



การจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย

Systematic Management for Patient Safety Achievement

เพชรสนีย์ ทังเจริญกุล ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)* Petsunee Thungjaroenkul Ph.D. (Nursing)*

บทคัดย่อ

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกระบวนการออกแบบระบบการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่สามารถป้องกันและแก้ไขข้อบกพร่องในการรักษาพยาบาลก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นการดำเนินการเชิงรุกที่มีผลในการป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ดีกว่าการตำหนิและลงโทษผู้กระทำความผิด บทความนี้จึงนำเสนอการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพ 3 ด้านคือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ รวมทั้งกรณีตัวอย่างการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด การพยาบาล โรงพยาบาล

Abstract

Patient safety management is a process to design a systematic working and environment that can prevent and stop failure in caring before adverse event happening. It is a proactive action that is more effective in unsafety care than blaming and punishing the individuals. This article presents structure, process and outcomes of patient safety management and also shows case studies of patient safety management that hospital administrators, nursing managers and nurses could be used to apply in their hospitals.

Key words: patient safety management, error, nursing, hospital

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Dr, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, petsunee.t@cmu.ac.th



บทนำ

ความผิดพลาดในการให้บริการสุขภาพทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและอาจได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างมากในการจัดการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) ในประเทศไทยมีรายงานตัวเลขสถิติเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย อาจเนื่องจากประเด็นความอ่อนไหวของการเปิดเผยข้อมูล จึงพบเพียงข้อมูลระดับประเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ที่แสดงปริมาณความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยอันทำให้เกิดผลกระทบและการสูญเสียอย่างชัดเจนในช่วง ปี พ.ศ. 2547-2552 โดยพบว่า มีผู้เสียชีวิต 1,263 ราย พิการ 356 ราย และบาดเจ็บ 646 ราย รวม 2,265 ราย แยกเป็นจากการรับบริการสาขาสุติเวชกรรม จำนวน 1,032 ราย คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาคือสาขาศัลยกรรม จำนวน 410 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 สาขาอายุรกรรมจำนวน 395 รายคิดเป็นร้อยละ 17 กุมารเวชกรรมจำนวน 262 รายคิดเป็นร้อยละ 12 และอื่น ๆ จำนวน 166 รายคิดเป็นร้อยละ 7 จากปัญหาความผิดพลาดในการให้บริการทางด้านสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว สถานพยาบาลทุกแห่งในประเทศจึงต้องวางแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการให้บริการด้านสุขภาพ

บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเชิงระบบ องค์ประกอบของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำเสนอกรณีศึกษาการจัดการความปลอดภัยของโรงพยาบาลในต่างประเทศเพื่อให้เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ต่อไป

ความหมายของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย มาจากคำภาษาอังกฤษว่า “patient safety management” ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของคำว่า “การจัดการความปลอดภัย” ไว้หลากหลาย อาทิเช่น ในต่างประเทศ ฮัดสัน (Hudson, 2001) กล่าวว่า “การจัดการความปลอดภัย” คือ

กระบวนการเชิงรุกในการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการให้บริการแก่ผู้ป่วย และหน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ ประเทศอังกฤษ (National Patient Safety Agency [NPSA], 2004) ได้ระบุกระบวนการจัดการในระดับองค์กร ระดับทีมงานและระดับบุคคลที่ทำให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร 2) การนำและสนับสนุนส่งเสริมบุคลากร 3) การออกแบบกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 4) การสนับสนุนให้มีการรายงานอุบัติการณ์ 5) การสื่อสารและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและประชาชน 6) การส่งเสริมบุคลากรให้ใช้การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis) ของปัญหาเพื่อการเรียนรู้และค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้น และ 7) การลงมือเพื่อป้องกันอันตรายส่วนในประเทศไทย วิธนา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ได้ให้ความหมายของคำว่า “การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย” คือการค้นหาและการจัดการกับความล้มเหลวในการให้บริการ การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด เช่น กำหนด นโยบาย และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาความผิดพลาด รวมถึงการออกแบบสภาพแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวกในการทำงาน เพื่อป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในการให้บริการ

