



การประชุม 9th HA National Forum “องค์กรที่มีชีวิต”
ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี ห้อง Phoenix 1-3
13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. (B1Y)

Medication Reconciliation

ภญ. สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์ (รพ.เลิดสิน)
ภก. กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง (รพ.บำรุงราษฎร์)
รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

หัวข้อวันนี้หลายท่านคงคุ้นเคยกันดีอยู่แล้ว เพราะเวลาไปเยี่ยมสำรวจจะพูดเตรียมกันแล้ว บอกโรงพยาบาลเสมอว่า อย่าลืมนะ Medication Reconciliation เป็นสิ่งที่ต้องเตรียมตัวทำแล้ว ตั้งแต่ปี 2549 มาตรฐานของ พรพ. ก็ได้กล่าวไว้แล้ว ปีนี้ปี 2551 ผ่านมา 2 ปีแล้วคงต้องเริ่มกันสักที แต่ก็ไม่ได้คาดหวังว่าภายในปีสองปีนี้จะสมบูรณ์ เพราะต่างประเทศเองก็ใช้เวลานาน เราจะเห็นจาก PSG ของ JACHO เรื่องนี้ติดอยู่หลายปี แล้วเรื่องนี้เป็นเป้าหมายข้อที่แปดแสดงว่ายังทำได้ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ความครบถ้วนสมบูรณ์ของต่างประเทศกับของบ้านเราคงจะแตกต่างกัน

เราจะมาฟังกันว่า Medication Reconciliation คืออะไรกันแน่

ที่มา

😊 การเกิด adverse drug events เกิดขึ้นได้ในทุกจุดของการให้บริการในโรงพยาบาล กว่าครึ่งหนึ่งเกิดขึ้นที่รอยต่อของการให้บริการ ประมาณ 20% มีสาเหตุมาจากการส่งต่อข้อมูลคลาดเคลื่อนหรือไม่ครบถ้วน ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าการเกิด ADE มักเกิดตรงช่วงรอยต่อของการให้บริการ อาจจะเป็นการเปลี่ยนแผนก เปลี่ยนสถานพยาบาล มีการส่งต่อผู้ป่วย เป็นจุดที่ไม่มีคนดูแลจึงทำให้เกิดปัญหาตรงจุดนั้นได้ ประมาณ 20% มีสาเหตุมาจากการสื่อสาร อาจจะไม่สื่อสารไม่ครบถ้วน เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นเกิดจากการสื่อสารทั้งสิ้น เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ การสื่อสารที่เป็นมาตรฐานและการปฏิบัติให้เหมือนกันจะช่วยป้องกันได้

☺ JCAHO พบว่า sentinel events ที่มีสาเหตุมาจากความคลาดเคลื่อนทางยานั้น มากกว่าครึ่งมีสาเหตุมาจากการสื่อสาร แม้จะไม่ใช่สาเหตุโดยตรงทั้งหมดแต่มีส่วนเกี่ยวข้อง และกว่าครึ่งหนึ่งสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้หากมีระบบของ medication reconciliation ที่มีประสิทธิภาพ

☺ Medication Reconciliation ได้ถูกเลือกเป็นกระบวนการแรกที่จะลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดย JCAHO ได้กำหนดให้เป็น national patient safety goal (8A&8B) ตั้งแต่ปี ค.ศ.2005 เรื่อยมาและต่อไปอีกในปี ค.ศ.2009

Medication Reconciliation จะช่วยลด ADE ได้ JACHO กำหนดให้ Medication Reconciliation เป็น Patient Safety Goal (ข้อ 8a, 8b) ตั้งแต่ปี 2005 และเมื่อต้นเดือนนี้ปีนี้ PSG ปี 2009 ก็ยังมีเรื่อง Medication Reconciliation อยู่ จริง ๆ ปี 2005 เริ่ม survey ในโรงพยาบาลว่ามีการวางมาตรการ / วางแผนอะไรเกี่ยวกับ Medication Reconciliation และในปี 2006 เริ่มตรวจอย่างจริงจัง มีรายละเอียดที่ต้องดูทุกรายต่อจนกระทั่งส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งไปสถานพยาบาลที่ต่างระดับหรือระดับที่ต่ำกว่า เราเริ่มซักว่าแต่จะไปได้เร็วแค่ไหนอยู่ที่ว่าเข้าใจหรือไม่ว่ากระบวนการนี้คืออะไรกันแน่

ความหมาย

Medication Reconciliation คืออะไร

☺ เป็นกระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อแรกรับ รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยย้ายแผนกย้ายหอผู้ป่วย หรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน

Medication Reconciliation จะเป็นเรื่องของการเปรียบเทียบรายการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ เปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งกับรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนมารับการรักษา ในกรณี que ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หืด ลมชัก หรือแม้แต่วัณโรค จะดูว่ารายการยาที่แพทย์สั่งแรกรับนั้นครอบคลุมรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือไม่ จะดูความแตกต่างและมีการบอกแพทย์กรณีพบความแตกต่างดังกล่าว และในทุก ๆ รอยต่อของการ transfer ผู้ป่วย จากหอผู้ป่วยไป ICU หรือจากหอผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด จากห้องผ่าตัดไปหอผู้ป่วย จนกระทั่งกลับบ้าน

ในช่วงรอยต่อเหล่านี้ ผู้ป่วยได้รับรายการยาครบถ้วนตามที่ควรจะได้หรือไม่ ลองดูว่าเมื่อเรารับผู้ป่วยเข้ามาจาก ER ที่ ER เรามีการซักถามการใช้ยาของผู้ป่วยหรือไม่ว่าเคยได้รับยาอะไรมาก่อน สมมติว่าผู้ป่วยเคยเป็นวัณโรคมาก่อน วันนี้มาด้วย trauma แขนขาหักหรืออุบัติเหตุ

ผู้ป่วยอาจถูกส่งไปผ่าตัดเพื่อต่อกระดูกและ admit ต่อ ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับยาวัณโรคระหว่างที่นอนอยู่ในหอผู้ป่วยเลยก็ได้ เพราะไม่มีใครถาม และผู้ป่วยก็ไม่พูด หรือบางทีมีคนดูแลคนดูแลก็ไม่ได้อธิบายว่าคนไข้ได้ยาอะไรเพราะไม่มีคนถาม คนไข้ของเราบางครั้งไม่กล้าพูดอะไร ระหว่างที่นอนในหอผู้ป่วยอาจไม่ได้ยา ถ้าคนไข้เป็นเบาหวานน้ำตาลอาจจะขึ้น หรือที่เคยพบระหว่างการเยี่ยมสำรวจ คนไข้เป็นลมชัก ทำไมคนไข้ชัก พอดูย้อนหลังกลับไปดูปรากฏว่าผู้ป่วยเคยได้รับยาลมชักมาตลอด แต่มาที่โรงพยาบาลด้วยสาเหตุอื่น จึงไม่ได้รับประทานยา

เหตุการณ์เหล่านี้มีแน่ในโรงพยาบาล ถ้าเราย้อนกลับไปดูเราจะเห็นและเราจะเริ่มเข้าใจว่าคนไข้ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยนั้นได้รับยาไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะกรณี chronic disease

Medication Reconciliation คือความพยายามซักถามประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่องมา แล้วเทียบกับยาที่ผู้ป่วยได้รับในโรงพยาบาล ดูว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และก็จะปรึกษาแพทย์ว่าจะเปลี่ยนแปลงรายการยาตรงนี้หรือไม่ อย่างไรยา จะยังให้ยาต่อไปเหมือนเดิม หรือจะปรับขนาดหรือจะเปลี่ยนชนิดของยา นั่นก็คือเป็นเรื่องของสหสาขาวิชาชีพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

สถานการณ์ปัจจุบัน

- ♣ พบว่าร้อยละ 42 ถึงร้อยละ 61 ของผู้ป่วยที่เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ได้รับยาที่เคยใช้อยู่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 1 ชนิดหรือมากกว่าขึ้นไป
- ♣ จุดที่จะเกิดปัญหามาก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่านเข้าทางห้องฉุกเฉิน หรือเข้ารับการผ่าตัด

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า 42-61% ของผู้ป่วยที่ admit เข้ามา ไม่ได้รับยาที่ใช้ต่อเนื่องตั้งแต่ 1 ชนิดหรือมากกว่าขึ้นไป นี่เป็นข้อมูลของต่างประเทศ ของเราอาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าก็ได้ จุดที่จะเกิดปัญหามากคือการรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินหรือห้องผ่าตัด

ประโยชน์

กระบวนการนี้จะลดความคลาดเคลื่อนในประเด็นต่างๆดังนี้

- ♣ การไม่ได้รับยาที่เคยใช้อยู่อย่างต่อเนื่อง
- ♣ การที่ไม่ได้หยุดยาบางตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดบางอย่าง
- ♣ การที่ไม่ได้รับยาที่เคยใช้ต่อเนื่องหลังจากแพทย์สั่งหยุดใช้ชั่วคราว
- ♣ การที่ผู้ป่วยใช้ยาซ้ำซ้อนเพราะไม่ทราบว่าแพทย์สั่งเปลี่ยนยาแล้ว
- ♣ การที่ผู้ป่วยยังใช้ยาในขนาดเดิมต่อไปทั้งที่แพทย์สั่งปรับขนาดแล้ว
- ♣ การได้รับยาซ้ำซ้อนกับยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เอง

ถ้าเราทำกระบวนการ reconcile ก็จะช่วยลดความผิดพลาดเคลื่อน (medication error) ใน ประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยใช้อยู่อย่างต่อเนื่อง ถ้าเรามีจุดที่จะซักประวัติผู้ป่วย ถึงเรื่องของยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่องและเรายังให้เขาต่อ อันนี้จะลดความผิดพลาดเคลื่อนจุดนี้ลงได้
2. การที่ไม่ได้หยุดยาบางตัวก่อนเข้ารับการทำหัตถการบางอย่าง ผู้ป่วยมาผ่าตัดซึ่ง อาจจะเป็น elective case หรือกระทันหัน ถ้าผู้ป่วยได้รับยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวบ้างที่นัดมา ผ่าตัดก็จะผ่าตัดไม่ได้ เราไปดูที่ห้องผ่าตัดสิว่ามีกรณีการเลื่อน case ผ่าตัดมากน้อยแค่ไหน ต้นเหตุ มากจากอะไร เราจะเห็นประเด็นว่ามาจาก Medication Reconciliation สักแค่ไหน

หรือเราเคยถามผู้ป่วยที่จะ X-ray ที่ต้องฉีด iodinated contrast media เข้าไป เราเคยถามผู้ป่วยดูหรือไม่ว่าเขารับประทานยาอะไรอยู่ เราไม่เคยดูตรงจุดนั้นเลยใช้ไหม ถ้าเรา search เข้าไปใน web เราจะพบว่าเขาพูดถึงยาตัวหนึ่งมากเลย โดยเฉพาะใน college of radiologist¹ เขาจะบอกไว้เลยว่าถ้าคนไข้ on metformin อยู่เขาจะต้องหยุดยาก่อนแล้วจะมี condition ต้องหยุดกี่ ชั่วโมง เป็น standard ของ radiologist ที่ออกมา เราอาจจะหาอ่านได้ในหนังสือเรื่องของ FAQ เราจะบอกได้เลยว่า condition ใดต้องหยุดยาสักเท่าใด ตัวที่พูดถึงบ่อยจะเป็น metformin ตัวอื่น ยังมีอีก

ตรงจุดที่คนไข้จะเข้าไปทำหัตถการนั้นน่าจะมีการซักถามประวัติผู้ป่วยว่าผู้ป่วยได้รับยาอะไรมา เพราะว่า การฉีด contrast media จะทำให้ renal function ลดลงแล้วถ้าคนไข้ on metformin ก็จะทำให้เกิด lactic acidosis ได้ง่ายขึ้น มีคนไข้เคยเสียชีวิตมาแล้วอันนี้เราก็ไม่เคยคิดเลย แต่พอ search เข้าไป โอโหมันมีอย่างนี้ด้วยนะ เขาก็เตือนกันมากใน web และมี precaution ของยา metformin ด้วย เพราะฉะนั้นอันนี้ถ้าเราทำเรื่องของ Med Reconcile มีการซักประวัติก่อน เราก็อาจป้องกันตรงจุดนี้ได้

3. การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยใช้หลังจากหยุดใช้ยาชั่วคราว สมมติว่าผู้ป่วย admit มาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม แล้วเกิดต้องไปทำผ่าตัดผู้ป่วยอาจได้รับยา wafarin หรือ plavix อยู่ หมอก็จะสั่งหยุดยาก่อนคนไข้จะถูกส่งไปผ่าตัด จากห้องผ่าตัดคนไข้ก็ไป ICU อาจจะไป ICU สักวันหนึ่งแล้วกลับมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ไม่ได้ไปอยู่อายุรกรรมแล้ว ตรงนี้ถือเป็นรอยต่อแล้วใช้ใหม่ มาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอาจได้แต่ antibiotic หรืออะไรก็ตามที่หมอศัลย์สั่ง แต่ผู้ป่วย

¹ ตัวอย่างเช่น Canadian Association of Radiologists ระบุไว้ใน Consensus Guidelines for the Prevention of Contrast-Induced Nephropathy ว่า

- In patients with GFR < 60 mL/min, metformin should be stopped at the time of contrast injection and should not be restarted for at least 48 hours, and then only if renal function remains stable (less than 25% increase when compared with baseline creatinine). Other preventive measures for CIN should also be used. It is generally unnecessary to stop metformin 48 hours prior to contrast injection, but special care should be taken in patients with severe or acute renal dysfunction.
- In patients with normal renal function (GFR > 60 mL/min) who are receiving larger volumes of contrast (> 100 mL), metformin should be withheld for 48 hours after the procedure.

