

Patients safety for surgeons

บรรยายโดย อ.นพ.มนวัฒน์ เงินฉ่ำ

เรียบเรียงโดย นพ.ปิยบุตร จีระพงษ์อุดม

อาจารย์ที่ปรึกษา อ.นพ.กฤษกร ศรีกิริยวงศ์

Patients safety

การลดความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะได้รับอันตรายจากการรักษาพยาบาลให้อยู่ในระดับที่น้อยที่สุดเท่าที่จะสามารถยอมรับได้ สิ่งสำคัญคือทีมแพทย์ต้องตระหนักรู้ว่า ผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัยจากสาเหตุอะไร และมีวิธีป้องกัน แก้ไขอย่างไร ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดผู้ป่วยผิดข้าง หรือ Wrong site surgery อาจมีสาเหตุจากการไม่ระบุตำแหน่งข้างที่จะผ่าตัดให้ชัดเจน

ทีมผ่าตัดไม่ทราบว่าจะผ่าตัดที่ตำแหน่งใด วิธีการแก้ไขคือการกำหนดจุดผ่าตัดให้ชัดเจน ในขณะที่ผู้ป่วยมีสัมปชัญญะดี จะช่วยป้องกันการผ่าตัดผิดข้างได้ หรือตัวอย่างผู้ป่วยใส่ดิงอีกเสบแตกจนเสียชีวิต อาจมีสาเหตุจากการปล่อยปละละเลยผู้ป่วย ทำให้ไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน หรือได้รับการผ่าตัดล่าช้า จนตัวโรคดำเนินต่อไปจนเกิดผลข้างเคียงตามมา วิธีป้องกันแก้ไข คือ การรักษาตามข้อบ่งชี้ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลาที่เหมาะสม ไม่ล่าช้า เป็นต้น

การแพทย์เป็นงานที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดได้สูง แต่ในความเป็นจริงงานที่มีความเสี่ยงสูง สามารถมีความผิดพลาดที่ต่ำได้ เมื่อมีระบบการจัดการที่ดีพอ เช่น เรือดำน้ำห้วงรบนิวเคลียร์ ที่มีระบบการทำงานอย่างเป็นมืออาชีพ เข้าใจในงานที่ทำ มีความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์ ใส่ใจในรายละเอียด และมีความเคารพผู้ร่วมงาน ทำให้ผู้บังคับบัญชาได้เฝ้าผู้บัญชาการเมื่อเห็นว่ามีสิ่งอันตรายหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ในเรือดำน้ำยังมีกระดุมมอร์สในการทำงานและคำนึงถึงผลที่จะเกิดในทุกๆด้านจากการปฏิบัติหน้าที่ใดๆ เหล่านั้นอยู่เสมอ เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น จะมีการแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นอย่างเป็นระบบ และเรียนรู้เพื่อหาทางแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นอีกในอนาคต สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ลดความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น ภายใต้แรงกดดันที่สูงได้

High reliability organizations

หน่วยงานหรือองค์กร ที่ทำงานในสภาวะความเสี่ยงสูง แต่มีอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุหรือข้อผิดพลาดต่ำ และมีประสิทธิภาพสูง หน่วยงานที่เป็น High reliability organizations จะตระหนักว่าอุบัติเหตุหรือข้อผิดพลาดไม่ใช่เรื่องปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วไปหรือไม่ว่าอย่างไรก็ตามสิ่งเหล่านั้นจะเกิดขึ้นได้อยู่ดี แต่ขณะเดียวกัน เมื่อเกิดข้อผิดพลาดขึ้นจะไม่ลงโทษตัวบุคคลที่ทำผิด แต่จะเรียนรู้และพัฒนาระบบเพื่อป้องกันแก้ไขไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดขึ้นอีก

