

รายงาน

10 อันดับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2566

ECRI สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สารบัญ

1. ความคลาดเคลื่อนทางยา 6
2. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 12
3. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 18
4. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 23
5. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิด ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 28
6. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 33
7. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน 37
8. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 40
9. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 43
10. การดื้อยาต้านจุลชีพ 47

10 อันดับ ประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2566

ประเด็นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 10 อันดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2566 (Top 10 Patient Safety Issues Thailand 2023) เป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีรายงานนี้ขึ้นมา สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีความภูมิใจที่จะแนะนำรายงานนี้ ให้เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับระบบบริการสุขภาพทั่วประเทศไทยของเรา

ในการก้าวสู่การเป็นสถานพยาบาลที่น่าไว้วางใจนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเฝ้าระวังและทำงานเชิงรุกในการจัดการกับปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ สรพ. ร่วมกับ ECRI ได้รวบรวมประเด็นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 10 อันดับแรกของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2566 เพื่อช่วยให้สถานพยาบาลในประเทศไทยสามารถคาดการณ์และรับมือกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ รายงานนี้ยังมีข้อเสนอแนะที่นำไปใช้ได้จริงจากผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพและความปลอดภัยในประเทศไทย พร้อมกับทรัพยากรเพิ่มเติมที่ช่วยในการเอาแก้ไขปัญหาแต่ละอย่าง

เมื่อสถานพยาบาลเผชิญกับความท้าทายของปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีความคิดสร้างสรรค์และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา ECRI ได้นำเสนอแนวทาง ‘Total Systems Safety’ ในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของ Institute for Healthcare Improvement (IHI) ซึ่งครอบคลุมมิติต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เช่น การสร้างธรรมมาภิบาลของผู้นำ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการออกแบบและสร้างระบบการดูแล การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ปลอดภัย และยืดหยุ่นสำหรับเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนการเรียนรู้แบบต่อเนื่องและการแบ่งปันเพื่อการปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลเพื่อบรรเทาปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ดิฉันขอขอบคุณเป็นอย่างสูงแก่ผู้ที่มุ่งมั่นทำงาน บุคลากรทางการดูแลสุขภาพ และผู้มีส่วนร่วมในการสร้างรายงานนี้ การมุ่งมั่นของท่านในการธำรงซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย และความร่วมมือที่มีค่าของท่านทำให้การสร้างรายงานนี้เกิดขึ้นมาได้ และจากความรู้ที่ได้จากรายงานนี้ เราจะมีโอกาสสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ดีในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย เพิ่มความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย (safety and well-being)

สรพ. ขอเรียกร้องให้สถานพยาบาลทุกแห่งมุ่งมั่นที่จะใช้ความรู้มีค่าที่ได้รับในรายงานนี้ รับฟังและนำคำแนะนำไปใช้ ช่วยกันพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพให้ดีขึ้น มาเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยสร้างความเชื่อมั่น และไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัว

พญ. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

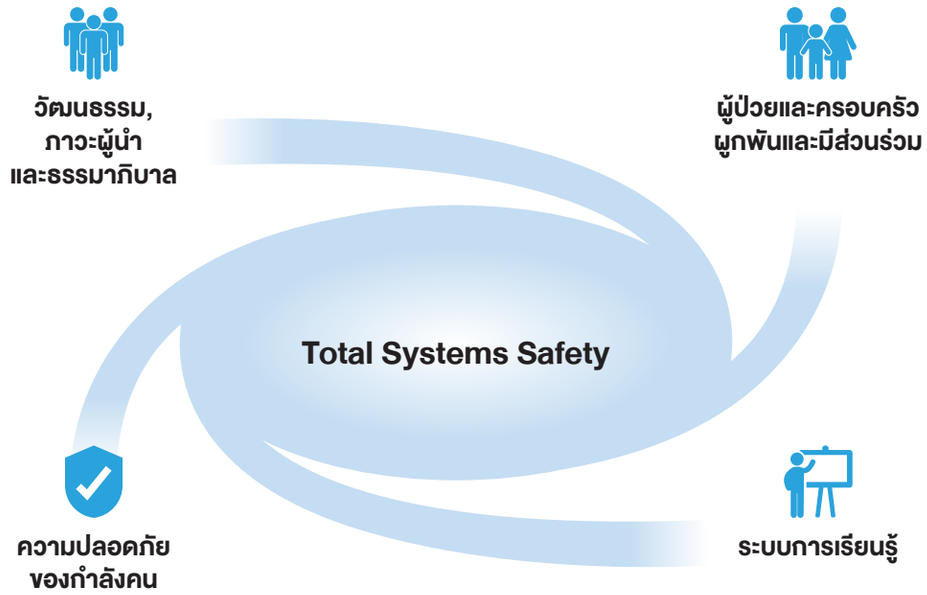
คำนำ

ในการทำให้องค์กรเป็นที่น่าเชื่อถือในระดับสูง สถานพยาบาลจะต้องทุ่มเทที่จะติดตามข้อมูลข่าวสารให้ทันสมัยดำเนินการเชิงรุกต่อประเด็นที่มีผลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในปีพ.ศ.2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประเทศไทย (สรพ.) ร่วมกับสถาบันวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ (Emergency Care Research Institute หรือ ECRI) จัดทำ **10 อันดับแรกของประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2566** ซึ่งรวบรวมประเด็นที่จำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สถานพยาบาลต้องเฝ้าระวังเพื่อการรับมือกับปัญหาหรือความท้าทายที่อาจเกิดขึ้น ประเด็นเหล่านี้จะถูกนำเสนอร่วมไปกับข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติที่รวบรวมมาจากผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพในประเทศไทย พร้อมกับให้แหล่งข้อมูลเพิ่มเติมที่จะช่วยให้สามารถเอาชนะแต่ละประเด็นปัญหาความปลอดภัยที่น่าวิตกกังวลเหล่านั้นไปได้ เมื่อพิจารณาถึงข้อกังวลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดทุกขั้นตอนของบริการสุขภาพ สถานพยาบาลจำเป็นที่จะต้องมีความคิดริเริ่ม ในขณะเดียวกันสนับสนุนให้มีการร่วมมือกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนเพื่อการแก้ไขประเด็นปัญหาต่างๆ แนวทางที่สถาบัน ECRI นำมาใช้เพื่อจัดการกับประเด็นปัญหาเหล่านี้คือ แนวทางระบบความปลอดภัยโดยรวม (Total Systems Safety) เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการประชุมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยสถาบันเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อมุ่งไปสู่ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม

Emergency Care Research Institute (ECRI)
Asia Pacific Regional Office

กรอบแนวคิดระบบความปลอดภัย (Total Systems Safety)

ภาพที่ 1 แสดงระบบความปลอดภัยโดยรวม



- ปลูกฝังภาวะผู้นำ ธรรมาภิบาล และวัฒนธรรม ที่แสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความปลอดภัย
- ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วมในการออกแบบและดูแลผู้ป่วย
- ส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีความปลอดภัย และยืดหยุ่นสำหรับกำลังคน
- สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลสุขภาพ

สถานพยาบาลจะต้องมุ่งเป้าให้บรรลุผลสัมฤทธิ์มากขึ้นด้วยการสร้างให้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในในด้านการวางแผนและกระบวนการทำงานในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงการสื่อสารออกไปถึงผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่กว้างขวางขึ้น เพื่อทำให้มั่นใจว่าจะเกิดความพยายามในการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย

ระเบียบวิธี (Methodology)

ในปีพ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้รับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety) ซึ่งกำหนดเป้าหมายการยกระดับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ด้วยการมุ่งเป้าไปที่ประเด็นความไม่ปลอดภัยสำคัญที่สามารถป้องกันได้ เพื่อการส่งเสริมและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ส่วนหนึ่งของการดำเนินการตามนโยบายริเริ่มดังกล่าว คือเกิดการพัฒนาระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศของประเทศไทย (Thailand National Reporting and Learning System หรือ NRLS) เพื่อทำหน้าที่เป็นฐานข้อมูลเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยทางการแพทย์ของสถานพยาบาลทั้งประเทศ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 เป็นต้นมา

จากข้อมูลที่เก็บรวมรวมมา มีประเด็นสำคัญหลายประการที่ สรพ.ได้บ่งชี้และให้ความสำคัญเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและบุคลากร เมื่อพิจารณาโดยใช้มาตรฐานตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพ สรพ. ได้กำหนดเป็นประเด็นเพื่อการสร้างมาตรฐานที่สำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อมูลทางสถิติที่เก็บรวบรวมและนำเข้าสู่ระบบ NRLS นั้นมาจากรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วประเทศ

คณะผู้จัดทำร่วมกับ ECRI ใช้ข้อมูลจากเอกสารวิชาการ เช่น การรายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์หารากปัญหา การแจ้งเตือนของเครื่องมือแพทย์ การรายงานปัญหาและการประเมินการรายงานปัญหาความปลอดภัยทางยา การสอบสวนกรณีอุบัติเหตุ บทเรียนจากการให้คำปรึกษา รวมถึงแหล่งข้อมูลทั้งจากภายในและภายนอกเพื่อบ่งชี้ถึงปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหาในประเด็นที่สำคัญ

การวิเคราะห์ได้พิจารณาถึงความรุนแรง ความถี่ ขอบเขต ความซับซ้อน และภาพรวมของสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ โดยมีความหมายดังนี้

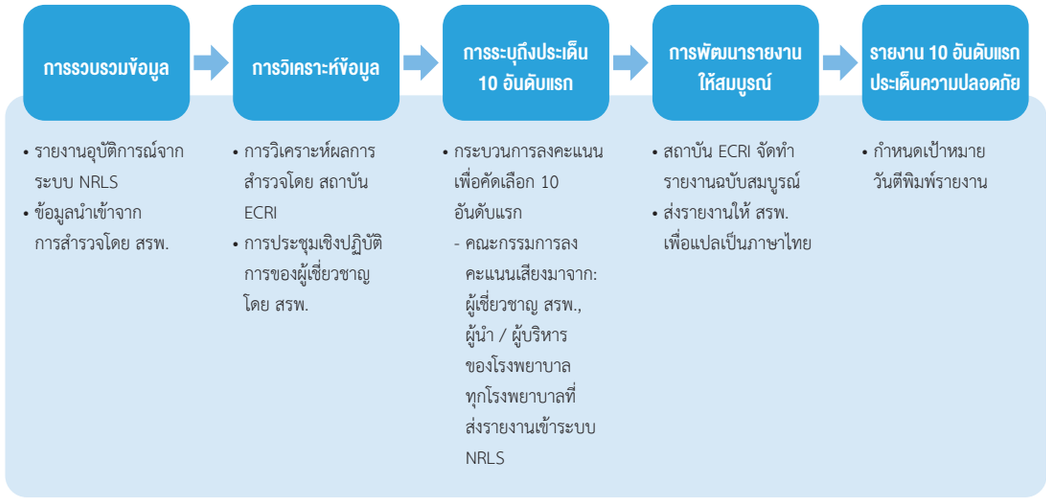
- **ความรุนแรง:** ความไม่ปลอดภัยที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยอาจมีความรุนแรงเพียงใด หากประเด็นด้านไม่ความปลอดภัยนั้นๆ เกิดขึ้นจริง
- **ความถี่:** มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่ประเด็นปัญหาด้านความปลอดภัยจะเกิดขึ้น
- **ขอบเขต:** หากประเด็นปัญหาด้านความปลอดภัยเกิดขึ้นจริง จะมีผู้ป่วยกี่รายได้รับผลกระทบ
- **ความซับซ้อน:** ประเด็นปัญหานั้นๆ ยากที่จะตรวจพบได้หรือไม่ หรือมีความยุ่งยากท้าทายความสามารถในการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาขึ้นหรือไม่
- **ภาพรวมของปัญหา:** ประเด็นเรื่องความปลอดภัยนั้นจะสร้างความกดดันอย่างมากต่อองค์กรหรือไม่

มีการดำเนินการสำรวจและประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อบ่งชี้ถึงปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเกิดกรณีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัย ในกรณีที่ไม่มีรายงานผลการวิเคราะห์ต้นตอของปัญหาอย่างละเอียด ได้ใช้ความเห็นและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญในการตั้งสมมติฐานของความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

การรวบรวมข้อมูลสารสนเทศจากการสำรวจและการประชุมเชิงปฏิบัติการได้นำมาใช้ร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

สถาบัน ECRI ได้ทำการวิจัยต่อยอดเพื่อให้ได้แนวทางสำคัญสำหรับการลดทอนความเสี่ยงที่ถูกระบุชี้ของแต่ละประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ ประเด็นสำคัญที่ถูกจัดเรียงเป็น 10 อันดับแรกในขั้นสุดท้ายนั้น ได้มาจากระบบการลงคะแนนโดยสถานพยาบาลในประเทศไทย

ภาพที่ 2 กระบวนการจัดทำรายงาน 10 อันดับ ประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2566



ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)

ประเด็นและความเป็นมา:

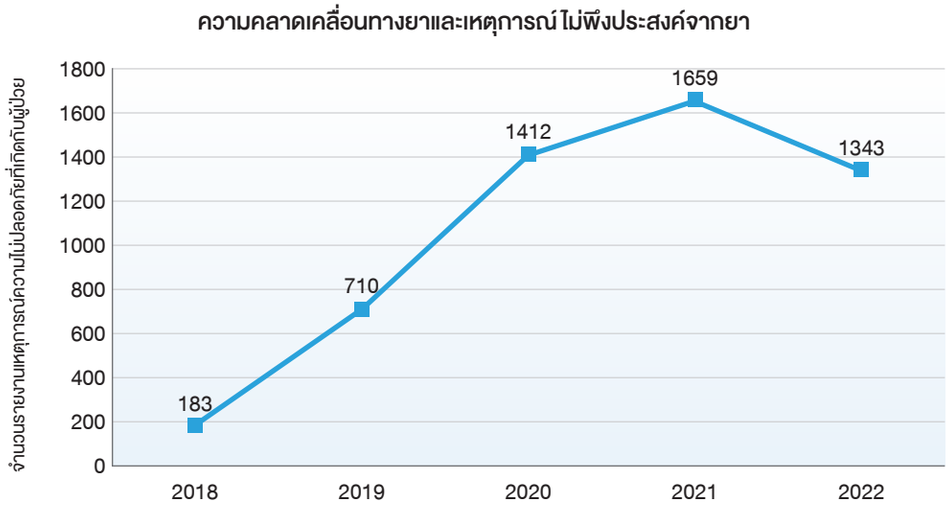
ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจนนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ข้อมูลสถิติทั่วโลกชี้ให้เห็นว่าต้นทุนทางการเงินที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดภายใต้การดูแลกำกับของบุคลากรด้านสุขภาพมีมูลค่าสูงถึงประมาณ 42,000 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกาต่อปี (ประมาณ 1,470,000 บาท)

ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการใช้ยา ผลของความคลาดเคลื่อนทางยามีได้ตั้งแต่การไม่เกิดผลใดๆ ต่อผู้ป่วย จนถึงการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต กรณีของความคลาดเคลื่อนทางยาที่ไม่รุนแรงนั้น อาจจะก่อให้เกิดปัญหาชั่วคราวหรือถาวรต่อผู้ป่วยได้ เช่น อาการคันผื่นของผิวหนัง หรือทำให้เสียโฉมได้ ในขณะที่ปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างรุนแรงอาจจะทำให้เกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางยาอาจจะส่งผลเสียอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งที่ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ง่ายที่สุด

กระบวนการใช้ยาปกติโดยทั่วไปจะครอบคลุมถึงการสั่งจ่ายยา การถอดข้อความสั่งจ่ายยา การจ่ายยา การบริหารยา และการกำกับการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดบ่อยที่สุดในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา ได้แก่ การที่บุคลากรสุขภาพเขียนชื่อยาผิด เขียนการสั่งให้บริหารยาผิดช่องทางหรือผิดขนาด หรือความถี่ห่างของการได้ยาผิดจากที่ควรจะเป็น ในระดับโลกนั้นความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาคิดเป็นเกือบร้อยละ 50 ของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด ข้อมูลบ่งชี้ว่า พยาบาลและเภสัชกรตรวจพบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาอยู่ระหว่างร้อยละ 30 - 70 ของการสั่งจ่ายยาทั้งหมด

จากข้อมูลในระบบ NRLS ในประเทศไทย พบว่า รายงานประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในรอบ 5 ปีหลัง โดยมีการเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 6.33 ต่อปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2565

ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยเนื่องจากความคลาดเคลื่อนทางยาในระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง ปีพ.ศ. 2565 จากข้อมูลรายงานในระบบ NRLS ของประเทศไทย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

การเกิดความคลาดเคลื่อนทางอาจจะเกิดจากการออกแบบระบบการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสม หรือปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามการบริหารอย่างถูกต้อง และปัจจัยส่วนบุคคล รายงานนี้จะเน้นประเด็นที่เป็นผลของความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา การจ่ายยา และกระบวนการบริหารยา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่ได้รับการรายงานในประเทศไทย

การสั่งจ่ายยา

1. การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอาจจะเกิดจากจุดอ่อนในการออกแบบระบบปฏิบัติการใช้ยา และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความเหนื่อยล้าของบุคลากร สภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม หรือการขาดแคลนกำลังคน
2. มีการสั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน คือ การสั่งยาที่เป็นยาเดียวกันสองครั้งขึ้นไป หรือมีการสั่งยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ใกล้เคียงกันให้ผู้ป่วยในขณะเดียวกัน
3. การถอดข้อความสั่งจ่ายจากแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพคลาดเคลื่อน อันอาจจะเกิดจากการเขียนด้วยลายมือที่อ่านยาก การใช้ตัวย่อ และสับสนระหว่างยาที่มีชื่อใกล้เคียงกัน

4. ความคลาดเคลื่อนซึ่งเกิดจากการออกแบบระบบที่แพทย์สั่งยาโดยใช้คอมพิวเตอร์ และประเด็นความยากง่ายของการใช้งาน ตัวอย่างเช่น การไม่สามารถป้อนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบริหารยาในระบบได้ จึงทำให้เกิดความสับสน
5. การสื่อสารระหว่างแพทย์และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยที่ขาดประสิทธิภาพ และความคลาดเคลื่อนของข้อมูลข่าวสารเนื่องจากการสั่งจ่ายยาด้วยวาจา
6. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยอาจจะส่งผลให้มีการสั่งจ่ายยาผิดหรือไม่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย

การจ่ายยา

1. การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในระหว่างการจ่ายยา ซึ่งรวมถึง การขาดการตรวจสอบว่าการสั่งจ่ายยาสอดคล้องกับการวินิจฉัยและการแพ้ยาของผู้ป่วย
2. การจัดเก็บยาที่เป็นอันตรายหรือไม่เหมาะสมอาจจะทำให้เกิดความสับสนในขณะทำการจ่ายยา
3. ยาที่มีชื่อซึ่งออกเสียงคล้ายหรือใกล้เคียงกัน หรือมีลักษณะยาคล้ายหรือใกล้เคียงกัน หรือมีบรรจุภัณฑ์คล้ายหรือใกล้เคียงกันสามารถทำให้เกิดการสับสนระหว่างยาต่างชนิดต่างตำหรับได้
4. กระบวนการจ่ายยาที่ต้องรวดเร็วแข่งกับเวลาภายใต้สิ่งแวดล้อมการทำงานที่ไม่เป็นระบบอาจจะนำไปสู่การเสียสมาธิในระหว่างการจ่ายยา
5. การออกแบบระบบสารสนเทศทางเภสัชกรรมและประเด็นความยากง่ายของการใช้งานอาจจะทำให้เกิดการสั่งจ่ายยาผิดชนิดหรือผิดขนาดได้

การบริหารยา

1. การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา เช่น การขาดการตรวจสอบซ้ำ 2 ครั้งที่เป็นอิสระต่อกันในระหว่างการบริหารยา (หมายถึงการตรวจสอบการบริหารยา)
2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ก่อให้เกิดการเสียสมาธิ หรือการรบกวนระหว่างการบริหารยา

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ประเมินขั้นตอนกระบวนการที่สถานพยาบาลกำหนดไว้เพื่อสนับสนุนกระบวนการใช้ยาที่ปลอดภัยและติดตามกำกับประสิทธิผลของขั้นตอนกระบวนการ
   - จัดทำมาตรฐานกระบวนการเปรียบเทียบ และประสานรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เป็นกระบวนการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เพื่อสนับสนุนแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการยกระดับคุณภาพการให้บริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อกำหนดให้มีข้อบังคับและระบบการรับรอง และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน การเสริมสร้างให้บุคลากรสุขภาพเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการจ่ายยาอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยุทธศาสตร์ที่ส่งผลอย่างสูงต่อคุณภาพการสั่งจ่ายยาที่สถานพยาบาลได้จัดทำไว้ เพื่อสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยด้านการให้ยา
   - การเสริมสร้างให้บุคลากรสุขภาพเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการจ่ายยาอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสั่งจ่ายยาที่สถานพยาบาลได้จัดทำไว้ เพื่อสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยด้านการให้ยา
2. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น ต้องให้อำนาจบุคลากรในการกล่าวถึงเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นอย่างเปิดเผย เพื่อช่วยกันหาว่ากระบวนการขั้นตอนใดที่ตกหล่นไปหรือปฏิบัติอย่างไม่ถูกต้อง และเพื่อช่วยระบุว่ามีความผิดพลาดอื่นๆ ที่แฝงอยู่และส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยาหรือไม่
   - ชี้และพิจารณาถึงปัจจัยด้านองค์กรที่ส่งผลต่อการสั่งจ่ายยาอย่างเร่งรัดเกินไปหรือประวัติการสั่งจ่ายยาที่คลาดเคลื่อน เช่น ระยะเวลาในการนัดหมายครั้งต่อไปที่สั้นเกินไป และรายการสั่งจ่ายยาที่ไม่สมบูรณ์ ให้ความสำคัญกับการตรวจจับความคลาดเคลื่อนได้ เมื่อบุคลากรสามารถพบความคลาดเคลื่อนทางยาจากการใช้กระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยา ก่อนที่จะจ่ายยาให้กับผู้ป่วยจริง
   - ให้ความสำคัญกับการตรวจจับความคลาดเคลื่อนได้ เมื่อบุคลากรสามารถพบความคลาดเคลื่อนทางยาจากการใช้กระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยาก่อนที่จะจ่ายยาให้กับผู้ป่วยจริง
3. สร้างระบบที่ทำให้มั่นใจว่าจะมีการสื่อสารระหว่างบุคลากรอย่างถูกต้อง ด้วยจำกัดการสั่งจ่ายยาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์ แต่หากมีการสั่งจ่ายยาในลักษณะนั้นจริง จะต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องและลงนามกำกับโดยบุคลากรผู้สั่งจ่ายยานั้นๆ

- พยาบาลควรต้องสามารถสื่อสารกับเภสัชกรหรือแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาได้ หากมีข้อกังวลเกี่ยวกับยาที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วย

4. ในการบริหารจัดการการจ่ายยานั้น จะต้องแยกยาที่มีมีรูปแบบหรือบรรจุภัณฑ์คล้ายกันออกจากกัน เขียนชื่อยาที่ออกเสียงคล้ายกันด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวใหญ่ในตำแหน่งที่ต่างกัน จำกัดการเข้าถึงการใช้ยาอันตรายด้วยการเก็บไว้ในตู้หรือบริเวณที่ปิดล็อคไว้
5. ทำการออกแบบระบบที่แพทย์สั่งยาโดยใช้คอมพิวเตอร์ที่มีประสิทธิผลดี ใช้ระบบการบริหารการสั่งจ่ายยาด้วยบาร์โค้ด และระบบการจ่ายยาอัตโนมัติ ให้เหมาะสมกับข้อกำหนดที่จำเป็นสำหรับบุคลากรและง่ายต่อการใช้งานเพื่อจำกัดความคลาดเคลื่อนทางยา

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันมีส่วนร่วม

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ผูกพันในทุกส่วนของกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมอย่างตั้งใจ และมีความใส่ใจเป็นทรัพยากรที่ล้ำค่าในการบ่งชี้ถึงความคลาดเคลื่อนทางยา
   - ดึงให้ผู้ป่วยใส่ใจทุกครั้งที่มีการสั่งจ่ายยาตัวใหม่ และก่อนการบริหารยาตัวใหม่เพื่อเน้นย้ำความสำคัญในการใช้ยาตามรายการปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง นำยาที่ใช้อยู่มาทุกครั้งที่พบแพทย์ ระบุเหตุผลสำหรับการใช้ยาที่มีอยู่ในรายการที่ต้องใช้ที่บ้าน และบันทึกไว้ในระบบเอกสารทุกแห่งที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยา การวางแผนการรักษา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
2. ระบุเหตุผลสำหรับการใช้ยาที่มีอยู่ในรายการที่ต้องใช้ที่บ้าน และบันทึกไว้ในระบบเอกสารทุกแห่งที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยา การวางแผนการรักษา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ใช้ผู้บอกทางหรือนำทางผู้ป่วยในการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องการใช้ช่องทางบริการต่างๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบรายการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันซ้ำ
3. ใช้ผู้บอกทางหรือนำทางผู้ป่วยในการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องการใช้ช่องทางบริการต่างๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบรายการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
4. ออกแบบระบบการสื่อสาร การเปิดเผยข้อมูล และกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อดึงให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น

ความปลอดภัยของสถานพยาบาล

1. สร้างระบบให้มั่นใจว่าบุคลากรสุขภาพมีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดจากสิ่งที่ทำให้เสียสมาธิในระหว่างที่มีการรับผู้ป่วยใหม่หรือกระบวนการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน เพื่อรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวการใช้ยาของผู้ป่วย
   - พยาบาลผู้จัดเตรียมยาที่จะใช้กับผู้ป่วยจะต้องทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดจากสิ่งรบกวนสมาธิ (เช่น การใส่ผ้าคลุมที่มีตัวอักษรว่า “กำลังอยู่ในระหว่างเตรียมยา ห้ามรบกวน”) ประเมินขั้นตอนการทำงานในทางคลินิกเพื่อบ่งชี้ถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและที่แฝงอยู่ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย นำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงที่บุคลากรจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
   - ประเมินขั้นตอนการทำงานในทางคลินิกเพื่อบ่งชี้ถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและที่แฝงอยู่ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย นำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงที่บุคลากรจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. สร้างให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานที่มีความน่าเชื่อถือสูง โดยบุคลากรจะมีความไวในการตรวจสอบระบบปฏิบัติการ และรู้สึกปลอดภัยกล้าที่จะรายงานประเด็นที่อาจจะนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนกระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อย่างต่อเนื่อง
3. ให้การสนับสนุนทางจิตสังคมกับบุคลากรหากมีกรณีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น

ระบบการเรียนรู้

1. คงระดับความรับรู้ของบุคลากร และจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องให้บุคลากรทางคลินิกให้ทราบและสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้องเพื่อการใช้ยาอย่างปลอดภัย (เช่น การปฏิบัติตามมาตรฐานปฏิบัติการอย่างเคร่งครัด และการตรวจสอบซ้ำ)
2. ทบทวนและผนวกเอายุทธศาสตร์ที่จัดทำจากองค์กรต่างๆ เช่น สถาบันเพื่อการปฏิบัติที่นำไปสู่ความปลอดภัยในการใช้ยา (Institute for Safe Medication Practices หรือ ISMP) และคณะกรรมการร่วมที่กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
3. ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลต่อความปลอดภัยใช้ในการใช้ยาซึ่งเกิดขึ้นในองค์กรสุขภาพอื่นๆ และดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในลักษณะเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/?report=classic
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7362775/

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Medication Error)

ประเด็นและความเป็นมา:

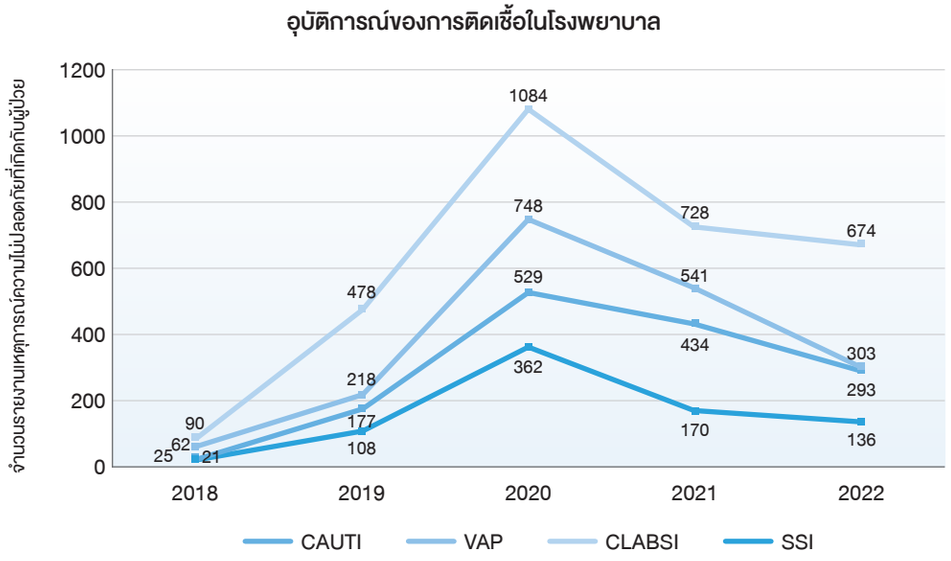
การควบคุมการติดเชื้อป้องกันหรือหยุดยั้งการแพร่กระจายของการติดเชื้อในสิ่งแวดล้อมของสถานพยาบาล การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นแนวทางดำเนินการที่อิงมาจากหลักฐานทางวิชาการเพื่อป้องกันการกระจายของการติดเชื้อที่หลีกเลี่ยงได้ในสิ่งแวดล้อมของสถานพยาบาล การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ให้ประสิทธิผลต้องอาศัยการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและทั่วทั้งระบบสุขภาพ เริ่มต้นตั้งแต่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ดูแลสถานพยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้ใช้บริการสุขภาพ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีผลครอบคลุมถึงทุกแง่ทุกมุมของสถานพยาบาล เช่น การล้างมือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ความปลอดภัยจากการฉีดยา การดื้อยาต้านจุลชีพ ตลอดจนถึงการดำเนินการของโรงพยาบาลในขณะที่มีสถานการณ์ฉุกเฉินและกรณีทั่วไป ปัจจุบัน มีข้อควรระวังที่แนะนำให้พึงกระทำเพื่อป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล 2 มาตรการ คือ

- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยทุกราย: เป็นการอาศัยหลักการประเมินความเสี่ยงและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อปกป้องผู้ให้บริการสุขภาพจากการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วยอื่นๆ
- การป้องกันตามกลไกการติดต่อ: เป็นการต่อยอดจากมาตรการควบคุมการติดเชื้อพื้นฐานและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยทุกราย สำหรับผู้ป่วยที่อาจจะติดเชื้อหรือมีภาวะที่พบเชื้อโรคจำเพาะชนิดใดๆ อยู่ในร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อ เช่น การแยกผู้ป่วย เป็นต้น

ผลกระทบจากการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐานจะส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย คือ การติดเชื้อในโรงพยาบาล อาจนำไปสู่การเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพในกรณีของการติดเชื้ออย่างรุนแรง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีความรุนแรงต่ำมักจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ ซึ่งอาจจะนำไปสู่การแพร่กระจายของการดื้อยาต้านจุลชีพในชุมชนในอนาคต

จากสถิติตามระบบ NRLS ในประเทศไทย พบว่ามีรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI), ปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (VAP), การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI), และการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (SSI) โดยมีอุบัติการณ์สูงสุดในปี พ.ศ. 2563

ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยได้รับความไม่ปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระหว่างปีพ.ศ. 2561 ถึง ปีพ.ศ. 2565 จากรายงานในระบบ NRLS ของประเทศไทย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

CAUTI: การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะ

- การดำเนินการและติดตามกำกับขั้นตอนการปลอดเชื้อและแนวทางการควบคุมการติดเชื้อเป็นไปอย่างด้อยคุณภาพ
  - ขาดความรู้ในเรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างถูกต้อง
  - ขาดวิธีปฏิบัติและการชี้แนะที่จำเพาะเจาะจงสำหรับหน้างาน
- ขาดการปฏิบัติตามและการติดตามกำกับนโยบายที่มีอยู่ในเรื่องการประเมินความจำเป็นต้องใส่และการจัดการสายสวนปัสสาวะ:
  - การใส่สายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น
  - การใส่คาสายสวนปัสสาวะนานเกินไป
  - จำนวนครั้ง/ความถี่ของการเปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะ

VAP: ปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ

- ขาดการปฏิบัติตามแนวทางในเรื่อง ดังนี้
  - สุขอนามัยช่องปาก
  - แนวทางปฏิบัติการใส่ท่อช่วยหายใจ
  - แนวทางปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
  - การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
- ความบกพร่องในการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ
- การล้าง อบฆ่าเชื้ออุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง
- การทำความสะอาดระบบของเครื่องหายใจอย่างด้อยคุณภาพ
- การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูงอย่างไม่เหมาะสมทำให้อุปกรณ์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องเสื่อมคุณภาพและใช้ไม่ได้ผล

CLABSI: การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

- การปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยเป็นไปอย่างด้อยคุณภาพนำไปสู่การปนเปื้อนของเชื้อ ณ ตำแหน่งที่มีการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
- ขาดการปฏิบัติตามแนวทาง และการติดตามกำกับนโยบายที่มีอยู่ในเรื่องการประเมินความจำเป็นของการใส่และการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง:
  - การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอย่างไม่จำเป็น
  - การใส่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางนานเกินไป
  - ขากการทบทวนว่าสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใส่ไปแล้วถูกต้องหรือไม่โดยแพทย์ผู้มีประสบการณ์
  - ขาดการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโดยใช้เครื่องป้องกันร่างกายปราศจากเชื้ออย่างครบถ้วนในระหว่างการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

SSI: การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

- การผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน
- อุปกรณ์ผ่าตัดชำรุดระหว่างการผ่าตัด อุปกรณ์ผ่าตัดที่มีการเปลี่ยนสี เปื้อนสี และถูกกัดกร่อนสามารถก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอุปกรณ์ผ่าตัด ซึ่งอาจจะนำไปสู่การติดเชื้อในผู้ป่วยหรือทำลายเนื้อเยื่อรอบข้าง
- การย่อหย่อนในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ
  - การเตรียมตัวอย่างไม่พร้อมก่อนการผ่าตัด เช่น การเลือกชนิดของการใช้สารฆ่าเชื้อและการเตรียมสารฆ่าเชื้อ วัสดุสำหรับใส่และคลุมในขณะผ่าตัด ขนตามร่างกายในตำแหน่งที่ลงมีดเพื่อเปิดแผลผ่าตัด เป็นต้น
  - การปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยที่ด้อยคุณภาพ
  - การกำจัดเชื้อของอุปกรณ์ผ่าตัดที่ขาดประสิทธิภาพ
  - การไหลเวียนของอากาศและการกรองอากาศในห้องผ่าตัดไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิผลเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการยุติการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้ และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดของการให้บริการสุขภาพที่ปลอดภัยด้วยคุณภาพสูงและมีประสิทธิผลดี

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI)

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ติดตามกำกับการปฏิบัติตามนโยบายและกระบวนการขั้นตอนปฏิบัติด้วยการสุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบ
   - เพื่อให้มั่นใจว่ามีแนวทางปฏิบัติฉบับที่เข้าใจง่ายพร้อมสำหรับการนำไปใช้สำหรับแต่ละประเภทหรือชนิดของบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมการจัดทำวิธีการดูแลสายสวนปัสสาวะที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ
   - การจัดทำวิธีการดูแลสายสวนปัสสาวะที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ
     - มีระบบการเตือนความจำของแพทย์เพื่อย้ำถึงระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการคาสายสวนปัสสาวะ
     - เพื่อให้มั่นใจว่าปฏิบัติการใส่และดูแลสายสวนปัสสาวะที่มีการปลอดเชื้อ
     - หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นด้วยการทบทวนถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นรายวัน
2. พิจารณาเพิ่มเกณฑ์ในการประเมินและมีปฏิบัติการใส่สายสวนปัสสาวะร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล
3. ทำให้มั่นใจว่ามีการสื่อสารที่ชัดเจน เหมาะสมระหว่างบุคลากรในช่วงส่งเวร โดยจัดทำโครงการสื่อสารที่เฉพาะเจาะจงกับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะที่มีวัตถุประสงค์และกระบวนการชัดเจน
4. สนับสนุนการใช้ ‘bundler’ of intervention และบันทึกอัตราของการปฏิบัติของแต่ละองค์ประกอบของข้อมูลจากการปฏิบัติที่บันทึกไว้จะถูกใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประกันคุณภาพและการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วยการให้ร่วมรับทราบถึงขั้นตอนในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลเพื่อเตือนให้แพทย์นึกถึงขั้นตอนการรักษา

ระบบการเรียนรู้

เผยแพร่และจัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ ให้ความรู้ มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานและการประเมินผลสำหรับบุคลากรสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

- จัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติด้วยการใช้วิดีโอแทนที่จะใช้คู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (VAP)

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การรักษาที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันปอดอักเสบ และความปลอดภัยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
   - พัฒนาแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดเพื่อสุขอนามัยของช่องปาก และทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดช่องปากเป็นรายวัน
   - ขอความช่วยเหลือจากทันตแพทย์เพื่อช่วยสอนให้พยาบาลมีวิธีการในการดูแลสุขอนามัยของช่องปากอย่างถูกต้อง
   - หยุดการใช้สารคลอร์เฮกซิดีน (chlorohexidine) และให้ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กทดแทน
2. จัดให้มีการปฏิบัติตามและกำกับติดตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (เช่น การฝึกออกกำลังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเดิน)
   - จัดท่าของผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจให้เหมาะสม
   - พิจารณาให้ผู้ป่วยเดินได้โดยเร็ว และหลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำอีกครั้ง
3. ทำให้มั่นใจว่ามีการใช้ชิ้นส่วนของระบบวงจรช่วยหายใจเพียงครั้งเดียว (ไม่นำชิ้นส่วนของเครื่องช่วยหายใจที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง และนำมาล้างอบฆ่าเชื้อเพื่อนำมาใช้ใหม่) และมีการทำความสะอาดเครื่องช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอ
4. ทำให้มั่นใจว่าหอผู้ป่วยมีชิ้นส่วนอะไหล่ของเครื่องช่วยหายใจพร้อมใช้งานหรือการเปลี่ยนทดแทน
5. สนับสนุนการใช้ ‘bundles’ of intervention และบันทึกอัตราของการปฏิบัติของแต่ละองค์ประกอบของ ‘bundles’ of intervention ข้อมูลจากการปฏิบัติที่บันทึกไว้จะถูกใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประกันคุณภาพและการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

ระบบการเรียนรู้

เผยแพร่และจัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ ให้ความรู้ มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานและการประเมินผลสำหรับบุคลากรสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI)

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. กำหนดข้อบ่งชี้และนโยบายที่เคร่งครัดสำหรับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเลือกใช้สายสวนและตำแหน่งการใส่สายสวนที่เหมาะสม การดูแลสายสวนหลอดดำส่วนกลาง การเฝ้าระวัง และการควบคุมคุณภาพ
   - เปลี่ยนสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใส่จากห้องฉุกเฉินทันทีที่ทำได้หรือตามแนวทางของสถานพยาบาลนั้นๆ หรือภายใน 48 ชั่วโมง
   - เปลี่ยนการใช้ชุดสายสวนหลอดเลือดดำที่ใช้สำหรับการให้สารละลาย หรือสารน้ำเป็นชุดสายสวนที่ใช้สำหรับการให้ไขมันหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดตามแนวทางของสถานพยาบาลนั้นๆ หรือทุกๆ 96 ชั่วโมง
   - ประเมินความจำเป็นต้องใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นรายวัน หากผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางแล้ว ให้นำเอาสายสวนออกทันที ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและติดตามกำกับการใช้เครื่องป้องกันร่างกายปราศจากเชื้ออย่างครบถ้วนในระหว่างการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามเทคนิคการปลอดเชื้อที่มีคุณภาพสูงอย่างเป็นปกติ
   - ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและติดตามกำกับการใช้เครื่องป้องกันร่างกายปราศจากเชื้ออย่างครบถ้วนในระหว่างการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามเทคนิคการปลอดเชื้อที่มีคุณภาพสูงอย่างเป็นปกติ
2. จำกัดการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเฉพาะในบริเวณที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต (ICU) และในระหว่างการตรวจวินิจฉัยหลอดเลือด (Angiography)
3. ใช้เทคนิคการปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดในระหว่างการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
   - ทำให้มั่นใจว่ามีการล้างมืออย่างถูกต้องด้วยการล้างด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลหรือโฟมแอลกอฮอล์ล้าง
   - เปลี่ยนถุงมือบ่อยๆ เพื่อป้องกันการเพิ่มจำนวนของจุลชีพ
   - ทำให้ฐานสายสวน (Catheter hubs) บริเวณสำหรับฉีดยา (Injection ports) และข้อต่อต่างๆ (Connectors) ปลอดเชื้อก่อนที่จะเริ่มทำการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
   - ทำให้มั่นใจว่ามีการสื่อสารที่ครอบคลุมถึงบุคลากรผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด
   - สนับสนุนการใช้ ‘bundles’ of interventions และบันทึกอัตราของการปฏิบัติตามแต่ละองค์ประกอบของข้อมูลจากการปฏิบัติที่บันทึกไว้จะถูกใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประกันคุณภาพและการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

ระบบการเรียนรู้

จัดให้มีการศึกษาและการฝึกอบรมกับบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่องการติดเชื้อจากการผ่าตัดผ่าตัด (SSI)

การติดเชื้อจากการผ่าตัด ผ่าตัด (SSI)

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ใช้เทคนิคการทำให้ปลอดเชื้อและปฏิบัติตามขั้นตอนการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด
2. ทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางการผ่าตัดที่ปลอดภัย
   - เปลี่ยนถุงมือบ่อยๆ เพื่อป้องกันการเพิ่มจำนวนของจุลชีพ
   - ใช้หมวกคลุมผมห้องผ่าตัดที่คลุมถึงใบหูและคอของศัลยแพทย์
   - ใช้เสื้อคลุมผ่าตัดที่ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านการสัมผัส
   - มีการกำจัดขนตามร่างกายในตำแหน่งที่ลงมีดเพื่อเปิดแผลผ่าตัดอย่างเหมาะสม
   - ชำระล้างบาดแผลอย่างสม่ำเสมอด้วยสารละลายน้ำเกลือ หรือด้วยน้ำเกลือที่มีส่วนผสมของเบซิตราซิน (bacitracin) หรือยาปฏิชีวนะ
3. ทำให้มั่นใจว่ามีการฝึกอบรมการปฏิบัติเพื่อให้ปลอดเชื้อกับศัลยแพทย์และบุคลากรในทีมพยาบาลที่บรรจุใหม่ โดยรวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติในการรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น การสื่อสาร การจัดการความเสี่ยง และการจำลองสถานการณ์ เป็นต้น
4. ดำเนินการป้องกันการติดเชื้อด้วยวิธีการทางวิศวกรรม เช่น ทำให้มั่นใจว่ามีการระบายแลกเปลี่ยนอากาศต่อชั่วโมงอย่างเหมาะสม เป็นต้น
5. สนับสนุนการใช้ ‘bundles’ of interventions และบันทึกอัตราของการปฏิบัติตามแต่ละองค์ประกอบของข้อมูลจากการปฏิบัติที่บันทึกไว้จะถูกใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประกันคุณภาพและการพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

ระบบการเรียนรู้

ติดตามกำกับการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมการติดเชื้อและแนวโน้มของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

https://www.who.int/health-topics/infection-prevention-and-control#tab=tab_1

การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด (Patient Identification)

