

บทความเรื่อง Patient Safety Goals ในมุมมองเภสัชกร



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

รหัส 5002-1-000-009-12-2560

จำนวนหน่วยกิต 2 หน่วยกิต

วันที่รับรอง 18 ธันวาคม 2560

วันที่หมดอายุ 17 ธันวาคม 2561

ชื่อ- นามสกุล ผู้เขียน ภญ.วณิษฐ วราชน

บทคัดย่อ

เมื่อปี 2549 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้กำหนด “เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย” หรือ “Patient Safety Goals” ขึ้น เพื่อชักชวนให้โรงพยาบาลต่างๆ กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ และมีความเป็นไปได้ เพื่อลดความรุนแรงของความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น “Patient Safety Goals” จัดเป็นหัวข้อที่ทุกโรงพยาบาลให้ความตระหนัก นำองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องมาศึกษา เพื่อวางมาตรการป้องกันเชิงระบบ และมีการปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล

“Patient Safety Goals” จึงเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เพื่อให้ทุกคนเกิดความตระหนัก นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ทุกวิชาชีพจำเป็นต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะวิชาชีพ “เภสัชกร” ที่มีความเกี่ยวข้องกับยา ด้วยคุณสมบัติของยาแต่ละตัว มีทั้งคุณประโยชน์และผลข้างเคียงในเวลาเดียวกัน การพิจารณาสั่งจ่ายในแต่ละครั้ง จึงจำเป็นต้องเพิ่มความระมัดระวัง ป้องกันไม่ให้เกิดผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา เพื่อสร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ “เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย” หรือ “Patient Safety Goals”
2. เพื่อนำ “เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย” หรือ “Patient Safety Goals” มาปรับใช้ในระบบการจัดการด้านยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)(สรพ.) มีภารกิจในการพัฒนากลไกเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลควบคู่ไปกับการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สรพ. ได้ชักชวนให้โรงพยาบาลต่างๆ กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ ตามแนวทาง **“เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย”** หรือ **“Patient Safety Goals”** ส่งผลให้โรงพยาบาลตระหนัก และตื่นตัวใน ความสำคัญเรื่อง ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ในการกำหนด Patient Safety Goals นั้น สรพ. ได้เลือกประเด็นความปลอดภัยมาจำนวนหนึ่งเพื่อเป็น เครื่องมือในการเรียนรู้ให้ทุกคนเกิดความตระหนัก นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่เป้าหมาย ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ความสำคัญ และที่มาของ Patient Safety Goals

“Patient safety is a serious global public health issue. There is now growing recognition that patient safety and quality is a critical dimension of universal health coverage.” (WHO June 2014)

Patient Safety เป็นความท้าทายที่ World Health Organization (WHO) ประกาศท้าทาย ความสามารถของสมาชิกทั่วโลก (Global Patient Safety Challenge) จุดเริ่มต้นของ สรพ. ในการกำหนด “Patient Safety Goals” เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ.2549 สรพ. ได้นำประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญของ Institute for Healthcare Improvement (IHI), The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Global Patient Safety Challenges ขององค์การอนามัยโลกมาทบทวน โดยเลือก ประเด็นที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย เพื่อนำมากระตุ้นเชิญชวนโรงพยาบาลให้ร่วมเรียนรู้ เกิดความ ตระหนักในความสำเร็จเรื่อง “ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย” โดย สรพ. เป็นองค์กรกลางในการประสานความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วน

ในปี 2551 สรพ. ได้นำแนวทางจาก WHO Collaborating Center and Solutions for Patient Safety Solutions มาใช้เป็นฐานความรู้ในการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ทุกโรงพยาบาล จดจำ และนำแนวทางไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น จึงได้ประกาศ **“Patient Safety Goals”** ภายใต้อีกชื่อว่า **“SIMPLE”**

SIMPLE เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพอย่างไร

ด้วยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ไม่ได้เกิดขึ้นได้จากคนคนเดียว แต่จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สรพ.จึงสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลใช้ “SIMPLE” ในการให้บริการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละหัวข้อดังต่อไปนี้

S	=	Safe Surgery
I	=	Infection Control
M	=	Medication Safety
P	=	Patient Care Process
L	=	Line, Tube, Catheter
E	=	Emergency Responses

<i>Patient Safety Goals & Solutions</i>	
S: Safe Surgery	
S 1	SSI Prevention
S 2	Safe Anesthesia
S 3	Safe Surgical Team
S 3.1	Correct procedure at correct body site (High 5s / WHO PSS#4)
S 3.2	Surgical Safety Checklist
I: Infection Control (Clean Care is Safer Care)	
I 1	Hand Hygiene / Clean Hand (High 5s / WHO PSS#9)
I 2	Prevention of Healthcare Associated Infection
I 2.1	CAUTI prevention
I 2.2	VAP prevention (HA)
I 2.3	Central line infection prevention (WHO PSS)
M: Medication & Blood Safety	
M 1	Safe from ADE
M 1.1	Control of concentrated electrolyte solutions (WHO PSS#5) Managing concentrated injectable medicines (High 5s)
M 1.2	Improve the safety of High-Alert Drug
M 2	Safe from medication error
M 2.1	Look-Alike Sound-Alike medication names (LASA) (WHO PSS#1)
M 3	Medication Reconciliation / Assuring medication accuracy at transition in Care (High 5s / WHO PSS#6)
M 4	Blood Safety

P : Patient Care Processes	
P 1	Patients Identification (WHO PSS#2)
P 2	Communication
P 2.1	Effective Communication –SBAR
P 2.2	Communication during patient care handovers (High 5s / WHO PSS#3)
P 2.3	Communicating Critical Test Results (WHO PSS)
P 2.4	Verbal or Telephone Order / Communication (JC)
P 2.5	Abbreviations, acronyms, symbols, & dose designation
P 3	Proper Diagnosis (HA)
P 4	Preventing common complications
P 4.1	Preventing pressure ulcers (WHO PSS)
P 4.2	Preventing patient falls (WHO PSS)
L : Line, Tube & Catheter	
L 1	Avoiding catheter and tubing mis-connections (WHO PSS#7)
E: Emergency Response	
E 1	Response to the Deteriorating Patient / RRT
E 2	Sepsis (HA)
E 3	Acute Coronary Syndrome (HA)
E 4	Maternal & Neonatal Morbidity (HA)

“Patient Safety Goals” เป็นเครื่องมือในการหาโอกาสพัฒนาเชื่อมเข้าสู่มาตรฐาน โดยการกำหนดประเด็นความเสี่ยงที่มีความสำคัญ สรุบทเรียนแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีร่วมกัน และนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เพื่อเป้าหมายของ “Patient Safety Goals” คือ การตามรอย ค้นหา Gap ในการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่ “เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย” และ “การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง” นั้นเอง

“Patient Safety Goals” ในมุมมองของเภสัชกร

หัวข้อใน “Patient Safety Goals” ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเภสัชกรโดยตรง คือ “M = Medication Safety” ซึ่งมีทั้งหมด 4 หัวข้อย่อยดังนี้

