

Ten Commitments for Patient Safety

นพ. มนวัฒน์ เงินจ๋า
นพ. ศุภกร โรจนนินทร์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

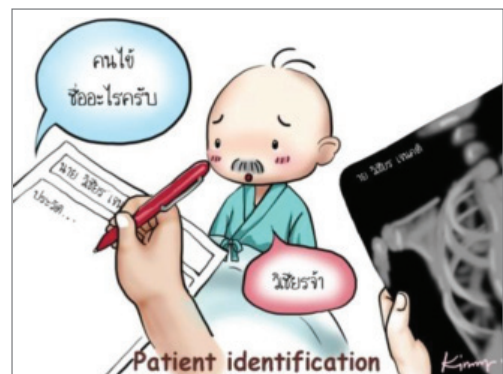


1) Emergency response



กำหนดให้ทีมศัลยแพทย์อุบัติเหตุอยู่ในพื้นที่ 24 ชั่วโมง มีการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อช่องท้องในเวลา 4 นาที และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช่องท้องอักเสบเฉียบพลัน โดยเฉพาะไส้ติ่งอักเสบจะได้รับการดูแลโดยศัลยแพทย์ภายในเวลา 20 นาที และสามารถพิจารณาได้ว่าต้องรับการรักษาในรพ. หรือส่งต่อไปรักษาที่อื่นภายในเวลา 2 ชม.

2) Patient identification



ความรวดเร็วในการดูแลและรักษาผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการรักษา โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือภาวะเฉียบพลัน ทางศัลยกรรม ความล่าช้าอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้

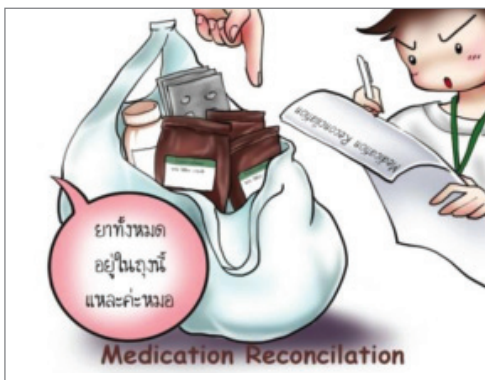
ทีมนำทางคลินิกศัลยศาสตร์ได้กำหนดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดย

การระบุตัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่ต้องให้บริการผู้ป่วยจำนวนมากและมีบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ๕ ได้กำหนดให้มีการระบุตัวผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการบริการโดยใช้ ข้อบ่งชี้ (Identifiers) อย่างน้อย 2 ตัว คือ

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย
ร่วมกับ

2. ร่วมกับ Hospital Numbers ป้ายข้อมือ
เวชระเบียน/แฟ้มประวัติ หรือภาพถ่ายผู้ป่วย

3) Medication Reconciliation



ปัจจุบันผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาจากผู้ให้บริการทางสุขภาพหลากหลายสาขา ทำให้ผู้ป่วยคนหนึ่งอาจได้รับยาหลายขนาน จนอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซ้ำซ้อน ปฏิกริยาระหว่างยา เป็นต้น ยาบางชนิดอาจมีผลต่อการแข็งตัวของเลือดซึ่งทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยสัลยกรรมซึ่งต้องการการผ่าตัดหรือมีความเสี่ยงจากการเสียเลือด ดังนั้น ผู้ป่วย จะได้รับการซักประวัติและตรวจสอบประวัติการใช้ยา รวมทั้งการดูแลความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยา ทั้งในขณะเข้ารับ การรักษาและก่อนกลับบ้าน

4) Hand washing

การล้างมือ เป็นมาตรการอันเดียวที่มีผลคุ้มค่าที่สุดใน การป้องกันการติดเชื้อระหว่างบุคคล ทั้ง



จากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยคนหนึ่งไปสู่ อีกคนหนึ่ง การส่งเสริมการล้างมือมีผลอย่างมาก ในการลดการระบาดของเชื้อโรคในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่ามักจะเป็นเชื้อที่ดื้อต่อยา ปฏิชีวนะหลายตัว มีผลเสียต่อทั้งชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีผลเสียทางเศรษฐกิจต่อ สังคมโดยรวม

5) Closed-loop communication



การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ทีมผู้รักษาผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยได้เข้าใจสถานการณ์ และปฏิบัติการรักษาได้ตรงกัน การสื่อสารที่ดีควรให้ข้อมูลที่ครบถ้วน มีการยืนยันทั้งจากผู้ส่งสาร และผู้รับสารว่าข้อมูลตรงกัน (closed-loop, read-back และ double check) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสื่อสาร เรื่องที่สำคัญ เช่น การสั่งยา/สั่งการรักษา การส่งเวร ส่งต่อผู้ป่วย

6) Informed consent



การรักษาในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการรักษาทางยา ทางกายภาพ และการทำหัตถการ/ผ่าตัด ซึ่งจะมีการรุกรานเข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย วิธีการรักษาก็มีหลากหลายวิธี ในโรคเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยที่แตกต่าง ที่มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา ดังนั้นความเข้าใจกันระหว่างแพทย์ และทีมรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็น การแจ้งผลดีหรือภาวะไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือซักถามจนมีข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษาจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ทีมผู้รักษา และผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจตรงกัน

ทีมนำทางคลินิกศาสตร์ มีข้อกำหนดว่าผู้ป่วยทุกรายที่จะเข้ารับการทำหัตถการ/ผ่าตัด จะต้องมี การขอคำยินยอมและลงนามยินยอมรับการรักษาก่อนที่จะมีการรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัดหรือหน่วยงานที่จะทำหัตถการ ยกเว้นในกรณีฉุกเฉินที่อาจมีอันตรายร้ายแรงซึ่งไม่สามารถรอได้

7) Site marking

การผ่าตัดหรือทำหัตถการต่ออวัยวะหรือส่วนของร่างกายที่มีจำนวนมากว่าหนึ่ง (เช่น แขน ขา



นิ้ว หู ตา เต้านม เป็นต้น) หรือในบริเวณที่กว้างมาก (เช่น แผ่นหลัง) อาจทำให้ผู้ทำหัตถการมีความสับสนหรือเกิดการผิดพลาดในตำแหน่งผ่าตัดได้ และในบางครั้งก็อาจทำความเสียหายแก่ผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้

ทีมนำทางคลินิกศาสตร์เลือกที่จะใช้วงกลมเป็นสัญลักษณ์ในการระบุตำแหน่ง โดยทำเครื่องหมายระบุในบริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด ด้วยหมึกที่ไม่ละลายจากยาที่ใช้ทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด (เพื่อให้สามารถมองเห็นได้ แม้จะทำความสะอาดและปูผ้าแล้ว) จะช่วยเตือนให้ศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดทราบว่าส่วนใดของร่างกายเป็นส่วนที่จะทำหัตถการในครั้งนั้น

8) Surgical Safety Checklist



องค์การอนามัยโลกได้มีการศึกษาและวางแนวทางป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยแนะนำการตรวจเช็คตามรายการซึ่งมีการศึกษาในหลายประเทศทั่วโลกแล้วว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดได้

การตรวจเช็คนี้เป็นการทบทวนก่อนที่จะปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนที่สำคัญของการผ่าตัดในสามระยะ ได้แก่

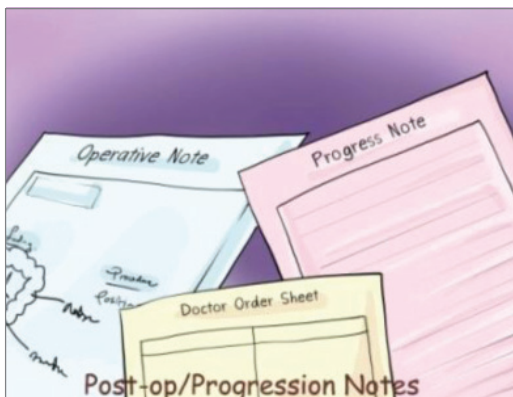
1) เมื่อนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดก่อนที่จะได้รับการระงับความรู้สึก (ไม่ว่าจะโดยการฉีดยาหรือให้ยาสลบ)

2) ก่อนที่จะลงมือทำหัตถการ และ

3) เมื่อการผ่าตัดหรือหัตถการเสร็จสิ้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี การตรวจเช็คนี้ จะได้ผลดีต้องมีความร่วมมือจากทีมรักษาพยาบาลในการดูแลรักษา ตั้งแต่ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ในห้องผ่าตัด ไปจนถึงเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด นำผู้ป่วยส่งต่อไปยังหน่วยพักฟื้น การตรวจเช็คเป็นเพียงการตรวจสอบขั้นสุดท้ายให้แน่ใจในความพร้อมก่อนที่จะลงมือปฏิบัติรักษาที่สำคัญในแต่ละขั้นตอนเท่านั้น

9) Reassessment, and Progression/Operative Notes



ผู้ป่วยทางศัลยกรรมมักมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและสภาพร่างกายอยู่เรื่อยๆ และต้องการการประเมินซ้ำเป็นระยะตลอดช่วงเวลาของการรักษา การบันทึกข้อมูลสำคัญของการเปลี่ยนแปลง และการประเมินทางคลินิกของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา เป็นเครื่องมือสำคัญของขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ที่จะสื่อสารกับบุคลากรในทีมดูแลรักษา และผู้ที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม การบันทึกรายละเอียดของการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะมีผลเปลี่ยนแปลงกายวิภาค สรีรวิทยาของผู้ป่วยไปอย่างมาก หากข้อมูลในส่วนนี้ไม่มีการบันทึกที่เหมาะสมแล้ว อาจทำให้ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตัดสินใจให้การรักษาที่ไม่ตรงกับสถานะของผู้ป่วยซึ่งจะมีผลเสียต่อผู้ป่วยได้

ทางทีมนำศัลยศาสตร์จึงกำหนดให้มีการบันทึกความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทุกวันในรายที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (active) และทุก 3 วันในรายที่มีอาการคงที่แล้ว (stable) และต้องมีการบันทึกการผ่าตัดทันทีหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นก่อนที่จะย้ายไปหอผู้ป่วย

10) Discharge planning



การที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ภายหลังจากได้รับการรักษาในรพ. นั้นไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยหายเป็นปกติทุกราย ผู้ป่วยหลายรายยังต้องการการพักฟื้น

และฟื้นฟูสภาพ และบางรายอาจมีปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบวิธีการดูแลตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษา ดังนั้นก่อนกลับจากรพ.ต้องมีการประเมิน และวางแผนในการให้ความรู้ เสริมพลัง เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างเหมาะสม มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาจจำเป็นต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

หัวข้อที่มักนำมาพิจารณาในการประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ ยาที่ต้องใช้ต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ทักษะในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ข้อจำกัดด้านสุขภาพ ความต้องการหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องต่อไป /การนัดหมาย และอาหารที่เหมาะสมต่อสภาพของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินนี้ควรเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษา และควรเตรียมการให้เรียบร้อยก่อนวันที่สภาพร่างกายผู้ป่วยจะพร้อมกลับบ้าน

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงชนันยา ห่อเกียรติ
สำหรับภาพประกอบ