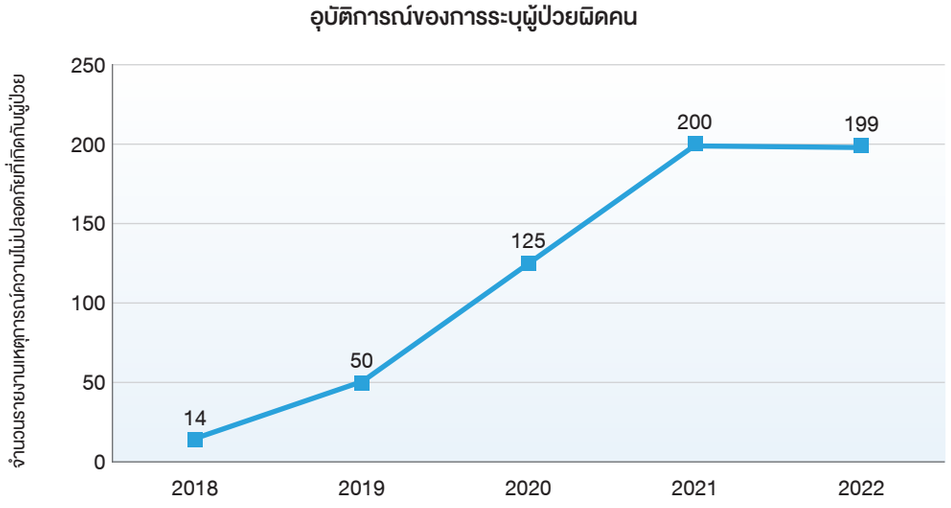
ประเด็นและความเป็นมา:

ในการดูแลผู้ป่วยมักประกอบด้วยจุดเชื่อมต่อของหน่วยการดูแลหลายส่วน จำเป็นต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องแม่นยำ หากมีการระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จะทำให้มีข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในระหว่างบุคลากร ส่งผลให้การวินิจฉัยไม่ถูกต้องและผิดพลาด

หนึ่งในประเด็นหลักที่เป็นข้อวิตกกังวล คือกรณีที่มีบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญหลายสาขามาร่วมกันดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การสื่อสารที่คลาดเคลื่อน ผิดพลาดอาจจะเกิดได้บ่อยในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การส่งเวรผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การจัดการให้ยา การจัดการให้สารน้ำและการฉีดยาเข้าเส้น และเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ต้องใช้การผ่าตัด การใช้เครื่องมือแพทย์ ตลอดจนการฝังหรือสอดใส่อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์หรือปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ ผลของการสื่อสารที่ผิดพลาดอาจจะทำให้บุคลากรสุขภาพจัดทำแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การสั่งจ่ายที่ไม่ถูกต้อง หรือมีการฝังหรือสอดใส่อุปกรณ์เครื่องมือหรือการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงอาจได้รับความไม่ปลอดภัย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจจะได้รับผลเสียที่ไม่สามารถย้อนกลับหรือเสียชีวิตได้

จากข้อมูลในระบบ NRLS ของประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยจากผลของการระบุตัวผู้ป่วยผิดคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากจำนวน 14 รายในปีพ.ศ. 2561 เป็น 199 รายในปีพ.ศ. 2565

ภาพที่ 5 จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยจากการระบุตัวผู้ป่วยผิดคน ในระหว่างปีพ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2565 จากรายงานในระบบ NRLS ของประเทศไทย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

เหตุการณ์ที่อาจเอื้อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของกรณีผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยจากการระบุตัวผู้ป่วยผิดคน

บุคคล

1. การเสียสมาธิเนื่องจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในระหว่างกระบวนการระบุตัวผู้ป่วย
2. ขาดความเข้าใจในวิธีการและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการระบุตัวผู้ป่วย เช่น บุคลากรขาดความรับรู้ว่าในปัจจุบันมีข้อมูลหลากหลายที่สามารถใช้ในการระบุตัวผู้ป่วยได้
3. บุคลากรขาดความใส่ใจกับกระบวนการระบุตัวผู้ป่วย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป
4. ผู้ป่วยลังเลที่จะให้ข้อมูลส่วนบุคคล เนื่องจากต้องการปกป้องความเป็นส่วนตัวและเพื่อป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามบทบัญญัติในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

กระบวนการ

1. การทำงานแบบรวบรัด และทำแบบขอไปทีในระหว่างกระบวนการระบุตัวผู้ป่วย
2. การใช้คำถามปลายปิดในขั้นตอนการให้ผู้ป่วยยืนยันตัวเอง เช่น บุคลากรอ่านออกเสียงชื่อผู้ป่วยและวันเดือนปีเกิดให้ผู้ป่วยฟัง แทนที่จะขอให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลที่ระบุตัวด้วยตนเอง เป็นต้น
3. ขาดกระบวนการที่เหมาะสมจำเพาะเจาะจงในการระบุตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลสำหรับระบุตัวเองได้ เช่น ใช้ นาย ก., นาง ข., นางสาว ค., เด็กชาย ง., เด็กหญิง จ. เป็นต้น
4. รับผู้ป่วยไว้ภายใต้ชื่อหรือเวชระเบียนของผู้ป่วยอื่น หรือมีการทำรายการชื่อผู้ป่วยซ้ำในระบบทะเบียนผู้ป่วย
5. ใช้เลขประจำห้องหรือเตียงเพื่อการระบุตัวผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้ถูกย้ายไปอยู่ห้องใหม่หรือที่เตียงใหม่แล้ว
6. ถามถึงข้อมูลที่บ่งชี้ตัวของผู้ป่วยโดยไม่ใช้ข้อมูลที่จำเพาะซึ่งเป็นยอมรับกัน และไม่ตรวจสอบป้าย (ข้อมือ) ที่ระบุตัวของผู้ป่วย
7. ให้ยากับผู้ป่วยก่อนที่จะมีการยืนยันตัวผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องอ่านบาร์โค้ด

เทคโนโลยี

1. ใช้ระบบการระบุตัวผู้ป่วยที่ออกแบบอย่างไม่เหมาะสม
2. ใช้ป้าย (ข้อมือ) สำหรับการระบุตัวของผู้ป่วยที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งอาจจะคลายและหลุดหล่นจากตัวผู้ป่วยได้โดยง่ายในระหว่างกระบวนการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. สื่อสารถึงความคาดหวังของผู้นำองค์กร ว่าการระบุตัวผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญมากต่อการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และเป็นเรื่องที่องค์กรให้ความสำคัญอย่างสูง
2. ประเมินแนวทางปฏิบัติและประสบการณ์ในการระบุตัวผู้ป่วยขององค์กร เพื่อบ่งชี้ถึงจุดแข็งและโอกาสสำหรับการปรับปรุงวิธีการระบุตัวผู้ป่วย
   - การสร้างมาตรฐานสำหรับข้อมูลสำหรับใช้ระบุตัวผู้ป่วยที่ใช้เฉพาะเจาะจงสำหรับวัตถุประสงค์ด้านการรักษาพยาบาลและวัตถุประสงค์ทั่วไป และสื่อสารมาตรฐานดังกล่าวออกไปให้ทั่วถึงบุคลากรทุกคน
   - เลือกใช้ป้ายผูกข้อมือที่มีคุณภาพสูงและมีมาตรฐานสำหรับใช้ในการระบุตัวของผู้ป่วยที่ใช้งานได้ดี และอ่านได้ง่ายตลอดช่วงเวลาและวิถีการรักษาผู้ป่วย
   - ทำให้มั่นใจว่ากระบวนการทำงานอื่นๆ ต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยเช่นกัน เช่น การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจและการติดฉลากภาชนะเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ การปฏิบัติตามแนวทางที่ดำเนินการกับผู้ป่วยทุกคน เป็นต้น เพื่อเป็นการประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์การป้องกันความผิดพลาดคลาดเคลื่อนพัฒนาระบบหรือแนวทางสำหรับการระบุตัวผู้ป่วยซึ่งไม่มีข้อมูลส่วนตัวหรือไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อสารได้ กล่าวคือ ต้องมีมาตรการในระบุตัวของผู้ป่วยอย่างชั่วคราวเฉพาะคนที่เหมาะสม
   - กำหนดแนวทางในการใช้ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบตัวผู้ป่วย ในระหว่างการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยข้างเตียง และในระหว่างหรือก่อนการทำหัตถการรักษาพยาบาล
3. เพื่อจัดการกับข้อกังวลป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามบทบัญญัติในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ให้มีแนวทางป้องกันความเสี่ยงในขณะที่มีการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยออนไลน์และกับตัวผู้ป่วย เช่น ในระหว่างการใช้ไลน์ (LINE) แอพพลิเคชั่นในการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวผู้ป่วย เป็นต้น
4. พิจารณาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น บาร์โค้ด การระบุตัวตนด้วยคลื่นวิทยุ (radio-frequency identification หรือ RFID) และวิธีการใช้ข้อมูลชีวมิติ (biometric) เพื่อพัฒนากระบวนการระบุตัวผู้ป่วย ในขณะที่ต้องเข้าใจถึงข้อจำกัดของเทคโนโลยีนั้นๆ
5. ผสมผสานยุทธศาสตร์ที่พัฒนาการใช้งานระบบข้อมูลสารสนเทศให้ดีขึ้น และเพื่อลดความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่ข้อผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วยผิดคน

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

1. ถามคำถามปลายเปิดเมื่อทำการระบุตัวผู้ป่วย
2. ทำการปฏิบัติซ้ำๆ กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าการระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยนั้นถูกออกแบบมาเพื่อการปกป้องผู้ป่วย

ระบบการเรียนรู้

1. ประเมินเหตุการณ์ที่อาจจะก่อให้เกิดหรือมีแนวโน้มความเสี่ยงที่จะเกิดความไม่ปลอดภัย (near miss) และที่เกี่ยวกับความปลอดภัยเพื่อบ่งชี้ถึงความเสี่ยงและปัจจัยที่เอื้อ ให้เกิดปัญหาดังกล่าวซึ่งเกี่ยวข้องกับการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
2. ทำการวิจัยอย่างต่อเนื่องถึงวิธีการในการลดโอกาสของการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
3. ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรทุกคนที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการระบุตัวผู้ป่วยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับนโยบายด้านนี้ขององค์กรและความสำคัญของการการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวอย่างเคร่งครัด

เอกสารอ้างอิง

https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/RiskQual16.aspx?tab=1

ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Error)

ประเด็นและความเป็นมา:

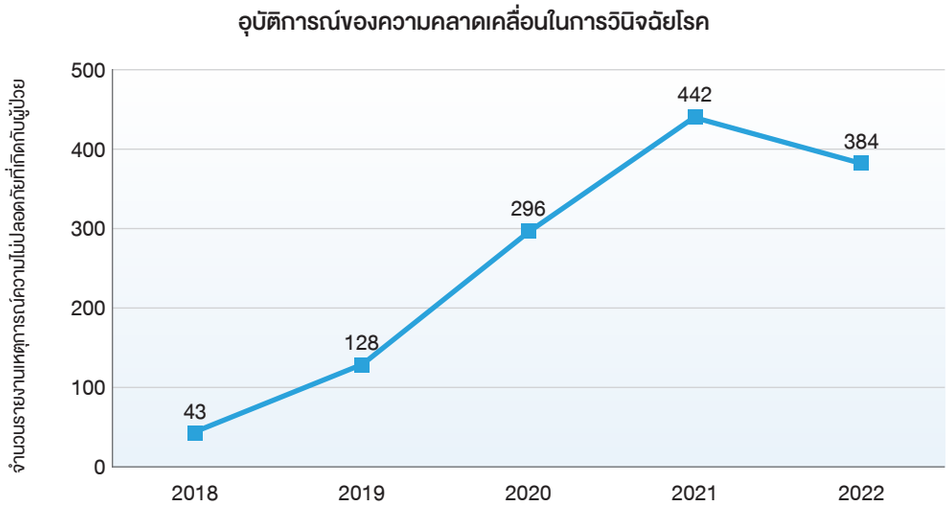
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค คือ ความล้มเหลวในการให้คำอธิบายถึงปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่อย่างแม่นยำและทันต่อเวลาให้ผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ การวินิจฉัยโรคในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นประเด็นที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อความผิดพลาดดังกล่าว เนื่องจากบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องทำการตัดสินใจอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทั้งนี้ สามารถจัดกลุ่มความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคได้เป็น 3 กลุ่ม ซึ่งความผิดพลาดคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยอาจจะเกิดในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม คือ

- **การวินิจฉัยโรคล่าช้า (Delayed diagnosis):** ปัญหานี้เกิดเมื่อผู้ป่วยควรจะได้รับการวินิจฉัยให้รวดเร็วกว่าที่เป็นอยู่ ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยโรคมะเร็งล่าช้าซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากเนื่องจากไม่ค่อยมีแนวทางในการวินิจฉัยที่ดีในการวินิจฉัยโรคให้ทันต่อเวลาในบางโรค ผู้ป่วยมักจะไม่ถูกสงสัยว่าเป็นโรคนั้นๆ เลยจนกระทั่งมีอาการชัดเจนหรือเป็นมากแล้ว
- **การวินิจฉัยโรคผิดพลาด (Wrong diagnosis):** ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่กำลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับคำบอกเล่าจากการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า อาการเจ็บหน้าอกนั้นเกิดจากกรดในกระเพาะอาหารหรืออาหารไม่ย่อย การวินิจฉัยเบื้องต้นนั้นไม่ถูกต้องเพราะสามารถตรวจพบสาเหตุที่แท้จริงได้ในภายหลัง
- **การที่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ (Missed diagnosis):** กรณีเหล่านี้เกิดเมื่อปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ได้รับการอธิบาย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียหรือปวดเรื้อรัง แต่ไม่ถูกวินิจฉัย จะจัดอยู่ในกรณีนี้ หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญที่จำเพาะเจาะจงกว่าแต่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง

ในระดับโลก ประเด็นปัญหานี้พบบ่อยมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจจะเกิดได้ตั้งแต่ มีความปลอดภัยจนถึงมีความไม่ปลอดภัยอย่างรุนแรง ยกตัวอย่างเช่น ผลลัพธ์ของการวินิจฉัยโรคก่อให้เกิดการให้ยาหรือรักษาอย่างล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษาเลย ได้การรักษาที่ไม่จำเป็นหรือที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย เกิดผลแทรกซ้อนต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบทางจิตใจกับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยอื่นหรือถึงขั้นเสียชีวิตในกรณีที่ป่วยรุนแรง

จากข้อมูลที่รายงานจากโรงพยาบาลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล NRLS ในประเทศไทย พบว่า มีการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ของความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคนับจากปีพ.ศ. 2561 ถึง ปีพ.ศ. 2564 แต่มีการลดลงเล็กน้อยในปีพ.ศ. 2565 ดังแสดงในภาพด้านล่าง

ภาพที่ 6 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยจากความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคในระหว่างปีพ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2565 จากรายงานในระบบ NRLS ของประเทศไทย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่:

นโยบายและแนวทางที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- แนวทางสำหรับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่มีอยู่ขาดความสมบูรณ์

