

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 3/2558

เรื่อง "ชีวิตดีดี...ถ้ามีคุณภาพและความปลอดภัย"

วันจันทร์ที่ 27 เมษายน 2558 เวลา 13.00-15.00 น.

ณ ห้องประชุมอภิตายาทกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

รศ. ดร. นพ.วิชัย วงศ์ชนะภัย

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

รศ. พญ.วีรณัฐ รอบสันติสุข

ภาควิชาอายุรศาสตร์

พว. จุฬารัตน์ ประสงค์

ฝ่ายการพยาบาล

นายกฤษณ์ สุวรรณภูเต

หัวหน้างานอุปกรณ์ทางการแพทย์

นางนงนุช ภูมิสนธิ์

หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย

ผู้ดำเนินรายการ

นางสาวพรจิตร ศิริพานทอง

งานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย

การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 3/2558 ได้รับเกียรติจาก **รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม** รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม โดยกล่าวว่า การประชุมครั้งนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับ Risk Management (RM) เพื่อที่จะดูแลรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้มีคุณภาพสูงสุด สอดคล้องกับนโยบายของคณะฯ และโรงพยาบาล ทั้งนี้หวังว่าผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน จะได้แนวคิดไปพัฒนา กระบวนการให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานต่อไป และในนามของคณะฯ ขอขอบคุณพิธีกร และผู้ร่วมจัดการประชุมในครั้งนี้ทุกท่าน

ผศ.นพ.วิศิษฐ์ วามวาณิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กล่าวว่า โรงพยาบาลจะคงอยู่ได้ ต้องดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากความปลอดภัย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยมีนวัตกรรมเป็นองค์ประกอบ ซึ่งการประชุมครั้งนี้จะกล่าวถึง การส่งเสริมกันระหว่างคุณภาพและความปลอดภัย เพราะถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเรียนรู้ และศึกษาตัวอย่างจากผู้มีประสบการณ์จริง

ความเสี่ยง คือ ความเสียหายที่มีโอกาสเกิด แต่ยังไม่ได้เกิดขึ้น เช่น โอกาสในการฉีดยาผู้ป่วยผิด ซึ่งการจะลดความเสี่ยงได้ สิ่งสำคัญ คือ การตระหนัก ประเมินสาเหตุ/ผลกระทบ และวิธีการป้องกัน แต่หากเกิดความเสียหาย ต้องมีการรวบรวมข้อมูล ดำเนินการให้เป็นกระบวนการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด และ



ไม่เกิดขึ้นซ้ำ ซึ่งหัวใจสำคัญคือ การเรียนรู้ และทอดถ่ายข้อมูล โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นจะนำมาซึ่งคุณภาพ และคุณภาพจะนำมาซึ่งความเสี่ยงที่ลดลง

รศ. ดร. นพ.วิชัย วงศ์ชนะภัย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กล่าวว่า ระบบงานต่าง ๆ ภายในคณะฯ มีเป้าหมายคือ ความปลอดภัย ความมีคุณภาพ ความคุ้มค่า และความพึงพอใจ โดยครั้งนี้จะกล่าวถึง 2 เรื่อง คือ ความปลอดภัย และคุณภาพ ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของคณะฯ

คุณภาพ (Quality) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 นิยามว่า ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ

ความปลอดภัย (Safety) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 นิยามว่า พันภัย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) องค์การอนามัยโลก (WHO) นิยามว่า การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้น จากการบริการสุขภาพ ให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้ กล่าวคือ ระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้บนพื้นฐานของข้อมูล ความรู้ ทรัพยากร และบริบทที่เกี่ยวข้องรวมถึงความเสี่ยงระหว่างการไม่ได้รับหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

ความปลอดภัยและคุณภาพ เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกัน แต่ในการประเมินผลว่าสิ่งใดคือคุณภาพ จะทำได้ยากกว่าการประเมินผลด้านความเสี่ยง เนื่องจากไม่ได้ดำเนินการประเมินทุกด้าน แต่ในภาพรวมไม่มีความแตกต่างกัน เพราะทั้ง ความปลอดภัย (Safety) ความเสี่ยง (Risk) และคุณภาพ (Quality) ถือว่าเป็น 3 ส่วนที่ส่งเสริมกัน