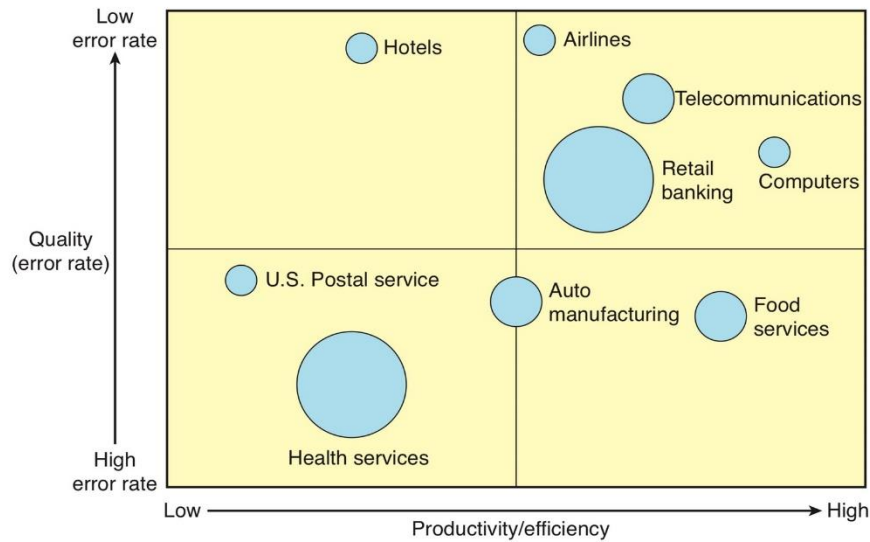


Fig. 1 Cross-industry comparison of size, productivity and efficiency

High reliability organization ประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลัก คือ

1. บุคลากร (people)

โดยบุคลากรในหน่วยงานนี้จะคอยสนับสนุน ช่วยเหลือ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ละคนจะมีความเป็นมิตรต่อกัน มีความน่าเชื่อถือ รับผิดชอบ และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. สภาพแวดล้อมการทำงาน (the work environment)

สภาพแวดล้อมของการทำงานจะให้ความสำคัญกับความคิดสร้างสรรค์ ยืดหยุ่น ไม่ยึดติดกับวิธีการล้าสมัย และจะมีการปรับตัวอยู่ตลอด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การทำงาน นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานมีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่เชื่อถือได้ โดยบรรยากาศการทำงานจะไม่มีการตำหนิหรือ ดุด่าว่ากล่าวกัน แต่บรรยากาศการทำงานเป็นไปด้วยความเป็นมิตร หากผู้ป่วยมีปัญหา ผู้ที่ประสบเหตุ จะแจ้งผู้รับผิดชอบให้ทราบและแก้ไขโดยเร็ว ไม่ไขว่คว้าปล่อยปะละเลย เพราะกลัวว่าแจ้งไปแล้วจะโดนตำหนิหรือลงโทษ หากเป็นเช่นนั้นเมื่อผู้รับผิดชอบมาพบเจอภายหลัง ปัญหาที่เกิดขึ้นจะสายเกินแก้ไขแล้ว

ประเภทของความผิดพลาด (Type of medical error)

1. ภาวะไม่พึงประสงค์ (Adverse event) การได้รับอันตรายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ไม่ได้เกิดจากตัวโรค หรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือทุพพลภาพได้
2. การละเลย หรือทอดทิ้ง (Negligence) การดูแลรักษาผู้ป่วยต่ำกว่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ โดยมาตรฐานในที่นี้คือ แพทย์ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ผ่านการฝึกฝนอบรม จะปฏิบัติแบบเดียวกันในสถานการณ์แบบเดียวกัน
3. เกือบผิดพลาด (Near miss) การผิดพลาดที่ไม่ถึงตัวผู้ป่วย ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วยการวิเคราะห์สาเหตุของการผิดพลาด จะช่วยในการระบุปัญหา และวิธีแก้ไขอย่างเป็นระบบได้

- เหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง (Sentinel event) เหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน ที่จะนำมาซึ่งการบาดเจ็บอย่างรุนแรง ทางกายหรือทางใจ การสูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิต ในกลุ่มนี้ ควรได้รับการวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขอย่างทันท่วงที ตัวอย่างเช่น การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน การผ่าตัดผิดข้าง การให้ยาผิดจนนำไปสู่การเสียชีวิต หรือการลืมนำของไว้ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

Surgical “never events”

- การผ่าตัดผิดตำแหน่ง Surgery performed on the wrong body part
- การผ่าตัดผิดคน Surgery performed on the wrong patient
- การผ่าตัดผิดหัตถการ Wrong surgical procedure performed on a patient
- ลืมนำอุปกรณ์หรือเครื่องมือไว้ในตัวผู้ป่วย Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other procedure
- การเสียชีวิตขณะผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย ASA class I

Culture of safety

สิ่งสำคัญที่เป็นหัวใจของ Patients safety คือการสร้าง Culture of safety ให้ทุกคนในองค์กร โดยองค์กรที่มี Culture of safety นั้น มักมีลักษณะดังต่อไปนี้

- มีความตระหนักรู้ในความเสี่ยง และผลจากความผิดพลาด มีการระลึกลู่เสมอว่างานที่ทำมีความเสี่ยงสูง และผลจากความผิดพลาดที่ตามมามีความเสียหายร้ายแรง
- การทำงานไม่มีการตำหนิกันโดยบุคคลสามารถรายงานความผิดพลาดได้โดยปราศจากความกลัวการถูกตำหนิหรือลงโทษ
- มีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น
- มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยอยู่เสมอ