วิธีการปฏิบัติที่ขาดคุณภาพ

1. ขาดข้อมูลทางการแพทย์ที่มีความครอบคลุมจากตัวผู้ป่วย (เช่น การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย)
2. แพทย์มีอคติในการวินิจฉัยโรคจากประสบการณ์ในผู้ป่วยรายก่อนๆ
3. เลือกใช้การทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมกับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากผู้ป่วย
4. การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายเกินไป ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างแยกส่วน
5. มีการปนเปื้อนเชื้อในตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ หรือสลับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยรายอื่นไม่ใช่จากเจ้าของตัวอย่างส่งตรวจ
6. แพทย์ทำการตรวจร่างกายอย่างไม่ครบถ้วนและไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการรับรู้และการตัดสินใจรักษา
7. ขาดการดูแลแบบที่ให้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง

ประเด็นเกี่ยวกับบุคลากร

1. มีจำนวนและชนิดของบุคลากรไม่เพียงพอ
2. มีภาระงานเพิ่มขึ้น
3. มีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม
4. บุคลากรมีประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถจำกัด
5. ขาดแคลนทรัพยากรทางวัตถุ
6. การสื่อสารที่ไม่ดี
7. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นไปอย่างไม่ดี
8. ขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะผสมผสานกันอย่างเหมาะสมในหน่วยงาน
9. ขาดการทำงานเป็นทีม

เทคโนโลยี

- ไม่สามารถทำการวินิจฉัยโรคอย่างครอบคลุมรอบด้านได้ เนื่องจากการขาดแคลนเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยหรือทดสอบ (เช่น เครื่องมือแพทย์ทำงานผิดพลาด เป็นต้น)
- การพึ่งพาเทคโนโลยีใหม่มากเกินไป (เช่น การใช้ปัญญาประดิษฐ์ เป็นต้น)

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ใช้กระบวนการให้ผู้นำตรวจเยี่ยมหน่วยงานเพื่อบ่งชี้ว่าบุคลากรมีปัญหาแรงกดดันด้านผลิตภาพที่อาจป้องกันไม่ให้บุคลากรดำเนินการตามหน้าที่ที่จำเป็นได้ดีหรือไม่
2. ใช้แนวทางการจัดซื้อจัดหาวัสดุที่จำเป็นต้องใช้โดยอาศัยข้อมูลทางคลินิกเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีวัสดุและเครื่องมือที่เหมาะสมและเพียงพอ และทำให้มั่นใจว่าเครื่องมือสำหรับการวินิจฉัยโรคที่มีอยู่สามารถทำงานได้ดีโดยกำหนดตารางเวลาสำหรับการบำรุงรักษาเครื่องมือนั้นๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้เครื่องมือเพื่อทำการทดสอบที่จำเป็นเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคอย่างตลอดเวลา

3. ในการประเมินแผนงานด้านบุคลากรและจัดทำยุทธศาสตร์ด้านบุคลากร ต้องพิจารณาถึงสถานการณ์ที่มีความต้องการบริการสุขภาพสูงกว่าปกติว่าเกิดบ่อยครั้งเพียงใดหรือมีความซับซ้อนของผู้ป่วยมากน้อยเพียงไร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดเตรียมบุคลากรให้เพียงพอ
4. จัดการฝึกอบรม รูปแบบการจำลองเหตุการณ์เพื่อช่วยแพทย์รับรู้ถึงทัศนคติ การอคติ หรือความลำเอียงในการวินิจฉัยโรคของตนเอง และเห็นภาพของผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น พิจารณาจัดการฝึกอบรมโดยใช้เทคนิคการกำกับตนเองเพื่อลดอคติในการตัดสินใจวินิจฉัยโรค เช่น จงใจพิจารณาถึงการวินิจฉัยโรคอื่น (Intentional consideration of other diagnoses)

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

ทำให้มั่นใจว่ามีข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมรอบด้านเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค

- เตรียมแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจำเป็นมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ก่อนการวินิจฉัยโรค (เช่น มีการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เป็นต้น)
- มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยไว้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วย การรับไว้เป็นผู้ป่วยใน และระหว่างที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
- ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงของผู้ป่วยได้ (เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด, ออกแบบระบบที่แพทย์สั่งยาโดยใช้คอมพิวเตอร์ที่สามารถแสดงผลข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวข้องทุกอย่างได้ เป็นต้น)

ระบบการเรียนรู้

1. ใช้ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์หรือบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบดิจิทัลและฐานข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถบ่งชี้ถึงแนวโน้มในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค และนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้เพื่อการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดีขึ้น
2. สืบหาต้นตอของการเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างรุนแรงซึ่งเกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

เอกสารอ้างอิง

https://www.ecri.org/components/HRCAlerts/Pages/HRCAlerts032421_Diagnostic.aspx

https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/2022Top10_5.aspx

https://www.improvediagnosis.org/what-is-diagnostic-error/

https://journalofethics.ama-assn.org/article/believing-overcoming-cognitive-biases/2020-09

https://www.ejcrim.com/index.php/EJCRIM/article/view/1940

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8314836/

https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/newsletters/quick_safety_issue_28_oct_2016pdf.pdf

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/emp2.12261

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8287556

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369220326982?via%-3Dihub

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369221018997?via%-3Dihub

การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิด ผิดตำแหน่ง ผิดหัตการ (Safe Surgery)

ประเด็นและความเป็นมา:

ประเด็นทางการแพทย์เช่น การบาดเจ็บ มะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและอาจต้องใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดผิดตำแหน่งเป็นคำทั่วไปที่หมายรวมถึงการผ่าตัดและหัตถการซึ่งกระทำกับผู้ป่วยผิดคน หรือกระทำผิดตำแหน่งทางกายวิภาคของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นส่วนของร่างกายที่ไม่ถูกต้องหรือผิดข้าง

แม้ว่าจะพบไม่บ่อย แต่การดูแลรักษาด้วยการผ่าตัดที่ไม่ปลอดภัยมีส่วนก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ทำให้เกิดความผิดปกติในส่วนของร่างกายที่ได้รับการผ่าตัดหรืออาจจะส่งผลต่อส่วนของร่างกายที่สมบูรณ์แต่ได้รับการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บ ในกรณีที่รุนแรงการผ่าตัดผิดตำแหน่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในที่นี้จะจำแนกชนิดของการผ่าตัดผิดตำแหน่งดังต่อไปนี้

ชนิดของการผ่าตัดผิดตำแหน่ง

การผ่าตัดผิดด้าน

การผ่าตัดผิดตำแหน่งชนิดนี้ หมายถึงการทำหัตถการผ่าตัดซึ่งเกี่ยวข้องกับแขนขาหรือส่วนของร่างกายที่เน้นด้านใดด้านหนึ่งโดยที่บริเวณของร่างกายที่ได้รับการหัตถการผ่าตัดผิดด้านนั้นอยู่ในตำแหน่งที่ห่างจากบริเวณผ่าตัดที่ตั้งใจจะทำตั้งแต่แรก ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดที่แขนหรือขาด้านที่ตรงกันข้ามกับที่ตั้งใจไว้ ในหลายกรณี จะมีการเตรียมบริเวณผ่าตัดและห้องผ่าตัดในรูปแบบที่จำเพาะสำหรับการผ่าตัดที่ตั้งใจทำนั้นๆ แต่เกิดการจัดเตรียมไว้ในลักษณะที่แตกต่างออกไปสำหรับการผ่าตัดอีกด้านหนึ่งของร่างกาย ทำให้เกิดความผิดพลาด

การผ่าตัดผิดระดับหรือผิดตำแหน่ง

การผ่าตัดผิดตำแหน่งชนิดนี้เป็นหัตถการผ่าตัดที่ถูกด้านแต่ผิดระดับหรือผิดส่วนของบริเวณผ่าตัด กรณีนี้ มีการเตรียมการผ่าตัดในตำแหน่งของร่างกายที่ถูกต้อง แต่กลับทำหัตถการผ่าตัดที่ส่วนอื่นของบริเวณผ่าตัดนั้น ตัวอย่างของการผ่าตัดผิดตำแหน่งชนิดนี้ เช่น การผ่าตัดเพื่อลดการกดทับไขสันหลังระดับเอว ที่บริเวณหมอนรองระหว่างกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ 4 และ 5 (L4-5) แทนที่จะผ่าตัดที่หมอนรองระหว่างกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ 5 (L5) และกระดูกสันหลังส่วนกระเบนเหน็บข้อที่ 1 (S1)

การผ่าตัดผิดคน

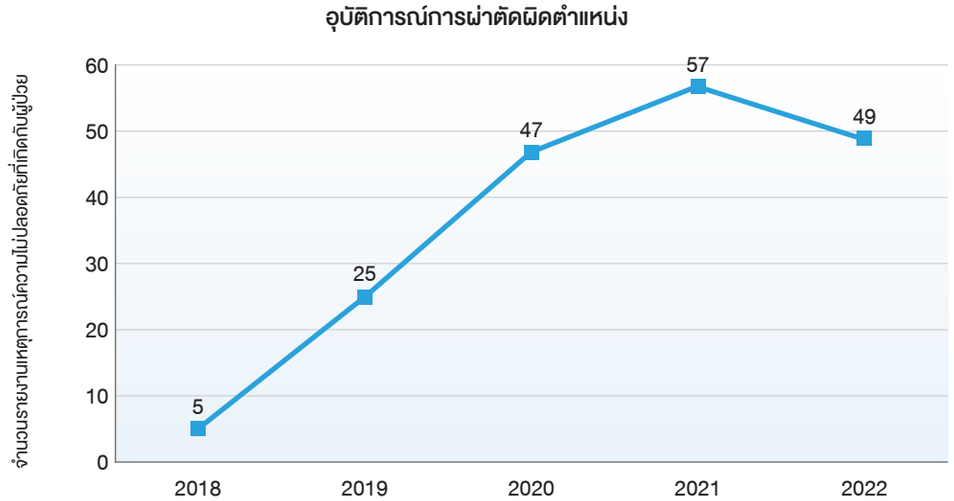
การผ่าตัดผิดตำแหน่งชนิดนี้ หมายถึงการทำหัตถการกับผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการกำหนดไว้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดเลย หรือไม่มีการกำหนดไว้ว่าจะต้องได้รับหัตถการผ่าตัดชนิดนั้นเลย หรือได้รับการกำหนดไว้ในตารางเวลาว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดด้วยหัตถการอื่นซึ่งไม่ใช่หัตถการชนิดที่ได้กระทำไป ซึ่งการผ่าตัดผิดตำแหน่งชนิดนี้อาจรวมถึง การผ่าตัดในตำแหน่งที่ถูกต้องแต่ด้วยหัตถการที่ไม่ถูกต้อง การจัดชนิดของการผ่าตัดผิดตำแหน่งนี้เน้นความผิดพลาดซึ่งเกิดขึ้นจากการระบุตัวผู้ป่วยที่ผิดพลาดเป็นหลัก

หัตถการเพื่อฝังหรือสอดใส่อุปกรณ์เครื่องมือหรือการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อที่ไม่ถูกต้อง

ได้รับการพิจารณาจัดรวมเป็นการผ่าตัดผิดตำแหน่งชนิดหนึ่ง ตัวอย่างเช่น การใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ผิดคลาดเคลื่อนในระหว่างการผ่าตัดต้อกระจก โดยหัตถการที่ผิดพลาดชนิดนี้มักเกิดในการผ่าตัดทางนรีเวชและทางจักษุ แต่ก็มีโอกาสเกิดขึ้นกับการผ่าตัดโดยแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นได้เช่นกัน

จากข้อมูลที่รายงานในระบบ NRLS ในประเทศไทย พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดตำแหน่งในช่วง 5 ปีย้อนหลัง จากที่มีอุบัติการณ์เพียง 5 รายในปีพ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 49 รายในปีพ.ศ. 2565 ดังแสดงในภาพด้านล่าง

ภาพที่ 7 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยเนื่องจากได้รับการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ระหว่างปีพ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2565 จากรายงานในระบบ NRLS ของประเทศไทย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

ขาดการปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางที่มีอยู่

- มีการบันทึกตำแหน่งที่จะต้องทำการผ่าตัดอย่างไม่ถูกต้องก่อนการเตรียมผ่าตัด (เช่น ในแบบให้ความยินยอมรับการรักษาที่ได้รับการบอกกล่าว, รายการบัญชีสำหรับตรวจสอบ (checklist) ก่อนการผ่าตัด)
- ขาดการวางแผนในช่วงการเตรียมผ่าตัด (เช่น การตรวจสอบเพื่อยืนยันชนิดและตำแหน่งที่จะผ่าตัด, เครื่องมือผ่าตัดที่จำเป็นต้องใช้)
- ขาดรายการบัญชีสำหรับการตรวจสอบก่อนการผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดเล็กหรือหัตถการที่ไม่ล่วงล้ำ
- ขาดการปฏิบัติตามนโยบายที่มีอยู่จนทำไปสู่ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย

การสื่อสาร

- การสื่อสารที่ขาดคุณภาพ (เช่น ไม่มีการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในขณะที่ทำการระบุตัวผู้ป่วย, ไม่มีการสื่อสารเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขข้อมูล)
- เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารหรือในการถอดความ (เช่น มีศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ หรือพยาบาลหลายคนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด, มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งที่จะผ่าตัด เป็นต้น) โดยไม่มีระบบการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ
- สมาชิกในทีมผ่าตัดไม่พูดแย้งขึ้นมาในขณะมีการผ่าตัด แม้จะพบเห็นว่ามีการผ่าตัดผิดตำแหน่ง
- ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย

การละเลยข้อมูลที่สำคัญ

- การผ่าตัดผู้ป่วยแบบฉุกเฉินจะต้องทำงานแข่งกับเวลา ส่งผลให้มีการประเมินตำแหน่งผ่าตัดที่ไม่สมบูรณ์
- ศัลยแพทย์หรือแพทย์ผู้ผ่าตัดละเลยคำถามหรือข้อทักท้วงจากสมาชิกในทีมในเรื่องส่วนหรือข้างของร่างกายที่จะต้องได้รับการผ่าตัด
- ลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วยที่ผิดธรรมดา เช่น อ้วนมาก หรือมีการผิดรูปของร่างกาย

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ทำให้มั่นใจว่าองค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ส่งเสริมการป้องกันการผ่าตัดผิดตำแหน่ง
   - พิจารณาใช้วิธีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ก่อนการลงมีด
   - ทำให้มั่นใจว่ามีการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดที่ยังคงเห็นได้ชัดเจนหลังจากที่มีการเตรียมบริเวณผ่าตัดและปูผ้าแล้ว
   - ใช้แบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์หรือรูปแบบมาตรฐานที่กำหนดให้มีการป้อนข้อมูลที่พรรณนาตำแหน่งหรือด้านที่จะทำผ่าตัดให้แม่นยำ มิฉะนั้นจะไม่ได้รับการบรรจุไว้ในตารางกำหนดการผ่าตัด
   - กำหนดให้ผู้จัดตารางกำหนดการผ่าตัดต้องทำการอ่านออกเสียงข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งและด้านของร่างกายให้กับสำนักงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง
   - กำหนดให้มีกระบวนการก่อนการรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้มั่นใจว่า ได้รับความยินยอมรับการรักษาที่ได้รับการบอกกล่าวจากผู้ป่วย และข้อมูลในแบบให้ความยินยอมนั้นตรงกับหัตถการที่จะทำ
   - ขอให้สำนักงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้องส่งคำขอให้จัดตารางผ่าตัดและแบบให้ความยินยอมไปพร้อมกัน
   - ใช้แนวทางตรวจสอบก่อนการลงมีดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการระบุตัวผู้ป่วยและตำแหน่งผ่าตัด (กล่าวคือ จะไม่ยื่นมีดผ่าตัดหรือกล้องสำหรับผ่าตัดให้กับศัลยแพทย์จนกว่าจะได้มีการตรวจสอบขั้นสุดท้ายที่เสร็จสมบูรณ์)
   - กำหนดให้มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ทราบรายละเอียดของหัตถการเป็นส่วนหนึ่งของระบบหรือกระบวนการผ่าตัดปลอดภัย ศัลยแพทย์และสมาชิกทีมผ่าตัดอาวุโสเป็นผู้รับผิดชอบในเริ่มต้นการสื่อสารดังกล่าว
   - ใช้การตรวจสอบตามรายการบัญชีสำหรับตรวจสอบก่อนการผ่าตัดทั้งในการผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดเล็ก และหัตถการที่ไม่ล่วงล้ำเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับมาตรการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการข้ามขั้นตอนการปฏิบัติ
   - จัดทำรายการบัญชีสำหรับตรวจสอบก่อนการผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดและหัตถการที่ไม่ล่วงล้ำ
   - กระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัด จะต้องมีความสอดคล้องกันทั้งตารางการผ่าตัด การให้คำยินยอม ประวัติการเจ็บป่วย และการตรวจร่างกาย
2. นำเอาเครื่องมือการจัดความเสี่ยง ซึ่งรวมถึงแนวทางการตรวจสอบซ้ำ 2 ครั้งด้วยบุคคลต่างคนกันเพื่อยืนยันตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้อง
3. ติดตามกำกับการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติด้วยการสุ่มตรวจสอบตามกำหนด

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการยืนยันตำแหน่งผ่าตัดและหัตถการที่จะทำ

ความปลอดภัยของสถานพยาบาล

- ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรเข้าใจว่าอุบัติการณ์ของการผ่าตัดผิดตำแหน่งนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ต้องไม่เกิดขึ้น และส่งเสริมวัฒนธรรมที่ใส่ความปลอดภัย โดยให้อำนาจสมาชิกในทีมพูดแย้งขึ้นมาเมื่อพบเห็นปัญหา

ระบบการเรียนรู้

1. ทำการวิเคราะห์เพื่อหาต้นตอของการผ่าตัดผิดตำแหน่งในทุกกรณี
2. เข้าใจและช่วยกระจายข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการผ่าตัดผิดตำแหน่ง
3. ให้การศึกษากับสมาชิกทีมผ่าตัดและบุคลากรอื่นๆ เกี่ยวกับความมุ่งมั่นขององค์กรที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการผ่าตัดผิดตำแหน่งในทุกกรณี
4. ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรเข้าใจว่าอุบัติการณ์ของการผ่าตัดผิดตำแหน่งนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ต้องไม่เกิดขึ้น และส่งเสริมวัฒนธรรมที่ใส่ความปลอดภัย โดยให้อำนาจสมาชิกในทีมพูดแย้งขึ้นมาเมื่อพบเห็นปัญหา

เอกสารอ้างอิง

https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/SurgAn26.aspx?tab=2

https://www.ecri.org/components/PSOPlus/Pages/e-lert083016.aspx

http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200706_29b.aspx

บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ (Infection and Exposure for Healthcare)

ประเด็นและความเป็นมา:

การทำงานในสถานพยาบาลมีความเสี่ยงอันตราย มีโอกาสที่จะสัมผัสกับโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายทางอากาศ เช่น โควิด-19 วัณโรค และเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 หรือการติดเชื้อที่แพร่กระจายทางเลือด หรือวัสดุที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ซึ่งเป็นอันตรายสำหรับทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรฝ่ายสนับสนุนบริการอื่นๆ

บุคลากรสุขภาพสามารถสัมผัสเชื้อโรคได้เมื่อได้รับการบาดเจ็บจากของมีคม สัมผัสเครื่องมือหรือวัสดุการแพทย์ที่ปนเปื้อนเชื้อ สัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อนเชื้อ หรือเยื่อบุภายในร่างกายหรือผิวหนังที่เป็นแผลมีการสัมผัสกับสารคัดหลั่งที่อาจมีเชื้อโรค บุคลากรที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างมหาศาลต่อผู้ป่วยส่งผลที่ตามมาอย่างร้ายแรง เช่น การแพร่กระจายโรคติดเชื้อ

การป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพอย่างปลอดภัยในทุกสถานพยาบาล

อุบัติการณ์การสัมผัสและการเกิดโรคติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างเป็นทวีคูณในช่วง 2 ปีหลัง โดยมีรายงานจำนวนอุบัติการณ์ถึงเกือบ 3,000 รายในปีพ.ศ. 2565 แม้ว่าจะมีการสรุปไปแล้วว่า โควิด-19 มีส่วนอย่างสำคัญในการทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ด้านนี้อย่างทันทีทันใด จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถี่ถ้วนเพียงพอเพื่อที่จะบ่งชี้ถึงยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การป้องกันการถูกของมีคมบาดหรือทิ่มตำ นโยบายการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ตลอดจนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับบุคลากร

ภาพที่ 8 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยเนื่องจากการติดเชื้อและสัมผัสโรคติดเชื้อ ระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2565 จากรายงานในระบบ NRLS ของประเทศไทย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

การปฏิบัติตามแนวทางควบคุมการติดเชื้อขาดคุณภาพ

- ขาดการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานเรื่อง ควบคุมการติดเชื้อ
- เลือกใช้และใส่เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างไม่ถูกต้อง (เช่น การใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่งผลบุคคลที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะงาน, การใส่หน้ากากอนามัยที่ไม่ได้รับการทดสอบว่าแนบกระชับอย่างถูกต้อง

ขาดการปฏิบัติตามนโยบายเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสุขภาพของบุคลากร

- บุคลากรไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นประจำ ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นประจำมีโอกาสที่จะขัดขวางหยุดยั้งห่วงโซ่ของการติดเชื้อด้วยการตรวจพบการติดเชื้อแต่เนิ่นๆ
- บุคลากรสุขภาพอาจจะไม่ได้การฉีดวัคซีนอย่างเหมาะสมครบถ้วน

การควบคุมการติดเชื้อด้วยวิธีการทางวิศวกรรมที่ไม่ดี

- ขาดระบบการไหลเวียนและแลกเปลี่ยนอากาศอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล
- ไส้กรองอากาศอุดตัน
- ท่อลมในระบบปรับอากาศมีการรั่วหรือปนเปื้อนเชื้อ

ไม่มีแนวทางปฏิบัติอย่างครบถ้วนรอบด้านสำหรับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

- ไม่มีการแยกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- ไม่มีการคัดกรองผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิผลในขณะที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อการจัดการปัญหาโรคติดเชื้อที่เกิดจากการปฏิบัติงาน หรือติดมาจากชุมชนและสภาพแวดล้อมที่มีการสัมผัสโรคติดเชื้อ โดยมีขั้นตอนปฏิบัติที่บุคลากรที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานต้องแจ้งให้บุคลากรด้านอาชีวอนามัยทราบ และทำการบันทึกเหตุการณ์อย่างเหมาะสม
2. ดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อด้วยวิธีการทางวิศวกรรม
   - ทำให้มั่นใจว่ามีการไหลเวียนอากาศอย่างเหมาะสม, ใช้ระบบอากาศแรงดันลบ, ให้พื้นที่ที่จัดการรักษาพยาบาลมีปริมาณอากาศต่อชั่วโมงอย่างเพียงพอ, มีการบำรุงรักษาระบบไหลเวียนอากาศอย่างเหมาะสมและตามกำหนดเวลา เพื่อให้มั่นใจว่ามีอัตราการแลกเปลี่ยนอากาศอย่างเหมาะสมตามที่ต้องการให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
   - พิจารณาใช้เทคโนโลยี เช่น การทำให้ปลอดเชื้อด้วยแสงอุลตราไวโอเลต เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำความสะอาดและทำให้ปลอดเชื้อตามปกติ
   - สำหรับห้องปฏิบัติการ ให้ใช้ตู้ปลอดเชื้อในระดับที่เหมาะสม มีการกรองอากาศและการไหลเวียนอากาศอย่างเหมาะสม ในขณะที่ทำการจัดการตรวจตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่เสี่ยงต่อการก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ มีการบำรุงรักษาอย่างเหมาะสมตามกำหนดเวลา มีการเปลี่ยนไส้กรองอากาศตามที่กำหนดไว้
3. กำหนดให้ผู้ป่วย, ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย และบุคลากรปฏิบัติตามนโยบายควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ในกรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อ
   - ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อจากแหล่งรังโรค) และในบุคลากรสุขภาพ (เพื่อลดโอกาสสัมผัสเชื้อ)

- ให้ความรู้เรื่องมาตรการป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลแก่ผู้ป่วย ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ

4. ควบคุมดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจในรูปแบบต่างๆ เช่น หน้ากากสำหรับการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง และเครื่องพ่นละอองยา เพื่อควบคุมการติดเชื้อ และป้องกันการสัมผัสเชื้อโดยกำหนดให้ใช้ได้ในบริเวณหรือห้องที่ได้รับการออกแบบไว้เฉพาะเพื่อควบคุมการติดเชื้อ

ความปลอดภัยของสถานพยาบาล

1. บุคลากรสุขภาพทุกคนต้องสามารถติดต่อเข้าถึงบุคลากรในหน่วยงานอาชีวอนามัยหรือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้
2. จัดให้มีรายการตรวจสุขภาพของบุคลากร รวมถึง ประวัติและสถานะการรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประวัติของการสภาวะทางกายที่เพิ่มโอกาสติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อก่อนที่บุคลากรจะเริ่มปฏิบัติงานหรือได้รับมอบหมายไปปฏิบัติงานใหม่
3. จัดให้มีการตรวจสุขภาพสำหรับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ และให้วัคซีนที่จำเป็นสำหรับบุคลากรทุกคน
   - จัดโครงการให้วัคซีนในหลากหลายรูปแบบสำหรับบุคลากร
   - ทบทวนการรับวัคซีนของบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

- ให้การศึกษากับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย และผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย ในเรื่องของการติดเชื้อและการควบคุมที่เกี่ยวข้อง (เช่น การล้างมือ สุขอนามัยของระบบทางเดินหายใจ การปฏิบัติตนที่ดีขณะไอจาม การได้รับวัคซีน และยุทธศาสตร์ในการป้องกันติดเชื้ออื่นๆ

ระบบการเรียนรู้

1. ทำการสอบสวนเพื่อหาต้นตอของเหตุการณ์ที่บุคลากรติดเชื้อในขณะปฏิบัติงานในอดีต
2. ฝึกอบรมและให้ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อกับบุคลากร มีการประเมินความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมของบุคลากรเป็นระยะๆ
3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/risks-exposure.html

การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน (Laboratory/Pathology Inaccuracies)

ประเด็นและความเป็นมา:

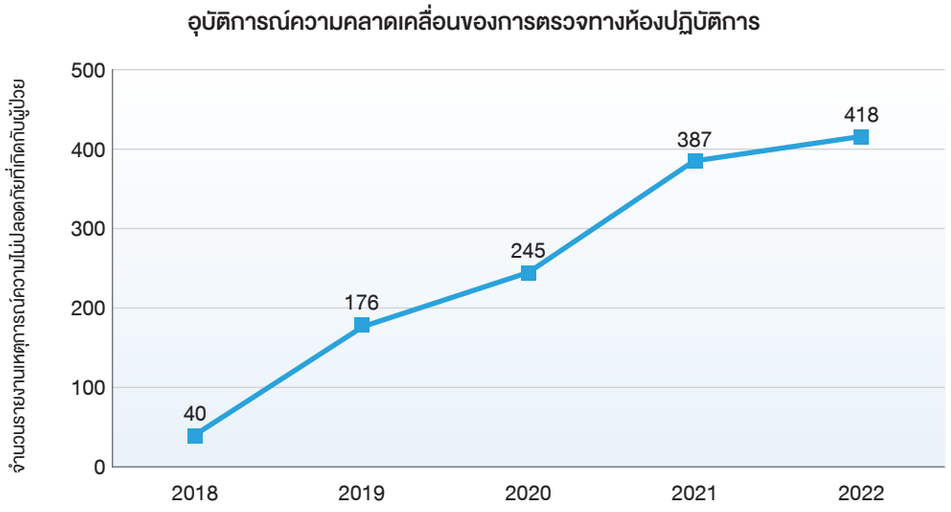
การทดสอบทางห้องปฏิบัติการมีส่วนสนับสนุนให้เกิดความแม่นยำของกระบวนการวินิจฉัยโรค ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งต่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างร้ายแรงจะไม่เกิดขึ้นบ่อย แต่ก็อาจจะนำไปสู่การหยุดชะงักในแผนการรักษาที่มีความสำคัญ เช่น พลาดการให้ยาฉีด, ต้องยกเลิกการผ่าตัด, เกิดความล่าช้าในการรักษา, เกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค และเกิดการเสียชีวิต

ตรงกันข้ามกับชื่อของประเด็นปัญหานี้ น้อยครั้งที่จะพบความคลาดเคลื่อนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกิดขึ้นภายในห้องปฏิบัติการ แม้ว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมักจะตรวจพบได้ที่ห้องปฏิบัติการ แต่ปัญหามักไม่เกิดจากสาเหตุภายในห้องปฏิบัติการ **ประเด็นความคลาดเคลื่อนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในช่วงก่อนขั้นตอนการวิเคราะห์ของการทดสอบ** คือเกี่ยวข้องกับการเลือกและสั่งใช้วิธีการทดสอบ, การเก็บและจัดการกับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ และการนำส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ สถาบัน ECRI ได้วิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน 26,458 ครั้ง (ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกา) ซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนนี้ที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาที่เกิดจากคุณภาพการเก็บตัวอย่าง, การปนเปื้อน และการติดฉลากตัวอย่างไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ดี ความคลาดเคลื่อนอาจจะเกิดได้ภายหลังการวิเคราะห์ผลการตรวจ ซึ่งได้แก่ การรายงานผลการทดสอบ การแปลผลการทดสอบและการติดตามผล และการจัดเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

ดังนั้น ยุทธศาสตร์ที่จะลดความความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงเกี่ยวข้องกับการดำเนินการในทุกๆ ขั้นตอนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในกระบวนการนี้

ในประเทศไทย อุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากรายงานพบว่ามีการเพิ่มขึ้นถึง 10 เท่าในเวลา 5 ปี

ภาพที่ 9 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยเนื่องจากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างปีพ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2565 จากรายงานในระบบ NRLS ของประเทศไทย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

ขาดการยึดมั่นปฏิบัติตามนโยบาย แนวทาง คำสั่ง ที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยและการจัดการกับผลการตรวจ

- การจัดเก็บตัวอย่างก่อนและหลังการตรวจเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม
- ขาดวิธีการระบุตัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในขณะติดฉลากสิ่งส่งตรวจ

การออกแบบระบบข้อมูลข่าวสารทางห้องปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการป้อนข้อมูล, การถ่ายโอนข้อมูลที่คลาดเคลื่อน และการออกผลการตรวจที่คลาดเคลื่อน (เช่น เกิดความสับสนในการแสดงผลและการควบคุมระบบข้อมูลข่าวสารทางห้องปฏิบัติการ)

การสื่อสารที่ขาดคุณภาพในระหว่างบุคลากรและสมาชิกในทีมงานทำให้ไม่ได้รับหรือไม่มีผลการตรวจ หรือเกิดความล่าช้าในการออกรายงานผลการตรวจ

- มีการสื่อสารที่ไม่เพียงพอในขณะมีการเปลี่ยนเวร
- ขาดการตรวจสอบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความสำคัญอย่างสูงนั้นไปถึงมือแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

มีการจัดการกับคลังวัสดุชันสูตรที่ขาดประสิทธิภาพ

- การขาดแคลนวัสดุชันสูตรที่พร้อมใช้งาน

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการทำงานอย่างคลาดเคลื่อนหรือชำรุด

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. วางแผนและดำเนินการตามระบบหรือแผนการบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ห้องปฏิบัติการตามตารางเวลาที่กำหนดไว้
2. ทำการตรวจสอบเพื่อการประกันคุณภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ห้องปฏิบัติการเป็นการภายในห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มั่นใจว่าการตรวจให้ผลไปอย่างแม่นยำและสามารถตรวจซ้ำแล้วยังให้ผลการตรวจอย่างเดิม ห้องปฏิบัติการจะต้องทำให้มั่นใจว่าจะไม่มีการออกรายงานผลการตรวจ หากผลการตรวจเพื่อควบคุมคุณภาพได้ค่าที่ออกนอกขอบเขตของค่าที่เป็นไปได้
3. นำระบบการติดฉลากตัวอย่างด้วยบาร์โค้ดเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดจากการติดฉลากคำขอตรวจโดยใช้กระดาษ และเพื่อให้สามารถติดตามผลการทดสอบตามคำขอตรวจและการบันทึกผลการตรวจอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามตามกระบวนการเก็บตัวอย่าง การส่งตัวอย่าง การเตรียมและทดสอบตัวอย่าง ตลอดจนการรายงานผลการตรวจอย่างถูกต้องในสถานพยาบาล
5. พัฒนาระบบการระบุตัวผู้ป่วยและการติดฉลากสิ่งส่งตรวจที่ได้มาตรฐาน และง่ายต่อการที่บุคลากรจะสามารถติดตามได้ทุกครั้ง ตรวจสอบว่ามีการปฏิบัติตามในทุกขั้นตอนการเก็บตัวอย่างตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พิจารณาการใช้รายการเพื่อการตรวจสอบให้ครบถ้วนแทนที่จะอาศัยความจำเพียงอย่างเดียว
6. ทำให้มั่นใจว่ามีการติดฉลากและตรวจสอบตัวอย่างสิ่งส่งตรวจทั้งหมดอย่างถูกต้อง ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากบริเวณที่ทำการเก็บตัวอย่างหรือก่อนการเก็บตัวอย่าง
7. จัดทำแนวทางมาตรฐานสำหรับคำขอตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบ “ขอผลด่วน” หรือคำขอตรวจที่มีความสำคัญลำดับสูง
8. รายงานผลการตรวจที่ต้องการเร่งด่วนหรือสำคัญไปยังแพทย์ ห้องผ่าตัด หรือห้องทำหัตถการต่างๆ โดยตรง ผู้ที่รับรายงานผลควรจะต้องอ่านทวนผลเพื่อการตรวจสอบและบันทึกไว้เพื่อยืนยันการได้รับผลดังกล่าว
9. จัดการคลังวัสดุชันสูตรอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการขาดแคลนวัสดุชันสูตร

เอกสารอ้างอิง

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049056/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16729864/

การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด (Blood Safety)

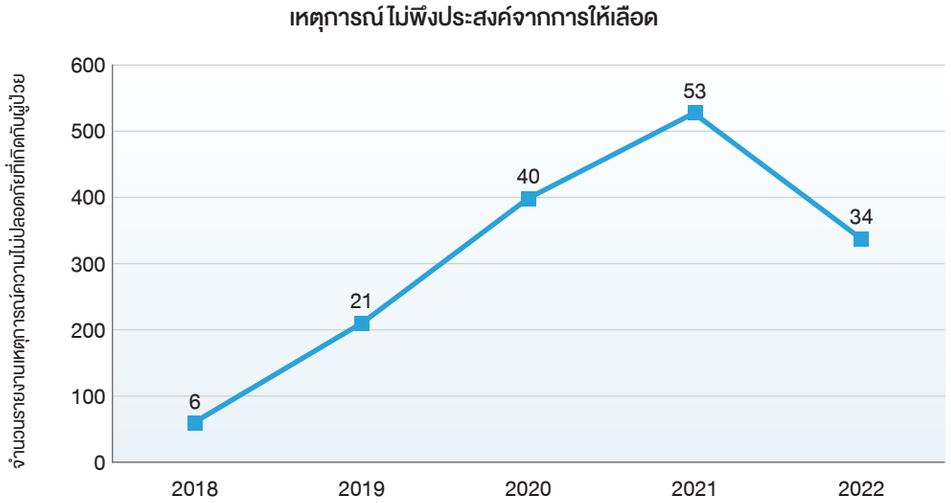
ประเด็นและความเป็นมา:

ทุกๆ วัน มีผู้ป่วยทั่วโลกที่ได้รับการให้เลือด แม้ว่าการให้เลือดเป็นหัตถการที่ทำบ่อยในสถานพยาบาล แต่ก็เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงมากมายต่อผู้ป่วยที่ต้องรับเลือด ความเสี่ยงนั้นเกิดเมื่อมีการจัดการกระบวนการให้เลือดที่ไม่ดี มีการระบุตัวผู้ป่วยหรือกลุ่มเลือดของผู้ป่วยผิดพลาด ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการเจาะเลือดผิด หรือผู้ป่วยอาจจะได้รับการให้เลือดที่ปนเปื้อนด้วยเชื้อก่อโรคหรือมีจุลชีพที่ติดต่อได้ทางเลือด

บุคลากรจะต้องรอบคอบและให้ความระมัดระวังเพื่อให้มั่นใจว่าการให้ผลิตภัณฑ์ของเลือดเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล

ในประเทศไทย มีการรายงานจำนวนอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนับจากปีพ.ศ. 2562 ถึงปีพ.ศ. 2565 โดยมีจำนวนอุบัติการณ์สูงสุด 53 ราย ในปีพ.ศ. 2564

ภาพที่ 10 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความไม่ปลอดภัยเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด ในระหว่างปีพ.ศ. 2562 ถึงปีพ.ศ. 2565 จากรายงานในระบบ NRLS ของประเทศไทย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

ขาดการปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด

- ไม่มีการตรวจสอบซ้ำ 2 ครั้ง โดยบุคลากรต่างคนกันก่อนการให้เลือด เพื่อให้มั่นใจว่ามีการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- มีการระบุและติดตามผลิตภัณฑ์ของเลือดที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม หลังจากที่นำเอาผลิตภัณฑ์ของเลือดออกมาจากธนาคารเลือด

บุคลากรขาดความเข้าใจในมาตรการให้เลือดอย่างปลอดภัย

- ไม่มีการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายและแนวทางการให้เลือดอย่างดีและทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

ทำให้มั่นใจว่าองค์กรมีนโยบายเกี่ยวกับการจัดการกระบวนการให้เลือดพร้อมในทุกๆ ด้าน

1. กระบวนการจัดหา จัดเก็บและขนส่งเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดจะต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ได้มาตรฐาน และมีการสื่อสารไปถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคน
2. ใช้ข้อมูลหลายลักษณะในหลายระบบสำหรับการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดอย่างถูกต้อง, ดำเนินนโยบายด้านความปลอดภัยและการป้องกันความผิดพลาด เพื่อลดโอกาสของความคลาดเคลื่อนจากการเจาะเลือดผิด
3. พิจารณานำเอาระบบระบุเอกลักษณ์ด้วยคลื่นวิทยุ (RFID) หรือระบบการกำกับอื่นๆ เพื่อติดตามกระบวนการให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด ขณะที่อยู่ในหรือเมื่อออกจากธนาคารเลือดไปแล้ว ระบบดังกล่าวสามารถนำมาใช้เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ที่อาจหรือมีแนวโน้มความเสี่ยงทำให้เกิดปัญหา (near miss) ได้
4. มีการตรวจสอบซ้ำ 2 ครั้ง โดยบุคลากรต่างคนกัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ณ จุดตรวจสอบสุดท้ายก่อนการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

1. กรณีที่ทำได้ ผู้ป่วยควรให้คำยินยอมที่ถูกต้องสำหรับการรับเลือด โดยต้องได้รับข้อมูลและมีโอกาสสนทนากับบุคลากรอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ดี การให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรอาจจะไม่ใช่เรื่องที่จำเป็นในทางกฎหมาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางของแต่ละสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่
2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับการดูแลรักษาในทุกขั้นตอน

ความปลอดภัยของสถานพยาบาล

1. ทำให้มั่นใจว่ามีการฝึกอบรมบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเก็บเลือดและให้เลือด
2. ต้องมีการฝึกอบรมให้บุคลากรห้องปฏิบัติการหรือธนาคารเลือดทุกคนที่ทำหน้าที่รับเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด เข้าใจกระบวนการเก็บเลือดอย่างถูกต้อง รวมถึงการใช้ข้อมูลที่เหมาะสมในการระบุตัวผู้ป่วยและเลือดกับผลิตภัณฑ์ของเลือดที่จำเป็นต้องได้

เอกสารอ้างอิง

https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/SpecClin2.aspx

https://www.transfusionguidelines.org/transfusion-handbook/4-safe-transfusion-right-blood-right-patient-right-time-and-right-place

https://www.cdc.gov/bloodsafety/basics.html

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability#:~:text=WHO%20recommends%20that%20all%20blood,according%20to%20quality%20system%20requirements.

การรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Health Information Security)

ประเด็นและความเป็นมา:

การเพิ่มจำนวนขึ้นของการคุกคามและอุบัติการณ์ของภัยต่อความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นมาใหม่และมีวิวัฒนาการไปตลอดเวลา ส่งผลให้สถานพยาบาลต้องตื่นตัวเพื่อป้องกันภัยดังกล่าวในระดับสูง เมื่อมีการรับเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งทำให้มีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างกัน และการใช้โปรแกรมประยุกต์ใหม่ๆ (เช่น การบริการแพทย์ทางไกล หรือ telemedicine) ภัยคุกคามด้านไซเบอร์ยิ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นทวีคูณ การโจมตีทางไซเบอร์สามารถทำให้เกิดการหยุดชะงักของการดำเนินงานของโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นความลับส่วนบุคคลของผู้ป่วยถูกเปิดเผย ทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงของสถานพยาบาล และในกรณีร้ายแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่ปลอดภัย ภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่พบบ่อยในอันดับแรกๆ ได้แก่ การละเมิดข้อมูล โปรแกรมที่เป็นอันตรายต่อระบบ (malware) โปรแกรมที่เป็นอันตรายต่อระบบซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการเรียกค่าไถ่ (ransomware) การหลอกลวง (phishing) การขโมยข้อมูลที่สำคัญ การโจมตีทางไซเบอร์ทำให้ระบบสารสนเทศล่มใช้การไม่ได้ และในกรณีร้ายแรงจะเกิดการยึดครองหรือครอบงำบัญชีผู้ใช้ระบบ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายกับข้อมูลและทรัพย์สินของสถานพยาบาล องค์กรในภาคส่วนสาธารณสุขเป็นเป้าหมายของอาชญากรทางไซเบอร์ที่พบบ่อยขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นจากการมีอุบัติการณ์อาชญากรรมทางไซเบอร์มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายปีที่ผ่านมา

อุตสาหกรรมบริการสุขภาพได้กลายเป็นเป้าหมายสำคัญของการคุกคามทางไซเบอร์เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น

- **การเข้าถึงข้อมูลอ่อนไหว:** สถานพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลอ่อนไหวของผู้ป่วยจำนวนมาก รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลการใช้บัตรเพื่อชำระเงิน
- **โครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ:** อาชญากรทางไซเบอร์มักจะเลือกเป้าหมายที่มีแนวโน้มในยอมจ่ายเงินตามที่ถูกเรียกค่าไถ่ สถานพยาบาลเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนในเรื่องนี้ เนื่องจากมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการกอบกู้ระบบการทำงานของสถานพยาบาลให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ เนื่องจากมีผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลจำนวนมาก
- **การสร้างระบบอินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่งในทางการแพทย์:** สถานพยาบาลได้กลายเป็นองค์กรที่ต้องพึ่งพาเครื่องมือและระบบที่ประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อเอื้อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างดีขึ้น เครื่องมือแพทย์ที่ถูกบูรณาการเข้าระบบอาจจะมีการป้องกันความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ที่ไม่ดี เปิดช่องให้อาชญากรทางไซเบอร์สามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญขององค์กรได้ง่ายขึ้น

การรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยี สารสนเทศนั้นจะให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) การปกป้องข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย (confidentiality) 2) การควบคุมความถูกต้องของข้อมูล (integrity) และ 3) การประกันว่าสามารถเข้าถึงเพื่อใช้ประโยชน์ของข้อมูลได้ (availability) ภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่อาจจะเกิดขึ้นกับองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดประเด็นทางกฎหมายหรือทำให้สถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการเกิดความสูญเสียทางการเงิน เนื่องจากทำให้เกิดความทุกข์แสนสาหัสต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

- ขาดแคลนทรัพยากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และใช้เทคโนโลยีซึ่งมีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ล้าสมัย
- ขาดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์และธรรมาภิบาล เพื่อจัดการกับการใช้ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล
- แพทย์ขาดความรับรู้และองค์ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางไซเบอร์
- มีระบบที่ใช้มานานหรือที่สร้างขึ้นมาอย่างจำเพาะ (เช่น เครื่องมือทดสอบทางห้องปฏิบัติการ) ที่ยังใช้ระบบปฏิบัติการที่ล้าสมัย เช่น ขาดการซ่อมเสริมเพื่อยกระดับความมั่นคงปลอดภัยของระบบ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางไซเบอร์ (lack of Patch Contributors) เป็นต้น
- ทีมสำหรับการสร้างธรรมาภิบาลของข้อมูลขาดการสนับสนุนจากผู้นำองค์กร
- ขาดการจัดการเพื่อความต่อเนื่องของการให้บริการ (lack of business continuity) (เช่น มีความยืดหยุ่นทางไซเบอร์ เพื่อให้สามารถรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ และกู้คืนระบบให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ)
- แผนกข้อมูลสารสนเทศมักจะทำงานในลักษณะแยกส่วนต่างคนต่างอยู่ และไม่มีส่วนร่วมกับความพยายามสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. **ความพร้อมของนโยบาย**
   - พัฒนาแผนการรับมือเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศถูกละเมิด โดยพิจารณาถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือแพทย์และความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามขั้นตอนที่จำเป็นหลังจากเกิดเหตุการณ์ (เช่น การเปลี่ยนรหัสผ่านทั้งองค์กรภายหลังจากที่ถูกโจมตีทางไซเบอร์, การตั้งระบบปฏิบัติงานให้กลับไปเป็นค่าเริ่มต้นจากโรงงาน, เปลี่ยนอุปกรณ์หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หากมีความจำเป็น) จัดการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะเพื่อปฏิบัติตามแผนการรับมือกับเหตุการณ์
   - ทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีมาตรการควบคุมความมั่นคงปลอดภัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศพร้อม ตัวอย่างเช่น ทำให้มั่นใจว่าผู้ใช้ระบบมีสิทธิ์ในการเข้าถึงระบบตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ซึ่งผู้บริหารจัดการระบบจะมีสิทธิ์แตกต่างไปจากแพทย์, จัดให้มีการยืนยันตัวตนโดยใช้หลายปัจจัยตามความจำเป็น, และมีการตรวจสอบบันทึกการใช้งาน
   - ทำการวิเคราะห์เพื่อหาช่องโหว่ของความมั่นคงทางไซเบอร์ขององค์กรเพื่อบ่งชี้ถึงจุดเปราะบางของระบบและมีการจัดการกับความเสี่ยง
2. **ทำให้มั่นใจว่ามีโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่พร้อม**
   - การทำให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสาธารณสุขนั้น จำเป็นจะต้องการจัดการกำหนดค่า การจัดการกับการเปลี่ยนแปลง การเข้าสู่ระบบและการติดตามการใช้งาน
   - พิจารณาการลงทุนซื้อคอมพิวเตอร์โปรแกรมหรือเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการป้องกันการโจมตีทางไซเบอร์ ดีกว่าจะใช้แนวทางการตอบสนองต่อปัญหาซึ่งได้เกิดขึ้นไปแล้ว, ดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อการถูกโจมตีทางไซเบอร์ของเครื่องมือหรือระบบบริการใดๆ
   - ควรมีการติดตามกำกับการใช้อุปกรณ์หรือระบบการสำรองข้อมูล และปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

ระบบการเรียนรู้

สร้างวัฒนธรรมด้านไซเบอร์ที่ดีในบุคลากรสุขภาพ ด้วยการฝึกอบรมให้เกิดความรับรู้ด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (เช่น การไม่กดลิงค์ที่เชื่อมโยงไปยังโปรแกรมที่ประสงค์ร้ายต่อระบบ, ไม่เปิดสิ่งที่แนบมาซึ่งน่าสงสัยหรือไม่น่าเชื่อถือ, ไม่ควรเสียบอุปกรณ์ใดๆ ที่ไม่ทราบที่มาหรือไม่รู้จักกับช่องเสียบ USB (universal serial bus) ของเครื่องคอมพิวเตอร์) สถานพยาบาลควรมีการประเมินเพื่อหาช่องว่างของความรู้ที่ยังขาดอยู่

เอกสารอ้างอิง

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688383/

https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/Essentials_Health-Information-Technology.aspx

https://blog.checkpoint.com/2023/01/05/38-increase-in-2022-global-cyberat-tacks/

การดื้อยาต้านจุลชีพ

ประเด็นและความเป็นมา:

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อจุลชีพ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา และเชื้อปรสิต มีการกลายพันธุ์ตามกาลเวลา ทำให้ไม่เกิดการตอบสนองต่อการใช้ยาต้านจุลชีพดังที่ต้องการ ยาที่ใช้เพื่อต่อต้านจุลชีพ เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาต้านไวรัส ยาต้านเชื้อรา และยาต้านปรสิต เมื่อการใช้ยาต้านจุลชีพไม่ได้ผลจะคุกคามทำให้การป้องกันและการรักษาการติดเชื้อขาดประสิทธิภาพ เพื่อความเสี่ยงที่จะการแพร่กระจายเชื้อโรคเหล่านั้น ในรายที่รุนแรง เมื่อไม่สามารถรักษาโรคติดเชื้อเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิผลอาจจะนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

สืบเนื่องจากปัญหาความขาดแคลนในด้านการพัฒนายาปฏิชีวนะชนิดใหม่หรือการปรับปรุงชนิดเดิมให้ดีขึ้น จึงต้องพยายามเอาชนะประเด็นปัญหาเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพโดยตรงด้วยการการส่งเสริมให้มีการสั่งยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในทุกๆ ระดับ ตลอดจนการยกระดับขีดความสามารถในการระบุเชื้อจุลชีพที่ก่อโรคติดเชื้อก่อนที่จะมีการสั่งจ่ายในทุกๆ รูปแบบ

แม้ว่าจะมีการให้ความสำคัญในเรื่องการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในสถานบริการสุขภาพมากขึ้น (ตัวอย่างที่เห็นได้คือ หัวข้อนี้เป็นหนึ่งใน 10 อันดับแรกของประเด็นที่น่าวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จัดทำโดยสถาบัน ECRI ในปีพ.ศ. 2563 และ 2562) แต่ยาปฏิชีวนะยังถูกสั่งจ่ายอย่างไม่จำเป็น แม้ว่าจะไม่มีความจำเป็นต้องสั่งจ่ายแล้ว หรือสั่งจ่ายในขนาดที่ไม่ถูกต้อง และด้วยข้อบ่งชี้ที่ไม่ถูกต้อง ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลต่อการดื้อยาต้านจุลชีพ เมื่อมีการดื้อยาต้านจุลชีพมากขึ้น จะทำให้เกิดทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้ออย่างจำกัด และก่อให้เกิดอันตรายต่อสาธารณะโดยรวม

ในประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้นเรื่องภาระโรคของการดื้อยาต้านจุลชีพพบว่า การดื้อยาต้านจุลชีพก่อให้เกิดการเสียชีวิตประมาณ 38,000 รายต่อปี และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 1,200 ล้านดอลล่าร์สหรัฐอเมริกา (หรือประมาณ 40,800 ล้านบาท คำนวณจากอัตราแลกเปลี่ยนที่ 34 บาทต่อดอลล่าร์สหรัฐอเมริกา) แม้ว่าประเทศไทยได้มีความก้าวหน้าในการลดปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2561 - 2565 ตัวอย่างเช่น ในช่วงปีพ.ศ. 2557 ถึง 2562 สามารถลดอัตราการสั่งจ่ายปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนจากร้อยละ 43.5 เหลือร้อยละ 22.1 (จากจำนวนผู้ป่วยนอก 3,087,582 ครั้งและ 5,098,334 ครั้ง ตามลำดับ), ลดอัตราการสั่งจ่ายปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง จากร้อยละ 45.7 เหลือร้อยละ 19.3 (จากจำนวนผู้ป่วยนอก 624,452 ครั้งและ 1,251,650 ครั้ง ตามลำดับ) และลดอัตราการสั่งจ่ายปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลไม่ซับซ้อน จากร้อยละ 68.4 เหลือร้อยละ 45.6 (จากจำนวนผู้ป่วยนอก 1,330,707 ครั้งและ 2,506,235 ครั้ง

ตามลำดับ) แต่ยังมีความท้าทายในการทำให้ประเด็นปัญหานี้ลดลงไปได้อีก (ดังตัวอย่างข้อมูลจากคณะทำงานเฝ้าระวังการบริโภคยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พบว่า ในระหว่างปีพ.ศ. 2560 ถึงปีพ.ศ. 2562 มีการบริโภคยาปฏิชีวนะในมนุษย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.9 (จากร้อยละ 68.7 เป็น 83.0 หน่วยขนาดยาโดยเฉลี่ยสำหรับการรักษาต่อวัน ต่อประชากร 1,000 คน ในช่วงเวลาดังกล่าว)

ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

มีการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่จำเป็น แม้ว่าจะไม่มีความจำเป็นต้องสั่งจ่ายแล้ว หรือสั่งจ่ายในขนาดที่ไม่ถูกต้อง และด้วยข้อบ่งชี้ที่ไม่ถูกต้อง

ความเข้าใจและความรับรู้ที่จำกัดของสาธารณะทำให้ผู้ป่วยบริโภคยาปฏิชีวนะไม่ครบระยะเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยมักยืนยันว่าต้องการได้ยาปฏิชีวนะทั้งที่ไม่มีความจำเป็น

ขาดมาตรการควบคุมการติดเชื้อ

การเข้าถึงยาปฏิชีวนะอย่างสะดวกสบาย (ผู้ป่วยสามารถซื้อยาปฏิชีวนะได้ทุกที่ทุกเวลา)

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ดำเนินกระบวนการในลักษณะสหวิชาชีพเพื่อติดตามกำกับการปฏิบัติตามนโยบายและข้อพึงระวังในการสัมผัสเชื้อที่ได้มาตรฐาน
2. ดำเนินการตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. ประเมินโครงการขององค์กรเกี่ยวกับการการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เพื่อให้มั่นใจว่าโครงการดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวทางและข้อเสนอแนะในปัจจุบัน ตลอดจนเพื่อให้มั่นใจว่ามีการสื่อสารอย่างดีกับบุคลากรทุกคน
4. สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมที่สุด โดยเลือกขนาดยา ระยะเวลา และวิธีการบริหารที่เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วย
5. เสริมสร้างความเข้มแข็งของนโยบาย โครงการ และการดำเนินงานตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในทุกพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

ระบบการเรียนรู้

1. รวบรวมข้อมูลที่สำคัญ เช่น อัตราการเพาะเชื้อที่ขึ้นเชื้อปนเปื้อน, แบบแผนการสั่งจ่ายยาของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล และรายงานการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม เพื่อติดตามกำกับอุปนิสัยหรือความเคยชินในการสั่งจ่ายและบ่งชี้ว่าจะสามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะได้ในขั้นตอนใด พิจารณาการใช้ใบสั่งยาสำหรับยาต้านจุลชีพโดยเฉพาะเพื่อติดตามการจ่ายยาปฏิชีวนะ
2. เผยแพร่แบ่งปันข้อมูลข่าวสารและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องให้กับบุคลากร เพื่อให้เกิดการทำงานประสานงานร่วมกันในระหว่างหน่วยงานทุกหน่วย รวมไปถึงเครือข่ายและองค์กรบริการสุขภาพอื่นๆ
3. ให้ความรู้กับแพทย์และสาธารณะเพื่อให้ยุติการใช้ยาปฏิชีนะในทันที่พบว่าโรคติดเชื้อที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย แทนที่จะรอจนได้รับยาปฏิชีวนะจนครบระยะเวลา

ผู้ป่วยและครอบครัว: ความผูกพันและการมีส่วนร่วม

ให้ความรู้กับประชาชน

- สร้างให้เกิดความสนใจอย่างเพียงพอต่อประเด็นเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ พัฒนาสื่อสำหรับการให้สาธารณะมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การถกเถียงทางสังคมเกี่ยวกับยาต้านจุลชีพและการดื้อยาต้านจุลชีพในสื่อสังคม
- กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขต้องให้การศึกษากับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ณ จุดที่ให้การรักษาพยาบาล ควบคุมและส่งเสริมการให้ยาอย่างเหมาะสมและมีการรักษาที่มีคุณภาพ เช่น การหยุดใช้ยาปฏิชีวนะทันทีที่ตรวจพบว่าโรคติดเชื้อของผู้ป่วยไม่ได้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย แทนที่จะต้องรอจนผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะจนครบระยะเวลา

เอกสารอ้างอิง

https://www.medscape.com/viewarticle/990557?ecd=wnl_recnlnew1_ous_230410_MSCPEDIT_&uac=370598CZ&impID=5323166

https://www.ecri.org/components/PSOPlus/Pages/0920_PhysicianHuddle.aspx

https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/2020Top10_8.aspx

https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/antimicrobial-resistance-does-stopping-a-course-of-antibiotics-early-lead-to-antibiotic-resistance#:~:text=Evidence%20is%20emerging%20that%20shorter,longer%20courses%20for%20some%20infections.

ข้อสรุป

ในการบ่งชี้ถึงความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย ก่อนอื่น เราจะต้องมั่นใจว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยจะต้องถูกรายงาน การรายงานเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการบ่งชี้ถึงความไม่ปลอดภัยและยุทธศาสตร์ในการบรรเทาความเสี่ยงเพื่อให้เกิดการยกระดับความปลอดภัยตลอดทุกขั้นตอนของบริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องรายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องที่ผู้ป่วยมีการร้องเรียน, ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น, การทำงานผิดพลาดของเครื่องมือทางการแพทย์, หรือเมื่อผู้ป่วย บุคลากร หรือผู้ที่มาเยี่ยม ได้รับการบาดเจ็บหรืออยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้านและสามารถบ่งชี้ถึงต้นตอได้ การรายงานเหตุการณ์ จะต้องทำอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุมกว้างขวางเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ในเชิงปริมาณ และเพื่อการกำกับให้เป็นไปตามเป้าประสงค์อย่างต่อเนื่องไปในอนาคต ระบบการรายงานที่ครอบคลุมรอบด้านจะทำให้มั่นใจได้ว่า ทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนผิดพลาดในเชิงระบบ เช่น ประเด็นความคลาดเคลื่อนของการสื่อสาร, กระบวนการปฏิบัติงานที่ไม่คงเส้นคงวา, จำนวนบุคลากรที่มีไม่เพียงพอ ฯลฯ ได้รับการพิจารณาและรับทราบได้ว่าเป็นเกิดความไม่ปลอดภัย เพื่อให้ประเด็นเหล่านั้นได้รับการจัดการแก้ไข เพื่อลดโอกาสการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในที่สุด

10 อันดับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2566

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
10 อันดับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2566
: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2566
100 หน้ารวมปก
ISBN: 978-616-8024-56-0

บรรณาธิการ
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
พญ.เอกจิตรา สุขกุล
นพ.ทรนง พิลาลัย
ร.อ.หญิงปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี
นางสาวเนตรนภา ปานนม

จัดทำและเผยแพร่โดย
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
และ Emergency Care Research Institute (ECRI) Asia Pacific Regional Office
เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5
กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2027 8844 โทรสาร 0 2026 6680
www.ha.or.th

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2566
จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม
ออกแบบรูปเล่ม/พิมพ์ที่ เฟมัส แอนด์ ซัคเซ็สฟูล
ISBN 978-616-8024-56-0