จากความหมายที่นำเสนอมานี้ มีคำสำคัญหลายคำที่เกี่ยวข้องกับความหมายของ “การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย” ได้แก่ การจัดการในระดับองค์กร ระดับทีมงานและระดับบุคคล ซึ่งใช้กระบวนการเชิงรุกในการป้องกัน การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การเรียนรู้ การออกแบบสภาพแวดล้อมและการนำอุปกรณ์การแพทย์มาใช้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดซ้ำ จึงอาจให้ความหมายของคำ “การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย” ได้ว่า คือการจัดการในระดับองค์กรและระดับกลุ่มบุคคลที่มุ่งหวังเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการผู้ป่วย ด้วยการสร้างวัฒนธรรมความ



ปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร รวมทั้งออกแบบการบริหารความเสี่ยง ระบบการรายงานอุบัติการณ์ การส่งเสริมให้บุคลากรมีการค้นหาความเสี่ยงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ตลอดจนมีการออกแบบสภาพแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวกในการทำงาน เพื่อป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในการให้บริการ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

รีสัน (Reason, 2000) กล่าวว่า มี 2 แนวคิดที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดการความปลอดภัย คือ แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล (person approach on the error) และแนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (system approach to error) โดยแต่ละแนวคิดจะมองสาเหตุของความผิดพลาดและวิธีแก้ไขที่แตกต่างกันดังนี้ แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงบุคคล มีความเชื่อว่าความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยเกิดจากความผิดพลาดของตัวผู้ให้บริการ เช่น ความไม่เอาใจใส่ การหลงลืม การขาดแรงจูงใจ ความประมาท ขาดความรู้ เป็นต้น ดังนั้นการจัดการแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดจากกรณีนี้จึงเน้นที่การควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น การกำหนดกฎระเบียบ การตักเตือน การควบคุมกำกับหรือลงโทษผู้ที่ทำให้เกิดความผิดพลาด เป็นต้น ส่วนแนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ มีความเชื่อว่าความผิดพลาดของมนุษย์เป็นผลมาจากความผิดพลาดของระบบมากกว่าเกิดจากตัวผู้ให้บริการและยังเชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลแต่อาศัยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบการทำงานมากกว่า ระบบที่ว่ามันได้แก่ การเฝ้าระวัง ระบบเตือนภัย การใช้เครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูง บุคลากรผู้เชี่ยวชาญต่างๆ เป็นต้น เมื่อเปรียบเทียบสองแนวคิดดังกล่าว หลายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล อาทิ หน่วยงานความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติ หรือสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ต่างก็ได้พัฒนาแนวทางในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยบน

พื้นฐานความเชื่อว่าการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบมากกว่าการเน้นที่ตัวบุคคล ดังนั้นในบทความนี้จึงนำเสนอรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ

แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบมีความเชื่อว่าความผิดพลาดของมนุษย์มีสาเหตุหลักมาจากระบบในองค์กร ซึ่งแบบจำลองที่ได้รับความนิยมและนำมาใช้อธิบายความผิดพลาดเชิงระบบ ก็คือ แบบจำลองเนยแข็งสวิส หรือ “The Swiss Cheese Model” ของ เจมส์ รีสัน (Reason, 2000) โดยแบบจำลองนี้เปรียบมาตรการป้องกันอุบัติเหตุกับแผ่นเนยแข็งที่วางเรียงซ้อนกันเป็นชั้นๆ โดยแต่ละแผ่นจะมีช่องโหว่ที่เป็นรูเล็กๆ จำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความล้มเหลวของมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งสาเหตุของการเกิดช่องโหว่ในมาตรการป้องกัน เกิดได้จาก 2 สาเหตุ คือ ความล้มเหลวจริง (active failure) คือการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยหรือระบบ ได้แก่ ความผิดพลาดหรือพลั้งเผลอ เข้าใจผิด ละเมิดกฎหรือระเบียบปฏิบัติ ซึ่งมีผลกระทบในระยะสั้นต่อความมั่นคงของปราการป้องกัน เนื่องจากสังเกตเห็นได้ชัดและได้รับการแก้ไข และ ความล้มเหลวแฝง (latent failure) คือสิ่งที่แฝงอยู่ในระบบและส่งผลให้เกิดผลเสียมีอยู่ 2 ประการ ประการแรกคือปฏิบัติงานที่กระตุ้นให้เกิดความผิดพลาดเช่น ภาระงานมากแต่มีอัตราค่าแรงน้อย ภาระงาน ความอ่อนล้า การขาดประสบการณ์ และการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลา ประการที่สองคือ สร้างช่องโหว่หรือทำให้เกิดจุดอ่อนในระบบป้องกัน ซึ่งจะคงอยู่เป็นเวลานาน เช่นการมีนโยบายที่เน้นการลงโทษเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ การมีกระบวนการทำงานที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง และการมีระบบสัญญาณเตือนหรือตัวชี้วัดที่เชื่อถือไม่ได้ เป็นต้น แบบจำลองเนยแข็งสวิสนี้ยังได้อธิบายสาเหตุของการเกิดอันตรายกับผู้ป่วยไว้โดยกล่าวว่า ความเสี่ยงหรืออันตรายต่างๆสามารถทะลุผ่านมาตรการป้องกันออกมาได้โดยผ่านออกมาตามช่องโหว่ของมาตรการป้องกันหรืออีกนัยหนึ่งก็คือรูที่ปรากฏในแผ่นเนยแข็งแต่ละชั้น ซึ่งโดยทั่วไปรูของแผ่นเนยแข็งในทุกชั้นมักไม่วางเป็นแนวเส้นตรงเดียวกัน ดังนั้นจึง



สามารถดักจับและหยุดความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ แต่หากช่องโหว่ในเนยแข็งแต่ละแผ่นวางเรียงเป็นแนวเส้นตรงเดียวกัน จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ จึงมุ่งที่จะออกแบบปรากฏการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และต้องพยายามลดช่องโหว่ในมาตรการป้องกันทั้งความล้มเหลวจริงและความล้มเหลวแฝงที่กล่าวไว้ข้างต้น

แนวทางในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเชิงระบบ

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเชิงระบบจะครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพใน 3 ด้านได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ประการมาจากหลักคิดในการประเมินคุณภาพด้านการบริการของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ที่กล่าวว่าความสมบูรณ์ของการให้บริการสะท้อนได้จากองค์ประกอบ 3 ประการได้แก่ การมีโครงสร้างที่สมบูรณ์ การมีกระบวนการที่ดีและการให้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพหรือเป็นไปตามความคาดหวัง ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและได้ข้อสรุปดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง การจัดการความปลอดภัยในองค์ประกอบนี้ ควรประกอบด้วย

1.1 นโยบายที่ชัดเจน โรงพยาบาลควรมีนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นนโยบายภาคบังคับเพื่อให้มีการดำเนินการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล (Ghirardini, Murolo, Palumbo, 2009) และผู้บริหารกำหนดให้มีนโยบายเรื่องการสื่อสาร เช่นการพูดคุย กับผู้ป่วย ครอบครัว เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่า เมื่อมีความผิดพลาดจากกระบวนการรักษาหรือการพยาบาล และมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับข้อมูลจากสิ่งที่เกิดขึ้น (NPSA, 2004)

1.2 ความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านความปลอดภัย

ของผู้ป่วยในระดับองค์กรและระดับหน่วยงานจะต้องมีความมุ่งมั่นในการทำงานและกล้าทำการเปลี่ยนแปลงระบบภายในองค์กร (NPSA, 2004)

1.3 ระบบการรายงานความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลควรมีการออกแบบระบบการรายงานความเสี่ยงเพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เก็บรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 2) สืบค้นและแบ่งชี้ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความผิดพลาดทางคลินิก 3) ได้ข้อมูลนำไปจัดทำมาตรการและดำเนินการป้องกันและให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดซ้ำของเหตุการณ์ที่คล้ายกัน และ4) ให้ข้อมูลย้อนกลับสู่บุคลากรทางด้านสุขภาพ (Pham, Girard, & Pronovost, 2013) ทั้งนี้ระบบการรายงานความเสี่ยงควรมีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยากหรือใช้เวลามากในการรายงานข้อมูลจนทำให้เป็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพ (NPSA, 2004) มีการรักษาความลับของข้อมูล (confidentiality of information) และการคุ้มครองการรายงาน (report protection) (Ghirardini, Murolo, & Palumbo, 2009)

