

ความปลอดภัยของผู้ป่วย

สรวิชัย อัครเรืองชัย**

Asavaroengchai S. Patient safety. Chula Med J 2003 May; 47(5): 333 - 50

Patient safety is the fundamental basis of health care system. In developed countries, many studies indicated that adverse events cause substantial number of preventable deaths and disabilities. In Thailand, this circumstance is still unknown. This paper is to summarize the local and international studies about patient safety for developing the safer health care system in Thailand. Literatures was reviewed concerning patient safety from Thai Index Medicus and Pubmed.

Few studies about patient safety were done in Thailand. Most of them are case reports of harm from special procedures and surgery. But increasing numbers of malpractice claims to the Medical Council indicates growing concern about patient safety. Various studies from developed countries state adverse events in hospitalized patients are ranged from 4 – 17 % and 27 – 54 % of them are preventable. Most of them occur to complicated surgical patients. Over 80 % of adverse events are caused by human errors under latent system failure. Learning from high reliability organizations may apply for the safety of the health care system. In Thailand, Hospital Accreditation plays significant role in promoting patient safety by using risk management program.

To enhance patient safety, contribution of all stakeholders, attitude changing on human errors, promotion of research in development of safer health system for all levels of care are essential.

Keywords : *Patient safety, Clinical risk management, Adverse events, Hospital accreditation.*

Reprint request : Asavaroengchai S. International Health Policy Program, Thailand.

Received for publication. February 15, 2003.

วัตถุประสงค์ : เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ในเรื่องการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในประเทศไทย

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "ผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล" สนับสนุนโดย องค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย

** สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ปรัชญาในการดูแลรักษาผู้ป่วยในการแพทย์สากลคือ การให้การดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยให้พ้นจากความทุกข์จากโรคร้ายไข้เจ็บด้วยความสามารถและสติปัญญาของผู้รักษาโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายและความเสียหาย⁽¹⁾ ดังนั้นผู้รับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพจึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากรที่มีจำนวนและความเชี่ยวชาญในทุกสาขาที่เพิ่มมากขึ้น การพัฒนาด้านยาและเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น มีการนำเอาระบบบริหารจัดการคุณภาพในรูปแบบต่าง ๆ มาใช้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้วพบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอัตราร้อยละ 4 -17^(2,3) นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งระยะสั้นและถาวร และการสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น โดยในประเทศสหรัฐอเมริกามีการประมาณการว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 44,000 คนจากความผิดพลาดในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล ทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินกว่า 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ทั้งนี้ยังมีความสูญเสียทางจิตใจ และสังคมซึ่งไม่อาจประเมินค่าได้อีกมาก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดจากความผิดพลาดของระบบที่สามารถป้องกันได้⁽⁴⁾

ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาปัญหาดังกล่าวในภาพรวม บทความต่อไปนี้จะเป็นการรวบรวมองค์ความรู้และความเข้าใจในเรื่องการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ทั้งที่ได้มีการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ วิธีการศึกษากระทำโดยทบทวนเอกสารวิชาการที่ดีพิมพ์และมีบทความเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษทั้งในและต่างประเทศที่มีอยู่ในห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ โดยการค้นหาจากฐานข้อมูลภาษาไทยจาก Thai index medicus และภาษาอังกฤษจาก Pubmed ซึ่งเริ่ม

ตั้งแต่ปี 1966 ใน keyword ต่อไปนี้ patient safety, clinical risk management, medical errors, adverse events, iatrogenic injury และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ เรียบเรียงตามหัวข้อทางระบาดวิทยานำเสนอแนวคิด และวิธีการค้นหาความผิดพลาดและจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยโดยสังเขป เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

ความหมาย นิยาม และที่มา

ในอดีตที่ผ่านมา การดูแลรักษาผู้ป่วยกระทำโดยแพทย์โดยลำพัง ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้นเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น แพทย์จึงตกเป็นจำเลยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังศัพท์ที่วงการแพทย์ใช้กันมาเป็นเวลานานแล้วคือ **โรคหมอทำ iatrogenic injury (latros แพทย์ + genesis เกิดขึ้น)** หมายถึง ความเจ็บป่วยที่เกิดจากกระบวนการวินิจฉัยการรักษาใด ๆ โดยแพทย์ ทำให้เกิดอันตรายที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากการดำเนินโรคของผู้ป่วย⁽⁵⁾ โดยทั่วไปมักจะหมายถึงการกระทำที่เกิดขึ้นโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของแพทย์ จนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายหรือบาดเจ็บแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยและญาติยังคงยกย่องให้แพทย์เป็นวิชาชีพที่ทำคุณประโยชน์เกินกว่าที่จะมองว่าอันตรายดังกล่าวเป็นความผิดของแพทย์ผู้รักษา

ต่อมาเมื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเจริญมากขึ้นพร้อมกับระบบทุนนิยม ระบบการดูแลสุขภาพจึงถูกครอบงำด้วยผลประโยชน์ทางธุรกิจมากขึ้น การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เคยเป็นระบบไว้วางใจกันเปลี่ยนมาเป็นระบบซื้อขายบริการในปัจจุบัน เมื่อผู้ซื้อไม่ได้รับบริการที่คาดหวังจึงเกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายขึ้น เกิดคำว่า**ทุรเวชเวชปฏิบัติ (Medical Malpractice)** ขึ้นเป็นชื่อกล่าวหา โดยเกิดขึ้นในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อ 60 ปีมาแล้ว⁽⁶⁾ ซึ่งหมายถึง การดูแลรักษาของแพทย์ที่ละทิ้งผู้ป่วย ขาดความระมัดระวังหรือต่ำกว่ามาตรฐาน ปัญหาดังกล่าวกำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นในประเทศที่ระบบทุนนิยมพัฒนามายาวนาน เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เป็นต้น และด้วยกระแส

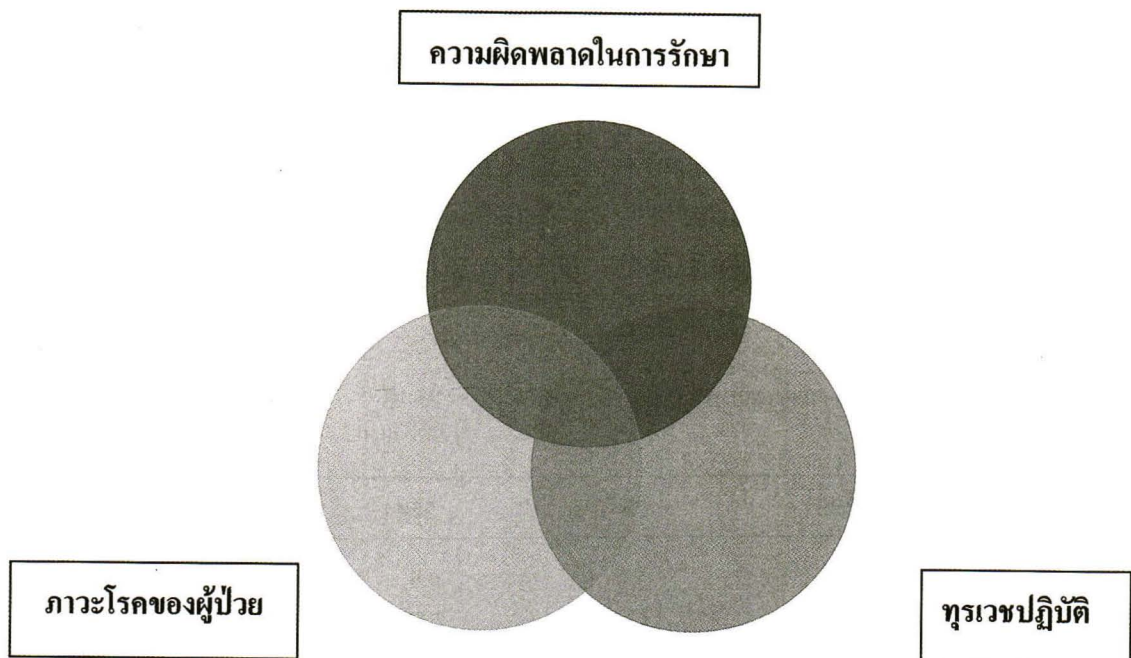
ทฤษฎีที่ไหลล้นเข้ามาในบ้านเรา ปัญหาดังกล่าวกำลังเติบโตขึ้นในประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ด้วยเช่นกัน

