

การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ Clinical Risk Management of Registered Nurses

พงษ์พรรณ จันทนสมบัติ พย.ม.* นันทิดา พันธุศาสตร์ พย.ม.**

แสงรวี มณีศรี พย.ม.**

Phongpan Chantanasombut RN, MNS* Nanthida Phanthusart RN, MNS**

Sangrawee Manesri RN, MNS**

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2555

Volume 35 No.3 (July-September) 2012

บทคัดย่อ

ความเสี่ยงหมายถึง โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ ที่ส่งผลให้เกิดความเสียหาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล การบริหารความเสี่ยง คือการรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงเพื่อป้องกันความสูญเสีย พยาบาลมีบทบาทในทุกกระบวนการของการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ทำให้เกิดความปลอดภัยทางคลินิกในการบริการการพยาบาล

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

Risk is the probability of an incident which may result in biopsychosocial damage of a person. Risk management is to perceive and limit risk in order to alleviate possibility and quantity of losses that may happen. Risk management is a strategic driver for preventing losses. Nurses play an important role in every process of risk management including, risk identification, risk assessment, risk management, and risk management evaluation to improve clinical safety in nursing services.

keywords : clinical risk management, registered nurses.

บทนำ

ปัจจุบันผู้รับบริการส่วนหนึ่งได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัย จากการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้วพบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอัตราร้อยละ 4-17 นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งระยะสั้นและถาวร รวมทั้งการเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น¹ The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization (JCAHO) ได้รวบรวมสถิติความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ (sentinel event) ที่เกิดขึ้นในแต่ละปี มีสูงถึง 3,000 เหตุการณ์ บางเหตุการณ์อาจร้ายแรงถึงการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือการถูกรังเรียนต่าง ๆ เหตุการณ์ไม่พึง

ประสงค์ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตพบว่า ร้อยละ 80 เป็นเรื่องการรักษาล่าช้าและการผ่าตัดผิดที่ ร้อยละ 70 เป็นเรื่อง การเกิดอันตรายระหว่างและหลังการผ่าตัด ร้อยละ 60 พบว่าเป็นความเสี่ยงในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การให้ยาผิด และการผูกมัดผู้ป่วยทำให้บาดเจ็บ/เสียชีวิต ร้อยละ 55 เป็นเรื่องของการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 45 เป็นเรื่องผู้ป่วยทำร้ายตนเอง² และพบว่าจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว มีการรายงานจากโรงพยาบาลว่ามีผู้รับบริการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 74³ ในการศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ยังมีข้อจำกัดอยู่เฉพาะผู้รับบริการที่เข้ามารับการรักษาในโรง

* ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

พยาบาลเท่านั้น Fischer⁴ ได้ศึกษาความชุกของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยการทบทวนบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของสำนักบริหารความเสี่ยงในสถานบริการปฐมภูมิ 8 แห่ง ในมลรัฐนิวยอร์ก พบความชุกของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 3.7 ต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ 100,000 ครั้ง ในระยะเวลา 5 ปี ร้อยละ 14 ของผู้ป่วยในที่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าว มีความพิการเกิดขึ้น ร้อยละ 3 มีการเสียชีวิต และพบว่าร้อยละ 83 ของเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดจากความผิดพลาดในการดูแลรักษาที่สามารถป้องกันได้ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า ระหว่าง ปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2543 มีข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ในปี 2539 มีข้อร้องเรียน 60 ราย ปี 2540 มีข้อร้องเรียน 75 ราย ปี 2541 มีข้อร้องเรียน 96 ราย ปี 2542 มีข้อร้องเรียน 150 ราย ปี 2543 มีข้อร้องเรียน 181 ราย จากสถิติที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันสร้างปัญหาให้กับผู้รับบริการไว้มิใช่น้อย¹

ในวิชาชีพการพยาบาลนั้น ความเสี่ยงอาจหมายรวมไปถึง ภาวะที่เกิดกับจิตวิญญาณและอารมณ์ด้วย ทั้งนี้ การเกิดความเสี่ยง สามารถเกิดขึ้นได้จาก สภาวะแวดล้อม ภูมิศาสตร์ การจัดการ การให้บริการ การปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับปัญหา โอกาสการเกิด “กรณี” ที่ทำให้บริการผิดพลาดเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจึงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพราะสภาวะสังคมเปลี่ยนแปลงด้วย ถ้ามีช่องว่างระหว่างความต้องการของผู้ใช้บริการ และสมรรถภาพของผู้ให้บริการมากจะทำให้เกิดความเสี่ยงขึ้น⁵