ศัลยแพทย์ควรมีการตัดสินใจที่ดี โดยปราศจากสิ่งรบกวนรอบข้าง ทำให้การตัดสินใจในกรณีฉุกเฉินหรือสภาพการทั่วไปอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยทั่วไปขณะผ่าตัด ศัลยแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจเด็ดขาดในการทำงาน แต่ขณะที่กำลังจดจ่อกับผ่าตัดนั้น การสนใจสิ่งอื่นรอบข้างจะลดลง รวมไปถึงการคิด ตัดสินใจหรือการระมัดระวังสิ่งอื่นๆ ใน Culture of safety ศัลยแพทย์ควรเปิดโอกาส และรับฟังความคิดเห็น รวมไปถึงการยอมรับข้อผิดพลาดในระหว่างการผ่าตัดด้วย เช่น ในระหว่างผ่าตัด เกิดการ contaminated โดยศัลยแพทย์ไม่ทันได้สนใจเพราะกำลังจดจ่อกับการผ่าตัดอยู่ แต่หากทีมเห็น และบอกออกมา ศัลยแพทย์ยอม decontaminated ผลประโยชน์ย่อมตกอยู่กับผู้ป่วย แต่ในทางตรงกันข้าม หากไม่มีใครกล้าพูดออกมา เพราะเกรงใจหรือกลัวโดนตำหนิ ผลเสียย่อมเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

การจัดการความเสี่ยง (Risk management)

3 สิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ในปัจจุบัน การจัดการความเสี่ยง ยังให้ความสำคัญกับปัจจัยความเป็นมนุษย์ และการสื่อสารมากขึ้น

1. การช่วยเหลือและการเยียวยาผู้ป่วย เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนการรักษา ทีมแพทย์ควรมีมาตรการเยียวยาช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อลดความบอบช้ำที่เกิดขึ้นตามมาจากการผิดพลาดในขั้นตอนการรักษาอย่างเป็นระบบและชัดเจน
2. การทบทวนและการปรับปรุงระบบ หลังเกิดเหตุการณ์ ควรมีการประชุมเพื่อทบทวน และหาแนวทางป้องกัน แก่ไขไม่ให้เกิดความผิดพลาดซ้ำขึ้นอีก ในอนาคต
3. การป้องกันการฟ้องร้องและการดูแลบุคลากร สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีข้อกฎหมายที่ชัดเจน ไม่ให้บุคลากรต้องตกเป็นผู้ทำความผิด แต่ควรให้เป็นปัญหาจากระบบ และวางระบบให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังควรให้ความสำคัญกับสภาพจิตใจของบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ด้วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) มีหลักการสำคัญ 3 ข้อ

1. การลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ควรมีการวางระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง รวมถึงมองหาความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ววางแนวทางป้องกัน
2. เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการยกระดับการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ให้ทีมแพทย์สามารถปฏิบัติงานได้เต็มประสิทธิภาพ มีบุคลากร อุปกรณ์ หรือแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และดียิ่งขึ้น
3. ข้อกฎหมาย ควรมีความชัดเจนในการเยียวยารักษาผลที่เกิดจากความผิดพลาดในขั้นตอนการรักษา

ในกรณีที่เกิดปัญหาดังตัวอย่างข้างต้น หน่วยงานที่ดูแลเรื่อง Risk management, Patient safety ควรเป็นคนละหน่วยงานกัน

การวิเคราะห์ต้นตอของสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาด (Root causes of sentinel events)

ข้อสำคัญอันดับหนึ่ง คือ human error หรือปัจจัยความเป็นมนุษย์ ในการทำงาน อะไรคือปัจจัยสำคัญ คือเป็นสาเหตุให้ศัลยแพทย์ตัดสินใจแบบนั้นในสถานการณ์นั้น ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทราบต้นตอที่แท้จริง เพื่อได้มีการวางระบบป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นอีก นอกจากนี้ ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทางผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อจะได้ทราบถึงมุมมองของการเกิดปัญหาข้อผิดพลาดในอีกมุมหนึ่งด้วย

Measuring quality in surgery (Donebedian model)

คือแนวทางที่ใช้วัดผล และติดตามการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

1. Structural
หรืออุปกรณ์ทางกายภาพ เครื่องมือที่ใช้ รวมถึงนโยบาย โดยคำถามที่ใช้ประเมินคือ “Do the right tools , equipment and policies exist” มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย หรือนโยบายแนวทางการปฏิบัติเหมาะสม
2. Process
หรือขั้นตอนกระบวนการ คือการนำอุปกรณ์ เครื่องมือ รวมถึงนโยบายไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม คำถามที่ใช้ประเมินคือ “Are the right tools, policies, and equipment being used”

3. Outcome

หรือผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย วัดโดยใช้วิธีดูอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายบ่อยแค่ไหน คำถามที่ใช้ประเมินคือ “how often are patients harmed”

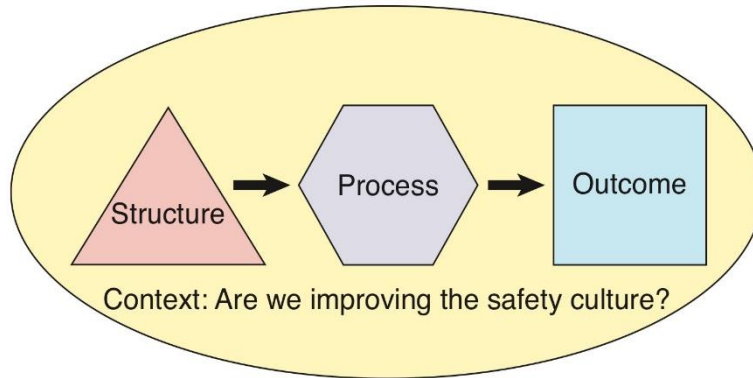


Fig. 2 Donabedian model for measuring quality

Operating room briefing

5 ประเด็นสำคัญที่ทีมศัลยแพทย์ควรชี้แจงก่อนการผ่าตัด Five points operating room briefing

1. รายชื่อและหน้าที่ของสมาชิกในทีม (What are the names and roles of the team members) ศัลยแพทย์ ผู้ช่วยวิสัญญีแพทย์ พยาบาลลำมือ พยาบาลส่งของ
2. ยืนยันตัวผู้ป่วย และการผ่าตัดให้ถูกต้อง (Is the correct patients/ procedure confirmed (time-out)) ชื่อนามสกุลผู้ป่วย การผ่าตัดต้องถูกคน ถูกข้าง
3. การให้ยาปฏิชีวนะ (Have antibiotics been given) มีการให้ยาปฏิชีวนะ ตามข้อบ่งชี้แล้วหรือไม่
4. ขั้นตอนที่สำคัญหรือซับซ้อนในการทำการผ่าตัดครั้งนี้ (What are the critical steps of the procedure) การบอกถึงขั้นตอนสำคัญในการผ่าตัด จะช่วยให้ทีมพยาบาล ทีมวิสัญญีแพทย์ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติหน้าที่ของตน เมื่อถึงขั้นตอนนั้นๆมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความผิดพลาดลงได้
5. ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในการผ่าตัดครั้งนี้ (What are the potential problems for the case) เช่นผู้ป่วยมี coagulopathy อาจเกิดการ Bleeding ในปริมาณมากขณะผ่าตัดได้ การบอกถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนการผ่าตัด จะช่วยให้ทีมมีความระมัดระวังมากขึ้น รวมไปถึงเทคนิคการผ่าตัด ที่จะระวังไม่ให้เกิด bleeding หรือใส่ใจในขั้นตอนการห้ามเลือดมากขึ้น

Considering known complication

การที่จะเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และลดความผิดพลาดจากการทำงานลงได้นั้น ส่วนหนึ่ง คือการกำจัดความผิดพลาดของมนุษย์ โดยเฉพาะความผิดพลาดจากการทำหัตถการ ที่พบได้เช่น การผ่าตัดผิดข้าง wrong-site surgery, การลืมสิ่งของไว้ในตัวผู้ป่วย ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะก่อให้เกิดผลเสียตามมา เช่น ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องสูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ หรืออาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการทำหัตถการ ศัลยแพทย์ควมใส่ใจในขั้นตอนการผ่าตัดให้มาก เพื่อลดผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น หรือป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดตามมามากขึ้น

การประเมิน Safety culture ประกอบด้วย 7 ข้อ คือ

1. มีการสนับสนุนให้ผู้ร่วมงาน สามารถรายงานความเป็นกังวลใดๆที่เกิดขึ้น ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้
2. มีการเรียนรู้จากความผิดพลาดของผู้อื่น
3. ข้อผิดพลาดทางการแพทย์สามารถควบคุมจัดการ ป้องกัน แก้ไขได้อย่างเหมาะสม
4. มีช่องทางที่เหมาะสม ในการถามคำถามเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
5. มีการรับฟังข้อเสนอแนะ ชี้แนะ เกี่ยวกับการทำงานของตน
6. ทีมแพทย์มีความรู้สึกละอาย หากตนเองเป็นผู้ป่วยที่นี้เอง
7. มีความผิดพลาดเกิดขึ้นน้อยในที่ทำงาน ทำให้ไม่ค่อยมีการพูดคุยถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น