ความเสี่ยงมีอยู่ในทุกเรื่อง จะประเมินผลได้หรือไม่ ต่างกันไปตามปัจจัย ซึ่งการดำเนินการให้ความเสี่ยงลดลงมาในระดับที่ยอมรับได้ เปรียบเสมือนการแข่งขัน โดยขึ้นอยู่กับตัวบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กรที่เป็นผู้กำหนด เพื่อให้ความเสี่ยงเหลือน้อยที่สุด เนื่องจากความเสี่ยงไม่สามารถทำให้เหลือศูนย์ได้ ทั้งนี้ต้องไม่ลืมว่าแนวคิดทั้งหมดต้องปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ เช่น ค่าใช้จ่าย ผลประโยชน์ ซึ่งก่อให้เกิดการชั่งน้ำหนักถึงผลลัพธ์ที่จะได้รับก่อนปฏิบัติจริง ทั้งนี้ในบางสถานการณ์ ความสำคัญไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนเงิน แต่ **“คุณภาพและความปลอดภัย” ความสำคัญอยู่ที่ต้องใส่ใจ**

น.ส.พรจิตร ศิริพานทอง งานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย ผู้ดำเนินรายการ กล่าวแนะนำวิทยากร และชี้แจงกรณีมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือประเด็นสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมประชุมดำเนินการหลังจากวิทยากรกล่าวในช่วงท้าย

รศ. พญ.วีรณัฐ รอบสันติสุข ภาควิชาอายุรศาสตร์ กล่าวถึงโครงสร้างบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานบริการ ในภาควิชาอายุรศาสตร์ว่า ปัญหาหลักในการดำเนินการ คือการหมุนเวียนของกลุ่มแพทย์ประจำบ้าน สำหรับกลุ่มพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล มีการให้ความร่วมมืออย่างดี เนื่องจากเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และความเสี่ยง ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ พบว่า สาเหตุปัญหา คือ บุคลากรขาดความตระหนักต่อความปลอดภัยในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เนื่องจากไม่เคยเรียนรู้และถูกฝึกสอน และสนใจเฉพาะความรู้ทางการแพทย์ แต่ในปัจจุบัน ความต้องการด้านบริการ และความปลอดภัยมีเพิ่มขึ้น การส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว และการป้องกันความเสียหายที่มากขึ้น รวมทั้งสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้ต้องยกระดับคุณภาพการบริการความปลอดภัยให้มากขึ้น จึงกลับมาทบทวนว่าจะดำเนินการอย่างไร ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าจะป้องกันได้

จากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ พบว่า แม้ตัวเลขอุบัติการณ์มีจำนวนไม่มาก แต่บางเหตุการณ์ไม่ควรเกิดขึ้น ตัวอย่างรายงานอุบัติการณ์ ที่ไม่ควรเกิดแต่ยังเกิดซ้ำ ๆ เช่น Insulin Thoracentesis Blood transfusion (ให้เลือดผิดพลาด) การทำหัตถการผิดพลาด เป็นต้น ทั้งนี้ในภาควิชาฯ มี Flow Chat และแนวทางการกำหนดนโยบายชัดเจน แต่พบว่าไม่มีการปฏิบัติตาม จึงคิดย้อนกลับไปถึงสิ่งที่เคยดำเนินการได้แก่ การอบรมแพทย์ประจำบ้านเรื่องนโยบายคุณภาพของคณะฯ การ Feedback ผู้เกี่ยวข้องโดยตรง และจัดกิจกรรม Walk and talk สุ่มตรวจเป็นระยะ ๆ และพบว่า สิ่งที่ทำดำเนินการนั้น เอกสารมีไม่ครบถ้วน ไม่มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างจริงจัง เพราะไม่มีการทำด้วยหัวใจ และคำนึงถึง Patient Safety

