

# เผื่อระวังความคลาดเคลื่อนทางยา.. แล้วทำอะไรต่อ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล  
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กลับจากการรับฟังการนำเสนอผลงานของโรงพยาบาลต่างๆ ที่จัดโดย HACC ภาคใต้ ได้พบกับคุณจรรยา ทวีทอง หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ยะลาที่กำลังจะมาร่วมประชุมเรื่อง QA การพยาบาลที่กรุงเทพฯ คุณจรรยาได้ตั้งคำถามกับผมว่า ที่โรงพยาบาลเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยามาหลายปี ตัวเลขก็ขึ้นๆ ลงๆ เมื่อพบปัญหาก็กองไปวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขกันไป ตอนนี้อยากจะเริ่มรู้สึกว่ามีคุณค่าน้อยลงไป อยากรู้ว่าควรจะทำอะไรเพิ่มเติมอีก

ผมจึงได้มีโอกาสทบทวนไปด้วยว่าน่าจะทำอะไรมากกว่าที่เป็นอยู่ สิ่งที่อยู่ในใจก็คือการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยามีความจำเป็นที่จะทำให้เราทราบข้อมูลที่ใกล้เคียงความจริงว่าระบบของเรามีปัญหาอย่างไร แต่ก็ยังเป็นเพียงบางส่วนของปัญหา ยังไม่ใช่ปัญหาทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไม่มีการเชื่อมโยงไปสู่ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สิ่งที่ผมคุยกับคุณจรรยา รวมทั้งการกลับมาทบทวนเพิ่มเติม คงสรุปได้ดังนี้

1. ในการเผื่อระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ควรสร้างความน่าเชื่อถือให้มากขึ้น และควรเชื่อมโยงกับระดับความรุนแรงของผลไม่พึงประสงค์จากยา (ADE) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การเพิ่มความน่าเชื่อถืออาจจะต้องหาวิธีการศึกษาหรือเก็บข้อมูลจากหลายๆ แหล่งมาประกอบ เช่น การประเมินด้วยความรู้สึของผู้ปฏิบัติงาน ไปจนถึงการตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกไว้อย่างละเอียด ไปจนถึงการออกแบบศึกษาวิจัยที่รัดกุมและสุ่มตัวอย่าง

2. พิจารณาโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้นในบริการต่างๆ ที่ไม่อาจพบได้จากการเผื่อระวังความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น การใช้ยา aminoglycoside ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยไตล้มเหลว ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะไตวายได้หากไม่มีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ร่วมกันวางระบบที่จะเผื่อระวังการใช้ยาเหล่านี้ หรือหาระบบที่จะตรวจพบปัญหาที่มีความไว

3. ศึกษาให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนกับโลกรอบตัวเพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานที่ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ศาสตร์นี้เริ่มจากความรู้ทางด้านวิศวกรรม เรียกว่า Human Factor Engineering เป็นการออกแบบทางวิศวกรรมที่ตอบสนองข้อจำกัดของมนุษย์ในด้านกายภาพ การรับรู้ ความทรงจำ ไปจนถึงการตัดสินใจต่างๆ เครื่องมือง่ายๆ อันหนึ่งเรียกว่า cognitive walkthrough คือการที่ให้ผู้ทำงานในระบบเรื่องอะไรก็ได้ คิดและบ่นออกมาดังๆ ในระหว่างที่ทำงานนั้น พร้อมกับการบันทึกไว้อย่างละเอียด เช่น ตั้งใจจะทำอะไร อยากจะได้อะไร จะไปเอาจากที่ไหน ต้องตรวจสอบด้วยการดูอะไรบ้าง สิ่งที่ได้นั้นตรงความต้องการหรือไม่ มีอะไรที่ค้ำข้องใจระหว่างการทำงาน ฯลฯ ข้อมูลที่ได้นี้จะประโยชน์มากในการออกแบบเครื่องมือ แบบฟอร์ม การจัดวาง

การเขียนฉลาก ขั้นตอนการทำงาน จะช่วยให้เราตัดสินใจในการวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับระบบ และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน ไม่ถูกกล่าวหา กล่าวโทษ หรือเป็นเป้าของการปรับปรุง

4. วางระบบ **drug reconciliation** ขึ้นในการดูแลผู้ป่วย reconcile แปลว่าการเจรจาต่อรอง แต่ในที่นี้เป็นการระบุบัญชีรายการยาที่ถูกต้องที่สุดที่ผู้ป่วยกำลังได้รับ (ระบุชื่อยา ขนาดยา ความถี่ วิธีให้ยา) และใช้บัญชีนี้เพื่อให้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุด โดยจะต้องมีการตรวจสอบกับคำสั่งแพทย์ เมื่อแรกรับ จำหน่าย หรือย้ายหอผู้ป่วย ขั้นตอนสำคัญประกอบด้วย การเก็บข้อมูลประวัติการใช้ยา (verify), การทำความเข้าใจเกี่ยวกับยา ขนาดยา และความถี่ (clarify), และการบันทึกเหตุผลที่ไม่มีคำสั่งยาหรือเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา (reconcile) เหตุผลที่มาตรการนี้มีความสำคัญก็เพราะความคลาดเคลื่อนทางยาครั้งหนึ่ง และผลไม่พึงประสงค์จากยาหนึ่งในห้า เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ดีในช่วงเปลี่ยน setting การดูแลผู้ป่วย

5. ใช้แบบประเมินตนเองเรื่องระบบยาที่ปลอดภัย ซึ่งจัดทำขึ้นโดย Institute of Safe Medication Practice (ผมเคยแปลไว้ในเอกสารประกอบการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 4 เมื่อ พ.ศ. 2546 และทางสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทยได้นำมาทบทวนเมื่อเร็วๆ นี้ ซึ่งมีรายการตรวจสอบระบบของตนเองอยู่เกือบสองร้อยข้อ) และพิจารณาเลือกมาตรการที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติมาดำเนินการ

ผมได้นำบทนำของแบบประเมินตนเองดังกล่าวมานำเสนอไว้ที่นี่ด้วย

## แบบประเมินตนเองเรื่องระบบยาที่ปลอดภัย

แบบประเมินตนเองชุดนี้จัดทำขึ้นโดย Institute of Safe Medication Practice เพื่อกระตุ้นความตระหนักในลักษณะของระบบยาโรงพยาบาลที่ปลอดภัย โดยแบ่งออกเป็น 10 องค์ประกอบสำคัญ ลักษณะต่างๆ ที่กำหนดไว้มีได้มุ่งหวังให้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติ แต่แสดงให้เห็นถึงนวัตกรรมในการปฏิบัติและการพัฒนาระบบในโรงพยาบาลของอเมริกาซึ่งมีคุณค่าในการลดความคลาดเคลื่อนต่างๆ แม้ว่าจะยังไม่ได้นำไปปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง

ระบบบางอย่างอาจจะไม่เหมาะสมหรือยังไม่สามารถนำมาปฏิบัติในประเทศไทยได้เต็มที่ การนำเสนอข้อมูลในที่นี้จึงมุ่งที่จะให้เกิดการเรียนรู้แนวคิดซึ่งเป็นที่มาของแนวทางปฏิบัติดังกล่าว และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศไทย อีกทั้งเห็นทิศทางการพัฒนาในอนาคต

## องค์ประกอบสำคัญของระบบยาที่ปลอดภัย

### องค์ประกอบสำคัญที่ 1: ข้อมูลของผู้ป่วย

เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม ผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (เช่น อายุ น้ำหนัก การแพ้ยา การวินิจฉัยโรค ภาวะการตั้งครรภ์) รวมทั้งข้อมูลความเป็นไปของการเจ็บป่วย (เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพ และ parameter อื่นๆ) เพื่อประเมินผลของยาและกระบวนการของโรคที่เป็นอยู่

### องค์ประกอบที่ 2: ข้อมูลด้านยา

เพื่อลดความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อน จะต้องมีการควบคุมบัญชียาให้รัดกุม มีข้อมูลข่าวสารด้านยาที่เป็นปัจจุบันซึ่งผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยเอกสารอ้างอิง, protocol, ชุดคำสั่ง, ระบบข้อมูลข่าวสารด้านยาในคอมพิวเตอร์, แบบบันทึกการให้ยา (MAR), และกิจกรรมทางคลินิกที่สม่ำเสมอโดยเภสัชกรซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยดูแลผู้ป่วย

### องค์ประกอบที่ 3: การสื่อสารคำสั่งใช้ยาและข้อมูลข่าวสารด้านยาอื่น ๆ

ความบกพร่องในการสื่อสารเป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนจำนวนมาก องค์การบริหารสุขภาพจะต้องขจัดอุปสรรคระหว่างผู้ให้บริการและจัดทำมาตรฐานวิธีการสื่อสารคำสั่งใช้ยาและข้อมูลข่าวสารด้านยาอื่น ๆ

### องค์ประกอบที่ 4 : การเขียนฉลาก การบรรจุหีบห่อ และการเรียกชื่อยา

เพื่อช่วยให้ทราบชื่อยาที่ชัดเจน องค์การบริหารสุขภาพส่งมอบยาที่มีฉลากชัดเจน มีการบรรจุแบบ unit-dose และดำเนินการป้องกันความคลาดเคลื่อนเนื่องจาก ความคล้ายกันในลักษณะหรือชื่อเรียก การบรรจุที่ไม่เหมาะสม การเขียนฉลากที่สับสนหรือไม่มีการเขียนฉลาก

### องค์ประกอบที่ 5: มาตรฐานยา การเก็บ การกระจายยา

ความคลาดเคลื่อนจำนวนมากสามารถป้องกันได้โดยการลดการเก็บยาไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย การจำกัดการเข้าถึง high-alert drugs และสารเคมีอันตราย และจ่ายยาจากแผนกเภสัชกรรมให้ทันเวลาที่ต้องการ

เมื่อเป็นไปได้ องค์กรบริการสุขภาพควรใช้สารละลายที่มีจำหน่ายในท้องตลาดและความเข้มข้นมาตรฐานเพื่อลดกระบวนการที่เสี่ยงต่อความผิดพลาด เช่น การคำนวณและการผสม

#### องค์ประกอบที่ 6: การจัดหา ใช้ และติดตามอุปกรณ์การให้ยา

เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากอุปกรณ์การให้ยา องค์กรผู้บริการจะต้องประเมินความปลอดภัยของอุปกรณ์ก่อนซื้อ ให้มั่นใจในระบบพิทักษ์ความปลอดภัยเมื่อเกิดปัญหาว่ามีความเหมาะสม (เช่น ป้องกันการไหล free-flow, incompatible connections, และ safe default settings) จำกัดความหลากหลายเพื่อช่วยให้ผู้ใช้มีความคุ้นเคย และกำหนดให้มี independent double checks สำหรับความผิดพลาดเกี่ยวกับเครื่องมือที่มีโอกาสเกิดขึ้นและส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย

#### องค์ประกอบที่ 7: ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมเช่น แสงที่ไม่พอเพียง พื้นที่ทำงานที่วุ่นวาย เสียง การขัดจังหวะ ความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ไม่หยุดยั้ง นำมาสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาเนื่องจากผู้ให้บริการไม่สามารถรักษาสมาธิได้ แบบแผนการจัดกำลังคนและภาระงานที่มากเกินไปก็เป็นสาเหตุของความผิดพลาดต่างๆ หลายรูปแบบ

#### องค์ประกอบที่ 8: ความรู้ความสามารถและการศึกษาของเจ้าหน้าที่

การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เป็นกลยุทธ์ในการลดความคลาดเคลื่อนด้วยตัวเอง และเมื่อประสานเข้ากับกลยุทธ์การลดความคลาดเคลื่อนเชิงระบบ กิจกรรมซึ่งมีผลกระทบสูงได้แก่การประเมินความรู้ความสามารถพื้นฐานของผู้ให้บริการ การให้ความรู้เกี่ยวกับยาใหม่ๆ ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียา high-alert medications และการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

#### องค์ประกอบที่ 9: การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ผู้ป่วยสามารถมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ และได้รับการส่งเสริมให้ถามคำถามจนได้คำตอบที่พอใจ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นจุดเชื่อมต่อสุดท้ายในกระบวนการ ผู้ให้บริการควรสอนวิธีการปกป้องตนเองจากความคลาดเคลื่อนให้แก่ผู้ป่วย และใช้ข้อมูล/ข้อคิดจากผู้ป่วยในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

#### องค์ประกอบที่ 10: กระบวนการคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง

องค์กรบริการคุณภาพต้องการระบบที่จะชี้บ่ง รายงาน วิเคราะห์ และลดความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนทางยา จะต้องสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ปลอดภัยจากการลงโทษเพื่อส่งเสริมการเปิดเผยความผิดพลาดและเกือบพลาด กระตุ้นการถกแถลงที่สร้างสรรค์ ค้นหาคำตอบเชิงระบบที่ได้ผล การมีจุดตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็น ระบบง่ายๆ ที่ให้มี independent double checks สำหรับกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงหรือเสี่ยงต่อความผิดพลาดช่วยให้ตรวจจับและแก้ไขได้ก่อนที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

TG 240 หาดใหญ่-กรุงเทพ

17.53 น. 24 มกราคม 2549