

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินการให้ยาซีโปรฟล็อกซาซิน เซฟตาซิม และอิมิพีเนม/ซิวลาสตาทินหรือเมโรพิเนม ของผู้ป่วยในเด็ก ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งดำเนินการประเมินการให้ยาทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยสร้างเป็นร่างเกณฑ์ และทำการทดลองร่างเกณฑ์ นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัย และเหมาะสมกับสถานะของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แล้วนำเกณฑ์ที่ผ่านการรับรองแล้วจากหัวหน้าหน่วยโรคติดเชื้อ คณะกรรมการหน่วยโรคติดเชื้อ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แจกแก่แพทย์กองกุมารเวชกรรมก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินการให้ยา โดยทำการประเมินการให้ยาในผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 14 ปี ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2544 ถึง 31 กรกฎาคม 2545 โดยพบว่ามี การสั่งให้ยา 98 ครั้ง ให้ผู้ป่วยจำนวน 58 คน เป็นผู้ป่วยชาย 38 คน และผู้ป่วยหญิง 20 คน ซึ่งได้รับการสั่งให้ยาคิดเป็นร้อยละ 73.47 และ 26.53 ตามลำดับ

เกณฑ์การประเมินการให้ยา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่1. การตัดสินใจให้ยา ซึ่งประกอบด้วยการประเมินภาวะติดเชื้อ และการประเมินเหตุผลในการสั่งให้ยาหรือข้อบ่งชี้ของยา

ส่วนที่2. กระบวนการที่ควรกระทำระหว่างการให้ยา ซึ่งประกอบด้วยการประเมินข้อห้ามใช้ของยา การตรวจสอบสัญญาณชีพและการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบการทำงานของไต การตรวจวัดการทำงานของตับ ขนาดและความถี่ในการบริหารยาในเด็ก ระยะเวลาในการให้ยา การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และ อาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา

ส่วนที่3. ผลการรักษาในผู้ป่วย

โดยการให้ยาตรงตามเกณฑ์ประเมินการให้ยา หมายถึงมีการสั่งให้ยาให้แก่ผู้ป่วยเด็กตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกหัวข้อคือ การตัดสินใจให้ยา กระบวนการที่ควรกระทำระหว่างการให้ยา และ ผลการรักษาในผู้ป่วย ส่วนการให้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ประเมินการให้ยา หมายถึงมีการสั่งให้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์อย่างน้อยในหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง

ผลการประเมินการตัดสินใจให้ยา พบการสั่งให้ยาให้แก่ผู้ป่วยในเด็กกองกุมารเวชกรรมที่มีภาวะติดเชื้อ โดยมีการสั่งให้ยาตรงตามเกณฑ์การประเมินเหตุผลในการสั่งให้ยา หรือข้อบ่งชี้ของยา 77 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78.57 ไม่ตรงตามเกณฑ์ 7 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.14 และ ไม่สามารถ

สรุปได้ 14 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14.29 สำหรับเหตุผลในการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ การติดเชื้อในกระแสโลหิตคิดเป็นร้อยละ 25.62 ซึ่งมีการสั่งใช้ยาเซฟตาซิมมากที่สุดใกล้เคียงกับยาอิมิพีเนมหรือเมโรพิเนม รองลงมาคือ โรคปอดบวมจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 19.01 ภาวะใช้ร่วมกับภาวะที่มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำคิดเป็นร้อยละ 15.70 และ โรคปอดบวมคิดเป็นร้อยละ 9.92 ตามลำดับ โดยเหตุผลในการใช้ยาเหล่านี้เป็นการสั่งใช้เซฟตาซิมมากที่สุด

การประเมินกระบวนการที่ควรกระทำระหว่างการใช้ยา พบว่าก่อนสั่งใช้ยามีการพิจารณาถึงข้อห้ามใช้ของยา ซึ่งไม่มีผู้ป่วยรายใดเคยมีประวัติแพ้ยา และมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ยา แพทย์มีการสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 35 ครั้ง ซึ่งเป็นโรคมะเร็งเม็ดโลหิตมากที่สุด

การเพาะเชื้อและ/หรือการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาก่อนการสั่งใช้ยา พบว่าจากการสั่งใช้ยา 98 ครั้งมีการส่งเพาะเชื้อตรงตามเกณฑ์ 96 ครั้ง (ร้อยละ 97.96) ผลจากการเพาะเชื้อพบเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของภาวะติดเชื้อ 86 ครั้ง และตรวจไม่พบเชื้อหรือเพาะเชื้อไม่ขึ้นจำนวน 29 ครั้ง โดยเชื้อที่ตรวจพบมากที่สุดคือ *P.aeruginosa* ร้อยละ 26.74 สำหรับการให้ยาเพื่อการรักษาแบบคาดการณ์จำนวน 48 ครั้ง มีการปรับเปลี่ยนยาหลังได้รับผลการเพาะเชื้อภายใน 24 ชั่วโมงตรงตามเกณฑ์ 15 ครั้ง (ร้อยละ 31.25) ไม่ตรงตามเกณฑ์ 5 ครั้ง (ร้อยละ 10.42) ซึ่งแพทย์ยืนยันการใช้ยารายการเดิม (โดยพิจารณาจากอาการทางคลินิกของผู้ป่วย) และไม่สามารถสรุปได้ 28 ครั้ง (ร้อยละ 58.33) เนื่องจากตรวจไม่พบเชื้อหรือเพาะเชื้อไม่ขึ้น

ผลการประเมินขนาดและความถี่ในการบริหารยาในเด็ก พบว่ามีการสั่งใช้ยาตรงตามเกณฑ์การประเมินขนาดและความถี่ในการบริหารยาในเด็กจำนวน 93 ครั้ง (ร้อยละ 94.90) ไม่ตรงตามเกณฑ์ 5 ครั้ง (ร้อยละ 5.10) ในส่วนของการเลือกขนาดยา ความถี่ในการให้ยา และวิธีการบริหารยาให้ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละราย รวมถึงระยะเวลาในการใช้ยาที่เหมาะสมนั้น จะมีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อและความปลอดภัยของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาผลการประเมินระยะเวลาในการใช้ยาพบว่า มีการสั่งใช้ยาโดยที่ระยะเวลาในการใช้ยาตรงตามเกณฑ์ 90 ครั้ง (ร้อยละ 91.84) ระยะเวลาในการใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์จำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 5.10) และ ไม่สามารถสรุปได้ว่าระยะเวลาตรงตามเกณฑ์หรือไม่จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 3.06)

จากการศึกษานี้พบการสั่งใช้ยาที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน ได้แก่ การใช้ยาอิมิพีเนมกับ ยาธิโอพิลลิน และ ยาซิโปรฟล็อกซาซินชนิดรับประทานกับยาที่มีส่วนประกอบของธาตุเหล็ก อลูมิเนียมหรือแคลเซียม เป็นต้น ซึ่งเภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้มีการปฏิบัติตาม เกณฑ์ในการใช้ยาร่วมกันได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ผลการติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบอาการไม่พึงประสงค์ จากการสั่งใช้ยา 7 ครั้ง เกิดจากการใช้ยาอิมิพีเนมหรือเมโรพิเนม 3 ครั้ง ซิโปรฟล็อกซาซินชนิด ฉีด 2 ครั้ง ซิโปรฟล็อกซาซินชนิดรับประทาน และ เซฟตาซิมอย่างละ 1 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยได้รับการ ติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด หรือได้รับการแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

ผลการประเมินผลการรักษาในผู้ป่วย พบผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นทั้งสิ้น 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.53 แบ่งเป็นผู้ป่วยหายจากโรค 5 ราย (ร้อยละ 5.10) และอาการทุเลา 70 ราย (ร้อยละ 71.43) รองลงมาเป็นผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่เปลี่ยนแปลง 16 รายคิดเป็นร้อยละ 16.33 ผู้ป่วยอาการ เลวลงจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 4.08 และ ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.06

ผลการประเมินการใช้ยาโดยรวม พบว่ามีการใช้ยาตรงตามเกณฑ์การประเมินการใช้ยา ครอบคลุมทั้งสามหัวข้อคือ การตัดสินใจใช้ยา กระบวนการที่ควรกระทำระหว่างการใช้ยา และ ผลการ รักษา จำนวน 70 ครั้ง (ร้อยละ 71.43) ไม่ตรงตามเกณฑ์ประเมินการใช้ยาในหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง จำนวน 15 ครั้ง (ร้อยละ 15.31) และ ไม่สามารถสรุปได้จำนวน 13 ครั้ง (ร้อยละ 13.26)

การประเมินการใช้ยาในเชิงปริมาณ พบว่ามูลค่าการใช้ยารวมทั้งหมด 553,630 บาท เป็น มูลค่าการใช้ยาอิมิพีเนมและเมโรพิเนมมากที่สุด และมีมูลค่าการใช้ยาเฉลี่ยต่อครั้งสูงที่สุดด้วย แต่ยาเซฟตาซิมมีการสั่งใช้เป็นปริมาณมากที่สุด สำหรับมูลค่าการใช้ยาพิจารณาตามผลการ รักษาในผู้ป่วยพบว่า มูลค่าการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นคือหายหรือมีอาการทุเลาจากโรค หรืออาการที่เป็นเท่ากับ 466,147 บาท (ร้อยละ 84.20) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่เปลี่ยนแปลง 16,503 บาท (ร้อยละ 2.98) ผู้ป่วยมีอาการเลวลง 5,010 บาท (ร้อยละ 0.90) และผู้ป่วยเสียชีวิต 65,970 บาท (ร้อยละ 11.92)

ส่วนมูลค่าการใช้ยาแยกตามผลการประเมินการใช้ยาพบว่า มูลค่าของการใช้ยาที่ตรงตาม เกณฑ์การประเมินการใช้ยาเท่ากับ 413,184 บาท (ร้อยละ 74.63) ไม่ตรงตามเกณฑ์การประเมิน การใช้ยาเท่ากับ 58,411 บาท (ร้อยละ 10.55) และมูลค่าของการใช้ยาที่ไม่สามารถสรุปได้เท่ากับ 82,035 บาท (ร้อยละ 14.82)

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า เกณฑ์ที่สร้างขึ้นนั้นสามารถใช้งานได้จริงในระดับหนึ่ง และต้องใช้เวลาค่อนข้างมากสำหรับการติดตามและประเมินการใช้จ่ายในแต่ละครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลและผลการประเมินครบถ้วนสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่สร้างขึ้นทุกหัวข้อ ดังนั้นจึงควรมีการปรับปรุง แก้ไขพัฒนา ร่วมกับดำเนินงานต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในระยะยาว และเป็นไปตามแนวทางของการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ดังนี้

1. การปรับปรุงเกณฑ์การใช้จ่าย

1.1. การตัดสินใจใช้จ่าย/เหตุผลในการใช้จ่าย/ข้อบ่งชี้ของยา ควรมีการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะ เพื่อให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับความไวของเชื้อต่อยา โดยนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค (surveillance system) ที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และในหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง รวมถึงผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพและแนวโน้มการดื้อยาของเชื้อ นำมาปรับปรุงพัฒนาเกณฑ์ใหม่ และเมื่อแก้ไขปรับปรุงเกณฑ์การใช้จ่ายแล้วนอกจากจะต้องเผยแพร่ข้อมูลที่ได้ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบทุกครั้ง เพื่อให้มีการเลือกจ่ายต้านจุลชีพได้อย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ที่สร้างขึ้นแล้ว อาจจะมีการอบรม ให้ความรู้แก่ทีมดูแลผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจจุดประสงค์และประโยชน์ในการติดตามและประเมินการใช้จ่าย และสนับสนุนให้มีการใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นอย่างถูกต้อง

1.2. ขั้นตอนการสั่งจ่ายต้านจุลชีพที่ต้องติดตามและประเมินการสั่งจ่าย ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งนำเสนอแบบฟอร์มใหม่เพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติงาน ดังภาคผนวก ฐ โดยจะติดตามและประเมินเฉพาะหัวข้อที่สำคัญๆ ดังนี้คือ เหตุผลในการใช้จ่ายหรือข้อบ่งชี้ของยา ข้อห้ามใช้ การส่งเพาะเชื้อและ/หรือการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา การปรับเปลี่ยนยาหลังได้รับผลการเพาะเชื้อและ/หรือการทดสอบความไวของเชื้อ การตรวจสอบการทำงานของไต ขนาดและความถี่ในการบริหารยา ระยะเวลาในการใช้จ่าย และ ผลการใช้จ่ายหรือผลการรักษา ซึ่งแบบฟอร์มใน ภาคผนวก ฐ ประกอบด้วย

- ♦ แบบสั่งจ่ายที่ต้องติดตามและประเมินการใช้จ่าย สำหรับแพทย์เป็นผู้กรอกข้อมูล (ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2) และ
- ♦ แบบติดตามและประเมินการใช้จ่าย ชิโปรฟล็อกซาซิน ยาเซฟตาซิดิม และยาอิมิพีเนม/ซิลาสตาตินหรือเมโรปีเนม สำหรับเภสัชกรเป็นผู้กรอกข้อมูล (ส่วนที่ 3)

โดยเภสัชกรจะนำข้อมูลจากส่วนที่ 1 และ 2 (ซึ่งแพทย์เป็นผู้กรอก) มาประเมินการใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่จัดทำขึ้น และติดตามข้อมูลบางส่วนของผู้ป่วยเพิ่มเติมเอง จนผู้ป่วยสิ้นสุดการใช้จ่ายที่ต้องดำเนินการติดตามและประเมินการใช้จ่าย

สำหรับข้อมูลบางหัวข้อ ที่มีได้มีความสำคัญมากต่อการติดตามและประเมินการใช้จ่าย และอาจมีผู้อื่นทำงานในส่วนนั้นๆ อยู่แล้วหรือสามารถมอบหมายให้ผู้อื่นทำแทนได้ ก็ควรตัดออกจากเกณฑ์การใช้จ่าย เพื่อไม่ให้เภสัชกรต้องติดตามและประเมินในรายละเอียดมากเกินไป เช่น การตรวจสัญญาณชีพ การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องบางรายการ หรือ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่าย เป็นต้น

1.3. เกณฑ์ประเมินการใช้จ่ายบางข้อที่อาจกระทำได้ยาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กซึ่งบางราย บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่ได้รับข้อมูล หรือรายละเอียดที่ถูกต้องตามความเป็นจริงจากการสัมภาษณ์หรือสอบถามข้อมูลย้อนหลัง ถ้ามีการปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ สามารถเรียกดูฐานข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังได้ ก็จะช่วยลดขั้นตอนเพิ่มความถูกต้อง และง่ายต่อการตรวจสอบข้อห้ามใช้จ่าย ประวัติต่างๆ ของผู้ป่วย อาจช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีความสำคัญและมีความจำเป็น เพื่อเพิ่มความเหมาะสมในการใช้จ่าย นอกจากนี้หากไม่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้น ควรมีการส่งตรวจเพาะเชื้อ หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ หรือมีการถ่ายภาพทางรังสีซ้ำ ก่อนหยุดใช้ยาต้านจุลชีพ เพื่อเป็นการเพิ่มการประกันคุณภาพในด้านผลการรักษาด้วยยา

1.4. เกณฑ์ประเมินการใช้จ่ายที่สร้างขึ้นเพื่องานวิจัยครั้งนี้ จัดทำขึ้นเฉพาะสำหรับใช้ในกองกุมารเวชกรรมเท่านั้น หากต้องการนำไปประยุกต์ใช้อาจจะจัดทำเกณฑ์แยกเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยงาน เช่น สำหรับหน่วยโรคติดเชื้อของอายุรกรรม กองศัลยกรรม ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละหน่วยงานอาจจะมีเหตุผลในการใช้จ่ายหรือข้อบ่งชี้ของยาที่แตกต่างกัน และมีความหลากหลายของโรคติดเชื้อมากกว่าที่พบในผู้ป่วยเด็ก รวมถึงเชื้อก่อโรคมักจะแตกต่างกันด้วย โดยเกณฑ์ดังกล่าว ควรจะได้รับการรับรองหรือผ่านการตรวจสอบจากคณะทำงาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับหรือแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งจากโรงพยาบาลก่อน คณะทำงานนี้จะทราบถึงสถานการณ์การใช้จ่ายด้านจุลชีพ ปัญหาการตีอาของเชื้อ ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง และจะสามารถนำข้อมูลต่างๆ มาปรับปรุงเกณฑ์การใช้จ่ายได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้อาจจะใช้แนวทางจากการวิจัยนี้ นำไปปรับปรุงและประยุกต์ใช้ในการจัดทำระบบประเมินการใช้จ่ายที่ครอบคลุมรายการยาอื่นๆ ในบัญชี ง. ให้ครบทุกรายการตามที่บัญชียาหลักแห่งชาติได้กำหนดไว้ว่าต้องมีการติดตามและประเมินการใช้จ่าย หรือรายการอื่นๆ ที่โรงพยาบาลเห็นว่ามีมีความจำเป็น มีปริมาณและมูลค่าการใช้สูง หรือมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นต้น

