

ผลของกระบวนการประสานรายการยา
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
Effect of Medication Reconciliation in Medicine Ward at
Sawanpracharak Hospital

จันทนี ฉัตรวิริยวงศ์ ภ.ม. Chantanee Chatwiriyawong M.Sc. in Pharmacy
 สุรพงษ์ ตูลापันธุ์ ภ.บ. Surapong Tulapunt B.Sc. in Pharmacy
 กลุ่มงานเภสัชกรรม Pharmacy Department
 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ Sawanpracharak Hospital
 จังหวัดนครสวรรค์ NakhonSawan

สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร Sawanpracharak Medical Journal
 ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2561 Vol. 15 No. 3 September – December 2018

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลของกระบวนการประสานรายการยา (medication reconciliation) และป้องกันแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

สถานที่ศึกษา : หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง และวัณโรค ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2560

วิธีการศึกษา : ขั้นตอนกระบวนการประสานรายการยาประกอบด้วย การทวนสอบ (verification) คือ การรวบรวมประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย หลังจากนั้นทำการตรวจสอบ (clarification) คือ การทบทวนความถูกต้องของรายการยาที่รวบรวมได้จากแหล่งต่างๆ เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่กับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนรักษาตัวในโรงพยาบาล และจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (reconciliation) กรณีพบความแตกต่าง เภสัชกรจะประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ทราบว่ารายการยาที่แตกต่างเป็นความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาหรือไม่ หรือเป็นความตั้งใจของแพทย์ ถ้าเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา เภสัชกรจะประสานกับแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมระบุเหตุผลเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เภสัชกรจะส่งต่อข้อมูลรายการยา (transmission) โดยเปรียบเทียบรายการยาทั้งหมดของผู้ป่วยก่อนรักษา ระหว่างรักษา และยาที่แพทย์สั่งจ่ายกลับบ้าน หากพบความแตกต่างประสานกับแพทย์ พร้อมระบุเหตุผลและพิมพ์ใบส่งต่อประวัติการใช้ยาใน

ผลการศึกษา :	โรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนออัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดต่างๆ จากการสั่งใช้ยา ในขั้นตอนการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
วิจารณ์และสรุป :	ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัยจำนวน 482 คน ในขั้นตอนการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล พบความคลาดเคลื่อนทางยา 58 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.0 ส่วนใหญ่พบปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่สมควรจะได้รับ (omission error) ในผู้ป่วย 45 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.6 ในขั้นตอนการจำหน่ายพบความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วย 86 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.8 ส่วนใหญ่พบปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรได้รับ (omission error) ในผู้ป่วย 69 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.2 ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบสามารถป้องกันและแก้ไขได้ทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยการประสานงานกับแพทย์ และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาให้โรงพยาบาลได้ 33,585 บาท
คำสำคัญ :	กระบวนการประสานรายการยา ความคลาดเคลื่อนทางยา

Abstract

Objective :	To evaluated effect of medication reconciliation, protected and resolved medication error in Sawanpracharak Hospital.
Setting :	Female medicine ward 2, Sawanpracharak hospital.
Research design :	Prospective descriptive study
Samples :	Patients with chronic disease such as heart disease, hypertension, diabetes hyperlipidemia, asthma, COPD, chronic kidney disease and tuberculosis admitted during 1 January to 30 June 2017.
Methods :	Medication reconciliation consists of firstly, the verification process of past medical history (PMH) collecting, secondly clarification process to find out whether the previous and present medicine were the same if there were any differences from the list pharmacist would notify doctor in charge and lastly the process of transmission – to give out medicine to patients after the doctor confirmed. Then, all data were analyzed in the rate of medication errors by the Pharmacist when admitted and discharged.
Results :	58 from 482 patients or 12% were found medication errors during admission. Omission errors were found over 77.6%. 86 patients or 7.8% had medication errors when discharged and omission errors werefound more than 80.20%. Medication errors can be prevented and resolved 100% by pharmacist and can save medication cost 33,585 Bath.
Summary and Discussion :	Medication reconciliation can prove patient's safety and reduce medication errors.
Key word :	Medication reconciliation, Medication errors

