13. ศิริรัตน์ ไส้ไทย, โปยม วงศ์ภูวรักษ์. ผลของกระบวนการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2556;5(1):1-15.
14. นารัต เกษตรทัต, อภิฤดี เหมะจุฑา, บุตรี กิจจะอรพิน. ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลกบินทร์บุรี. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2553;17:17-26.
15. กัญญามาส จินอนันต์, อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา, กรแก้ว จันทภาษา, ธิดา นิงสานนท์. การดำเนินงานการประสานรายการยากรณีผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐในเขตสุขภาพที่ 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เภสัชศาสตร์อีสาน 2560;13(4):11-23.
16. Mekonnen AB, McLachlanet AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016;6:1-14.

17. WHO. The high 5s project – standard operating protocol for medication reconciliation, World Health Organization 2014. Available from:
<https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>
18. Mekonnen AB, McLachlanet AJ, Brien JE. Impact of electronic medication reconciliation interventions on medication discrepancies at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak* 2016;16:112.
19. 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.
20. The Electronic Medication Reconciliation Group. Paper to electronic medrec implementation toolkit. 2nd ed. Toronto: ISMP Canada and Canadian Patient Safety Institute; 2017.
21. อติภรณ์ ตันธนะเสตะกุล, ธวัช โอวาทพารพร, รุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์, พิณทิพย์ วัฒนสุขชัย. ผลของการประสานรายการยาผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนาโปรแกรม. *วารสารเภสัชกรไทย* 2555;6(2):84-91
22. Osborne C, Luzac M. Over-the-counter medicine use prior to and during hospitalization. *Ann Pharmacother* 2005;39:268-73.
23. Glintborg B, Andersen S, Spang-Hanssen E, Dalholff K. The use of over-the-counter drugs among surgical and medical patients. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;60:431-7.
24. Paquette-Lamontagne N, McLean WM, Besse L, Cusson J. Evaluation of a new integrated discharge prescription form. *Ann Pharmacother* 2001;35(7-8):953-8.
25. ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล. การใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ. *Ramathibodi Medical Journal* 2561;41(1):95-104.
26. National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCCMERP). What is a medication error?. [internet]. [cited 2021 Jan 25]. Available from:
<https://nccmerp.org/about-medication-errors>
27. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *JAMC* 2005;173(5):510-5.
28. 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.
29. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการทำงานของเกล็ดเลือดและยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดในช่วงก่อนการผ่าตัด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.si.mahidol.ac.th/Th/department/anesthesiology/anesthesia/form/SiPAC/SiPAC3.pdf>

30. ดรุณี วินัยพานิช, น้อมจิต จันทรน้อย, ดารารัตน์ อินทสุวรรณ. การศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ในผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารกองการพยาบาล 2558;42(1):58-75.