1.5. การประเมินผลการรักษาในผู้ป่วย มักจะคำนึงถึงอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่หากต้องการให้การใช้จ่ายได้ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น ก็ควรคำนึงถึงผลการรักษาในแง่ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ และ ผลประโยชน์ด้านสังคมด้วย

2. รูปแบบการติดตามและประเมินการใช้จ่าย และการประสานงานกันระหว่างทีมดูแลผู้ป่วย

2.1. รูปแบบการประเมินการใช้จ่ายในการศึกษานี้ เป็นการดำเนินการติดตามประเมินการใช้จ่ายของผู้ป่วยในเด็กภายใน 24-72 ชั่วโมงที่มีการสั่งจ่ายยา ซึ่งยังคงพบปัญหาบางประการที่ไม่สามารถแก้ไขได้ทันที เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่จะออกตรวจผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้วิจัยต้องติดตามการใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วยตนเองในบางหอผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้ได้ข้อมูลทางคลินิกไม่สมบูรณ์และใช้เวลามาก ดังนั้นถ้าจะให้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการรักษาพยาบาล เกสซ์กรควรจะเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยพร้อมแพทย์เพื่อให้การประสานงานกันราบรื่น และเมื่อพบปัญหา ก็สามารถแก้ไขได้ทันที หรือหากมีข้อสงสัยในการรักษาด้วยยา ก็จะได้ทราบเหตุผลของแพทย์แต่ละท่านโดยตรง เพราะการสื่อสารด้วยวาจาอาจจะเข้าใจง่ายกว่าการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร และเกสซ์กรยังสามารถให้ข้อมูลทางด้านยาแก่แพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ทันสถานการณ์อีกด้วย

2.2. ในกรณีที่พบปัญหาจากการใช้จ่ายหรือพบการใช้จ่ายที่อาจจะไม่เหมาะสม นอกจากการติดต่อกับแพทย์โดยตรงแล้ว อีกวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการติดต่อประสานงานกับแพทย์ได้ดีก็คือ การเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร ฝากติดต่อแพทย์ผ่านทางพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ซึ่งการประสานงานกันของบุคลากรทางการแพทย์แบบนี้มีส่วนช่วยให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น

2.3. ควรมีการประเมินความเข้าใจ ความพึงพอใจ และทัศนคติของแพทย์หน่วยโรคติดเชื้อกุมารเวชกรรมทุกท่าน เกี่ยวกับกระบวนการติดตามและประเมินการใช้จ่าย การสั่งจ่ายยาโดยต้องกรอกแบบสั่งจ่ายยาซีโปรฟล็อกซาซิน หรือเซฟตาซิม หรืออิมิพีเนม/ซิลาสตาตินและเมโรปีเนม โดยอาจใช้แบบสอบถามทัศนคติของแพทย์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความถูกต้องในการกรอกข้อมูลในแบบสั่งจ่ายยาต้านจุลชีพ 4 รายการดังกล่าว (ส่วนที่ระบุว่าสำหรับแพทย์) และเพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสมของเกณฑ์การใช้จ่าย

2.4. ควรกระตุ้นให้มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความร่วมมือและประสานงานกันในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยทีมควรประกอบด้วย แพทย์ เกสซ์กร พยาบาล นักโภชนาการ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาความไม่เหมาะสมในการใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งในส่วนของโรงพยาบาล ตัวผู้ป่วย หรือ ระบบประกันสุขภาพ

3. บทบาทของเภสัชกร

3.1. กองเภสัชกรรมควรจริเริ่ม ส่งเสริม และสนับสนุนให้เภสัชกรดำเนินงานทางด้านการบริหารเภสัชกรรม หรืองานเภสัชกรรมคลินิกอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อให้เภสัชกรมีบทบาทในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและเป็นที่ยอมรับของวิชาชีพอื่นมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การใช้จ่ายมีความเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3.2. เภสัชกรในโรงพยาบาล ควรตระหนักถึงการติดตามในระหว่างการใช้จ่ายและผลลัพธ์ที่พึงได้ระหว่างการใช้จ่าย เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาระหว่างการใช้จ่าย และให้การใช้นั้นเกิดประสิทธิผล โดยเภสัชกรควรมีส่วนร่วมในการจัดทำเกณฑ์การใช้จ่ายของโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลการสั่งจ่าย การติดตามและประเมินการใช้จ่ายในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

3.3. ควรมอบหมายให้มีเภสัชกรทำงานในทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ โดยเภสัชกรควรเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์เมื่อมีการใช้จ่ายไม่ตรงตามเกณฑ์การใช้จ่าย เพราะบางครั้งอาจมีสาเหตุมาจากความเข้าใจของแพทย์ที่คลาดเคลื่อนไปจากเกณฑ์การใช้จ่ายที่สร้างขึ้น เภสัชกรควรมีบทบาทในการชี้แจงหรือให้ข้อมูลด้านยาที่ถูกต้องแก่แพทย์ เพื่อให้การใช้จ่ายเหมาะสมมากยิ่งขึ้น หรือในบางกรณีการสั่งจ่ายที่ไม่ตรงตามเกณฑ์นั้นอาจเป็นการสั่งจ่ายที่เหมาะสมกับสถานการณ์ขณะนั้นๆ หรืออาจก่อให้เกิดแนวทางการรักษาใหม่ ดังนั้นเภสัชกรควรจะนำข้อมูลดังกล่าวมาเสนอเพื่อปรับปรุงเกณฑ์การใช้จ่ายให้เหมาะสมและทันสมัยขึ้น

3.4. ในกรณีที่อัตรากำลังของเภสัชกรไม่เพียงพอ ที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงทุกหอผู้ป่วย อาจจะมีมอบหมายให้เภสัชกรรับผิดชอบหน้าที่เภสัชกรคลินิกอยู่ในทีมดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยนำร่องก่อน แล้วจึงพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย โดยเภสัชกรจะให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้เกี่ยวข้อง อันจะส่งผลให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาก็อาจจะเกิดจากการใช้จ่ายได้ดีขึ้น รวมถึงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

4. การประเมินการใช้จ่ายเชิงปริมาณ

4.1. ข้อมูลเชิงปริมาณในแง่ของมูลค่าการใช้จ่ายจะคิดเฉพาะมูลค่ายา ซึ่งคำนวณจากปริมาณการใช้จ่ายคูณกับราคาจำหน่ายของยา มิได้รวมค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เป็นต้น ในการประเมินการใช้จ่ายคราวต่อไป ควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายด้านอื่นที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยา ร่วมด้วย เพื่อให้ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลทั้งหมด ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณของโรงพยาบาลได้

4.2. การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อดูค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเท่านั้น ยังมีได้ประเมินต้นทุนในการรักษาในแง่ของการเปรียบเทียบว่า การปรับเปลี่ยนการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุผล ให้เป็นการใช้ยาที่มีความถูกต้องเหมาะสม จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้เท่าใด และไม่มีการประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เทียบกับถ้ามีการใช้ยาอย่างเหมาะสม จะเสียค่าใช้จ่ายแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด จึงอาจจะพิจารณาดำเนินการเพิ่มเติมในส่วนของการประเมินการประหยัดค่าใช้จ่ายต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย