



รายงาน

10 อันดับประเด็น
ความปลอดภัยของผู้ป่วย
ของประเทศไทย พ.ศ. 2566



 **ECRI สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)**



รายงาน

10 อันดับประเด็น
ความปลอดภัยของผู้ป่วย
ของประเทศไทย 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. การรายงานผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน | 37 |
| 8. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด | 40 |
| 9. การรักษาความมั่นคงปลอดภัย ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ | 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) มีความภูมิใจที่จะแนะนำรายงานนี้ให้เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับระบบบริการสุขภาพทั่วประเทศของเรา

ในการก้าวสู่การเป็นสถานพยาบาลที่น่าไว้วางใจนั้นจำเป็นต้องเฝ้าระวังและทำงานเชิงรุกในการจัดการกับปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ สรพ. ร่วมกับ ECRI ได้รวบรวมประเด็นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 10 อันดับแรกของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2566 เพื่อช่วยให้สถานพยาบาลในประเทศไทยสามารถคาดการณ์และรับมือกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ รายงานนี้ยังมีข้อเสนอแนะที่นำไปใช้ได้จริงจากผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพและความปลอดภัยในประเทศไทย พร้อมกับทรัพยากรเพิ่มเติมที่ช่วยในการเอาแก้ไขปัญหาค่ะ

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

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

สรพ. ขอเรียกร้องให้สถานพยาบาลทุกแห่งมุ่งมั่นที่จะใช้ความรู้มีค่าที่ได้รับในรายงานนี้ รับฟังและนำคำแนะนำไปใช้ ช่วยกันพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพให้ดีขึ้น มาเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยสร้างความเชื่อมั่น และไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัว

พญ. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

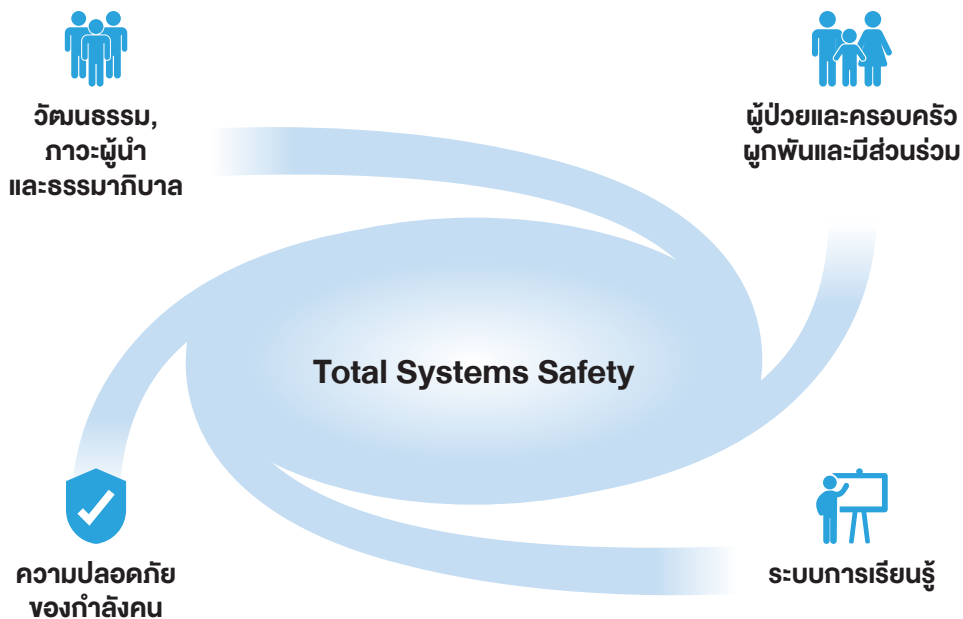
คำนำ

ในการทำให้องค์กรเป็นที่น่าเชื่อถือในระดับสูง สถานพยาบาลจะต้องทุ่มเทที่จะติดตามข้อมูลข่าวสารให้ทันสมัยดำเนินการเชิงรุกต่อประเด็นที่มีผลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในปีพ.ศ.2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประเทศไทย (สรพ.) ร่วมกับสถาบันวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ (Emergency Care Research Institute หรือ ECRI) จัดทำ **10 อันดับแรกของประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2566** ซึ่งรวบรวมประเด็นที่จำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สถานพยาบาลต้องเฝ้าระวังเพื่อการรับมือกับปัญหาหรือความท้าทายที่อาจเกิดขึ้น ประเด็นเหล่านี้จะถูกนำเสนอร่วมกับข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติที่รวบรวมมาจากผู้เชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพในประเทศไทย พร้อมทั้งให้แหล่งข้อมูลเพิ่มเติมที่จะช่วยให้สามารถเอาชนะแต่ละประเด็นปัญหาความปลอดภัยที่น่าวิตกกังวลเหล่านั้นไปได้ เมื่อพิจารณาถึงข้อกังวลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดทุกขั้นตอนของบริการสุขภาพ สถานพยาบาลจำเป็นต้องมีความคิดริเริ่ม 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



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

สถานพยาบาลจะต้องมุ่งเป้าให้บรรลุผลสัมฤทธิ์มากขึ้นด้วยการสร้างให้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในในด้านการวางแผนและกระบวนการทำงานในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงการสื่อสารออกไปถึงผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่กว้างขวางขึ้น เพื่อทำให้มั่นใจว่าจะเกิดความพยายามในการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย

ระเบียบวิธี (Methodology)

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

จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวมกัน มีประเด็นสำคัญหลายประการที่ สรพ. ได้บ่งชี้และให้ความสำคัญเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและบุคลากร เมื่อพิจารณาโดยใช้มาตรฐานตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพ สรพ. ได้กำหนดเป็นประเด็นเพื่อการสร้างมาตรฐานที่สำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อมูลทางสถิติที่เกี่ยวข้องและนำเข้าสู่ระบบ NRLS นั้นมาจากรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วประเทศ

คณะผู้จัดทำร่วมกับ ECRI ใช้ข้อมูลจากเอกสารวิชาการ เช่น การรายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์หารากปัญหา การแจ้งเตือนของเครื่องมือแพทย์ การรายงานปัญหาและการประเมิน การรายงานปัญหาความปลอดภัยทางยา การสอบสวนกรณีอุบัติเหตุ บทเรียนจากการให้คำปรึกษารวมถึงแหล่งข้อมูลทั้งจากภายในและภายนอกเพื่อบ่งชี้ถึงปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหาในประเด็นที่สำคัญ

การวิเคราะห์ที่ได้พิจารณาถึงความรุนแรง ความถี่ ขอบเขต ความซับซ้อน และภาพรวมของสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ โดยมีความหมายดังนี้

- **ความรุนแรง:** ความไม่ปลอดภัยที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยอาจมีความรุนแรงเพียงใด หากประเด็นด้านไม่ความปลอดภัยนั้นๆ เกิดขึ้นจริง
- **ความถี่:** มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่ประเด็นปัญหาด้านความปลอดภัยจะเกิดขึ้น
- **ขอบเขต:** หากประเด็นปัญหาด้านความปลอดภัยเกิดขึ้นจริง จะมีผู้ป่วยที่รายได้รับผลกระทบ
- **ความซับซ้อน:** ประเด็นปัญหานั้นๆ ยากที่จะตรวจพบได้หรือไม่ หรือมีความยุ่งยากทำลายความสามารถในการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาขึ้นหรือไม่



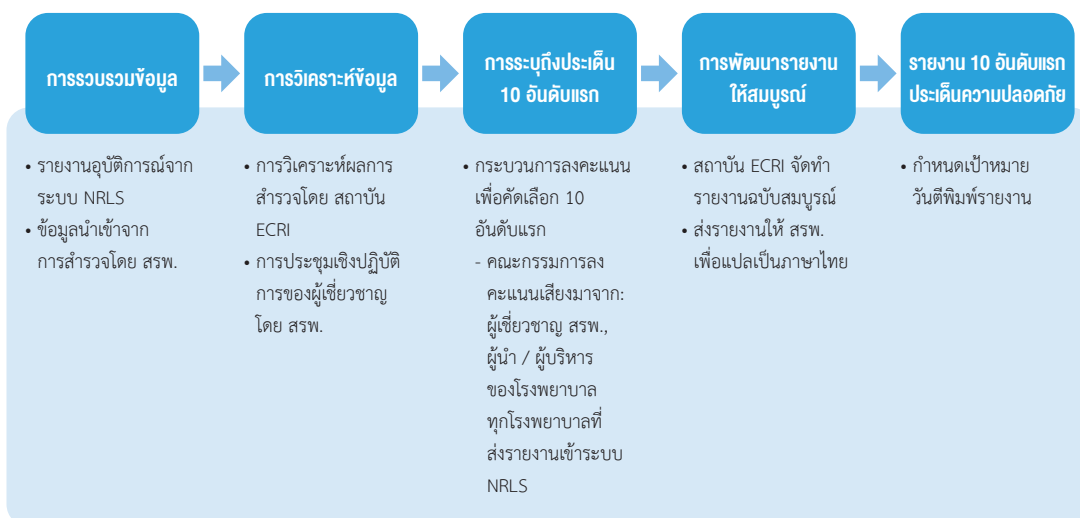
- ภาพรวมของปัญหา: ประเด็นเรื่องความปลอดภัยนั้นจะสร้างความกดดันอย่างมากต่อองค์กรหรือไม่

มีการดำเนินการสำรวจและประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อป้องกันปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเกิดกรณีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัย ในกรณีที่ไม่มียางานผลการวิเคราะห์ต้นตอของปัญหาอย่างละเอียด 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)

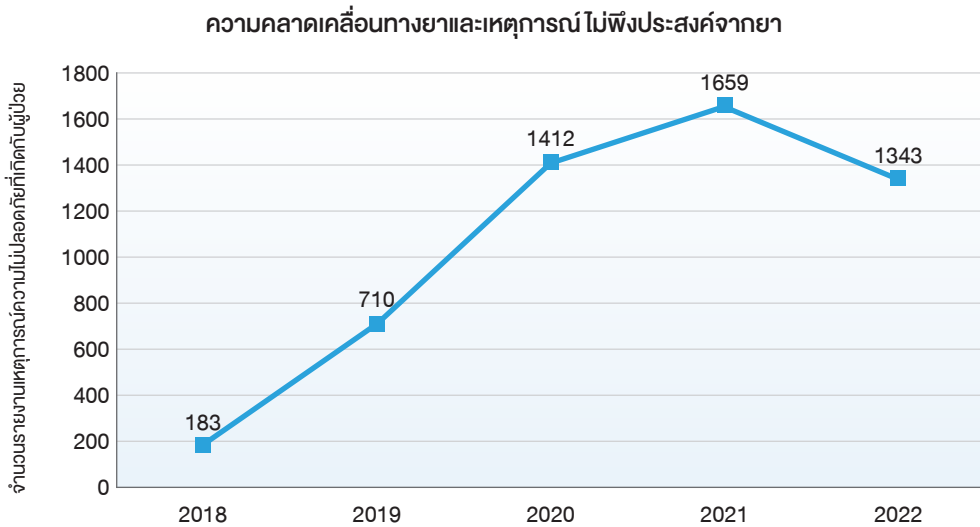
ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการใช้ยา ผลของความคลาดเคลื่อนทางยาไม่ได้ตั้งแต่การไม่เกิดผลใดๆ ต่อผู้ป่วย จนถึงการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต กรณีของความคลาดเคลื่อนทางยาที่ไม่รุนแรงนั้น อาจจะทำให้เกิดปัญหาชั่วคราวหรือถาวรต่อผู้ป่วยได้ เช่น อาการคัน ผื่นของผิวหนัง หรือทำให้เสียโฉมได้ ในขณะที่ปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างรุนแรง อาจจะทำให้เกิดการบาดเจ็บ ทูพพลภาพ และเสียชีวิตได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางยาอาจส่งผลเสียอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งที่ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ง่ายที่สุด

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

จากข้อมูลในระบบ NRLS ในประเทศไทย พบว่า รายงานประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในรอบ 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

การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอาจเกิดจากการออกแบบระบบการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสม หรือปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามการบริหารอย่างถูกต้อง และปัจจัยส่วนบุคคล รายงานนี้จะเน้นประเด็นที่เป็นผลของความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการสั่งจ่ายยา การจ่ายยา และกระบวนการบริหารยา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่ได้รับการรายงานในประเทศไทย

การสั่งจ่ายยา

1. การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอาจเกิดจากจุดอ่อนในการออกแบบระบบ ปฏิบัติการใช้ยา และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความเหนื่อยล้าของบุคลากร สภาวะแวดล้อม ไม่เหมาะสม หรือการขาดแคลนกำลังคน
2. มีการสั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน คือ การสั่งยาที่เป็นยาเดียวกันสองครั้งขึ้นไป หรือมีการสั่งยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ใกล้เคียงกันให้ผู้ป่วยในขณะเดียวกัน
3. การถอดข้อความสั่งจ่ายจากแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพคลาดเคลื่อน อันอาจเกิดจากการเขียนด้วยลายมือที่อ่านยาก การใช้ตัวย่อ และสับสนระหว่างยาที่มีชื่อใกล้เคียงกัน

4. ความคลาดเคลื่อนซึ่งเกิดจากการออกแบบระบบที่แพทย์สั่งยาโดยใช้คอมพิวเตอร์ และ ประเด็นความยากง่ายของการทำงาน ตัวอย่างเช่น การไม่สามารถป้อนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบริหารยาในระบบได้ จึงทำให้เกิดความสับสน
5. การสื่อสารระหว่างแพทย์และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยที่ขาดประสิทธิภาพ และความคลาดเคลื่อนของข้อมูลข่าวสารเนื่องจากการสั่งจ่ายยา ด้วยวาจา
6. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยอาจจะส่งผลให้มีการสั่งจ่ายยาผิดหรือไม่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย

การจ่ายยา

1. การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในระหว่างการจ่ายยา ซึ่งรวมถึง การขาดการตรวจสอบว่า การสั่งจ่ายยาสอดคล้องกับการวินิจฉัยและการแพทย์ของผู้ป่วย
2. การจัดเก็บยาที่เป็นอันตรายหรือไม่เหมาะสมอาจจะทำให้เกิดความสับสนในขณะทำการจ่ายยา
3. ยาที่มีชื่อซึ่งออกเสียงคล้ายหรือใกล้เคียงกัน หรือมีลักษณะยาคคล้ายหรือใกล้เคียงกัน หรือมีบรรจุภัณฑ์คล้ายหรือใกล้เคียงกันสามารถทำให้เกิดการสับสนระหว่างยาต่างชนิดต่างตำหรับได้
4. กระบวนการจ่ายยาที่ต้องรวดเร็วแข่งกับเวลาภายใต้สิ่งแวดล้อมการทำงานที่ไม่เป็นระบบ อาจจะทำให้เกิดการเสียสมาธิในระหว่างการจ่ายยา
5. การออกแบบระบบสารสนเทศทางเภสัชกรรมและประเด็นความยากง่ายของการทำงาน อาจจะทำให้เกิดการสั่งจ่ายยาผิดชนิดหรือผิดขนาดได้

การบริหารยา

1. การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา เช่น การขาดการตรวจสอบซ้ำ 2 ครั้งที่เป็นอิสระต่อกันในระหว่างการบริหารยา (หมายถึง การตรวจสอบการบริหารยา)
2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ก่อให้เกิดการเสียสมาธิ หรือการรบกวนระหว่างการบริหารยา

วัฒนธรรม, กาวผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ประเมินขั้นตอนกระบวนการที่สถานพยาบาลกำหนดไว้เพื่อสนับสนุนกระบวนการใช้ยาที่ปลอดภัยและติดตามกำกับประสิทธิผลของขั้นตอนกระบวนการ
 - จัดทำมาตรฐานกระบวนการเปรียบเทียบ และประสานรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เป็นกระบวนการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เพื่อสนับสนุนแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการยกระดับคุณภาพการให้บริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อกำหนดให้มีข้อบังคับและระบบการรับรอง และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน การเสริมสร้างให้บุคลากรสุขภาพเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการจ่ายยาอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยุทธศาสตร์ที่ส่งผลอย่างสูงต่อคุณภาพการส่งจ่ายยาที่สถานพยาบาลได้จัดทำไว้ เพื่อสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยด้านการให้ยา
 - การเสริมสร้างให้บุคลากรสุขภาพเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการจ่ายยาอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการส่งจ่ายยาที่สถานพยาบาลได้จัดทำไว้ เพื่อสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยด้านการให้ยา
2. เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น ต้องให้อำนาจบุคลากรในการกล่าวถึงเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นอย่างเปิดเผย เพื่อช่วยกันหาว่ากระบวนการขั้นตอนใดที่ตกหล่นไปหรือปฏิบัติอย่างไม่ถูกต้อง และเพื่อช่วยระบุว่ามีความผิดพลาดอื่นๆ ที่แฝงอยู่และส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนทางยาหรือไม่
 - ชี้และพิจารณาถึงปัจจัยด้านองค์การที่ส่งผลต่อการส่งจ่ายยาอย่างเร่งรัดเกินไป หรือประวัติการส่งจ่ายยาที่คลาดเคลื่อน เช่น ระยะเวลาในการนัดหมายครั้งต่อไปที่สั้นเกินไป และรายการส่งจ่ายยาที่ไม่สมบูรณ์ ให้ความสำคัญกับการตรวจจับความคลาดเคลื่อนได้ เมื่อบุคลากรสามารถพบความคลาดเคลื่อนทางยาจากการใช้กระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยา ก่อนที่จะจ่ายยาให้กับผู้ป่วยจริง
 - ให้ความสำคัญกับการตรวจจับความคลาดเคลื่อนได้ เมื่อบุคลากรสามารถพบความคลาดเคลื่อนทางยาจากการใช้กระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยา ก่อนที่จะจ่ายยาให้กับผู้ป่วยจริง
3. สร้างระบบที่ทำให้มั่นใจว่าจะมีการสื่อสารระหว่างบุคลากรอย่างถูกต้อง ด้วยจำกัดการส่งจ่ายยาดูด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์ แต่หากมีการส่งจ่ายยาในลักษณะนั้นจริง จะต้องมี การตรวจสอบความถูกต้องและลงนามกำกับโดยบุคลากรผู้ส่งจ่ายยานั้นๆ

- พยาบาลควรต้องสามารถสื่อสารกับเภสัชกรหรือแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาได้ หากมีข้อกังวลเกี่ยวกับยาที่ส่งจ่ายให้ผู้ป่วย
4. ในการบริหารจัดการการจ่ายยานั้น จะต้องแยกยาที่มีรูปแบบหรือบรรจุภัณฑ์คล้ายกันออกจากกัน เขียนชื่อยาที่ออกเสียงคล้ายกันด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวใหญ่ในตำแหน่งที่ต่างกัน จำกัดการเข้าถึงการใช้ยานั้นด้วยการเก็บไว้ในตู้หรือบริเวณที่ปิดล็อกไว้
 5. ทำการออกแบบระบบที่แพทย์สั่งยาโดยใช้คอมพิวเตอร์ที่มีประสิทธิภาพดี ใช้ระบบการบริหารการส่งจ่ายยาด้วยบาร์โค้ด และระบบการจ่ายยาอัตโนมัติ ให้เหมาะสมกับข้อกำหนดที่จำเป็นสำหรับบุคลากรและง่ายต่อการใช้งานเพื่อจำกัดความคลาดเคลื่อนทางยา

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันมีส่วนร่วม

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ผูกพันในทุกส่วนของกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมอย่างตั้งใจ และมีความใส่ใจเป็นทรัพยากรที่ล้ำค่าในการบ่งชี้ถึงความคลาดเคลื่อนทางยา
 - ดึงให้ผู้ป่วยใส่ใจทุกครั้งที่มีการส่งจ่ายยาตัวใหม่ และก่อนการบริหารยาตัวใหม่เพื่อเน้นย้ำความสำคัญในการใช้ยาตามรายการปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง นำยาที่ใช้อยู่มาทุกครั้ง ที่พบแพทย์ ระบุเหตุผลสำหรับการใช้ยาที่มีอยู่ในรายการที่ต้องใช้ที่บ้าน และบันทึกไว้ในระบบเอกสารทุกแห่งที่เกี่ยวข้องกับการส่งจ่ายยา การวางแผนการรักษา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
2. ระบุเหตุผลสำหรับการใช้ยาที่มีอยู่ในรายการที่ต้องใช้ที่บ้าน และบันทึกไว้ในระบบเอกสารทุกแห่งที่เกี่ยวข้องกับการส่งจ่ายยา การวางแผนการรักษา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ใช้ผู้บอกทางหรือนำทางผู้ป่วยในการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องการใช้ช่องทางบริการต่างๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบรายการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันซ้ำ
3. ใช้ผู้บอกทางหรือนำทางผู้ป่วยในการให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องการใช้ช่องทางบริการต่างๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบรายการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
4. ออกแบบระบบการสื่อสาร การเปิดเผยข้อมูล และกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อดึงให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น

ความปลอดภัยของสถานพยาบาล

1. สร้างระบบให้มั่นใจว่าบุคลากรสุขภาพมีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยจากสิ่งที่ทำให้เสียสมาธิในระหว่างที่มีการรับผู้ป่วยใหม่หรือกระบวนการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน เพื่อรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
 - พยาบาลผู้จัดเตรียมยาที่จะใช้กับผู้ป่วยจะต้องทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากสิ่งรบกวนสมาธิ (เช่น การใส่ผ้าคลุมที่มีตัวอักษรว่า “กำลังอยู่ในระหว่างเตรียมยาห้ามรบกวน”) ประเมินขั้นตอนการทำงานในทางคลินิกเพื่อบ่งชี้ถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและที่แฝงอยู่ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย นำไปสู่การเพิ่มความเสียหายที่บุคลากรจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
 - ประเมินขั้นตอนการทำงานในทางคลินิกเพื่อบ่งชี้ถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและที่แฝงอยู่ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย นำไปสู่การเพิ่มความเสียหายที่บุคลากรจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
2. สร้างให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานที่มีความน่าเชื่อถือสูง โดยบุคลากรจะมีความไวในการตรวจสอบระบบปฏิบัติการ และรู้สึกปลอดภัยถ้าที่จะรายงานประเด็นที่อาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนกระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อย่างต่อเนื่อง
3. ให้การสนับสนุนทางจิตสังคมกับบุคลากรหากมีกรณีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น

ระบบการเรียนรู้

1. คงระดับความรู้ของบุคลากร และจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องให้บุคลากรทางคลินิกให้ทราบและสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้องเพื่อการใช้ยาอย่างปลอดภัย (เช่น การปฏิบัติตามมาตรฐานปฏิบัติการอย่างเคร่งครัด และการตรวจสอบซ้ำ)
2. ทบทวนและผนวกเอายุทธศาสตร์ที่จัดทำจากองค์กรต่างๆ เช่น สถาบันเพื่อการปฏิบัติที่นำไปสู่ความปลอดภัยในการใช้ยา (Institute for Safe Medication Practices หรือ ISMP) และคณะกรรมการร่วมที่กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
3. ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยาซึ่งเกิดขึ้นในองค์กรสุขภาพอื่นๆ 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 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ให้ประสิทธิผลต่ออาศัยการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและทั่วทั้งระบบสุขภาพ เริ่มต้นตั้งแต่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ดูแลสถานพยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้ใช้บริการสุขภาพ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีผลครอบคลุมถึงทุกแง่มุมของสถานพยาบาล เช่น การล้างมือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ความปลอดภัยจากการฉีดยา การดื้อยาต้านจุลชีพ ตลอดจนจนถึงการดำเนินการของโรงพยาบาลในขณะที่มีสถานการณ์ฉุกเฉินและกรณีทั่วไป ปัจจุบัน มีข้อควรระวังที่แนะนำให้พึงกระทำเพื่อป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล 2 มาตรการ คือ

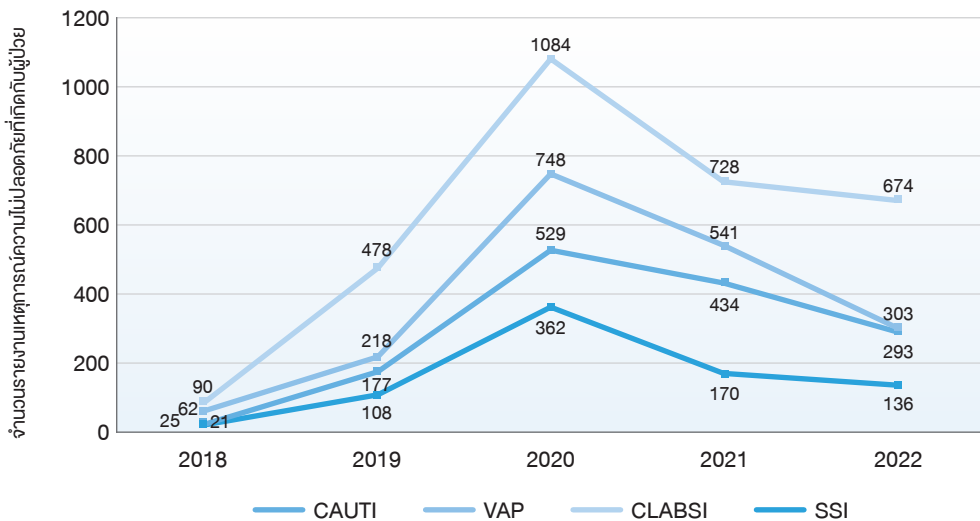
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยทุกราย: เป็นการอาศัยหลักการประเมินความเสี่ยงและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อปกป้องผู้ให้บริการสุขภาพจากการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วยอื่นๆ
- การป้องกันตามกลไกการติดต่อ: เป็นการต่อยอดจากมาตรการควบคุมการติดเชื้อพื้นฐานและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยทุกราย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

ผลกระทบจากการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐานจะส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย คือ การติดเชื้อในโรงพยาบาล อาจนำไปสู่การเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพในกรณีของการติดเชื้ออย่างรุนแรง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีความรุนแรงต่ำมักจะได้รับ การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพซึ่งอาจนำไปสู่การแพร่กระจายของการดื้อยาต้านจุลชีพในชุมชนในอนาคต

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

อุบัติการณ์ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล



ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา

CAUTI: การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะ

- การดำเนินการและติดตามกำกับขั้นตอนการปลอดเชื้อและแนวทางการควบคุมการติดเชื้อเป็นไปอย่างต้อยคุณภาพ
- ขาดความรู้ในเรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างถูกต้อง
- ขาดวิธีปฏิบัติและการชี้แนะที่จำเพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน
- ขาดการปฏิบัติตามและการติดตามกำกับนโยบายที่มีอยู่ในเรื่องการประเมินความจำเป็นต้องใส่และการจัดการสายสวนปัสสาวะ:
 - การใส่สายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็น
 - การใส่คาสายสวนปัสสาวะนานเกินไป
 - จำนวนครั้ง/ความถี่ของการเปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะ

VAP: ปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ

- ขาดการปฏิบัติตามแนวทางในเรื่อง ดังนี้
 - สุขอนามัยช่องปาก
 - แนวทางปฏิบัติการใส่ท่อช่วยหายใจ
 - แนวทางปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
- ความบกพร่องในการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ
- การล้าง อับผ้าเชื้ออุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง
- การทำความสะอาดระบของเครื่องช่วยหายใจอย่างต้อยคุณภาพ
- การใช้ยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูงอย่างไม่เหมาะสมทำให้อุปกรณ์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องเสื่อมคุณภาพและใช้ไม่ได้ผล

CLABSI: การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

- การปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยเป็นไปอย่างต้อยคุณภาพนำไปสู่การปนเปื้อนของเชื้อ ณ ตำแหน่งที่มีการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
- ขาดการปฏิบัติตามแนวทาง และการติดตามกำกับนโยบายที่มีอยู่ในเรื่องการประเมินความจำเป็นของการใส่และการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง:
 - การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอย่างไม่จำเป็น
 - การใส่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางนานเกินไป
 - ขาดการทบทวนว่าสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใส่ไปแล้วถูกต้องหรือไม่ โดยแพทย์ผู้มีประสบการณ์
 - ขาดการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโดยใช้เครื่องป้องกันร่างกายปราศจากเชื้ออย่างครบถ้วนในระหว่างการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

SSI: การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

- การผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลา
- อุปกรณ์ผ่าตัดชำรุดระหว่างผ่าตัด อุปกรณ์ผ่าตัดที่มีการเปลี่ยนสี เขือนสี และถูกกักร้อนสามารถก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอุปกรณ์ผ่าตัด ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อในผู้ป่วยหรือทำลายเนื้อเยื่อรอบข้าง
- การย้อยย่อนในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ
 - การเตรียมตัวอย่างไม่พร้อมก่อนการผ่าตัด เช่น การเลือกชนิดของการใช้สารฆ่าเชื้อและการเตรียมสารฆ่าเชื้อ วัสดุสำหรับใส่และคลุมในขณะผ่าตัด ขนตามร่างกายในตำแหน่งที่ลงมีดเพื่อเปิดแผลผ่าตัด เป็นต้น
 - การปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยที่ต้อยคุณภาพ
 - การกำจัดเชื้อของอุปกรณ์ผ่าตัดที่ขาดประสิทธิภาพ
 - การไหลเวียนของอากาศและการกรองอากาศในห้องผ่าตัดไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิผลเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการยุติการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้ และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดของการให้บริการสุขภาพที่ปลอดภัยด้วยคุณภาพสูงและมีประสิทธิผลดี

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI)

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

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

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วยการให้ร่วมรับทราบถึงขั้นตอนในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลเพื่อเตือนให้แพทย์ถึงขั้นตอนการรักษา

ระบบการเรียนรู้

เผยแพร่และจัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ ให้ความรู้ มีการตรวจสอบการปฏิบัติงาน และการประเมินผลสำหรับบุคลากรสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

- จัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติด้วยการใช้วิดีโอแทนที่จะใช้คู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร

ปอดอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ (VAP)

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

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

ระบบการเรียนรู้

เผยแพร่และจัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ ให้ความรู้ มีการตรวจสอบการปฏิบัติงาน และการประเมินผลสำหรับบุคลากรสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI)

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. กำหนดข้อบังคับและนโยบายที่เคร่งครัดสำหรับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเลือกใช้สายสวนและตำแหน่งการใส่สายสวนที่เหมาะสม การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 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

จัดให้มีการศึกษาและการฝึกอบรมกับบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากการติดเชื้อจากการผ่าตัดผ่าตัด (SSI)

การติดเชื้อจากการผ่าตัด ผ่าตัด (SSI)

วัฒนธรรม, กาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

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

ระบบการเรียนรู้

ติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมการติดเชื้อและแนวโน้มของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

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

การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด (Patient Identification)

ประเด็นและความเป็นมา:

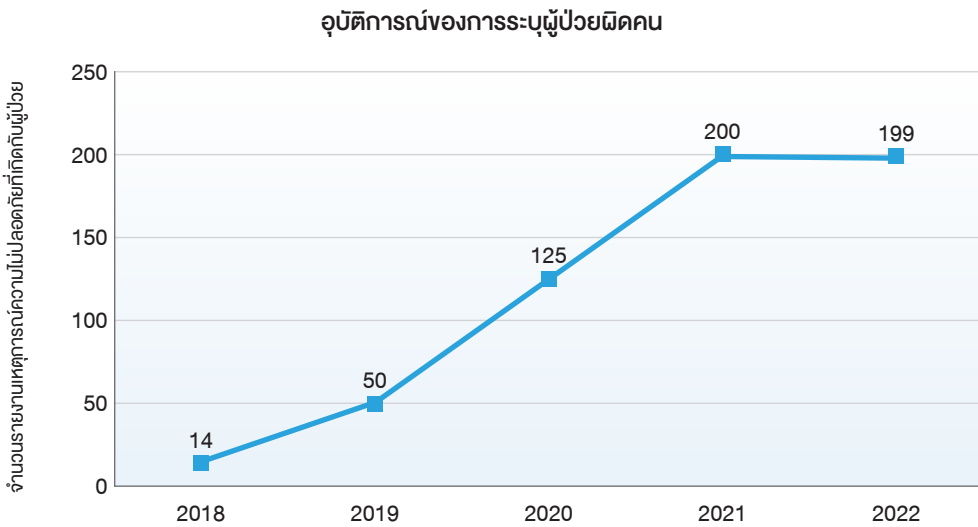
ในการดูแลผู้ป่วยมักประกอบด้วยจุดเชื่อมต่อของหน่วยการดูแลหลายส่วน จำเป็นต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องแม่นยำ หากมีการระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จะทำให้มีข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในระหว่างบุคลากร ส่งผลให้การวินิจฉัยไม่ถูกต้องและผิดพลาด

หนึ่งในประเด็นหลักที่เป็นข้อวิตกกังวล คือกรณีที่มีบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาร่วมกันดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การสื่อสารที่คลาดเคลื่อน ผิดพลาดอาจเกิดได้บ่อยในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การส่งเวรผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การจัดการให้ยา การจัดการให้สารน้ำและการฉีดยาเข้าเส้น และเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ต้องใช้การผ่าตัด การใช้เครื่องมือแพทย์ ตลอดจนการฝังหรือสอดใส่อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์หรือปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ ผลของการสื่อสารที่ผิดพลาดอาจทำให้บุคลากรสุขภาพจัดทำแผนการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การส่งจ่ายที่ไม่ถูกต้อง หรือมีการฝังหรือสอดใส่อุปกรณ์เครื่องมือหรือการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงอาจได้รับความไม่ปลอดภัย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจได้รับผลเสียที่ไม่สามารถย้อนกลับหรือเสียชีวิตได้

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 บุคลากรขาดความรู้ว่าในปัจจุบันมีข้อมูลหลากหลายที่สามารถใช้ในการระบุตัวผู้ป่วยได้
3. บุคลากรขาดความใส่ใจกับกระบวนการระบุตัวผู้ป่วย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป
4. ผู้ป่วยถึงเลที่จะให้ข้อมูลส่วนบุคคล เนื่องจากต้องการปกป้องความเป็นส่วนตัวและเพื่อป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามบทบัญญัติในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

กระบวนการ

1. การทำงานแบบรวบรัด และทำแบบขอไปทีในระหว่างกระบวนการระบุตัวผู้ป่วย
2. การใช้คำถามปลายปิดในขั้นตอนการให้ผู้ป่วยยืนยันตนเอง 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. ถ้ามถึงข้อมูลที่บ่งชี้ตัวของผู้ป่วยโดยไม่ใช้ข้อมูลที่จำเพาะซึ่งเป็นยอมรับกัน และไม่ตรวจสอบป้าย (ชื่อมือ) ที่ระบุตัวของผู้ป่วย
7. ให้อากับผู้ป่วยก่อนที่จะมีการยืนยันตัวผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องอ่านบาร์โค้ด

เทคโนโลยี

1. ใช้ระบบการระบุตัวผู้ป่วยที่ออกแบบอย่างไม่เหมาะสม
2. ใช้ป้าย (ชื่อมือ) สำหรับการระบุตัวของผู้ป่วยที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งอาจจะคลาดและหลุดหล่นจากตัวผู้ป่วยได้โดยง่ายในระหว่างกระบวนการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. สื่อสารถึงความคาดหวังของผู้นำองค์กร ว่าการระบุตัวผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญมากต่อการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างสูง
2. ประเมินแนวทางปฏิบัติและประสบการณ์ในการระบุตัวผู้ป่วยขององค์กร เพื่อบ่งชี้ถึงจุดแข็งและโอกาสสำหรับการปรับปรุงวิธีการระบุตัวผู้ป่วย
 - การสร้างมาตรฐานสำหรับข้อมูลสำหรับใช้ระบุตัวผู้ป่วยที่ใช้เฉพาะเจาะจงสำหรับวัตถุประสงค์ด้านกรรักษาพยาบาลและวัตถุประสงค์ทั่วไป และสื่อสารมาตรฐานดังกล่าวออกไปให้ทั่วถึงบุคลากรทุกคน

- เลือกใช้ป้ายผูกข้อมือที่มีคุณภาพสูงและมีมาตรฐานสำหรับใช้ในการระบุตัวของผู้ป่วยที่ใช้งานได้ดี และอ่านได้ง่ายตลอดช่วงเวลาและวิธีการรักษาผู้ป่วย
 - ทำให้มั่นใจว่ากระบวนการทำงานอื่นๆ ต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยเช่นกัน เช่น การระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจและการติดตามผลภาวะเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ การปฏิบัติตามแนวทางที่ดำเนินการกับผู้ป่วยทุกคน เป็นต้น เพื่อเป็นการประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์การป้องกันความผิดพลาดคลาดเคลื่อนพัฒนาระบบหรือแนวทางสำหรับการระบุตัวผู้ป่วยซึ่งไม่มีข้อมูลส่วนตัวหรือไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อสารได้ กล่าวคือ ต้องมีมาตรการในระบุตัวของผู้ป่วยอย่างชั่วคราวเฉพาะคนที่เหมาะสม
 - กำหนดแนวทางในการใช้ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบตัวผู้ป่วย ในระหว่างการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยข้างเตียง และในระหว่างหรือก่อนการทำหัตถการรักษาพยาบาล
3. เพื่อจัดการกับข้อกังวลป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลตามบทบัญญัติในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ให้มีแนวทางป้องกันความเสี่ยงในขณะที่มีการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยออนไลน์และกับตัวผู้ป่วย เช่น ในระหว่างการใช้ไลน์ (LINE) แอปพลิเคชันในการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวผู้ป่วย เป็นต้น
 4. พิจารณาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น บาร์โค้ด การระบุตัวตนด้วยคลื่นวิทยุ (radio-frequency identification หรือ RFID) และวิธีการใช้ข้อมูลชีวมิติ (biometric) เพื่อพัฒนากระบวนการระบุตัวผู้ป่วย ในขณะที่ต้องเข้าใจถึงข้อจำกัดของเทคโนโลยีนั้นๆ
 5. ผสมผสานยุทธศาสตร์ที่พัฒนาการใช้งานระบบข้อมูลสารสนเทศให้ดีขึ้น และเพื่อลดความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่ข้อผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วยผิดคน

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

1. ถามคำถามปลายเปิดเมื่อทำการระบุตัวผู้ป่วย
2. ทำการปฏิบัติซ้ำๆ กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าการระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยนั้น ถูกออกแบบมาเพื่อการปกป้องผู้ป่วย

ระบบการเรียนรู้

1. ประเมินเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือมีแนวโน้มความเสี่ยงที่จะเกิดความปลอดภัย (near miss) และที่เกี่ยวกับความปลอดภัยเพื่อป้องกันซึ่งถึงความเสี่ยงและปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหาดังกล่าวซึ่งเกี่ยวข้องกับการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
2. ทำการวิจัยอย่างต่อเนื่องถึงวิธีการในการลดโอกาสของการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
3. ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรทุกคนที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการระบุตัวผู้ป่วยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับนโยบายด้านนี้ขององค์กรและความสำคัญของการการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวอย่างเคร่งครัด

เอกสารอ้างอิง

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

ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Error)

ประเด็นและความเป็นมา:

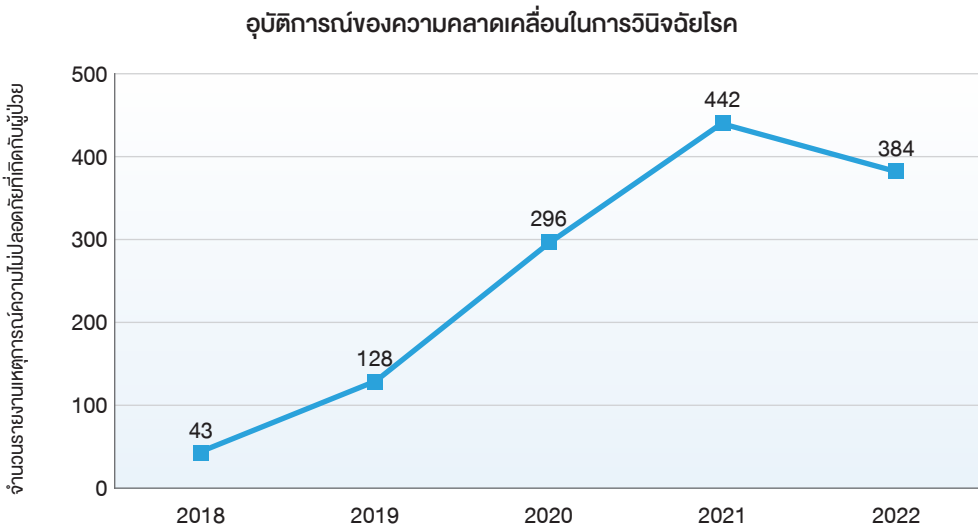
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค คือ ความล้มเหลวในการให้คำอธิบายถึงปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่อย่างแม่นยำและทันต่อเวลาให้ผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ การวินิจฉัยโรคในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นประเด็นที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อความผิดพลาดดังกล่าว เนื่องจากบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องทำการตัดสินใจอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก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

- **การวินิจฉัยโรคล่าช้า (Delayed diagnosis):** ปัญหานี้เกิดเมื่อผู้ป่วยควรจะได้รับ การวินิจฉัยให้รวดเร็วกว่าที่เป็นอยู่ ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ซึ่งเป็นปัญหาที่พบ บ่อยมากเนื่องจากไม่ค่อยมีแนวทางในการวินิจฉัยที่ดีในการวินิจฉัยโรคให้ทันต่อเวลาใน บางโรค ผู้ป่วยมักจะไม่ถูกสงสัยว่าเป็นโรคนั้นๆ เลยจนกระทั่งมีอาการชัดเจนหรือเป็นมากแล้ว
- **การวินิจฉัยโรคผิดพลาด (Wrong diagnosis):** ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่กำลังมีภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดได้รับคำบอกเล่าจากการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า อาการเจ็บหน้าอกนั้นเกิดจาก กรดในกระเพาะอาหารหรืออาหารไม่ย่อย การวินิจฉัยเบื้องต้นนั้นไม่ถูกต้องเพราะสามารถ ตรวจพบสาเหตุที่แท้จริงได้ในภายหลัง
- **การที่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ (Missed diagnosis):** กรณีเหล่านี้เกิดเมื่อปัญหาการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ได้รับการอธิบาย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียหรือปวด เรื้อรัง แต่ไม่ถูกวินิจฉัย จะจัดอยู่ในกรณีนี้ หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญที่จำเพาะเจาะจง กว่าแต่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง

ในระดับโลก ประเด็นปัญหานี้พบบ่อยมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจ เกิดได้ตั้งแต่ มีความปลอดภัยจนถึงมีความไม่ปลอดภัยอย่างรุนแรง ยกตัวอย่างเช่น ผลลัพธ์ของ การวินิจฉัยโรคก่อให้เกิดการให้ยาหรือรักษาอย่างล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษาเลย ได้การรักษาที่ไม่ จำเป็นหรือที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย เกิดผลแทรกซ้อนต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อจิตใจกับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยอื่นหรือถึงขั้นเสียชีวิตในกรณีที่ผู้ป่วยรุนแรง

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

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



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

ปัจจัยที่เป็นตัวนำความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่:

นโยบายและแนวทางที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- แนวทางสำหรับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่มีอยู่ขาดความสมบูรณ์

วิธีการปฏิบัติที่ขาดคุณภาพ

1. ขาดข้อมูลทางการแพทย์ที่มีความครอบคลุมจากตัวผู้ป่วย (เช่น การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย)
2. แพทย์มีอคติในการวินิจฉัยโรคจากประสบการณ์ในผู้ป่วยรายก่อนๆ
3. เลือกใช้การทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมกับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากผู้ป่วย
4. การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายเกินไป ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างแยกส่วน
5. มีการปนเปื้อนเชื่อในตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ หรือสลับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยรายอื่น ไม่ใช่จากเจ้าของตัวอย่างส่งตรวจ

6. แพทย์ทำการตรวจร่างกายอย่างไม่ครบถ้วนและไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการรับรู้และการตัดสินใจรักษา
7. ขาดการดูแลแบบที่ให้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง

ประเด็นเกี่ยวกับบุคลากร

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

เทคโนโลยี

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

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ใช้กระบวนการให้ผู้นำตรวจเยี่ยมหน่วยงานเพื่อบ่งชี้ว่าบุคลากรมีปัญหาแรงกดดันด้านผลผลิตที่อาจป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ตามหน้าที่ที่จำเป็นได้ดีหรือไม่
2. ใช้แนวทางการจัดซื้อจัดหาวัสดุที่จำเป็นต้องใช้โดยอาศัยข้อมูลทางคลินิกเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีวัสดุและเครื่องมือที่เหมาะสมและเพียงพอ และทำให้มั่นใจว่าเครื่องมือสำหรับการวินิจฉัยโรคที่มีอยู่สามารถทำงานได้ดีโดยกำหนดตารางเวลาสำหรับการบำรุงรักษาเครื่องมือต่างๆ 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
- ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้ (เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด, ออกแบบระบบที่แพทย์สั่งยาโดยใช้คอมพิวเตอร์ที่สามารถแสดงผลข้อมูลที่เกี่ยวข้องทุกอย่างได้ เป็นต้น)

ระบบการเรียนรู้

1. ใช้ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์หรือบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบดิจิทัล และฐานข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเข้าถึงแนวโน้มในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค และนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดีขึ้น
2. สืบหาต้นตอของการเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างรุนแรงซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการวินิจฉัยโรค



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>

การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิด ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ (Safe Surgery)

ประเด็นและความเป็นมา:

ประเด็นทางการแพทย์เช่น การบาดเจ็บ มะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและอาจต้องใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัด ผิดคน ผิดตำแหน่งเป็นคำทั่วไปที่หมายรวมถึงการผ่าตัดและหัตถการซึ่งกระทำกับผู้ป่วย ผิดคน หรือกระทำ ผิดตำแหน่งทางกายวิภาคของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่ไม่ถูกต้องหรือผิดข้าง

แม้ว่าจะพบไม่บ่อย แต่การดูแลรักษาด้วยการผ่าตัดที่ไม่ปลอดภัยมีส่วนก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ทำให้เกิดความผิดปกติในส่วนของร่างกายที่ได้รับการผ่าตัด หรืออาจจะส่งผลต่อส่วนของร่างกายที่สมบูรณ์แต่ได้รับการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บ ในกรณีที่รุนแรง การผ่าตัด ผิดคน ผิดตำแหน่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในที่นี้จะจำแนกชนิดของการผ่าตัด ผิดคน ผิดตำแหน่งดังต่อไปนี้

การผ่าตัด ผิดคน

การผ่าตัด ผิดคน หมายถึง การทำหัตถการผ่าตัดซึ่งเกี่ยวข้องกับแขนขาหรือส่วนของร่างกายที่เน้นด้านใดด้านหนึ่ง โดยที่บริเวณของร่างกายที่ได้รับการหัตถการ ผิดคน ผิดตำแหน่งนั้น อยู่ในตำแหน่งที่ห่างจากบริเวณผ่าตัดที่ตั้งใจจะทำการผ่าตัดตั้งแต่แรก ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดที่แขนหรือขาที่ตรงกันข้ามกับที่ตั้งใจไว้ในหลายกรณี จะมีการเตรียมบริเวณผ่าตัดและห้องผ่าตัดในรูปแบบที่จำเพาะสำหรับการผ่าตัดที่ตั้งใจทำนั้นๆ แต่เกิดการจัดเตรียมไว้ในลักษณะที่แตกต่างออกไปสำหรับการผ่าตัดอีกด้านหนึ่งของร่างกาย ทำให้เกิดความผิดพลาด

การผ่าตัด ผิดระดับหรือ ผิดตำแหน่ง

การผ่าตัด ผิดตำแหน่งชนิดนี้เป็นหัตถการผ่าตัดที่ถูกด้านแต่ ผิดระดับหรือ ผิดส่วนของบริเวณผ่าตัด กรณีนี้ มีการเตรียมการผ่าตัดในตำแหน่งของร่างกายที่ต้องการ แต่กลับทำหัตถการ ผิดตำแหน่งอื่นของบริเวณผ่าตัดนั้น ตัวอย่างของการผ่าตัด ผิดตำแหน่งชนิดนี้ เช่น การผ่าตัดเพื่อลดการกดทับไขสันหลังระดับเอว ที่บริเวณหมอนรองระหว่างกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ 4 และ 5 (L4-5) แทนที่จะผ่าตัดที่หมอนรองระหว่างกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ 5 (L5) และกระดูกสันหลังส่วนกระเบนเหน็บข้อที่ 1 (S1)

ชนิดของการผ่าตัด ผิดตำแหน่ง

การผ่าตัด ผิดคน

การผ่าตัด ผิดคน หมายถึง การทำหัตถการ ผิดคน ผิดตำแหน่งที่ไม่ได้มีการกำหนดไว้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดเลย หรือไม่มีการกำหนดไว้ว่าจะต้องได้รับหัตถการ ผิดคน ผิดตำแหน่งนั้นเลย หรือได้รับการกำหนดไว้ในตารางเวลาว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดด้วยหัตถการอื่น ซึ่งไม่ใช่หัตถการชนิดที่ได้กระทำไป ซึ่งการผ่าตัด ผิดคน ผิดตำแหน่งนี้อาจรวมถึง การผ่าตัดในตำแหน่งที่ต้องการแต่ด้วยหัตถการที่ไม่ถูกต้อง การจัดชนิดของการผ่าตัด ผิดคน ผิดตำแหน่งนั้นเน้นความผิดพลาดซึ่งเกิดขึ้นจากการระบุตัวผู้ป่วยที่ผิดพลาดเป็นหลัก

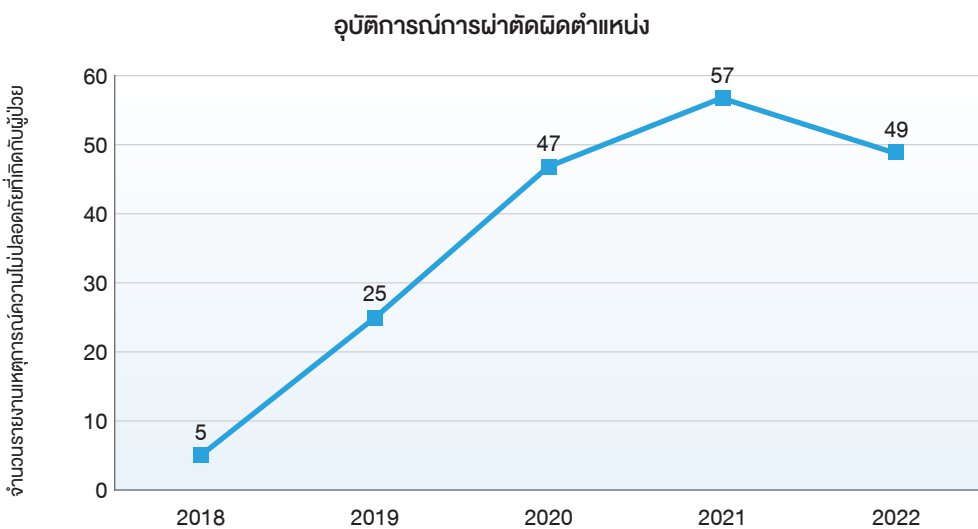
หัตถการเพื่อฝังหรือสอดใส่อุปกรณ์เครื่องมือหรือ การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อที่ไม่ถูกต้อง

ได้รับการพิจารณาจัดรวมเป็นการผ่าตัด ผิดคน ผิดตำแหน่งหนึ่ง ตัวอย่างเช่น การใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ผิดคลาดเคลื่อนในระหว่างการผ่าตัดต่อกระจก โดยหัตถการที่ผิดพลาดชนิดนี้มักเกิดในการผ่าตัดทางรีเวชและทางจักษุ แต่ก็มีโอกาสเกิดขึ้นกับการผ่าตัดโดยแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นได้เช่นกัน



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

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



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

ขาดการปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางที่มีอยู่

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

การสื่อสาร

- การสื่อสารที่ขาดคุณภาพ (เช่น ไม่มีการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในขณะที่ทำการระบุตัวผู้ป่วย, ไม่มีการสื่อสารเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขข้อมูล)
- เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารหรือในการถอดความ (เช่น มีศัลยแพทย์ วัสดุแพทย์ หรือพยาบาลหลายคนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด, มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งที่จะผ่าตัด เป็นต้น) โดยไม่มีระบบการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ
- สมาชิกในทีมผ่าตัดไม่พูดแย้งขึ้นมาในขณะที่มีการผ่าตัด แม้จะพบเห็นว่ามี การผ่าตัดผิดตำแหน่ง
- ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย

การละเลยข้อมูลที่สำคัญ

- การผ่าตัดผู้ป่วยแบบฉุกเฉินจะต้องทำงานแข่งกับเวลา ส่งผลให้มีการประเมินตำแหน่งผ่าตัดที่ไม่สมบูรณ์
- ศัลยแพทย์หรือแพทย์ผู้ผ่าตัดละเลยคำถามหรือข้อทักท้วงจากสมาชิกในทีมในเรื่องส่วนหรือข้างของร่างกายที่จะต้องได้รับการผ่าตัด
- ลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วยที่ผิดปกติ เช่น อ้วนมาก หรือมีการผิดรูปของร่างกาย

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, กาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ทำให้มั่นใจว่าองค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ส่งเสริมการป้องกันการผ่าตัดผิดตำแหน่ง
 - พิจารณาใช้วิธีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ก่อนการลงมือ
 - ทำให้มั่นใจว่ามีการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัดที่ยังคงเห็นได้ชัดเจนหลังจากที่มีการเตรียมบริเวณผ่าตัดและปูผ้าแล้ว
 - ใช้แบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์หรือรูปแบบมาตรฐานที่กำหนดให้มีการป้อนข้อมูลที่พรรณนาตำแหน่งหรือด้านที่จะทำผ่าตัดให้แม่นยำ มิฉะนั้นจะไม่ได้รับการบรรจุไว้ในตารางกำหนดการผ่าตัด
 - กำหนดให้ผู้จัดตารางกำหนดการผ่าตัดต้องทำการอ่านออกเสียงข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งและด้านของร่างกายให้กับสำนักงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง

- กำหนดให้มีกระบวนการก่อนการรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้มั่นใจว่า ได้รับความยินยอมรับการรักษาที่ได้รับการบอกกล่าวจากผู้ป่วย และข้อมูลในแบบให้ความยินยอมนั้นตรงกับหัตถการที่จะทำ
- ขอให้สำนักงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้องส่งคำขอให้จัดตารางผ่าตัดและแบบให้ความยินยอมไปพร้อมกัน
- ใช้แนวทางตรวจสอบก่อนการลงมีดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการระบุตัวผู้ป่วยและตำแหน่งผ่าตัด (กล่าวคือ จะไม่ยื่นมีดผ่าตัดหรือกล้องสำหรับผ่าตัดให้กับศัลยแพทย์ จนกว่าจะได้มีการตรวจสอบขั้นสุดท้ายที่เสร็จสมบูรณ์)
- กำหนดให้มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ทราบรายละเอียดของหัตถการเป็นส่วนหนึ่งของระบบหรือกระบวนการผ่าตัดปลอดภัย ศัลยแพทย์และสมาชิกทีมผ่าตัดอาวุโสเป็นผู้รับผิดชอบในเริ่มต้นการสื่อสารดังกล่าว
- ใช้การตรวจสอบตามรายการบัญชีสำหรับตรวจสอบก่อนการผ่าตัดทั้งในการผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดเล็ก และหัตถการที่ไม่ล่วงล้ำเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับมาตรฐานสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการข้ามขั้นตอนการปฏิบัติ
- จัดทำรายการบัญชีสำหรับตรวจสอบก่อนการผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดและหัตถการที่ไม่ล่วงล้ำ
- กระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัด จะต้องมีความสอดคล้องกันทั้งตารางการผ่าตัด การให้คำยินยอม ประวัติการเจ็บป่วย และการตรวจร่างกาย

2. นำเอาเครื่องมือการจัดความเสี่ย ซึ่งรวมถึงแนวทางการตรวจสอบซ้ำ 2 ครั้งด้วยบุคคลต่างคนกันเพื่อยืนยันตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้อง
3. ติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติด้วยการสุ่มตรวจสอบตามกำหนด

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

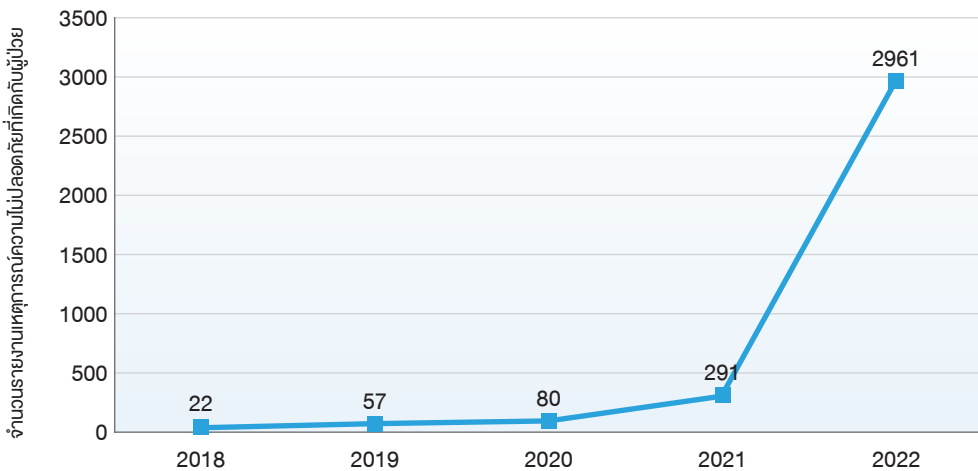
บุคลากรสุขภาพสามารถสัมผัสเชื้อโรคได้เมื่อได้รับการบาดเจ็บจากของมีคม สัมผัสเครื่องมือหรือวัสดุการแพทย์ที่ปนเปื้อนเชื้อ สัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อนเชื้อ หรือเย็บร่างกายหรือผิวหนังที่เป็นแผลมีการสัมผัสกับสารคัดหลั่งที่อาจมีเชื้อโรค บุคลากรที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างมหาศาลต่อผู้ป่วยส่งผลที่ตามมาอย่างร้ายแรง เช่น การแพร่กระจายโรคติดเชื้อ

การป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพอย่างปลอดภัยในทุกสถานพยาบาล

อุบัติการณ์การสัมผัสและการเกิดโรคติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นทวีคูณในช่วง 2 ปีหลัง โดยมีรายงานจำนวนอุบัติการณ์ถึงเกือบ 3,000 รายในปีพ.ศ. 2565 แม้ว่าจะมีการสรุปไปแล้วว่า โควิด-19 มีส่วนอย่างสำคัญในการทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ด้านนี้ อย่างทันทีทันใด จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถี่ถ้วนเพียงพอเพื่อที่จะบ่งชี้ถึงยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การป้องกันการถูกของมีคมบาดหรือทิ่มตำ นโยบายการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ตลอดจนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับบุคลากร

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

อุบัติการณ์การติดเชื้อและสัมผัสโรคติดเชื้อในผู้ป่วย



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

การปฏิบัติตามแนวทางควบคุมการติดเชื้อจากคุณภาพ

- ขาดการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานเรื่อง ควบคุมการติดเชื้อ
- เลือกใช้และใส่เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างไม่ถูกต้อง (เช่น การใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่งผลกระทบต่อคนที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะงาน, การใส่หน้ากากอนามัยที่ไม่ได้รับการทดสอบว่าแนบกระชับอย่างถูกต้อง)

ขาดการปฏิบัติตามนโยบายเกี่ยวกับความจำเป็นด้านสุขภาพของบุคลากร

- บุคลากรไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นประจำ ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นประจำมีโอกาที่จะขัดขวางหยุดยั้งห่วงโซ่ของการติดเชื้อด้วยการตรวจพบการติดเชื้อแต่เนิ่นๆ
- บุคลากรสุขภาพอาจจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างเหมาะสมครบถ้วน

การควบคุมการติดเชื้อด้วยวิธีการทางวิศวกรรมที่ไม่ดี

- ขาดระบบการไหลเวียนและแลกเปลี่ยนอากาศอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล
- ใส່กรองอากาศสุดต้น
- ท่อลมในระบบปรับอากาศมีการรั่วหรือปนเปื้อนเชื้อ

ไม่มีแนวทางปฏิบัติอย่างครบถ้วนรอบด้านสำหรับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

- ไม่มีการแยกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- ไม่มีการคัดกรองผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพในขณะที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, กาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อการจัดการปัญหาโรคติดเชื้อที่เกิดจากการปฏิบัติงาน หรือติดมาจากชุมชนและสภาพแวดล้อมที่มีการสัมผัสโรคติดเชื้อ โดยมีขั้นตอนปฏิบัติที่บุคลากรที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานต้องแจ้งให้บุคลากรด้านอาชีวอนามัยทราบ และทำการบันทึกเหตุการณ์อย่างเหมาะสม
2. ดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อด้วยวิธีการทางวิศวกรรม
 - ทำให้มั่นใจว่าการไหลเวียนอากาศอย่างเหมาะสม, ใช้ระบบอากาศแรงดันลบ, ให้พื้นที่ที่จัดการรักษาพยาบาลมีปริมาณอากาศต่อชั่วโมงเพียงพอ, มีการบำรุงรักษาระบบไหลเวียนอากาศอย่างเหมาะสมและตามกำหนดเวลา เพื่อให้มั่นใจว่ามีอัตราการแลกเปลี่ยนอากาศอย่างเหมาะสมตามที่ต้องการให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
 - พิจารณาใช้เทคโนโลยี เช่น การทำให้ปลอดภัยด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ต เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำความสะอาดและทำให้ปลอดภัยตามปกติ
 - สำหรับห้องปฏิบัติการ ให้ใช้ตู้ปลอดภัยในระดับที่เหมาะสม มีการกรองอากาศและการไหลเวียนอากาศอย่างเหมาะสม ในขณะที่ทำการจัดการตรวจตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่เสี่ยงต่อการก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ มีการบำรุงรักษาอย่างเหมาะสมตามกำหนดเวลา มีการเปลี่ยนไส้กรองอากาศตามที่กำหนดไว้
3. กำหนดให้ผู้ป่วย, ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย และบุคลากรปฏิบัติตามนโยบายควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ในกรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อ
 - ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อจากแหล่งรังโรค) และในบุคลากรสุขภาพ (เพื่อลดโอกาสสัมผัสเชื้อ)

- ให้ความรู้เรื่องมาตรการป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลแก่ผู้ป่วย ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ
4. ควบคุมดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจในรูปแบบต่างๆ เช่น หน้ากากสำหรับการให้ออกซิเจน อัตราการไหลสูง และเครื่องฟั่นละอองยา เพื่อควบคุมการติดเชื้อ และป้องกันการสัมผัสเชื้อ โดยกำหนดให้ใช้ได้ในพื้นที่หรือห้องที่ได้รับการออกแบบไว้เฉพาะเพื่อควบคุมการติดเชื้อ

ความปลอดภัยของสถานพยาบาล

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

ผู้ป่วยและครอบครัวผู้กักตัวและมีส่วนร่วม

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย และผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย ในเรื่องของการติดเชื้อและการควบคุมที่เกี่ยวข้อง (เช่น การล้างมือ สุขอนามัยของระบบทางเดินหายใจ การปฏิบัติตนที่ดีขณะไอจาม การได้รับวัคซีน และยุทธศาสตร์ในการป้องกันติดเชื้ออื่นๆ)

ระบบการเรียนรู้

1. ทำการสอบสวนเพื่อหาต้นตอของเหตุการณ์ที่บุคลากรติดเชื้อในขณะที่ปฏิบัติงานในอดีต
2. ฝึกอบรมและให้ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีการประเมินความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมของบุคลากรเป็นระยะๆ
3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

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

การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน (Laboratory/Pathology Inaccuracies)

ประเด็นและความเป็นมา:

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

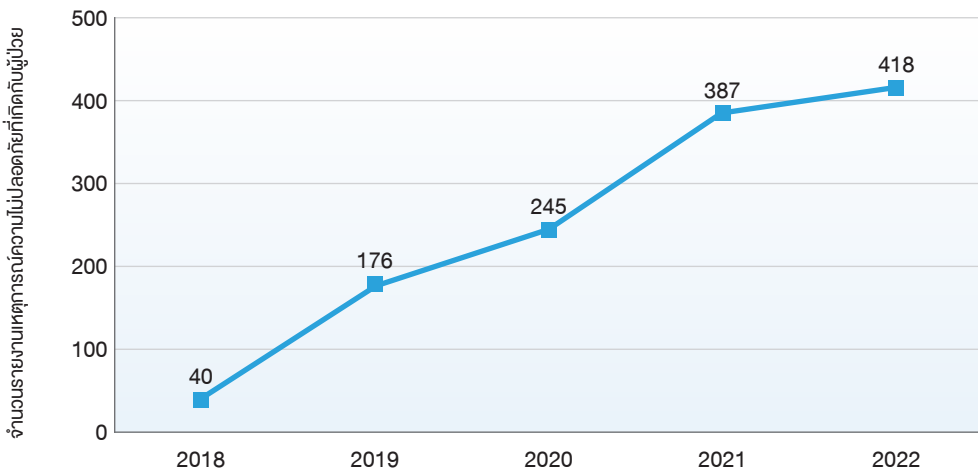
ตรงกันข้ามกับชื่อของประเด็นปัญหานี้ น้อยครั้งที่เราจะพบความคลาดเคลื่อนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกิดขึ้นภายในห้องปฏิบัติการ แม้ว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมักจะตรวจพบได้ที่ห้องปฏิบัติการ แต่ปัญหามักไม่เกิดจากสาเหตุภายในห้องปฏิบัติการ **ประเด็นความคลาดเคลื่อนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในช่วงก่อนขั้นตอนการวิเคราะห์ของการทด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

ดังนั้น ยุทธศาสตร์ที่จะลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงเกี่ยวข้องกับการดำเนินการในทุกๆ ขั้นตอนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในกระบวนการนี้

ในประเทศไทย อุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากรายงานพบว่ามีเพิ่มขึ้นถึง 10 เท่าในเวลา 5 ปี

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

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ



ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา

ขาดการยึดมั่นปฏิบัติตามนโยบาย แนวทาง คำสั่ง ที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บ ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยและการจัดการกับผลการตรวจ

- การจัดเก็บตัวอย่างก่อนและหลังการตรวจเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม
- ขาดวิธีการระบุตัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในขณะติดฉลากสิ่งส่งตรวจ

การออกแบบระบบข้อมูลข่าวสารทางห้องปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการป้อนข้อมูล, การถ่ายโอนข้อมูลที่คลาดเคลื่อน และการออกผลการตรวจที่คลาดเคลื่อน (เช่น เกิดความสับสนในการแสดงผลและการควบคุมระบบข้อมูลข่าวสารทางห้องปฏิบัติการ)

การสื่อสารที่ขาดคุณภาพในระหว่างบุคลากรและสมาชิกในทีมงานทำให้ ไม่ได้รับ หรือไม่มีผลการตรวจ หรือเกิดความล่าช้าในการออกรายงานผลการตรวจ

- มีการสื่อสารที่ไม่เพียงพอในขณะมีการเปลี่ยนเวร
- ขาดการตรวจสอบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความสำคัญอย่างสูงนั้นไปถึงมือแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

มีการจัดการกับคลังวัสดุชั้นสูงที่ขาดประสิทธิภาพ

- การขาดแคลนวัสดุชั้นสูงที่พร้อมใช้งาน

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการทำงานอย่างคลาดเคลื่อนหรือชำรุด

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, กาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. วางแผนและดำเนินการตามระบบหรือแผนการบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ห้องปฏิบัติการตามตารางเวลาที่กำหนดไว้
2. ทำการตรวจสอบเพื่อการประกันคุณภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ห้องปฏิบัติการเป็นการภายในห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มั่นใจว่าการตรวจให้ผลไปอย่างแม่นยำและสามารถตรวจซ้ำแล้วยังให้ผลการตรวจอย่างเดิม ห้องปฏิบัติการจะต้องทำให้มั่นใจว่าจะไม่มีการออกรายงานผลการตรวจ หากผลการตรวจเพื่อควบคุมคุณภาพได้ค่าที่ออกนอกขอบเขตของค่าที่เป็นไปได้
3. นำระบบการติดตามตัวอย่างด้วยบาร์โค้ดเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดจากการติดตามตัวอย่างตรวจโดยใช้กระดาษ และเพื่อให้สามารถติดตามผลการทดสอบตามคำขอตรวจและการบันทึกผลการตรวจอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามตามกระบวนการเก็บตัวอย่าง การส่งตัวอย่าง การเตรียมและทดสอบตัวอย่าง ตลอดจนการรายงานผลการตรวจอย่างถูกต้องในสถานพยาบาล
5. พัฒนาระบบการระบุตัวผู้ป่วยและการติดตามสิ่งส่งตรวจที่ได้มาตรฐาน และง่ายต่อการที่บุคลากรจะสามารถติดตามได้ทุกครั้ง ตรวจสอบว่ามีการปฏิบัติตามในทุกขั้นตอนการเก็บตัวอย่างตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นอย่างดีเป็นลายลักษณ์อักษร พิจารณาการใช้รายการเพื่อการตรวจสอบให้ครบถ้วนแทนที่จะอาศัยความจำเพียงอย่างเดียว
6. ทำให้มั่นใจว่ามีการติดตามและตรวจสอบตัวอย่างสิ่งส่งตรวจทั้งหมดอย่างถูกต้อง ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากบริเวณที่ทำการเก็บตัวอย่างหรือก่อนการเก็บตัวอย่าง
7. จัดทำแนวทางมาตรฐานสำหรับคำขอตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบ “ขอผลด่วน” หรือคำขอตรวจที่มีความสำคัญลำดับสูง
8. รายงานผลการตรวจที่ต้องการเร่งด่วนหรือสำคัญไปยังแพทย์ ห้องผ่าตัด หรือห้องทำหัตถการต่างๆ โดยตรง ผู้ที่รับรายงานผลควรจะต้องอ่านทวนผลเพื่อการตรวจสอบและบันทึกไว้เพื่อยืนยันการได้รับผลดังกล่าว
9. จัดการคลังวัสดุชั้นสูงอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการขาดแคลนวัสดุชั้นสูง

เอกสารอ้างอิง

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049056/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16729864/>

การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด (Blood Safety)

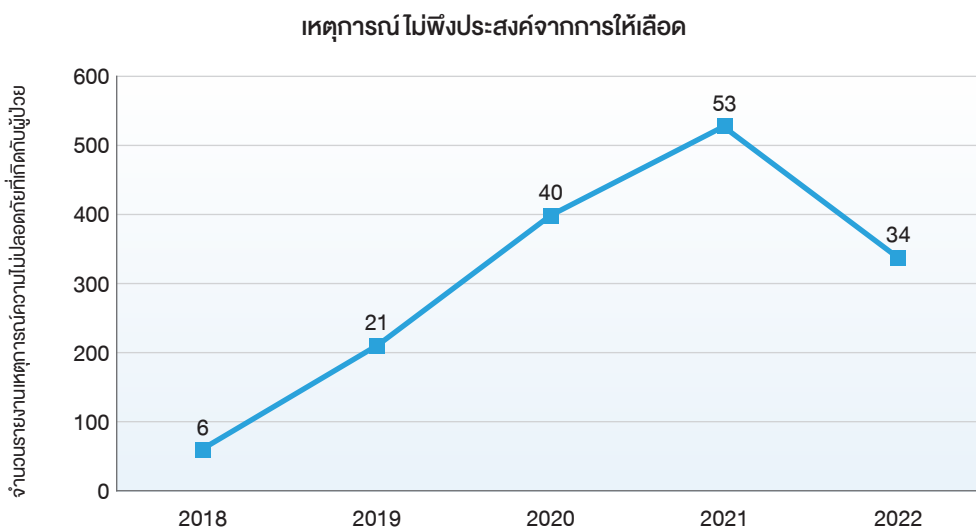
ประเด็นและความเป็นมา:

ทุกๆ วัน มีผู้ป่วยทั่วโลกที่ได้รับการให้เลือด แม้ว่าการให้เลือดเป็นหัตถการที่ทำบ่อยในสถานพยาบาล แต่ก็ยังเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงมากมายต่อผู้ป่วยที่ต้องรับเลือด ความเสี่ยงนั้นเกิดเมื่อมีการจัดการกระบวนการให้เลือดที่ไม่ดี มีการระบุตัวผู้ป่วยหรือกลุ่มเลือดของผู้ป่วยผิดพลาด ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการเจาะเลือดผิด หรือผู้ป่วยอาจจะได้รับการให้เลือดที่ปนเปื้อนด้วยเชื้อก่อโรคหรือมีจุลชีพที่ติดต่อกันได้ทางเลือด

บุคลากรจะต้องรอบคอบและให้ความระมัดระวังเพื่อให้มั่นใจว่าการให้ผลิตภัณฑ์ของเลือดเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล

ในประเทศไทย มีการรายงานจำนวนอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนับจากปีพ.ศ. 2562 ถึงปีพ.ศ. 2565 โดยมีจำนวนอุบัติการณ์สูงสุด 53 รายในปีพ.ศ. 2564

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



ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา

ขาดการปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด

- ไม่มีการตรวจสอบซ้ำ 2 ครั้ง โดยบุคลากรต่างคนกันก่อนการให้เลือด เพื่อให้มั่นใจว่ามีการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- มีการระบุและติดตามผลผลิตภันท์ของเลือดที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม หลังจากให้นำเอาผลผลิตภันท์ของเลือดออกมาจากธนาคารเลือด

บุคลากรขาดความเข้าใจในมาตรการให้เลือดอย่างปลอดภัย

- ไม่มีการสื่อสารเกี่ยวกับนโยบายและแนวทางการให้เลือดอย่างดีและทั่วถึง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

ทำให้มั่นใจว่าองค์กรมีนโยบายเกี่ยวกับการจัดการกระบวนการให้เลือดพร้อมในทุกๆ ด้าน

1. กระบวนการจัดหา จัดเก็บและขนส่งเลือดและผลผลิตภันท์ของเลือดจะต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ได้มาตรฐาน และมีการสื่อสารไปถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคน
2. ใช้ข้อมูลหลายลักษณะในหลายระบบสำหรับการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับเลือดหรือผลผลิตภันท์ของเลือดอย่างถูกต้อง, ดำเนินนโยบายด้านความปลอดภัยและการป้องกันความผิดพลาด เพื่อลดโอกาสของความคลาดเคลื่อนจากการเจาะเลือดผิด
3. พิจารณานำเอาระบบระบุเอกลักษณ์ด้วยคลื่นวิทยุ (RFID) หรือระบบการกำกับอื่นๆ เพื่อติดตามกระบวนการให้เลือดและผลผลิตภันท์ของเลือด ขณะที่อยู่ในหรือเมื่อออกจากธนาคารเลือดไปแล้ว ระบบดังกล่าวสามารถนำมาใช้เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ที่อาจหรือมีแนวโน้มความเสี่ยงทำให้เกิดปัญหา (near miss) ได้
4. มีการตรวจสอบซ้ำ 2 ครั้ง โดยบุคลากรต่างคนกัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน ณ จุดตรวจสอบสุดท้ายก่อนการให้เลือดหรือผลผลิตภันท์ของเลือด

ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันและมีส่วนร่วม

1. กรณีที่ทำได้ ผู้ป่วยควรให้คำยินยอมที่ถูกต้องสำหรับการรับเลือด โดยต้องได้รับข้อมูล และมีโอกาสสนทนากับบุคลากรอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรอาจไม่ใช่เรื่องจำเป็นในทางกฎหมาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางของแต่ละสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่
2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับการดูแลรักษาในทุกขั้นตอน

ความปลอดภัยของสถานพยาบาล

1. ทำให้มั่นใจว่ามีการฝึกอบรมบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเก็บเลือดและให้เลือด
2. ต้องมีการฝึกอบรมให้บุคลากรห้องปฏิบัติการหรือธนาคารเลือดทุกคนที่ทำหน้าที่รับเลือด และผลิตภัณฑ์จากเลือด 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) ภัยคุกคามด้านไซเบอร์ยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นทวีคูณ 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

การรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศนั้นจะให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) การปกป้องข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย (confidentiality) 2) การควบคุมความถูกต้องของข้อมูล (integrity) และ 3) การประกันว่าสามารถเข้าถึงเพื่อใช้ประโยชน์ของข้อมูลได้ (availability) ภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่อาจเกิดขึ้นกับองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่ง อาจส่งผลให้เกิดประเด็นทางกฎหมายหรือทำให้สถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการเกิดความสูญเสียทางการเงิน เนื่องจากทำให้เกิดความทุกข์แสนสาหัสต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

ขาดแคลนทรัพยากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และใช้เทคโนโลยีซึ่งมีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ล้าสมัย

ขาดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์และธรรมาภิบาล เพื่อจัดการกับการใช้ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล

แพทย์ขาดความรู้และองค์ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางไซเบอร์

มีระบบที่ใช้มานานหรือที่สร้างขึ้นมาอย่างจำเพาะ (เช่น เครื่องมือทดสอบทางห้องปฏิบัติการ) ที่ยังใช้ระบบปฏิบัติการที่ล้าสมัย เช่น ขาดการซ่อมเสริมเพื่อยกระดับความมั่นคงปลอดภัยของระบบ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางไซเบอร์ (lack of Patch Contributors) เป็นต้น

ทีมสำหรับการสร้างธรรมาภิบาลของข้อมูลขาดการสนับสนุนจากผู้นอังกอร์

ขาดการจัดการเพื่อความต่อเนื่องของการให้บริการ (lack of business continuity) (เช่น มีความยืดหยุ่นทางไซเบอร์ เพื่อให้สามารถรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์ และกู้คืนระบบให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ)

แผนกข้อมูลสารสนเทศมักจะทำงานในลักษณะแยกส่วนต่างคนต่างอยู่ และไม่มีส่วนร่วมกับความพยายามสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วย

วัฒนธรรม, กาวผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ความพร้อมของนโยบาย

- พัฒนาแผนการรับมือเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศถูกละเมิด โดยพิจารณาถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือแพทย์และความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามขั้นตอนที่จำเป็นหลังจากเกิดเหตุการณ์ (เช่น การเปลี่ยนรหัสผ่านทั้งองค์กรภายหลังจากที่ถูกโจมตีทางไซเบอร์, การตั้งระบบปฏิบัติงานให้กลับไปเป็นค่าเริ่มต้นจากโรงงาน, เปลี่ยนอุปกรณ์หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หากมีความจำเป็น) จัดการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะเพื่อปฏิบัติตามแผนการรับมือกับเหตุการณ์
- ทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีความมีการควบคุมความมั่นคงปลอดภัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศพร้อม ตัวอย่างเช่น ทำให้มั่นใจว่าผู้ใช้ระบบมีสิทธิ์ในการเข้าถึงระบบตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ซึ่งผู้บริหารจัดการระบบจะมีสิทธิ์แตกต่างไปจากแพทย์, จัดให้มีการยืนยันตัวตนโดยใช้หลายปัจจัยตามความจำเป็น, และมีการตรวจสอบบันทึกการใช้งาน
- ทำการวิเคราะห์เพื่อหาช่องโหว่ของความมั่นคงทางไซเบอร์ขององค์กรเพื่อบ่งชี้ถึงจุดเปราะบางของระบบและมีการจัดการกับความเสี่ยง

2. ทำให้มั่นใจว่ามีโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่พร้อม

- การทำให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสูงนั้น จำเป็นจะต้องการจัดการกำหนดค่า การจัดการกับการเปลี่ยนแปลง การเข้าสู่ระบบและการติดตามการใช้งาน
- พิจารณาการลงทุนซื้อคอมพิวเตอร์โปรแกรมหรือเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการป้องกันการโจมตีทางไซเบอร์ ดีกว่าจะใช้แนวทางการตอบสนองต่อปัญหาซึ่งได้เกิดขึ้นไปแล้ว, ดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อการถูกโจมตีทางไซเบอร์ของเครื่องมือหรือระบบบริการใดๆ
- ควรมีการติดตามกำกับการใช้อุปกรณ์หรือระบบการสำรองข้อมูล และปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

ระบบการเรียนรู้

สร้างวัฒนธรรมด้านไซเบอร์ที่ดีในบุคลากรสุขภาพ ด้วยการฝึกอบรมให้เกิดความรู้ด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (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-cyberattacks/>

การดื้อยาต้านจุลชีพ

ประเด็นและความเป็นมา:

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อจุลชีพ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา และเชื้อปรสิต มีการกลายพันธุ์ตามกาลเวลา ทำให้ไม่เกิดการตอบสนองต่อการใช้ยาต้านจุลชีพดังที่ต้องการ ยาที่ใช้เพื่อต่อต้านจุลชีพ เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาต้านไวรัส ยาต้านเชื้อรา และยาต้านปรสิต เมื่อการใช้ยาต้านจุลชีพไม่ได้ผลจะคุกคามทำให้การป้องกันและการรักษาการติดเชื้อขาดประสิทธิภาพ เพื่อความเสถียรที่จะการแพร่กระจายเชื้อโรคล่าเหล่านั้น ในรายที่รุนแรง เมื่อไม่สามารถรักษาโรคติดเชื้อเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพผลอาจจะนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

สืบเนื่องจากปัญหาความขาดแคลนในด้านการพัฒนา ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่หรือการปรับปรุงชนิดเดิมให้ดีขึ้น จึงต้องพยายามเอาชนะประเด็นปัญหาเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพโดยตรงด้วยการส่งเสริมให้มีการสั่งยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในทุกๆ ระดับ ตลอดจนการยกระดับขีดความสามารถในการระบุเชื้อจุลชีพที่ก่อโรคติดเชื้อก่อนที่จะมีการสั่งจ่ายในทุกๆ รูปแบบ

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

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

ตามลำดับ) แต่ยังคงมีความท้าทายในการทำให้ประเด็นปัญหานี้ลดลงไปได้อีก (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

ความเข้าใจและความรับรู้ที่จำกัดของสาธารณะทำให้ผู้ป่วยบริโภคยาปฏิชีวนะไม่ครบ ระยะเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยมักยืนยันว่าต้องการได้ยาปฏิชีวนะทั้งที่ไม่มี ความจำเป็น

ขาดมาตรการควบคุมการติดเชื้อ

การเข้าถึงยาปฏิชีวนะอย่างสะดวกสบาย (ผู้ป่วยสามารถซื้อยาปฏิชีวนะได้ทุกที่ ทุกเวลา)

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

วัฒนธรรม, กาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล

1. ดำเนินกระบวนการในลักษณะสหวิชาชีพเพื่อติดตามกำกับ การปฏิบัติตามนโยบายและ ข้อพึงระวังในการสัมผัสเชื้อที่ได้มาตรฐาน
2. ดำเนินการตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. ประเมินโครงการขององค์กรเกี่ยวกับการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ อย่างเหมาะสม เพื่อให้มั่นใจว่าโครงการดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวทางและ ข้อเสนอแนะในปัจจุบัน ตลอดจนเพื่อให้มั่นใจว่ามีการสื่อสารอย่างดีกับบุคลากรทุกคน
4. สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมที่สุด โดยเลือกขนาดยา ระยะเวลา และวิธีการบริหารที่เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วย
5. เสริมสร้างความเข้มแข็งของนโยบาย โครงการ และการดำเนินงานตามมาตรฐาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในทุกพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

ระบบการเรียนรู้

1. รวบรวมข้อมูลที่สำคัญ เช่น อัตราการเพาะเชื้อที่ขึ้นเชื้อปนเปื้อน, แบบแผนการส่งจ่ายยาของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล และรายงานการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม เพื่อติดตามกำกับอุบัติการณ์หรือความเคยชินในการสั่งจ่ายและบ่งชี้ว่าจะสามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะได้ในขั้นตอนใด พิจารณาการใช้ใบสั่งยาสำหรับยาต้านจุลชีพโดยเฉพาะเพื่อติดตามการจ่ายยาปฏิชีวนะ
2. เผยแพร่แบ่งปันข้อมูลข่าวสารและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องให้กับบุคลากร เพื่อให้เกิดการทำงานประสานงานร่วมกันในระหว่างหน่วยงานทุกหน่วย รวมไปถึงเครือข่ายและองค์กรบริการสุขภาพอื่นๆ
3. ให้ความรู้กับแพทย์และสาธารณะเพื่อให้ยุติการใช้ยาปฏิชีวนะในทันทีที่พบว่าโรคติดเชื้อที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย แทนที่จะรอจนได้รับยาปฏิชีวนะจนครบระยะเวลา

ผู้ป่วยและครอบครัว: ความผูกพันและการมีส่วนร่วม

ให้ความรู้กับประชาชน

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

เอกสารอ้างอิง

https://www.medscape.com/viewarticle/990557?ecd=wnl_reclnew1_ous_230410_MSCPEDIT_&uac=370598CZ&implID=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

ในการบ่งชี้ถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ก่อนอื่น เราจะต้องมั่นใจว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยจะต้องถูกรายงาน การรายงานเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการบ่งชี้ถึงความปลอดภัยและยุทธศาสตร์ในการบรรเทาความเสี่ยงเพื่อให้เกิดการยกระดับความปลอดภัยตลอดทุกขั้นตอนของบริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องรายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องที่มีผู้ป่วยมีการร้องเรียน, 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 อันดับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2566

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

10 อันดับประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2566

: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2566

100 หน้ารวมปก

ISBN: 978-616-8024-56-0

บรรณาธิการ

พญ.ปิยวรรณ ลัมปัญญาเลิศ

พญ.เอกจิตรา สุกกุล

นพ.กรนง พิลาสัย

ร.อ.หญิงปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี

นางสาวเนตรนภา ปานนม

จัดทำและเผยแพร่โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

และ: Emergency Care Research Institute (ECRI) Asia Pacific Regional Office

เลขที่ 88/39 อาคารสูงภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2027 8844 โทรสาร 0 2026 6680

www.ha.or.th

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวนพิมพ์

ออกแบบรูปเล่ม/พิมพ์ที่

ISBN

พฤศจิกายน 2566

1,000 เล่ม

เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล

978-616-8024-56-0

