

ยา.. อย่าหยุดอยู่แค่ฝ้าระวัง

นพ.อนวัณ สุภชิตกุล
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ทุกโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพ จะวางระบบเพื่อเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา บางโรงพยาบาลก็ทำกันมาหลายปี ตัวเลขก็ขึ้นๆ ลงๆ เมื่อพบปัญหาก็ลงไปวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขกันไป บางโรงพยาบาลเริ่มรู้สึกว่าสิ่งที่ทำอยู่มีคุณค่าน้อยลงไป อยากรู้ว่าควรจะทำอะไรเพิ่มเติมอีก

จริงอยู่ว่าการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยามีความจำเป็นที่จะทำให้เราทราบว่าจะระบบของเรามีปัญหาอย่างไร แต่ก็ทราบได้เพียงเข้าใจความจริงเท่านั้น สิ่งที่เราได้มาเป็นเพียงบางส่วนของปัญหา ยังไม่ใช่ปัญหาทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไม่มีการเชื่อมโยงไปสู่ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ต่อไปนี่คือสิ่งที่ควรพิจารณาดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่ระบบยาของโรงพยาบาล

1. ในการฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ควรสร้างความน่าเชื่อถือให้มากขึ้น และควรเชื่อมโยงกับระดับความรุนแรงของผลไม่พึงประสงค์จากยา (ADE) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มิฉะนั้นเราจะได้แต่ตัวเลข แต่ไม่เกิดประโยชน์ในการป้องกันปัญหา การเพิ่มความน่าเชื่อถืออาจจะต้องหาวิธีการศึกษาหรือเก็บข้อมูลจากหลายๆ แหล่งมาประกอบ เช่น การประเมินด้วยความรู้สึของผู้ปฏิบัติงาน ไปจนถึงการตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกไว้อย่างละเอียด ไปจนถึงการออกแบบศึกษาวิจัยที่รัดกุมและสม่ตัวอย่าง ขณะเดียวกันต้องตั้งคำถาม “ทำไม” อยู่ตลอดเวลา เพื่อป้องกันการติดกับของรายละเอียด ดังตัวอย่างการถกเถียงกันในเรื่องการสั่งยา stat dose ว่าจะต้องให้ผู้ป่วยได้รับในเวลาเท่าไร หากไม่ได้พิจารณาไปถึงเป้าหมายว่าผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาแรงด้นนั้น ได้รับยาในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ การถกเถียงกันนั้นก็อาจจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

2. พิจารณาโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้นในบริการต่างๆ ซึ่งจะไม่พบจากการฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น การใช้ยา aminoglycoside ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วย ศัลยกรรม อาจนำไปสู่ภาวะไตวายได้หากไม่มีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ทีมงานควรร่วมกันวางระบบที่จะเฝ้าระวังการใช้ยาเหล่านี้ หรือหาระบบที่จะตรวจพบปัญหาที่มีความไว โรงพยาบาลต่างๆ มีความคุ้นเคยกับเรื่องนี้อยู่แล้วในชื่อ high alert drug แต่ชื่อนี้ก็อาจจะทำให้เราติด

กับ สนใจแต่เฉพาะยาในบัญชี high alert drug เท่านั้น ละเลยโอกาสที่จะนำประสบการณ์และความรู้ในสาขาเฉพาะของตนมาใช้ตรวจจับปัญหาและป้องกันผลไม่พึงประสงค์จากยา

3. ศึกษาให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนกับโลกรอบตัวเพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบงานที่มีเอื้อต่อการทำงานที่มีปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ศาสตร์นี้เริ่มจากความรู้ทางด้านวิศวกรรมเรียกว่า Human Factor Engineering เป็นการออกแบบทางวิศวกรรมที่ตอบสนองข้อจำกัดของมนุษย์ในด้านกายภาพ การรับรู้ ความทรงจำ ไปจนถึงการตัดสินใจต่างๆ เครื่องมืออย่างๆ อันหนึ่งเรียกว่า cognitive walkthrough คือการที่ให้ผู้ทำงานในระบบเรื่องอะไรก็ได้ คิดและบ่นออกมาดังๆ ในระหว่างที่ทำงานนั้น พร้อมกับการบันทึกไว้อย่างละเอียด เช่น ตั้งใจจะทำอะไร อยากจะได้อะไร จะไปเอาจากที่ไหน ต้องตรวจสอบด้วยการดูอะไรบ้าง สิ่งที่ได้นั้นตรงความต้องการหรือไม่ มีอะไรที่คับข้องใจระหว่างการทำงาน ฯลฯ ข้อมูลที่ได้นี้จะประโยชน์มากในการออกแบบเครื่องมือ แบบฟอร์ม การจัดวาง การเขียนฉลาก ขั้นตอนการทำงาน จะช่วยให้เราติดดินในการวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับระบบ และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน ไม่ถูกกล่าวหา กล่าวโทษ หรือเป็นเป้าของการปรับปรุง

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

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

แบบประเมินตนเองชุดนี้มีทั้งหมด 194 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ 10 หมวด ดังนี้

- 1) ข้อมูลของผู้ป่วย: มีระบบให้ผู้ให้บริการสุขภาพได้รับข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารทางคลินิก รวมทั้งข้อมูลความเป็นไปของการเจ็บป่วย เพื่อประเมินผลของยาและกระบวนการของโรคที่เป็นอยู่
- 2) ข้อมูลด้านยา: มีข้อมูลข่าวสารด้านยาที่เป็นปัจจุบันซึ่งผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย
- 3) การสื่อสารคำสั่งใช้ยาและข้อมูลข่าวสารด้านยาอื่นๆ: จัดอุปสรรคและความบกพร่องในการสื่อสารคำสั่งใช้ยาและข้อมูลข่าวสารอื่นๆ

- 4) การเขียนฉลาก การบรรจุหีบห่อ และการเรียกชื่อยา: มีความชัดเจน ไม่สับสน
- 5) มาตรฐานยา การเก็บ การกระจายยา: ลดการเก็บยาไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย จำกัดการเข้าถึงยาที่มีโอกาสเกิดอันตราย และจ่ายยาจากแผนกเภสัชกรรมให้ทันเวลาที่ต้องการ
- 6) การจัดหา ใช้ และติดตามอุปกรณ์การให้ยา: ป้องกันอันตรายจาก infusion pump
- 7) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม: ควรเอื้อต่อการมีสมาธิในการทำงาน และไม่เกิดความเครียด
- 8) ความรู้ความสามารถและการศึกษาของเจ้าหน้าที่
- 9) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย: ให้สามารถปกป้องตนเองจากความคลาดเคลื่อน
- 10) กระบวนการคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง: สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ปลอดภัยจากการลงโทษ ค้นหาคำตอบเชิงระบบที่ได้ผล มีจุดตรวจสอบที่จำเป็นและง่ายต่อการปฏิบัติโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับจุดที่มีความเสี่ยงสูง