เพราะไม่ได้กิน warfarin หรือ plavix ที่เคยได้รับ ตรงนี้เป็นรอยต่อของการให้บริการ ดังนั้น รายการยาต้องตามผู้ป่วยไปตลอด ตรงนี้เราไม่ค่อยส่งต่อกัน แพทย์เฉพาะทางจะดูแต่ยาของตัวเอง จะไปเปิดเวชระเบียนก็แสนยากเพราะต่างคนต่างสั่งเอาไว้ ตรงนี้จะเป็นหน้าที่ใครไม่บอกมันเป็น multidisciplinary ไปตกลงกันเองว่าใครจะทำ เพราะมันขึ้นกับบริบทโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับว่าเรามีอัตรากำลังส่วนไหนเท่าไร เราจะลดความคลาดเคลื่อนลงได้

4. ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนเพราะไม่ทราบว่าแพทย์สั่งเปลี่ยนยาแล้ว เวลาจำหน่ายผู้ป่วย เราไม่เคยเอารายการยาตอนที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่องก่อนเข้า รพ. กับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในระหว่างอยู่ รพ. จนจำหน่าย พอจำหน่าย เราไม่เคยเอามาเปรียบเทียบกันเลย บางครั้งแพทย์เปลี่ยนยาไปแล้ว เช่น ยาลดความดันโลหิต อาจจะเปลี่ยนเป็นอีกตัวหนึ่ง หรือตัวเดียวกันแต่เปลี่ยนขนาด แล้วเราไม่มีการทำ D/C counseling ตรงสุดท้ายอาจพูดธรรมดาเหมือนส่งมอบยาผู้ป่วย กลับไปบ้านก็กินเหมือนเดิม แล้วฉันมียาอะไรเหลืออยู่ที่บ้าน ฉันก็กินด้วย ยาใหม่ก็กินด้วยอีก เกิดความซ้ำซ้อนในการได้รับยา ตรงนี้เป็นประเด็นที่ต้องเคลียร์ในเรื่องของรายการยาให้ครบถ้วนก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกไป

5. การได้รับยาซ้ำซ้อนกับยาที่ผู้ป่วยซื้อกินเอง บางที interaction กัน มีอะไรกัน เราไม่ได้ซักประวัติ ไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยก็ยังซื้อกินอยู่นั้น แล้วน้ำหนักมากถ้าผู้ป่วยได้รับ warfarin

สิ่งเหล่านี้เป็นประเด็นทั้งสิ้น ตอนนี้อาจยังไม่ต้องเริ่มทำ แต่เรากลับไปโรงพยาบาลแล้วลองไปดูว่าจุดต่างๆ ที่พูดมันเกิดขึ้นจริงหรือไม่ในโรงพยาบาลของท่าน

ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหาและอุปสรรค

- ♥ ภาระงาน อัตรากำลังในปัจจุบัน
- ♥ ไม่ชัดเจนว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบกระบวนการในภาพรวม
- ♥ ไม่มีกระบวนการมาตรฐานในการเก็บข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยให้ได้ครบถ้วน
- ♥ ไม่มีทักษะในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ญาติ
- ♥ จะสื่อสารกันอย่างไรในระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาอุปสรรคตอนนี้ที่เราทำยากก็คืออัตรากำลังเป็นเรื่องใหญ่ เพราะอันนี้มันเป็นเรื่องละเอียดรอบคอบมากในการที่จะทำ ยังไม่บอกว่าหน้าที่ใคร ติดตามดูแล้วกัน อันที่สองมันไม่ชัดเจนว่าใครจะทำ บางโรงพยาบาลบอกมีคนทำอยู่แล้ว บางโรงพยาบาลบอก resident ทำ แต่มันไม่มีความสม่ำเสมอในกระบวนการ ใครใคร่ทำก็ทำ ใครไม่ใคร่ทำก็ไม่มีคนเตือน แล้วก็มาตรฐานการทำไม่เหมือนกันเลยเพราะไม่เคย tune ว่ามาตรฐานเราควรทำอย่างไร แบบฟอร์มก็ไม่มีการส่งต่อข้อมูลกันระหว่างสหวิชาชีพไม่รู้จะส่งต่อโดยวิธีไหน มีความหลากหลาย ทักษะในการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก็ไม่มี ฉะนั้นไม่ทำดีกว่าง่ายที่สุด

ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่เราต้องมาทำกระบวนการให้เป็นมาตรฐาน ทั้งหมดเป็นปัญหาอุปสรรคทั้งสิ้นซึ่งเราจะต้องเคลียร์ประเด็นทั้งหมดถ้าหากเราจะเริ่มทำให้มีมาตรฐานและ ได้ outcome ที่ดี จะเห็นว่า outcome ต้องดี ถ้าทำแล้วต้องดี ถ้าทำแล้วเป็นภาระแต่ outcome ไม่ดี ไม่ต้องทำ

ข้อมูลที่ต้องบันทึก

ข้อมูลอะไรบ้างที่ต้องบันทึก

- ❖ ยาที่ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยาที่ใช้เอง สมุนไพร อาหารเสริม วิตามิน ฯลฯ
- ❖ ยาที่รับประทานมือสุดท้าย ขนาดเท่าใด เวลาใด
- ❖ ข้อมูลการแพ้ยา อาการไม่พึงประสงค์รุนแรงที่เคยเกิดขึ้น

ข้อมูลอะไรบ้างที่เราจะต้องบันทึก ก็คือเราจะต้องดูว่ายาอะไรที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่อง ถ้าเป็นคนไข้ประจำของเราก็ยังไม่ค่อยเท่าไร ถ้าเป็นคนไข้ที่ refer มา อันนี้เป็นปัญหาว่าทำอย่างไรให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

สมุนไพรเป็นปัญหาหรือไม่ ใน text ต่างประเทศหรือ search เข้าไปใน web ก็พบว่าเป็นปัญหา กระทียมก็เป็นปัญหาสำหรับคนไข้ที่กินยา warfarin หรือ aspirin ทั้งหลาย เขาไม่ยอมให้กินกระทียม

เพราะฉะนั้นอาหารเสริมก็เป็นปัญหา เราต้องถามผู้ป่วยหมดเลยว่า นอกจากยาที่รับประทานต่อเนื่องแล้ว อย่างอื่นมีบ้างไหมที่ทานอยู่ แล้วซื้อยาอะไรกินเองหรือเปล่า ต้องถามด้วยว่า ยาอะไรที่ทานมือสุดท้าย ที่ทานเข้ามาหรือฉีดเข้ามาอย่าง insulin นี่ครั้งสุดท้ายที่ฉีดนะ ก็โมง ไม่ใช่อะไร ไม่อย่างนั้นเข้ามาฉีดซ้ำอีก ครั้งสุดท้ายได้ยากี่โมงคือยาอะไรด้วย

ข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยากับเรื่องของอาการไม่พึงประสงค์คือเรื่อง ADR ทั้ง A ทั้ง B เอาให้หมดเลย

แหล่งข้อมูล

จะหาข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่องจากแหล่งใด

- ☺ ยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน
- ☺ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอง ญาติ หรือผู้ดูแล
- ☺ เวชระเบียน หากเป็นผู้ป่วยประจำของโรงพยาบาล
- ☺ ใบข้อมูลยาผู้ป่วย จากคอมพิวเตอร์ของแผนกเภสัชกรรม
- ☺ สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ☺ รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- ☺ รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแผนกผู้ป่วยนอก

จะหาข้อมูลจากแหล่งไหน อันนี้เรื่องใหญ่ว่าจะเอาอย่างไร บางแห่งให้เอาชื่อยามาให้ดูหมดเลยแต่เราไม่รู้ว่าจะครบหรือเปล่า บางทีเอามาให้หมด เอาเข้าจริงๆ ที่ท่านจริงกับที่ label ไม่ตรงอย่างนี้มีเยอะค่ะคือปรับยาเอง หรือจะหาข้อมูลจากใคร จากญาติ จากเวชระเบียนได้ไหม รพ. เล็ก ๆ ยังไหว ดูจากเวชระเบียนได้ เพราะ รพ. เล็ก ๆ บางแห่ง หมอท่านหนึ่งดู round ward นั้น ทั้งเดือน ท่านก็จะ review medication ก่อนจะส่งต่อให้หมออีกท่าน สรุปลงแต่ละเดือนของท่านเอง มีการส่งต่อยังมี review medication อยู่ specialist ไม่มี ถ้า รพ. ใหญ่มี specialist เยอะ คนไข้โรคเยอะ แต่ละท่านก็สั่งของท่าน สมมติมี specialist 4 ท่าน ท่านก็เขียนของท่าน ไม่มีแพทย์เจ้าของไข้ ไม่มีการ review medication รวม หากจากเวชระเบียนก็ยาก ก็ดูว่าอะไรมันเหมาะกับบริบท ใบข้อมูลยา patient drug profile จากคอมพิวเตอร์ จากเภสัชกรรมพอหาได้ แต่จะครบถ้วน ถูกต้องทั้งหมดหรือเปล่านั้นไม่ทราบ สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อันนี้คิดว่าใช้ได้ ถ้าแพทย์ review medication ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ถ้าแพทย์ไม่ review medication อันนั้นก็ไม่ใช่แหล่งที่ดีของข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับ ดิฉันเห็นในหลาย ๆ รพ. บาง รพ. review เอาไว้ดี เราสามารถใช้ตรงนี้เป็นแหล่งข้อมูลได้

รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อถูกจำหน่ายจาก รพ. เดี่ยวจะเสนอแบบฟอร์มว่าเวลาที่ผู้ป่วย discharge ออกจากโรงพยาบาล ถ้าเรามีแผ่นนี้ให้กับผู้ป่วยติดตัวกลับไป แล้วบอกเขาว่าครั้งหน้าถ้ามา admit เอาใบนี้กลับมา หรือถ้าไป admit ที่ไหน เอาใบนี้ให้กับแพทย์ พยาบาล ดูด้วยนะว่าเคยได้ยาอะไรอยู่อันนี้ ก็จะช่วยได้แหละค่ะ ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกแล้วรพ. นั้นมีการทำรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับยาจากแผนกผู้ป่วยนอกอันนั้นจะช่วยได้ เดี่ยวจะให้คุณดูว่าฟอร์มจะเป็นอย่างไร

♠ พบว่าการให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ จะต้องใช้แหล่งข้อมูลอย่างน้อย 2 แหล่ง ขึ้นไป ประกอบกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือญาติ หรือผู้ดูแล



จากประสบการณ์ที่เขาทำมา ใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียวไม่ได้ ไม่ครบ ต้องใช้จากสองแหล่ง ขึ้นไปจึงจะได้ข้อมูลที่พอจะครบบ้าง ต้องไปประกอบกับการสัมภาษณ์อีกด้วย และต้องมีเทคนิค การสัมภาษณ์อีกด้วยว่าทำอย่างไรได้ข้อมูลถูกต้อง เขาบอกว่า 10 คนสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ข้อมูล มาไม่เหมือนกันเลย แล้วแต่มุมมองของการซักถาม เพราะฉะนั้นต้องมีคำถามที่เป็นมาตรฐาน

ตัวอย่างแบบบันทึก

Multi-visit medication flow

Patient's ID			ข้อมูลการแพทย์ ฯลฯ										
			Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
			2/07	6/07	12/07								
Lisinopril	10 mg	daily	✓	✓	d/c								
Metformin	500 mg	BID	✓	✓	✓								
Glipizide	5 mg	BID	✓	✓	d/c								
HCTZ	25 mg	daily	✓	✓	✓								
Plavix®	75 mg	daily	✓	✓	✓								
Motoprolol	50 mg	BID	✓	✓	d/c								
Glucobay®	100 mg	TID			✓								
Cozaar®	50 mg	daily			✓								
Coumadin	See Special Instructions		✓	✓	✓								
Toprol®	50 mg	daily			✓								
Levaquin®	500 mg	1 tab for 1 day			✓								

1. At every visit : Check box for each medication if continuing.
 2. At every visit : Cross out each medication if discontinuing.
- d/c = discontinued

อันนี้แหละอยากเสนอว่าเวลาผู้ป่วยมาที่ OPD อาจมาพบที่หลายคลินิก ลองดูว่ามีแผนนี้ ติดไว้ที่แผนแรกในแฟ้มผู้ป่วยจะเป็นไปได้ไหม แพทย์สั่งยาไป ช่วยเขียนไว้ด้วยหรือให้พยาบาล เขียนก็ได้ อย่าเพิ่งบอกว่ามันเป็นภาระ ขอความกรุณา คือใช้จิตวิญญาณ คิดถึงความปลอดภัย ผู้ป่วย แล้วเราจะไปลดเวลาสัมภาษณ์ตอนผู้ป่วย admit ใช้ใบนี้ เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลยาที่

ผู้ป่วยได้รับ ใบนี้จะติดในเวชระเบียนผู้ป่วยหรือ OPD card ถ้ามาครั้งที่สองแพทย์เปลี่ยนยากี่ชนิด ข่ายาตัวนั้นออกแล้วบอกว่า discontinue เปลี่ยนเป็นยาไหนก็เขียนเพิ่มมาใหม่ ถ้าไปอีกคลินิก หนึ่งได้ยาอะไรเพิ่มก็ช่วยเขียนเติมไปด้วย ตรงนี้จะมองเห็นเลยว่ายามันซ้ำซ้อนกันหรือเปล่า บางทีหลายคลินิกอาจให้ยาซ้ำซ้อนกันก็ได้ คนไข้ได้รับ warfarin แล้วอีกคลินิกหนึ่งมาจะสั่ง NSAID ต้องกระตุกกันบ้าง ต้องกึ่งกันบ้างว่ามันไม่ได้นะ อันนี้จะทำให้แพทย์ในทุกคลินิกที่ OPD มองเห็นภาพรวมของยาผู้ป่วยได้รับ แล้วถ้ามาอีกครั้งหนึ่งจะ discontinue ยาตัวไหนก็ขีดทิ้งไป แผ่นนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลยาตอนผู้ป่วยมา admit ได้ แต่ต้องถามเพิ่ม ชื่อยาอะไรกินเองหรือ เปล่ากินสมุนไพรอะไรหรือเปล่า กินวิตามิน กินอาหารเสริม อะไรหรือเปล่า เข้าทำใหม่คะ อยาก เห็นโรงพยาบาลทำ

ชื่อยาและขนาดรับประทาน	เช้า		กลางวัน		เย็น		ก่อนนอน
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
Metformin 500 mg 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง		X				X	
Hydrochlorothiazide 25 mg 1 เม็ด วันละครั้ง		X					
Plavix 75 mg 1 เม็ด วันละครั้ง		X					
Cozaar 50 mg 1 เม็ด วันละครั้ง		X					
Ativan 1 mg 1 เม็ด วันละครั้ง							X
ข้อมูลเพิ่มเติม.....							
เลขที่คนไข้.....ว/ด/ป.....							

อันนี้เป็นตอนผู้ป่วยจะจำหน่าย บอกได้เลยเป็นหน้าที่ห้องยา ถ้าคอมพิวเตอร์ช่วยกรุณา ทำหน่อย จะช่วยผู้ป่วยได้มากเลยได้ ยา 10 ตัวสามารถมองได้เลยว่าหลังอาหารเราเข้าต้องกิน อะไรบ้าง มองปั๊บเห็นเลย ก่อนอาหารเย็นต้องกินอะไรบ้าง มองปั๊บเลย เห็นได้ เดี่ยวคุณกมล คักดีมีอะไรเล่าต่อเพราะเขาทำแล้ว เวลาคนไข้กลับมา admit เอาอันนี้กลับมาด้วย มันจะเป็น ข้อมูลอันหนึ่งที่เราคนไข้กินยาต่อเนื่องอะไรอยู่ เดี่ยวนี้หลายโรงพยาบาลจะให้แบบฟอร์มนี้ให้ คนไข้ตอนจำหน่ายกลับบ้าน

TITLE : Admission Reconciliation						
Allergies/Reaction (ปฏิกิริยาแพ้ยา) <input type="checkbox"/> Patient reports taking no home medications <input type="checkbox"/> Discontinue all home medications as below <input type="checkbox"/> Resume all home medications as below					Patient Information Name HN	
Medications prior to admission (Includes prescription and non-prescription, herbal products, and supplements)						
Medication name and Dosage regimen	Last dose taken	Physician to complete on admission				Reason for Change/Hold/Discontinue
		Continue	Change	Hold	Discontinue	
Pharmacy Consult: Yes/No Reason for consult:	Additional Information :					

Signature of person completing form.....Date/Time.

Signature of person completing form.....Date/Time.

Physician
Signature.....Date/Time

อันนี้เป็นฟอร์มของ reconcile เรียนไว้ว่าอย่างหนึ่งว่าอย่าไปยึดติดกับสิ่งที่วิทยากรเสนอในวันนี้ ท่านเอา idea ไปปรับรูปแบบให้เหมาะสม ให้สะดวกกับคนทำงาน เราอาจจะไม่เหมาะสมกับรูปแบบนี้ แต่ลองไปดูว่าเวลาซักประวัติเขาเขียนอะไรลงไป last dose ยา dose สุดท้ายที่ได้คืออะไรคุณหมอมาคู จะไม่สั่งต่อก็ discontinue จะเปลี่ยนอะไรก็ว่าไป มีช่องลงให้หมด พิมพ์เป็นภาษาไทยไม่ได้ ช่องไม่พอ ขออภัยต้องพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษมันจึงจะลงลို့ด

สิ่งหนึ่งในการทำ reconcile อยากให้แพทย์ลงเหตุผลด้วยว่าทำไมจึงเปลี่ยนยาตัวนี้ ทำไมจึงเปลี่ยน dose อย่างนี้ จึงจะถือว่าเป็นการ reconcile ที่สมบูรณ์แบบ ถ้าไม่อย่างนั้นจะนับเป็น 1 ผิดเลย ให้ลงเหตุผลด้วยเพื่อเป็นการสื่อสารกันระหว่างสหวิชาชีพว่าทำไมจึงเปลี่ยน หรือจะ hold ไว้ aspirin ยังไม่ไห้หะ sulfonyl urea ยังไม่ไห้หะ เปลี่ยนเป็น insulin หยุดไว้ก่อน แต่อย่าลืมเวลาจำหน่ายอย่า hold ต่อหะ จะให้หรือไม่ให้ก็เอาอันนี้มาเปรียบเทียบกันดู อันนี้คือกระบวนการแบบฟอร์มนี้นำเสนอไว้เฉย ๆ

การเริ่มต้น

จะเริ่มต้นกระบวนการอย่างไร

- ♣ กระบวนการนี้เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล
- ♣ ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องนี้ และนำลงสู่การปฏิบัติ โดยผ่านทางคณะกรรมการ PTC และ/หรือ PCT

จะเริ่มต้นกระบวนการอย่างไร กระบวนการนี้เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เวลาเป็นสหวิชาชีพนี้ ถ้าไม่ใช้นโยบายผู้บริหารไม่มีวันได้ผล ใครก็สั่งใครไม่ได้ จึงจำเป็นต้องเป็นนโยบายจากผู้บริหาร อาจ work ผ่าน PTC หรือ PCT ก็ว่าไป แต่ผู้บริหารต้องเริ่มไม่อย่างนั้นสั่งกันไม่ได้ เตี้ยวเภสัชทำก็ทำไป หมอทำก็ทำไป พยาบาลทำก็ทำไป ไม่มีความร่วมมือกัน

นโยบายที่ควรมี

นโยบายควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

- ♥ คำจำกัดความและความครอบคลุม
- ♥ กำหนดกรอบเวลาที่จะต้องทำกระบวนการนี้ให้เสร็จ
- ♥ กำหนดข้อมูลที่ต้องบันทึก
- ♥ กำหนดแหล่งที่มาของข้อมูลดังกล่าว
- ♥ กำหนดขั้นตอนการดำเนินการ
- ♥ กำหนดแบบฟอร์มที่ใช้ในระยะแรก
- ♥ กำหนดช่วงเวลาทดลองและประเมินผลเป็นระยะ

เราต้องทำความเข้าใจกับคำจำกัดความ แล้วเราดูว่าระยะแรกจะเริ่มทำกับผู้ป่วยกลุ่มไหนก่อน ทำหมดไม่ไหว ตายคาที่ เราต้องมาดูว่าเริ่มตรงไหนก่อน แล้วจะให้กระบวนการ reconcile เสร็จภายในเวลาเท่าไร กรอบเวลาต้องมี ของต่างประเทศ 24 ชั่วโมงหรือบางที่ให้ 4 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับ antibiotic หรือ insulin ต้อง work out ให้ได้ภายใน 4 ชั่วโมง ไม่อย่างนั้นผู้ป่วยไม่ได้ยา กำหนดข้อมูลที่ต้องบันทึก แหล่งที่มาข้อมูล

ทั้งหมดนี้ มันต้องเริ่มต้นหมุน PDSA ต้องผิด ๆ ถูก ๆ แต่ก่อนจะเริ่มต้นหมุน PDSA ต้องมีก่อนว่ากระบวนการจะอย่างไร จะสืบค้นข้อมูลจากแหล่งไหน กำหนดมาเลยแล้วลองทำดู จะรู้ว่าได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลต้องปรับ แบบฟอร์มไม่ work ทำไปปรับไป PDSA จะเริ่มหมุน

ใช้เวลาพอสมควรแต่ต้องเริ่มทำ ถ้าไม่เริ่มจะไม่มีวันที่รู้ว่ามีปัญหาตรงไหน ทำไม่ได้เพราะอะไร
อย่าไปเอาของคนอื่นมาใส่ให้เรา หาของเราเองดีที่สุด แต่เอาวิธีคิดนี้ไปแล้วลองดู กำหนดเวลา
ทดลอง แล้วติดตามประเมินผล แล้วปรับดู

รูปแบบความรับผิดชอบ

ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบกระบวนการในภาพรวม

รูปแบบที่ 1 พยาบาลบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยใช้
ต่อเนื่อง แพทย์ดูเปรียบเทียบกับรายการยาที่สั่งเมื่อ
แรกรับ เภสัชกรทวนสอบรายการยาในแบบบันทึก
เพื่อดูว่ามีการแก้ไขหรือไม่ อย่างไร เป็นการยืนยัน
ว่ากระบวนการได้เกิดขึ้นสมบูรณ์แล้ว

รูปแบบที่หนึ่ง พยาบาลต้องซักประวัติเรื่องยาอยู่แล้วใช่ไหม แต่ยังไม่มีคนมาดู อาจจะ
ซักสมบูรณ์บ้างไม่สมบูรณ์บ้าง ต่อไปนี่ก็คือซักประวัติให้สมบูรณ์ แล้วอาจเป็นรูปแบบที่ว่าแพทย์
มาดูว่ารายการยาที่สั่งแรกกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องจากบันทึกพยาบาลมัน OK หรือไม่
แล้วก็ให้เภสัชกรช่วยทวนสอบว่ากระบวนการนี้ได้ทำหรือไม่ โดยการเซ็นชื่อกัน แสดงว่า
กระบวนการสมบูรณ์หรือไม่ รูปแบบที่ 1 พยาบาลบันทึก แพทย์ดูเองเปรียบเทียบเอง

รูปแบบที่ 2 พยาบาลเป็นผู้หาข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้
อย่างต่อเนื่องและบันทึกลงในแบบฟอร์ม เภสัชกรเปรียบ
เทียบกับรายการยาแรกรับ เมื่อพบความแตกต่างให้ปรึกษา
แพทย์ แพทย์ทบทวนรายการยา จะเปลี่ยนแปลงหรือยืนยัน
คำสั่งเดิม ให้ลงชื่อ เป็นอันจบกระบวนการ หากแพทย์ไม่
ทบทวนภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้พยาบาลติดต่อแพทย์

รูปแบบที่สอง พยาบาลหาข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้และบันทึก เภสัชกรมาดูว่าสิ่งที่
พยาบาลบันทึกกับสิ่งที่แพทย์สั่งมีความแตกต่างกันหรือไม่ (discrepancy) ถ้าต่างกัน ให้แพทย์มา
ดูว่าตั้งใจหรือลืมนำไป เซ็นชื่อกันเป็นอันจบกระบวนการ ถ้าแพทย์ไม่มาดูภายในกรอบเวลาที่
กำหนด ให้พยาบาลติดต่อแพทย์

รูปแบบที่ 3 เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้หาข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่อง เปรียบเทียบกับรายการยาแรกรับ เมื่อพบความแตกต่าง ให้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์จะต้องทบทวนรายการยาภายในกรอบเวลาที่กำหนด หากแพทย์ยังไม่ได้ทบทวนให้พยาบาลหรือเภสัชกรติดต่อแพทย์

รูปแบบที่สาม ให้เภสัชกรประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้หาข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ รูปแบบนี้ขึ้นกับอัตรากำลัง ฝรั่งเขาเสนอว่าถ้ามียา 8-10 รายการให้เภสัชกรเข้ามา แต่ถ้ามีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย ให้هماไปเลยทั้งซึกประวัติ ทำบันทึก เปรียบเทียบ

จะเลือกใช้วิธีใดใน 3 รูปแบบนี้ ขึ้นกับอัตรากำลังและการตกลงกันข้างใน

ขั้นตอน

ขั้นตอนในการทำ medication reconciliation



อันนี้เป็นขั้นตอน

เคล็ดลับสู่ความสำเร็จ

เคล็ดลับสู่ความสำเร็จ

- ♣ นโยบายและแนวทางการดำเนินการชัดเจน
- ♣ สื่อสารและอบรมผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
- ♣ แบบฟอร์มง่ายต่อการบันทึกและสื่อสาร
- ♣ เลือกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการเริ่มต้นกระบวนการเรียนรู้
- ♣ เริ่มต้นจากผู้ป่วยที่รับเข้าจากห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นจุดเสี่ยงที่ข้อมูลการใช้ยาอาจหลุดได้ง่าย
- ♣ ประเมินผล และปรับกระบวนการจนพอใจในผลลัพธ์ แล้วจึงขยายผล

เคล็ดลับสู่ความสำเร็จ นโยบายต้องชัดเจน ต้องอบรมสื่อสารให้เข้าใจ ไม่อย่างนั้นคนไม่เข้าใจว่ามันแปลว่าอะไร ไม่รู้จะแปล Medication Reconciliation ว่าอะไร จะแปลว่า การเปรียบเทียบข้อมูลยาไม่แปลดีกว่า เพราะมีหลายขั้นตอน มันประกอบด้วย 4 ขั้นตอนใน ดูแบบฟอร์มที่ง่ายต่อการบันทึกและสื่อสาร เลือกผู้ป่วย สมมติว่าจะเริ่มไปหาปัญหาในโรงพยาบาลกันก่อน สำรวจปัญหา เลือกผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงที่สุดที่ปกติมักจะลืมได้ยา คือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของฝรั่ง propose ไว้หลายอัน เด็กก็ propose เรื่องของเด็ก เพราะเด็กถ้าไม่ได้ยาจะอันตรายเป็นสามเท่า เราเลือกของเราเองเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง อาจไปเริ่มที่ ER เพราะ ER ปัญหาเยอะที่สุด แล้วประเมินผล

การประเมินผล

- ⊕ Undocumented intentional discrepancy/patient แพทย์ตั้งใจเปลี่ยนชนิดของยา ปรับขนาดที่รับประทาน หรือหยุดยา แต่ไม่ได้บันทึกไว้
 - ⊖ Unintentional discrepancy/patient แพทย์ไม่ได้ตั้งใจเปลี่ยนแปลงยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ แต่เป็นความผิดพลาด
- กำหนดเป้าหมาย*
จะลดความแตกต่างของรายการยาลง%

สรุป



สรุปแล้ว **Medication Reconciliation** เป็นเรื่องของสหสาขาวิชาชีพ มิใช่เพียงทำเป็นเอกสารออกมา ไม่ใช่เช่นนั้น อาจารย์อนุวัฒน์ใช้คำว่า ทำด้วยจิตวิญญาณก็คือ **concern** ที่มีต่อผู้ป่วย อยากให้ผู้ป่วยปลอดภัย เราต้องรู้ว่าตรงรอยต่อของกระบวนการมักเกิดความคลาดเคลื่อนจะนั้น ต้องให้ความสำคัญที่ตรงนั้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ถ้าไม่ทำ จะไม่อิน ไม่ get หรือตอนนี้ก็ยังไม่ออกไปดูปัญหาที่ รพ. แล้วเริ่มทำ ยิ่งเริ่มทำยิ่งเห็นปัญหา พอเห็นปัญหาแล้วสहुกอยากจะทำให้มันสำเร็จ

Medication Reconciliation ใน รพ.เลิดสิน

ภญ. สุวรรณี เจริญพิชิตพันธ์

ขอขอบคุณ พรพ. ที่เชิญมาคุยประสบการณ์ที่ทำที่เลิดสิน

ปัญหา

- 350 sentinel events ทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพ หรือ เสียชีวิตเกิดจากความผิดพลาดของ **การสื่อสาร ข้อมูล** ร้อยละ 66

ครึ่งหนึ่งหลีกเลี่ยงได้โดยใช้ **MEDICATION RECONCILIATION**



ทำไมต้องทำ Medication Reconciliation เมื่อก็ อ.ธิดา ได้พูดถึงไปแล้ว ก็คือเนื่องจากปัญหาคนไข้ถึงกับเสียชีวิต เนื่องจากผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูล ซึ่ง ครั้งหนึ่งหลีกเลี่ยงได้ด้วยการทำ Medication Reconciliation

จุดเชื่อมต่อที่ทำให้เกิดปัญหาที่ อาจารย์สรุปให้ฟัง คือ จากเดิมข้อมูลในการใช้ ยาที่คนไข้เป็น case OPD เกิดอะไรขึ้น ถ้า admit เข้ามา การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน อีก อย่างการย้ายหอผู้ป่วย จุดสุดท้ายคือจุดที่ ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ข้อมูลทางยาอาจไม่ ครบถ้วนทำให้คนไข้ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ

จากการทบทวนในเวชระเบียน 200 กว่าฉบับ พบว่ามีการบันทึกข้อมูลประวัติยา เดิมของคนไข้ที่จุด admit ครบถ้วนเพียง 18% ไม่ครบถ้วนหรือผิดบางรายการ 14 % ไม่มีการ บันทึก 67%

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ยาที่ผู้ป่วย เคยใช้ ส่วนใหญ่เป็นของ รพ. เลิดสิน นอกจากนี้มีจาก รพ. อื่น หรือร้านขายยาที่ คนไข้ซื้อรับประทานเอง

อังกฤษกับชีวิต
Living Organization

วิธีที่ใช้ค้นหาข้อมูลรายการยา และประสานรายการยาให้แพทย์

1. การทบทวน OPD card ใช้ 35.9 %
2. การค้นข้อมูลจากคอมพิวเตอร์เภสัชกรรม ใช้ 27.5%
3. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และ/หรือญาติ ใช้ 20.8 %
4. การตรวจสอบยาเดิมของผู้ป่วย ใช้ 15.8 %

ในการเตรียมข้อมูลให้แพทย์ เราได้จากการทบทวน OPD card 35.9% ค้นข้อมูลจากฝ่ายเภสัชกรรม 27.5% และจากการสัมภาษณ์ ตรวจสอบยาเดิมผู้ป่วย 15.8 %

Admission reconciliation form

ข้อมูลผู้ป่วย
ชื่อ-สกุล.....
HN.....
อายุ.....เดือน.....
โรค/อาการ.....

แพทย์ (ชื่อและนามสกุล).....
Side effect (ชื่อและนามสกุล).....

ที่มาของยา	ยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้าโรงพยาบาล ขนาดยา/ความถี่/วิธีใช้	คำสั่งใช้ยาของแพทย์			ปรึกษาแพทย์
		สั่งใช้	ไม่ได้สั่งใช้	ปรับเปลี่ยน	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล
วันที่ให้ข้อมูล.....

ภาพนี้เป็นฟอร์มอันหนึ่ง ซึ่งอาจารย์คิดว่าบอไม่ต้องยึดติด แล้วแต่จะให้สะดวก การทำเป็นสี่จะทำให้ชัดเจน ที่ใช้อยู่จะสอดคล้อง chart บาง รพ. จะสอดคล้องใน chart ทำให้แพทย์เห็นชัดเจนดี



จากที่เราศึกษาพบความคลาดเคลื่อนทางยาในจุด admit สูงสุด 18.6% (ของต่างประเทศประมาณ 20%) จุด transfer เราพบน้อยคือ 0.4% จุดจำหน่าย พบ 4%



มาเจาะดูว่าที่จุด admit ถ้าทำ Medication Reconciliation แล้วผลจะเป็นอย่างไร จากกลุ่มควบคุมคือไม่ได้แบบ MR จะพบ error 18.5% ถ้าทำ Medication Reconciliation แล้วเหลือ 7.5% ซึ่งมีความสำคัญทางสถิติสามารถลด preventable AE ได้อย่างมีนัยสำคัญ



มาดูรายละเอียดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีประเภทไหนบ้าง จะเป็น omission error (คนไข้ไม่ได้รับยาที่เคยได้) สูงสุด



จุด transfer ที่มีการเปลี่ยน ward บางครั้งผ่าตัด ย้ายจาก ICU ไป ward อื่น เราพบความคลาดเคลื่อนได้ค่อนข้างน้อย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



จุด D/C เราพบว่ามีความแตกต่างหลังทำ reconcile มีความสำคัญทางสถิติ

Case omission errors

ผู้ป่วย CHF, underlying DM ระหว่างรักษาในรพ.
DTX < 200 แพทย์จึงไม่สั่งยาเบาหวาน (และไม่สั่งยาเบาหวานตอนกลับบ้าน...สิม ?)

ยาเบาหวาน PTA Gliben 1 X 1 ac
Metformin 1 X 2 pc

2 wk ต่อมาผู้ป่วย readmit ด้ 10 hyperglycemia มีอาการคลื่นไส้ ทานไม่ได้


ตัวอย่างกรณีศึกษา ผู้ป่วย CHF มี underlying DM แรกรับน้ำตาลไม่สูง หมอไม่ได้สั่งยาเบาหวานขณะที่ admit ตอนจำหน่ายก็ไม่ได้ยาไป ยาที่ควรได้รับมี glibenclamide, metformin อีกสองสัปดาห์หลังจำหน่าย กลับมา admit เพราะน้ำตาลในเลือดสูง

องค์กรกับชีวิต
Living Organization

Case omission errors

ผู้ป่วย ESRD มี underlying DM ส่ง FBS วันแรก = 84,
แพทย์จึงยังไม่ให้ insulin
ซึ่งผู้ป่วยเคยได้ H 70/30 (30-0-10)
และไม่มีการตรวจ Blood Sugar อีกเลย (7 วัน)
เภสัชกร Consult แพทย์ให้เจาะ DTX พบ = 319

ผู้ป่วยจึงได้ Insulin




รายต่อไปเป็น End Stage Renal Disease มี underlying DM มาครั้งแรกน้ำตาลต่ำหมอยังไม่ได้ให้ insulin ผู้ป่วยเคยได้ Humulin 70:30 ตอน admit ไม่ได้เจาะเลือดอีกเลย พอเภสัชขึ้นไป consult แพทย์ก็เจาะเลือดคนไข้จึงได้ insulin

องค์กรกับชีวิต
Living Organization

ตัวอย่าง Omission errors

ผู้ป่วยหญิงอายุ 54 ปี Admit ด้วย acute pyelonephritis
underlying DM, dyslipidemia
ระหว่างนอนในโรงพยาบาลไม่ได้รับยาคลอไซมัน
จึงผู้ป่วยควรได้รับคือ gemfibrozil 600 mg (TG = 252)



อีกรายหนึ่ง คนไข้มา admit ด้วยโรคหนึ่ง หมออาจไม่ได้ดูโรค underlying อันนี้ไม่ได้รับยาคลอไซมัน

MEDICATION RECONCILIATION in Lerdsin Hospital

ปัญหาขาดบุคลากร

โรงพยาบาล 600 เตียง เภสัชกร IPD 4 คน
ผู้ป่วยนอก 2,500 ราย/วัน เภสัชกร OPD 8 คน

อันนั้นคือขั้นตอนการเก็บข้อมูล ในการทำงานจริง เรามีปัญหาขาดบุคลากร งานบริการผู้ป่วยในเรามี 600 เตียง มีเภสัชกร 4 คน ผู้ป่วยนอก 2,500 รายต่อวันมีเภสัช 8 คน ทำเคมีบำบัด ติดตาม ADR ติดตาม case งานค่อนข้าง load แต่เห็นปัญหาว่า Medication Reconciliation ช่วยคนไข้ได้ช่วยลด error เราเลยคัดเลือกมาว่าจะทำจุดไหน

องค์กรกับชีวิต
Living Organization

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบ

ร้อยละต่อรายการยา 20 18.6

จึงเลือกทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วย Admit กลุ่มเสี่ยง

5 0.4

Admit Transfer Discharge



กลับมาดูข้อมูลที่เก็บไว้ครั้งแรกพบว่า จุด admission มีความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนข้างสูง เราจึงเลือกทำจุดนี้ แต่ไม่สามารถทำได้ทุกรายทั้ง 600 เตียง จึงทำเฉพาะคนไข้กลุ่มเสี่ยง



วิธีดำเนินการ

- ค้นหาผู้ป่วยที่ Admit ใหม่ ที่ศูนย์ Admit หา HN
- ค้นประวัติยาเดิมของผู้ป่วยก่อน Admit จาก computer และ/หรือ OPD card
- นำประวัติยาเดิมแนบกับชาร์ตผู้ป่วย บนหอผู้ป่วย
- ติดตามการสั่งยาของแพทย์จากคอมพิวเตอร์ที่ห้องยา
- ถ้าแพทย์ยังไม่สั่งใช้ยา, ตรวจสอบผล Lab
- ติดตาม consult แพทย์

วิธีดำเนินการครั้งแรกไม่รู้จะทำอย่างไร การหาข้อมูล admit ตอนแรกต้องไปหา HN ที่ admit ใหม่ในแต่ละวันที่ศูนย์ admit ตอนหลังให้ศูนย์คอมทำให้คนไข้ admit ขึ้นหน้าจอห้องยาได้ ทำให้หาข้อมูลคนไข้ที่ admit แต่ละวันได้ และค้นหาประวัติเดิมของคนไข้จากคอมพิวเตอร์และ OPD card ของ

คนไข้ ทำเป็นรายการยาในหน้าแรกของ chart จากนั้นติดตามการใช้ยา คนเราน้อยเราจึงติดตามจากคอมพิวเตอร์ในห้องยาว่าแพทย์มีการสั่งใช้หรือไม่ ถ้ามีการสั่งใช้และเกิดยานั้นต้อง monitor ด้วยผล lab เราก็ดูจากผล lab ในห้องยา เนื่องคนเราน้อยพยายามทำในห้องให้มากที่สุด ถ้ามีปัญหาจึงจะติดตาม consult แพทย์

เราทำ list รายชื่อคนไข้ที่ admit ในแต่ละวันและเข้าไปดูประวัติ ที่เราเลือกทำคือคนไข้ chronic ที่ได้รับยาต่อเนื่อง เราไม่ได้ใช้ใบ reconcile ที่คัดลอกด้วยมือ แต่ print จากคอมพิวเตอร์ พอ print ในคอมพิวเตอร์เป็นกระดาษไม่ใช่สีเลย ติดสีให้ชัดเจนแนบไว้หน้า chart ติดตามผลก็เปิดดูน้ำตาลในเลือดเท่าไร ถ้าเกิดสูงขึ้นมาแล้วคนไข้ไม่ได้ยา DM ก็ ขึ้นไปหอบุคลากร ถ้าพบแพทย์จะคุยกับแพทย์ ถ้าไม่ได้พบแพทย์จะฝากข้อมูลกับพยาบาลให้ประสานงานกับแพทย์ว่าคนไข้ น้ำตาลเริ่มขึ้นและยัง ไม่ได้ยา DM



ผลงานของโรงพยาบาลเลิศสิน

- ปัจจุบันทำ reconcile ได้เฉลี่ยเดือนละ 30 ราย
- เกสเซอร์ต้องดำเนินการประสานแจ้งแพทย์ก็พบมีการสั่งยาตามประวัติเดิมถึงร้อยละ 90 ที่เหลือร้อยละ 10 ที่แพทย์ยังคงไม่สั่งยาตามประวัติเดิม

ปัจจุบันทำ Medication Reconciliation เฉลี่ยเดือนหนึ่ง 30 ราย ทำให้แพทย์สามารถสั่งยาตามประวัติเดิมได้ 90% เหลืออีก 10% ที่แพทย์ยังคงไม่สั่งยาตามประวัติเดิม ปัญหาคือหมอไม่ได้บอกว่าทำไมไม่ได้ให้ยาต่อ



ตัวอย่าง Omission errors

ผู้ป่วยหญิงอายุ 63 ปี Admit ด้วย acute asthma attack ขณะนอนในโรงพยาบาลไม่ได้รับยา
Tamoxifen 20 mg 1x1 pc
ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับเนื่องจากเป็นมะเร็งเต้านมเมื่อ 3 ปีก่อน ต้องกิน Tamoxifen 20 mg 1x1 pc



ตัวอย่าง omission error อีกรายหนึ่ง คนไข้ admit ด้วย asthma ขณะนอน รพ. ไม่ได้ tamoxifen ซึ่งควรได้รับเนื่องจากเป็นมะเร็งเต้านม ต้องรักษาต่อเนื่อง

ตัวอย่าง wrong drug errors

ผู้ป่วยหญิงอายุ 85ปี Admit ด้วย Femur fracture underlying DM แพทย์ผู้รับ admit order ยาเดิมของ Med เป็น Diamox 1 x 1 ac

reconcile หมายถึง Diamicron 80 mg 1 x 1 ac แต่ผู้ป่วยได้ไปแล้ว 1 dose

ตัวอย่าง wrong drug error คนไข้มาด้วย fracture femur คนไข้เป็น DM มาก่อน แพทย์ที่ส่ง admit เป็นแพทย์เฉพาะทาง ไม่ใช่อายุรแพทย์ ก็ลอกคำสั่งใช้ยาเดิมเป็น diamox แต่จริงๆ เป็น diamicron และได้รับไป 1 dose เพราะเราทำ reconcile ตอนช่วงบ่าย ถ้าคนไข้มาช่วงเย็นหลังเลิกงานจะได้ยาไปแล้ว 1 dose เพราะฉะนั้น time frame มีความสำคัญ

Medication Reconciliation

1. การทำ Medication Reconciliation สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในระบบยาผู้ป่วยใน
2. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาเพิ่มขึ้น จากกระบวนการ Medication Reconciliation
3. ควรมีการผลักดันให้ดำเนินการต่อไป

Medication Reconciliation ถึงเราจะคนน้อย แต่เลือกทำในกลุ่มเสี่ยงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาขึ้น

ปัญหา

1. ใคร ? ผู้ปฏิบัติงานสร้างรายการยาที่สมบูรณ์
2. รูปแบบ ? รายการยาที่สมบูรณ์ เปรียบเทียบกับรายการเดิม
3. ความทันเวลา ? (time frame)
4. ใคร ? ผู้ติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา (monitoring)

ปัญหา ใครจะทำ เราเลือกทำในสิ่งที่เราทำได้ ปัญหาที่ทุกโรงพยาบาลมีคือคนไข้เยอะ ยิ่งคนไข้ประกันสุขภาพมายิ่งเยอะมาก

การวัดผลเกี่ยวกับ Medication Reconciliation

ภก. กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง (รพ.บำรุงราษฎร์)

ขอขอบคุณคณะผู้จัดงาน พุดคนสุดท้ายดีเพราะ อ.ธิดาพุดไปหมดแล้ว ขออนุญาตเห็นประเด็นเรื่องของการวัดผลซึ่งมีการวัดได้หลายรูปแบบ อาจยกกรณีศึกษาที่ทำที่บำรุงราษฎร์เพิ่มเติมเล็กน้อย

ก่อนอื่นต้องขอชื่นชม รพ. เลิดสิน ดูเลิดสินแล้วไม่กลับไปทำก็อายเลิดสิน เพราะมีอัตราบุคลากรน้อยและสามารถเริ่มทำได้ ถึงแม้เดือนละ 30 คนแต่ก็เห็นปัญหา อีกทางที่จะสามารถขยายผลได้ถ้าเอาตรงนี้มาเผยแพร่กันเองใน รพ. แพทย์จะเริ่มเห็นว่ามีคามสำคัญอย่างไรและช่วยทำให้แพทย์เองให้ความร่วมมือกับเราในการช่วยดูตรงนี้สมบูรณ์ ในการทำ อย่างที่ อ.ธิดาได้พูดไว้ ตรงนี้ไม่ใช่หน้าที่ของคนใดคนหนึ่ง เป็นหน้าที่ของทุกคนจริง ๆ แล้ว**คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องอีกส่วนหนึ่งคือผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย**

จะเล่า case ก่อน คุณแม่เป็น stroke คนดูแลคือลูกชายไม่ได้เป็นวิชาชีพอะไรเลย เป็นคนทำงานโรงแรมแต่ มีการศึกษาระดับหนึ่ง ตอนที่คนไข้มา admit พอได้รู้จักผ่านคนอื่นมาเห็นสิ่งที่เขาเตรียมให้คุณแม่ คุณแม่ต้องทาน warfarin บ้านเรามีขนาด 3, 5 แต่จะมีทานหักครึ่งวันคู่วันคี่ เห็นแล้วตกใจ คำเขาปฏิบัติใหญ่ ๆ ที่แปะเม็ดยาได้ มาเอาเม็ดยา หักครึ่งเม็ด แปะไว้เลขที่วันที่ที่ปฏิบัติ สมมติวันที่ 1 กิน 3 mg หักครึ่งเม็ดแปะวันบนปฏิบัติให้คุณแม่ เตรียมไว้ให้กลางคืนก่อนไปทำงาน เป็นอีกวิธีการหนึ่ง

ถ้าเราไม่ช่วยเขาเราจะอายุเขา ไม่ใช่ญาติไม่เชื่อใจ แต่เขาหาหลายหมอลายที่ แล้ว พบว่ามีความผิดพลาด นอกจากมีรายการยานั้น เขายังถือประวัติคุณแม่ทุกครั้ง ขอจากแพทย์ บางทีบาง รพ. เวชระเบียนซ้ำ หาเวชระเบียนไม่พบ ให้เอาของเขาก่อน เขาหยิบมาด้วย

อีกสิ่งหนึ่งที่เราคงต้องดู ที่นี้ทำไมต้องทำ สำหรับท่านที่ทำงานมานาน เมื่อก่อนความเจ็บป่วยของคน การรักษาโรคไม่ค่อยมีความทันสมัย ขณะนี้ไม่มีใครอยากตาย อยากอยู่กันนาน ๆ สิ่งก็ตามมากับอายุยืนก็คือโรค ถ้าไปอ่านการคาดการณ์ของ WHO คนจะป่วยมากด้วยโรคอะไร สารพัด และยาที่ออกมาใหม่ ๆ ก็จะมีปัญหา ถ้าท่านคิดว่า 10-20 ปีไม่ต้องทำ ทำไมวันนี้ต้องทำ คงต้องย้อนกลับไปดูว่ามีอะไรแค่นั้น

แบบฟอร์มและกระบวนการ

ในส่วนบำรุงราษฎร์ เริ่มมาตั้งแต่ปี 2006 แต่ยังเป็น baby อยู่ถ้าเทียบกับเลิดสิน คือยังทำอยู่แต่มีแบบฟอร์ม ที่ใช้ค่อนข้างเยอะ สิ่งที่กำลังทำขณะนี้แค่วัดผลในเชิงความสมบูรณ์ของแบบฟอร์มที่กรอก ยังไม่ได้ก้าวไปในการเปรียบเทียบว่าสิ่งที่ได้มากับสิ่งที่แพทย์สั่งระหว่างที่คนไข้ admit หรือ D/C มีความสอดคล้องหรือสมบูรณ์แค่ไหน กำลังเริ่ม บังเอิญเรา ไม่ได้เริ่มผิด

แต่เป็นอีกกรณีศึกษาเรา แต่โลภมากเริ่มทั้ง รพ. เพราะฉะนั้นเรามีความลำบากในการต้องปรับ โหนดปรับนี้เยอะกว่า เพราะฉะนั้นเป็นกรณีศึกษาอีกแบบที่จะให้เห็นว่าถ้าไม่ **focus** อาจจะทำ ยากนิดหนึ่ง



Form and Process

- แบบฟอร์มที่ใช้
 - Medication Reconciliation
 - Medication Administration Record (MAR)
 - Active Medication List (Daily) as a daily reminder
 - Nursing Notes
 - Discharge Summary & Compliance Aid Leaflet
- กระบวนการและขั้นตอนในการทำ
 - Admission
 - Transfer
 - Discharge

เริ่มมีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006
 มีการวัดผลของกิจกรรมในเชิงความสมบูรณ์ของการใช้แบบฟอร์ม และความสมบูรณ์ของการออก แบบฟอร์ม อยู่ในระหว่างการดำเนินการที่จะวัดผลในเชิงผลลัพธ์ของการรักษา

เรามีแบบฟอร์มหลายอย่างตั้งแต่แรกเริ่ม และช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลก็จะใช้ใบบริหารยาของ พยาบาลหรือ MAR ในการส่งต่อ และในแต่ละวันมีการ print active medication list ออกมา remind แพทย์ เพื่อที่จะให้ท่านดูว่ายาสิมดูว่ายาที่จะสั่งจะ off ตัวไหนคือ remind ว่าคนไข้กินอยู่ กี่ตัวแล้ว ถ้าคนไข้เริ่มทานยามากกว่า 8-10 รายการน่าจะตกใจนิดหนึ่งว่าแสดงว่าอาจจะลืมทำ อะไรบางอย่างไป

มีส่วนของ D/C summary ซึ่งเป็นใบที่ อ. ธิดาให้ดูเราจะให้คนไข้กลับไปมีตัวอย่างให้ดู ขึ้นตอนกระบวนการทำครบแต่ยังไม่ได้ดูเชิงคุณภาพคือดูความแตกต่าง ดูในความสมบูรณ์แต่จะให้คุณ ว่าแม้เชิงความสมบูรณ์ก็ไม่่ง่ายที่จะสร้างวัฒนธรรมตรงนี้

เราเริ่มในผู้ป่วยนอก เราต้องเริ่มเร็ววันหนึ่ง บำรุงราษฎร์ ใช้มาตรฐานของ JCI ก็ใช้ โครงสร้างแบบเดียวกัน เรามี pilot มีการกำหนด time frame เรียบร้อย มีการสร้างกระบวนการว่า จะทำอะไร มีนโยบาย มีทุกอย่าง บอกว่าบทบาทของใครทำอะไร ข้อมูลต้องมาจากไหน ยาที่ใช้ ใน รพ. สามารถ print ได้จากข้อมูล รพ. ต้องระวัง จะมีเช่นเดียวกันที่คนไข้เองไม่รับยาไปซื้อข้าง นอก รับยาไปไม่ครบ ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่งให้ 1 เดือนแต่รับไป 10 เม็ด มันจะหลอกเราได้ จะมี ปัญหาและอุปสรรคหลาย ๆ อย่างเช่นเดียวกัน อีกอันต้องซักจากตัวคนไข้เยอะคือสิ่งที่ได้รับจาก ข้างนอก มีการสื่อสารไปยังฝ่ายเภสัชกรรมและเก็บประวัติของคนไข้ อยู่ในขั้นวางแผนวัด ความสำเร็จอยู่

วันนี้จะนำเสนอว่าถ้าจะวัดจะวัดอย่างไรบ้าง เวลาค่อนข้างน้อยหาอ่านศึกษาเพิ่มเติมและ ดูตัวอย่างประกอบ ทุกที่คงมี internet ใช้ใน รพ. คงต้องมีสักเครื่อง คงไม่มี รพ. ไหนไม่มี internet

ปัญหาที่พบ



ปัญหาที่พบจากการทำ

Medication Reconciliation

- มีภาระงานมากไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย
- ทักษะในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ชักประวัติ และการค้นหาข้อมูลการใช้ยา (เป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ)
- ความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยและญาติ
- ความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ การสร้างวัฒนธรรมขององค์กรในเรื่องนี้
- ความยุ่งยากในการวัดผลความสำเร็จในเชิงคุณภาพของผลลัพธ์ของการรักษา
- ระบบการสื่อสารข้อมูลที่ได้รับ และการส่งต่อข้อมูล

ปัญหาอุปสรรคที่เจอคล้าย ๆ กัน อย่าคิดว่าไม่เจอปัญหาเองภาระงาน เนื่องจากรูปแบบสาธารณสุขเมืองไทยไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลหรือเอกชน งานเข้ามาเป็นกระจุกหรือเป็นระลอก 70% ของภาระงาน ทั้งวันต่อให้จัดอัตรากำลังอย่างไรก็ได้ลำบาก มีข้อจำกัดหลายอย่างทำได้ไม่ครบถ้วน ที่สำคัญเท่าที่พบ ทักษะในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลสำคัญมากอย่างที่บอก 10 คนซักได้ข้อมูลไม่เหมือนกัน



ปัญหาที่พบจากการทำ

Medication Reconciliation

- ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่ได้รับคืออะไร
- ผู้ป่วยนำยามาให้มา แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นยาใด
- ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่า regimen ที่ตนได้รับเป็นอย่างไร
- สมุนไพรหรืออาหารเสริมมีส่วนประกอบมาก จึงไม่สามารถรอกข้อมูลได้หมด
- ผู้ป่วยบอกชื่อยาแต่ไม่แน่ใจว่าสะกดถูกหรือไม่ หาชื่อยาไม่พบ
- ฉลากยาไม่บอกได้ชัดเจน ไม่บอกส่วนประกอบ
- แบบฟอร์มไม่มีช่องหมายเหตุ เพื่อใช้สำหรับเติมว่ายาที่ใช้รักษาโรคใด
- แพทย์ไม่ทราบว่ามีสมุนไพรที่รับประทานอยู่เป็นชนิดใด จึงไม่สามารถลงความเห็นได้ว่าจะให้ทานต่อหรือหยุดรับประทาน

คนไข้ที่มีการศึกษาดีสิ่งที่จะตกใจก็คือ เนื่องจากไม่ยากแก่ จะซื้อหาอะไรมากินเต็มไปหมด เหมือนคนไข้ในอเมริกา เป็นคนไข้ที่อยู่ตามหัวเมือง สิ่งที่ซักได้ ปัญหาเต็มไปหมด สมุนไพร

อาหารเสริม บางทีดูแล้วก็ไม่รู้เรื่องว่าเป็นอะไร มีตั้งแต่ของจีน ของอเมริกา เนื่องจากมีกำลังทรัพย์ที่จะหาซื้อได้ เป็นความลำบากใจของแพทย์ ตกลงจะสั่งให้กินต่อหรือไม่กินต่ออย่างไร ข้อมูลได้มากะเกินก็เป็นปัญหาอีกแบบหนึ่ง ต้องมานั่งคุยว่าจะปรับแบบฟอร์มอย่างไร ยาวบางรายการไปหาจากไหนก็ไม่รู้ เป็นปัญหาที่คล้าย ๆ กัน

การวัดผล

องค์การกึ่งชีวิต
Living Organization

การวัดผล/การประเมินผลของกิจกรรม
Medication Reconciliation

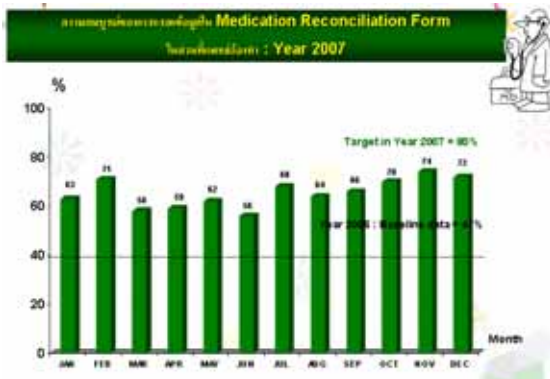
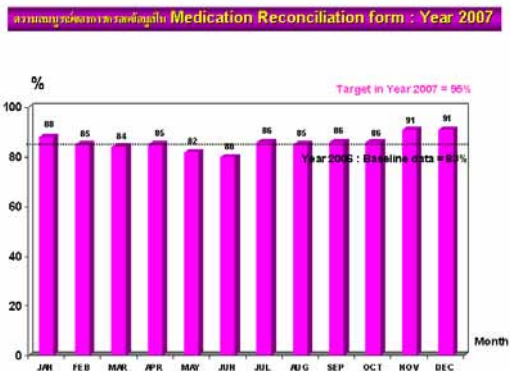
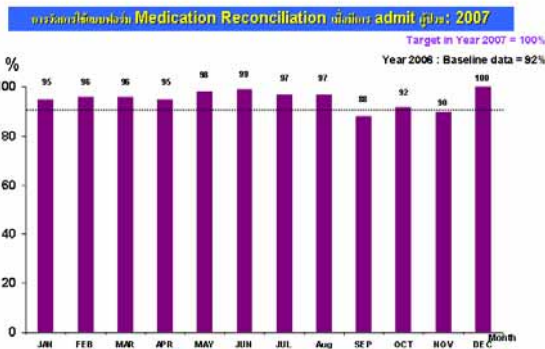
1. วัดความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล และการวัดผลการทำในระยะเวลาที่กำหนดไว้
 - ควรมีการทำในช่วงต้นเพื่อค้นหาว่าวัฒนธรรมของการทำกิจกรรมนี้เกิดขึ้นในองค์กรหรือยัง และเป็นการวัดที่ทำได้ง่าย
2. วัดในเชิงคุณภาพ : เป็นการวัดเพื่อดูความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งมองไปถึงผลลัพธ์ของการรักษา
 - ผู้ป่วยจึงอาจมีความเหมาะสมมากกว่า แต่ทำได้ยากกว่า

จุดที่จะเน้นหลักคือเรื่องของการวัดผล ผมเสนออันหนึ่งซึ่งอาจไม่พบในตำรา สิ่งที่ต้องทำให้เกิดก่อนในช่วงต้นคือ "วัฒนธรรมของการทำกิจกรรม" ดังนั้นในส่วนของบำรุงราษฎร์จะดูว่ามี การใช้แบบฟอร์มใหม่ มีการบันทึกข้อมูลใหม่ มีการซักประวัติใหม่ แล้วค่อย ๆ ปรับเข้าไป เพราะถ้าเน้นเชิงคุณภาพ (วัดในเชิงปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา) อย่างเดียวบางทีขยายต่อไม่ออก สมมติว่าแพทย์ท่านอื่นหรือสาขาอื่นไม่สนใจจะทำ อาจต้องวัดทั้งสองอัน หรืออีกวิธีหนึ่งที่วัดได้ง่ายคือ เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดหรือไม่มีการกรอกข้อมูลสมบูรณ์ตามนั้นหรือเปล่าแล้วค่อย ๆ feed back ไป ในส่วนคุณภาพเป็นเรื่องที่ทำได้ยากขึ้นเพราะเนื่องจากต้องมีคนมานั่งทำเดี่ยวจะเสนอให้ดูว่ามีตัวไหนบ้าง



การวัดผล/การประเมินผลของกิจกรรม Medication Reconciliation

- วัดความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล และการวัดผลการทำในระยะเวลาที่กำหนดไว้
ควรมีการทำในช่วงต้นเพื่อค้นหาว่าวัฒนธรรมของการทำกิจกรรมนี้เกิดขึ้นในองค์กร
หรือยัง และเป็นการวัดที่ทำได้ง่าย นอกจากนั้นยังสามารถวัดทั้งตั้งต่อไปได้
 - Number of medication histories completed by admitting practitioner
 - Number of reconciliations performed by pharmacists/nurses
 - Number of home medications
 - Number and type of interventions made by pharmacists
 - * Omissions, commissions, clarifications
 - Time for med reconciliation to occur and length of time from admission to reconciliation

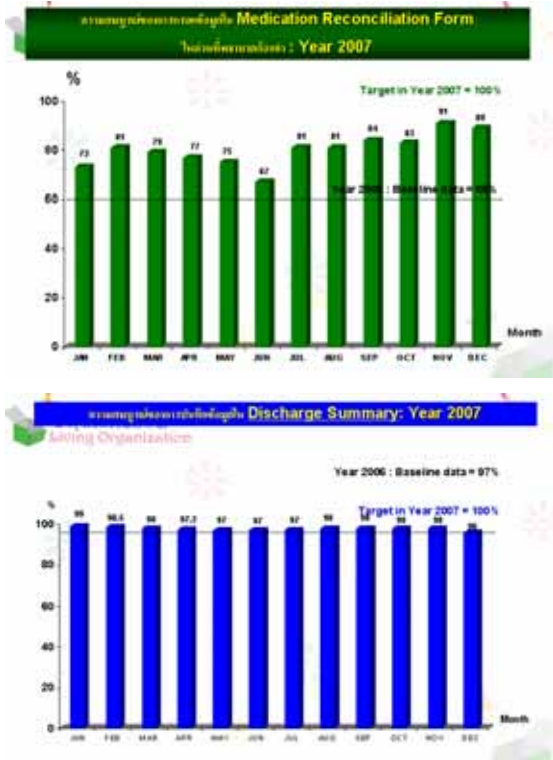


มาดูส่วนของการวัดข้อมูลเชิงความสมบูรณ์ อันนี้เป็นตัวอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการใช้แบบฟอร์ม การบันทึก กราฟ

อันนี้วัดเฉยๆ ว่าทุกครั้งที่มี admit มีการซักทุก case มั้ย พบว่ามีบ้าง ไม่มีบ้าง แต่ส่วนใหญ่เป็นไปได้อย่างดี ตั้งแต่ 100% หลังจากดูแล้วว่าใช้ฟอร์มหรือเปล่าในการกรอกข้อมูล มีการกรอกแบบฟอร์มหรือเปล่า มีการวัดต่อว่าสมบูรณ์ไหม

อันนี้คือความสมบูรณ์ของการกรอกแบบฟอร์ม ขณะนี้อาจจะถามว่าใครทำ ต้องขอให้พยาบาลช่วยทำอยู่ แต่การซักตรงนี้ ถ้ามียามาจากข้างนอกแบบฟอร์มนี้จะถูกส่งต่อไปที่ฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อจะดูว่ายาสมควรให้รับประทานต่อไหม อยู่ในสภาพที่ดีไหม expire หรือยัง ชี้นแฉะแคไหน หรือ identified ได้หรือเปล่า เป็นความร่วมมือ

แต่ฝ่ายเภสัชกรรมยังไม่ได้ลงไปดูรายละเอียดถึงขั้นว่า ถ้าคนไข้มี underlying คือ TB เข้ามา ยาที่ส่งมามี TB หายไป ได้มีการ record discrepancy หรือไม่ ยังไม่ได้ทำตอนนี้



ยังต้องพึ่งแพทย์อยู่ กำลังจะเริ่มที่จะ step เข้ามา ด้วยภาระงานคงเลือกโรคกำหนดเป็น chronic disease

ในการซักประวัติเป็นเรื่องของพยาบาลอยู่ แพทย์ต้องเซ็นต์รับทราบ ยังไม่ได้เปรียบเทียบกันชัดเจน เรา assume ว่าแพทย์น่าจะดูแล้วเอาข้อมูลมาใส่แล้วเปรียบเทียบ ถ้ามีโอกาสเที่ยวหน้านำมาเสนอให้

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

อย่างที่บำรุงราษฎร์ทำเป็นรูปแบบที่หนึ่ง ที่พยาบาลเป็นคนบันทึก แพทย์ดูเอง เปรียบเทียบเอง เกสซกรน่าจะไปดูสักนิดว่าเซ็นต์ชื่อครบไหม เป็นการทวนสอบ

ภก. กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง

เป็นสิ่งที่จะทำต่อ แต่อาจต้องเลือกบางโรค ไม่สามารถทำได้หมด เพราะอย่างที่เรียนให้ทราบว่าภาระงานจะกระจุกมาที่เดียว สิ่งที่มีแล้วคือความสมบูรณ์ของการกรอกประวัติตอนกลับบ้าน เหลือแค่ขาดตัวเทียบ ค่อนข้างมีข้อมูลครบถ้วน



มีกรณีศึกษาของต่างประเทศที่วัดในเรื่องของเวลา ตรงนี้เป็นตัวกำหนด เช่นเดียวกัน ถ้าไม่ทำ reconcile ในเวลาที่กำหนด โดยเฉพาะยาบางอย่าง พบว่า 52% ทำได้ใน 24 ชั่วโมง 70% ทำได้ใน 48 ชั่วโมง และหลายๆ ที่ไม่สามารถทำได้ 100% ในเวลา 24 ชั่วโมงเป็นสิ่งที่เราต้องกลับไปคิดแล้วว่า ต้องกำหนดว่ายาตัวไหนมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยจริงๆ จะเป็นจะตายก็ต้องได้ ต้องย้อนกลับไปดูเรื่องของนโยบายว่าจะกำหนดอะไรหรือเปล่า



อันนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลอีกแบบ
หนึ่งว่าอยู่ที่ 41 ชั่วโมงบวก ลบ ค่อนข้าง vary
มาก แต่สิ่งที่อยากให้ได้กลับไปคือ คำมีการวัด

- วัดในเชิงคุณภาพ : เป็นการวัดเพื่อวัดความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งมองไปถึงผลลัพธ์ของการรักษา
- สัดส่วนของความแตกต่างระหว่างรายการยา (Discrepancy) ที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันกับคำสั่งใช้ยาของผู้ส่งใช้ยาในแต่ละขั้นตอนของการรับเข้า ส่งต่อ และจำหน่ายผู้ป่วย
- สัดส่วนของความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้ส่งใช้ยา (Unintentional discrepancy) ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด
- สัดส่วนของความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความตั้งใจของผู้ส่งใช้ยา แต่ไม่มีการบันทึกในเวชระเบียน (Undocumented intentional discrepancy) ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

- วัดในเชิงคุณภาพ : เป็นการวัดเพื่อวัดความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งมองไปถึงผลลัพธ์ของการรักษา
- สัดส่วนของความแตกต่างของรายการยาชนิด Undocumented intentional discrepancy และ Unintentional discrepancy ที่ได้รับการแก้ไขต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด
- อัตราการเกิด potential harm คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่พบความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้ส่งใช้ยาอย่างน้อย 1 รายการ ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด
- Medication reconciliation success index คือ สัดส่วนของจำนวนรายการยาที่ไม่พบความคลาดเคลื่อนต่อจำนวนรายการยาทั้งหมด

การวัดเชิงคุณภาพ เป็นการวัดเพื่อดูความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งมองไปถึงผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล มีอยู่ 6 ตัวที่ ISMP แนะนำ

1. สัดส่วนของความแตกต่างระหว่างรายการยา (discrepancy) ที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันกับคำสั่งใช้ยาของผู้ส่งใช้ยาในแต่ละขั้นตอนของการรับเข้า ส่งต่อ และจำหน่ายผู้ป่วย
2. สัดส่วนของความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้ส่งใช้ยา (unintentional discrepancy) ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ต้องมีการถามแพทย์จึงจะทราบว่าเป็น unintentional (ไม่ตั้งใจ)
3. สัดส่วนของความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความตั้งใจของผู้ส่งใช้ยา แต่ไม่มีการบันทึกในเวชระเบียน (undocumented intentional discrepancy) ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด
4. สัดส่วนของความแตกต่างของรายการยาชนิด undocumented intentional discrepancy และ unintentional discrepancy ที่ได้รับการแก้ไขต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด
5. อัตราการเกิด potential harm คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่พบความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้ส่งใช้ยาอย่างน้อย 1 รายการ ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด
6. Medication reconciliation success index คือ สัดส่วนของจำนวนรายการยาที่ไม่พบความคลาดเคลื่อนต่อจำนวนรายการยาทั้งหมด

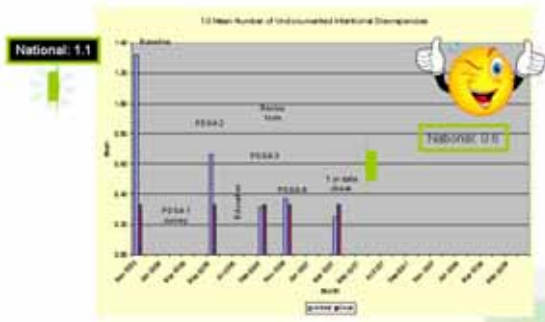
ตัวอย่างการวัด Discrepancies

- Undocumented intentional discrepancy:
 - physician made an intentional choice to add, change or discontinue a medication but this choice is not clearly documented
- Unintentional discrepancy:
 - physician unintentionally changed, added or omitted a medication the patient was taking prior to admission
- Goal:
 - reduce number of discrepancies by 75%
- Undocumented Intentional Discrepancies:
 - Baseline: 1.32 / patient
 - Goal: 0.33 / patient
- Unintentional Discrepancies:
 - Baseline: 1.28 / patient
 - Goal: 0.32 / patient

อันนี้เป็นตัวอย่างการวัด

discrepancies 2 ตัว คือ undocumented intentional discrepancy และ unintentional discrepancy มีการวัด base line ว่าเป็นอย่างไรก่อนเริ่มทำ ตั้งเป้าไว้อย่างไร เหตุผลที่ดู per patient จะทำให้เห็นชัดว่าเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย มีโอกาสที่จะเพี้ยนหรือเกิดความคลาดเคลื่อนแค่ไหน ถ้าเทียบจำนวนรายการยาไม่เอาจำนวนผู้ป่วยเข้ามาดูด้วยจะไม่เห็นภาพที่ชัดเจน

การนำข้อมูลมาเปรียบเทียบและการพัฒนา



อันนี้เป็น cycle ที่เห็น PDSA เป็นตัวอย่างที่ดี วัดเสร็จนำมาเทียบกับ baseline ทำ survey ของตัวเองพบว่าไม่ค่อยดี education เพิ่ม มีการ revise form 1 ปีผ่านไป มีการทำอะไรเพิ่มเติมต่อ

การนำข้อมูลมาเปรียบเทียบและการพัฒนา



อันนี้จะเห็นกิจกรรมนี้ไม่ใช่ทำแล้วนิ่ง แต่ PDSA ต้องหมุนของมัน รพ. หนึ่งทำแล้วดีใจ ค่าเฉลี่ยดีกว่าหลาย รพ. อีก รพ. หนึ่งขึ้นครกขึ้นภูเขา หมุนแบบเดียวกัน มีการ revise form มีการทำของตัวเอง ต้องนำไปลองทำเองจึงจะเห็นว่ามีปัญหาอะไรบ้าง แล้วต้องปรับอะไร



บทสรุป

- Medication Reconciliation does decrease medication errors
- Through collaboration we are advancing patient safety

โดยสรุป ขอเน้นให้เห็นว่า Medication Reconciliation เป็นกิจกรรมที่ช่วยลดหรือป้องกันความคลาดเคลื่อนได้อย่างแน่นอน และต้องทำเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

อภิปราย / ถาม-ตอบ

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

ที่ผลิตสินตอนนี้ทำ 30 รายต่อเดือน กลุ่มที่นำเสนอเป็นการทดลองทำ project จำนวน 200 ราย พบว่า omission error มากที่สุด คือไม่ได้ให้ยา ปัญหาตรง admission มีมากที่สุด ซึ่งต่างจากของต่างประเทศเป็นปัญหาที่ transfer แต่เชื่อว่าของบ้านเรามีปัญหาที่ admission เหมือนกัน ดังนั้นของบำรุงราษฎร์เลยทำตรง admission แต่โลกมากทำหมด คนไข้ตั้งเยอะแยะ ดูความสมบูรณ์ว่าได้ข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ ทำอยู่ 2 ปีแล้ว เธอมีจุดมุ่งหมายโดยไม่เปรียบเทียบ คืออยากให้เป็นวัฒนธรรมที่ฝังลงไปให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดว่าผู้ป่วยเข้ามาต้องหาข้อมูลเรื่องยา ตอนนี้วัฒนธรรมเป็นอย่างไรบ้าง

ภก. กมลศักดิ์ เรื่องเจริญรุ่ง

เท่าที่ดูข้อมูลล่าสุดตอนนี้ฝังรากแล้ว แต่เป็นรากแก้วหรือรากฝอยไม่แน่ใจ ที่ต้องเป็นแบบนี้ตามบริบท เรามีแพทย์ประจำประมาณ 20% ที่เหลือเป็น consultant หรือ part time อีกประมาณ 700 หรือ 800 คน ถ้าไม่สร้างวัฒนธรรมตรงนี้ก่อนก็จะลำบาก

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

ถ้าเป็น รพ. ที่มีแพทย์เจ้าของไข้คือคุณไข้ทั้งตัวไม่ได้ดูเป็นส่วน ๆ ปัญหานี้จะลดลง เพราะมีคน review medication ให้ ถ้าเป็น consultant ก็ลำบาก ปัญหาของแต่ละ รพ. มีความต่างกันไป เราต้องไปดูของเราเองว่าเราจะทำอย่างไร เริ่มอย่างไร ลองหาปัญหาของเราก่อน จะได้หา baseline ของปัญหาได้ ไม่อย่างนั้นเราไม่สามารถเปรียบเทียบว่าดีขึ้นหรือไม่อย่างไร

ของคุณสุวรรณดีขึ้น แต่ยังเหลือ 7.5 % มี base line อยู่แล้ว ควรจะตั้งเป้าหมายว่า ปัญหาควรเหลือสักเท่าไร แล้วค่อย ๆ step PDSA ให้หมุนไปเรื่อย ๆ

เป้าหมายต้องมี นโยบายต้องมี เพราะเป็นสหวิชาชีพ มาตรการจะอย่างไรควรชัดเจน อบรมกันให้ครบถ้วน จะทำได้ด้วยความเข้าใจ อันที่สองเลือกกลุ่มคนที่รับผิดชอบทั้งกระบวนการ เป็นสหสาขาวิชาชีพจริง ทำแต่ละส่วนจริง แต่ต้องมีคนดูภาพรวม ต้องดูว่า อัตรากำลังเป็นอย่างไร เสนอไว้ 3 รูปแบบ เลือกกลุ่มผู้ป่วยที่จะเป็นกลุ่มทดลองก่อนแล้วดูว่า กระบวนการ OK ใหม่ แบบฟอร์มอันนี้ใช้ได้หรือไม่ ทำไปวัดผลไป ปรับแบบฟอร์มไป

มีอีกประเด็นตอนเข้าไปใน รพ. มีคนบอกว่าเขาไม่สนใจเรื่องที่คุณป่วยจะทานยาอะไรมาก่อน เพราะเขาบอกให้คนไข้เอายาให้ญาติ ให้เก็บไว้กินเอง ให้คนไข้ทานเองที่เตียง ให้จัดยาทานเอง คนไข้พอใจเช่นนั้น เขาไม่ถามว่าคนไข้ได้ยาอะไรมาเขาจะรักษาเฉพาะอาการที่คนไข้มาวันนี้ ถือว่าอันนั้นรับผิดชอบเอง ท่านคิดว่าอย่างไร รับผิดชอบเองดีนะไม่ผิดพลาดเลย แต่คิดว่าไม่ได้ที่เราจะไม่รู้เลยว่าคนไข้ได้ยาอะไรมาก่อน เพราะยาที่สั่งใหม่อาจซ้ำซ้อนกับยาเดิมหรือมี

interaction เกิดขึ้นก็ได้ เพราะฉะนั้นอย่างไรเสียต้องรู้ว่าคนไข้ได้ยาอะไรที่ทานอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา

ภก. กมลศักดิ์ เรื่องเจริญรุ่ง

ควรจะทำ คนไข้อยากทราบว่ายาที่ทานมีปัญหาอะไรหรือเปล่า เขามาโรงพยาบาลเขาอยากได้ ความรู้ส่วนหนึ่งในการไปปฏิบัติตัว เรามองในมุมเรามากไป ที่ รพ. เล็ดลื่นทำอย่างไร

ภญ. สุวรรณิ เจริญพิชิตพันธ์

ตอนนี้แยกเอาไว้ ถ้าไม่รู้ว่าเป็นยาอะไรก็ส่งห้องยา

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

ฟลอร์มีคำถามอะไรหรือไม่ แบบฟอร์มจะทำอะไร อย่างไร จะ share กันหรือไม่ว่าโรง ไหนทำแล้วประสบความสำเร็จ หรืออยู่ในขั้นตอนอะไร มีใครที่ทำบ้างแล้ว

ผู้ร่วมประชุม

มีปัญหาจากอายุกรรมไปศัลยกรรม หรือศัลยกรรมไปอายุกรรม ศัลแพทย์ไม่ได้ไม่ได้ เชี่ยวชาญโรคทางอายุกรรม แต่ว่าเขาดูคนไข้ที่หอบผู้ป่วยศัลยกรรมอยู่ จะเปลี่ยนยาหรือปรับ ขนาดก็ไม่ถนัด อาจารย์คิดว่าจะมีทางออกอย่างไรคะ

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

ไม่คุยกันหรือคะ อายุกรรมกับศัลยกรรมต้องคุยกันนะคะ ปกติจะไปผ่าตัดอายุแพทย์จะ review ผู้ป่วยทั้งตัวก่อน แล้วจึงไปศัลยกรรม ศัลแพทย์ก็ดูแลของศัลยกรรมแล้วกลับมา อายุร กรรมก็จะดูอีกทีใช่ไหม เป็นอย่างนี้หรือเปล่า คุยกันหรือไม่

ผู้ร่วมประชุม

เวลาส่งปรึกษาไม่ได้มาในทันที ส่งเป็นใบกระดาษไปแล้วอีกฝ่ายที่รับผิดชอบเมื่อไรก็ตาม เมื่อนั้น จะไม่ได้พบกัน แล้วบางทีอยากจะทำต่อ ศัลยกรรมทำเสร็จแล้ว จะให้คนไข้กลับบ้าน ไม่รู้จะต่อหรืองดหรือทำอย่างไร

ภก. กมลศักดิ์ เรื่องเจริญรุ่ง

จริง ๆ แล้วอย่าเพิ่งตั้งเป้าว่าทุกอย่างที่ไปจับแล้วจะสมบูรณ์ phase แรกจะเน้นว่าจับ แล้วจะเห็นปัญหาเยอะแยะ เพราะฉะนั้นถ้าเป็นกรณีแบบนี้ต้องเก็บให้เห็นว่าเภสัชหรือทีมอื่นต้อง มาช่วย จากศัลยกรรมไปอายุกรรมมี discrepancy เท่าไร แล้วก็สื่อสารให้แพทย์ที่รับช่วงต่อไป ทราบว่ามียาอะไรที่หล่นหายไปหรือยาอะไรที่ต้อง off ต้องมีคนมาทำตรงนี้

Medication Reconciliation คือการสื่อสาร ถ้าพบปัญหาแล้วนิ่งไว้ไม่มีการสื่อสารก็ ลำบาก วิธีการสื่อสารทำได้หลายแบบ อาจแปะ note ไว้ โทรคุย หรือรูปแบบอื่น แต่ต้องมี ไม่อย่างนั้นคนไข้จะไม่ได้รับการแก้ไขในปัญหาที่เกิดขึ้น ต้องหาคนสื่อสาร

ผู้ร่วมประชุม

เห็นแบบฟอร์ม 2 แบบฟอร์มจะเชื่อมโยงตอนจำหน่ายกับแบบฟอร์มของ OPD พอจำหน่ายปุ๊บเชื่อมแบบฟอร์มไปที่ OPD เพราะคนไข้ต้องมา follow up ยังไม่เห็นภาพของแบบฟอร์มสำหรับตัวคนไข้ ถ้ามองในแง่ความเชื่อมโยงระหว่าง รพ.ชุมชนส่งต่อไป รพ.ที่สูงกว่า ถ้าทำแบบฟอร์มที่อยู่กับตัวคนไข้ได้สมบูรณ์ที่สุด จะลดภาระกับแบบฟอร์มที่ รพ. ที่รับการส่งต่อ

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

แบบฟอร์มที่จะใช้เมื่อจำหน่ายที่จะให้ติดตัวคนไข้ไปมีอยู่อันหนึ่ง แบบฟอร์มนั้นให้คนไข้ติดตัวไว้แล้วเวลาไป admit รพ. อื่นให้เอาติดตัวไปด้วย จะใช้ได้

ขอย้อนกลับไปเรื่องอายุรกรรมกับศัลยกรรม คิดว่าเกิดขึ้นในทุก รพ. อันนี้ต้องยกประเด็นปัญหาให้ทุกคนเห็น ต้องเป็นนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารต้องบอกว่าจะทำอะไรเพื่อแก้ไข เคยไปเยี่ยมสำรวจเห็นยาบนหอนผู้ป่วยเต็มเลย พบว่าคนไข้จะจำหน่ายแล้วแต่ยังไม่ได้กลับสัปดาห์หนึ่งแล้วที่ศัลยแพทย์สั่งจำหน่าย แต่อายุรแพทย์ยังไม่ให้จำหน่าย พยาบาลจะลำบากมากในการนำ Home Med ของศัลยกรรมมาจัดให้ผู้ป่วย ต้องมีผู้ยกประเด็นตรงนี้และมาประสานทำให้รายการยามารวมกัน ไม่อย่างนั้นต่างคนต่างไม่พูด แต่พบปัญหาตลอด แล้วก็บ่นให้ผู้เยี่ยมสำรวจ ฟัง

ภก. กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง

อาจารย์ยกประเด็นขึ้นมาว่าการทำงานต้องเป็นทีม เป็น PCT หรือ PTC ก็แล้วแต่ อาจแก้ปัญหาไม่ได้ทันที แต่ต้อง raise ประเด็นให้กรรมการและเสนอผู้บริหารต่อว่ามีประเด็นอะไรบ้าง ต้องทำอะไร อย่างที่เรียนให้ทราบช่วงแรกที่ทำจะพบปัญหามาก อาจจะแก้ไม่ได้ในทันที ส่วนใหญ่ถ้าเป็นปัญหาที่อาจถึงแก่ชีวิต หรือ sentinel event แพทย์ต้องยอม ต้องคุยกัน ถ้าแพทย์ท่านหนึ่งสั่ง warfarin อีกท่านก็สั่ง warfarin ถ้าไม่คุยกับแพทย์ทั้งสองท่านคงแย่

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์

กลับไปลองทำดู ครั้งหน้าอาจมีคำถามมาก ขอขอบพระคุณ หวังว่าเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไปจะเห็นบ้าง

ภญ.วิชชุณี พิตรากุล ถอดเทป
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ตรวจทาน