1.4 สร้างให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร วัฒนธรรมองค์กรเป็นความเชื่อ ค่านิยมและแบบแผนพฤติกรรมของกลุ่มบุคคลที่ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติในการทำงาน (Huber, 2014) ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา สำนักงานวิจัยสุขภาพและคุณภาพ (Agency Healthcare Research and Quality, 2007) ได้เสนอว่าองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยควรมีวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย 1) มีการสื่อสารอย่างเปิดเผย 2) มีการสะท้อนกลับและสื่อสารเกี่ยวกับข้อผิดพลาด 3) ไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด แต่มีการจัดการกับผู้ที่ทำผิดพลาดในการรักษาพยาบาลอย่างเป็นธรรม 4) มีการรับรู้ระบบความปลอดภัยทั้งหมดขององค์กร และ 5) มีการเรียนรู้และพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง

1.5 ระบบการแจ้งเตือน โรงพยาบาลควรมีระบบสารสนเทศที่สามารถแจ้งเตือนสัญญาณอันตราย (red flags) หรือการแจ้งเตือนเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (รัศมี ต้นศิริสิทธิกุล, นิลรัตน์ วรรณศิลป์,



เกษร เทพแพง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ และชนภัทร วินยวัฒน์, 2555)

1.6 จัดทำแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย โรงพยาบาลควรมีการกำหนดแนวปฏิบัติในการทำงานที่ได้มาตรฐานและเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เช่น แนวปฏิบัติทางด้านวิสัญญี การผ่าตัดที่สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดเสร็จ และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น (รัศมี ตันศิริสิทธิกุลและคณะ, 2555)

2. ด้านกระบวนการ การจัดการความปลอดภัย ในองค์ประกอบนี้ ควรประกอบด้วย

2.1 มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การกำหนดให้ประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุดในการประชุมระดับโรงพยาบาล แผนกและหน่วยงาน หรือการอธิบายความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยให้บุคลากรทุกคนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญ คุณค่า และประโยชน์ที่ได้รับ (NPSA, 2004)

2.2 มีการบูรณาการการบริหารความเสี่ยงในทุกขั้นตอนการทำงานในองค์กร เนื่องจากการบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผลเพื่อนำมาแก้ไขหรือปรับปรุงการดำเนินงานด้านความเสี่ยง (Singh & Ghatala, 2012) โดยการค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกและมีความสำคัญเพราะเป็นการดำเนินการเชิงรุกที่กระทำก่อนที่จะเกิดความเสี่ยงขึ้น วิธีการค้นหาความเสี่ยงอาจใช้รายงานเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นหรือจากประสบการณ์ของโรงพยาบาลอื่นมาเป็นประเด็นในการพูดคุย จากนั้นในขั้นการประเมินความเสี่ยง เป็นขั้นการพิจารณาโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน ขั้นต่อไปเป็นการจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นขั้นการจัดระบบเพื่อให้สามารถป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในขั้นสุดท้ายเป็นขั้นตอนการประเมินผล เป็นการทบทวนระบบหรือกระบวนการที่วางไว้ว่าได้ผลดีหรือไม่ ในการจัดการด้านความปลอดภัยควรมีการ

บูรณาการการบริหารความเสี่ยง เช่น การตรวจวัด การติดตาม การทบทวน และการปรับปรุง เข้าไว้ในขั้นตอนการทำงาน (NPSA, 2004) นอกจากนี้ควรมีการจัดทำแนวทางที่ชัดเจนในการวิเคราะห์เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ และข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากบุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้รับบริการ การประเมินความเสี่ยงและจัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันอันตราย รวมทั้งกำหนดเป้าหมายและกลไกในการติดตามผลการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