The Institute of Physics (IOP)⁶ รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความรุนแรงมี 1.5 ล้านครั้งในแต่ละปีของสหรัฐอเมริกา ความคลาดเคลื่อนจากการดูแลรักษาทำให้มีผู้เสียชีวิตหลายพันคนในแต่ละปี โดยความเสียหายที่เกิดจากการรายงานใน NICU เฉลี่ยร้อยละ 26 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 34 เกิดจากนามสกุลที่เหมือนกัน ร้อยละ 97 เกิดจากนามสกุลที่มีเสียงพ้องกัน ร้อยละ 44 จากตัวเลข Hospital Number คล้าย ๆ กัน⁷

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)² ได้วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis) ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลผิดพลาดที่พบบ่อยได้แก่ การจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสม การปฐมภูมิและการฝึกอบรมไม่เหมาะสม ขาดการประเมินสมรรถนะที่เป็นปัจจุบัน และขาดการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมในการยอมรับ แบ่งปันความรับผิดชอบ และการสื่อสารความเข้าใจระหว่างบุคลากรทั้งในวิชาชีพเดียวกันและในสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ จินนะรัตน์ ศรีภักทธิโย⁸ ได้กล่าวถึงสาเหตุความผิดพลาดในงานบริการพยาบาลว่าเกิดจากการที่ไม่มีนโยบายคุณภาพ ขาดมาตรฐานหรือแนวทางที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเคยชิน ขาดการใช้องค์ความรู้ในการวิเคราะห์งานจึงนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยง

ความหมายของความเสี่ยงและคำที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของความเสี่ยงและคำที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเสี่ยง อุบัติการณ์ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ อันตราย ความผิดพลาด และวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ความเสี่ยง คือ โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติเหตุ (The probability that an incident will occur)^{9,10}

อุบัติเหตุ (incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลและ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย^{9,10}

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) คือ อุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย^{9,10}

อันตราย (harm) คือ การที่โครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายผิดปกติไป และ/หรือผลเสียที่ตามมา อันตรายครอบคลุมถึงโรค การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการและการเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านร่างกาย สังคมหรือจิตใจ^{9,10}

sentinel event คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรืออันตรายขั้นรุนแรงต่อผู้ป่วยที่ต้องตื่นตัวไม่ใส่ใจให้ความสำคัญสูง

ความผิดพลาด (error) คือ การกระทำในสิ่งที่ผิด หรือไม่กระทำในสิ่งที่ถูกหรือที่ควรกระทำซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ)¹¹ อาจจะเป็นในขั้นตอนของการวางแผนหรือการนำไปปฏิบัติ การมีได้ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้หรือประยุกต์แผนการดูแลที่ไม่ถูกต้อง

near miss คือ การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกันหรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง^{9,10}

วัฒนธรรมความปลอดภัย (safely culture) คือ คุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้ 1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูงมีโอกาสเกิดความผิดพลาด 2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ Near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ 3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล้มเหลวต่าง ๆ และ 4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย^{9,10}

บทบาทของพยาบาลในการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง (risk management) คือ การรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย⁹ สำหรับบทบาทของพยาบาลต่อการบริหารความเสี่ยง มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ ได้มีการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยขึ้นเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้¹²

ประเภทของความเสี่ยง⁵

1. ความเสี่ยงทั่วไป ได้แก่ ทรัพย์สินสูญหาย ความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจาก

การทำงาน เช่น พยาบาลถูกเข็มตำ สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา เป็นต้น

2. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการรักษา เฉพาะโรค หรือ หัตถการนั้น ๆ เช่น hypoglycemia ในผู้ป่วย DM, brain hematoma จาก stroke, pneumothorax จากการแทง cavafix, bleeding หลังทำ TOCE เป็นต้น

3. ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ

การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก รวมทั้งต้องมีการเสริมสร้างทัศนคติในทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกให้แก่พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งการบริหารความเสี่ยง¹¹ เป็นการเฝ้าระวังและเป็นการลดความสูญเสียที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน^{9,13} ดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญ เพราะเป็นกิจกรรมเชิงรุกที่ช่วยป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บ และ/หรือการสูญเสียที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การค้นหาความเสี่ยงเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีในหน่วยงานและแหล่งอื่น ๆ เพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงและต้องการการปรับปรุงแก้ไข โดยค้นหาวีธีการที่ได้จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต โดยการศึกษาจากระบบรายงานอุบัติการณ์ บันทึกประจำวัน รายงานจากการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากร การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นด้วยการสืบค้นข้อมูลจากวารสารทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ และทาง Internet การเรียนรู้ในระหว่างการทำงานเป็นสิ่งที่จะช่วยควบคุมความเสียหาย และป้องกันมิให้เกิดอันตรายและหรือ การบาดเจ็บต่อบุคลากรในอนาคต การจัดการความเสี่ยงในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ สามารถเริ่มต้นได้จากการทบทวน 12 กิจกรรม การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลด้วยการทำ C3-THER หรือ

จากการทบทวนอุบัติการณ์ เช่น งานวิจัยของ Keith Brunton (2005)¹⁴ ได้ศึกษาการค้นหาค่าความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชด้วยการนำอุบัติการณ์สำคัญที่เกิดจากการให้การพยาบาลมาทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา พบว่าปัญหาที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ เนื่องจากขาดกระบวนการประเมินจึงทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยจิตเวช การค้นหาค่าความเสี่ยงจากความชำนาญหรือจากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kendall และคณะ (2012)¹⁵ ได้ศึกษาความชำนาญเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพในการช่วยฟื้นคืนชีพต่อการอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการช่วยฟื้นคืนชีพ การศึกษาของ Steve Ford (2011)¹⁶ ศึกษาระดับความรู้ความชำนาญของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต่ออัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้ค้นพบปัญหาความเสี่ยงของพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี ในการขึ้นเวรบำบัด และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 2 ปี แต่ขึ้นเวรติดต่อกันเกิน 8 ชั่วโมงทำให้ศักยภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลลดลงมีผลทำให้เกิดความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยไม่ปลอดภัยและอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตแก่ผู้ป่วยได้

2. การประเมินความเสี่ยง (risk analysis/risk assessment) เป็นขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงที่รวบรวมได้จากการค้นหาทั้งในลักษณะการประเมินย้อนหลัง การประเมินปัจจุบันและการประเมินไปข้างหน้า ด้วยการพิจารณาความเสียหายและ/หรืออันตรายที่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงเหล่านั้น ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย การสืบค้นหาข้อเท็จจริง ด้วยการพิจารณาความถี่ ความรุนแรงจากอันตรายและความเสียหายที่เกิดขึ้น การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง (risk profile) ในหน่วยงานเป็นการรวบรวมรายงานอันตราย และ/หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสดังกล่าวจะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน การปรับปรุงแก้ไขบัญชีรายการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยนำมาจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดจากการควบคุมหรือแก้ไข เพื่อค้นหาวิธีในการจัดการความเสี่ยง

ที่เหมาะสมต่อไป สำหรับบริบทของพยาบาลวิชาชีพต่อการประเมินความเสี่ยง เช่น การศึกษาของ David Oliver และคณะ (2004)¹⁷ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้มและพัฒนาเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล โดยพิจารณาจากความเสียหายอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากนี้การประเมินความเสี่ยงในบริบทของพยาบาลสามารถนำข้อมูลย้อนหลังจากการประเมินความเสี่ยงที่เป็นผลมาจากการพยาบาลที่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยมาจัดทำรายการความเสี่ยง เช่น การให้เลือดผิด การให้ยาผิด การติดเชื้อในผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากการให้ปฏิบัติการพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยอันเกิดจากการดูแลของพยาบาล การเกิดแผลกดทับ เช่น การศึกษาของชวนพิศ วงศ์สามัญ และคณะ (2549)¹⁸ พัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ นำข้อมูลจากความเสี่ยงที่ความเสียหายของการเกิดแผลกดทับมาทบทวน ประเมินระดับความเสี่ยง และหาแนวทางแก้ไขป้องกันโดยศึกษาพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และพัฒนาศักยภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

3. การจัดการความเสี่ยง (risk treatment/action to manage risk) ขั้นตอนการนำแนวทางต่าง ๆ ที่จะนำมาจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความสามารถของทีมงานในการนำแนวทางที่จะใช้จัดการความเสี่ยง ซึ่งแนวทางในการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) เป็นการเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งมีโอกาสจะทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) เป็นการเลือกที่จะไม่จัดการความเสี่ยงด้วยตนเอง การให้คนอื่นทำหน้าที่มีความเสี่ยงแทน การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) เป็นการป้องกันความเสี่ยง เนื่องจากไม่สามารถกำจัดความเสี่ยงนั้นให้หมดไปได้ โดยการหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) เป็นการดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลัน ภายหลังมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสร้างความ

เข้าใจที่ดีต่อกัน การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการแบ่งแยกทรัพยากรออกเป็นหลายส่วน เพื่อให้มีระบบสำรองทรัพยากรไว้ใช้ในกรณีที่มีความเสี่ยง บริบทของพยาบาลด้านการจัดการความเสี่ยง เช่น ความเสี่ยงการติดเชื้อ จัดทำแผนป้องกันการติดเชื้อการจัดทำคู่มือให้ความรู้ทั้งบุคลากรใหม่และเก่า การจัดการความเสี่ยงการให้ยาผิดในบทบาทของพยาบาล การพัฒนารูปแบบการบริหารยาตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน¹⁹ ด้วยการทบทวนแนวทางการให้ยาร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และจัดทำแนวทางการให้ยาให้ความรู้กับพยาบาล ติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทาง และเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนการจัดการความเสี่ยงเรื่อง การสื่อสารระหว่างการทำงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การพัฒนาระบบการรับส่งข้อมูลระหว่างเวร²⁰

สอดคล้องกับมาตรฐานการรับรองคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง (มาตรฐาน II-1.2) ว่าด้วยระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2) มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ²¹

ประเด็นมาตรฐาน ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย²¹ ระบุถึงกระบวนการดังนี้

1. มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.

2. มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.

3. มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.

4. มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน

5. มีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.

6. มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

ประเด็นมาตรฐาน คุณภาพการดูแลผู้ป่วย²¹ ได้ระบุถึงกระบวนการดังนี้

1. มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา

2. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดและวัดดูประสพธ์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ

3. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

4. ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถีดวงกลม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด การปรับปรุง การดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟูตามความเหมาะสม.

4. การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ต้องเชื่อมโยงผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการความเสี่ยงกับตัวชี้วัดของหน่วยงานและระบบประกันคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การติดตามผลของการจัดการความเสี่ยงกับข้อมูลเดิม การคำนึงถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว ประเมินวิธีการในการจัดการความเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ซึ่งพิจารณาความเหมาะสมตามประสิทธิผลของวิธีปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสม สำหรับการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงในบริบทของพยาบาล เป็นการติดตามประเมินผลการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลได้ทำการพัฒนาไว้

จากประสบการณ์ของผู้เขียน ในการทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในโรงพยาบาล การพัฒนาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ส่วนใหญ่พบว่าโรงพยาบาลมีการจัดโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร ซึ่งมีเป้าหมาย และการดำเนินงานชัดเจน โดยผู้นำ และทีมงานมีการวางแผนความก้าวหน้าและการบรรลุตามเป้าหมายของแผน รวมทั้งการตอบสนองตามความเหมาะสม ผู้นำและทีมงานควรกำหนดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ประกอบด้วย ทีมผู้นำระดับสูงที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพ ทีมผู้นำระดับกลาง ทำหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาเฉพาะเรื่อง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล สนับสนุนและการจัดการความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย มีการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของทีมนับถือชอบ รวมทั้งวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของโครงสร้างและวางแผนปรับปรุง

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญในการก่อให้เกิดความยั่งยืนได้แก่ การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องความปลอดภัย ซึ่งทางหน่วยงานมีการส่งเสริมนโยบายความปลอดภัยมีการทำ safety Brief ระหว่างการทำงาน โดยการนำประเด็นความเสี่ยงมาคุยกันในทีมเป็นประจำของทุกเวอร์ โดยใช้เวลานั้น ๆ การส่งต่อระหว่างเวอร์ มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ โดยใช้ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและข้อพึงระวังที่คุยกันภายในแต่ละเวอร์อาจคุยกันยามเช้าโดยนำเอาผู้ป่วยรายใหม่ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงเวอร์บาย เวอร์ดิก ควรมีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่อแหลมต่างๆ เช่น

โดยการคุยในระหว่างเวอร์มีการตรวจสอบปัญหาที่อาจจะถูกละเลยไประหว่างการดูแลผู้ป่วยตามปกติ และบทบาทผู้นำมีการตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ เพื่อรับรู้ปัญหาและอุบัติการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นให้มั่นใจว่าจะมุ่งเน้นการแก้ไขปรับปรุงระบบ และดำเนินการแก้ไขโดยสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัยทันที ผู้นำและทีมงานที่รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการสร้างระบบรายงาน สร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง มีระบบป้อนกลับข้อมูล การสร้างทีมเคลื่อนที่เร็วในการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงนั้น จะต้องมีการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก วางแผนการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้นมีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามขั้นตอนที่กล่าวมาสามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมด้วยการใช้หลักของกระบวนการพยาบาล และควรกำหนดมาตรการ / แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ควรจะนำความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือผลงานวิจัยทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล

บทสรุป

ความหมายหมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เกิดความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง เริ่มตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง นับได้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ในการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งจากปัญหาความเสี่ยงทั่วไปที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม การจัดการและความเสี่ยงจากการรักษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สรรธวัช อัครเรืองชัย. ความปลอดภัยของผู้ป่วย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546; 47(5): 333-50.
2. Joint Commission Resources. Issues and strategies for nursing leaders: Meeting hospital challenges today. Illinois: Lippincott Williams & Wilkins, Inc.; 2005.
3. McDonald A, Leyhane T. Drill down with root cause analysis. Nurs Manage 2005; 36: 26-31.
4. Fischer GR. Health care and insurance: Distortions in the financing of medical expenditures. Washington, D.C.: Beard books; 2000.
5. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. การจัดการทางพยาบาลเพื่อความปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2553.
6. Anderson JG. The need for organizational change in patient safety initiatives. International journal of medical informatics 2006; 75: 809-17.
7. Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH, et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: Quantification of risk. Pediatrics 2006; 117(1): 43-7.
8. จินนะรัตน์ ศรีภักตร์ภิญโญ. การสร้างวัฒนธรรมการดูแลความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ. วารสารกองการพยาบาล 2546; 30: 1-5.
9. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA Part II (developing). กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์; 2552.
10. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุลและคณะ. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์; 2544.
11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Outcomes and quality of health care. Available from: <http://www.ahrq.gov/>.
12. Wilson J, Tingle J. Clinical risk modification: A route to clinical governance. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
13. Heather S, Jane G. Developing a risk-assessment tool to improve patient safety. Nurs Times 2008;4 (September).
14. Keith B. The evidence on how nurses approach risk assessment. Nurs Times 2005; 101(28): 38.
15. Kendall GD, Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP. Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. J Nurs Scholarsh 2011; 43(2):188-94.
16. Steve E. Patient mortality rates are significantly affected by the number of registered nurses on a ward, a major US had shown. New Eng J Med; 2011.
17. David O, Fergus D, Finbarr CM, Marion ETM. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age and Ageing 2004; 33(2): 122-30.
18. ชวนพิศ วงศ์สามัญ. การพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
19. สมลทา กระวีพันธ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารยาตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิษณุพนธ์จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
20. เจียมจิตต์ เฉลิมชุตีเดช นงนารถ โฉมวัฒนา ชวลีเจริญสุข ญัฐพัชร ทองสีนาค และพรทิพย์ บุญเปลี่ยน. ผลของการพัฒนาระบบการรับส่งข้อมูลระหว่างเวร. โรงพยาบาลพระพุทธบาท; 2554.
21. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับภาษาไทย). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบัน; 2551: 63.