

การทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รัศมี สิประโฆงษ์ ญญ.*, สุธีรณัน จันทรทอง พว.**, กมลพร วรรณฤทธิ์ อ.ญญ.***, เสาวณีย์ ชิตโสธง ญญ.*

*งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก, ฝ่ายเภสัชกรรม **หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์, งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์, ฝ่ายการพยาบาล,

*** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้มาก ความคลาดเคลื่อนทางยานี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง (ความสามารถที่จำกัดในการให้ข้อมูลทางยาของผู้ป่วยเองต่อบุคลากรทางการแพทย์ การไม่สามารถบอกชื่อยาที่ชัดเจนได้ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา) จากบุคลากรทางการแพทย์ (ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยา การคัดลอกยา การจ่ายยา และการบริหารยา) และจากระบบการให้บริการทางสุขภาพ (การขาดระบบในการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ขาดการสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลในการรักษาระหว่างหน่วยงานหรือระหว่างสถานพยาบาล เช่น การได้รับยาหลายชนิดหลายแหล่ง จนเกิดความซ้ำซ้อนในการใช้ยา เป็นต้น)¹ ผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมักมีโรคทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคทางกระดูกและข้อ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีการใช้ยาอื่น ๆ นอกเหนือไปจากยาที่ใช้ในการรักษาทางจิตร่วมด้วยเสมอ โดยเฉพาะแล้วผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับยาเฉลี่ยประมาณ 4.6 ถึง 7 รายการต่อผู้ป่วยหนึ่งราย^{2,3} ซึ่งการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันทั้งที่ได้รับจากสถานพยาบาลเดียวกันหรือต่างกัน

หากขาดความต่อเนื่องในการส่งต่อข้อมูลการรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ อาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยคือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา รับประทานยาผิดวิธีเนื่องจากไม่มีความเข้าใจในการใช้ยา หรือแม้กระทั่งการไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ ซึ่งส่งผลให้การรักษาไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้⁴ โดยกลุ่มยาที่พบว่าเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยสูงอายุคือ ยารักษาโรคทางหัวใจ และหลอดเลือด รองลงมาคือ กลุ่มยาฆ่าเชื้อ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาแก้ปวด และยารักษาโรคทางจิตเวช⁵ นอกจากนี้ยังมีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชด้วยความคลาดเคลื่อนทางยานี้มักเกิดขึ้นในขั้นตอนของการสั่งใช้ยา (ร้อยละ 68) รองลงมาคือความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกใบสั่งยา (ร้อยละ 20)⁶ ปฏิกิริยาระหว่างยานับเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบมากในกระบวนการใช้ยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่รับประทานยาหลากหลายชนิดร่วมกันผู้ป่วยสูงอายุที่มีการกำเจ็ดยาน้อยลงกว่าผู้ป่วยในวัยหนุ่มสาว หรือแม้กระทั่งผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการทำงานของตับหรือไต ทำให้มีระดับยาสะสมในร่างกายมากขึ้นกว่าปกติ จนส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในที่สุด ปฏิกิริยาระหว่างยาที่เกิดขึ้นนี้สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้โดยการวางแผนหาขนาดการเฝ้าระวังและ

ป้องกัน เช่น การค้นหาก่อนว่ากลุ่มผู้ป่วยใดเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา การจัดทำรายการยาต่อเนื่อง การพัฒนาองค์ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความชำนาญในเรื่องยา ปัญหาดังกล่าวข้างต้นเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ด้วยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล หรือสหสาขาวิชาชีพ โดยมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายเดียวกันคือเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

Medication reconciliation (MR) คืออะไร

Medication reconciliation เป็นกระบวนการที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในปัจจุบันให้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในกรอบเวลาที่กำหนด ทั้งชื่อยา ขนาดรับประทาน ความถี่ และวิธีที่ใช้ยานั้น ๆ รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร วิตามินต่าง ๆ โดยใช้อย่างต่อเนื่องหรือใช้เป็นครั้งคราวเพื่อบำบัดอาการก็ตาม เพื่อใช้รายการยานี้เป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เคยใช้อยู่อย่างต่อเนื่องในทุกจุดที่ผู้ป่วยไปรับบริการบริการในสถานพยาบาล แล้วนำรายการยาต่อเนื่องนี้เปรียบเทียบกับคำสั่งการใช้ยาโดยแพทย์ เพื่อค้นหาว่ามีความแตกต่างของรายการยาหรือไม่ หากพบว่ามีมีความแตกต่างของรายการยาต้องมีการบันทึกและสื่อสารให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องทราบ⁷