M 1	Safe from ADE
M 1.1	Control of concentrated electrolyte solutions (WHO PSS#5) Managing concentrated injectable medicines (High 5s)
M 1.2	Improve the safety of High-Alert Drug
M 2	Safe from medication error
M 2.1	Look-Alike Sound-Alike medication names (LASA) (WHO PSS#1)
M 3	Medication Reconciliation / Assuring medication accuracy at transition in Care (High 5s / WHO PSS#6)
M 4	Blood Safety

M 1 : Safe from ADE

M 1.1 : Control of concentrated electrolyte solutions (WHO PSS#5)

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions ได้จัดทำแนวทางเรื่อง Control of concentrated electrolyte solutions ขึ้น มีเนื้อหาสำคัญดังนี้

1. ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการใช้ KCl รวมทั้งสารละลาย electrolyte เข้มข้นอื่นๆ
2. ให้ปฏิบัติต่อ KCl เสมือนยาที่ต้องควบคุม รวมทั้งการจำกัดการสั่งใช้ การจัดเก็บ และการบันทึก
3. ถ้าเป็นไปได้ ไม่ควรเก็บสารละลาย electrolyte เข้มข้นไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย ควรเก็บไว้ที่บริเวณจัดเตรียมของเภสัชกรรมซึ่งแยกไว้เฉพาะหรือในพื้นที่ที่ถูกล็อก
4. ถ้ามีการเก็บหลอด KCl ไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่แยกไว้เฉพาะ จะต้องเขียนฉลากติดแต่ละหลอดด้วยสีสะท้อนแสงระบุว่า “ต้องผสมให้เจือจาง”
5. ถ้าไม่มีเภสัชกรหรือไม่มีพื้นที่เตรียมยาของเภสัชกรรมเพื่อเก็บและจัดเตรียมสารละลายเหล่านี้ ให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเภสัชกร) และได้รับการฝึกอบรมเท่านั้น เป็นผู้จัดเตรียม
6. หลังจากจัดเตรียมให้มีการทวนสอบอย่างอิสระโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและได้รับการฝึกอบรมอีกคนหนึ่ง ควรมีการจัดทำ checklist สำหรับใช้ในการทวนสอบ ประกอบด้วยการคำนวณความเข้มข้น อัตราการให้ สายที่ต่อเชื่อม
7. ให้เขียนฉลากสารละลายที่จัดเตรียมแล้วด้วยเครื่องหมายเตือนว่า ใช้อย่างระมัดระวัง ก่อนที่จะนำไปให้ผู้ป่วย
8. ใช้ infusion pump เพื่อให้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง ถ้าไม่มี infusion pump ให้ใช้อุปกรณ์อื่นที่สามารถจำกัดปริมาณสารละลายในแต่ละช่วงเวลาได้ และให้มีการติดตามปริมาณสารละลายที่ผู้ป่วยได้รับบ่อยๆ
9. มีโครงสร้างพื้นฐานขององค์กรที่สนับสนุนการฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติงาน นโยบายและวิธีปฏิบัติ แนวทางปฏิบัติที่ดี และการให้ประกาศนียบัตรรับรองเป็นรายปี
10. คำสั่งการรักษาของแพทย์จะต้องระบุอัตราการให้สารละลายด้วย

Managing concentrated injectable medicines (High 5s)

ภายใต้โครงการ High 5s ตัวอย่างของ concentrated injectable medicines ได้แก่

1. Potassium chloride solution
2. Potassium phosphate solution
3. Hypertonic saline (>0.9% sodium chloride solution)
4. Magnesium sulfate solution (<= 50%)
5. Sodium heparin > 1,000 units/ml
6. Concentrated morphine หรือ opiates อื่นๆ ที่ใช้เพื่อเตรียม intravenous, spinal และ epidural infusions.
7. ยาที่ให้ทางหลอดเลือดอื่นๆ ซึ่งมีความเข้มข้นสูงกว่าที่ขึ้นทะเบียนไว้หรือสูงกว่าที่โรงพยาบาลยอมรับว่าเป็นระดับที่ปลอดภัยที่จะให้แก่ผู้ป่วย

หลักการพื้นฐานในการใช้ยากลุ่มนี้

1. จัดทำแนวทางการใช้ (protocol) ที่เรียบง่าย และเหมาะสมครอบคลุม
2. ลดการใช้อัตราส่วน (ratio) และร้อยละในการระบุความเข้มข้นของยาในแนวทางการใช้ (protocol) เอกสารที่เกี่ยวข้อง การเขียนฉลาก ให้ใช้น้ำหนักต่อปริมาตรในการแสดงความเข้มข้น
3. จัดซื้อเวชภัณฑ์ที่พร้อมให้ (ready-to-administer) หรือพร้อมใช้ (ready-to-use) ที่ไม่จำเป็นต้องเจือจางก่อนใช้
4. ถ้าไม่สามารถจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่พร้อมให้หรือพร้อมใช้ได้ ให้ย้ายที่เก็บและที่เตรียมจากหน่วยดูแลผู้ป่วยไปยังหน่วยเภสัชกรรมหรือบริษัทผู้ผลิตเท่าที่จะเป็นไปได้
5. ถ้ายังต้องเก็บและจัดเตรียม concentrated injectable medicine ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย จะต้องลดความเสี่ยงในการใช้เวชภัณฑ์ดังกล่าวโดย
 - ปฏิบัติตาม multidisciplinary policies & procedures เกี่ยวกับวิธีสั่งใช้ จัดเก็บ เตรียม และให้สารละลายเข้มข้นอย่างปลอดภัย
 - ใช้นโยบายจัดซื้อที่ปลอดภัย (purchasing for safety policies) เพื่อลดสารละลายเข้มข้นที่มีการเขียนฉลากและการบรรจุในลักษณะที่ดูคล้ายคลึงกัน

- แยกการเก็บสารละลายเข้มข้นออกจากยาอื่นๆ
- จำกัดการเข้าถึงสารละลายเข้มข้นโดยกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (จำนวนน้อยคน) เท่านั้นที่เข้าถึงได้
- จำกัดจำนวนสารละลายเข้มข้นในหน่วยดูแลผู้ป่วยให้มีน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นสำหรับการรักษาผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลความถี่การให้ยาที่ต้องการ และระยะเวลาที่สามารถทดแทนยาที่ใช้ไปได้
- ติดประทับคำเตือนที่ชัดเจนที่สารละลายเข้มข้นแต่ละหลอด
- จัดหาข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลวิชาการที่จำเป็นเกี่ยวกับการจัดเตรียมและการให้สารละลายเข้มข้นให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ได้ง่าย
- จัดให้มีเครื่องมือคำนวณขนาด (dose) เช่น dosage charts สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวต่างๆ
- ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่เกี่ยวข้องในการใช้สารละลายเข้มข้นอย่างปลอดภัย

M 1.2 : Improve the safety of High-Alert Drug

Institute for Healthcare Improvement (IHI) ได้ให้แนวทางในการป้องกันอันตรายจาก High-Alert medications ไว้ดังนี้

1. วิธีการเพื่อป้องกันอันตราย

- จัดทำชุดคำสั่ง preprinted order forms และ clinical pathways หรือ protocols ซึ่งสะท้อนวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา สภาวะของโรค หรือความต้องการที่คล้ายคลึงกัน
- ลดความหลากหลายโดยการกำหนดมาตรฐานความเข้มข้นและขนาดยาให้มีน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น
- พิจารณาจัดตั้ง anticoagulation services ซึ่งดำเนินการโดยพยาบาลหรือเภสัชกร
- จัดให้มีข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการติดตามการให้ยาที่เหมาะสมอยู่ในชุดคำสั่ง protocols และ flow sheets
- พิจารณาจัดทำ protocols สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ

2. วิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลาดและอันตราย

- บรรจุข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับ parameter ที่เหมาะสมสำหรับการติดตามการใช้ยาในชุดคำสั่ง protocol และ flow sheet
- สร้างความมั่นใจว่าผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้
- นำแนวทาง double-checks โดยอิสระแก่กันไปใช้ เมื่อมีความเหมาะสม

3. วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย

- จัดทำ protocols อนุญาตให้มีการใช้สารต้านฤทธิ์ (reversal agents) โดยไม่ต้องรอแพทย์
- สร้างความมั่นใจว่ามี antidotes และสารต้านฤทธิ์ (reversal agents) พร้อมใช้
- มีแนวทางช่วยชีวิต (rescue protocols)

การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Anticoagulants

ALL ANTICOAGULANTS

- จัดทำ anticoagulation flow sheet และคำสั่งใช้ยา เพื่อติดตามผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปบ้าน
- จัดให้มี anticoagulation clinic ใน setting ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

HEPARIN

- ใช้ weight-based heparin protocol จำกัดให้มีไม่เกิน 1-2 protocols
- ใช้แบบฟอร์มการสั่งใช้ที่พิมพ์ล่วงหน้า (preprinted order forms) หรือแนวทางการสั่งใช้ยา (ordering protocols)
- สร้างความมั่นใจว่าแนวทางการปรับขนาด heparin ได้พิจารณาครอบคลุมถึงการให้ thrombolytics and GIIg/IIIa inhibitors ด้วย สร้างความมั่นใจว่าไม่มีการให้ heparin ภายใน 6-12 ชั่วโมงก่อนหรือหลังการให้ Low molecular weight heparin (LMWH)
- ใช้ความเข้มข้นมาตรฐานใน OR, ER และ ICU
- แยกเวชภัณฑ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันออกจากกันเวลาใช้หรือจัดเก็บ

- จ่าย anticoagulant จากแผนกเภสัชกรรมเท่านั้น
- การเก็บไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย ให้ใช้ขนาดบรรจุ ความเข้มข้น และขนาดยาที่น้อยที่สุด

WARFARIN

- ลดรายการยาที่มีหลายความแรงของยารับประทานให้เหลือน้อยที่สุด
- จัดทำแนวทางการปรับขนาดยาที่เป็นมาตรฐานในการเริ่มให้ยา การให้ยาต่อเนื่อง แนวทางการปรับขนาด Vitamin K การหยุดยาเพื่อการผ่าตัด
- ปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อปรับขนาดยา
- จัดให้มีหน่วย anticoagulation กลางเพื่อติดตามและจัดการปรับขนาดยา
- ในการติดตามผลการใช้ยา ควรได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 2 ชั่วโมง หรือ monitor ที่ข้างเตียง นำค่า INR มา plot เทียบกับขนาดยาบน run chart หรือ control chart
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการรับรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการกินยา การติดตามผลการใช้ยาด้วยตนเอง ยาและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
- ใช้ medication reconciliation เพื่อปรับปรุงการสื่อสารส่งมอบข้อมูลการใช้ยา และร่วมกับผู้ป่วยจัดทำบัญชียาที่ผู้ป่วยใช้อย่างถูกต้อง

การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Narcotics

- จัดทำแนวทาง (protocol) ที่เป็นมาตรฐานสำหรับการให้ยาแก้ปวด
- ใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดตามผลข้างเคียงจาก narcotic และ opiate
- จัดให้มีแนวทาง (protocol) การให้ naloxone และสารต้านฤทธิ์ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์
- ปรีกษา pain specialist (อาจจะเป็นพยาบาล เภสัชกร แพทย์ ที่ได้รับการฝึกอบรม) ถ้าแพทย์ผู้ดูแลไม่เชี่ยวชาญในเรื่องการควบคุมอาการปวด
- ใช้วิธีการระงับอาการปวดและความกังวลที่ไม่ใช้ยาให้มากขึ้น
- หลังจากตั้งโปรแกรมการให้ยาที่ infusion pump แล้ว ให้มี independent double-check โดยเภสัชกรหรือพยาบาล

- ทำ independent double-check สำหรับ Patient-Controlled Analgesia (PCA) การให้ยา แก้วปวดหลังผ่าตัด การให้ sedation รวมทั้ง epidural/ intrathecal pain management

การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Insulin

- กำหนดให้มี independent double-check ยา ขนาดยา pump setting วิธีการให้ยา และการระบุตัวผู้ป่วยก่อนที่จะมีการให้ IV insulin
- ใช้คำสั่งการหยดยา insulin (infusion order) ที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้า
- แยกยาที่ชื่อพ้องมองคล้ายโดยการเขียนฉลาก เวลา และระยะห่าง
- จัดเตรียมสารละลายต่างๆในแผนกเภสัชกรรม และทำให้ IV-infusion insulin มีมาตรฐานความเข้มข้นเดียวกัน
- มอบให้ผู้ป่วยบริหารยา insulin ด้วยตนเองถ้าสามารถทำได้
- ประสานเวลาที่ให้อาหารกับเวลาให้ insulin
- ยกเลิกการใช้ sliding insulin dosage scale แต่ถ้ามีการใช้อยู่ ให้ทำเป็นมาตรฐานโดยการใช้แนวทาง (protocol) และคำสั่งที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้า หรือ ชุดคำสั่งโดยคอมพิวเตอร์
- ใช้ diabetic management flow chart
- สร้างความมั่นใจว่ามีการติดตามผลการใช้ยาอย่างเหมาะสมโดยการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี rapid testing บ่อยขึ้น
- เมื่อสั่งใช้ insulin ให้ระบุหรืออ้างอิงถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับหารตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ และการติดตามผลทางคลินิกที่ผู้ป่วย

การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Sedatives

- เก็บสำรองและสั่งใช้ oral moderate sedation ที่มีความแรงเพียงขนาดเดียวเท่านั้น
- จัดทำคำสั่งที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าสำหรับการสั่ง narcotic และ sedative
- ติดตามผลของยาในเด็กทุกรายที่ได้รับ chloral hydrate สำหรับ pre-operative sedation ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ
- มีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตที่เหมาะสมกับอายุของผู้ป่วย และสารแก้ ในทุกหน่วยงานที่มีการให้ยา sedative และระหว่างการทำหัตถการซึ่งผู้ป่วยได้รับ sedation

- ใช้แนวทางการปรับลดขนาดยาอัตโนมัติสำหรับ benzodiazepines, sedatives และ hypnotics อื่น ในกลุ่มเป้าหมาย
- ติดตามผู้ป่วยเพื่อดูอาการแสดงของการกดการหายใจจากระดับ O2 saturation หรือ CO2 โดยใช้ pulse oximeter และ capnographer
- บูรณาการเอกสารการให้ยากับข้อมูลสัญญาณชีพของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบแนวโน้มที่สามารถคาดการณ์และป้องกันได้

M 2 : Safe from medication error

M 2.1 : Look-Alike Sound-Alike medication names (LASA) (WHO PSS#1)

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions ได้จัดทำแนวทางเรื่อง Look-Alike Sound-Alike Medication Names (LASA) ขึ้น มีเนื้อหาสำคัญดังนี้

1. สร้างความมั่นใจว่ามีการค้นหาและจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย (LASA) ในเชิงรุก โดย
 - ก) ทบทวนยาชื่อพ้องมอคล้าย (LASA) ที่มีใช้ในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี
 - ข) นำแนวทางทางคลินิก (clinical protocol) ต่อไปนี้ไปปฏิบัติ
 - ลดการใช้คำสั่งการรักษาด้วยวาจาและคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์
 - เน้นความจำเป็นที่จะต้องอ่านฉลากอย่างระมัดระวังทุกครั้งที่ยิบยา และอ่านซ้ำก่อนที่จะให้ยาโดยไม่วางใจกับการจดจำภาพ ที่จัดเก็บ หรือสิ่งที่ไม่เจาะจงอื่นๆ
 - เน้นความจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบเป้าหมายของการใช้ยาในคำสั่งใช้ยา และตรวจสอบการวินิจฉัยโรคที่เป็นปัจจุบันกับเป้าหมายหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยาก่อนที่จะให้ยาอีกครั้งหนึ่ง
 - ระบุทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้าในคำสั่งใช้ยาและฉลากยา โดยให้ชื่อสามัญมีขนาดใหญ่กว่าชื่อการค้า
 - ค) จัดทำกลยุทธ์เพื่อป้องกันความสับสนหรือการแปลความหมายผิดเนื่องจากคำสั่งใช้ยาที่เขียนไม่ชัด หรืออ่านไม่ออก รวมทั้งระบุกรณีที่จะต้องเขียนชื่อยาและขนาดยาด้วยตัวพิมพ์ กรณีที่จะต้องระบุความแตกต่างของชื่อยาให้ชัดเจน เช่น การใช้ตัวอักษรที่สูงกว่าปกติ (tall man letter)

- ง) จัดเก็บยาที่มีปัญหาไว้ในสถานที่ที่แยกเฉพาะหรือจัดเก็บโดยไม่เรียงลำดับตัวอักษร เช่น โดยหมายเลข
กล่อง บนชั้น หรือในเครื่องจ่ายยาอัตโนมัติ
- จ) ใช้เทคนิค เช่น ตัวหนาหรือสีที่แตกต่าง เพื่อลดความสับสนเกี่ยวกับการใช้ชื่อยาบนฉลาก กล่อง และ
ชั้นเก็บ หน้าจอคอมพิวเตอร์ เครื่องจ่ายยาอัตโนมัติ และ Medication Administration Record
(MAR)
- ฉ) จัดทำกลยุทธ์เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงโดย
- ให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ชื่อสามัญและชื่อ
การค้า ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้
 - หากกลยุทธ์เพื่อช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสายตา ภาษา และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในความรู้เกี่ยวกับการ
การดูแลสุขภาพ
 - ให้เภสัชกรทบทวนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อยืนยันข้อบ่งชี้ รูปลักษณ์ที่คาดหวังของยาที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วย
โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการจ่ายยาที่รู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องชื่อ
- ช) สร้างความมั่นใจว่ากระบวนการจัดการเกี่ยวกับยาในทุกขั้นตอนได้รับการปฏิบัติโดยผู้มีความสามารถ
เหมาะสมและมีความรู้ความสามารถ
2. จัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ชื่อพ้องมอคล้ายในหลักสูตรการศึกษา การปฐมนิเทศ และการศึกษา
ต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ
 3. สร้างความมั่นใจว่าในการจัดซื้อยาใหม่ มีการพิจารณาเรื่องชื่อพ้องมอคล้ายและการทดสอบกับผู้ใช้ และ
มีความตื่นตัวว่ายาที่มีชื่อการค้าตัวหนึ่งนั้นอาจจะมีชื่อที่แตกต่างในประเทศต่างๆ
 4. สนับสนุนการเน้นย้ำความปลอดภัยของผู้ป่วยในการตั้งชื่อยาและการขจัดยาที่ชื่อพ้องมอคล้ายออก โดย
การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการผู้ควบคุม ผู้กำหนดมาตรฐานและที่ปรึกษาในระดับชาติ และระดับสากล
 5. ร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศและผู้ผลิตยาเพื่อนำสิ่งต่อไปนี้ไปปฏิบัติ
 - ข้อตกลงในการตั้งชื่อยาที่เป็นสากล
 - การพิจารณาชื่อยาที่ใช้อยู่ซึ่งมีโอกาสเกิดความสับสนกับชื่อยาใหม่ ก่อนที่จะมีการรับยาใหม่เข้า
ในบัญชีโรงพยาบาล
 - จัดทำมาตรฐานการเรียกชื่อยา (เช่น sustained release medication)

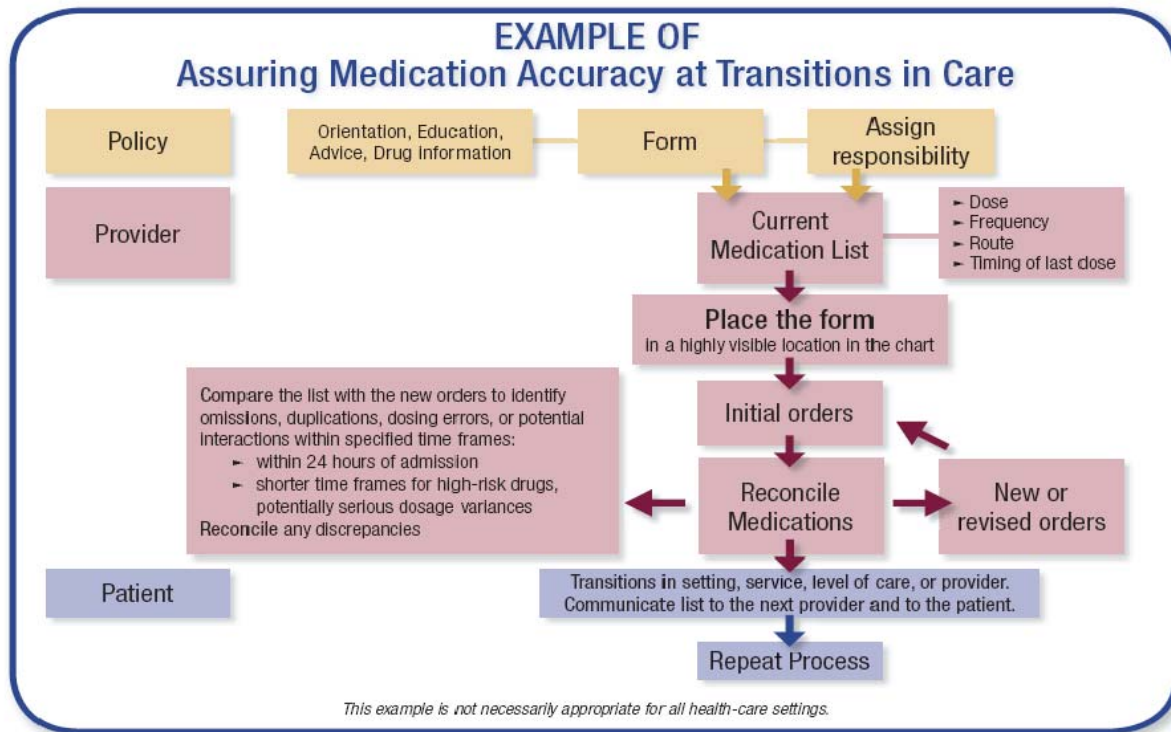
M 3 : Medication Reconciliation/ Assuring medication accuracy at transition Care (High 5s/ WHO PSS#6)