มูลค่าการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์และโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจนเป็นเหตุให้เกิดธุรกิจประกันความเสี่ยงดังกล่าวขึ้นในสหรัฐอเมริกา ซึ่งแม้จะลดความเสียหายจากการจ่ายค่าชดเชยได้ แต่แพทย์และโรงพยาบาลยังคงต้องแบกภาระเบี้ยประกันที่สูงมาก เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าวจึงเกิดระบบบริหารความเสี่ยง (Risk management) ขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งหมายถึงกระบวนการค้นหา วิเคราะห์ และควบคุมความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นการประกันความสูญเสียจากการที่ผู้รับบริการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์และโรงพยาบาลเป็นหลัก⁽⁷⁾ จึงเป็นที่มาของการแพทย์แบบป้องกันตนเอง (defensive medicine) อย่างกว้างขวางซึ่งทำให้ระบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และที่สำคัญมูลค่าการฟ้องร้องยังคงพุ่งสูงอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพที่ต้องใช้ทรัพยากรมหาศาลในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาจึงทำให้ผู้ให้บริการเกิดความพยายามศึกษาหาทางแก้ไข โดยมุ่งเน้นค้นหาและแก้ไขสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ก่อนจะเกิดการฟ้องร้อง จึง

เป็นที่มาของการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ในหลายประเทศ หมายถึงการบาดเจ็บที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาโดยไม่ตั้งใจ สาเหตุมีหลายประการ ได้แก่ ภาวะโรคของผู้ป่วยเอง หรือจากการการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งมีทั้งตั้งใจให้การรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เช่น ทุรเวชปฏิบัติ แต่ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความผิดพลาดในการดูแลรักษา (Medical errors) ซึ่งคือความล้มเหลวของการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ หรือการวางแผนการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยในอดีตมักจะมองหาผู้กระทำผิดและนำมาลงโทษ เปลี่ยนเป็นมุมมองทางจิตวิทยาของมนุษย์ซึ่งมีโอกาสผิดพลาดได้ และมุ่งเน้นการป้องกันเชิงระบบแทน⁽⁸⁾ (ดูรูปที่ 1)

แนวทางในการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษาในปัจจุบันมุ่งเน้นที่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นกว่าเมื่อก่อน มีการพิจารณาความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจจะเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โดยอาศัยการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk management) หรือกระบวนการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย การค้นหา การวิเคราะห์ และการควบคุม



รูปที่ 1. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเพื่อให้แนวคิดดังกล่าวได้รับความตระหนักมากยิ่งขึ้น ทั้งจากผู้ให้บริการ และเป้าหมายที่ผู้รับบริการ ในปัจจุบันนักวิชาการจึงรณรงค์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นนโยบายหลักในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ⁽⁹⁾

อุบัติเหตุการณ์

การศึกษาในประเทศไทย

ในอดีตที่ผ่านมา เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยไม่ใช่เรื่องใหม่ มีหลักฐานเป็นบทความเรื่อง โรคหมอกทำ (iatrogenic diseases) โดย ประสงค์ ตูจินดา⁽⁵⁾ ได้ปรากฏในบทบรรณาธิการของ สารศิริราช เป็นเวลากว่า 40 ปีมาแล้ว กล่าวถึงความสำคัญของโรคหมอกทำในผู้ป่วยเด็กว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่รู้ ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือความผิดพลาดจากการใช้เครื่องมือหรือการวินิจฉัยบางประการของกุมารแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดความพิการชั่วคราว พิกัดตลอดชีวิตหรือทำให้ถึงตายก็ได้ ในบทความดังกล่าวบรรยายถึงข้อบกพร่องที่กุมารแพทย์มักจะให้การดูแลรักษาผิดพลาดเพื่อให้เกิดความระมัดระวังมากยิ่งขึ้น บทความวิชาการเช่นนี้มีให้เห็นอีกประปรายในวารสารของโรงเรียนแพทย์ แพทยสภาสาร หรือหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ในปี 2521 โกมล เพ็งศรีทอง ได้เขียนบทความเรื่อง iatrogenic disease กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์^(10,11) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่

เป็นเพียงความเห็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งยังไม่มีกรายงานที่สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาเพื่อให้เกิดความตระหนักและวิเคราะห์สาเหตุนำไปสู่การป้องกันและแก้ไข

การศึกษาเชิงปริมาณของโรคหมอกทำ มีให้เห็นน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการรายงานเชิงคุณภาพ เช่น กรณีศึกษา (Case report) หรือชุดกรณีศึกษา (Case series) โดยรายงานส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมและสูตินรีเวชกรรมที่ได้รับอันตรายหรือการบาดเจ็บจากหัตถการหรือการผ่าตัด เช่น การลึ้มวัตถุแปลกปลอมไว้ในช่องท้องหรือในลำไส้ การเกิดโรคแทรกจากการทำหัตถการ เช่น เจาะท้อง เจาะปอด การวินิจฉัยที่ผิดพลาดนำไปสู่การรักษาที่ผิดพลาดหรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีการศึกษาที่รายงานขนาดของปัญหาอยู่บ้าง ได้แก่ อุบัติการณ์ของอันตรายจากการตรวจ peritoneoscope ในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร หรือมีการบาดเจ็บช่องท้อง⁽¹²⁾ เป็นต้น

แม้ว่าการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ให้บริการจะมีจำกัด แต่หากพิจารณาจากมุมมองของผู้รับบริการพบว่าจำนวนการร้องเรียนแพทย์จากกรณีทุเรศปฏิบัติมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว⁽¹³⁾ นอกจากนี้จำนวนข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติที่เข้าไปยังแพทยสภา ระหว่างปี พ.ศ.2539 – 2543 พบว่าจำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี แม้ว่าจำนวนข้อร้องเรียนอาจจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ให้บริการที่เพิ่มขึ้น แต่ก็สะท้อนได้ว่าผู้รับบริการมีความคาดหวังที่สูงขึ้นมากขึ้น (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องการดูแลรักษา ระหว่างปี พ.ศ. 2539 - 2543

ข้อร้องเรียน \ ปี	2539	2540	2541	2542	2543
ละทิ้งผู้ป่วย	3	2	4	2	4
ไม่คำนึงถึงความปลอดภัย	15	9	25	34	39
รักษาต่ำกว่ามาตรฐาน	42	64	67	114	138
รวม (ราย)	60	75	96	150	182

เมื่อพิจารณาความรุนแรงและซับซ้อนของปัญหาดังกล่าวในมุมมองของผู้รับบริการจะพบว่า ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันสร้างปัญหาให้กับผู้รับบริการไว้มากมาย ดังในรายงานวิจัย 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ ได้แสดงให้เห็นถึงข้อบกพร่องทั้งในด้านระบบที่ต่อคุณภาพ และทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพที่ขาดองค์รวม การขาดความน่าเชื่อถือในผลการตัดสินใจของแพทย์สภา สรุปเป็นข้อเรียกร้องให้ปฏิรูประบบบริการสุขภาพในทุก ๆ ด้านอย่างเร่งด่วน⁽¹⁴⁾ ภาพสะท้อนเหล่านี้แม้จะไม่ใช่การรวบรวมด้วยงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่ก็สะท้อนความเชื่อมั่นของผู้รับบริการในด้านความปลอดภัยของบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาในต่างประเทศ

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการศึกษาปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเวลานานกว่าในประเทศไทย แต่การศึกษายังจำกัดอยู่ในบางประเด็นในบางโรค ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาวิธีการรักษาหรือการใช้ยาที่ใช้ในการรักษาบางโรคที่สำคัญ แต่อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ การศึกษาภาพรวมตามฐานประชากรนั้นเริ่มต้นขึ้นในสหรัฐอเมริกาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาซึ่งมีปัญหาการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากความผิดพลาดในการรักษาของแพทย์เป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดระบบประกันค่าเสียหายซึ่งเป็นภาระอย่างมหาศาลของค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ จึงเกิดคำถามขึ้นในระบบบริการสุขภาพว่าปัญหาการฟ้องร้องค่าเสียหายมีความรุนแรงเท่าไร และมีทางป้องกันได้หรือไม่ บทความนี้จะนำเสนอการศึกษาที่สำคัญโดยสรุปดังนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามหาทางแก้ปัญหาค่าเสียหายจากแพทย์ซึ่งสูงขึ้นอย่างมหาศาลในแต่ละปี ในปี 1991 จึงมีการศึกษา Harvard Medical Practice Study (HMPS)⁽²⁾ เพื่อหาคำตอบในเรื่องระบาดวิทยาของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรัฐ New York การศึกษากระทำโดยการสุ่มประเมินเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 1984 พบว่า

อุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับร้อยละ 3.7 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในจำนวนนี้ ร้อยละ 27 เกิดจากความละเลยของแพทย์ และส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 15 เกิดความพิการถาวรหรือเสียชีวิต ต่อมาในปี 1992 มีการนำวิธีการเดียวกันไปศึกษาหาอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรัฐ Utah และ Colorado (UTCOS)⁽¹⁵⁾ ซึ่งได้ผลใกล้เคียงกัน คือพบอัตราการเกิดไม่พึงประสงค์ร้อยละ 3.0 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลของรัฐดังกล่าว จากผลการวิจัยทั้งสองชิ้นนี้ ทำให้เกิดจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่มีการเปิดเผยอุบัติการณ์ดังกล่าวกระตุ้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตื่นตัวในปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นอย่างมาก นำมาซึ่งการศึกษานานาชาติและการป้องกันอย่างเป็นระบบเป็นครั้งแรก นอกจากนี้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการละเลยกับจำนวนการฟ้องร้อง⁽¹⁶⁾ พบว่าต่างกันถึง 7.6 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนการฟ้องร้องไม่ได้แสดงถึงอันตรายที่ผู้ป่วยประสบอยู่อย่างแท้จริง โดยผู้ป่วยที่มีความพิการที่รุนแรงจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีแนวโน้มจะฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายมากกว่า⁽¹⁷⁾

ผลของการศึกษาในสหรัฐอเมริกาส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในนานาประเทศด้วย ดังจะเห็นได้จากการตื่นตัวที่จะศึกษาในลักษณะเดียวกันขึ้นอีกหลายครั้งในหลายประเทศ เช่น The Quality in Australian Health Care Study (QAHCOS)⁽³⁾ ในประเทศออสเตรเลียได้ประยุกต์วิธีการของ HMPS มาใช้ค้นหาอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่า มีอัตราสูงถึงร้อยละ 16.6 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยได้เน้นศึกษาการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จึงทำให้การรายงานเหตุการณ์ดังกล่าวมีมากกว่าในสหรัฐอเมริกา เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุพบว่าร้อยละ 51 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สามารถป้องกันได้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 13 พิการถาวร และร้อยละ 4.9 เสียชีวิต

ในประเทศสหราชอาณาจักร (UK) ก็ได้เริ่มทำการศึกษาหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้วยเช่นกัน⁽¹⁸⁾ โดย

ตารางที่ 2. ผลการศึกษาอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การวิจัย	จัดทำเมื่อ	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	อัตราการเกิด(%)
HMPS	1984	30195	1133	3.7
UTCOS	1992	14700	402	3.0
QAHCS	1992	14179	2353	16.6
UK	1999-2000	1014	119	11.7

ประยุกต์วิธีการจาก HMPS จำกัดการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง พบอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 11.7 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ร้อยละ 6 พิจารณารวม และร้อยละ 8 เสียชีวิต ในจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดนี้ ร้อยละ 48 สามารถป้องกันได้

สรุปภาพรวมของการศึกษาอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำคัญในประเทศพัฒนาแล้วไว้ดังนี้ (ดูตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม การศึกษาอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ยังมีข้อจำกัดคือ จำกัดอยู่เฉพาะผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ดังนั้นในปี 1997 Fischer G⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาความชุกของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้วยการทบทวนบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของสำนักงานบริหารความเสี่ยงในคลินิกปฐมภูมิ 8 แห่งในรัฐนิวยอร์ก พบความชุกของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 3.7 ต่อผู้ป่วยมารับบริการ 100,000 ครั้งในรอบ 5 ปี และพบว่าร้อยละ 83 ของเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดจากความผิดพลาดทางการดูแลรักษา และสามารถป้องกันได้ ร้อยละ 14 ของผู้ป่วยในเหตุการณ์ดังกล่าวพิจารณา และร้อยละ 3 เสียชีวิต

ความสูญเสีย

เมื่อศึกษาถึงความสูญเสียโดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ คือ การบาดเจ็บและเสียชีวิต รวมถึงความน่าเชื่อถือในการประกันคุณภาพ จะพบว่าอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศสหรัฐอเมริกาต่ำกว่าประเทศออสเตรเลียและอังกฤษอย่างชัดเจน ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากการวิจัยในสองประเทศหลังมีความต้องการเน้นการป้องกันมากกว่าค้นหาการละเลย ทำให้ผู้วิจัยยินดีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรืออาจเป็นจากคุณภาพเวชระเบียนที่ดีกว่าทำให้ค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่า แต่มีสัดส่วนของความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตสูงกว่าเช่นกัน จึงอาจแสดงถึงเกณฑ์ที่ต่างกันในการพิจารณาเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรง ประเด็นสำคัญคือผลงานวิจัยเกือบทั้งหมดมีแนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ประมาณร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นโอกาสที่ผู้เกี่ยวข้องจะช่วยกันลด

ตารางที่ 3. แสดงอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) การป้องกัน ความพิการ และการเสียชีวิต

การวิจัย	อัตราการเกิด AE(%ผู้ป่วยใน)	การป้องกันได้ (%AE)	ความพิการรุนแรง (%AE)	เสียชีวิต (%AE)
HMPS	3.7	27.6	2.6	13.6
UCMPS	3.0	54	9.4	5.6
QAHCS	16.6	51	13.7	4.9
UK	11.7	48	6	8

อุบัติการณ์ดังกล่าวได้ สรุปรวบรวมการศึกษาความสูญเสียไว้ดังนี้ (ดูตารางที่ 3)

แม้ว่าการประเมินผลกระทบทางจิตใจกระทำได้อย่างกว้าง อย่างไรก็ตาม ได้มีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางศัลยกรรม⁽²⁰⁾ พบว่ามีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยที่ป่วยจากโรคอื่น ๆ อย่างชัดเจน โดยปัจจัยที่ทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้นคือการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวนมากในกลุ่มนี้ต้องการการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจร่วมด้วย

นอกเหนือจากผลกระทบทางร่างกายและจิตใจแล้ว การศึกษาดังกล่าวยังศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งพบว่ามีความสูญเสียอีกจำนวนมาก โดยในปี 1992 Johnson⁽²¹⁾ ได้ศึกษาความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการบาดเจ็บที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในรัฐนิวยอร์ก ในปี 1989 พบมูลค่าความสูญเสียเท่ากับ 878 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยแบ่งเป็นร้อยละ 18 เป็นค่าชดเชยการดูแลรักษา ร้อยละ 32 เป็นค่าชดเชยสูญเสียรายได้ และร้อยละ 50 เป็นค่าชดเชยโอกาสในการสร้างรายได้ ส่วนในประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศออสเตรเลีย ได้ศึกษาผลของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อการสูญเสียของโรงพยาบาล โดยคำนวณจากจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นพบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.1 – 8.5 วันต่อครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล^(3,18)

ผลการศึกษาดังกล่าว ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตสูงถึงปีละ 44,000 – 98,000 คน จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ และเมื่อพิจารณาความสูญเสียทางเศรษฐกิจมีมูลค่าสูงถึง 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี โดยมีสัดส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้เท่ากับ 17,000 – 29,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่ถ้าวลองเปรียบเทียบความสูญเสียดังกล่าวโดยใช้อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศที่พัฒนาแล้วมาคำนวณหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2545⁽²²⁾ จะพบว่า ร้อยละ

5 ของผู้ป่วย 5.42 ล้านคนหรือเท่ากับ 2.71 แสนคนในแต่ละปีเคยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่น่าจะป้องกันได้ เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายต่อวันในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4,091 บาท จึงพอจะประมาณการได้ว่า หากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำให้วันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8 วัน ประเทศไทยต้องสูญเสียเงินสำหรับรักษาการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่น่าจะป้องกันได้ปีละกว่า 1,108 ล้านบาท เงินจำนวนนี้ยังไม่นับรวมค่าสูญเสียรายได้ และโอกาสสร้างรายได้ซึ่งมีมูลค่าสูงกว่านี้หลายเท่าตัว

ปัจจัยเสี่ยง

การศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาในภาพรวมของผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ การศึกษาลักษณะของโรงพยาบาลที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในสหรัฐอเมริกา พบว่า โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานศึกษามีแนวโน้มจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป⁽²³⁾ ดังเช่นการศึกษากการเจ็บป่วยจากการดูแลรักษาที่เกิดในโรงเรียนแพทย์ ในปี 1981⁽²⁴⁾ พบสูงถึงร้อยละ 36 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ร้อยละ 9 พิกัด และร้อยละ 2 เสียชีวิต ในด้านสถานที่ให้บริการ ผลการศึกษาของ HMPS, UTCOS และ QAHCs ตรงกันว่า สถานที่เกิดภาวะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดในห้องผ่าตัด โดยคิดเป็นร้อยละ 41.0 – 74.1 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การผ่าตัดที่ซับซ้อน เช่น ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หากโรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยน้อยจะยังมีอัตราตายจากการผ่าตัดที่สูงขึ้น⁽²⁵⁾ ส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเกิดจากการใช้ยาเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด โดยในปี 1998 มีการศึกษา meta-analysis ของอุบัติการณ์ของภาวะไม่พึงประสงค์ที่มีอาการรุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาในโรงพยาบาล⁽²⁶⁾ พบอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 6.7 โดยเป็นผู้เสียชีวิตร้อยละ 0.32 ของผู้ป่วยทั้งหมด นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลสูงเป็นอันดับที่ 4 ถึง 6 ผลการ