องค์ประกอบของกระบวนการทำ Medication reconciliation

Medication reconciliation ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1. Verification คือ บันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับล่าสุด
2. Clarification คือ ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับและค้นหาปัญหา
3. Reconciliation คือ เปรียบเทียบรายการยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับกับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ
4. Transmission คือ สื่อสารข้อมูลรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับให้แก่ตัวผู้ป่วย, แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ

การทำ Medication reconciliation สามารถลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นได้³ โดย Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO) ได้กำหนดให้ Medication reconciliation เป็น National Patient Safety Goal ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 จนถึงปัจจุบัน และกำหนดให้สถานพยาบาลต่าง ๆ นำ Medication reconciliation มาปฏิบัติ เพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจจะเกิดขึ้น⁸ ทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ดำเนินการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยในมาแล้วเป็นระยะเวลา 5 ปี แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก ทางคลินิกจิตเวชได้นำร่องการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอกเป็นคลินิกแรก โดยนำกระบวนการทำ Medication reconciliation มาปฏิบัติเพื่อช่วยในการจัดทำรายการยาต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูลการรักษาในทุก ๆ รอยต่อที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ตลอดจนมีการส่งต่อข้อมูลดังกล่าวไปยังแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่สมควรได้รับครบถ้วนและเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาและความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน และเริ่มดำเนินการจากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือความคลาดเคลื่อนทางยาก่อน คือผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคทางฝ่ายกายร่วมด้วย แล้วจึงขยายผลต่อไปในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

บทความฉบับนี้จัดทำขึ้นจากการรวบรวมความรู้และประสบการณ์ร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก
2. เพื่อให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก
3. เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอกและนำ

ข้อมูลที่ได้ไปวางแผนพัฒนาการจัดทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอกต่อไปในอนาคต

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยใหม่สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี)
2. มีโรคเรื้อรังทางกายร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคทางกระดูกและข้อ เป็นต้น
3. ต้องการเข้ามารับการรักษาค่ะเนื่องที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มาประเมินสภาพจิตเพื่อทำนิติกรรม เช่น ทำพินัยกรรม ขอรับรองบุตรบุญธรรม ต่ออายุงาน
2. ผู้ป่วยที่มาเพื่อขอคำปรึกษาเท่านั้น

ขั้นตอนการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วย

นอก คลินิกจิตเวช สรุปได้ดังรูปที่ 1

ขั้นตอนก่อนพบแพทย์

1. คัดกรองผู้ป่วย

พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยเพื่อทำ Medication reconciliation ตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกผู้ป่วยทั้งจากรายชื่อผู้ป่วยใหม่ที่ทำการนัดเข้ามาในระบบนัดหมายแล้ว และจากผู้ป่วยใหม่ที่เข้ามารับการรักษานั้น ๆ แต่ไม่ได้ทำการนัดหมายในระบบก่อนล่วงหน้า

กรณีผู้ป่วยใหม่ที่ทำการนัดหมายไว้แล้ว พยาบาลจะโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด เพื่อให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานอยู่ทั้งหมดในปัจจุบัน ทั้งที่ได้รับจากสถานพยาบาล และที่ซื้อมารับประทานเอง เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามิน รวมทั้งยาภายนอก เช่น ยาทา ยาฉีด ยาพ่น ยาเหน็บ ที่ใช้อยู่มาโรงพยาบาลในวันนัด แต่สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่ไม่ได้นัดหมายไว้ พยาบาลจะอธิบายให้ทราบถึงความสำคัญของการทำ Medication reconciliation ให้ผู้ป่วยทราบในวันที่พบผู้ป่วยเป็นวันแรก และชี้แจงให้ผู้ป้อนายาที่รับประทานและใช้อยู่ทั้งหมดมาโรงพยาบาลในวันนัดครั้งถัดไปด้วย เพื่อรวบรวมข้อมูลทางยาสำหรับทำ Medication reconciliation

กรณีติดตามผู้ป่วยเก่าในวันนัดหมายครั้งถัดไป พยาบาลจะโทรแจ้งเตือนให้ผู้ป้อนายาถึงวันนัดหมายที่กำลังจะมาถึงพร้อมกับแจ้งให้ผู้ป้อนายาที่รับประทานอยู่ล่าสุดมาโรงพยาบาลในวันนัดหมายด้วย

2. บันทึกการรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

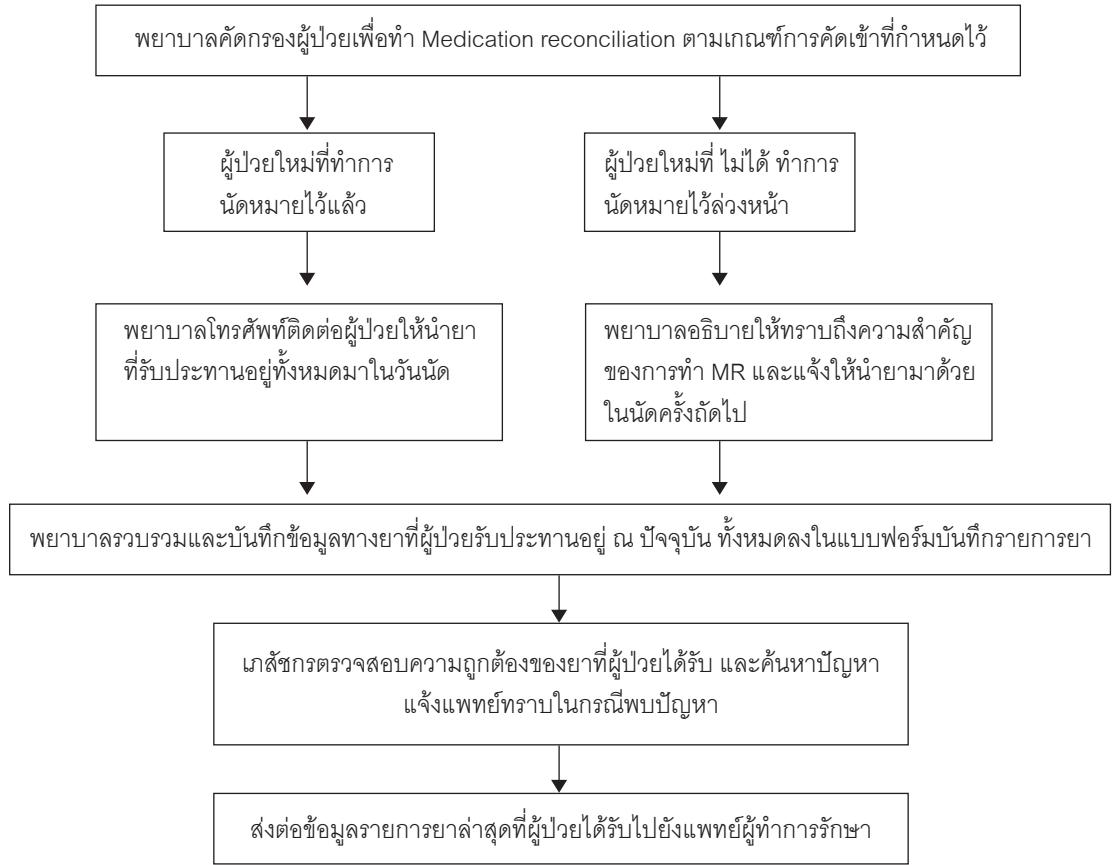
เมื่อถึงวันนัด พยาบาลจะบันทึกการรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำทั้งหมดลงในแบบฟอร์มบันทึกการรายการยา Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช (รูปที่ 2) โดยรวบรวมข้อมูลทางยาจากยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เวชระเบียน โปรแกรมสืบค้นรายการยาย้อนหลังในระบบคอมพิวเตอร์ รวมถึงระบุประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร สารทึบแสง (ระบุอาการแพ้ และวันเวลาที่ประเมินการแพ้ยาพร้อมด้วยหากมีข้อมูลเพียงพอ) ชื่อยา ขนาดยา วิธีรับประทานยา และแหล่งที่มาของยาที่ได้รับให้ครบถ้วนไม่ว่าจะเป็นยาที่ได้รับมาจากสถานพยาบาล หรือยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร วิตามิน ที่ผู้ป่วยซื้อเพื่อรับประทานเองจากร้านขายยา

3. ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

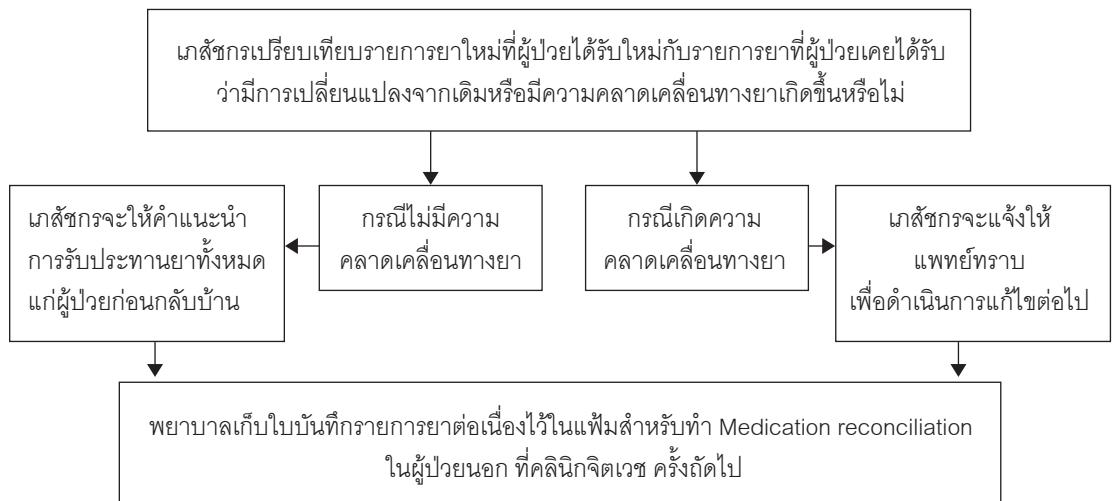
เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาที่พยาบาลบันทึก โดยตรวจสอบว่ามีกรรมชื่อยา ขนาดยา วิธีรับประทานยาครบถ้วนหรือไม่ การบันทึกชื่อยาแบ่งตามประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคถูกต้องหรือไม่ พิจารณาว่ายาและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นเหมาะสมแล้วหรือไม่ จากนั้นเภสัชกรสอบถามผู้ป่วยถึงวิธีรับประทานยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ว่าถูกต้องหรือไม่ ตรงกับฉลากที่ระบุไว้หรือไม่ มีการเก็บยาสลบชองกับยาอื่น ๆ หรือไม่ มียาหมดอายุหรือไม่ เป็นต้น

เภสัชกรเปรียบเทียบรายการยาที่พยาบาลบันทึกไว้ในแบบฟอร์ม Medication reconciliation กับ รายการยาที่แพทย์สั่งใช้ในแฟ้มประวัติและยาที่ผู้ป่วยนำมาเพื่อค้นหาว่ามีปัญหาในการใช้ยาหรือเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือไม่ เช่น ได้รับยาชนิดเดียวกัน แต่ต่างสถานพยาบาลหรือต่างคลินิกกัน (ได้รับยาซ้ำซ้อน) ได้รับยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาอยู่แล้ว มีรายการยาที่แพทย์สั่งหยุดไปแล้วแต่ผู้ป่วยไม่ทราบและยังคงรับประทานต่อเนื่องหรือไม่ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับเนื่องจากแพทย์ลืม

ขั้นตอนก่อนพบแพทย์



ขั้นตอนหลังพบแพทย์



รูปที่ 1. ขั้นตอนการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช

ดร.จิตเวช Allergy	Psychiatric Diagnosis Medical Diagnosis Drug /Food..... Symptoms..... Date.....	ชื่อ- นามสกุล..... อายุ.....HN..... (เขียนหรือติด sticker) <input type="checkbox"/> ผ่านการประเมิน ADR แล้ว <input type="checkbox"/> ยังไม่ผ่านการประเมิน ADR						
	Psychiatric drugs Medication &Dose &Administration Source Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Remark
Antidepressants								
Antipsychotics								
Mood stabilizers								
Stimulants								
Anxiolytic								
Other medications								
Antihypertensive								
Hypoglycemic								
Lipid lowering								
Others (พลิกด้านหลัง เพื่อเพิ่มรายการยา)								
Herbal / Dietary Supplement								
Nurse's sign								
Pharmacist's sign								
Physician's sign								

รูปที่ 2. แบบฟอร์มบันทึกการยา Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช (ด้านหน้า)

สั่งให้ เป็นต้น หากพบปัญหาดังกล่าวข้างต้น เกสัชกรจะสื่อสารให้แพทย์ทราบเพื่อร่วมประเมินปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป

4. ส่งต่อข้อมูลรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับไปยังแพทย์ผู้ทำการรักษา

ภายหลังจากรวบรวมข้อมูลรายการยาล่าสุดเรียบร้อยแล้ว พยาบาลจะส่งต่อบันทึกรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาโดยแนบใบบันทึกรายการยาล่าสุดไปพร้อมกันแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ทบทวนรายการยาอีกครั้ง รวมถึงแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยาในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยา

ขั้นตอนหลังพบแพทย์

1. เปรียบเทียบรายการยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้

หลังจากที่ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์แล้ว เกสัชกรเปรียบเทียบรายการยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับใหม่กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมหรือไม่ ทั้งชนิดของยา วิธีการรับประทานยา การได้รับยาอื่น ๆ เพิ่มเติมหรือมีการหยุดยาบางชนิดหรือไม่ ในกรณีที่ไม่มี ความคลาดเคลื่อนทางยา เกสัชกรจะให้คำแนะนำการรับประทานยาทั้งหมดอีกครั้งหนึ่งแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจในการรับประทานยาที่ถูกต้อง แต่ในกรณีที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น เกสัชกรจะแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

2. พยาบาลเก็บใบบันทึกรายการยาต่อเนื่องไว้ในแฟ้มสำหรับทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวช

3. เมื่อถึงนัดครั้งถัดไปพยาบาลจะนำใบบันทึกรายการยาต่อเนื่องไปเดิมมาจัดทำรายการยาล่าสุดตามขั้นตอนก่อนพบแพทย์ตั้งแต่ข้อ 2 จนครบกระบวนการ

ระยะเวลาดำเนินการ

เริ่มตั้งแต่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2556 ถึงปัจจุบัน

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานเริ่มตั้งแต่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลาประมาณ 4 เดือนครึ่ง มีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับคัดเลือกเพื่อทำ Medication reconciliation ทั้งหมด 15 ราย เป็นเพศ

หญิงทั้งหมดจำนวน 15 ราย อายุเฉลี่ย 70 ปี มีประวัติโรคเรื้อรังทางกายก่อนเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวช เฉลี่ย 3 โรคต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยโรคประจำตัวที่พบมาก 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันโลหิตสูง และโรคข้อเสื่อม จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่และนำมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 7 รายการต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษารวมทั้งสิ้น 34 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการทำ Medication reconciliation เฉลี่ยประมาณ 25 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย พบปัญหาทั้งสิ้น 15 ครั้ง

อุปสรรคและปัญหาที่พบ แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

- 1. ปัญหาเชิงระบบ จำนวน 4 ปัญหาคือ
 - ไม่สามารถจัดทำใบบันทึกรายการยาได้เสร็จทันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์จำนวน 2 ครั้ง เนื่องจากภาระงานและอัตรากำลังคนในปัจจุบันที่มีอยู่อย่างจำกัด
 - ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจำนวน 2 ครั้ง (จากผู้ป่วย 2 ราย) เนื่องจากขาดการสื่อสารหรือการส่งต่อข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยระหว่างหน่วยตรวจหรือระหว่างสถานพยาบาล คือ

กรณีแรก : ผู้ป่วยได้รับยา Amitriptyline ซ้ำกัน จาก 2 หน่วยตรวจในสถานพยาบาลเดียวกัน เพื่อรักษาอาการปวดเส้นประสาท (neuropathic pain)

กรณีที่สอง : ผู้ป่วยได้รับยา Vitamin B complex ซ้ำกัน จาก 2 สถานพยาบาล เพื่อบำรุงร่างกาย

ทั้ง 2 กรณีศึกษา เกสัชกรแจ้งพยาบาลเพื่อประสานงานให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทราบ เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

2. ปัญหาจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 8 ปัญหาคือ

- อ่านลายมือแพทย์ในแฟ้มประวัติไม่ออก จำนวน 2 ครั้ง

ในกรณีนี้ การสืบค้นรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่จะต้องอาศัยการสืบค้นประวัติการรักษาจากโปรแกรมสืบค้นรายการยาย้อนหลังในระบบคอมพิวเตอร์ ประกอบกับรายการยาที่ผู้ป่วยนำมาและการสัมภาษณ์การใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลทางยาที่สมบูรณ์ที่สุด

- การบันทึกข้อมูลยาลงในแบบฟอร์ม Medi-

ตารางที่ 1. แสดงรายละเอียดของการบันทึกข้อมูลทางยาในแบบฟอร์ม Medication reconciliation ที่ไม่สมบูรณ์

รายละเอียด	คำสั่งการใช้ยาที่ถูกต้อง	ระบุผิดเป็น	คำชี้แจง
ไม่ระบุขนาดของยา	Blopress® 8 mg	Blopress®	ยา Blopress® เป็นยาลดความดันโลหิตสูง มี 2 ขนาดคือ 8 และ 16 มิลลิกรัม
	Alphagan® P	Alphagan®	ยาAlphagan® เป็นยารักษาโรคต้อหิน มี 2 ขนาดคือ Alphagan® (0.2%) และ Alphagan® P (0.15%)
ระบุวิธีใช้ยาผิด	Tramadol 1 เม็ด เวลามีอาการปวด ทุก 8 ชั่วโมง	Tramadol 1 เม็ด ก่อนนอน	-
	Sertraline 1 เม็ด หลังอาหารเช้า	Sertraline ครึ่งเม็ด หลังอาหารเช้า	-
จำแนกยาผิดประเภท	ยา losartan	ระบุเป็นกลุ่ม other	ยา losartan จัดเป็นยาในกลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง
	ยา exelon®	ระบุเป็นกลุ่มยาลดไขมันในเลือดสูง	ยา exelon® จัดเป็นยารักษาโรคสมองเสื่อม

cation reconciliation ไม่สมบูรณ์จำนวน 6 ครั้ง คือ ไม่ระบุขนาดของยา 2 ครั้ง ระบุวิธีใช้ยาผิด 2 ครั้ง จำแนกยาผิดประเภท 2 ครั้ง (ตารางที่ 1)

ปัญหาจากผู้ป่วย จำนวน 3 ปัญหาคือ

- ผู้ป่วยไม่ได้นำยาที่ได้รับประทานอยู่มาด้วยในวันนัดจำนวน 2 ครั้ง (จากผู้ป่วย 2 ราย)
 - ผู้ป่วยรับประทานยาผิดวิธี 1 ครั้ง (จากผู้ป่วย 1 ราย) คือ แพทย์มีคำสั่งหยุดยาและเปลี่ยนเป็นยาชนิดใหม่ให้แก่ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดในการรับประทานยา คือ ไม่ทราบว่าต้องหยุดยารายการเดิมด้วย จึงทานยาทั้ง 2 ประเภทคู่กันมาตลอด (ดูตัวอย่างกรณีศึกษา)
- กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา (ตารางที่ 2)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอก

1. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา
2. สามารถลดปัญหาจากการใช้ยา และความคลาดเคลื่อนทางยาได้ เช่น ลดการใช้ยาซ้ำซ้อนจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าแพทย์สั่งหยุดยาแล้ว และยังคง

ทานยาต่อเนื่องหรือลดการใช้ยาผิดวิธีจากการที่แพทย์เปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาแล้ว แต่ผู้ป่วยไม่ทราบเป็นต้น

3. ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนในทุกรอยต่อของการรักษา
4. ลดระยะเวลาในการทบทวนรายการยาโดยแพทย์ในขณะที่ผู้ป่วยเข้าตรวจ

การวางแผนพัฒนากระบวนการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอก

จะเห็นว่าการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก ต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ไม่สามารถทำโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ปัญหาที่พบจากการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอก ล้วนแล้วแต่นำไปสู่การแก้ไขและพัฒนากระบวนการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอกในอนาคต โดยมีเป้าหมายในการพัฒนางานในอนาคตคือ

1. กำหนดเป้าหมายของการที่ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบันมาโรงพยาบาลในวันนัดด้วยทุกครั้ง (ร้อยละ 100) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและสมบูรณ์