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions ได้จัดทำแนวทางเรื่อง Assuring Medication Accuracy at Transition in Care ขึ้น มีเนื้อหาสำคัญดังนี้

1. สร้างระบบที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวม และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายกำลังใช้อยู่ และส่งมอบบัญชีรายการให้กับผู้ที่ให้การดูแลคนต่อไป เมื่อมีการเปลี่ยนจุดให้บริการ (การรับไว้นอน โรงพยาบาล การย้าย/ส่งต่อ การจำหน่าย การมาติดตามตรวจที่ OPD) ข้อมูลที่ควรรวบรวม ประกอบด้วย
 - ยา วิตามิน อาหารเสริม อาหารที่อาจมีอันตรกิริยากับยา สมุนไพร ที่แพทย์สั่งและที่ผู้ป่วยซื้อเอง
 - ขนาด ความถี่ วิธีใช้ และเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย ตรวจสอบการได้รับยาที่บ้านเทียบกับที่แพทย์สั่ง (ถ้าเป็นไปได้)
 - แหล่งที่รับยาของผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ให้ตรวจสอบข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านกับผู้ให้บริการปฐมภูมิหรือเภสัชกรชุมชน
2. มีนโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำหนดในเรื่องต่อไปนี้
 - แสดงบัญชีรายการยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยในตำแหน่งที่แน่นอนและเห็นได้ชัด (เช่น ในเวชระเบียนผู้ป่วย) เพื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาจะสามารถใช้งานได้
 - ใช้บัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านเป็นจุดอ้างอิงเมื่อจะสั่งยาที่ห้องตรวจโรค ห้องฉุกเฉิน หรือเมื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
 - เปรียบเทียบบัญชีรายการยาของผู้ป่วยกับยาที่แพทย์สั่ง (reconciliation) เพื่อดูว่ามีการละเลย การสั่งซ้ำ หรือความไม่สอดคล้องระหว่างยาของผู้ป่วยกับสถานะทางคลินิก ความคลาดเคลื่อนในขนาดยา และโอกาสเกิดอันตรกิริยา ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ (เช่น ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากรับไว้นอนโรงพยาบาล หรือสั้นกว่านั้นสำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความแตกต่างในขนาดยาที่มีผลรุนแรง และ/หรือ เวลาที่จะให้ยาครั้งต่อไป)
 - กระบวนการปรับปรุงบัญชีรายการยาเมื่อมีคำสั่งใช้ยาใหม่ เพื่อสะท้อนยาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับทั้งหมด รวมทั้งยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน

- กระบวนการที่สร้างความมั่นใจว่ามีการปรับปรุงบัญชีรายการยาของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย แสดงถึงรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยจะต้องใช้หลังจากจำหน่าย ซึ่งมีทั้งยาที่แพทย์สั่งใหม่ และยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับเมื่ออยู่ที่บ้านที่แพทย์สั่งใช้ต่อ บัญชีรายการนี้ควรสื่อสารให้ผู้ที่จะให้การดูแลต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการให้คำแนะนำเมื่อจำหน่าย ผู้ป่วยควรทิ้งยาที่แพทย์ไม่สั่งใช้อีกต่อไป
 - การมอบหมายบทบาทและความรับผิดชอบในขั้นตอนต่างๆของ medication reconciliation ให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ภายใต้บริบทของความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งอาจจะได้แก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และคลินิกอื่นๆ
 - การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องและขอคำปรึกษาจากเภสัชกรในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการ reconciliation
3. นำการฝึกอบรมวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับ medication reconciliation เข้าบรรจุในหลักสูตรการศึกษา การปฐมนิเทศ และการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ

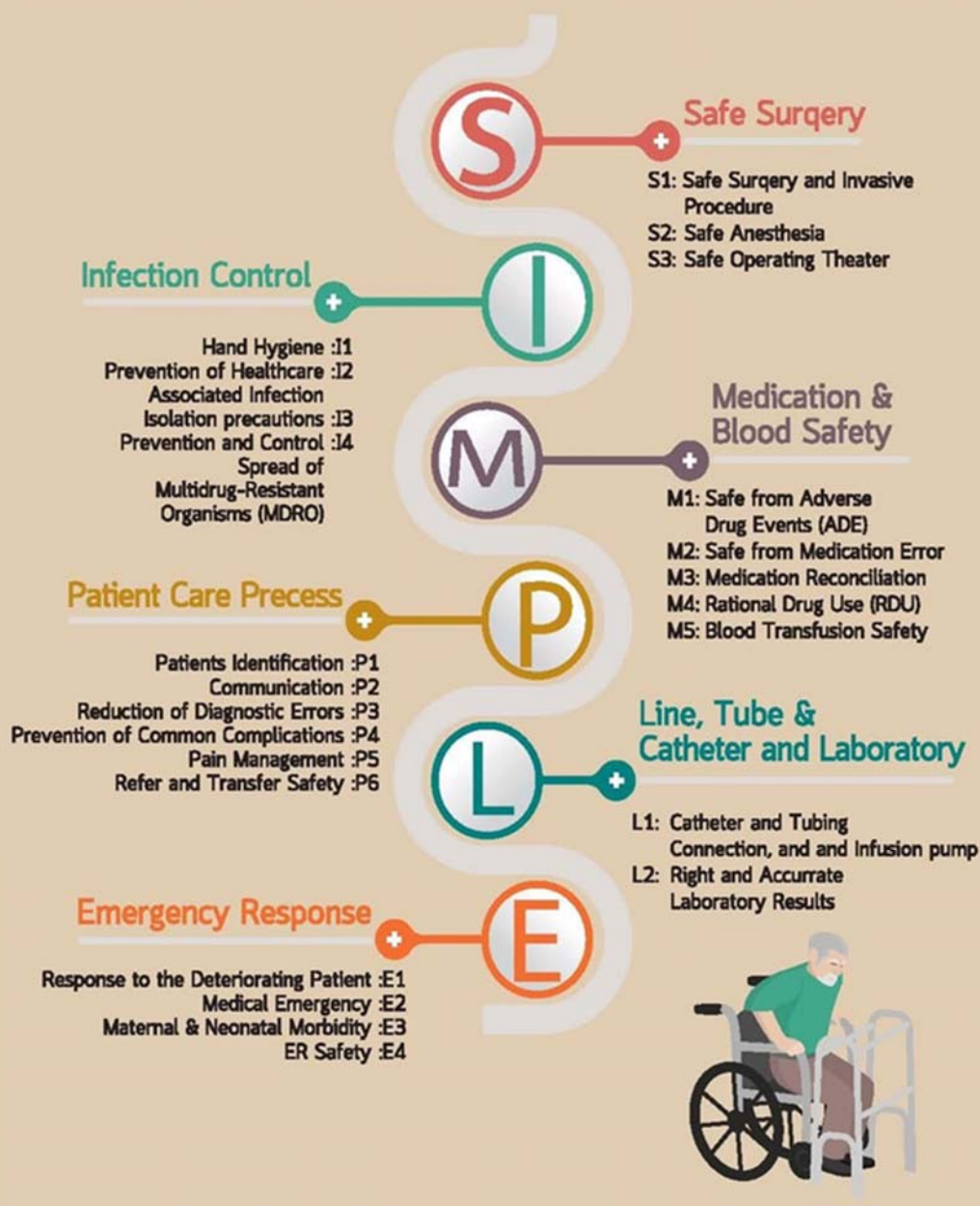
การปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น คือการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ตอนที่ II หัวข้อ 6.2 การใช้ยา ข้อ ก (5) “มีกระบวนการในการระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในการให้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุดของการให้บริการ มีการเปรียบเทียบบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้กับคำสั่งแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีการรับไว้ ย้ายหอผู้ป่วย และ/หรือจำหน่าย”