บทนำ

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งในการดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาได้วิเคราะห์รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความเจ็บป่วยอย่างรุนแรงหรือเพิ่มความเสี่ยงต่ออันตรายจำนวนกว่า 350 รายงานและพบว่าร้อยละ 63 ของความคลาดเคลื่อนเป็นผลมาจากการผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเกิดขึ้นในขั้นตอนของการรับผู้ป่วยการย้ายหอผู้ป่วยและการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล⁽¹⁾ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของความคลาดเคลื่อนทางยารุนแรงและมีสาเหตุจากการสื่อสารข้อมูลที่ไม่ดีนั้นสามารถป้องกันได้ด้วยกระบวนการ medication reconciliation⁽¹⁾

medication reconciliation คือ กระบวนการจัดทำรายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผู้ป่วยใช้ซึ่งมีความสมบูรณ์และถูกต้องและต่อเนื่องตลอดการรักษาประกอบด้วยชื่อยา ขนาดยา ความถี่และวิธีใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งใช้เมื่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจำหน่ายกลับบ้านหรือไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม^(2,4)

กระบวนการ medication reconciliation ทำให้ค้นพบความคลาดเคลื่อนทางยาและสามารถแก้ไขปัญหามาจากยาได้ 3.5 ปัญหาต่อผู้ป่วยหนึ่งคน⁽⁵⁾ งานวิจัยในอดีตแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ากระบวนการ medication reconciliation มีประสิทธิภาพในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นบ่อยมาก ทั้งในเรื่องการได้รับยาไม่ครอบคลุมโรคที่เป็น ยาไม่ถูกขนาด เวลา และความถี่ ผู้วิจัยจึงทดลองนำกระบวนการประสานรายการยา (medication reconciliation) มาใช้เพื่อศึกษาว่าจะลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้มากน้อยเพียงใด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของ

กระบวนการประสานรายการยา (medication reconciliation) และป้องกัน แก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อย่างไรก็ตาม การนำกระบวนการใดๆ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพในองค์กรจะต้องมีการประเมินประสิทธิผล เกสซ์กรสามารถนำข้อมูล que แสดงถึงประสิทธิผลที่ดีของกระบวนการ ไปนำเสนอแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและสนับสนุนให้กระบวนการ medication reconciliation ยั่งยืนและขยายผลต่อไป

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาเชิงพรรณนา แบบไปข้างหน้า (prospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยทุกคนที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2560 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาคือผู้ป่วยที่มานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักว่าเป็นโรคเรื้อรัง ดังต่อไปนี้ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง และวัณโรค และผู้ป่วยที่สามารถทราบประวัติการใช้ยาก่อนมาโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยหรือญาติให้ข้อมูล หรือสามารถดูประวัติการใช้เดิมจากเวชระเบียนและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้ เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษาคือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ย้ายหอผู้ป่วย จากการตรวจดูรายชื่อผู้ป่วยรับใหม่ในสมุดทะเบียนรับผู้ป่วยใหม่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ที่มานอนรักษาตัวในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน 2560 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 482 คน

ขั้นตอนการดำเนินงานมีดังต่อไปนี้ คือ เมื่อมีผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกมานอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โดยดูจากสมุดทะเบียนรับผู้ป่วยใหม่ เกสซ์กรจะเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับโรค ประวัติการรักษา ประวัติ

การใช้ยา การแพ้ยา ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ตรวจสอบประวัติการใช้ยาเดิมจากเวชระเบียน และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นการทวนสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (verification) และนำข้อมูลรายการยาที่รวบรวมได้จากแหล่งต่างๆ มาตรวจสอบความถูกต้อง (clarification) หลังจากนั้นทำการประสานรายการยา (medication reconciliation) เป็นการเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่ กับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาล ถ้ามีความแตกต่างกัน จะประสานงานกับแพทย์ ถ้าความแตกต่างนั้น เป็นความตั้งใจของแพทย์ เพราะมีเหตุผลด้านการรักษาที่จำเป็น ไม่ถือว่าเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ถ้าความแตกต่างนั้นแพทย์ไม่ได้ตั้งใจ ถือเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา และประสานงานกับแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการสั่งยาให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เมื่อแพทย์สั่งให้ผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมสั่งยากลับบ้านให้กับผู้ป่วย เภสัชกรจะเปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งกับยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยาที่ผู้ป่วยใช้ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลว่ามีความแตกต่างหรือไม่ ถ้ามีความแตกต่าง จะประสานงานกับแพทย์ ถ้าแพทย์ไม่ตั้งใจให้มีความแตกต่าง จะประสานกับแพทย์ปรับเปลี่ยนการสั่งยาให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้นหลังจากนั้นเภสัชกรจะจัดและจ่ายยา ให้คำแนะนำเรื่องยาแก่ผู้ป่วย พร้อมมอบใบส่งต่อข้อมูลยากลับบ้านให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลรายการยาที่ส่งต่อให้กับสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่ผู้ป่วยจะไปรักษาต่อ (transmission)

กรณีผู้ป่วยมียาเดิมเหลือ เภสัชกรจะนำยามารวมจัดยากลับบ้านให้กับผู้ป่วย ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายเรื่องยากลับบ้านให้กับโรงพยาบาล

การประเมินความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามเกณฑ์ของ The National Coordination Council of Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)⁽⁶⁾ มีดังนี้ คือ

1) ไม่มีความคลาดเคลื่อน (ระดับ A) คือ ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

2) มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย 2.1) ระดับ B คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนนั้นไม่ไปถึงผู้ป่วย 2.2) ระดับ C คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นไปถึงผู้ป่วยแล้ว 2.3) ระดับ D คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังมีความจำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

3) มีความคลาดเคลื่อน และอันตราย 3.1) ระดับ E คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม 3.2) ระดับ F คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป 3.3) ระดับ G คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างถาวร 3.4) ระดับ H คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต

และ 4) มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนเสียชีวิต หรือ ระดับ I คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ สิทธิบัตร เลขประจำตัวผู้ป่วย และข้อมูลการรักษา ได้แก่ ประวัติโรค การใช้ยา การแพ้ยา จากเวชระเบียน และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 2) บันทึกการรักษาในเวชระเบียน ใช้สำหรับตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษา การใช้ยาในอดีต และปัจจุบัน และผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ 3) โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อดูประวัติการใช้ยาในอดีต และนำมาเปรียบเทียบกับ การสั่งใช้ยาของแพทย์ในปัจจุบันโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูล เพียงคนเดียว

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงความถี่ และร้อยละของอัตราการเกิด ความคลาดเคลื่อนชนิดต่างๆ จากการสั่งใช้ยา ในขั้นตอน การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และในขั้นตอน จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาของการศึกษา ผู้ป่วยจำนวน 482 คน ได้รับการประสานรายการยา (medication reconciliation) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 61 - 80 ปี จำนวน 193 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.0 โรคประจำตัว ผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง 178 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.0 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 93 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.3 และไขมันในเลือดสูง 85 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.6 (ตารางที่ 1) พบมีความคลาดเคลื่อนทางยา 144 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 482 คน คิดเป็น ร้อยละ 29.9 โดยพบในขั้นตอนการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 58 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.0 และพบในขั้นตอนการจำหน่าย จำนวน 86 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.9

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในขั้นตอน การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 58 คนพบ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับเช่นเดิมเป็น โรคเบาหวาน น้ำตาลในเลือดสูงแต่ยังไม่ได้รับยา พบ 45 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.6 รองลงมาคือ การเปลี่ยนแปลงขนาดยา ความถี่ และวิธีใช้ยา เช่น ผู้ป่วยเคยได้รับยา Amlodipine 10 มิลลิกรัม แต่ แพทย์เขียนสั่งเป็น Amlodipine 5 มิลลิกรัมโดย ไม่ได้ตั้งใจพบในผู้ป่วย 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.1 การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย เช่น สั่ง Simvastatin ในผู้ป่วยเอนไซม์ตับสูง หรือการไม่ปรับ ขนาดยาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พบ 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.2 การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน เช่นการสั่งยาฆ่าเชื้อ

ที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อพอ ๆ กัน 2 ชนิด พร้อมกันพบ 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.4 และการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคย ได้รับมาก่อน พบ 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.7 (ตาราง ที่ 2)

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในขั้นตอน การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จำนวน 86 คน ส่วนมากพบผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ พบ 69 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.2 รองลงมาคือพบ การเปลี่ยนแปลงขนาดยา ความถี่ และวิธีใช้ยา 10 คน คิดเป็น ร้อยละ 11.6 การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม กับสถานะของผู้ป่วยพบ 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.8 การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อนพบ 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.4 (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาความคลาดเคลื่อนทางยาที่ ระดับความรุนแรงต่าง ๆ ส่วนมากพบความคลาด เคลื่อนที่ระดับความรุนแรงระดับ B คือ มีความคลาด เคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจาก ความคลาดเคลื่อนไม่ไปถึงผู้ป่วย โดยพบในขั้นตอน การรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 คน คิดเป็น ร้อยละ 60.3 และในขั้นตอนการจำหน่าย 65 คน คิดเป็น ร้อยละ 75.6 รองลงมาพบความรุนแรงระดับ C คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อ ผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นไปถึงผู้ป่วยแล้ว โดยพบในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาล 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.9 และในขั้นตอนการจำหน่าย 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.8 ความรุนแรงระดับ D คือ มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อ ผู้ป่วย แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม พบในขั้นตอนการรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 คน คิด เป็น ร้อยละ 12.1 และในขั้นตอนการจำหน่าย 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.6 ความรุนแรงระดับ E คือ มี ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไข เพิ่มเติม พบในขั้นตอนการเข้ารับรักษาตัวใน โรงพยาบาลเท่านั้น คือกรณีการสั่งยาที่ผู้ป่วยเคยมี ประวัติแพ้ยานั้นโดยพบ 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.7 (ตารางที่ 3)

ความคลาดเคลื่อนทุกประเภทได้รับการ
ป้องกันและแก้ไข ร้อยละ 100 โดยการประสานงาน
กับแพทย์

การประสานรายการยา (Medication
Reconciliation) ในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยออก
จากโรงพยาบาล สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยา
ให้แก่โรงพยาบาลได้ 33,585 บาท

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=482)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
21-40	63	13.1
41-60	145	30.1
61-80	193	40.0
>80	81	16.8
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	178	37.0
เบาหวาน	93	19.3
ไขมันในเลือดสูง	85	17.6
หัวใจ	45	9.3
ไตวายเรื้อรัง	43	8.9
หอบหืด	18	3.7
วัณโรค	12	2.5
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	8	1.7

ตารางที่ 2 ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในขั้นตอนการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ประเภทของความคลาดเคลื่อน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ขั้นตอนการเข้ารับรักษา (n=58)	ขั้นตอนการจำหน่าย (n=86)	รวม (n=144)
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรจะได้รับ (omission error)	45 (77.6)	69 (80.2)	114 (79.2)
การเปลี่ยนแปลงขนาดยา ความถี่ และวิธีใช้ยา	7 (12.1)	10 (11.6)	17 (11.8)
การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะ ของผู้ป่วย	3 (5.2)	5 (5.8)	8 (5.5)
การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน	2 (3.4)	2 (2.4)	4 (2.8)
การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมา ก่อน (commission error)	1 (1.7)	0	1 (0.7)

ตารางที่ 3 ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ ระดับความรุนแรงต่างๆ

ขั้นตอนการรักษา	จำนวนผู้ป่วยที่พบความรุนแรงในระดับต่างๆ จำนวน (ร้อยละ)				
	ระดับ B	ระดับ C	ระดับ D	ระดับ E	รวม
การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล	35 (60.3)	15 (25.9)	7 (12.1)	1 (1.7)	58
การจำหน่าย	65 (75.6)	17 (19.8)	4 (4.6)	0	86
รวม	100 (69.4)	32 (22.2)	11 (7.6)	1 (0.7)	144

วิจารณ์

ความคลาดเคลื่อนในลักษณะที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในต่างประเทศ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 42 – 61 ไม่ได้รับยาที่เคยได้รับอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ การศึกษาครั้งนี้พบปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระหว่างขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนจำหน่าย ร้อยละ 79.2 ของปัญหาที่พบทั้งหมดซึ่งสูงกว่ารายงานที่ผ่านมา ในต่างประเทศพบการสั่งยาผิดพลาด ร้อยละ 31 และการสั่งยาผิดเวลา ร้อยละ 13⁽⁷⁾ ส่วนการศึกษานี้ พบปัญหาการสั่งยาผิดพลาด และผิดเวลาในขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ 11.8 แต่ปัญหาทั้งหมดที่พบแก้ไขป้องกันได้โดยการประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขการสั่งยาให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นที่มีความรุนแรงระดับ D คือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม พบร้อยละ 12.1 ในขั้นตอนการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และร้อยละ 4.6 ในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วยังไม่ได้รับยา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเฝ้าระวังติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และความคลาดเคลื่อนที่มีความรุนแรงระดับ E คือ เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราวและจำเป็นต้องรับการรักษาเพิ่มเติมพบร้อยละ 1.7 คือการสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา แล้วเกิดผื่นคัน ต้องได้รับยารักษาอาการแพ้ยา นั้น เภสัชกรต้องติดตามใกล้ชิด เพื่อมั่นใจว่าอาการแพ้ยาเป็นปกติดีแล้ว

และตรวจสอบว่ามีบัตรแพ้ยาแล้วหรือไม่ ถ้ายังไม่มีเภสัชกรจะออกบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วย และลงประวัติในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ในภาพรวมความคลาดเคลื่อนและความไม่สอดคล้องที่อาจเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดกับผู้ป่วยทั้งหมดนั้นถูกสกัดได้ด้วยกระบวนการ medication reconciliation เภสัชกรควรมีส่วนร่วมในการค้นหาประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาโดยแพทย์หรือพยาบาลสามารถติดต่อหรือปรึกษาเภสัชกรได้ตลอดเวลา การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ มีเภสัชกรดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยเฉพาะเวลาราชการ ถ้าเกิดความคลาดเคลื่อนทางยานอกเวลาราชการอาจยังไม่ทันแก้ไขอย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทำในสภาพที่แท้จริงที่ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพผลการศึกษาแสดงให้เห็นได้ว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการรวบรวมประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งใช้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกระบวนการ medication reconciliation เป็นระบบงานที่สามารถสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ระบบนี้จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือและความรับผิดชอบจากหลายฝ่าย ดังนั้น สหสาขาวิชาชีพจึงมีบทบาทมากในการเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยในจุดที่เปลี่ยนระดับการรักษา

สรุป	กิตติกรรมประกาศ
<p>จากการทำกระบวนการประสานรายการยา พบมีความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 29.9 โดยพบในขั้นตอนการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 12.0 และพบในขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ 17.9 พบความรุนแรงระดับ B มากที่สุด ร้อยละ 69.4 โดยความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นทั้งหมดสามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยประสานงานกับแพทย์</p>	<p>ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณนายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรณค์-ประจักษ์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาในครั้งนี้ และทีมดูแลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานและรวบรวมข้อมูลจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี</p>

เอกสารอ้างอิง

1. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Using medication reconciliation to prevent errors: in sentinel event alert [online]. 2006 [cited 2009 Oct 30]. Available from: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_35.htm.
2. ธิดา นิงสานนท์. Medication reconciliation. ใน: ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มณฑกานติกุล สุวัฒนา จุฬาวัดฒนทล, บรรณาธิการ. Medication reconciliation. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทประชาชน จำกัด; 2551. หน้า 1-26.
3. วิชัยพิบูลย์. Medication reconciliation (ความต่อเนื่องทางการรักษา) [ออนไลน์]. 2551 [สืบค้นวันที่ 8 กันยายน 2552]. เข้าถึงได้จาก: <http://sichon.wu.ac.th/file/pharmacy-20080610-132544-N8XqN.pdf>.
4. ธนียา ไพบูลย์วงศ์. Medication reconciliation. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2550; 17: 185-92.
5. Nickerson A, MacKinnon NJ, Roberts N, Saulnier L. Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. Healthc Q. 2005; 8: 65-72.
6. National coordination council of medication error reporting and prevention. NCC MERP taxonomy of medication error [online]. 1998 [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf>
7. Lizer MH, Brackbill ML. Medication history reconciliation by pharmacists in an inpatient behavioral health unit. Am J Health Syst Pharm 2007; 64:1087-91.