ตารางที่ 2. แสดงกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนที่พบปัญหา	อุปสรรคและปัญหาที่พบ	กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา
การคัดเลือกผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่คัดเข้ายังมีจำนวนน้อย ไม่สามารถจัดทำใบบันทึกการยาได้ เสร็จทันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ เนื่องจากภาระงานและอัตรากำลังคน ในปัจจุบัน	กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการคัดผู้ป่วยเข้าทำ Medication reconciliation วางแผนการดำเนินงานใหม่ให้สามารถจัดทำรายการ ยาได้ทันที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ เช่น เข้าสัมภาษณ์ ผู้ป่วยให้รวดเร็วขึ้นหรือใช้เวลาในการรวบรวมรายการ ยาต่อผู้ป่วย 1 รายให้น้อยลง, สำรวจอัตรากำลังคน ที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับภาระงานในปัจจุบัน
รวบรวมรายการยา ที่ผู้ป่วยได้รับ	ผู้ป่วยไม่นำยาที่ปัจจุบันรับประทานอยู่ มาด้วยในวันนัด ทำให้ไม่สามารถรวบรวม ข้อมูลยาได้ครบถ้วน ผู้ป่วยไม่สามารถมาด้วยตนเอง แต่มีญาติ มาปรึกษาแทน ทำให้การสอบถามปัญหา จากการใช้ยาไม่ครบถ้วน อ่านลายมือแพทย์ในแฟ้มประวัติไม่ออก	แจ้งเตือนผู้ป่วยทางโทรศัพท์ก่อนถึงวันนัด เพื่อให้ นำยาที่ปัจจุบันรับประทานอยู่มาด้วยในวันนัด ครั้งถัดไป สอบถามปัญหาการใช้ยาจากผู้ดูแลแทน สืบค้นรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่จากโปรแกรม สืบค้นรายการยาย้อนหลังในระบบคอมพิวเตอร์ ประกอบกับรายการยาที่ผู้ป่วยนำมาและการสัมภาษณ์ การใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลทางยาที่ สมบูรณ์ที่สุด
การบันทึกรายการ ยาต่อเนื่อง	พบความไม่ครบถ้วนของข้อมูลในการ บันทึกการยาต่อเนื่องลงในแบบฟอร์ม Medication Reconciliation ในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช เช่น การไม่ระบุความแรง ของยาในใบบันทึกการยา, การระบุ วิธีใช้ยาผิด, การระบุชื่อยามืดประเภท ของยาที่ใช้ในการรักษา	เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกการ ชื่อยาในใบ Medication reconciliation พร้อมทั้ง เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกับคำสั่งการ ใช้ยาจากแพทย์ว่าถูกต้อง ตรงกันหรือไม่ ในกรณี พบปัญหาเภสัชกรแจ้งพยาบาลเพื่อประสานกับ แพทย์ต่อไป

ของข้อมูลทางยา

- 2.การบันทึกข้อมูลยาในแบบฟอร์ม Medication reconciliation ครบถ้วนสมบูรณ์
- 3.จำนวนปัญหาจากการใช้ยา และความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง
- 4.พัฒนากระบวนการแบบฟอร์มบันทึกการยาต่อเนื่องลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อให้มีความต่อเนื่องของข้อมูลในการรักษา
- 5.เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ วัยชรา อายุ 69 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชจากการส่งต่อเพื่อปรึกษาจากหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเมืออ ซึมเศร้า รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ หลังได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดในสมองตีบเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และมีอาการปวดตามเส้นประสาทหลังเกิดโรคหลอดเลือดในสมองตีบ ผู้ป่วย

ปฏิเสธการแพ้ยาใด ๆ และปฏิเสธประวัติโรคทางจิตในครอบครัว

Medication reconciliation เมื่อแรกพบผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช พยาบาลได้รวบรวมรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ และบันทึกลงในแบบฟอร์ม Medication reconciliation พบว่าผู้ป่วยมียาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบันดังนี้

- 1.Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า
- 2.Aspirin (81 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- 3.Prazosin (2 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น
- 4.Simvastatin (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- 5.Gabapentin (300 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

หลังจากได้รายการยาต่อเนื่องแล้ว เกสัชกรตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาและเปรียบเทียบรายการยาที่จัดทำไว้กับคำสั่งใช้ยาโดยแพทย์เพื่อประเมินความแตกต่างระหว่างรายการยา ในครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง จากนั้นจึงดำเนินการส่งต่อข้อมูลนี้ไปยังแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Organic mood disorder (Post stroke depression) และได้รับยาเพิ่มเติมคือ Sertraline (50 มิลลิกรัม) ครั้งละ ครั้งเม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า และ Tramadol (50 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง เวลาปวด ต่อมาผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาตามนัดที่หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์อีก 2 ครั้ง ครั้งแรกผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มเติมคือ Verapamil (240 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ซึ่งต่อมาในนัดครั้งที่สองแพทย์ได้สั่งดยา Verapamil 240 มิลลิกรัม และเปลี่ยนเป็น Enalapril (5 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็นแทน