ในส่วนของ M 4 : Blood Safety เป็นประเด็นเกี่ยวกับการบริการโลหิต ซึ่งจะไม่ได้เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเภสัชกรโดยตรง จึงไม่ได้กล่าวถึงในบทความนี้

และในปี 2560 ทาง สรพ. ได้นำ “Patient Safety Goals” แต่ละหมวดของ “SIMPLE” มาทบทวนเพื่อให้ครอบคลุม และทันต่อสถานการณ์ในยุคปัจจุบันมากยิ่งขึ้น (ตามแผนภาพด้านล่าง) ในส่วนรายละเอียดของแต่ละหัวข้อนั้น ทาง สรพ. จะประกาศสื่อสารให้ทุกโรงพยาบาลทราบในลำดับต่อไป

Thailand Patient Safety Goals



จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็น องค์การระดับนานาชาติ WHO Collaborating Center and Solutions for Patient Safety Solutions หรือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)(สรพ.) มีแนวทางการกำหนด “Patient Safety Goals” ไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

เครื่องมือเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ตัวส่งสัญญาณ หรือ Trigger tool

Trigger tool หรือ ตัวส่งสัญญาณ ในที่นี้หมายถึง สัญญาณเตือนให้ระวังว่าอาจจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น เช่น เมื่อแพทย์สั่งหยุดยาและสั่งยาแก้แพ้ ก็เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยอาจจะแพ้ยา หรือผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน ก็เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง

การใช้ Trigger tool ในการย้อนดูอดีต เช่น

- การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วว่ามีสัญญาณเตือนอะไรเกิดขึ้นบ้าง เพื่อให้ทราบว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นโดยที่เราไม่ทราบหรือไม่
- การใช้ trigger tool เป็นสัญญาณเตือนในการคัดกรองเวชระเบียนผู้ป่วยมาทบทวน

และรวมไปถึง การวางระบบโดยใช้ trigger tool ในลักษณะการเฝ้าระวังตลอดเวลา หากพบ trigger tool จะทำการสืบค้นทันที อาจจะสามารถป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ แนวทางการวางระบบดังกล่าวทำได้โดย

1. จัดทำบัญชีรายการตัวส่งสัญญาณ (trigger tool) ที่มีโอกาสเกิด จัดเก็บ หรือติดไว้ในที่ที่เห็นได้ง่าย เพื่อเป็นการเตือนใจตนเองขณะปฏิบัติงาน
2. วางระบบการรับรู้ตัวส่งสัญญาณ (trigger tool) และช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนร่วมกัน เช่น หากพบ trigger tool ใครจะเป็นผู้รายงาน ผู้รับรายงานต้องทำอะไร จะมีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างไร
3. พุดคุย/ซักซ้อมความเข้าใจในตัวส่งสัญญาณแต่ละตัว ในเรื่องความหมาย โอกาสการเกิดเหตุการณ์ ที่รุนแรงมีอะไรบ้าง

4. เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น นอกจากการวิเคราะห์สาเหตุ และแนวทางป้องกันแล้ว **ควรมีการพิจารณาทบทวนว่ามีอะไรที่เป็นตัวส่งสัญญาณเพิ่มเติม** และนำข้อมูลมาเพิ่มในบัญชีรายการตัวส่งสัญญาณ เพื่อให้ครอบคลุมครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

เรียนรู้จากความผิดพลาดในงานประจำ

ระบบงานที่ดี คือระบบงานที่ได้รับการออกแบบไว้อย่างรัดกุม ร่วมกับการเรียนรู้ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้วนำมาปรับปรุงให้ระบบมีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้ความผิดพลาดในงานประจำจึงเป็นสิ่งที่น่าพัฒนาให้เกิดขึ้น

กระบวนการเรียนรู้จากความผิดพลาดทำได้ไม่ยากในงานประจำ เช่น

1. **การจดบันทึกเหตุการณ์ตามลำดับเวลา** เพื่อเตือนความจำ กลับมาทบทวนได้ว่าเหตุการณ์ใดเกิดก่อน-หลัง ทำให้ทวนสอบเหตุการณ์ได้ชัดเจนมากขึ้น
2. **การทบทวนเหตุการณ์ย้อนหลัง** พิจารณาว่าจุดไหนที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงไปได้บ้าง หากเราตัดสินใจอีกแบบ จะส่งผลต่อเหตุการณ์นี้อย่างไร ปัจจัยอะไรที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้บ้าง เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น
3. **รับฟังข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง** เรียนรู้เรื่องเล่าจากประสบการณ์ของทีม เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ในตอนนั้น ว่าผู้เกี่ยวข้องมีวิธีการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไร ต้องการความช่วยเหลือและสิ่งอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง

โดยกระบวนการเรียนรู้ทั้งหมด ควรเป็นบรรยากาศการพูดคุยที่เห็นอกเห็นใจกัน พร้อมรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน อย่างเปิดใจ ด้วยความรักและความเข้าใจกัน

เราจะสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรได้อย่างไร

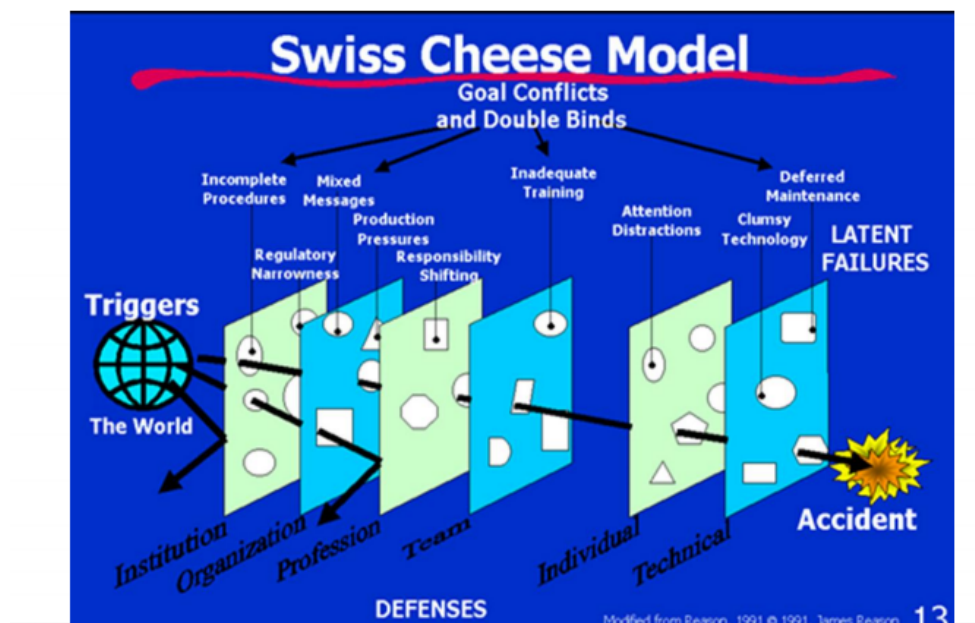
วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นผลของค่านิยม เจตคติ และแบบแผนพฤติกรรมของบุคลากรและของกลุ่ม ซึ่งกำหนดวิธีการทำงาน และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ และความปลอดภัยในองค์กร

สิ่งที่ควรทบทวนและใคร่ครวญเป็นประจำ

1. เรายึดถือเรื่อง patient safety เป็น [top priority](#)

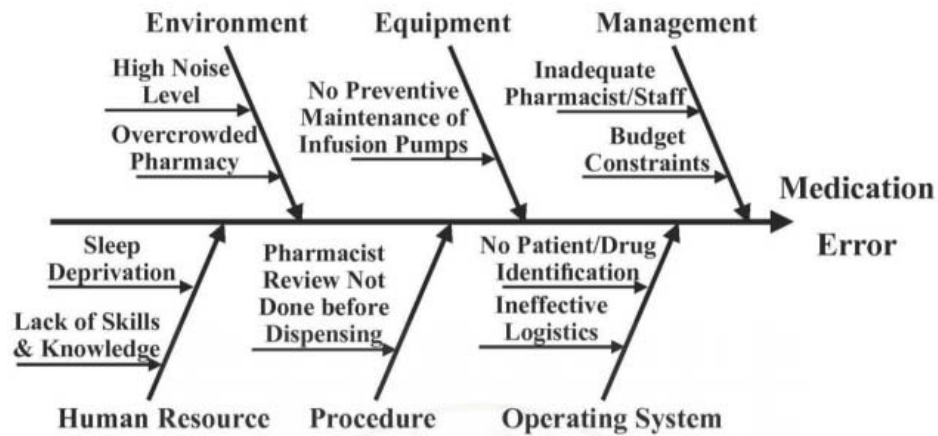
2. เราจะประเมินความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักและวางแผนรับมือในทุกโอกาส
3. เราจะพูดคุยกันในเรื่องความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักและวางแผนรับมือในทุกโอกาส
4. เราจะตอบสนอง ต่อ concern ของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรวดเร็ว
5. เราจะยินดีสื่อสารและรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาสู่การเรียนรู้และป้องกัน
6. เราจะไม่กล่าวโทษกันเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
7. เราจะนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาปรับปรุงระบบงานที่ง่ายต่อการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย

ในปัจจุบัน การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร มักกล่าวถึง “**ทฤษฎี Swiss Cheese Model**” มีการเปรียบกระบวนการผลิต Swiss Cheese เป็นเสมือนการดูแลผู้ป่วย 1 คน ในการดูแลผู้ป่วย 1 คน อาจเป็นไปได้ยากที่จะให้เกิด zero defect (กระบวนการดักจับความเสี่ยงเป็นศูนย์) แต่เราสามารถวางกระบวนการดักจับความเสี่ยง เพื่อลด defect ในจุดต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ให้น้อยลงได้



จากภาพ จะเห็นได้ว่า โพรงอากาศที่เกิดขึ้นของชีสแต่ละก้อน จะแตกต่างกันออกไป แต่หากเราอธิบายเรื่องของความปลอดภัย เปรียบเสมือนเราฉายแสงผ่านเข้าไป หากรูเหล่านั้นมันต่อเนื่องกัน โอกาสที่แสงจะทะลุรูไปอีกด้านก็จะเกิดขึ้นได้ แต่หากรูไม่ตรงกัน ลำแสงก็จะผ่านไปไม่ได้ ดังนั้น หากเรามีกระบวนการดักจับยิ่งมากเท่าไร โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง จะน้อยลงตามไปด้วย จึงควรออกแบบระบบงานที่รัดกุมในส่วนที่มีโอกาส

เปลี่ยนแปลงได้เป็นสำคัญ อาทิเช่น สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน อุปกรณ์/เครื่องมือ การมอบหมายงาน การกำกับดูแล ทักษะ/ความรู้ของเจ้าหน้าที่ การสื่อสาร การนิเทศงาน เป็นต้น



จากภาพเป็นการนำหลักการที่กล่าวมาเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการเพื่อลด Medication Error ที่อาจเกิดขึ้น โดยการบริหารสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน การมีอุปกรณ์ที่เหมาะสม/เพียงพอ การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการทำงาน การฝึกฝนทักษะ/เพิ่มพูนองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ และการสร้างกระบวนการทำงานให้เป็นระบบ จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างกรณีศึกษาเรื่องยา

ผู้ป่วยอายุ 63 ปี ได้รับการผ่าตัดที่ช่องอก และต่อมาเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ จึงได้นำเข้าไปเปิดล้างแผลใน ห้องผ่าตัด และย้ายไป ICU แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยได้สั่งยาต้านจุลชีพหลายตัว ซึ่งหนึ่งในนั้นเป็น Penicillin Derivative แม้ว่าในเวชระเบียนจะระบุว่าผู้ป่วยแพ้ Penicillin หลังจากให้ยาได้ 25 นาที ผู้ป่วยเกิด Cardiopulmonary arrest ซึ่งไม่สามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้

ข้อเท็จจริงเบื้องต้น (active failure)

จากกรณีศึกษาที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลได้ตั้งทีมคณะกรรมการสอบสวนขึ้น พบข้อเท็จจริงเบื้องต้นดังนี้

- 1) ผู้ป่วยได้รับการสั่งยา และให้ยา ที่ผู้ป่วยแพ้
- 2) มีข้อมูลบันทึกว่า ผู้ป่วยแพ้ยาที่แพทย์สั่ง
- 3) ไม่ได้มีความตระหนักว่า ผู้ป่วยแพ้ยาในขณะที่แพทย์สั่งยา หรือในขณะที่พยาบาลให้ยา
- 4) เภสัชกรซึ่งควรจะตรวจสอบปัญหาได้ กลับไม่ได้เห็นคำสั่งแพทย์ก่อนการให้ยา

5) พยาบาลขอยืมยาของผู้ป่วยอีกรายหนึ่งมาให้ผู้ป่วยอีกราย เพื่อประหยัดเวลาในการรอยาจากห้องยา

การที่แพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ในกรณีนี้ อาจเป็นได้ 3 กรณี คือ

กรณีที่ 1 หากแพทย์รู้ว่าผู้ป่วยแพ้ยา Penicillin และรู้ว่ายาที่จะสั่งนั้นเป็นยา Penicillin Derivative แต่ก็ยังสั่งยานั้น เนื่องจากมีสิ่งรบกวนสมาธิ หรือสิ่งกักรวอยู่ในใจ ถือว่าเป็น “**skill-based error**”

กรณีที่ 2 หากแพทย์ไม่ได้ตรวจสอบก่อนว่าผู้ป่วยมีการแพ้ยาใดบ้าง กรณีนี้ถือว่าเป็น “**rule-based mistake**”

กรณีที่ 3 หากแพทย์ไม่รู้ว่ายาที่จะสั่งนั้นเป็น Penicillin Derivative กรณีนี้ถือว่าเป็น “**knowledge-based mistake**”

ความบกพร่องในระบบ (latent failure)

จากการสืบค้นลึกลงไป เพื่อหาสาเหตุว่าเหตุใดจึงทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าว มีรายละเอียดดังนี้

- 1) การยืมยาของผู้ป่วยรายอื่นเป็นวิธีการที่ใช้บ่อยๆ เพื่อให้สามารถให้ยาครั้งแรกได้เร็วขึ้น ด้วยเป็นผู้ป่วย ICU ที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน และจากระบบที่เป็นอยู่ยังไม่สามารถส่งคำสั่งยาไปที่ห้องยา และได้รับยาอย่างรวดเร็วได้ การปฏิบัติเช่นนี้ทำให้เภสัชกรไม่มีโอกาสได้ตรวจสอบ และเห็นคำสั่งแพทย์ก่อนการให้ยา
- 2) ตามระบบที่ออกแบบไว้ พยาบาลจะส่งคำสั่งใช้ยาด่วนไปที่ห้องยาทางโทรสาร และคำสั่งใช้ยาทั่วไปด้วยการเดินส่ง เมื่อเภสัชกรได้รับคำสั่งใช้ยาทางโทรสารจะรีบจัดยาให้ทันที
แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลส่งคำสั่งใช้ยาทั้งหมดทางโทรสาร ทำให้เภสัชกรไม่สามารถทราบได้ว่ายาตัวใดเป็นยาที่ต้องการใช้เร่งด่วน พยาบาลมักจะโทรศัพท์ไปย้ำอีกครั้ง ด้วยพยาบาลไม่เชื่อมั่นต่อระบบการส่งคำสั่งใช้ยาด่วน
- 3) ระบบการส่งยาไปที่หอผู้ป่วยใช้ระบบท่อลม หรือการเดินส่ง แต่ระบบท่อลมมักจะไม่ใช้การไม่ได้ และจำนวนผู้นำส่งก็มีน้อย พยาบาลไม่มีความมั่นใจว่าจะได้รับยาอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการยืมยาของผู้ป่วยรายอื่นมาใช้อยู่บ่อยๆ

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยซึ่งเชื่อมโยงต่อเนื่องกันก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยระบบตรวจสอบที่วางไว้จะช่วยป้องกันปัญหาได้ เช่น จะต้องมีการตรวจสอบเรื่องการแพ้ยาทั้งโดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยทั่วไปแล้วมักพบความผิดพลาดในจุดใดจุดหนึ่ง จึงมักไม่ก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ในกรณีนี้ ระบบตรวจสอบทั้งหมดถูกละเมิด ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้

มุ่งเน้นที่การปรับปรุงระบบ

ข้อเสนอแนะการปรับปรุงเชิงระบบจากทีมผู้ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

- 1) ให้ยุติการยืมยาจากผู้ป่วยรายอื่น โดยให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของวิธีการดังกล่าว
- 2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในการส่งโทรสารคำสั่งใช้ยาทั้งหมดไปที่ห้องยา
- 3) ซ่อมระบบท่อลมให้ใช้การได้ดี เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าห้องยาจะส่งยาให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในเวลาที่ต้องการ
- 4) ขอให้โรงพยาบาลพิจารณากระบวนการสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์โดยแพทย์
- 5) ให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานว่าจะต้องให้ยา stat แก่ผู้ป่วยภายใน 30 นาที

บทสรุป

“Patient Safety Goals” หรือ “SIMPLE” เป็นเป้าหมายความปลอดภัยที่เชิญชวนให้ทุกโรงพยาบาลพิจารณานำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการศึกษาข้อมูลวิชาการ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ และรวมไปถึงการติดตามผลลัพธ์ เพื่อวางแผนทางปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้เมื่อองค์กรสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขึ้นในทุกจุดของการปฏิบัติงานประจำ ซึ่งจะต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งทีมนำ และผู้ปฏิบัติงาน โดยในแต่ละโรงพยาบาลสามารถเลือก “Patient Safety Goals” หรือ “SIMPLE” ในเรื่องที่สำคัญ นำไปตั้งเป้าหมายความปลอดภัย และประยุกต์เป็นแนวทางได้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

หัวข้อใน “Patient Safety Goals” ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเภสัชกรโดยตรง คือ M = Medication Safety ซึ่งเกี่ยวข้องกับ “ระบบการจัดการด้านยา” นับเป็นความเสี่ยงสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การนำ Patient Safety Goals มาใช้ประโยชน์นั้น ทำได้หลากหลายวิธี อาทิเช่น

- เรียนรู้จากความผิดพลาดในงานประจำ

- ใช้ trigger tool เป็นสัญญาณเตือนระหว่างการดูแลผู้ป่วย และใช้เป็นตัวคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน
- ใช้การตามรอยเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติจริงในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ
- วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่อยู่ในข้อเสนอแนะและสิ่งที่ปฏิบัติจริง เพื่อลดความแตกต่างดังกล่าว หรือที่เรียกว่า “Gap Analysis”

ทุกกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้การออกแบบระบบมีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น และหล่อหลอมให้เกิดเป็น “วัฒนธรรมความปลอดภัย” เพื่อนำไปสู่เป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยนั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

หนังสือ

- 1) นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.2558. HA Update 2015. โอกาสของการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพร่วมกัน.
นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน).
- 2) พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ.2559. HA Update 2016. ทุกลมหายใจเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย.
นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน).
- 3) พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ.2559. ร้อยผลึก HA Update 2014. ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.
นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน).
- 4) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).2551. Patient Safety Goals: SIMPLE.
นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- 5) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).2546. Patient Safety : Concept and Practice. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).

สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- 6) ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา.2559. บทเรียนการประชุมวิชาการงานมหกรรมคุณภาพ (Quality Fair) ปี 2559 ปาฐกถาพิเศษเรื่อง “Siriraj Safety Organization ศิริราช องค์การแห่งความปลอดภัย”.
กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- 7) นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.2559. การประชุมเชิงปฏิบัติการ Act to Re-accreditation รุ่นที่ 5 ภาคกลาง หัวข้อเรื่อง “HA Update & Global Quality Update”. นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน).
- 8) นพ.ไพโรจน์ มิตรมโนชัย น.ท.หญิง ปณิชา สิริกรณะ กนกรัตน์ แสงอำไพ.2559. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 17 หัวข้อเรื่อง “Root Cause Analysis: RCA ไปให้ถึงคำตอบที่สร้างสรรค์และได้ผล” นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- 9) นพ.อนุชิต ศรีวิโรจน์.2556. Patient Safety Goals: SIMPLE เอกสารประกอบการเรียนการสอนหลักสูตร คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก. นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.

Electronic Sources

- 10) World Health Organization. High 5s: Action on Patient Safety. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2560, จาก http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_injec_medicine_fs_Mar_2011.pdf