ศึกษายังพบว่า อุบัติการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มจะพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ป่วยหนักและผู้ป่วยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน⁽²⁷⁾

วิเคราะห์สาเหตุ

เมื่อศึกษาถึงสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่ากว่าร้อยละ 80 เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์โดยประเด็นที่พบมากที่สุดคือความล้มเหลวในทางปฏิบัติ ความล้มเหลวในการตัดสินใจ และการส่งตรวจหรือรักษาที่ผิดพลาด ตามลำดับ⁽²⁸⁾ ในการจัดการเพื่อแก้ปัญหาความผิดพลาดของมนุษย์ จึงแบ่งประเภทของความผิดพลาดต่าง ๆ ดังนี้

1. ความผิดพลาดจากความรู้ (Knowledge-based errors) หมายถึง การวางแผนหรือระบบที่ผิดพลาดจากการขาดความรู้หรือประสบการณ์ที่เพียงพอ

2. ความผิดพลาดจากกฎระเบียบ (Rule-based errors) หมายถึง ความผิดพลาดที่เกิดจากการไม่ใช้ระบบที่กำหนดไว้เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือระบบดังกล่าวไม่เหมาะสม หรือ การนำระบบไปใช้ไม่ถูกต้อง

3. ความผิดพลาดจากความพลั้งเผลอ (Skill-based errors) หมายถึง ความผิดพลาดจากการขาดความระมัดระวังของผู้ที่เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

4. ความผิดพลาดทางการปฏิบัติ (Technical errors) หมายถึง การดูแลรักษาที่ไม่ได้ผลตามที่ต้องการหรือผลที่ผิดพลาด ที่เกิดจากปฏิบัติที่ไม่สมบูรณ์

การป้องกันและแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผิดพลาดของมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นักวิทยาศาสตร์ได้พยายามศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความผิดพลาดของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ โดยมีการศึกษาปัจจัยที่เกิดจากมนุษย์ และปัจจัยด้านองค์กร อาศัยการวิเคราะห์ทางจิตวิทยาจากประสบการณ์ขององค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง เช่น หน่วยควบคุมการบิน เรือบรรทุกเครื่องบินพลังงานนิวเคลียร์ และโรงไฟฟ้า

พลังนิวเคลียร์ พบว่า แนวคิดในการแก้ปัญหาความผิดพลาดของมนุษย์มีสองแนวทาง ได้แก่ การแก้ปัญหาเชิงบุคคล (Person Approach) และการแก้ปัญหาเชิงระบบ (System Approach)⁽²⁹⁾

แนวทางแรกคือการแก้ปัญหาเชิงบุคคล เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่มุ่งเน้นมองหาความผิดพลาดของคนที่ปลายเหตุ โดยเชื่อว่าความผิดพลาดของมนุษย์เกิดจากความบกพร่องด้านจิตใจ เช่น การหลงลืม เหม่อลอย เฉื่อยชา ไม่ระมัดระวัง ละเลย สะเพร่า เป็นต้น ทางแก้ไขคือการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์โดยการกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบ การเตือน การควบคุมกำกับ และมาตรการลงโทษ ผู้ที่ใช้แนวคิดนี้จะมีทัศนคติว่า คนที่ทำพลาดเป็นคนผิด กลายเป็นประเด็นทางจริยธรรม การรายงานอุบัติการณ์ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริหารความเสี่ยงจึงไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารองค์กรส่วนใหญ่ชอบวิธีคิดแบบดังกล่าวนี้เพราะเป็นการง่ายที่จะโทษตัวบุคคลมากกว่าองค์กร นอกจากนี้แนวคิดดังกล่าวยังมองข้ามคุณสมบัติที่สำคัญของมนุษย์สองประการคือ ความผิดพลาดไม่ได้เลือกเกิดกับคนบางคน แต่เกิดกับใครก็ได้ และประการที่สองคือ หากเราไม่เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม อุบัติการณ์เดิมก็จะเกิดซ้ำขึ้นอีก ด้วยเหตุนี้จึงไม่มีการค้นหาต้นเหตุของความผิดพลาดในระบบ ทำให้ความพยายามในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยจึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

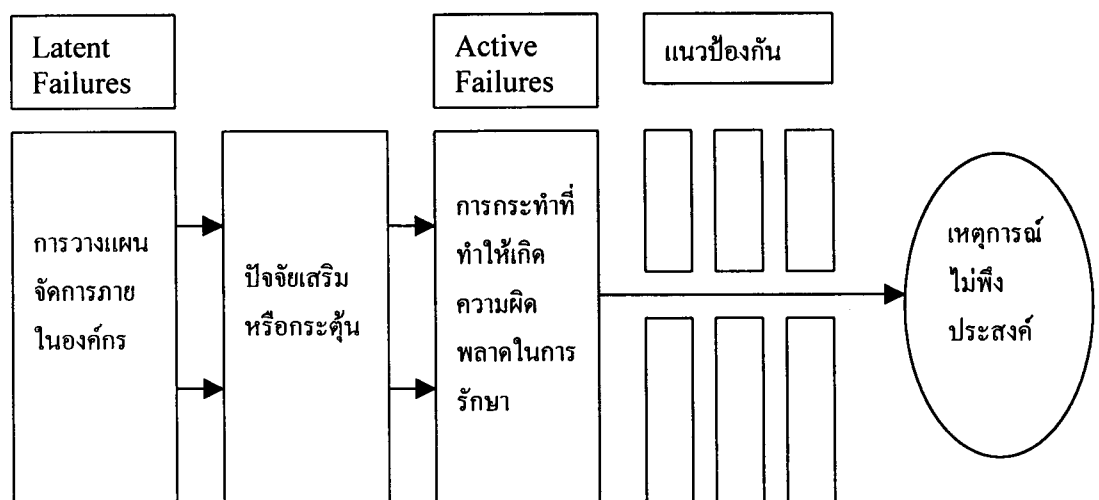
แนวทางที่สองคือ การแก้ปัญหาเชิงระบบ มีสมมติฐานที่สำคัญคือ “มนุษย์ทำพลาดได้ แม้จะอยู่ในองค์กรที่มีการจัดการดีที่สุดใน” แนวคิดนี้มองว่าความผิดพลาดเป็นผลลัพธ์มากกว่าที่จะเป็นสาเหตุโดยเปรียบระบบที่ล้มเหลวเสมือนกับดักที่รออยู่ในการทำงานให้มนุษย์กระทำความผิดเหล่านั้น แนวคิดดังกล่าวนี้เชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช้การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ แต่อาศัยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบของผู้ปฏิบัติงานมากกว่า ระบบที่ว่านั้นได้แก่ แนวป้องกันระบบเตือนภัย และการเฝ้าระวังที่มีอยู่ อาจจะอาศัยเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง บุคลากรผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ หรือกระบวนการ

การและการจัดการใด ๆ เพื่อป้องกันความสูญเสียจากความผิดพลาดดังกล่าว ซึ่งแม้จะจัดทำขึ้นมาอย่างดีก็มีจุดอ่อนเสมอ หากจะเปรียบเทียบระบบต่าง ๆ เหล่านี้ได้กับชนิดของก้อนเนยแข็ง จะพบว่า ก้อนเนยแข็งจะมีรูพรุนของอากาศเสมอ ขึ้นดัดของเนยแข็งเปรียบเสมือนระบบแต่ละระบบที่ใช้ป้องกันความผิดพลาด เมื่อรูพรุนของอากาศบนชิ้นดัดต่าง ๆ เหล่านี้ตรงกันเราก็สามารถมองทะลุผ่านไปอีกด้านได้ เปรียบเสมือนความผิดพลาดของมนุษย์ที่หลุดรอดช่องโหว่ของระบบป้องกันไปก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ช่องโหว่ของระบบต่าง ๆ เกิดขึ้นจากปัจจัยสองอย่าง ได้แก่ ความล้มเหลวจริง (Active failures) และความล้มเหลวแฝง (Latent failures) ความล้มเหลวจริงหมายถึงการกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยผู้ให้บริการที่อยู่กับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ความพลั้งเผลอ ผิดพลาด ผ่าฝืนระเบียบปฏิบัติ เป็นต้น ซึ่งมักจะมองเห็นว่าเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ง่าย ในขณะที่ปัจจัยที่สองคือ ความล้มเหลวแฝงมักจะมองเห็นได้ยากกว่าหากไม่มีการวิเคราะห์ เป็นจุดอ่อนที่แฝงตัวอยู่ในระบบ เกิดขึ้นจากการวางระบบที่ผิดพลาดของวิศวกร สถาปนิก ผู้จัดทำระเบียบ ขั้นตอนการปฏิบัติต่าง ๆ ไปจนถึงผู้บริหารระดับสูง ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้ เช่น เวลาที่จำกัด จำนวน

บุคลากรหรืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ ความเหนื่อย การขาดประสบการณ์ เป็นต้น หรืออาจทำให้เกิดจุดอ่อนของระบบป้องกัน เช่น ระเบียบปฏิบัติที่ใช้ปฏิบัติไม่ได้จริง ตัวชี้วัดที่ใช้ไม่ได้ เป็นต้น ความล้มเหลวดังกล่าวนี้จะแฝงตัวอยู่ในระบบเป็นเวลานาน เมื่อมีความล้มเหลวจริงเกิดขึ้นจึงจะรวมกันทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในที่สุด ความล้มเหลวจริงเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยาก ดังนั้นแนวคิดในการบริหารความเสี่ยงควรเน้นการค้นหาและจัดการความล้มเหลวแฝง ซึ่งจะนำมาซึ่งการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ (ดูรูปที่ 2)

นอกจากนี้สังคมในปัจจุบันยังมีทัศนคติที่ทำให้แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องหาวิธีป้องกันความผิดพลาดดังกล่าวได้ยากลำบาก เนื่องจากอุปสรรคต่าง ๆ มากมาย ประการแรก แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องถูกสังคมยกให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถสูง เริ่มตั้งแต่การคัดเลือกเข้าสถานศึกษาซึ่งมีการแข่งขันสูง การเรียนการสอนที่เน้นการวินิจฉัยและการรักษาที่ดีเลิศ ดังนั้นสังคมจึงมีความคาดหวังต่อแพทย์สูงทำให้ไม่สามารถยอมรับความผิดพลาดดังกล่าวได้ ประการที่สอง ความผิดพลาดจะถูกมองเป็นการกระทำผิด ไม่พยายามที่จะทำให้ดี ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น จึงยากที่แพทย์จะยอมรับว่าตนเป็นผู้กระทำ นอกจากนี้ความกลัวต่อการสืบค้น การไม่เป็นที่



รูปที่ 2. แสดงแบบจำลองการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดของมนุษย์

ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน ทำให้แพทย์มีแนวโน้มจะปิดบังข้อบกพร่อง หรือโทษผู้ป่วย ญาติ หรือเพื่อนร่วมงานอยู่เสมอ ประการต่อมา คุณสมบัตินี้แพทย์ถูกฝึกให้ต้องปรับตัวทางอารมณ์ต่อความสูญเสียอยู่เสมอ จึงทำให้แพทย์สามารถตัดความรู้สึกผิดเมื่อให้การดูแลรักษาผิดพลาดจนผู้ป่วยได้รับอันตรายรุนแรงถึงชีวิตได้ สาเหตุสำคัญอีกประการคือ ถึงแม้ว่าแพทย์บางท่านจะสามารถยอมรับและเรียนรู้ความผิดพลาดของตนเองได้แต่การกระทำดังกล่าวก็จำกัดอยู่เฉพาะบุคคลโดยไม่เป็นที่เปิดเผยสู่ภายนอก จึงยากที่จะเกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวางในวงการแพทย์ ประการสุดท้ายผลของการฟ้องร้องและสืบสวนความผิดพลาดของแพทย์ในปัจจุบันยังทำให้แพทย์ไม่กล้าเปิดเผยความจริงเพราะอาจนำไปสู่หายนะทางวิชาชีพของตนเองได้อย่างง่ายดาย^(30,31)

การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เรียนรู้จากองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง

ความรู้ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในปัจจุบันทำให้เราทราบถึงจำนวน และสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ความรู้ในเรื่องมาตรการในการป้องกันนั้นยังคงมีจำกัดมาก จึงจำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้จากองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูงอื่น ๆ ได้แก่ การควบคุมการจราจรทางอากาศ โรงงานไฟฟ้าพลังงานนิวเคลียร์ และเรือบรรทุกเครื่องบินพลังงานนิวเคลียร์ ซึ่งแม้จะมีรูปแบบและวัตถุประสงค์ต่างจากบริการทางสุขภาพ แต่ก็สามารถประยุกต์ลักษณะที่สำคัญมาใช้ในทางการแพทย์ได้

ลักษณะสำคัญประการแรกได้แก่ องค์กรเหล่านี้คาดการณ์สถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดไว้ล่วงหน้าและทุกหน่วยงานเตรียมพร้อมจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวอยู่เสมอ ประการที่สองบุคลากรในองค์กรอาจจะล้มอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น แต่องค์กรจะจัดเตรียมเครื่องมือและเครื่องช่วยจำเพื่อเตือนคนในองค์กรเสมอ ประการต่อมา องค์กรเหล่านี้จัดให้มีระบบที่เข้มแข็งเพียงพอที่จะเผชิญหน้ากับอันตรายใดๆ ที่เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์หรือระบบ และประการสุดท้ายองค์กรเหล่านี้เรียนรู้ที่เปลี่ยน

ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นมาทำให้เกิดระบบที่เข้มแข็งกว่าเดิมยิ่งขึ้นไป

การจัดการให้ปลอดภัย

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าความผิดพลาดนั้นเป็นคุณสมบัตินี้ที่สำคัญของมนุษย์ ดังนั้นการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงยึดหลักว่า แม้เราจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่ทำให้เกิดความผิดพลาด แต่เราสามารถออกแบบระบบที่ลดความผิดพลาดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญในการจัดระบบสามประการ⁽³²⁾ ได้แก่

1. การจัดระบบที่ป้องกันความผิดพลาด เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ระงับการจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ การใช้ caremap ในการสั่งการสั่งการรักษาโรคที่มีมียาละเอียดมาก เป็นต้น

2. การจัดหาวิธีค้นหาความผิดพลาดเหล่านั้นให้ปรากฏเพื่อเราจะได้หยุดได้ทัน เช่น การตรวจซ้ำในเรื่องชนิดและขนาดของยาอันตรายที่จะให้ผู้ป่วย การรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดโดยยังไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย การทบทวนการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3. การจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายแม้ความผิดพลาดดังกล่าวไม่สามารถหยุดได้ทันจนทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การเตรียม antidote ให้พร้อมใช้หากมีการให้ยาอันตรายผิดพลาด การเตรียมพร้อมเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากนี้ ในการจัดการเพื่อลดความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ยังมีเทคนิคที่นักจิตวิทยาแนะนำไว้อีกหลายประการ^(31,33) ดังต่อไปนี้

- การลดการพึ่งพาความจำ เช่น การใช้ checklist, protocol, CPG, caremap ในขั้นตอนที่เสี่ยงสูง หรือผิดพลาดได้ง่าย

- การใช้ข้อมูลที่สะดวก เช่น การออกแบบเวชระเบียนที่สะดวกต่อการหาข้อมูลจำเป็นของผู้ป่วย, การรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่ยุ่งยาก การทบทวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่ทำได้ง่าย

- ระบบป้องกันความผิดพลาด เช่น มีระบบที่แจ้งเตือนหรือห้ามสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ หรือมี ADR
- การปรับให้ระบบงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น การจัดทำ WI, SOP
- การฝึกอบรมให้บุคลากรมีความรู้เพียงพอในเรื่องที่จำเป็น เช่น การอบรมการบริหารความเสี่ยง การอบรมความรู้เรื่องโรคหรือเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
- การทบทวนเพื่อลดความซ้ำซ้อนหรือขั้นตอนทางเลื้อย เวลา จำนวนเนื้อหา
- การลดความเสียหายหากมีการเปลี่ยนแปลงระบบ เช่น กำหนดข้อควรระวัง ลดขนาดมาทดลอง ติดตามผลลัพธ์
- การลดความเครียดในการทำงาน เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดความกังวล หรือเหนื่อยล้าเกินไป

กิจกรรมต่อไปนี้เป็นกิจกรรมที่มีหลักฐานแสดงให้เห็นได้ว่านำไปใช้ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างได้ผล โดยสามารถค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญช่วยในการวิเคราะห์สาเหตุและหาวิธีการป้องกันและแก้ไข รวมถึงใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญจึงขอสรุปไว้ดังนี้