เมื่อถึงวันนัดที่คลินิกจิตเวช พยาบาลและเกสัชกรได้จัดทำบันทึกรายการยาต่อเนื่องล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับอีกครั้ง หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของยา

และเปรียบเทียบรายการยาที่รับประทานอยู่กับคำสั่งใช้ยาโดยแพทย์แล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยากล่าวคือ ผู้ป่วยไม่ได้หยุดรับประทานยา Verapamil ตามที่แพทย์ที่หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์สั่ง แต่กลับรับประทานควบคู่ไปกับยา Enalapril จากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยถึงสาเหตุที่รับประทานยาทั้งสองชนิดดังกล่าวร่วมกันพบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจผิดในเรื่องวิธีรับประทาน (ไม่ทราบว่าแพทย์ให้หยุดยาเดิมแล้วเปลี่ยนยาใหม่ให้) จากนั้นเกสัชกรจึงส่งต่อข้อมูลรายการยาล่าสุดให้แก่แพทย์รวมทั้งแจ้งแพทย์ให้ทราบถึงปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นรวมถึงอธิบายวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกครั้งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่งในนัดครั้งถัดมา

สาเหตุของปัญหาจากการนี้คือ การสื่อสารที่ไม่ครบถ้วนหรือคลาดเคลื่อนในสื่อสารในระหว่างรอยต่อของการให้บริการผู้ป่วย ความไม่เข้าใจในวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยามีตคำสั่งการใช้ยา การได้รับยามากเกินความจำเป็นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือแม้กระทั่งการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น ดังนั้นความสมบูรณ์และต่อเนื่องของข้อมูลในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องจัดทำเพื่อช่วยให้กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยปลอดภัยยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานจากการศึกษาฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่าน ซึ่งไม่อาจจะนำมากล่าวได้ทั้งหมด ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์ ธีรศักดิ์ สาตรา รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ลีตีวี แก้วพรสวรรค์ และ ดร. วลัยเกียรติ กาญจนกิจสกุล ที่ให้คำแนะนำ ให้โอกาส และให้การสนับสนุนการดำเนินงานจนกระทั่งการศึกษานี้สำเร็จลงได้

ผู้ศึกษาขอขอบคุณที่มงานทุกท่านในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ที่ได้เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการรวบรวมข้อมูลในทุกขั้นตอน

ผู้ศึกษาขอขอบคุณที่มงานทุกท่านในงาน

Medication reconciliation ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับกระบวนการเก็บข้อมูล ตลอดจนข้อคิดเห็นแลกเปลี่ยนต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางาน Medication reconciliation ต่อไปในอนาคต

ผู้ศึกษาขอขอบคุณงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และทีมงานทุกท่านในห้องยาจิตเวช ที่ให้โอกาสและให้ความร่วมมือและสนับสนุน ตลอดจน ให้กำลังใจในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงมาได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Procyshyn RM, Barr AM, Brickell T, Honer WG. Medication errors in psychiatry: a comprehensive review. *CNS Drugs*. 2010 Jul;24(7): 595-609.

2. Schorr SG, Loonen AJ, Brouwers JR, Taxis K. A cross-sectional study of prescribing patterns in chronic psychiatric patients living in sheltered housing facilities. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008 Mar; 46(3):146-50.

3. Gisev N, Bell JS, O'Reilly CL, Rosen A, Chen TF. An expert panel assessment of comprehensive medication reviews for clients of community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Nov;45(11):1071-9.

4. Mort JR, Aparasu RR. Prescribing potentially inappropriate psychotropic medications to the ambulatory elderly. *Arch Intern Med*. 2000; 160(18):2825-31.

5. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003 Mar 5;289(9): 1107-16.

6. Rothschild JM, Mann K, Keohane CA, Williams DH, Foskett C, Rosen SL, et al. Medication safety in a psychiatric hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Mar-Apr;29(2):156-62.

7. ธิดา นิงสานนท์. Medication Reconciliation. ใน: ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล, สุวิธนา จุฬาวัดนทล (บรรณาธิการ). *Medication Reconciliation*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), ๒๕๕๑:๑-๒๕.

8. Thompson CA. JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. *Am J Health Syst Pharm*. 2005 Aug 1;62(15):1528, 30, 32.