หลายท่าน อาจมีความคิดว่าการที่มีภาระงาน และผู้ป่วยจำนวนมาก ความผิดพลาดย่อมเกิดขึ้นได้ แต่นั่นเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกัน ไม่สามารถนำมาคิดรวมกันได้ โดยให้ลองคิดกลับกัน หากตัวเราเป็นผู้ป่วย เราคงไม่อยากให้เกิดความผิดพลาด ดังนั้นจึงต้องตระหนักและใส่ใจ ซึ่งจากการประชุมได้ข้อสรุปว่า การทำหัตถการต้องทำตาม time out ถ้าไม่ทำตามจะไม่มีกรช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ และหลังจากผ่านไปประมาณ 1 สัปดาห์ เข้าทำการตรวจสอบ พบว่าแพทย์ประจำบ้านคนเดิมยังคงทำผิดซ้ำ คือ ไม่มีการทำตาม time out จึงได้ **คิดใหม่ ลองใหม่** จากที่เคย feedback เฉพาะคนที่ทำผิดพลาด ขยายวงกว้างไปในทุกระดับ ซึ่งการดำเนินการในขณะนั้น ยังขาดผู้ที่ดำเนินการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านพัฒนาคุณภาพ แต่ได้รับความกรุณาจากหัวหน้าภาควิชาฯ เข้ามาร่วม และได้ดำเนินการดังนี้

1. เรียนเชิญอาจารย์ในสาขาวิชาที่มีการทำหัตถการหรือการรักษาที่มีความเสี่ยงมาเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพของภาควิชาฯ

2. Feedback: แจ้งรายงานอุบัติการณ์แก่ผู้เกี่ยวข้อง และหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าสาขาวิชา รองหัวหน้าภาค และฝ่ายการศึกษาทั้ง 2 ระดับ โดยให้สาขาวิชาหรืออาจารย์ประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการตอบกลับ
3. ร่วมกับหัวหน้าภาคฯ เดินสายพบอาจารย์ในสาขาวิชาต่าง ๆ
4. แจ้งประเด็นสำคัญในที่ประชุมภาคฯ โดยให้เป็นเรื่องแรกในการประชุม
5. วางแนวทางและมอบหมายผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ โดยให้กรรมการการศึกษาแต่ละชั้นปีเป็นผู้อบรม นักศึกษาแพทย์ เรื่องนโยบายคุณภาพของคณะฯ

ทั้งนี้ได้ยกตัวอย่าง ปัญหาและการแก้ไข การสั่งการรักษาด้วยอินสุลินในผู้ป่วยเบาหวานว่า ได้ดำเนินการประชุมแก้ไข โดยให้ฝ่ายพัฒนาคุณภาพเป็นผู้ดำเนินการจัดประชุม และเชิญฝ่ายการพยาบาล และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้อินสุลินที่ถูกต้องและได้มาตรฐาน ควรทำอย่างไร จนได้แนวทางการสั่งการรักษา ซึ่งจากการเก็บข้อมูล พบว่ารายงานอุบัติการณ์ลดลง ทั้งนี้การวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ ไม่ได้เข้าดำเนินการทุกครั้ง แต่หากพบประเด็น หรือเกิดข้อคำถามจะต้องรีบดำเนินการทันที

การแก้ปัญหาผู้ป่วยหนักที่ hemodialysis unit เนื่องจากผู้ป่วยที่ส่งฟอกเลือดมีโรคร่วมหลายโรค หรือมีอาการหนัก สถานที่คับแคบ ไม่มีแพทย์ประจำ จึงได้จัดประชุมร่วมระหว่างฝ่ายพัฒนาคุณภาพ สาขาวิชาจักษุวิทยา สาขาเวชบำบัดวิกฤติ ฝ่ายการพยาบาล และฝ่ายผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเรื่องโรคร่วมของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จึงแก้ไขที่สถานที่ โดยย้ายสถานที่ให้บริการมาที่บริเวณ หออภิบาล ดิโกอัษฎางค์ ชั้น 3 เพื่อลดระยะการเดินทาง เพิ่มพื้นที่และคุณภาพของการบริการ ซึ่งจากการติดตามผล สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากขึ้น

จากการเข้าประชุม HA Nation Forum ได้นำข้อมูลโรงพยาบาลในกลุ่มที่ 1, 2, 3 มา benchmark ซึ่งพบว่า ผล KPI ที่ทางภาควิชา ทำได้มากกว่า 2-3 เท่าของโรงพยาบาลที่ได้อันดับดี จึงนำผลกลับมาประชุม วิเคราะห์ ปรัชษากันถึงการเก็บข้อมูลว่า ที่ผ่านมามีหรือไม่ถูกต้อง หรือลักษณะของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ซึ่งภาควิชา อาจทำการเปรียบเทียบกันภายในโรงพยาบาล และอย่างน้อยที่สุด ควรมีการมอนิเตอร์ การบริการ คุณภาพของโรงพยาบาล และหลังจากทำการกระตุ้นเรื่องการเก็บข้อมูล พบว่ามีการจัดเก็บที่ดี โดยปัจจุบันมีการ benchmark กับโรงพยาบาลอื่น รวมทั้งระดับอินเตอร์เนชั่นแนล และก่อให้เกิดโครงการอื่น ๆ เพิ่ม เช่น โครงการ Catheter Reminder and Evaluation (CaRE) เพื่อลดระยะเวลาในการคาสายสวนและป้องกัน



การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการคายสวน โครงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Preadmission Orientation)

ความภาคภูมิใจ ที่ได้รับคือ ในปีการศึกษา 2558 คณะฯ กำหนดให้มีการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ในระดับแพทยศาสตรบัณฑิต และคณะกรรมการการศึกษาหลังปริญญา ของภาควิชาอายุรศาสตร์ เห็นควรให้มีการจัดการสอนดังกล่าวให้แก่แพทย์ประจำบ้านด้วย

ผู้ดำเนินรายการ กล่าวสรุปว่า การที่จะมีระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อให้มีคุณภาพและความปลอดภัย ต้องมีความเพียร โดย รศ. พญ.วีรณัฐ รอบสันติสุข ได้ใช้เทคนิค การคิดใหม่ ทำใหม่ ให้บุคลากรมีความตระหนัก และให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกันคิด วิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไข เพื่อร่วมกันเป็นทีมเดียว

พว. จุฬารัตน์ ประสงค์ ฝ่ายการพยาบาล กล่าวถึง Preventing pressure ulcers ในนโยบาย Siriraj's Patient Safety Goals 2014 ว่า เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ถือเป็นความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยข้อมูล ความชุกของแผลกดทับ ที่มีการเก็บปีละ 2 ครั้ง และการเทียบเคียงกับโรงพยาบาลในระดับตติยภูมินั้น พบว่า ยังไม่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ อีกทั้ง Cost & Benefit ก็มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ ดังนั้นจึงนำกลับไปทบทวนและได้พบสิ่งที่ศิริราชมี ดังนี้

- นวัตกรรมดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ
- โครงการป้องกันแผลกดทับของหน่วยงานต่าง ๆ
- WI การป้องกันแผลกดทับ
- การทำวิจัย ทศนคดีต่อแผลกดทับ ซึ่งพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของพยาบาลและผู้ช่วย

พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (นิวรรณและคณะ, 2009)

แต่สิ่งที่ศิริราชยังไม่มีคือ Prevention Pressure Ulcer Guideline ที่เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันทั้งโรงพยาบาล จึงได้ศึกษาข้อมูลจำนวนมากจากต่างประเทศ และพบว่าข้อมูลบางข้อไม่สามารถนำมาใช้ในโรงพยาบาลศิริราชได้ จึงกำหนดแนวปฏิบัติขึ้น โดยการทบทวน เพื่อความมั่นคงของผลลัพธ์ ซึ่งเลือกทีมวิจัยจากพยาบาลออสโตมีและแผล และให้พยาบาลรุ่นใหม่ ๆ ได้เข้าร่วม เพื่อที่สามารถทดแทนพยาบาลที่จะเกษียณได้ จากการร่วมทีม ได้สร้าง Flow แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของศิริราช (Siriraj Prevention Pressure Ulcer Guideline) และนำแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าว ทำวิจัยร่วมกับอีก 8 หอผู้ป่วย ทั้งนี้ผลการวิจัย พบว่า หอผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติฯ ดังกล่าว เกิดแผลกดทับร้อยละ 9.3 ส่วนหอผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม เกิดแผลกดทับร้อยละ 24.5 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) จึงคิดที่จะ