การรายงานอุบัติการณ์ หัวใจของระบบบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องอาศัยความเข้าใจอย่างมากถึงลักษณะและสาเหตุของอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จึงจะนำไปวิธีการป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาความเสี่ยงโดยการรายงานอุบัติการณ์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดที่ยังไม่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนมากกว่าความเสียหายจริง วัตถุประสงค์สำคัญของการรายงานคือการเรียนรู้จากประสบการณ์ เฝ้าระวังอันตรายใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และติดตามผลของการป้องกันภัยที่โรงพยาบาลได้จัดทำไว้ หากระบบรายงานดังกล่าวได้รับการส่งต่อไปภายนอกให้โรงพยาบาลอื่นได้

เรียนรู้ก็จะเป็นประโยชน์ในการเตือนโรงพยาบาลอื่นถึงอันตรายที่อาจพบ หน่วยงานกลางก็จะค้นหาวิธีป้องกัน และสามารถเฝ้าระวังและวิเคราะห์ผลของมาตรการเหล่านั้นเพื่อขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบรายงานส่วนใหญ่เป็นระบบสมัครใจ ดังตัวอย่าง เช่น ระบบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ The National Nosocomial Infection Survey พบการว่าโรงพยาบาลที่มีระบบดังกล่าวมีอุบัติการณ์การติดเชื้อต่ำกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีถึงร้อยละ 32⁽³⁴⁾ ระบบ Sentinel Event Alert ของ JCAHO พบว่าการใช้ concentrated potassium chloride ในการทำงานของพยาบาลมีความเสี่ยงจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยสูง จึงให้ยกเลิกการใช้ในหอผู้ป่วยทั้งหมด⁽³⁵⁾ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ระบบรายงานส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย สาเหตุได้แก่ ความยุ่งยากในการรายงาน เช่น ต้องใช้เวลาลงบันทึกในเอกสารจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยที่ตนเองได้รับกลัวข้อมูลของตนจะถูกเปิดเผยทำให้เสียชื่อเสียง หรือถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย นอกจากนี้ผู้รายงานยังไม่เห็นประโยชน์อะไรจากการรายงาน หรือไม่มีการตอบสนองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ⁽³⁶⁾ ดังนั้น การศึกษาของ Leape LL. จึงได้รวบรวมคุณสมบัติของการรายงานที่ประสบความสำเร็จไว้ดังนี้⁽³⁷⁾

- ระบบรายงานต้องไม่ยุ่งยากซับซ้อน เสียเวลา
- ระบบรายงานที่ดีต้องทำให้ผู้รายงานไม่รู้สึกลัวการลงโทษ
- ข้อมูลที่รายงานต้องได้รับการรักษาความลับ ไม่ให้บุคคลที่สามทราบ
- หน่วยงานที่รับรายงานต้องเป็นอิสระจากอำนาจบริหารที่อาจลงโทษผู้รายงานได้
- รายงานจะได้รับการวิเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ได้จริง
- รายงานจะได้รับการตอบสนองอย่างทันเวลา โดยเฉพาะหากเป็นรายงานอันตรายที่รุนแรง
- ข้อเสนอแนะในการแก้ไขมุ่งที่การปรับปรุง

ระบบ ไม่ใช่ตัวบุคคล

- หน่วยงานที่รับรายงานต้องประสานงานให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบได้อย่างเป็นรูปธรรม

การทบทวนการดูแลผู้ป่วย

การทบทวนการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีมานานแล้ว โดยจัดทำกันเป็นประจำในโรงเรียนแพทย์ ในรูปแบบการทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ในบางประเทศถือเป็นข้อบังคับของแพทยสภาให้จัดกิจกรรมการทบทวนผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาล⁽³⁸⁾ การทบทวนในลักษณะที่มุ่งเน้นผลการรักษาสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้⁽³⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดต่อการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา โดยมักไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยที่เกิดความผิดพลาดในการรักษาแต่ไม่เกิดอันตรายร้ายแรง สาเหตุของข้อจำกัดได้แก่ การทบทวนดังกล่าวมักจะมีมุ่งเน้นความต้องการตามความถนัดของอาจารย์แพทย์หรือเพื่อตอบสนองการเรียนการสอนของนักเรียนแพทย์การทบทวนที่เจาะจงหาคนผิด⁽⁴⁰⁾ การประเมินแต่บุคคลโดยไม่ประเมินระบบ⁽⁴¹⁾ การมองเพียงเหตุการณ์เดียวแทนที่จะมองหาแนวโน้มของปัญหา และการมองเพียงปัญหาเฉพาะหน้าแทนที่จะมองผลระยะยาว นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในทางเทคนิคของการทบทวนย้อนหลังด้วยเวชระเบียน⁽⁴²⁾ ได้แก่คุณภาพของเวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์เหตุผลของการรักษาเกณฑ์ในการตัดสินใจที่ซับซ้อนเกินไปของตัวของผู้ทบทวน โดยไม่มีเกณฑ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย ผู้ทบทวนต้องมีความรอบรู้ในทุกด้านไม่สามารถใช้ความเชี่ยวชาญสาขาใดสาขาหนึ่งเป็นพิเศษ เนื่องจากอาจพบเหตุการณ์ที่ไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญของตนก็เป็นได้ และสุดท้ายคือ บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลจำกัดเฉพาะการรักษาในครั้งเดียว อาจมองไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงหรือผลลัพธ์ที่แท้จริงของการรักษาที่ใช้เวลานาน

ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย จึงควรปรับปรุงวัตถุประสงค์และวิธีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งลดข้อจำกัดข้างต้น และให้การทบทวนที่มุ่งเน้นการบริการโดยเจาะจงผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เช่น การทบทวน

การรักษาตามแนวทางปฏิบัติ หรือ ในกลุ่มเสี่ยงสูง จะทำให้ค้นหาความเสี่ยงได้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้แพทย์ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดการข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการ เพื่อให้แพทย์ได้ทบทวนและวิเคราะห์ที่ตรงประเด็นและทำงานได้สะดวกขึ้น⁽⁴³⁾

การจัดการในประเทศไทย

การจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย ไม่ได้ถูกระบุออกมาเป็นนโยบายในระดับประเทศ แต่ก็มีกระด้างดำเนินการที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถแบ่งออกเป็น การจัดการปัจจัยนำเข้าของบริการสุขภาพ และการประกันหรือส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

ในด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การควบคุมมาตรฐานของบุคลากรโดยองค์การวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และสภาการพยาบาล จะมีบทบาทในการกำกับมาตรฐานของการศึกษาฝึกอบรม และควบคุมทั้งด้านมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายพระราชบัญญัติวิชาชีพในแต่ละสาขา ในด้านการควบคุมมาตรฐานสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลของรัฐในทุกกระดับ และกองการประกอบโรคศิลปะจะเป็นผู้กำกับคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชน โดยอาศัยกฎหมายสถานพยาบาลและกฎหมายประกอบโรคศิลปะเป็นเครื่องมือสำคัญ ในด้านการควบคุมคุณภาพยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ ก็อาศัยกลไกของสำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขตามอำนาจของพระราชบัญญัติยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง และเครื่องมือแพทย์

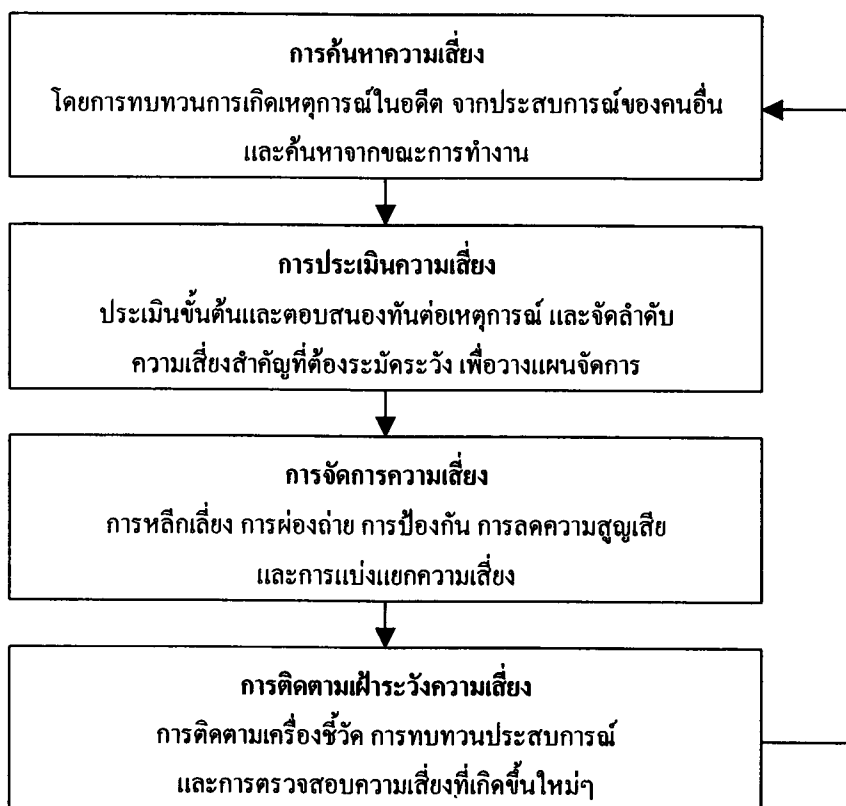
ในด้านการควบคุมและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ยังแบ่งออกเป็นกระบวนการทางเทคนิค ซึ่งต้องอาศัยองค์การวิชาชีพต่าง ๆ เช่น สภาวิชาชีพ และสถาบันการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนในด้านการบริหารจัดการ ปัจจุบัน

ประเทศไทยมีการใช้ระบบบริหารคุณภาพที่หลากหลาย เช่น การนำระบบมาตรฐานสากล (ISO) มาใช้บริหารหน่วยงานหรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (PSO) อย่างไรก็ตาม พบว่าระบบที่กล่าวมานี้มักจะเน้นการบริหารจัดการองค์กรและบริการทั่วไป ซึ่งยังมีข้อจำกัดในประเด็นคุณภาพของการดูแลรักษา ดังนั้นในปัจจุบันประเทศไทยจึงมีการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพบริการสุขภาพโดยตรงขึ้น นั่นคือระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation; HA)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation; HA)

เป็นระบบที่ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารนโยบายสุขภาพระดับประเทศ องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ และสถาน

พยาบาลในระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นอย่างดี⁽⁴⁴⁾ โดยมีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ผ่านการรับรองคุณภาพไปแล้ว และก็ยังมีสถานพยาบาลอีกจำนวนมาก ทั้งภาครัฐและเอกชนที่กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป้าหมายคือการนำมาตราฐานโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากการทบทวนประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพของประเทศที่พัฒนาแล้วมาประยุกต์เข้ากับการดำเนินงานของโรงพยาบาลในประเทศไทย ผ่านกลไกการกระตุ้นและการรับรองการปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว เพื่อให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีทิศทางนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่น่าทำงาน การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความอยู่รอดของโรงพยาบาล⁽⁴⁵⁾ โดยมีการบริหารความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การค้นหา ประเมิน จัดการ และประเมินผล (ดูภาพที่ 3) ผ่านกลไกการทำงานเป็นทีมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นำมาตรฐานแห่ง



รูปที่ 3. กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการบริหารความเสี่ยงตามแนวทาง HA

วิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาจุดอ่อนนำไปปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ป้องกันปัญหา และควบคุมความสูญเสียของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล^(46,47)

แนวโน้มในอนาคต

ที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาอุบัติการณ์ในเรื่องเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก แต่การศึกษาเรื่องการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากขึ้นนั้นยังมีอยู่น้อย แม้ว่าจะมีข้อสรุปจากการศึกษาว่าแนวทางในการผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยการพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัย และใช้ยุทธวิธีในการจัดการร่วมกันหลายอย่าง⁽⁴⁸⁾ แต่กระบวนการหรือยุทธวิธีส่วนใหญ่ที่นำไปใช้ในการลดความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วยยังไม่ได้ได้รับการศึกษาอย่างจริงจังถึงผลลัพธ์ หรือยังไม่มีความชัดเจนว่าอะไรคือปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง⁽⁴⁹⁾ ไม่ว่าจะเป็นการบริหารความเสี่ยง TQM CQI การประกันคุณภาพ หรือการรับรองคุณภาพ ทำให้เรายังไม่ทราบถึงปัจจัยที่แท้จริงที่ส่งผลเพื่อที่จะลดระบบที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อนลง หรือการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการศึกษาในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนามีแนวโน้มว่าปัญหาดังกล่าวจะรุนแรงกว่า เนื่องจาก การขาดแคลนโครงสร้างและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น การขาดแคลนยาที่มีคุณภาพ การจัดการของเสีย และควบคุมการติดเชื้อที่ด้อยคุณภาพ บุคลากรที่ขาดคุณภาพเนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจที่เพียงพอการจัดการทางการเงินที่ต่ำเกินกว่าจะให้บริการที่จำเป็นได้ ดังพบได้จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่าร้อยละ 77 ของรายงานยาที่ด้อยคุณภาพมาจากประเทศกำลังพัฒนา ร้อยละ 50 ของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ในประเทศเหล่านี้ใช้งานไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยถูกละเลย

ต่อการเฝ้าระวังและบุคลากรมีความเสี่ยงจะได้รับอันตรายจากเครื่องมือเหล่านี้ นอกจากนี้อาคารสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยกว่าร้อยละ 40 ก็ถูกสร้างขึ้นด้วยวัสดุประสงค์อื่น ทำให้การป้องกันรังสีและการควบคุมการติดเชื้อไม่มีประสิทธิภาพ

จากแนวโน้มของปัญหาดังกล่าว ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกจึงมีมติเมื่อเดือนมีนาคม 2002⁽⁵¹⁾ กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นสมาชิก จึงขอเสนอข้อสรุปจากที่ประชุมดังกล่าวมาเสนอแนะ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ขอให้ทุกประเทศความสำคัญอย่างยิ่งกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ขอให้ทุกประเทศจัดทำและส่งเสริมระบบที่อ้างอิงความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นต่อการเพิ่มความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ รวมถึง ระบบเฝ้าระวังการใช้ยาเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์
3. ขอให้นานาชาติร่วมกันพัฒนาระบบมาตรฐานแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย การกำหนดนิยาม วิธีการประเมินและรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เสี่ยงที่จะผิดพลาดในบริการสุขภาพ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของระบบที่มีอยู่และความรู้จากประเทศสมาชิก เพื่อสนับสนุนระบบการรายงานระบบป้องกัน และกลวิธีในการลดความเสี่ยงลง
4. สนับสนุนนโยบายการอ้างอิงหลักฐาน อันจะนำไปสู่การจัดทำมาตรฐานนานาชาติในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นหนักในด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ ความปลอดภัยของกระบวนการดูแลรักษาสอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมและการใช้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ที่ปลอดภัย ขอให้อยู่ในความสนใจของทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้ดูแลนโยบายสุขภาพ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ
5. สนับสนุนประเทศสมาชิกกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ และพัฒนากลไก เช่น การรับรองคุณภาพ หรือกลไกใด ๆ ที่จะ

ทำให้มาตรฐานของประเทศได้รับการปฏิบัติ สนับสนุนในความพยายามของผู้ให้บริการในความพยายามที่จะพัฒนาบริการที่เป็นเลิศด้านความปลอดภัยไปในระดับสากล

6. สนับสนุนงานวิจัยค้นคว้าเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย ได้แก่ การศึกษาระบาดวิทยาของความเสี่ยงต่าง ๆ กระบวนการป้องกันความเสี่ยง การประเมินความสัมพันธ์ของมูลค่าความเสียหายและการป้องกัน

7. องค์การอนามัยโลกจะติดตามความก้าวหน้าของนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยเป็นพื้นฐานสำคัญของบริการสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาทำให้เราเห็นได้ว่ามีอันตรายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิต ความพิการ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลสาเหตุที่มักจะถูกมองคือความผิดพลาดของคน ซึ่งในความเป็นจริงมีโอกาสพลาดได้ แต่ความผิดพลาดดังกล่าวเป็นผลมาจากความล้มเหลวของระบบต่างๆ ที่เราจัดไว้ การป้องกันและแก้ไขปัญหาลเหล่านี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งในระดับนโยบาย ระดับโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการจำเป็นที่จะต้องร่วมกันให้ความสำคัญปรับเปลี่ยนทัศนคติ และสนับสนุนการศึกษาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นการค้นหาลักษณะ ผลกระทบ และขอบเขตของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การค้นหาสาเหตุที่สำคัญ และการพัฒนาวิธีการยุทธวิธี หรือระบบที่รัดกุมยิ่งขึ้น รวมทั้งการประเมินผลวิธีการเหล่านั้น นำไปปรับปรุงระบบที่จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น โดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย

อ้างอิง

1. Edelstein L. The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation. Baltimore: Johns Hopkins, 1943.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio

AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991Feb 7; 324(6): 370 - 6

3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995 Nov 6; 163 (9): 458 - 71

4. Doing What Counts For Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) to the President: February 2000 [online] 2000 [cited 2003 Jun 16]. Available from: URL:<http://www/quic.gov/search/queryReport.idq>

5. ประสงค์ ตู้อินดา. โรคหมอมทำ [บทบรรณาธิการพิเศษ]. สารศิริราช 1962 Nov;14(11):703-8

6. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. ความเป็นมาและสภาพปัญหา. ใน: การศึกษาปัญหาการฟ้องคดีเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2544: 1 - 7

7. Dickson G. Principles of risk management. Qual Health Care 1995 Jun; 4(2): 75 - 9

8. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ 1998 Apr 11;316(7138): 1154 - 7

9. Vincent C. Introduction. In: Vincent C, ed. Clinical risk management. 2nded. London:BMJ,2001: 1 - 6

10. โกมล เพ็งศรีทอง. Iatrogenic diseases. วารสารของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1978 Jan-Mar;20(1): 51 - 68

11. โกมล เพ็งศรีทอง. Iatrogenic diseases.วารสารของ

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 1978 Apr-Jun;20(2): 99 - 106
12. สมหมาย วิไลรัตน์. อันตรายจากการตรวจด้วย Peritoneoscope รายงานผู้ป่วย 3 ราย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 1977 Oct;21(4): 289 - 95
 13. พรหมมินทร์ หอมหวน. การร้องเรียนแพทย์กรณี ทุรเวชปฏิบัติ: ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือ พิมพ์ (พ.ศ. 2533-2540) [วิทยานิพนธ์] มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
 14. นิธิ เอียวศรีวงศ์. คำนำ. ใน : สุภรณต์ โรจนไพรวงศ์. ทำไมผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อ ผู้บริโภค, 2542: 7 - 11.
 15. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. Surgery 1999 Jul; 126(1): 66 - 75
 16. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med 1991 Jul 25; 325(4): 245 - 51
 17. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. N Engl J Med 1996 Dec 26; 335(26): 1963 - 7
 18. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001 Mar 3; 322(7285): 517 - 9
 19. Fischer G, Fetters MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. J Fam Pract 1997 Jul; 45(1): 40 - 6
 20. Vincent CA, Pincus T, Scurr JH. Patients' experience of surgical accidents. Qual Health Care 1993 Jun; 2(2): 77 - 82
 21. Johnson WG, Brennan TA, Newhouse JP, Leape LL, Lawthers AG, Hiatt HH, Weiler PC. The economic consequences of medical injuries. Implications for a no-fault insurance plan. JAMA 1992 May; 267(18): 2487 - 92
 22. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในโครงการหลักประกันสุขภาพ ประจำปี 2545. สำนักงานประกันสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.)
 23. Brennan TA Hebert LE, Laird NM, Lawthers A, Thorpe KE, Leape LL, Localio AR, Lipsitz SR, Newhouse JP. Weiler PC, et al. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. JAMA 1991 Jun 26; 265(24): 3265 - 9
 24. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. N Engl J Med 1981 Mar 12; 304(11): 638 - 42
 25. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med 2002 Apr 11; 346: 1128 - 37
 26. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. JAMA 1998 Apr 15; 279(15): 1200-5
 27. Bates DW, Miller EB, Cullen DJ, Burdick L, Williams L, Laird N, Petersen LA, Small SD, Sweitzer BJ, Vander Vliet M, et al. Patient risk factor for adverse drug events in hospitalized patients. ADE Prevention Study Group. Arch

- Intern Med 1999 Nov 22;159(21):2553-60
28. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1999 May 3; 170(9): 411 - 5
29. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000 Mar 18; 320(7237):768-70
30. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA* 1991Apr 24; 265(16): 2089 - 94
31. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994 Dec 21; 272(23): 1851 - 7
32. Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ* 2000 Mar 18; 320(7237): 771 - 3
33. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, Hallisey R, Ives J, Laird N, Laffel G, et al. System analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995 Jul 5; 274(1): 35 - 43
34. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Hooton TM. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985 Feb; 121(2): 182 - 205
35. Results of JCAHO sentinel events reporting. Oakbrook Terrace, Ill.:Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2000.
36. Gostin L. A public health approach to reducing error: medical malpractice as a barrier. *JAMA* 2000 Apr 5; 283(13): 1742 - 3
37. Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002 Nov 14; 347(20): 1633 - 8
38. Good Medical Practice. London: GMC, 1998.
39. Feldman L, Burkun J, Barkun A, Sampalis J, Rosenberg L. Measuring postoperative complications in general surgery patients using an outcomes-based strategy: Comparison with complications presented at morbidity and mortality rounds. *Surgery* 1997 Oct;122(4): 711 - 20
40. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989 Jan 5;320(1): 53 - 6
41. Laffel G, Blumenthal D. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA* 1989 Nov 24; 262(20): 2869 - 73
42. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AAG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients: Result of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991Feb 7; 324(6): 377 - 84
43. Hammermeister KE. Participatory continuous improvement. *Ann Thorac Surg* 1994 Dec;58(6): 1815 - 21
44. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. ขึ้นปีที่ 6 ของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. นนทบุรี: ดีไซร์, 2545.
45. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บุรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์, 2543: 3 - 5
46. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ ใน มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บุรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:

- ดีไซร์, 2543: 55 - 6
47. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์, 2543: 2 - 14
48. Solberg LI, Guideline implementations: what the literature doesn't tell us. *Jt Comm J Qual Improve* 2000 Sep; 26(9): 525 - 37
49. Grol R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. *Qual Saf Health Care* 2002 Jan; 11(2): 110 - 1
50. World Health Organization. Quality of care: patient safety. Fifty-fifth World Health Assembly A55/13. Provisional agenda item 13.9 [online] 23 March 2002 [cited 2003 Jun 16]; 1 - 6. Available from: URL: http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5513.pdf
51. World Health Organization. Third report of committee A. Fifty-fifth World Assembly A55/52 [online] 18 May 2002 [cited 2003 Jun 16]; 1-9 Available from : URL: http://www.who.int/gb/EB_WHA55/ea5552.pdf

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์

ท่านสามารถได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการสำหรับกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ กลุ่มที่ 3 ประเภทที่ 23 (ศึกษาด้วยตนเอง) โดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเกณฑ์ของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์แห่งแพทยสภา (ศนพ.) จากการอ่านบทความเรื่อง “ความปลอดภัยของผู้ป่วย” โดยตอบคำถามข้างล่างนี้ ที่ท่านคิดว่าถูกต้องโดยใช้แบบฟอร์มคำตอบท้ายคำถาม โดยสามารถตรวจจำนวนเครดิตได้จาก <http://www.ccme.or.th>

คำถาม - คำตอบ

- ข้อใดหมายถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก
 - การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย
 - การประกันความสูญเสียจากการฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาล
 - ข้อ ก. และ ข. ถูก
 - ข้อ ก. ข. และ ค. ถูก
- ข้อใดคือผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของบริการสุขภาพ
 - ผู้ป่วยพิการและเสียชีวิต
 - ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
 - ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้น
 - ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรเพื่อการรักษาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
 - ถูกทุกข้อ
- ข้อใดคือสาเหตุที่แท้จริงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - ผู้ให้บริการบกพร่องด้านจิตใจ
 - Active failure
 - ผู้ให้บริการไม่มีจริยธรรม
 - ระบบการทำงานที่ล้มเหลว
 - ข้อ ก. ข. และ ค.



คำตอบ สำหรับบทความเรื่อง “ความปลอดภัยของผู้ป่วย”

จุฬาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 47 ฉบับที่ 5 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546

รหัสสื่อการศึกษาต่อเนื่อง 3-15-201-2003/0305-(1034)

ชื่อ - นามสกุลผู้ขอ CME credit เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่อยู่.....

1. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

2. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

3. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

4. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

5. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

4. ข้อใดไม่ใช่ลักษณะแนวความคิดการจัดการเพื่อความปลอดภัย
 - ก. องค์กรจะเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคเพื่อพัฒนาระบบที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น
 - ข. จัดระบบที่สามารถลดความเสียหายจากความผิดพลาดของคน
 - ค. คาดการณ์สถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดไว้ล่วงหน้า
 - ง. จัดทำมาตรการลงโทษผู้กระทำผิดพลาด
 - จ. จัดระบบค้นหาความผิดพลาดและเตือนให้คนทำงานระลึกถึงอันตราย
5. วิธีใดบ้างที่เป็นการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - ก. ทีมนำของโรงพยาบาลมีนโยบายและสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกที่ชัดเจน
 - ข. ทีมบริหารความเสี่ยงติดตามการรายงานอุบัติการณ์โดยไม่ลงโทษผู้รายงาน
 - ค. องค์กรแพทย์ทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนของระบบไปปรับปรุง
 - ง. ทีมนำทางคลินิกร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคที่เสี่ยงต่อความผิดพลาดได้ง่าย
 - จ. ถูกทุกข้อ

**ท่านที่ประสงค์จะได้รับเครดิตการศึกษาต่อเนื่อง (CME credit)
กรุณาส่งคำตอบพร้อมรายละเอียดของท่านตามแบบฟอร์มด้านล่าง**

ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ
ประธานคณะกรรมการการศึกษาต่อเนื่อง
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หน่วยจุฬาลงกรณ์เวชสาร ตึกอำนวยการ ชั้น 5
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เขตปทุมวัน กทม. 10330