2.3 มีการปฏิบัติที่เน้นการเพิ่มมูลค่า (value-added) การเพิ่มมูลค่าในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยส่งเสริมคุณภาพการรักษาพยาบาลและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้นอกจากการมีอัตราส่วนของบุคลากรต่อผู้รับบริการที่เพียงพอ วิธีการเพิ่มมูลค่าในการปฏิบัติงาน เช่น การหลีกเลี่ยงหรือพยายามลดขั้นตอนที่ไม่มีประโยชน์ การพัฒนาระบบการสื่อสารที่แม่นยำ สะดวกในการใช้งาน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ หรือทำงานร่วมกันแบบคร่อมสายงาน เป็นต้น (Upenieks, Akhavan, Kotlerman, Esser, & Ngo, 2007)

2.4 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โรงพยาบาลควรมีการประชุมกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ และนำแนวทางแก้ไขปัญหาไปสู่การปฏิบัติ ขณะเดียวกันมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคระหว่างหน่วยงานเพื่อทำให้ทุกหน่วยงานมีการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน (NPSA, 2004; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

2.5 มีการฝึกอบรมบุคลากรให้มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่ก่อให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ และการเตรียมความพร้อมเมื่อเผชิญกับการเกิดเหตุการณ์ด้วยการแนวทางในการดำเนินงานที่ได้จากบทเรียนที่ผ่านมา (NPSA, 2004; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)



2.6 มีกระบวนการสื่อสารกับผู้ป่วยกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยทีมผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยและญาติอย่างให้เกียรติ สุภาพและแสดงออกด้วยความจริงใจ มีการจัดลำดับข้อมูลที่ต้องมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น และผู้ที่ทำหน้าที่ในการสื่อสารจะต้องทำการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันเวลา (NPSA, 2004)

2.7 มีการส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน เช่น การให้ความรู้และการสนับสนุนอุปกรณ์อย่างเพียงพอ (รัศมี ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ, 2555)

3. ด้านผลลัพธ์

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายของการดำเนินการ ด้วยการใช้ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่มีการกำหนดโดยสถาบันที่ให้การรับรองคุณภาพการบริการของประเทศ อาทิ คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการรับรองคุณภาพของสถาบันสุขภาพ (The Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO, 2016) กำหนดเป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goals) ไว้ 7 ประการ ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพในการระบุตัวผู้ป่วยให้มีความแม่นยำ 2) ประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ 3) ความปลอดภัยในการใช้ยา 4) ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในกระบวนการรักษา 5) ประสิทธิภาพในการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับยา 6) ลดความเสี่ยงอันตรายของผู้ป่วยจากการลัดตกหกล้ม และ 7) เพิ่มความตระหนักและตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สำหรับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) กำหนดเป้าหมายในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยไว้เช่นกัน และเป็นที่ยึดมั่นอย่างแพร่หลายในอักษรที่ว่า “SIMPLE” ซึ่งเป็นคำย่อมาจาก 1) ความปลอดภัยในการผ่าตัด (Safe surgery) 2) การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control) 3) ความปลอดภัยในการให้ยาและให้เลือด (Medication & blood safety)

4) กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (Patient care processes) 5) หลีกเลี่ยงการใส่หรือเชื่อมต่อผิดตำแหน่ง (Line, tube & catheter) และ 6) ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (Emergency response)

กรณีตัวอย่างการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวทางในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ผู้เขียนขอเสนอกรณีตัวอย่างการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในสหราชอาณาจักร และประเทศสหรัฐอเมริกา ดังนี้

1. โครงการ Safer Patients Initiative Program ของสหราชอาณาจักร (Benning et al, 2011)