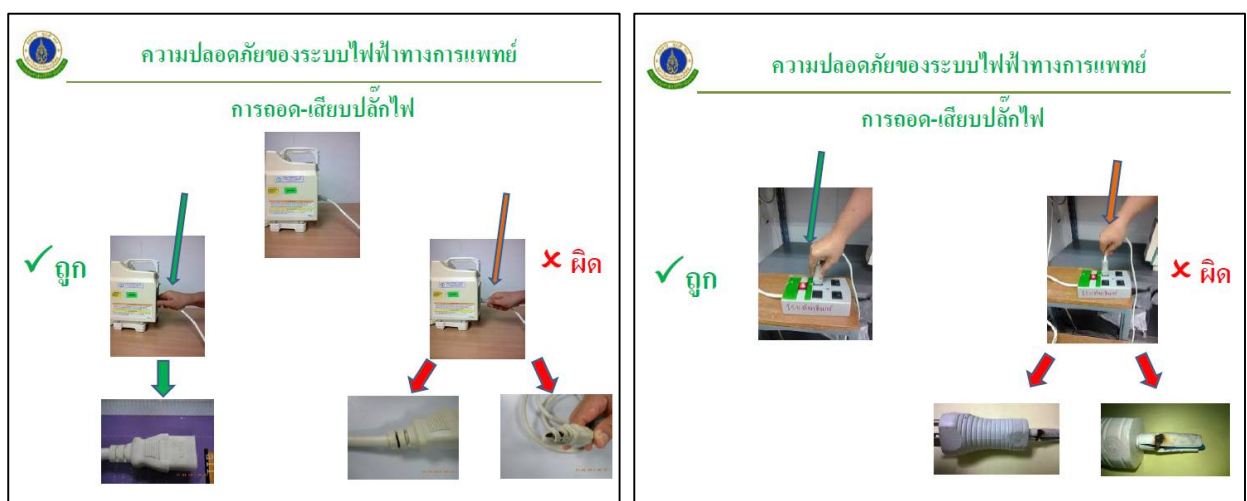
ซึ่งจากผลลัพธ์ พบว่า อุบัติการณ์แผลกดทับมีน้อยลง และอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น เรื่องความชุกของแผลกดทับ ปี 2553-2558 พบว่ายังไม่ผ่านระดับยอมรับได้ จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และพบว่า ความชุกของแผลกดทับบริเวณใบหูมีเป็นจำนวนมาก ซึ่งนอกจากจะเกิดจากปัญหาการนอนทับ ยังเกิดจากการกดทับของอุปกรณ์ทางการแพทย์/การรักษา (Medical Device Related Pressure Ulcers: MDRPU) จึงทำการเปรียบเทียบแผลกดทับในแต่ละระดับ ระหว่างแผลกดทับที่เกิดจากสาเหตุปกติ และแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์/การรักษา พบว่าแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์/การรักษามีมากขึ้น จึงจะนำมาพัฒนาในเรื่องของความเสี่ยงของแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุแบบนี้ขึ้น ต้องป้องกันให้ได้มากที่สุด และเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

ทั้งนี้ กำหนดให้มีการประชุม Preventing Hospital Acquired Pressure Ulcers ในวันที่ 28 เมษายน 2558 เพื่อให้ความรู้ และสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายว่า Hospital Acquired Pressure Ulcers ≤ 5 ในวันที่ 10 สิงหาคม 2558 ที่มีการเก็บข้อมูลความชุกของแผลกดทับ

นายกฤษฎ์ สุวรรณภูเต หัวหน้างานอุปกรณ์ทางการแพทย์ กล่าวถึงประสบการณ์ การสร้างความปลอดภัยอย่างไรให้เกิดคุณภาพว่า เครื่องมือแพทย์สามารถแบ่งประเภทได้หลายรูปแบบ โดยในที่นี้จะแบ่งตามความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเภทความเสี่ยงสูง (High Risk) ได้แก่ Anesthesia units, Electrosurgical units, Ventilator, Infusion pump, Pacemaker, Incubators
2. ประเภทความเสี่ยงปานกลาง (Medium Risk) ได้แก่ X-ray machine, Vacuum Centrifuge, Hematocrit, Baby Weight, Infant warmer
3. ประเภทความเสี่ยงต่ำ (Low Risk) ได้แก่ Thermometer, Flow meters, Water bath, blood pressure, Suction, Pack heater

เครื่องมือแพทย์จะปลอดภัย ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ รู้และเข้าใจถึงการใช้เทคโนโลยีของเครื่องมือแพทย์ รู้วิธีการดูแลและบำรุงรักษา รวมทั้งกำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับของวิธีการใช้อย่าง ปลอดภัย ทั้งนี้หน่วยงานอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีหน้าที่ดูแลอุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งต้องดำเนินการให้มีความปลอดภัยมากที่สุด แต่ขณะเดียวกัน ผู้ใช้ ถือเป็นส่วนสำคัญ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงได้ ดังนั้นจึงต้องร่วมมือทุกฝ่ายช่วยกันป้องกันการเกิด Human Factors และขอยกตัวอย่าง ความปลอดภัยของระบบไฟฟ้าทางการแพทย์ เรื่อง สายไฟ (Power cord) และแสดงให้เห็นการถอด-เสียบปลั๊กไฟที่ถูกต้อง (รูปที่ 2) ดังนี้

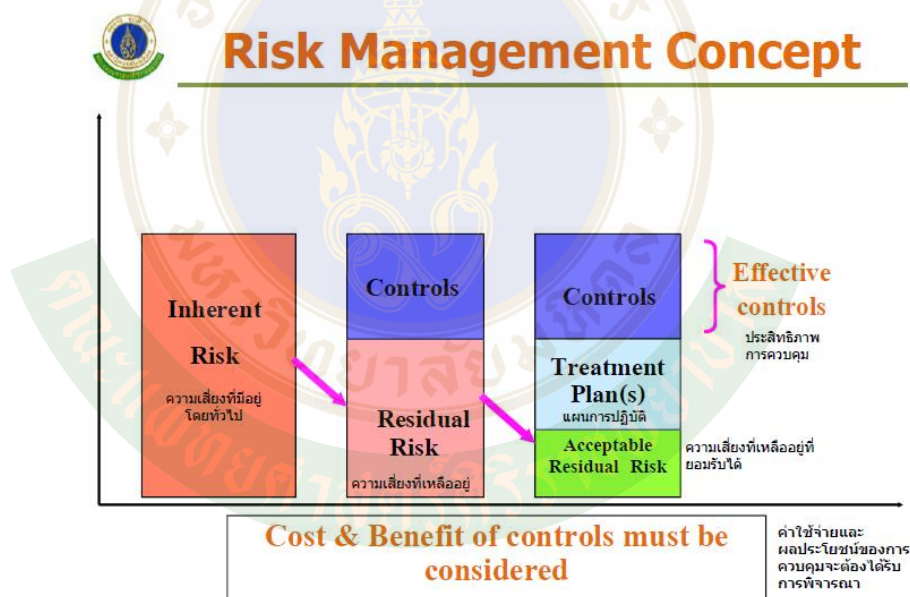


รูปที่ 2: การถอด-เสียบปลั๊กไฟที่ถูกต้อง

ในการดำเนินงานต่าง ๆ นั้น ต้องทราบว่าความเสี่ยงคืออะไร หากไม่ทราบต้องถามผู้ที่มีความรู้ และทุกคนต้องร่วมมือกัน นำปัญหาที่พบมาคิดแก้ไข

ผู้ดำเนินรายการ กล่าวสรุปว่า การจะใช้เครื่องมือแพทย์ให้ปลอดภัย สิ่งสำคัญต้องใช้ไฟฟ้าให้เป็น ผู้ใช้งานต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการใช้ ดึงให้ถูก เสียบให้เป็น

นางนงนุช ภูมิสนธิ หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย กล่าวถึงประเด็นที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กล่าวไว้ว่า โรงพยาบาลมีระบบบริหารความเสี่ยงเป็นจำนวนมาก และมีมานาน แต่ทำไมยังไม่สามารถอยู่ในระดับที่พึงพอใจได้ ดังนั้นอาจจะต้องมองไปทางจิตวิญญาณให้มากขึ้น หรือที่ทฤษฎีของความเสี่ยงได้กล่าวไว้ในเรื่องของ Human ดังจะเห็นได้จากที่วิทยากรทั้ง 3 ท่าน มีการกล่าวถึงเรื่องของ Human ซึ่งการจะดำเนินการได้นั้น ต้องมี Awareness (ความตระหนัก)



รูปที่ 3: Risk Management Concept

ทุกครั้งที่ดำเนินชีวิตหรือทำงาน หากไม่มีความรู้ ความเสี่ยงจะเกิดขึ้นอยู่เสมอ แต่ถ้ามีความรู้ ได้แก่ มาตรฐาน แนวทางปฏิบัติ และวิชาชีพในการทำงาน จะช่วยให้เกิดการควบคุม (Controls) แต่จากภาพ จะเห็นได้ว่า ยังคงมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น และอาจนำไปสู่ความเสี่ยงซ้ำ ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะหยุดนิ่ง ต้องทำการประเมิน และนำอุบัติการณ์ Feedback ที่เกิดขึ้น มาทบทวน วางแผนและดำเนินการใหม่ อย่างไม่มีความท้อถอย ดำเนินการทำแผนการปฏิบัติ (Treatment Plan) จนกระทั่งความเสี่ยงอยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ ทั้งนี้ไม่ใช่เพียงแต่ผู้ป่วยปลอดภัย ตัวผู้ปฏิบัติต้องปลอดภัยด้วย

จากการเก็บข้อมูลความเสี่ยงของ JCI พบว่า ความเสี่ยงที่เกิดจาก Human เป็นปัญหาสูงสุด รองลงมา คือ ผู้นำ (Leadership) การสื่อสาร (Communication) และการประเมิน (Assessment)

องค์ประกอบการวิเคราะห์หา Human Factor ของ JCI พบว่า ถ้ามีการจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสม และเพียงพอต่อการทำงาน โดยมีการผสมการทำงานระหว่างผู้มีประสบการณ์ และไม่มีประสบการณ์ โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดจากการทำงานของคนจะลดลง โดยหลังการให้ความรู้ หรือการอบรมต้องมีการประเมิน หรือมีการกำกับดูแล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ Leadership มีส่วนร่วมสำคัญเป็นอย่างมากในเรื่องของการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ เช่น การออกแนวปฏิบัติ การกำกับดูแล ดังนั้นการที่ความเสี่ยงจะลดลง Human และ Leadership ต้องไปในทิศทางเดียวกัน

การสื่อสาร (Communication) จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีการสื่อสารจำนวนมากที่ก่อให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน รวมถึงการบันทึกที่ผู้รับสารไม่สามารถเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ได้ และการประเมิน (Assessment) ในการดำเนินการต่าง ๆ ต้องมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจจับจุดที่เปลี่ยนแปลงได้ทันเวลา

Human จะดำเนินการได้ดี สิ่งแรกคือการรับรู้ และจดจำ เพื่อนำมาปฏิบัติหรือปรับปรุงในการดำเนินงานให้ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการดำเนินงานนั้น การสื่อสารจะเข้ามามีบทบาทสำคัญ และอีกสิ่งสำคัญที่ขอเชิญชวนให้ปฏิบัติ คือ Situation Awareness มีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง (Perception) เชื่อมโยงความสัมพันธ์ และเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ (Comprehension) และสามารถสร้างจินตภาพได้ (Projection)

ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ กล่าวสรุปว่า สิ่งสำคัญที่ได้รับในวันนี้คือการมุ่งเน้นที่ No Harm ซึ่งจะดำเนินการได้นั้นต้องมีกระบวนการที่ทำให้ทราบว่าอะไรทำให้เกิดความเสี่ยง และดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น แต่ในการปฏิบัติจริงอาจทำได้ยาก เนื่องจากมีสิ่งที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้นได้เสมอ รวมทั้งปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการจะป้องกันความเสี่ยงได้ต้องอาศัยหลายปัจจัย ซึ่งสิ่งหนึ่งคือ ตัวบุคคลจะต้อง alert มากขึ้น มีการหาองค์ความรู้เพื่อให้เกิดปัญญา และสื่อสารอย่างทั่วถึง รวมทั้งมีนโยบายเข้ามาช่วย และสร้างความมีส่วนร่วม สู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องช่วยกัน ซึ่งสิ่งสำคัญคือ ต้องรู้ให้ไว โดยอาศัยความตระหนักรู้ว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงหรือไม่ แต่แม้ว่าจะมีความรู้ แต่ไม่มีสติ ก็ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ ดังนั้นจึงควรมีทั้งสติ และปัญญาควบคู่กัน

ผู้บันทึก และถอดบทเรียน

นางสาวชลิตา มิ่งขวัญ

ผู้ตรวจสอบบทเรียน

นางสาวสมใจ เนียมหอม

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



รศ. ดร. นพ.วิชัย วงศ์ชนะภัย

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช



รศ. พญ.วีรณัฐ รอบสันติสุข

ภาควิชาอายุรศาสตร์



พว. จุฬาทพร ประสงค์

ฝ่ายการพยาบาล



นายเกษม สุวรรณภูเต

หัวหน้างานอุปกรณ์ทางการแพทย์



นางนงนุช ภูมิสนธิ์

หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย