

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมเพื่อเพิ่ม
ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
โดยใช้กระบวนการประสานรายการยา
(Medication Reconciliation)
ในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

จัดทำโดย นางสาวขอบเสาะ หะสาเมาะ
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
สังกัด โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักการแพทย์

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารมหานครระดับต้น รุ่นที่ ๓๐
สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๑. เรื่อง การพัฒนางานบริหารเภสัชกรรม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

๒. หลักการและเหตุผล

กระบวนการประสานรายการยา (medication reconciliation) เป็นหนึ่งในมาตรการที่ใช้ดำเนินงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดจากการใช้ยา ในประเทศสหรัฐอเมริกาองค์กรสำคัญ คือ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย รับผิดชอบในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ๒๕๓๘ ได้ประกาศในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ให้กระบวนการประสานรายการยาเป็น National Patient Safety Goal เป็นกระบวนการในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา เป้าหมายสำคัญสำหรับเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและยังคงใช้จนถึงปัจจุบัน จะเห็นได้ว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แล้ว ยังมีผลกระทบมากมาย ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจะเกิดโรคใหม่ที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต หรือหากไม่รุนแรงก็อาจสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นรวมทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจซึ่งอาจประเมินค่าไม่ได้ ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่ตั้งใจดูแลผู้ป่วยแต่กลับต้องเผชิญกับปัญหาการถูกฟ้องร้อง ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา หรือลดความรุนแรงของการเกิดลงได้ จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักการแพทย์ จากข้อมูลการมารับบริการในแผนกอายุรกรรมของผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ เท่ากับ ๗๑,๐๙๖ ราย ๗๒,๔๓๗ ราย และ ๔๖,๐๓๓ ราย ตามลำดับ และในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยใน ๑,๘๔๑ ราย กลุ่มงานเภสัชกรรมให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกเฉลี่ย ๔๐๐ คนต่อวัน จากข้อมูลมูลค่ายาเคาน์เตอร์ผู้ป่วยพบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗, ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ มีมูลค่าเท่ากับ ๓๒๕,๔๑๐ บาท ๔๒๕,๖๙๗ บาท และ ๓๙๙,๔๔๔ บาท ตามลำดับ เมื่อนำปัญหาที่พบในคลินิกผู้สูงอายุ ที่เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ๒๕๕๘-เดือนเมษายน ๒๕๕๙ พบว่า ผู้ป่วยลิ้มรับประทานยา ร้อยละ ๒๒ ลดขนาดยาเอง ร้อยละ ๕.๓ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มียาเหลือใช้ นอกจากนี้ในรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบอัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาต่อพันใบสั่งยาเฉลี่ย เท่ากับ ๒๑.๖๐ และอัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาเฉลี่ยตั้งแต่ ตุลาคม ๒๕๕๙-มีนาคม ๒๕๖๐ เท่ากับ ๒๔.๖๑ พบว่าแพทย์สั่งใช้ยาเกินวันนัด ๖๗ ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ ๓๓ ครั้ง ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ควรได้รับ ๑๗ ครั้ง ผู้ป่วยได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้ ๑๒ ครั้ง ดังนั้นกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงเห็นความสำคัญของการนำกระบวนการประสานรายการยามาใช้ในงานบริการจ่ายยา โดยเฉพาะในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในผู้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล

นโยบายบริหารราชการกรุงเทพมหานคร ภายใต้ “ผลักดันทันใจ แก้ไขทันที NOW! นโยบายที่ ๓ กล่าวคือ ชีวิตปลอดภัย ทรัพย์สินปลอดภัย และชุมชนและสังคมปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการราชการกรุงเทพมหานครระยะ ๒๐ ปี ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ มหานครปลอดภัย และสอดคล้องกับนโยบายการบริหารงานสำนักการแพทย์ ปี ๒๕๖๐ ข้อที่ ๒ กล่าวคือ ให้การบริการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สะดวก รวดเร็ว ตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการด้วยคุณภาพ และมาตรฐานอย่างเอื้ออาทร รวมทั้งสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ข้อที่ ๑ คือ มีบริการด้านการแพทย์และพยาบาลด้านเวชศาสตร์เขตเมืองในระดับทุติยภูมิ

ที่เป็นต้นแบบในด้านความปลอดภัย ความสะดวก ตรงตามความต้องการของชุมชน และข้อ ๒ คือ เป็นต้นแบบในการสร้างให้ผู้ป่วยบริการเกิดความประทับใจ ด้วยบริการที่อบอุ่น ใส่ใจ รวดเร็ว และตระหนักว่าผู้ป่วยบริการเป็นคนสำคัญ ดังนั้นการพัฒนางานบริการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยใช้กระบวนการ Medication Reconciliation จะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้จ่ายได้อย่างถูกต้องนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา

๓. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่ควรได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
๒. เพื่อป้องกันการรับยาซ้ำซ้อน
๓. เพื่อให้ผู้มารับบริการใช้ยากลับบ้านได้อย่างถูกต้อง
๔. เพื่อให้ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ

๔. เป้าหมาย

โรงพยาบาลมีการจัดทำกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย

๕. ความรู้ที่นำมาใช้ในการจัดทำรายงาน

๕.๑ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (SWOT Analysis) เป็นหลักการบริหารงานทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน ใช้ในการประเมินและวิเคราะห์สถานภาพขององค์กรเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การบริหาร การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็น เพราะนอกจากจะทำให้ผู้บริหารทราบถึงความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นแล้ว การวิเคราะห์องค์กรยังเป็นการกำหนดกรอบการทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น ๒ ด้าน คือ การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายใน และ การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก

S หรือ Strength หมายถึง ปัจจัยต่างๆภายในองค์กร ที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งหรือเป็นจุดแข็งขององค์กรที่จะนำไปสู่การได้เปรียบคู่แข่ง เป็นข้อดีที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายใน เช่น จุดแข็งด้านการเงิน ด้านการผลิต ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านคุณภาพของสินค้า

W หรือ Weakness หมายถึง ปัจจัยต่างๆภายในองค์กรที่ทำให้เกิดความอ่อนแอ หรือเป็นจุดอ่อน นำไปสู่การเสียเปรียบคู่แข่ง เป็นปัญหาหรือข้อบกพร่องที่เกิดจากสภาพภายในซึ่งจะต้องหาวิธีแก้ไขปัญหานั้นให้ได้

O หรือ Opportunities หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ภายนอกองค์กรที่เอื้อประโยชน์ให้ ซึ่งเป็นโอกาสที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินงาน เช่น สภาพเศรษฐกิจที่ขยายตัว ข้อแตกต่างระหว่างจุดแข็งกับโอกาสในการทำธุรกิจก็คือ จุดแข็งเป็นปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในส่วนโอกาสนั้นเป็นผลจากสภาพแวดล้อมภายนอก องค์กรที่ดีจะต้องแสวงหาโอกาสอยู่เสมอเพื่อใช้ประโยชน์จากโอกาสนั้น

T หรือ Threats หมายถึง ปัจจัยต่างๆภายนอกองค์กรที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน เป็นข้อจำกัดที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก องค์กรจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ให้สอดคล้องและพยายามขจัดปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นให้หมดไป

เมื่อประเมินโดยดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาด้วยการทำ SWOT Analysis ดังตารางที่ ๑

จุดแข็ง (S=Strength)	จุดอ่อน (W=Weakness)
๑. ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการให้บริการผู้ป่วยโดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ๒. ในการตรวจรักษาผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม จะได้รับการรักษาโดยแพทย์อายุรกรรมเท่านั้น ๓. มีคลินิกพิเศษในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ คลินิกไต คลินิกหัวใจ คลินิกผู้สูงอายุ ๔. มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	๑. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมมีไม่เพียงพอ ๒. ระบบการทำงานที่ซ้ำซ้อน ๓. ระบบ IT ของโรงพยาบาลยังไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ๔. ในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของแผนกอายุรกรรม จะได้รับการรักษาโดยแพทย์หัวเวลาร่วมด้วย ทำให้แพทย์บางท่านขาดความชำนาญในการใช้ระบบ IT ๕. มีเรื่องร้องเรียนที่หือผู้ป่วยในเรื่องการจัดการยาเดิมของผู้ป่วย
โอกาส (O=Opportunity)	อุปสรรค (T=Threats)
๑. นโยบายของสำนักงานการแพทย์ในการให้บริการผู้ป่วยนั้นเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ๒. ผู้มารับบริการให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์	๑. ผู้มารับบริการมีจำนวนมาก ๒. ผู้รับบริการโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางคนไม่มีผู้ดูแล ทำให้มีปัญหาในการสื่อสาร ๓. ผู้ป่วยนำยาเดิมที่หมดอายุ หรือเสื่อมสภาพมาคืนเป็นจำนวนมาก

ตารางที่ ๑ แสดงการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค โดยใช้ SWOT Analysis

๕.๒ การใช้ TOWS matrix

TOWS Matrix เป็นตารางการวิเคราะห์ที่นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัด มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดออกมาเป็นยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ประเภทต่าง ๆ หลังจากที่มีการประเมินสภาพแวดล้อมโดยการวิเคราะห์ให้เห็นถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัดแล้วก็จะนำมาข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ในรูปแบบความสัมพันธ์แบบแมตริกซ์โดยใช้ตารางที่เรียกว่า TOWS Matrix

ในการนำเทคนิคที่เรียกว่า TOWS Matrix มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และกลยุทธ์นั้น จะมีขั้นตอนการดำเนินการที่สำคัญ ๒ ขั้นตอน ดังนี้

๑. การระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัด โดยที่การประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นการระบุให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนจะเป็นการประเมินภายในองค์กร ส่วนการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นโอกาสและข้อจำกัดจะเป็นการประเมินภายนอกองค์กร กล่าวได้ว่า ประสิทธิภาพของการกำหนดกลยุทธ์ที่ใช้เทคนิค TOWS Matrix นี้จะขึ้นอยู่กับความสามารถในการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัด ที่ละเอียดในทุกแง่มุม เพราะถ้าวิเคราะห์ไม่ละเอียดหรือมองไม่ทุกแง่มุม จะส่งผลทำให้การกำหนดกลยุทธ์ที่ออกมาจะขาดความแหลมคม

๒. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจุดแข็งกับโอกาส จุดแข็งกับข้อจำกัด จุดอ่อนกับโอกาส และจุดอ่อนกับข้อจำกัด ซึ่งผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในข้อมูลแต่ละคู่ดังกล่าว ทำให้เกิดยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์สามารถแบ่งออกได้เป็น ๔ ประเภท คือ

๑) กลยุทธ์เชิงรุก (SO Strategy) ได้มาจากการนำข้อมูลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นจุดแข็งและโอกาสมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อที่จะนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ในเชิงรุก

๒) กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST Strategy) ได้มาจากการนำข้อมูลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นจุดแข็งและข้อจำกัดมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อที่จะนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ในเชิงป้องกัน ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรมีจุดแข็ง ขณะเดียวกันองค์กรก็เจอกับสภาพแวดล้อมที่เป็นข้อจำกัดจากภายนอกที่องค์กรควบคุมไม่ได้ แต่องค์กรสามารถใช้จุดแข็งที่มีอยู่ในการป้องกันข้อจำกัดที่มาจากภายนอกได้

๓) กลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO Strategy) ได้มาจากการนำข้อมูลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นจุดอ่อนและโอกาสมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อที่จะนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ในเชิงแก้ไข ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรมีโอกาสที่จะนำแนวคิดหรือวิธีใหม่ๆ มาใช้ในการแก้ไขจุดอ่อนที่องค์กรมีอยู่

๔) กลยุทธ์เชิงรับ (WT Strategy) ได้มาจากการนำข้อมูลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นจุดอ่อนและข้อจำกัดมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อที่จะนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ในเชิงรับ ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรเผชิญกับทั้งจุดอ่อนและข้อจำกัดภายนอกที่องค์กรไม่สามารถควบคุมได้

จากการวิเคราะห์ปัญหาด้วยการทำ SWOT Analysis แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการทำ TOWS Matrix โดยการนำจุดอ่อนและโอกาสมาวางแผนกลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO Strategy) ดังตารางที่ ๒

<p style="text-align: center;">TOWS Matrix</p>	<p>จุดอ่อน (W=Weakness)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมมีไม่เพียงพอ ๒. ระบบการทำงานที่ซ้ำซ้อน ๓. ระบบ IT ของโรงพยาบาลยังไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ๔. ในการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของแผนกอายุรกรรม จะได้รับการรักษาโดยแพทย์ห้วงเวลาร่วมด้วย ทำให้แพทย์ห้วงเวลาบางท่านขาดความชำนาญในการใช้ระบบ IT ๕. มีเรื่องร้องเรียนที่หอบผู้ป่วยในเรื่องการจัดการยาเดิมของผู้ป่วย
<p>โอกาส (O=Opportunity)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. นโยบายสำนักการแพทย์เน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ๒. ผู้มารับบริการให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ 	<p>WO Strategy กลยุทธ์เชิงแก้ไข</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำกระบวนการ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ครบถ้วนทั้งในคลินิกผู้ป่วยนอกและหอบผู้ป่วย

ตารางที่ ๒ TOWS Matrix โดยการนำจุดแข็งและโอกาสมาวางแผนกลยุทธ์เชิงรุก (SO Strategy)

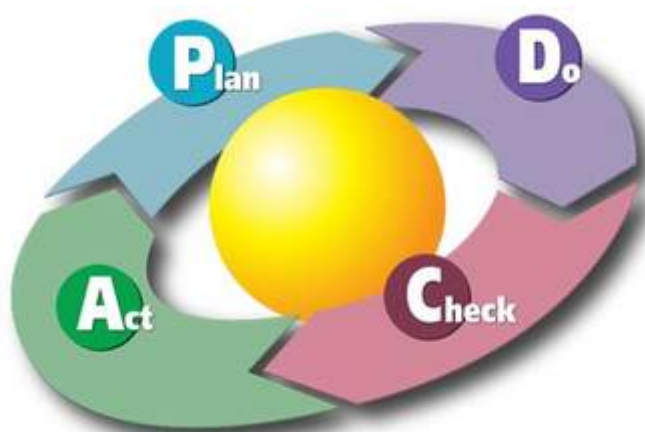
๕.๓ Deming cycle (PDCA) คือ วงจรที่พัฒนามาจากวงจรที่คิดค้นโดยวอลเตอร์ ชิวฮาร์ท(Walter Shewhart) ผู้บุกเบิกการใช้สถิติสำหรับวงการอุตสาหกรรมและต่อมาวงจรนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันมากขึ้นเมื่อ เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง (W.Edwards Deming) ปรมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพเผยแพร่ให้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดียิ่งขึ้น และช่วยค้นหาปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนการผลิตโดยพนักงานเอง จนวงจรนี้เป็นที่รู้จักกันในอีกชื่อว่า “วงจรเดมมิ่ง” ต่อมาพบว่า แนวคิดในการใช้วงจร PDCA นั้นสามารถนำมาใช้ได้กับทุกกิจกรรม จึงทำให้เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายมากขึ้นทั่วโลก PDCA เป็นอักษรนำของศัพท์ภาษาอังกฤษ ๔ คำคือ

P (Plan) P = Priority & Purpose & Plan

D (Do) D = DO = Directing & Organizing

C (Check) C = Check & Control & Continue

A (Act) A = Adjust plan & Action to improvement



๑. การวางแผน (Plan: P) เป็นส่วนประกอบของวงจรที่มีความสำคัญ เนื่องจากการวางแผนเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การทำงานในส่วนอื่น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนในวงจรเดมมิ่งเป็นการหาคำตอบประกอบของปัญหา โดยวิธีการระดมความคิด การหาสาเหตุของปัญหา การหาวิธีการแก้ปัญหา การจัดทำตารางการปฏิบัติงาน การกำหนดวิธีดำเนินการ การกำหนดวิธีการตรวจสอบ และประเมินผล ในขั้นตอนนี้มีการดำเนินการดังนี้

๑.๑ ตระหนักและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยสมาชิกแต่ละคนร่วมมือและประสานกันอย่างใกล้ชิดในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน เพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

๑.๒ เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงาน หรือหาสาเหตุของปัญหา เพื่อใช้ในการปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งควรจะวางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบ เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการใช้งานเช่น ตาราง แผนภูมิ แผนภาพ หรือแบบสอบถาม เป็นต้น

๑.๓ อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ปัญหาเพื่อใช้กำหนดสาเหตุของความบกพร่องตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งนิยมใช้วิธีการเขียนและวิเคราะห์แผนภูมิหรือแผนภาพ เช่น แผนภูมิแกงปลา แผนภูมิพาเรโต และแผนภูมิการควบคุม เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกทุกคน ในทีมงานคุณภาพเกิดความเข้าใจในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจน แล้วร่วมกันระดมความคิด (Brainstorm) ในการแก้ปัญหา โดยสร้างทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ ในการตัดสินใจแก้ปัญหา เพื่อมาทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกที่เหมาะสมที่สุดมาดำเนินงาน

๑.๔ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา หรือปรับปรุงการดำเนินงานโดยร่วมกันวิเคราะห์และวิจารณ์ทางเลือกต่างๆ ผ่านการระดมความคิด และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินงาน ให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจะต้องทำวิจัยและหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือกำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิม

๒. การปฏิบัติตามแผน (Do:D) เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน ทั้งนี้สมาชิกกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นในแผนนั้นๆ ความสำเร็จของการนำแผนมาปฏิบัติต้องอาศัยการทำงานด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดี จากสมาชิกตลอดจนการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานตามแผนนั้นๆ ในขั้นตอนนี้ขณะที่ลงมือปฏิบัติจะมีการตรวจสอบไปด้วยหากไม่เป็นไปตามแผนอาจจะต้องมีการปรับแผนใหม่และเมื่อแผนนั้นใช้งานได้นำไปใช้เป็นแผนและถือปฏิบัติต่อไป

๓. การตรวจสอบ (Check: C) หมายถึง การตรวจสอบว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผน หรือการแก้ปัญหางานตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายที่กลุ่มตั้งใจหรือไม่ การไม่ประสบผลสำเร็จอาจจะเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่ปฏิบัติตามแผนความไม่เหมาะสมของแผน การเลือกใช้เทคนิคที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

๔. การดำเนินการให้เหมาะสม (Action: A) เป็นการกระทำภายหลังที่กระบวนการ ๓ ขั้นตอน ตามวงจรได้ดำเนินการเสร็จแล้ว ขั้นตอนนี้เป็นกรนำเอาผลจากขั้นการตรวจสอบ (C) มาดำเนินการให้เหมาะสมต่อไป

ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือนี้ไปวิเคราะห์ในขั้นตอนการวางกรอบแนวทางการดำเนินการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

๕.๔ การจัดการความเสี่ยง (Risk management) : ความเสี่ยง คือโอกาสหรือเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน ที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์

การบริหารความเสี่ยง ยึดหลักการบริหารความเสี่ยงตามแนวทางของ The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise risk management (COSO-ERM) เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง ๔ ข้อ คือ ด้านกลยุทธ์(Strategic) ด้านการปฏิบัติงาน (Operation) ด้านการรายงาน(Reporting) และด้านการปฏิบัติตามข้อกำหนด (Compliance) โดยองค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย ๘ ประการ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment) การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective Setting) การบ่งชี้เหตุการณ์ (Event Identification) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) การตอบสนองความเสี่ยง(Risk response)

กิจกรรมการควบคุม (Control Activities) ข้อมูลและการติดต่อสื่อสาร(Information & Communication) และการติดตามผล(Monitoring)

หลักการบริหารความเสี่ยงนั้นต้องมีมาตรการควบคุมที่มีประสิทธิผล (Effective Controls) มีแผนการบริหารความเสี่ยง (Treatment Plans) และระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (Acceptable Residual Risk) โดยการจัดการความเสี่ยงต้องพิจารณาต้นทุน เปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ

กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย

๑. การค้นหาความเสี่ยง ต้องดำเนินการดังนี้

๑.๑ การประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

๑.๒ การวิเคราะห์งาน กระบวนการ กิจกรรม โครงการ

๑.๓ การสอบทาน/กำหนดวัตถุประสงค์ขององค์กร งาน กระบวนการ กิจกรรม และโครงการ

๑.๔ การค้นหาความเสี่ยงและระบุสาเหตุ

๒. การประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย

๒.๑ การวิเคราะห์โอกาส

๒.๒ การวิเคราะห์ผลกระทบ

๒.๓ การประเมินระดับความเสี่ยง

๓. การจัดการความเสี่ยง สามารถเลือกวิธีการจัดการได้ ๔ วิธี คือ

๓.๑ การลดความเสี่ยง

๓.๒ การร่วมจัดการความเสี่ยง หรือการโอนความเสี่ยง

๓.๓ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง

๓.๔ การยอมรับความเสี่ยง

๔. การติดตามประเมินผล อาจติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นรายครั้ง

การประเมินความเสี่ยง ดูจากโอกาสที่จะเกิดความเสียหายต่อองค์กร สามารถพิจารณาได้ ๒ ลักษณะ คือ

๑. วิธีการประเมินความเสี่ยงเชิงคุณภาพ(Qualitative Approach) ซึ่งจะไม่มีการระบุค่าของความเสียหายออกมาเป็นตัวเลขแต่ระบุออกเป็นระดับความรุนแรงของความเสียหายและระดับของความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์จะเกิดขึ้น

๒. วิธีการประเมินความเสี่ยงเชิงปริมาณ(Quantitative Approach) ซึ่งจะต้องระบุค่าของความเสียหายออกมา เป็นตัวเลข (โดยเฉพาะ เป็นตัวเงิน) และโอกาสที่เหตุการณ์นั้นจะเกิดออกมาในรูปของความ น่าจะเป็น (Probability)ซึ่งแสดงในรูปของตัวเลขเช่นกัน

การวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง จึงเป็นการประเมินความเสี่ยงจากเหตุการณ์ ๒ ด้าน คือ โอกาสที่จะเกิดขึ้น และผลกระทบที่ได้รับ มี ๕ ระดับ คือ สูงมาก สูง ปานกลาง น้อย และน้อยมาก โดยแทนค่าตัวเลข ๕ , ๔ , ๓ , ๒ และ ๑ ตามลำดับ

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายต่อการรักษาด้วยการใช้ยา ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วย

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error : ME) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลกระทบต่อสุขภาพ กระบวนการ และระบบซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสาร คำสั่งใช้ยา การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา

๖. กรอบแนวทางการดำเนินการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ในการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี นั้นผู้จัดทำรายงานได้นำทฤษฎี SWOT analysis, TOWS matrix , Risk management และ PDCA หรือวงจรเดมมิง (Deming Cycle) ของ W.Edwards Deming โดยขั้นตอนแรกคือ

๖.๑ P : Plan การวางแผนดำเนินการ

- ๖.๑.๑ จัดทำโครงการและขออนุมัติโครงการ
- ๖.๑.๒ จัดประชุมคณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา เพื่อวางระบบการทำงาน การออกแบบฟอร์มที่ต้องใช้
- ๖.๑.๓ ชี้แจงขั้นตอนในการทำกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ให้ทุกจุดบริการทราบ
- ๖.๑.๔ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ IT ในการออกแบบเครื่องมือการเก็บข้อมูลลงในโปรแกรม PHIS เพื่อให้สะดวกต่อการนำแบบฟอร์มไปใช้ และการดึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
- ๖.๑.๕ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ให้นำยาเดิมมาทุกครั้งที่มาใช้บริการ

๖.๒ D : Do ดำเนินการตามแผน

ทำตามขั้นตอนการปฏิบัติ และค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา โดยวิธีการดำเนินงาน กระบวนการประสานรายการยาทั้งในคลินิกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๑. เภสัชกรตรวจรายการยาเดิมผู้ป่วยจากใบสั่งยาและการสัมภาษณ์ ยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง ผลกระทบต่อเสริมอาหาร สมุนไพร วิตามินต่างๆ
๒. แพทย์ใช้ข้อมูลการประสานรายการยาประกอบการสั่งใช้ยา
๓. เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยาก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย
๔. ให้คำแนะนำวิธีการกินยาที่ถูกต้องก่อนกลับบ้าน

๖.๓ C: Check ผลการดำเนินการ เมื่อเริ่มมีการใช้กระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) จะประเมินผลการทำงานของกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โดยการดูจากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา แบบสรุปการดูแลผู้ป่วยโดยวัดความถูกต้องในการกินยาก่อนและหลังการใช้กระบวนการประสานรายการยา(Medication Reconciliation) และวัดความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานและผลการประเมินเสนอให้ผู้บริหารฯ ทราบต่อไป

๖.๔ A: Action ปรับปรุงพัฒนา คือขั้นตอนในการปรับปรุงพัฒนางาน เพื่อพัฒนาระบบการทำงานให้ดีขึ้น หลังจากที่มีการปรับปรุงพัฒนางานให้ดีขึ้นแล้ว จึงจัดทำแนวปฏิบัติที่ดีในการทำกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โดยกลุ่มงานเภสัชกรรม

๗. ระยะเวลาการดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม – ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

แผนดำเนินการ	กค. ๖๐	สค. ๖๐	กย. ๖๐	ตค. ๖๐	พย. ๖๐
๑. จัดทำโครงการและขออนุมัติโครงการ	←→				
๒. จัดประชุมคณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา	←→				
๓. ชี้แจงกระบวนการทำ Medication Reconciliation	←→				
๔. ประสานงานกับ IT ในการออกแบบเครื่องมือการเก็บข้อมูล	←→				
๕. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบ ให้นำยาเดิมมาทุกครั้งที่มาใช้บริการ	←→				
๖. ทำตามขั้นตอนการปฏิบัติ และค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา	←				→
๗. ประเมินผลการทำงาน		←→		→	
๘. สรุปผลการดำเนินงาน				←→	
๙. พัฒนาระบบการทำงานให้ดีขึ้น				←→	
๑๐. จัดทำแนวปฏิบัติที่ดีในการทำ Medication Reconciliation โดยกลุ่มงานเภสัชกรรม					←→

๘. งบประมาณ ไม่มี

๙. แนวทางการติดตามและประเมินผล

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	วิธีการ/เครื่องมือ
เป้าหมาย ๑. โรงพยาบาลมีการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งคลินิก ผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย	ผลผลิต Output ๑. มีแนวทางในการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งคลินิก ผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย	๑. คู่มือปฏิบัติการทำ Medication Reconciliation
วัตถุประสงค์ ๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่ควรได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ๒. เพื่อป้องกันการรับยาซ้ำซ้อน ๓. เพื่อให้ผู้มารับบริการใช้ยากลับบ้านได้อย่างถูกต้อง ๔. เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ	ผลลัพธ์ Outcome ๑. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาที่ควรได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่องร้อยละ ๑๐๐ ๒. ผู้ป่วยที่ได้รับยาซ้ำซ้อนเท่ากับ ๐ ๓. ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐ ๔. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากร้อยละ ๘๐	๑. รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ๒. รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ๓. แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย ๔. แบบประเมินความพึงพอใจ

๑๐. ข้อเสนอแนะ

การนำกระบวนการ Medication Reconciliation จะสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา อีกทั้งยังสามารถตรวจสอบความถูกต้องของการกินยาของผู้ป่วย และลดความซ้ำซ้อนในการกินยาจากสาเหตุที่ผู้ป่วยมีโรคหลายโรคและรักษาในหลายโรงพยาบาล รวมถึงอาจกินยาเดิมที่แพทย์ไม่ได้สั่งใช้แล้ว นอกจากนี้สามารถจัดการยาเดิมของผู้ป่วยที่นำมาจากที่บ้าน เช่น ยาหมอตาย ยาที่ไม่จำเป็นต้องได้รับ เป็นต้น ดังนั้นถ้ามีกระบวนการทำ Medication Reconciliation ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เป็นรูปธรรมแล้ว โรงพยาบาลอาจมีแนวทางในการไปทำวิจัยเกี่ยวกับ กระบวนการ Medication Reconciliation ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ได้อีกด้วย

ภาคผนวก

กระบวนการ Medication Reconciliation เป็นกระบวนการที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้ได้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในกรอบเวลาที่กำหนด ทั้งชื่อยา ขนาดรับประทาน ความถี่และวิธีใช้นั้น ๆ (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพร) หลังจากที่ได้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องแล้วต้องมีการเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วงที่มีการย้ายหอผู้ป่วย และรายการยาในวันกลับบ้าน หากพบความแตกต่างของรายการยาต้องมีการบันทึกเหตุผลเพื่อสื่อสารข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายการยาดังกล่าวนี้ต้องติดตามผู้ป่วยไปทุกรายต่อการให้บริการทั้งในสถานพยาบาลเดียวกันและต่างสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

องค์ประกอบของกระบวนการ Medication reconciliation

กระบวนการ medication reconciliation ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้

๑. Verification บันทึกรายการยา อาหารเสริม สมุนไพร ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ต่อเนื่องล่าสุดก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วย ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน ซักถามประวัติการใช้ยาจากตัวผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ต่อเนื่องลงในแบบฟอร์ม Medication reconciliation

๒. Clarification ทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก เพื่อให้มั่นใจว่ายาและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้นเหมาะสม หากสงสัยควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ๆ

๓. Reconciliation เปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับและบันทึกการ

๔. เปลี่ยนแปลงในคำสั่งใช้ยาพร้อมเหตุผล (หากเป็นไปได้)

๕. Transmission เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยให้สื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับกับตัวผู้ป่วยเองหรือกับผู้ดูแลและ ส่งตัวรายการยาดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อรับการรักษาต่อในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายแผนกหรือย้ายหอผู้ป่วยก็ควรส่งต่อข้อมูลรายการยาไปยังหน่วยงานใหม่ด้วย

โดยสามารถหาข้อมูลได้จากหลายแหล่ง ดังนี้

๑. ยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน แต่วิธีนี้จะใช้ไม่ได้ในบางครั้ง เพราะผู้ป่วยอาจเข้ารับการรักษาที่อื่น หรือถูกส่งต่อมารับการรักษา บางครั้งญาติก็ไม่ทราบว่าผู้ป่วยใช้ยาอะไรอยู่บ้าง เมื่อให้ญาติกลับไปเอาก็ไม่แน่ใจว่าครบถ้วนหรือใช่ยาทั้งหมดที่ใช้อยู่หรือไม่

๒. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล วิธีนี้ได้ผลไม่มาก และไม่แน่ว่าข้อมูลจะถูกส่งต่อเพราะบางครั้งผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ข้อมูลได้ สื่อสารกันไม่ได้ด้วยความแตกต่างของภาษาที่ใช้ ไม่พบญาติหรือผู้ดูแล

๓. เวชระเบียน ในกรณีที่ผู้ป่วยประจำโรงพยาบาล

๔. หากผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในระยะเวลาสั้นๆ ข้อมูลจากการบันทึกการให้ยา (Medication administration record, MAR) หรือ medication sheet ของพยาบาลก็อาจใช้ได้ดี

โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดี ที่สามารถพิมพ์แบบบันทึกการให้ยาออก จากคอมพิวเตอร์ได้

๕. แบบบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยจากคอมพิวเตอร์ในกลุ่มงานเภสัชกรรม

๖. สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโรงพยาบาลรัฐบาลทุกแห่งให้ผู้ป่วยไว้ โดยในสมุด จะมีบันทึกข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายการยาที่แพทย์สั่ง หากมีการทบทวนรายการยาให้เป็นปัจจุบัน ก็สามารถใส่รายการยาในสมุดดังกล่าวเป็นข้อมูลยาที่ใช้ต่อเนื่องได้

๗. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งผู้ป่วยไป รักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบว่าใช้ยาอะไรบ้าง รับประทานอย่างไร ซึ่ง ขณะนี้มีโรงพยาบาลหลายแห่งได้จัดทำรายการยาเหล่านั้นมอบให้ผู้ป่วยพร้อมยากลับบ้านด้วย ข้อมูล รายการยาที่มอบให้ผู้ป่วยนี้จะเป็นแหล่งที่ดี ถูกต้องและครบถ้วนที่สุดยกเว้นยาที่ผู้ป่วยไปซื้อรับประทานเอง หรือยาที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มเติมจากการมาพบแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้จะเห็นว่าการได้ข้อมูลรายการยาจากแหล่งเดียวยังไม่สามารถประกันความถูกต้อง ครบถ้วนได้ ดีที่สุดคือต้องใช้ข้อมูลจาก ๒ แหล่งขึ้นไปประกอบกัน

ประโยชน์ของกระบวนการประสานรายการยา ซึ่งจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนใน ประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑. การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้อยู่เป็นประจำเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๒. การที่ผู้ป่วยไม่ได้หยุดยาบางตัวที่เป็นข้อห้ามใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเข้ารับการฉีดสารทึบแสง

๓. การที่ผู้ป่วยไม่ได้หยุดยาตัวเดิมเมื่อได้รับยาใหม่ที่มีผลการรักษาเหมือนกัน จึงได้รับ ยาซ้ำซ้อน

๔. การได้รับยาซ้ำซ้อนจากการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งต้องรับประทาน ต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลในครั้งนี ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดเดิม แม้ที่ฉลากยาจะเขียน แจ้งไว้แล้วก็ตาม

๕. การลอกหรือรับคำสั่งผิดพลาดในทุกจุดที่เป็นรอยต่อของกระบวนการซึ่งอาจ เนื่องมาจากคำสั่ง “ให้ยาเดิมต่อไป” เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หรือคำสั่ง “ให้ให้ยาเดิมที่เคยใช้อยู่” เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน หรือคำสั่ง “ให้ยาเดิมที่ได้รับก่อนการผ่าตัด” ทำให้ต้องมีการคัดลอกคำสั่ง และลอกผิด มียาบางตัวตกหล่นไปในระหว่างการลอก

ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระบวนการประสานรายการยา ดังนี้

๑. ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา วัตถุประสงค์การนับจำนวนผู้ป่วยและจำนวนรายการ ยาที่พบความแตกต่างจากความตั้งใจของแพทย์ผู้สั่งยา (unintentional discrepancy) ของรายการยา ขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ หรือวิถีทางในการให้ยาที่พบเมื่อเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อเปลี่ยน ระดับการรักษาแล้ว โดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย โดยครอบคลุมเกี่ยวกับ

(๑) การสั่งยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้หรือมีข้อห้ามใช้

(๒) สั่งยาที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้

(๓) เขียนชื่อยา ขนาดยา ความแรง รูปแบบยา ปริมาณ วิธีใช้ จำนวนไม่ถูกต้อง หรือไม่

ครบถ้วน

- (๔) สั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน
- (๕) ไม่ได้สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ
- (๖) สั่งยาที่เกิดปฏิกิริยาต่อกัน
- (๗) เปลี่ยนแปลงรายการยาโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่ระบุเหตุผลผลการเปลี่ยนแปลง

๒. ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ตามแนวทางของ National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) ซึ่งในประเทศไทยใช้ในการจัดระดับเช่นเดียวกันโดยอ้างอิงข้อมูลจากอาการและการวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษาของแพทย์ และค่าทางห้องปฏิบัติการ

ในการศึกษานี้จะกล่าวถึงเฉพาะความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error) ตามนิยามของ ASHP (American Society of Health-System Pharmacists) นิยามความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาว่า หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ ที่มีการเลือกใช้ยาเมื่อเปรียบเทียบกับข้อบ่งใช้ของยา ข้อห้ามใช้ของยา ประวัติการแพ้ยา ยาเดิมที่ใช้รักษาอยู่ ขนาดยา รูปแบบของยา วิธีการ ปริมาณยา ความเข้มข้น อัตราเร็วในการให้ยา ข้อแนะนำในการให้ยา ที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการสั่งยาด้วยลายมือที่อ่านยาก สามารถแบ่งความคลาดเคลื่อนออกเป็น ๒ ประเภท

ตาราง แสดงความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error)

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา	รายละเอียด
ความคลาดเคลื่อนจากการตัดสินใจสั่งใช้ยา หมายถึงความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ในการที่จะเลือกใช้ยาเพื่อรักษาผู้ป่วย	การสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีข้อห้าม, การสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา, การสั่งใช้ยาที่เกิดอันตรกริยาต่อกัน, การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับสภาพการทำงานของไตผู้ป่วย, การสั่งใช้ยาในขนาดที่ต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป, การสั่งใช้ยาที่ทำให้ระดับยาในเลือดสูงหรือต่ำกว่าช่วงที่ให้ผลการรักษา, การไม่ปรับขนาดยาเมื่อระดับยาในเลือดสูงกว่าช่วงที่ให้ผลการรักษา, การไม่สั่งหยุดใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์เหมาะสม, การสั่งใช้ยา ๒ ชนิดในข้อบ่งใช้เดียวกันที่ไม่มีความจำเป็น, การสั่งใช้ยาในผู้ป่วยโดยไม่มีข้อบ่งใช้ที่เหมาะสมหรือไม่มีข้อบ่งใช้นั้นๆ, การไม่ได้สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ, การสั่งใช้ยาที่ไม่ควรผสมกัน, การสั่งใช้ยาผิดในอัตราเร็วที่ไม่
ความคลาดเคลื่อนจากการเขียนคำสั่ง	เขียนชื่อยา ขนาดยา หรือวิถีทางให้ยาไม่ถูกต้อง, ลายมืออ่านยาก, ใช้ชื่อย่อที่ไม่เป็นสากล, เขียนข้อความคลุมเครือ, ไม่ระบุความแรงของยา, ไม่ระบุวิถีทางให้ยา, ไม่ระบุระยะเวลาในการให้ยาผิด, ไม่เซ็นชื่อผู้สั่งใช้ยา, ไม่ได้สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่อง, คัดลอกคำสั่งใช้ยาเดิมที่ผิด, คัดลอกรายการยาในคำสั่งใช้ยาของแพทย์ผิด, คัดลอกหน่วยของยาผิด, คัดลอกคำสั่งใช้ยากลับบ้านต่างจากที่ใช้ในโรงพยาบาล, คัดลอกรายการยาก่อนเข้ารับรักษาผิดไปจากเดิม

นิยามและประเภทความคลาดเคลื่อน

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error : ME) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลติภรณ์สุขภาพ กระบวนการ และระบบซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา

ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา ตามวิชาชีพที่รับผิดชอบแต่ละส่วนของกระบวนการใช้ยา

๑. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)
๒. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (transcribing error)
๓. ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา-จ่ายยา (pre-dispensing error & dispensing error)
๔. ความคลาดเคลื่อนในการให้หรือบริหารยา (administration error)

ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาตามระดับความรุนแรงที่ส่งผลต่อผู้ป่วย โดย NCC MERP (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention) เป็นดังนี้ (NCCMERP, ๒๐๐๘)

ไม่มีความคลาดเคลื่อน

Category A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย

Category B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไม่ถึงผู้ป่วย

Category C : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

Category D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย

Category E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

Category F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

Category G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

Category H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต (เช่น แพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)

มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนเสียชีวิต

Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error)

หมายถึง ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ ได้แก่ การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน การสั่งใช้ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน การสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ รวมถึงความไม่สมบูรณ์ในการสั่งใช้ยา หรือความคลาดเคลื่อนเรื่องความแรง รูปแบบของยา ปริมาณ/รายการ วิธีใช้ยา ความเข้มข้น อัตราเร็วในการให้ยา ซึ่งล้วนนำไปสู่การเกิดความผิดพลาดในการให้ยาแก่ผู้ป่วย การศึกษาโดย Runciman และคณะ ปี ค.ศ. ๒๐๐๓ ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ ๒.๔ การศึกษาโดย Hicks และคณะ ปี ค.ศ. ๒๐๐๗ และการศึกษาโดย ยูพา และคณะปี พ.ศ. ๒๕๕๑ พบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยามากเป็นอันดับสองร้อยละ ๒๘.๔ (จากความผิดพลาดทั้งหมด ๓,๐๒๓) และ ๐.๐๖๑ (จากใบสั่งยา ๔๔๓, ๓๐๓ ใบ) ตามลำดับ

คำสั่งใช้ยาที่สมบูรณ์ควรประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้ป่วย
๒. ข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย เช่น ยาที่ใช้ประจำ น้ำหนัก การทำงานของตับและไต เป็นต้น
๓. ชื่อสามัญทางยาและชื่อการค้าของยา หากไม่สามารถเขียนได้ทั้งสองชื่อ ควรเขียนชื่อสามัญทางยา ยกเว้นในกรณีชื่อสามัญทางยามีความคล้ายคลึงกับยาอื่น ๆ
๔. ความแรงของยาในหน่วยเมตริก ไม่ควรใช้ระบบ apothecary เช่น ควรใช้ aspirin ๖๐ มิลลิกรัม แทน aspirin grain I
๕. รูปแบบยา
๖. ปริมาณที่สั่งใช้ในหน่วยเมตริก (เช่น มิลลิกรัม) ไม่ควรใช้หน่วยนับของภาชนะบรรจุยา (เช่น หลอด ขวด)
๗. วิธีการใช้ยาที่ครบถ้วน รวมถึงวิธีทางให้ยา และความถี่ของการให้ยา
๘. วัตถุประสงค์ของการสั่งใช้ยา ทำให้เภสัชกร พยาบาล และผู้ป่วยแน่ใจได้ว่าได้รับยาที่ถูกต้อง
๙. จำนวนครั้งของการรับยาต่อเนื่อง (refill) (ถ้ามีนโยบายของการมารับยาต่อเนื่อง)

ประเภทของความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา

๑. การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้
๒. การสั่งใช้ยาในขนาดมากเกินไป หรือขนาดน้อยเกินไป
๓. การสั่งใช้ยาในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม
๔. การสั่งใช้ยาที่มีปฏิกิริยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อน
๕. การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน
๖. การสั่งใช้ยาที่มีวิธีทางให้ยาที่ไม่เหมาะสม
๗. อัตราเร็วในการให้ยาไม่เหมาะสม
๘. อื่น ๆ เช่น สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับ
๙. การเขียนคำสั่งใช้ยาไม่สมบูรณ์ ไม่ครบถ้วน
๑๐. การเขียนคำสั่งใช้ยาด้วยลายมือที่อ่านไม่ออก
๑๑. การเขียนคำสั่งใช้ยา โดยใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล

ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา

๑. การขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่สั่งใช้
 - ๑.๑ ชื่อยา
 - ๑.๒ รูปแบบของยาที่สั่งใช้
 - ๑.๓ ข้อบ่งใช้
 - ๑.๔ ขนาดของยา
 - ๑.๕ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา
 - ๑.๖ เภสัชพลศาสตร์ และ เภสัชจลนศาสตร์ของยา
 - ๑.๗ อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น
 - ๑.๘ ยาที่อาจเกิดปฏิกิริยาเมื่อใช้ร่วม
 - ๑.๙ ความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการใช้ยา
๒. การขาดข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย
 - ๒.๑ ประวัติการแพ้ยา
 - ๒.๒ อายุ น้ำหนัก
 - ๒.๓ การทำงานของตับไต
 - ๒.๔ ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
 - ๒.๕ ประวัติการใช้ยาในอดีต
 - ๒.๖ โรคประจำตัว
๓. การคำนวณขนาดยาผิด
 - ๓.๑ การคำนวณขนาดยาในเด็ก
 - ๓.๒ การคำนวณขนาดยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ
 - ๓.๓ การคำนวณขนาดยาต่อหนึ่งวัน หรือ การคำนวณขนาดยาต่อหนึ่งครั้ง
๔. ความไม่เข้าใจถึงการสั่งใช้ยาตามรายการยาของโรงพยาบาล
๕. อื่นๆ เช่น การถูกขัดจังหวะในระหว่างการสั่งใช้ยา ความเร่งรีบความเครียด ความเหนื่อยล้า ปริมาณงานที่ผู้สั่งใช้ยารับผิดชอบ