สหราชอาณาจักรได้ดำเนินการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยให้มีการดำเนินการในระดับองค์กร และสนับสนุนให้บุคลากรขององค์กรมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้ Safer Patients Initiative (SPI) Program ซึ่งโครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ โดยมีองค์ประกอบและมาตรการต่างๆ ในการลดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ดังกล่าว และเพิ่มความถูกต้องของขั้นตอนต่างๆ ในการรักษาพยาบาล เช่น การสนับสนุนให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและภาวะผู้นำในองค์กร กำหนดแนวทางการสื่อสารระหว่างบุคลากร การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น โดยมีโรงพยาบาล 18 แห่ง จาก 4 ประเทศของสหราชอาณาจักร เข้าร่วมโครงการ โดยโรงพยาบาล 9 แห่ง มีการประยุกต์ใช้ SPI program และโรงพยาบาลอีก 9 แห่ง เป็นกลุ่มควบคุม มีการประเมินผลหลังจากโรงพยาบาลดำเนินการภายใต้โครงการดังกล่าวแล้วเป็นเวลาประมาณ 2 ปี พบว่า ปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติต่างๆ ในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการภายใต้โครงการ SPI และไม่ได้ดำเนินการโครงการดังกล่าว เป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ SPI อาจจะมีคามตื่นตัว



ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และดำเนินการโดยใช้กลยุทธ์อื่นๆ ในการปรับปรุงคุณภาพการรักษายาบาลเช่นกัน

2. โครงการประยุกต์ใช้มาตรการระดับระบบขององค์กรและการสร้างวัฒนธรรมองค์กร ของมหาวิทยาลัยมิชิแกน สหรัฐอเมริกา (Abstoss et al, 2011)

มหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการดำเนินโครงการเพื่อลดความผิดพลาดทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โดยมีการดำเนินการ 2 มาตรการหลัก คือ มาตรการเชิงวัฒนธรรม และมาตรการเชิงระบบ ซึ่งมาตรการเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ การติดป้ายเพื่อบันทึกจำนวนวันหลังจากวันสุดท้ายที่มีความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในห้องพักเจ้าหน้าที่การจัดตั้งสถานีโทรทัศน์ ช่องการพัฒนาคูณภาพ (Quality Improvement Channel) ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 ซึ่งถ่ายทอดเกี่ยวกับข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ แนวทางการแก้ไขปัญหา การประกาศต่างๆ รวมถึงสื่อที่สร้างแรงจูงใจในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ การจัดทำหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ต่อเนื่องมากกว่า 40 ชั่วโมงในช่วงเวลา 20 เดือน โดยเนื้อหาเน้นไปที่ความปลอดภัยในสถานพยาบาลและการพัฒนาคูณภาพ และการส่งอีเมลแจ้งเตือนเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาขึ้นในหน่วยผู้ป่วยหนักเด็ก ซึ่งรวมถึงเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) และอันตรายหรือผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีการเล่าถึงเหตุการณ์โดยสังเขป และสรุปบทเรียนที่ได้จากเหตุการณ์ดังกล่าว โดยได้เริ่มมีการส่งอีเมลดังกล่าวในเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 ซึ่งเนื้อหาในอีเมลจะเน้นการให้ความรู้เชิงบวก ไม่มีการตำหนิ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรายงานความคลาดเคลื่อน

ส่วนมาตรการเชิงระบบ ได้แก่ การใช้ระบบออนไลน์ชื่อ CPOE เพื่อให้แพทย์บันทึกการรักษาและคำสั่งในการรักษาต่างๆ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการเขียน และระบบสามารถตรวจสอบความผิดพลาดได้โดยอัตโนมัติ นอกจากนี้มีการจัดทำโครงการพัฒนาหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยมีการแต่งตั้งผู้จัดการบริหารยาคือ

เภสัชกร มีหน้าที่ในการให้ยาแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จัดลำดับความสำคัญของการให้ยา การสื่อสารเกี่ยวกับการให้ยา การบริหารคลังยา ตรวจสอบความถูกต้องของการให้ยาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างเภสัชกรและพยาบาล ทำให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และช่วยลดความสูญเสียจากการทิ้งยาที่เหลืออยู่ในหอผู้ป่วยในและการปรับปรุงแบบฟอร์มรายงานความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้การรายงานเป็นไปได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น หลังจากมีการดำเนินการดังกล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นระยะเวลาประมาณ 3 ปี พบว่าอัตราการรายงานความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาโดยสมัครใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในขณะที่ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาที่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยลดลงถึงร้อยละ 71 ดังนั้น การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ผ่านมาตรการเชิงบวรร่วมกับการปรับปรุงเชิงระบบ มีส่วนในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยได้

สรุป

ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นการให้บริการอย่างปลอดภัยจะต้องทำให้เกิดขึ้นในทุกวินาทีที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้บริหารโรงพยาบาล รวมทั้งผู้บริหารทางการแพทย์มีส่วนสำคัญในการจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเชิงระบบโดยควรจัดการให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ซึ่งมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร การออกแบบการบริหารความเสี่ยง ระบบการรายงานอุบัติการณ์และการแจ้งเตือน การส่งเสริมให้บุคลากรมีการค้นหาความเสี่ยงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน การออกแบบสภาพแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวกในการทำงานเพื่อป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในการให้บริการ



เอกสารอ้างอิง

- รัศมี ตันศิริสิทธิกุล, นิลรัตน์ วรรณศิลป์, เกษร เทพแพง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ และชนภัทร วินยวัฒน์. (2555). รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. จาก <http://www.shi.or.th/upload/Download File/ศุกร์เสนา 56/FridaySem57/ทบทวนองค์ความรู้ Patient Safety.doc>
- วีณา จีระแพทย์, และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิดกระบวนการ และแนวทางปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2558). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี:สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). เอกสารรายงานผลการดำเนินงานสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ประจำปีงบประมาณ 2553. จากhttp://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx.
- Abstoss, K. M., Shaw, B. E., Owens, T.A., Juno, J. L., Commiskey, E. L., & Niedner, M. F. (2011). Increasing medication error reporting rates while reducing harm through simultaneous cultural and system-level interventions in an intensive care unit. *BMJ Quality and Safety*, 20 (11): 914-922
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2007). National Healthcare Quality Report 2007. Retrieved from <https://archive.ahrq.gov/qual/nhqr07/nhqr07.pdf>.
- Benning, A., Dixon-Woods, M., Nwulu, U., Ghaleb, M., Dawson, J., Barber N.,... Lilford, R. (2011). Multiple component patient safety intervention in English hospitals: Controlled evaluation of second phase. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/bmj/342/bmj.d199.full.pdf>.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260 (12): 1743-1748.
- Ghirardini A., Murolo, G., Palumbo, F. (2009). The Italian strategy for patient safety. *Clinica Chimica Acta*, 404 (1): 12-15.
- Huber, D. L. (2014). Leadership and nursing care management. (5th ed). Missouri: Elsevier Saunders.
- Hudson, P. (2001). Aviation safety culture. Safe skies. Retrieved from <http://www.psychology.org.nz/industry/Aviation%20Safety%20Culture.pdf>
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2016). National Patient Safety Goals. Retrieved from http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx.
- National Patient Safety Agency. (2004). Seven steps to patient safety: full reference guide. National patient safety agency. Retrieved from http://www.npsa.nhs.uk/seven_steps.
- Pham, J. C., Girard, T., & Pronovost, P.J. (2013). What to do with healthcare Incident reporting systems. *Journal of Public Health Research*, 2(3): 154-159.
- Reason, J. (2000) Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320(7237): 768-770.
- Upenieks. V. V., Akhavan, J., Kotlerman. J., Esser. J., & Ngo., M. J. (2007). Value-added care a new way of assessing nursing staffing ratios and workload variability. *Journal of Nursing Administration*, 37(5): 243-252.

Singh, B., & Ghatala, M. H. (2012). Risk management in hospitals. International Journal of Innovation, Management and Technology, 3(4): 417-421.

Translated Thai References

Rassamee Tansirisithikul, Nilrat Wannasilp, Keson Theppeang, Piyawan Limpanyalert, & Chonnapat Winyawat. (2012). Review report: Development of patient safety system. Retrieved from <http://www.shi.or.th/upload/Download File/Friday forum 56/FridaySem57/ Review report Patient Safety.doc>.

Veena Jirapaet, & Kiangsak Jirapaet. (1997). Patient safety management: Concept, process and clinical practice guideline for safety. Bangkok: Darnsutha Press.

Healthcare Accreditation Institute. (2015). HA standard in The Sixtieth Anniversary Celebrations of His Majesty's Accession to the Throne. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute.

National Health Security Office. (2010). Progress report in 2010. Retrieved from http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx.