

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 8/2554

เรื่อง “เพิ่มความปลอดภัย ด้วยการบริหารยาอย่างเป็นสหสาขา”

วันศุกร์ที่ 16 ธันวาคม 2554 เวลา 12.45 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมอภิตยาทรกิตติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

อ. ดร. นพ.ยงยุทธ ศิริวัฒนาอักษร	ภาควิชาศัลยศาสตร์
รศ. นพ.กมลพร แก้วพรสวรรค์	ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด
ภญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ	ฝ่ายเภสัชกรรม
ภญ.บุศยา กุลบุศย์	ฝ่ายเภสัชกรรม
ภญ.กนกวรรณ เวชภาคินทร์	ฝ่ายเภสัชกรรม
น.ส.ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี	ฝ่ายการพยาบาล
น.ส.ดวงพร สันทัด	หอผู้ป่วย 84/7 ตะวันออก งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ
น.ส.นันทา ขวัญดี	หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 10 ได้ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

ผู้ดำเนินการอภิปราย : ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 8/2554 ได้รับเกียรติจาก
รศ. นพ. โชคชัย เมธีไตรรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม
เรื่อง “เพิ่มความปลอดภัย ด้วยการบริหารยาอย่างเป็นสหสาขา”

ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ผู้ดำเนินการอภิปรายกล่าวถึงความสำคัญของการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง หรือ Medication Reconciliation ว่าควรเป็นนโยบายให้มีการดำเนินการครอบคลุมทุกหน่วยงานของกลุ่มบริการผู้ป่วยที่ต้องบริหารยา ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นโชคดีของชาว ศิริราชที่คณะมีนโยบายให้มีการดำเนินการโครงการนำร่อง เพื่อเรียนรู้และพัฒนาจนมั่นใจว่าจะไม่เพิ่มภาระการทำงานและเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ก่อนนำมาขยายผลต่อไป

จากนั้นเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และความเป็นมาของการทำ Medication Reconciliation ในโรงพยาบาลศิริราช โดย นางสาวศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี ฝ่ายการพยาบาล และ ภญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ ฝ่ายเภสัชกรรม สรุปความหมายของ Medication Reconciliation ว่าเป็นกระบวนการดูแลความต่อเนื่องทางการรักษาทางยาของผู้ป่วยตลอดการรักษา ตั้งแต่แรกรับระหว่างย้ายหอผู้ป่วย และกลับบ้าน ซึ่งตลอดกระบวนการมีโอกาสเกิดการผิดพลาดและคลาดเคลื่อนทางยาทั้งสิ้น ดังนั้นกระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยสูงสุด

นางสาวศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี ฝ่ายการพยาบาล เล่าถึงความเป็นมาของ Medication Reconciliation ในโรงพยาบาลศิริราช ว่า เริ่มต้น ปี 2551 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล จัดสัมมนา และจัดทำโครงการแผนพัฒนาศักยภาพการบริหารโครงการระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย (Front line Manager) ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2551 หลังการสัมมนา **ดร.ยวดี เกตส์ัมพันธ์** หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล จัดอบรมให้ความรู้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ตรวจการของฝ่ายการพยาบาล ประมาณ 250 คน และ จัด Workshop ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกเดือน ประกอบกับในช่วงนั้นได้เข้าร่วมประชุม National Forum ของ สรพ. ถือเป็นครั้งแรกที่ทราบถึงความหมายของ Medication Reconciliation จาก อาจารย์ธิดา ینگสานนท์ จากนั้น คุณจันทกานต์ หัวหน้าหอผู้ป่วย 84/7 ตะวันออก ได้นำปัญหาที่พบในหอผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดไม่ได้รับประทานยาเดิมอย่างต่อเนื่อง มาเชื่อมโยงกับโครงการ Front line manager โดยได้ปรึกษา **ดร.ยวดี เกตส์ัมพันธ์** จึงเป็นที่มาของการเริ่มทำ Medication Reconciliation มีการวางแผนการดำเนินการโครงการ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำไปใช้ และการประเมินผล จากนั้นมีการค้นหาข้อมูลเพื่อพัฒนาแบบฟอร์ม Medication Reconciliation หลังการดำเนินการได้ระยะหนึ่ง **ดร.ยวดี เกตส์ัมพันธ์** เสนอแนะให้เชิญ **ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์** และ **ภญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ** มาร่วมทีมให้เป็นสหสาขา เพื่อร่วมหาแนวทางการดำเนินการ Medication Reconciliation ต่อไป

ดร. ยวดี เกตส์ัมพันธ์ สรุปว่า การเริ่มโครงการใหม่ ประเด็นที่เริ่ม ส่วนใหญ่มาจากปัญหาการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการทำงานของเราที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ภญ.วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ กล่าวถึงการดำเนินการ Medication Reconciliation ในระยะต่อมาว่า จากเดิม แพทย์และพยาบาล มีการดำเนินการอยู่แล้ว คือเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาต้องซักประวัติเรื่องยา โดยพยาบาลบันทึกใน พ.01 และแพทย์บันทึกใน Current Medication ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการบันทึกข้อมูลประวัติการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดความซ้ำซ้อน ทีมงานได้พัฒนาแบบฟอร์มใหม่ขึ้นมาใหม่ที่มีความชัดเจนและสะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น

ในระยะแรกเภสัชกรได้รับมอบหมายให้ซักประวัติผู้ป่วยอีกครั้ง พบว่า บางครั้งพยาบาลซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยยังไม่ครบถ้วน ซึ่งไม่ใช่การจับผิด แต่เป็นการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการบันทึกปัญหาต่างๆ ในสมุดบันทึกข้อมูล Medication Reconciliation ของหอผู้ป่วย 84/7 ตะวันออก และนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเพื่อแก้ไขปัญหา และใช้เป็นแนวทางในการซักประวัติ มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการซักประวัติการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพแก่พยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ผลการดำเนินงานหลังจากการทำกิจกรรม พบว่าความถูกต้องสมบูรณ์ในการซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ณ วันแรกรับ ของพยาบาล มีเปอร์เซ็นต์เพิ่มขึ้น และนำผลจาก

กระบวนการของกลุ่มเล็กๆ มาขยายผลไปยังหอผู้ป่วยอื่นๆ แสดงระยะการดำเนินการ MR ในโรงพยาบาลศิริราช (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ระยะการดำเนินการ Medication Reconciliation ในโรงพยาบาลศิริราช

นางสาวศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี เล่าถึงความรู้สึกของการทำงานเป็นสหสาขา ว่าเห็นความร่วมมือในการทำงานของแพทย์ เกษัชกร และพยาบาล ที่สามารถทำงานร่วมกันได้ โดยอาจารย์แพทย์ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ถ้าสิ่งนี้เป็นประโยชน์ และทำให้โรงพยาบาลได้รับคะแนนจากการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดีขึ้น ส่วน ภาณุ วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ เล่าว่าเห็นพัฒนาการ การทำงานจากกลุ่มเล็กๆ จนมาถึงทุกวันนี้ ซึ่งการประสบความสำเร็จนั้น เกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่ายในทีม และขอขอบคุณทุกคนในทีม

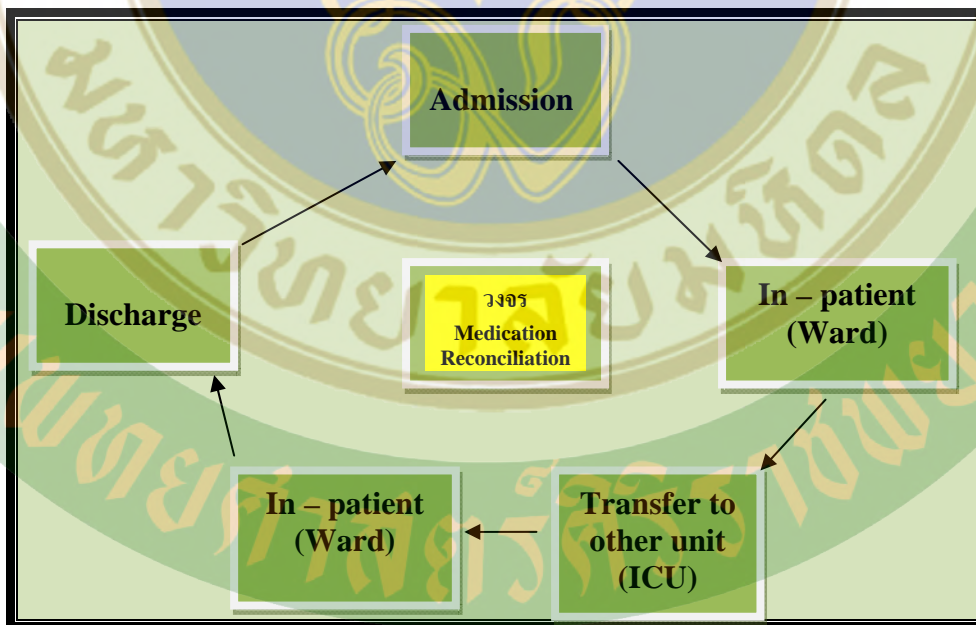
ช่วงต่อมาเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการพัฒนา Medication Reconciliation โดยทีมสหสาขา และผลลัพธ์ที่ได้ ประกอบด้วย อ. ดร. นพ. ยงยุทธ ศิริวัฒนาอักษร ภาควิชาศัลยศาสตร์ รศ. นพ. กมลพร แก้วพรสวรรค์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด ภาณุ บุศยา กุลบุศย์ ฝ่ายเภสัชกรรม น.ส. ดวงพร สันทัด หอผู้ป่วย 84/7 ตะวันออก งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ และ น.ส. นันทา ขวัญดี หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 10 ได้งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

อ. ดร. นพ. ยงยุทธ ศิริวัฒนาอักษร กล่าวว่ ในภาควิชาศัลยศาสตร์ มีการดำเนินการ Medication Reconciliation อยู่แล้ว จากนั้นทราบจาก ดร. ยุกดี เกตส์ัมพันธ์ และนางสาวศิริพรรณ

ชาญสุภิกษณ์ ว่าทาง ศ. พญ. ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร จะมีการทำโครงการนำร่อง Medication Reconciliation ในภาควิชาศัลยศาสตร์ จึงเข้าร่วมโครงการ จากนั้น อ. ดร. นพ.ยงยุทธ ศิริวัฒนาอักษร ได้อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับ Medication Reconciliation ว่า

Reconciliation คือ การบริหารยาที่ต้องตกลงร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร อย่างชัดเจน โดยยาทุกชนิดต้องมีการให้อย่างเหมาะสม และมีการพิจารณาไตร่ตรองไว้แล้ว เช่น การให้ยาต่อ หยุดให้ยา หรือมีการเปลี่ยนแปลงยา ในทุกๆ ขั้นตอนที่มีการเปลี่ยนการดูแล ซึ่งไม่ใช่เป็นการทำเฉพาะขาเข้า (การรับผู้ป่วย) แต่เป็นกระบวนการที่ต้องมีการทำในทุกขั้นตอน ดังแสดงใน วงจรของ Medication reconciliation (ภาพที่ 2) แต่ในวันนี้เป็นการนำเสนอเฉพาะในขั้นตอนรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความสำคัญของ Medication Reconciliation นั้นเป็นประเด็นหนึ่งในเรื่องของการบริหารยาผิดพลาด พบว่า 50% เกิดจาก medication errors, 20% เกิดจาก adverse drug events (ADEs) และทั้งหมดนี้เกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาด และเกิดบ่อยๆ ในช่วงการส่งต่อจากหน่วยงานหนึ่งไปอีกหน่วยงานหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้ามารักษาก็ถือเป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากข้างนอกเข้ามาในโรงพยาบาล รวมถึงการส่งต่อในแต่ละหน่วยภายในโรงพยาบาล ถือเป็นการส่งต่อเช่นกัน ส่วนการออกจากโรงพยาบาลถือเป็นการส่งต่อครั้งสุดท้าย จึงต้องมีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้การสื่อสารมีความถูกต้อง



ภาพที่ 2 วงจรของ Medication Reconciliation

จากวงจรของ Medication Reconciliation พบว่า ในขั้นตอน In-patient (Ward) ปัจจุบันมีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่ยังไม่มีการพิมพ์ Daily medication list ออกมา ทำให้ยังไม่มี

เชื่อมโยง ในขณะที่บางโรงพยาบาลจะมี Daily medication list พิมพ์ออกมาจากระบบทุกวันเพื่อให้แพทย์และพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลยา ในส่วนของภาควิชาศัลยศาสตร์ การส่งต่อใน ICU ควรมีการ Review order โดยแพทย์ หรือพยาบาล ทั้งขาไปและขากลับจาก ICU เพื่อให้ครบกระบวนการ Medication Reconciliation เมื่อกลับไปหออผู้ป่วยจะมีการ Review order อีกครั้ง ซึ่งไป Review order เปรียบได้กับไป Medication Reconciliation ที่ทำอยู่ในขณะนี้ และขั้นตอน Discharge คือ ใบยาที่พิมพ์ออกมาและมีการเก็บไว้ใน OPD card และอีกหนึ่งใบให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

การทำ Medication Reconciliation เมื่อ Admission ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

1. Verification คือ การซักประวัติการรับประทานยาของผู้ป่วยให้มากที่สุด ซึ่งจะเสียเวลากับขั้นตอนนี้มากที่สุด
2. Clarification คือ การเปรียบเทียบใบ Medication reconciliation กับใบ Order sheet เพื่อให้ได้รับความมั่นใจในความถูกต้องของการบริหารยาต่อไป
3. Documentation คือ การบันทึกข้อมูลอย่างชัดเจน เช่น การให้ยาต่อ การเปลี่ยนยา การหยุดยา เป็นต้น รวมถึงระยะเวลาในการได้รับยา

การทำ Medication Reconciliation เมื่อ Transfer ต้องมีการนำใบ Order Sheet มาเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูล เนื่องจากจะพบความผิดพลาดการบริหารยา ในช่วงการส่งต่อจาก ICU

ทำไมจึงต้อง **ทำ Medication Reconciliation เมื่อ Discharge** เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะเป็นผู้ได้รับผลจากยาโดยตรง เนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้บริหารยาเอง พบว่า 12% ผู้ป่วยจะเกิด adverse drug ภายใน 2 สัปดาห์หลัง Discharge (Forster, 2003) โดยปัญหาที่พบคือ Therapeutic duplication, Medications not appropriately restarted และ Dose adjustments

ความเข้าใจในการทำ Medication Reconciliation ที่คลาดเคลื่อน คือ

1. การรวบรวม Medical list ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นเพียงการ Verification โดยสิ่งที่ถูกต้อง คือกระบวนการที่มีความมั่นใจในการให้ยาจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ซึ่งต้องมีความถูกต้อง สมบูรณ์
2. ถ้ากระบวนการดี จะสามารถจับผิดได้ว่ามีการให้ยาผิด ซึ่งไม่ถูกต้องเสมอไป เนื่องจากกระบวนการ Medication Reconciliation ที่ดี คือ กระบวนการเพื่อให้ทราบว่าคุณป่วยทุกรายได้รับยาถูกต้อง โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ภายในใบบันทึกข้อมูลเดียวกัน

3. การทำ Medication Reconciliation ที่หน่วยฉุกเฉินต้องมีการทำหรือไม่ สรุปว่า ต้องมีการทำ เนื่องจากทุกที่ที่ผู้ป่วยมาใช้บริการต้องมีการซักประวัติผู้ป่วยเสมอซึ่งมีความสำคัญมาก

สิ่งที่ทำให้การทำ Medication Reconciliation ในภาควิชาศัลยศาสตร์ สำเร็จ คือ

1. การซักประวัติให้ได้ยาสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้ง 100% แต่ไม่ใช้การซักประวัติการเข้ายาทั้งหมด
2. เติมข้อมูลที่ขาดโดยการซักประวัติเพิ่มเติมทีหลัง โดยพยาบาลที่ขึ้นเวรต่อจากคนเดิม
3. เริ่มทำทีละน้อย
4. มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาร่วมกัน ระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร
5. มีการบันทึกข้อมูลทุกครั้ง

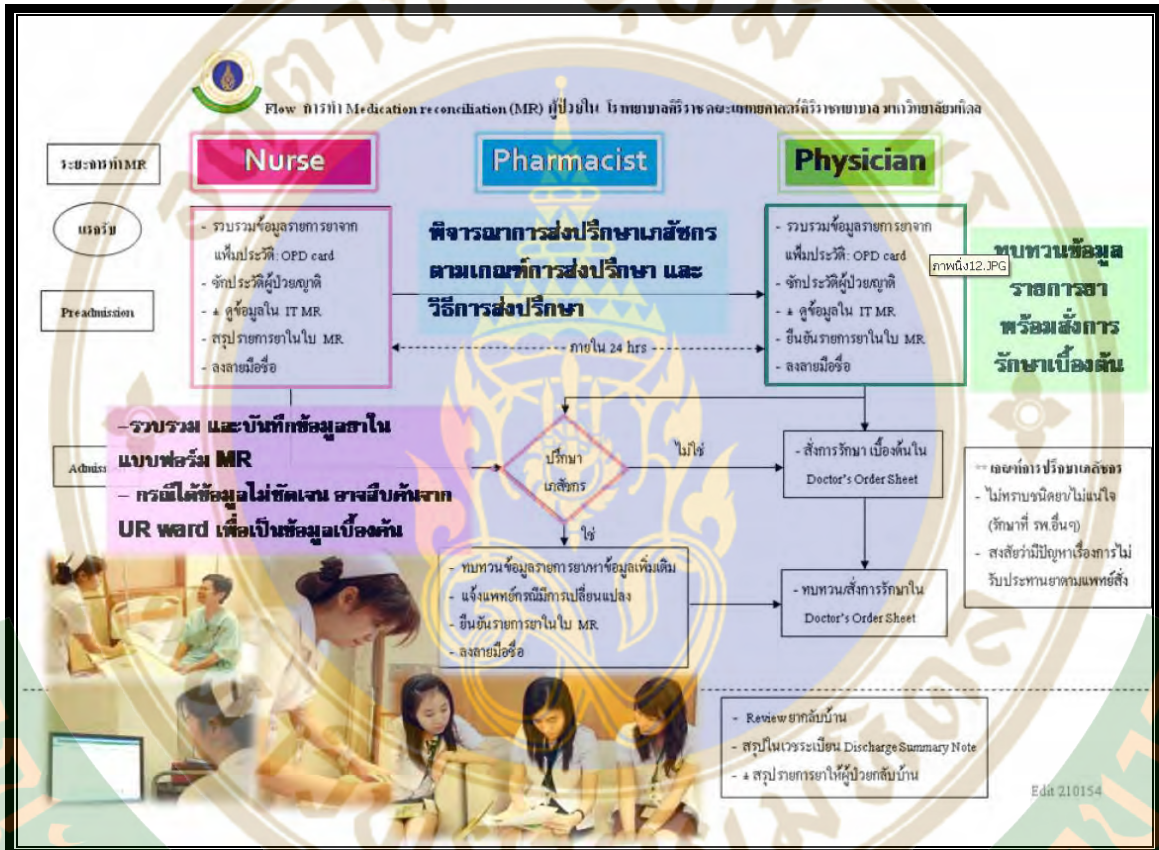
จากนั้น **น.ส.ดวงพร สันทัด** หอผู้ป่วย 84/7 ตะวันออก งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ เล่าถึงประสบการณ์ในการทำ Medication Reconciliation ในช่วงแรกว่า หอผู้ป่วย 84/7 ตะวันออก เป็นหอผู้ป่วยนำร่อง ในการทำ Medication Reconciliation ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โดยพบปัญหา คือ

- ผู้ป่วยนัดเข้ามา admit เพื่อการผ่าตัด 90% มีโรคประจำตัวซึ่งต้องรับประทานยาอยู่ประจำ และพบว่า 30% ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำ เนื่องจากไม่มีข้อมูลว่า ได้รับยาครั้งสุดท้ายเมื่อใด
- แพทย์สั่งหยุดยาบางชนิดขณะเข้ารับการรักษา

จากนั้นได้นำปัญหานี้มาปรึกษากับ **ดร.ยวดี เกตสัมพันธ์ และนางสาวศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี** ซึ่งได้รับคำแนะนำให้มีการทำ Medication Reconciliation โดยปัญหาและอุปสรรคจากการทำในระยะแรก ได้แก่ ยุ่งยาก เสียเวลา ทักษะในการซักประวัติยังมีน้อย แต่พบว่าผู้ป่วยมี Complication จากการให้ยา และในการดูแลความต่อเนื่องของการใช้ยานั้น จำเป็นต้องมีการร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งปัจจุบันปัญหาเหล่านี้ได้หมดไปแล้ว จากปัญหาต่างๆ เหล่านี้หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีกลยุทธ์และวิธีการชักจูงให้มาทำ Medication reconciliation โดยการชี้แจง ทำความเข้าใจถึงผลดีผลเสียของการทำ ทำเท่าที่ได้ในระยะแรกโดยไม่เร่งรัด ให้การสนับสนุนโดยการเชิญเภสัชกรมาให้ความรู้ในการซักประวัติ และการบริหารยาที่ถูกต้อง เมื่อพบปัญหาจากการดำเนินการในระยะหนึ่ง จึงมีการทำ CQI อย่างต่อเนื่อง สุดท้ายผลลัพธ์ที่ได้จากการทำ Medication Reconciliation คือผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการให้ยาในทุกรายต่อการให้บริการ หลังจากนั้นได้มีการต่อยอดโดยการทำโครงการให้คำปรึกษา

แนะนำเรื่องยาก่อนกลับบ้าน (Discharge counseling) ในหอผู้ป่วย ซึ่งได้รับรางวัลโครงการติดตามเมื่อปีที่ผ่านมา

ภญ.บุศยา กุลบุศย์ ฝ่ายเภสัชกรรม เล่าถึงบทบาทของเภสัชกร ในการดำเนินการ Medication reconciliation ว่าหลังจากที่มีการดำเนินการมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง มีการทำงานเป็นสหสาขา โดยเชิญแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายเภสัชกรรม และฝ่ายพัฒนาคุณภาพ มาร่วมประชุมเพื่อกำหนดขั้นตอนและบทบาทหน้าที่ในการทำงานร่วมกัน ดังแสดงใน MR Workflow (ภาพที่ 3) ทำให้ทราบถึงบทบาท และกรอบเวลาในการทำงานชัดเจน







ภาพที่ 3 Medication Reconciliation Workflow

นอกจากนี้ยังมีการทำเครื่องมือต่างๆ ในการดำเนินการ Medication Reconciliation เช่น คู่มือในการปฏิบัติงาน ไปสเตอร์แนวทางการซักประวัติ รวมถึงโปรแกรมการสืบค้นรายการยา (UR – ward) นอกจากนี้มีการจัดอบรมให้กับทีมแพทย์และพยาบาล ในรูปแบบการ Workshop โดยเชิญพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำ Medication Reconciliation มาก่อน มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับพยาบาลที่กำลังจะดำเนินการใหม่ ในประเด็นปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขเมื่อเจอปัญหา และมีการจำลองสถานการณ์เหมือนจริงเพื่อให้ทดลองทำ

หลังจากที่มีการขยายผล ได้มีการติดตามผลการดำเนินการ โดยมีการกำหนด KPI 4 ข้อ คือ

1. MR in new case > 80%
2. MR within 24 hour > 80%
3. MR with multidisciplinary > 80%
4. Unintentional discrepancy (ความแตกต่างของรายการยาแบบไม่ตั้งใจ) < 20%

ผลการดำเนินงาน MR มีการติดตามประเมินผลในหอผู้ป่วยงานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ และงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ รวม 2 ครั้ง (ภาพที่ 4)

KPI	Goal	1-30 March	1-30 June
		2011 N=400	2011 N=403
1. MR in new case	> 80%	90.20 %	96.28 % 
2. MR within 24 h	> 80%	89.80 %	95.53 % 
3. MR with multidisciplinary	> 80%	32 %	47.39 % 
4. Unintentional discrepancy	< 20 %	23.36 %	15.46 % 

ภาพที่ 4 ผลการดำเนินงาน Medication reconciliation

ผลการดำเนินงาน พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปตามเป้าหมาย และพบว่าผลการเก็บข้อมูลในครั้งที่สองมีผลลัพธ์ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลที่ได้คงเนื่องมาจากการนำปัญหาที่ได้จากการเก็บข้อมูลในครั้งที่ 1 มาเป็นแนวทางในการพัฒนาแก้ไข ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งสิ้น

จากนั้น น.ส.นันทา ขวัญดี หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 10 ได้ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เล่าถึงการดำเนินการ Medication reconciliation ในหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เนื่องจากนโยบายของคณะฯ และฝ่ายการพยาบาล โดยเริ่มทำที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 สามัญ เป็นที่แรก และมีการดำเนินการเป็นไปอย่างราบรื่น ต่อมาจึงมีการขยายผลไปยังหอผู้ป่วยอื่นๆ ต่อมา หอผู้ป่วยได้เข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงการดำเนินการ Medication reconciliation และ Workshop ร่วมกับ Resident จากนั้นมีการประชุมชี้แจงและให้ข้อมูลการดำเนินการอีกครั้งที่

ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และเริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2554 โดยทีมเภสัชกรให้คำปรึกษาที่หอผู้ป่วย แต่เนื่องจากเกิดปัญหาด้านอุทกภัย จึงอาจทำให้การดำเนินการไม่ครบถ้วน สมบูรณ์แต่ยังมีการทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยทุกราย

ในทุกเช้าเมื่อมีการส่งเวร จะมีการร่วมพูดคุยกันเกี่ยวกับปัญหาการทำ Medication reconciliation เพื่อมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในประเด็นปัญหาต่างๆ เหล่านั้น ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ จะมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

สำหรับขั้นตอนการปฏิบัติ พยาบาลเป็นผู้เริ่มซักประวัติก่อน โดยในช่วงแรกจะเป็นการช่วยกันทำของพยาบาล 2 - 3 คน จากนั้นมีการสอบถามกับ Resident อีกครั้ง และมีการร่วมกันให้ข้อมูลระหว่างพยาบาลกับ Resident นอกจากนี้เมื่อมีแพทย์ต่างแผนกมาดูแลผู้ป่วยจะมีการให้ข้อมูล Medication Reconciliation ด้วย ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการ พบว่า ข้อมูลยังไม่มี ความสมบูรณ์ยังขาดการเติมข้อมูลในบางส่วน เช่น ไม่ได้เติมเหตุผลของการเพิ่มยา หยุดยา เป็นต้น จึงมีการแก้ปัญหาโดยการบอกให้แพทย์เติมเต็มข้อมูลในส่วนนี้ให้ เพื่อให้ทีมสหสาขาทราบถึงเหตุผล วิธีการจะบอกในช่วงเวลาว่างของแพทย์ เพื่อไม่ให้เป็นการเข้าชี้ และทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งปัจจุบันมีการบันทึกข้อมูลที่ค่อนข้างครบถ้วน สมบูรณ์

ประโยชน์ที่ได้จากการทำ Medication Reconciliation จะเห็นได้ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาก เช่น การให้ยาที่มีความถูกต้อง ไม่ซ้ำซ้อนกัน เป็นต้น ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคที่พบ เช่น ญาติไม่สามารถตอบได้ว่าให้ยาผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ จึงแก้ปัญหาโดยการปรึกษาหอผู้ป่วยที่มีการดำเนินการก่อนหน้านี้ว่ามีแนวทางการแก้ปัญหาอย่างไร รวมถึงเมื่อไม่ทราบรายละเอียดของยา จะมีการปรึกษาจากเภสัชกร สำหรับ โปรแกรม UR - ward นั้นยังใช้งานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากโปรแกรมยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ใช้เวลานาน กรณีที่ผู้ป่วยมีหลายโรคจะใช้เวลาในการซักประวัติค่อนข้างมาก สำหรับเป้าหมายต่อไปของการทำ Medication Reconciliation คือ มีการบันทึกข้อมูลในใบ Medication Reconciliation ที่ครบถ้วน 100% เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด

ช่วงต่อมา รศ. นพ.กมลพร แก้วพรสวรรค์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด ได้เล่าถึงจุดเริ่มต้นของการดำเนินการ Medication Reconciliation ในหอผู้ป่วย ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เริ่มต้นด้วยการเชิญ ภาณุ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ มาบรรยายเกี่ยวกับ Medication Reconciliation เมื่อวันที่ 30 พ.ย.2553 ให้กับแพทย์และพยาบาลของภาคฯ ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น จากนั้นมีการเชิญอาจารย์ และแพทย์ประจำบ้านเข้าร่วมประชุมอีกครั้ง วันที่ 29 ธันวาคม 2553 ทั้งภาคฯ โดยทีมเภสัชกร ในเรื่อง ระบบคอมพิวเตอร์ Online Medication Reconciliation และระบบ Online Siriraj Drug List เพื่อเตรียมความพร้อมในการสืบค้นข้อมูล

รายการยาจากคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ซึ่งในภาคฯ มีการตั้ง Quality resident เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบคุณภาพต่างๆ

หลังจากนั้นเมื่อพร้อมดำเนินการ Medication Reconciliation จริง วันที่ 28 กันยายน 2554 ได้มีการประชุมเตรียมความพร้อมการขยายผลการดำเนินการ Medication Reconciliation ระยะที่ 3 ลงสู่ภาคปฏิบัติใน 11 หอผู้ป่วย และ Workshop ในวันที่ 5 ตุลาคม 2554

จากนั้น **รศ. นพ.กมลพร แก้วพรสวรรค์** ได้เสนอ หลุมพรางที่พบจากการทำ Medication Reconciliation ดังนี้

1. วิธีการรับประทานยาของผู้ป่วย
2. ชนิดของยาตามฉลากยาและยาจริงในซอง
3. ยาที่แพทย์สั่งจ่ายทั้งหมด กับยาที่ผู้ป่วยใช้จริง
4. ยาชนิดเดียวกันแต่มีหลายยี่ห้อ

ปัญหาที่พบจากการทำ Medication reconciliation

1. ขาดอัตรากำลัง
2. วิธีการได้มาซึ่งข้อมูลการใช้ยาไม่แน่นอน
3. การซักประวัติการใช้ยาจากตัวผู้ป่วยเอง ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุทำได้ยาก
4. การเชื่อมโยงประสานงานกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ

โอกาสในการพัฒนา ควรมีการนำระบบ Lean มาใช้ในการดำเนินการ Medication reconciliation

ภญ.บุศยา กุลบุศย์ เล่าถึงการทำงานร่วมกับทีมหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ว่า เนื่องจาก มีการดำเนินการในหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ทั้งหมดแล้ว จึงนำประสบการณ์จากการดำเนินการนั้นมาปรับแก้ไข โดยนำเสนอเป็นรูปแบบโปสเตอร์ Clip วิดีโอ ตัวอย่างขั้นตอนในการดำเนินการจริง จึงทำให้ดำเนินการได้ง่ายขึ้น ซึ่งเมื่อขึ้นไปให้คำปรึกษาบนหอผู้ป่วย พบว่ามีการทำได้ อย่างถูกต้องครบถ้วน ทำให้รู้สึกภูมิใจและหายเหนื่อย อีกทั้งยังเห็นถึงความพยายามของแพทย์และพยาบาล ที่จะทำออกมาให้ดีที่สุด

ปิดท้ายการประชุมโดย **ภญ.กนกวรรณ เวธภาคินทร์** ฝ่ายเภสัชกรรม ได้นำเสนอเกี่ยวกับ ความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยจากกระบวนการเรียนรู้ (pitfall) และแนวทางป้องกัน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้เพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สรุปบทเรียนที่ได้รับดังนี้

1. ต้องดูชื่อยาทั้งบนฉลากยา และตัวยาที่บรรจุอยู่ในซองว่าเป็นยาชนิดและความแรงเดียวกัน

2. ข้อมูลที่อ่านยาก อาจนำไปสู่ความเข้าใจผิดได้ ดังนั้นหากไม่แน่ใจให้สืบค้นรายการยา จากฐานข้อมูลอื่นๆ ร่วมด้วย
3. ใน OPD card ที่มีคำสั่ง RM ต้องดูให้ถี่ถ้วนว่ามีกา รหยุด หรือปรับเปลี่ยน ยารายการ ไดบ้าง
4. การบันทึกรายการยาให้ดูจาก ชื่อสามัญทางยาเป็นหลัก เนื่องจากยาแต่ละตัวอาจมี หลายชื่อการค้าทั้งที่เป็นยาตัวเดียวกัน
5. ต้องสอบถามยาที่รับประทาน แต่ไม่ได้นำมา รพ.ร่วมด้วย โดยสังเกตจากโรคประจำตัว ผู้ป่วย เช่น โรคไต โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคเบาหวาน เป็นต้น และสอบถามการใช้ สมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ และอาหารเสริม ร่วมด้วยเสมอ

ช่วงสุดท้าย ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ กล่าวสรุป การประชุมวิชาการ Quality Conference ครั้งที่ 8 ว่า “สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการประชุมครั้งนี้ได้เห็นถึง ความตั้งใจและการมีจุดหมายร่วมกัน คือความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ มีการประสาน การทำงานที่เป็นสหสาขาที่ชัดเจน ระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จึงเกิดองค์ความรู้ จากบทเรียนและประสบการณ์จากการทำงานที่ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พูดคุยกัน เช่น ไปสเตอร์ แนวทางการซักประวัติ คู่มือการดำเนินการ Medication Reconciliation วิดีทัศน์ เป็นต้น การแลกเปลี่ยนความรู้จะส่งผลให้การทำงานในครั้งต่อไปง่ายขึ้น ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ ต้องมีทีมในการติดต่อประสานงาน สนับสนุนให้เกิดเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ ทีมงาน จัดการความรู้ ดังนั้นจากกระบวนการ Medication Reconciliation ในครั้งนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นคือ ความสำเร็จที่เกิดจากความตั้งใจ และมีเป้าหมายร่วมกัน คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมี ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร และทีมสนับสนุน เพื่อร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรม คุณภาพ และวัฒนธรรมการเรียนรู้ จึงทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ขึ้นมา และเป้าหมายสุดท้ายของ การดำเนินการ คือ “การบรรลุวิสัยทัศน์ของคณะฯ ร่วมกัน นั่นเอง”

ผู้บันทึก และถอดบทเรียน นายเอกกนก พนาดำรง

ผู้ตรวจสอบบทเรียน

1. นางสาวสมใจ เนียมหอม
2. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร