

๑.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : การพัฒนาระบบ Medication reconciliation inpatient ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาพนม

คำสำคัญ : Medication reconciliation

สรุปผลงานโดยย่อ : การดำเนินงาน Medication reconciliation เป็นระบบการติดตามดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนแรกรับจนกระทั่งขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมไปถึงการค้นหาคความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาจากการใช้ยาและการประสานยาในกรณีที่มีผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ควรจะได้รับอย่างถูกต้องและปลอดภัย ในการดำเนินงานต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และที่สำคัญคือความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ

๒. สมาชิกทีม : ภญ. ศิมาภรณ์ ไส้ไทย

๓.ชื่อและที่อยู่องค์กร : ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

๔.การติดต่อกับทีมงาน : ภญ. ศิมาภรณ์ ไส้ไทย ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ ๐๗๕-๖๘๙๖๙๖

๕.ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาคความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาจากการใช้ยาและการประสานยาในกรณีที่มีผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรคและได้รับยาจากสถานพยาบาลหลายแห่ง จากการประเมินพบว่าปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นคือผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการกินยาไม่สม่ำเสมอ, ปรับขนาดยาเอง, ได้รับยาไม่เพียงพอตามจำนวนวันนัด, ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ และการได้รับยาจากสถานพยาบาลหลายแห่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนได้เช่นกัน ดังนั้นจึงมีการจัดทำ Medication reconciliation โดยเภสัชกร เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการดูแลการใช้ยาอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

๖. เป้าหมาย :

๑. เพื่อให้มีอัตราการทำให้ Medication reconciliation ภายใน ๒๔ ชม. > ๘๐%
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ควรจะได้รับอย่างถูกต้องและปลอดภัย
๓. เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำซ้อน
๔. เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
๕. เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

๗. กิจกรรมการพัฒนา

๑. เภสัชกรจัดทำแบบบันทึก Medication reconciliation เพื่อให้สะดวกในการเก็บข้อมูล และจัดทำแนวปฏิบัติในกระบวนการทำ Medication reconciliation
๒. เภสัชกรคัดกรองประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่รับเข้าใหม่ในหอผู้ป่วยในภายใน ๒๔ ชั่วโมง
๓. บันทึกข้อมูลประวัติยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องลงในแบบบันทึกเพื่อเปรียบเทียบกับรายการยาแรกรับ
๔. เมื่อพบความแตกต่างให้ปรึกษาแพทย์ เพื่อให้แพทย์ทบทวนการสั่งใช้ยาอีกครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

๕. ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาอีกครั้ง เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน หากพบความแตกต่างของยาหรือโอกาสที่จะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาให้ปรึกษาแพทย์ เพื่อให้แพทย์ทบทวนรายการยาที่สั่งอีกครั้ง
๖. เภสัชกรพิมพ์ใบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับตอนจำหน่ายผู้ป่วยให้ผู้ป่วยกลับไปด้วย พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยยื่นทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งใบรายการยานี้จะช่วยส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นด้วย เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาและปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้
๗. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในจะมีการบันทึกรายการยากลับบ้านในเวชระเบียนผู้ป่วยทุกครั้งที่จำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยในครั้งถัดไปที่มารับบริการ ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาและปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้

๘. การวัดและผลของการเปลี่ยนแปลง

ผลลัพธ์การดำเนินงาน : ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลเขาพนม ได้เริ่มทำ medication

reconciliation ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ โดยเริ่มแรกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ซึ่งทำในขั้นตอนการแรกรับผู้ป่วย(admit reconciliation) และในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (discharge reconciliation)

1. ความครอบคลุมในการทำ admit reconciliation คิดเป็นร้อยละ ๔๐ (๒๕๕๕), ๕๒.๓๘ (๒๕๕๖), ๕๔ (๒๕๕๗), ๕๖.๑ (๒๕๕๘) ของกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน
2. ความครอบคลุมในการทำ discharge reconciliation คิดเป็นร้อยละ ๓๙ (๒๕๕๕), ๔๒.๕ (๒๕๕๖), ๔๓.๑๙ (๒๕๕๗), ๔๕.๘ (๒๕๕๘) ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ admit reconciliation

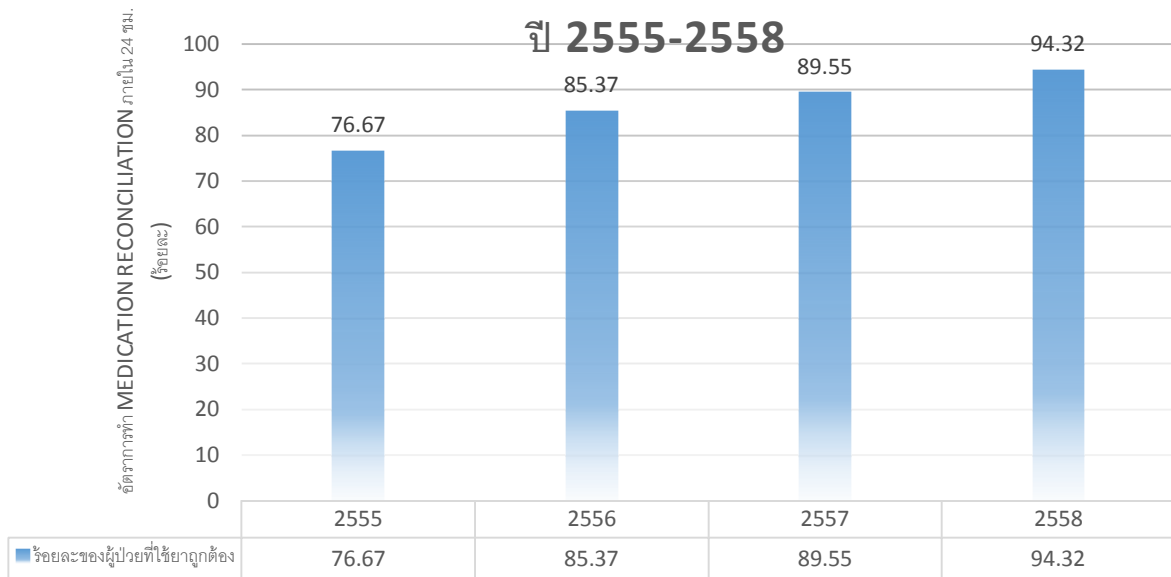
ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๕๕	ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘ (ต.ค.-มี.ค.)
อัตราการทำ medication reconciliation ภายใน ๒๔ ชม.	>๘๐%	๔๐	๕๒.๓๘	๕๔	๕๖.๒๕
อัตราการเกิด prescribing error ในผู้ป่วยใน	<๕/๑๐๐๐ วัน นอน	๓.๙๘	๓.๖๘	๔.๒๓	๕.๕
ร้อยละของผู้ป่วยได้รับยาที่ควรจะได้รับ	๑๐๐%	๙๘.๓๔	๙๘.๖๗	๙๙.๒๔	๙๙.๕๖
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาถูกต้อง	๑๐๐%	๗๖.๖๗	๘๕.๓๗	๘๙.๕๕	๙๔.๓๒

อัตราการทำ MEDICATION RECONCILIATION

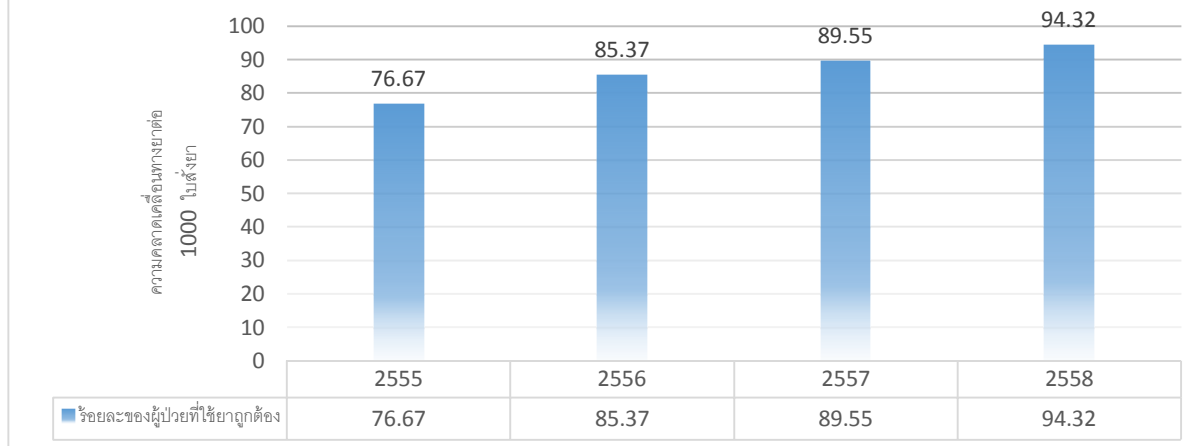
ภายใน 24 ชม.

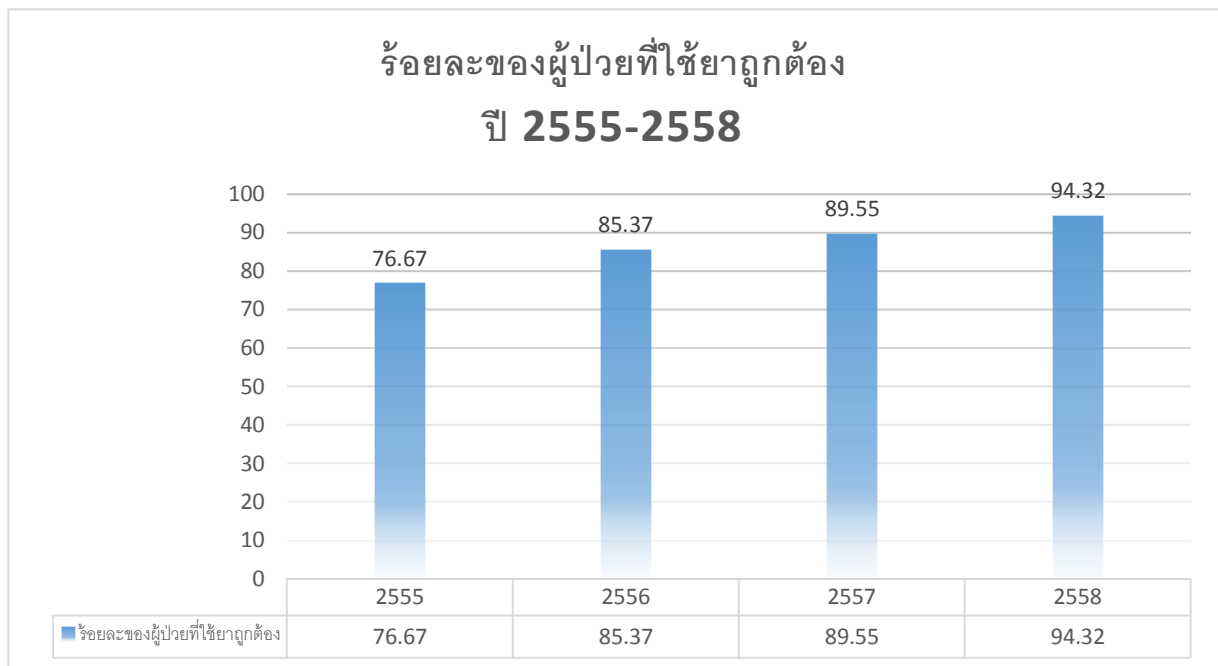
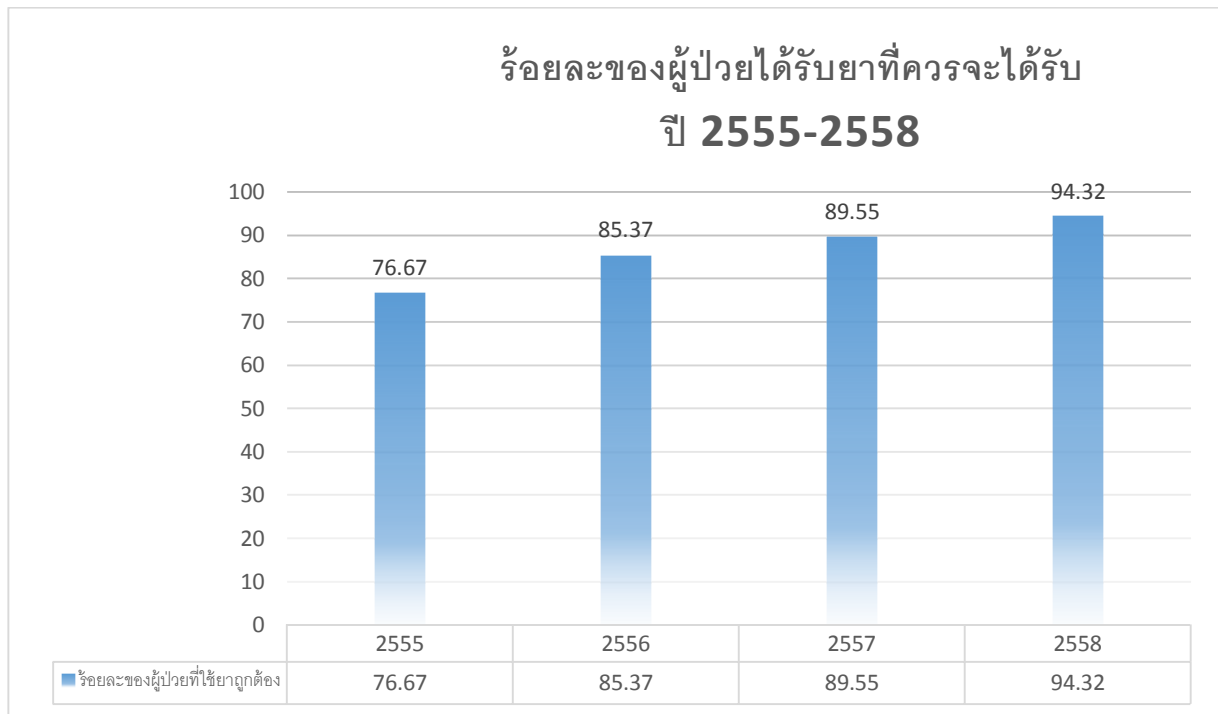
ปี 2555-2558



อัตราการเกิด PRESCRIBING ERROR(IPD)

ปี 2555-2558





๙. บทเรียนที่ได้รับ :

๑. ในขั้นตอนการแรกรับผู้ป่วย (admit reconciliation)
 - ผู้ป่วยบางรายไม่ได้นำยาเดิมติดตัวมาโรงพยาบาลและอาจมียาเดิมเหลืออยู่ที่บ้าน ดังนั้นยาที่แพทย์สั่งใหม่อาจซ้ำกับยาเดิมที่มีอยู่ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนได้ จากปัญหาที่เกิดขึ้นได้มีการแก้ปัญหาด้วยการให้ผู้ป่วย/ญาตินำยาเดิมทั้งหมดมาเก็บไว้ที่ห้องยา และเภสัชกร/

เจ้าหน้าที่ประจำฝ่ายเภสัชกรรมจะเป็นผู้จัดยาตามที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยแบบ daily dose เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน

๒. ในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (discharge reconciliation)
 - ความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยที่สุดคือการสั่ง “ยาเดิม” ของผู้ป่วย แพทย์ไม่ได้ระบุรายการยาว่ามีอะไรบ้าง ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ เนื่องจากยาบางตัวขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้มีการเปลี่ยนแปลงขนาด หรือวิธีใช้ยา ดังนั้นเภสัชกรต้องรีบตรวจสอบรายการยากับแพทย์ทันทีเพื่อยืนยันคำสั่งใช้ยาที่ถูกต้องและครบถ้วน
๓. กระบวนการ medication reconciliation เป็นการร่วมมือกันทำงานของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล หากทุกฝ่ายประสานงานกันเป็นอย่างดีแล้ว ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความปลอดภัยมากขึ้น