



คู่มือการบริหารความดีเยี่ยม กับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.
อุทัยรัตน์ ขันงาม วิชาติเชษฐ์ เทเรซา



คู่มือ การบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ฉบับที่ 1 วันที่เริ่มอนุมัติใช้ 1 ธันวาคม 255

ลงชื่อ.....คณบดี

(อาจารย์วิภา เพ็งเสงี่ยม)

คำนำ

ปัจจุบันในระบบการจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เป็นด้านลบจากการบำบัดรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพในระยะสั้นหรือถาวรและสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น อีกทั้งสูญเสียความไว้วางใจของพ่อแม่ ญาติพี่น้องของผู้ป่วยต่อการรับบริการทางสุขภาพ สำหรับตัวบุคลากรทางกฎหมายและหรือถูกฟ้องร้องโดยอัยการหรืออัยการปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้โรงพยาบาลหรือองค์กรสุขภาพก็ได้รับผลกระทบไปด้วย คือ สูญเสียลูกค้า เสียชื่อเสียงด้านการบริการและถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย เพื่อเรียกค่าเสียหาย ดังนั้นแนวคิดการจัดการความปลอดภัยเชิงรุกที่สามารถป้องกันและลดความเสียหายต่อผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพและองค์กรด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อประกันคุณภาพการบริการที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่า การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยมีความปลอดภัย

คณะพยาบาลศาสตร์ที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง มีความจำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจในระบบบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก ตลอดจนนำแนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิกของผู้ป่วย ไปสู่การปฏิบัติ

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จึงได้ทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาขึ้น เพื่อใช้เป็นคู่มือแก่อาจารย์นิเทศและนักศึกษา เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์การบริหารความเสี่ยงทุกภาควิชาการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 หลักการและเหตุผลในการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล	1
1.1 ความสำคัญและความจำเป็น	1
1.2 ปัญหาและความสำคัญ	4
บทที่ 2 กระบวนการสร้างความปลอดภัยในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล	7
2.1 ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร	7
2.2 ขั้นตอนที่ 2 มีผู้นำและผู้สนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย	7
2.3 ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมบริหารความเสี่ยง	8
2.4 ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์	8
2.5 ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารให้อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล และแหล่งฝึก มีส่วนร่วมในความปลอดภัย	9
2.6 ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัย	9
2.7 ขั้นตอนที่ 7 นำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	10
บทที่ 3 กระบวนการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา	12
3.1 วัตถุประสงค์	12
3.2 ขอบเขตกระบวนการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา	12
3.3 การแปลระดับความรุนแรงของความเสี่ยง	12
3.4 ระดับความเสี่ยง และแนวทางการจัดการความเสี่ยง	13
3.5 กิจกรรมการทบทวนอุบัติการณ์	15
บทที่ 4 แนวทางการปฏิบัติด้านการบริหารความเสี่ยง	
4.1 ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาก่อนขึ้นปฏิบัติ	16
4.2 แนวปฏิบัติการป้องกันการบริหารยาผิดพลาดของนักศึกษาพยาบาล	17
4.3 แนวปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล	18
ภาคผนวก	
แบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย RM – NU – 001	
แบบฟอร์มการทบทวนอุบัติการณ์ RM – NU – 002	

บทที่ 1

หลักการและเหตุผลในการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

1.1 ความสำคัญและความจำเป็น

ปัจจุบันในระบบการจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เป็นด้านลบจากการบำบัดรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตในระยะสั้นหรือถาวรและสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น อีกทั้งสูญเสียความไว้วางใจของพ่อแม่ ญาติพี่น้องของผู้ป่วยต่อการรับบริการทางสุขภาพ สำหรับตัวบุคลากรทางกฎหมายและหรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้โรงพยาบาลหรือองค์กรสุขภาพก็ได้รับผลกระทบไปด้วย คือ สูญเสียลูกค้า เสียชื่อเสียงด้านการบริการและถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย เพื่อเรียกค่าเสียหาย ดังนั้นแนวคิดการจัดการความปลอดภัยเชิงรุกที่สามารถป้องกันและลดความเสียหายต่อผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพและองค์กรด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อประกันคุณภาพการบริการที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่า การรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ในสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง มีความจำเป็นต้องหันมาให้ความสนใจในระบบการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก ตลอดจนนำแนวคิดกระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิกของผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติ และเข้าไปเรียนรู้ แลกเปลี่ยน ตลอดจนสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีทักษะที่มีความไว้อย่างเพียงพอที่จะประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ถูกต้องและรวดเร็วได้ อันจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้

การสร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้นในสถาบันการศึกษาพยาบาล ทั้งในตัวของอาจารย์พยาบาลและตัวนักศึกษาพยาบาลเอง และให้หันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบให้การดูแลด้านความปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นนวัตกรรมที่เป็นเครื่องมือค้นหาหรือตรวจจับในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วย และทีมผู้ให้บริการเอง ซึ่งก็มีอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลอยู่ในทีมดังกล่าวด้วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) มีนักวิชาการได้ให้ความหมายว่า การปลอดภัยจากการบาดเจ็บ อันเนื่องมาจากการกระทำ และการละเลยที่จะกระทำในการดูแล และเป็นความท้าทายที่ WHO ประกาศท้าทาย

ความสามารถของสมาชิกทั่วโลก (Global Patient safety Challenge) Patient safety เป็นปรัชญาที่นำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมใหม่ของการเปิดใจ ไม่กลัวโทษ มุ่งประโยชน์อนาคต โดยมุ่งการปรับปรุงระบบด้วยความเข้าใจในข้อจำกัดที่เป็นธรรมชาติของคน และ Patient safety เป็นความคาดหวังและความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง Patient safety มีคำตอบที่ผ่านการทดสอบมาแล้วจำนวนหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันที (Patient safety Solution – PSS)

ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือการรับรองที่เรียกว่า Hospital Accreditation นั้นได้มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย โดยการเฝ้าระวังหรือหาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น และก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ ฉบับล่าสุด ดังนี้

Thailand Patient Safety Goal (HA 2008)

S = Safe Surgery การผ่าตัดถูกต้อง และถูกบุคคล ทันทเวลา และเกิดความปลอดภัย

I = Infection Control การควบคุมการติดเชื้อ

M = Medication Safety ความปลอดภัยจากการให้การรักษาด้วยยา ให้ถูกขนาด ถูกคน ถูกเวลา และเกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุด

P = Patient Care Process ความปลอดภัยในขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายส่งต่อที่ปลอดภัย การปลัดทกหกล้มในระหว่างการดูแลไม่มี

L = Line Tube Catheter Disconnect ความปลอดภัยด้านการดูแลไม่ให้สายยางที่ต่อจากผู้ป่วยทุกชนิดเลื่อนหลุด

E = Emergency Response ความปลอดภัยจากการตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย

ในโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกนักศึกษาพยาบาล ก็ได้มีการกำหนด Patient Safety Goal ไว้ เพื่อให้สอดคล้องกับ Thailand Patient Safety Goal มากที่สุด ดังนั้น เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลที่จะฝึกปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลที่รับเป็นแหล่งฝึกเกิดความตระหนัก และมีความรู้เรื่องเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย และลดการผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา จึงกำหนดจุดเน้นที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลไว้ 5 ด้าน เพื่อให้นักศึกษามีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง (Accuracy of Patient identification) การระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification) เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ถูกคน การระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยด้านการระบุตัวผู้ป่วย นี้เองกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดคน และเพิ่มความแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ในประเด็นดังกล่าวอาจารย์พยาบาลต้องเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก และสอนนักศึกษา

พยาบาล ได้รู้ถึงเหตุผล และความสำคัญในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน เช่น โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้กำหนดขั้นตอนการระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification) ในเวชระเบียน และ Wrist band ตลอดจนการเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัว และควรรีใช้ตัวบ่งชี้มากกว่า 1 วิธี ในการระบุตัวผู้ป่วย

2. การใช้ยาที่ปลอดภัย (Safety of using Medication) เป้าหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา และปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาของความปลอดภัยด้านยา คือ ตัวบุคคลและระบบ เนื่องจากระบบยามีส่วนเกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆ หลายวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการทำงาน และโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนของวิชาชีพอื่นด้วย จึงจะสามารถช่วยกันสกัดกั้นความคลาดเคลื่อนที่หลุดรอดมาได้ก่อนจะถึงตัวผู้ป่วย อาจารย์พยาบาลต้องเข้าไปเรียนรู้ในเรื่องระบบการจัดการทางยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาของแหล่งฝึก เช่น ระบบบริหารยาที่ไม่มีการใช้ Card ยา ระบบของการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drugs) ที่ใช้ในหอผู้ป่วยนั้นๆ และต้องเข้าไปเรียนรู้ในเรื่องระบบการจัดการในเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ (Adverse drug reaction = ADR) ตลอดจนเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการบริหารยา และฝึกทักษะในเรื่องการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุของความผิดพลาดจากการบริหารยาร่วมกับนักศึกษาพยาบาล

3. การลดอันตรายจากผลการพลัดตกหกล้ม (Reduced harm resulting Falls) การพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งผลการพลัดตกหกล้มอาจเป็นผลของยา หรือการประเมินความเสี่ยงที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ควรได้รับการทบทวนสาเหตุเพื่อหาแนวทางการป้องกันอันตรายจากการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพ บทบาทของอาจารย์พยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกทักษะในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงประเภทต่างๆ การให้นักศึกษาพยาบาลได้กำหนดกิจกรรมพยาบาลหรือกระตุ้นให้นักศึกษาคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย เป็นต้น

4. การลดการติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Reduce the of Hcalth care – acquired infection) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อจากการดูแลรักษา อาจารย์พยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญต่อการล้างมือให้ถูกต้อง การใช้ Alcohol gel ก่อนและหลังทำการพยาบาลผู้ป่วย การสอนให้นักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในหลัก Standard precaution และ Isolation precaution ตลอดจนให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อของหอผู้ป่วย และระบบการจัดการขยะและการปฏิบัติตามมาตรฐานการทิ้งขยะของหอผู้ป่วยที่ได้กำหนดไว้

5. การสื่อสารที่ถูกต้อง ชัดเจน (Improve effective Communication) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารทางโทรศัพท์ การบันทึกเวชระเบียนมีรูปแบบชัดเจน มีข้อมูลครบถ้วนและอ่านออก เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

พร้อมทั้งมีการติดตาม ตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยในการส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่นๆ มีการส่งเวชที่มีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และมีการสื่อสารระหว่างหน่วยงานกับห้องปฏิบัติการในการแจ้งค่าวิกฤติ อาจารย์พยาบาลควรสอนให้นักศึกษาได้เรียนรู้ระบบการสื่อสารที่สร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานการรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ของแต่ละแห่งฝึกรูปแบบการบันทึกเวชระเบียนที่ชัดเจน เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนสอนให้นักศึกษาอ่านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสามารถวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและหาค่าวิกฤติได้

1.2 ปัญหาและความสำคัญของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกวัย และการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งมุ่งเน้นในการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชน แต่จากความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาล และรูปแบบการบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การให้บริการสุขภาพในแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด (error) ในการรักษาพยาบาลมากมายส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนอนาคตการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพผู้ให้บริการ (วีณา จีระแพทย์, 2550)

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่พบว่าสามารถป้องกันได้ ทั้งจากการทำหัตถการทางการแพทย์และการพยาบาล และการใช้อุปกรณ์ในการบำบัดรักษา เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้ยา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อในกระแสเลือด โพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ (Pneumothorax) โรคปอดเรื้อรัง ตาบอด หูหนวก เป็นต้น ผลลัพธ์ด้านลบจากการบำบัดรักษาเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ทุพพลภาพในระยะสั้นหรือถาวรและสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น อีกทั้งการสูญเสียความไว้วางใจของพ่อแม่ญาติพี่น้อง ของผู้ป่วยต่อระบบการบริหารสุขภาพ สำหรับบุคลากรทางสุขภาพเมื่อกระทำผิดพลาดพบว่า มีผลให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมายหรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (Nation Patient Safety Agency, 2006 Reason J, Hobb A, 2003 อ้างใน วีณา จีระแพทย์, 2550)

ระบบเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Event Alert) ในระบบบริการสุขภาพ มีรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง ถึง 29 เรื่อง โดยพบว่ามีความผิดพลาดด้านระบบความคลาดเคลื่อนทางยา คือ ความผิดพลาดจากการบริหารยาโปแตสเซียม คลอไรด์ (KCL) ความผิดพลาดจากการบริหารยาโดยใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือด (Infusion pumps) ความผิดพลาดจากกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert medication) ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังจากทีมสุขภาพอย่างจริงจัง และเป็นระบบ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2549)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีอุบัติการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Med error) โดยพบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 44,000 – 99,000 ราย ในแต่ละปี โดยพบว่า พบ 3 – 6.9% เกิดขึ้นในแผนกผู้ป่วยใน (Institute of Medicine, 2000) สาเหตุเกิดจากระบบการรวมศูนย์ด้านยา (Centralization Pharmacists) เกสัชกรไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการเข้าร่วมสอนและให้ข้อมูลด้านยา โดยพบว่า การลดความคลาดเคลื่อนด้านยาโดยให้มีเกสัชกรเข้าร่วมโปรแกรมการสอน สามารถลดความคลาดเคลื่อนได้ถึง 45% และการมีระบบการกระจายศูนย์ด้านยา สามารถลดความคลาดเคลื่อนได้ถึง 94% (Institute of Medicine, 2000) และฐานข้อมูลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบริการของสหรัฐ (Joint Commission Event Database) พบว่า สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางส่วนใหญ่เกิดจากการบริหารจัดการล้มเหลวถึง 63% และสาเหตุการตายจากความคลาดเคลื่อนด้านยามาจากการบริหารยาขนาด 41% บริหารยาผิดชนิด 16% และบริหารยาผิดวิธี 16% โดยมีสาเหตุมาจากความบกพร่องในความรู้และการปฏิบัติตัวของพยาบาล และระบบสื่อสารที่ล้มเหลว (U.S.FDA, (2003))

ในประเทศไทย โดยสมาคมเกสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย พบว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดได้ทุกกระบวนการ คือ ระยะการสั่งยา (Prescribing phase) ระยะการถ่ายถอดคำสั่งยา (Order processing phase) ระยะการจ่ายยา (Dispensing phase) ระยะการบริหารยา (Drug administration phase) และความพร้อมรับยาของผู้ป่วย (Patient compliance) โดยพบว่า การสั่งจ่ายยาพบประมาณครึ่งหนึ่ง ขึ้นประมวลผลคำสั่งและการจ่ายยาพบ 1 ใน 4 และการบริหารยาพบ 1 ใน 4 (สามารถเอี่ยมเก็บ, 2546) และการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) คิดเป็นร้อยละ 7.94% ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด โดยมีสาเหตุจากการบริหารยา 4.52% โดยสรุปความคลาดเคลื่อนด้านยาพบในทุกกระบวนการของการดำเนินการ โดยมีสาเหตุจากระบบบริหารจัดการ ไม่มีประสิทธิภาพ ตัวบุคคลขาดสมาธิ ภาระงานเพิ่ม ขาดความรู้ การสื่อสารล้มเหลว บุคลากรด้านสุขภาพบกพร่องในความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วย แนวปฏิบัติ (Procedure or protocol) ไม่เป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน เกสัชกรไม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการสอน และไม่มีระบบการตรวจเช็คซ้ำ (Double check) ที่ชัดเจน

วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ที่มีหน้าที่ผลิตพยาบาล ไปสู่สถานบริการด้านสุขภาพ โดยระบบการจัดการเรียนการสอนจะต้องมีการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ภายใต้การสอนของอาจารย์พยาบาล และอาจารย์พี่เลี้ยงจากแหล่งฝึก เพื่อให้เกิดทักษะความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ การฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ต้องได้รับการสอนอย่างใกล้ชิดกับอาจารย์พยาบาล หรืออาจารย์พี่เลี้ยง เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีระบบการสอนภาคปฏิบัติที่ใกล้ชิดจากอาจารย์พยาบาล หรืออาจารย์พี่เลี้ยง ก็พบว่า มีอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา และยังไม่มียุทธศาสตร์การรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ที่ชัดเจน แต่มีรายงานพบว่า

มีอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการบริหารยาจำนวน 5 ครั้ง โดยความผิดพลาดด้านการบริหารยาเป็นการให้ ผิดเวลา 4 ครั้ง และผิดขนาด 1 ครั้ง ซึ่งได้มีการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยอาจารย์นิเทศและอาจารย์ที่เป็นคณะกรรมการสอบสวน แต่การดำเนินการแก้ปัญหาซึ่งมีระบบการป้องกันความผิดพลาดจากการบริหารยาที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ไม่มีคู่มือบริหารยาสำหรับนักศึกษาและอาจารย์ที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบกับวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาได้พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัย จึงได้มีการพัฒนาระบบการป้องกันความผิดพลาดจากการบริหารยาของนักศึกษาพยาบาลขึ้น โดยจัดทำคู่มือเรื่องระบบยาและการบริหารยาให้กับอาจารย์พยาบาล เพื่อใช้เป็นคู่มือในการสอนนักศึกษาพยาบาลภาคปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้ในที่สุด

จึงได้จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาขึ้น เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้กับการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษา ตลอดจนระบบการรายงานอุบัติการณ์ การแก้ไข และการทบทวน เพื่อหาแนวทางป้องกันต่อไป โดยเน้นกรอบการเฝ้าระวังความเสี่ยง สอดคล้องกับ Thailand Safety Goals เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในที่สุด

บทที่ 2

กระบวนการสร้างความปลอดภัยในสถาบันการศึกษาพยาบาล

การสร้างความปลอดภัยในระบบบริการทางสุขภาพขององค์กร คือ กระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาด และสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด (Protective barriers) ด้วยการค้นหา การจำแนก และการจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในระบบบริการ โดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง (redesign) การสร้างความตระหนัก การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติในงานประจำของบุคลากรทุกระดับในองค์กรอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบบริการทางสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำและสามารถตอบสนองเป้าหมายประการ คือ (วีณา จีระแพทย์, 2550)

1. ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุทั้งในทางตรงและทางอ้อม
2. บรรลุความรับผิดชอบทางกฎหมายต่อการจัดการความปลอดภัย
3. เพิ่มผลผลิตของการจัดบริการต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
4. สร้างจุดขายของการมีมาตรฐานขององค์กรด้านความปลอดภัย

องค์ประกอบของวิธีการบริหารความปลอดภัย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ (วีณา จีระแพทย์, 2550)

2.1 ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึง การที่บุคลากรภายในองค์กร มีการตระหนักและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความผิดพลาด โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุความผิดพลาด เรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง

2.2 ขั้นตอนที่ 2 มีผู้นำและผู้สนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยการ

- 1) ผู้บริหารแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ
- 2) มีการพบปะระหว่างผู้นำในองค์กร อาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล เพื่อหาประเด็นความปลอดภัยที่เกิดขึ้น
- 3) สร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของ อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการบริการและฝึกปฏิบัติ
- 4) จัดให้มีการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา โดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที ก่อนเริ่มและหลังปฏิบัติงานประจำ เพื่อฝึกการรายงานอุบัติการณ์วิธีการจัดการความปลอดภัย และสร้างจริยธรรมในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาล
- 5) ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของความเห็นที่ได้รับเพื่อให้อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลเห็นประโยชน์ของการนำเสนอความเห็น
- 6) มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย

7) จัด/ สนับสนุนให้มีการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับอาจารย์และนักศึกษา

8) สร้างกระบวนการเรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการฝึกปฏิบัติ และติดตามประเมินผลของการเปลี่ยนแปลง

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในองค์กร โดยความเสี่ยงจะแทรกซึมอยู่ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน โดยแบ่งประเภทของความเสี่ยงอยู่ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการ และความเสี่ยงต่อองค์กรที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตในชุมชน การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง คือ การนำบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่นๆ อย่างรวดเร็วทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ประเภท คือ

1) การค้นหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการสูญเสียต่อผู้ใช้บริการและองค์กร

2) ประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดความเสี่ยง ทั้งในระดับหน่วยงาน กลุ่มงาน และองค์กร เพื่อควบคุมการแก้ปัญหา ตลอดจนการจัดเก็บข้อมูลไว้ในระบบสารสนเทศ

3) การจัดการความเสี่ยงโดยการป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากบุคคลและอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม การถ่ายโอนความเสี่ยง ตลอดจนการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ

4) การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงกับดัชนีความปลอดภัยขององค์กร ที่มุ่งลดและบรรเทาการเกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ ความเสียหายต่อองค์กรจากการถูกร้องเรียน การฟ้องร้องทางกฎหมาย เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติและการให้บริการทางคลินิก

ข้อมูลที่ได้รับจากกระบวนการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการออกแบบโครงการที่ต้องการปรับปรุงและการจัดการความปลอดภัยใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและทันสมัย

2.4 ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์

การรายงานสิ่งที่ผิดพลาดที่เกิดขึ้น เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการสร้างระบบการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมสำคัญ 3 ประการ คือ

1) สนับสนุนให้อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลทุกคน ในการรายงานปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกปฏิบัติ

2) ติดตามและเทียบเคียงสถิติการเกิดอุบัติการณ์ และวิธีการจัดการกับอุบัติการณ์ของวิทยาลัยกับองค์กรอื่น รวมทั้งหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

3) ตั้งเป้าในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์ และวางแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในทุกอุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

อุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ คือ การที่ผู้รายงานรู้สึกล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ กลัวถูกลงโทษ กลัวว่ารายงานจะไม่เป็นความลับ มองไม่เห็นประโยชน์ของการรายงาน ไม่ได้รับความสะดวกในการรายงาน ตลอดจนรู้สึกว่าไม่ใช่หน้าที่ของคนที่ต้องรายงาน หากพบว่าอุบัติการณ์ที่ตนไม่ได้กระทำ

2.5 ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล และแหล่งฝึกมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย

การสื่อสารและให้อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล และแหล่งฝึกมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย โดย

1) กำหนดและเผยแพร่นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหา และอุบัติการณ์ความปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ขณะที่นักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติ

2) ฝึกให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ในบทบาทของการให้ความรู้และสิทธิของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความปลอดภัยของการบริการ เช่น องค์การความปลอดภัยผู้ป่วยแห่งสหราชอาณาจักร ได้เสนอแนวทาง “SPEAK UP” คือ

Speak up คือ พูดเมื่อสงสัย ไม่แน่ใจ หรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับความรู้สึกไม่ปลอดภัย โดยไม่ต้องอายหรือกลัว

Pay attention คือ เอาใจใส่การดูแลที่ได้รับ และให้แน่ใจว่าได้รับการรักษาพยาบาลและยาที่ถูกต้อง ตลอดจนเข้าใจผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้นได้

Education คือ เรียนรู้โรคที่ได้รับการวินิจฉัย สอบถามหากไม่เข้าใจ อย่าคิดว่า การไม่ได้รับข่าวสาร คือ ขาววดี

Ask คือ การขอให้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้วางใจเป็นผู้แทนในการดูแลสุขภาพ (Agency)

Know คือ รู้ว่าต้องได้รับยาอะไร เพราะเหตุใด ระบุว่าแพ้ หากต้องได้รับสารละลาย ยาทางหลอดเลือด ให้ถามถึงระยะเวลาที่ควรได้รับ หากพบว่าเร็วหรือช้าเกินไปต้องแจ้งให้พยาบาล/ บุคคลที่เกี่ยวข้องทราบ

Understand คือ เข้าใจในองค์กรที่ใช้บริการว่ามีมาตรฐานความปลอดภัยหรือไม่ และมีอุบัติการณ์ความผิดพลาดหรือความประมาทเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด

Participation คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับ และไม่ต้องกลัวที่จะขอความเห็นจากแพทย์พยาบาล หากต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจ

2.6 ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัย

เมื่อเกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้น สิ่งสำคัญไม่ได้อยู่ที่การค้นหาคนผิด แต่เป็นการค้นหาและเรียนรู้อุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไรและอะไร คือสาเหตุ สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลต้องส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย กับอาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาล โดยต้องรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องรายงาน ข้อมูลอะไรที่จำเป็นและควรใช้เมื่อใด วิธีการวิเคราะห์และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ ได้รับ

2.7 ขั้นตอนที่ 7 นำแนวทางแก้ไขปัญหามาใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนนี้เป็นการถ่ายโอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติเหตุไปสู่การเปลี่ยนแปลงระยะเวลาในการปฏิบัติงาน บริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร และเป็นสิ่งที่อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล ปฏิบัติเป็นกิจวัตรขณะทำงาน โดยมีหลักบริหารที่สำคัญ คือ

1) ออกแบบระบบที่ช่วยให้อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาลทำสิ่งที่ถูกต้องได้ง่าย

2) ออกแบบโดยนำปราการป้องกันทางกายภาพมาใช้ในระบบ มากกว่าการใช้ปราการป้องกันแบบอื่นๆ ซึ่งเป็นวิธีที่ต้องพึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขึ้นอยู่กับภาระของผู้ปฏิบัติ

3) ตรวจสอบให้แน่ใจว่าวิธีที่จำ นำมาใช้ทำแผนการเปลี่ยนแปลงได้ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพในการ ป้องกัน และการทำให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้จริง

บทสรุป

เป้าหมายหลักของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ การสร้างหลักประกันความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปลอดภัยทางคลินิกนั้น จัดเป็นความต้องการจำเป็น (implicit need) ที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับทราบได้เอง แต่เป็นความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดไม่ว่า แพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องสามารถตอบสนองการทบทวนกระบวนการดูแลรักษา การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก และการนำบทเรียนจากการดูแลรักษาผู้ป่วยจริงมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ และที่สำคัญ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ การที่บุคลากรภายในองค์กร มีการตระหนักและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่มีแนวโน้มว่าอาจเกิดความผิดพลาด โดยทั้งบุคลากรและองค์กรสามารถระบุความผิดพลาด เรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและจัดการกระทำเพื่อแก้ไขให้เกิดสิ่งที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญ

อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ถือเป็นทีมสุขภาพหนึ่งที่ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ การบริหารจัดการกับนักศึกษาพยาบาลที่กระทำการพยาบาลที่ผิดพลาด ด้วยวิธีการตั้งคณะกรรมการสอบสวนและลงโทษจากการกระทำผิดพลาดนั้น โดยปราศจากการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อันจะทำให้อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลได้เกิดการเรียนรู้ความผิดพลาดนั้นควรได้รับการทบทวนและปรับกระบวนการคิด และวิธีการจัดการใหม่ ซึ่งควรเน้นแก้ปัญหาเชิงระบบมากกว่าการลงโทษบุคคล นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลทุกรายวิชา ควรบูรณาการแนวคิดหลักทฤษฎีและแนวปฏิบัติ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสอดแทรกเข้าไปในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา

การสอดแทรกแนวคิดด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยในผู้ป่วย ในการสอนภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลมีบทบาทในการกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้การประเมิน ค้นหาความเสี่ยง ไม่ว่า

จะเป็นประเด็นความเสี่ยงทางคลินิก ที่เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ประเด็นความเสี่ยงด้านยา โดยเฉพาะกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง ประเด็นความเสี่ยงด้านการติดเชื้อจากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในตัวผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาลที่ป้องกันความเสี่ยงที่ประเมินได้ อันจะช่วยให้ลดความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจากการกระทำพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

บทที่ 3

กระบวนการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา

3.1 วัตถุประสงค์

กระบวนการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

3.1.1 ลดโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ในขณะที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา และกรณีที่เกิดความผิดพลาดขึ้น

3.1.2 มีกระบวนการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดความเสียหาย ความรุนแรงที่เกิดจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

3.1.3 มีระบบการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ อุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้นตามความคลาดเคลื่อน

3.2 ขอบเขตกระบวนการบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา

กระบวนการบริหารความเสี่ยงใช้ครอบคลุมการจัดการเรียนการสอนวิชาภาคปฏิบัติการพยาบาลทุกสาขาวิชา และทุกชั้นปี

3.3 การแปลระดับความรุนแรงของความเสี่ยง

ระดับ A : เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน

ระดับ B : เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย

ระดับ C : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

ระดับ D : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ระดับ E : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา

ระดับ F : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนในโรงพยาบาลหรืออยู่

โรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับ G : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย

ระดับ H : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

ระดับ I : เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

3.4 ระดับความเสี่ยง และแนวทางการจัดการความเสี่ยง

ลำดับ	สถานะของเหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	ระดับความเสี่ยง	การบริหารความเสี่ยง
1	มีโอกาสด่່าก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	A	ต่ำ	- ความเสี่ยงเล็กน้อย ยอมรับได้ บันทึกเหตุการณ์เพื่อรวบรวมไว้เป็นข้อมูลเฝ้าระวังความเสี่ยง
2	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	B	ต่ำ	- บันทึกอุบัติการณ์และการทบทวน ส่งกรรมการความเสี่ยงภายใน 14 วัน หลังการฝึกงาน
3	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย	C	ปานกลาง	- ความเสี่ยงปานกลางให้บริหารความเสี่ยง ดังนี้ 1. อาจารย์นิเทศร่วมช่วยแก้ปัญหาแก่นักศึกษาทันที 2. อาจารย์นิเทศทำการทบทวนอุบัติการณ์กับนักศึกษาภายใน 24 ชั่วโมง
4	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	D	ปานกลาง	3. บันทึกอุบัติการณ์/ และการทบทวนส่งกรรมการความเสี่ยง ภายใน 7 วัน หลังฝึกงาน
5	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา	E	สูง	- ความเสี่ยงสูงให้บริการความเสี่ยง ดังนี้ 1. อาจารย์นิเทศแจ้งหัวหน้าภาควิชาเพื่อทราบ และหัวหน้าภาควิชาช่วยแก้ปัญหาเบื้องต้นทันที
6	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนใน	F	สูง	2. อาจารย์นิเทศทำการทบทวนความเสี่ยงกับนักศึกษา และจัดทำแนว

ลำดับ	สถานะของเหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	ระดับความเสี่ยง	การบริหารความเสี่ยง
	โรงพยาบาล หรืออยู่ โรงพยาบาลนานขึ้น			ทางการแก้ปัญหา ร่วมกับ หัวหน้าภาค 3. บันทึกอุบัติการณ์/ การ ทบทวนส่งกรรมการความ เสี่ยง ภายในไม่เกิน 7 วัน
7	เกิดความคลาดเคลื่อนกับ ผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตราย ถาวรแก่ผู้ป่วย	G	สูงมาก	- ความเสี่ยงสูงมาก ให้ บริหารความเสี่ยง ดังนี้ 1. รายงานผู้บริหารระดับสูง ของคณะวิชาทันที
8	เกิดความคลาดเคลื่อนกับ ผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการ ช่วยชีวิต	H	สูงมาก	2. ผู้บริหารคณะวิชารายงาน ผู้บริหารวิทยาลัย เพื่อสั่งการ ให้ดำเนินการแก้ไขปัญหา เบื้องต้นทันที
9	เกิดความคลาดเคลื่อนกับ ผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของ การเสียชีวิต	I	สูงมาก	3. อาจารย์นิเทศและหัวหน้า ภาคทบทวนอุบัติการณ์และ จัดทำแนวทางการป้องกัน ปัญหาทันที 4. บันทึกอุบัติการณ์/ การ ทบทวนส่งกรรมการความ เสี่ยง ภายในไม่เกิน 2 วัน

3.5 กิจกรรมการทบทวนอุบัติการณ์

3.5.1 กิจกรรมการทบทวนอุบัติการณ์ หมายถึง การทำกิจกรรมการทบทวนเรื่องราวเหตุการณ์อุบัติการณ์ วิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญที่เป็นสาเหตุจุดอ่อนในระบบ และหาแนวทางดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหามา จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

3.5.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เกิดอุบัติการณ์ นักศึกษารายงานอาจารย์นิเทศ และอาจารย์นิเทศให้การช่วยเหลือแก้ไขทันที
2. อาจารย์นิเทศบันทึกอุบัติการณ์ และดำเนินกิจกรรมทบทวนร่วมกับนักศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางการดำเนินการป้องกัน
3. อาจารย์นิเทศส่งรายงานอุบัติการณ์/ การทบทวนให้กับอนุกรรมการจัดการความเสี่ยง ภายในระยะเวลาที่กำหนด ตามความรุนแรงของความเสี่ยงนั้น
4. คณะอนุกรรมการจัดการความเสี่ยง ดำเนินการตามระบบบริหารความเสี่ยงระดับคณะวิชาต่อไป

บทที่ 4

แนวทางการปฏิบัติด้านการบริหารความเสี่ยง

4.1 ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ

4.1.1 กิจกรรม Pre-clinic โดยการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติภาคทฤษฎีในสาขาการพยาบาล

4.1.2 ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมาย ความปลอดภัยในการดูแลคนไข้ของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานของ Hospital Accreditation (Patient Safety Goal HA. 2008) และแนวทางการปฏิบัติตามคู่มือบริหารความเสี่ยงกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา

4.1.3 เป็นบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจ ในการดูแลคนไข้ให้กับนักศึกษา โดยใช้แนวทางของ “SPEAK UP” คือ

Speak up คือ พูดหรือทวนสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับ อาจารย์นิเทศ โดยไม่ต้องอายหรือกลัว

Pay attention คือ เอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตลอดเวลา

Education คือ เรียนรู้โรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างดี หากมีข้อสงสัยให้ศึกษาเพิ่มเติม และทวนสอบความถูกต้องกับอาจารย์นิเทศ

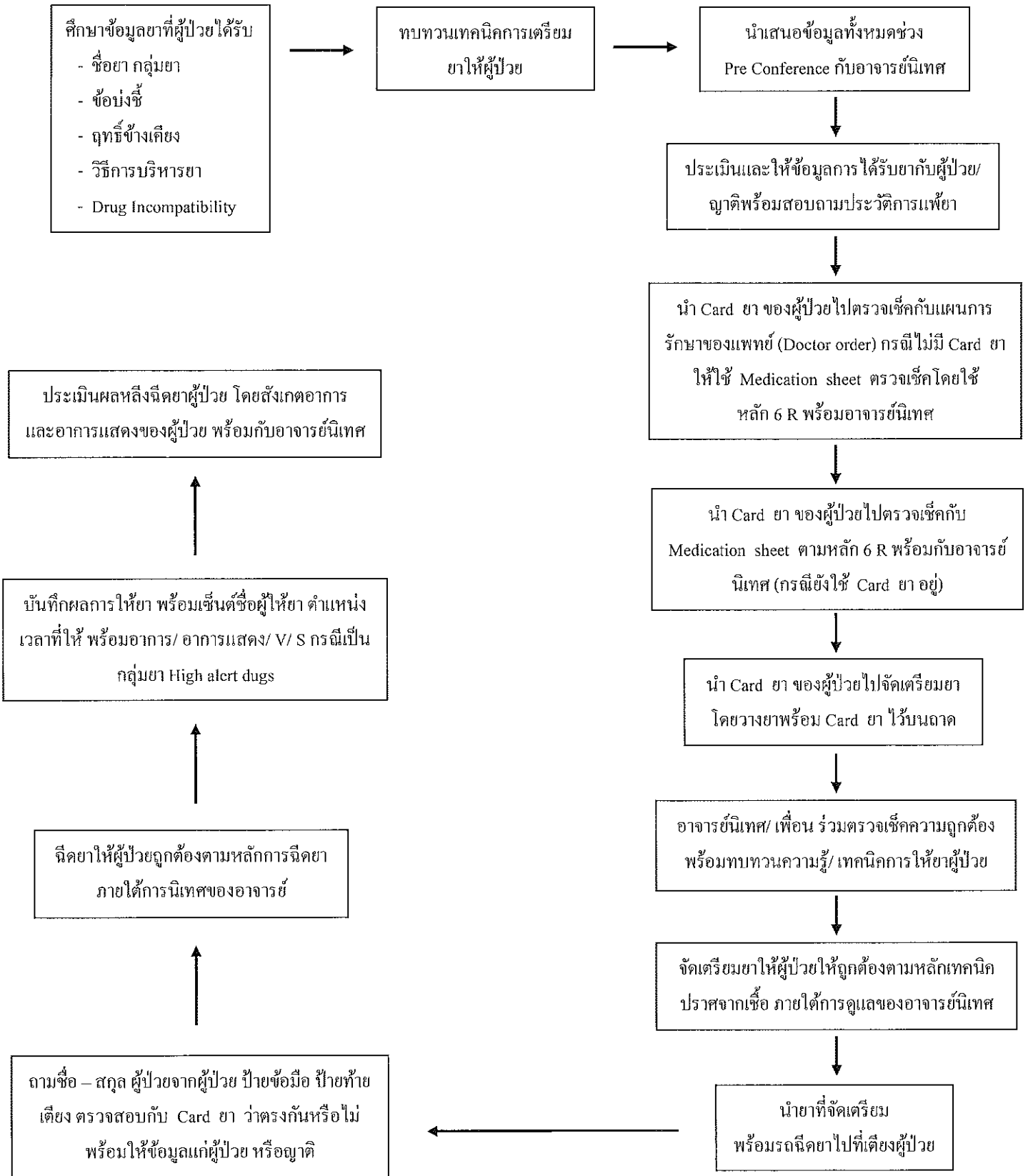
Ask คือ การถามผู้ป่วยและญาติ เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติม

Know คือ รู้เรื่องยาที่ใช้ในการรักษาโรค และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยานั้นๆ อย่างถูกต้อง

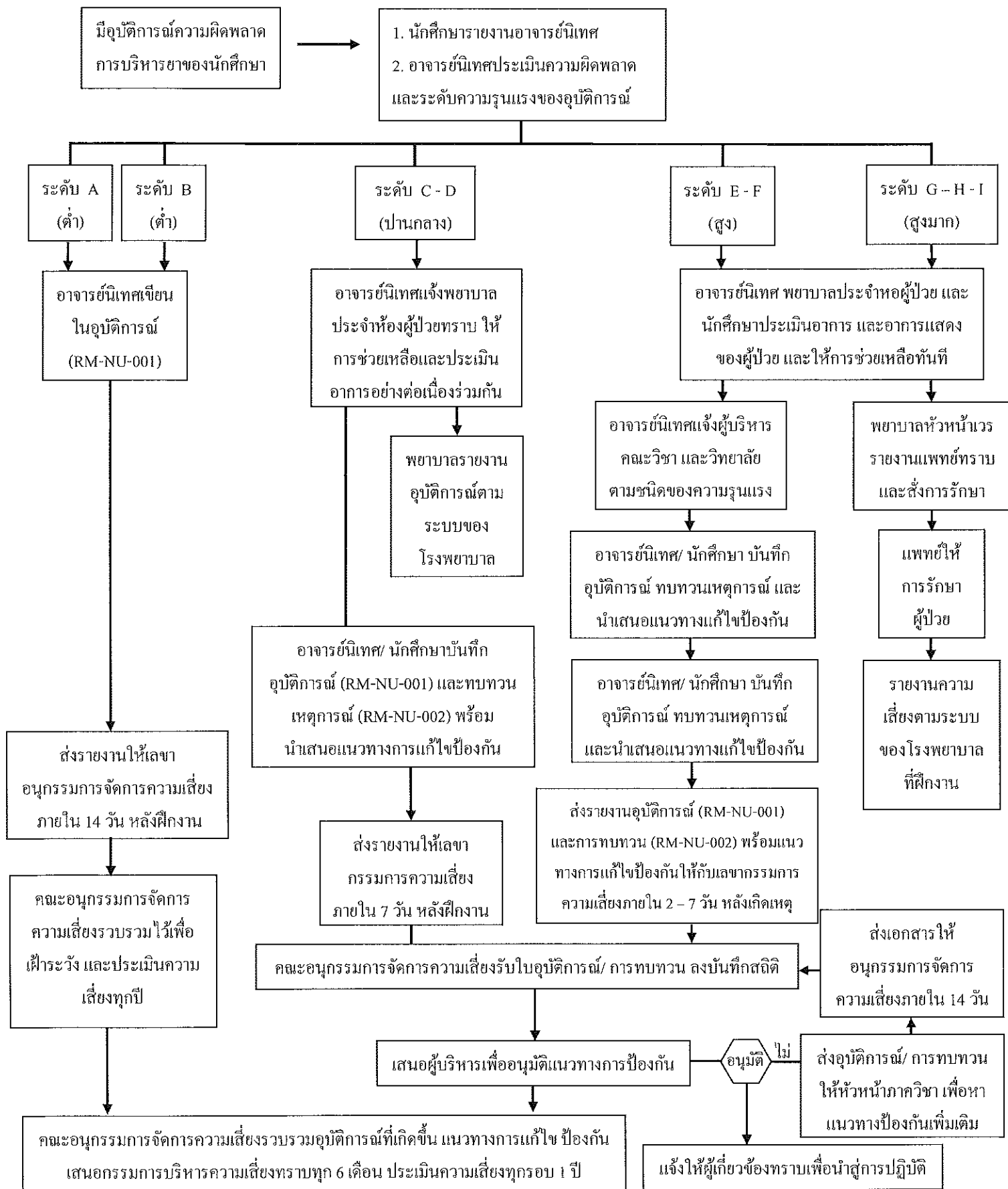
Understand เข้าใจเรื่องการป้องกันความเรื่องที่เกิดกับผู้ป่วย เพื่อวางแผนทางปฏิบัติเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย รวมถึงความสำคัญของการเขียนใบอุบัติการณ์ (Incident Report)

Participation คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ไม่ต้องกลัวที่จะขอความเห็นจากแพทย์ พยาบาล อาจารย์นิเทศ หากต้องการข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจขึ้น และมีส่วนร่วมในการทบทวนอุบัติการณ์เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ และงานแนวทางป้องกันต่อไป

4.2 แนวปฏิบัติการป้องกันการบริหารยาผิดพลาดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา



4.3 แนวปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล



ภาคผนวก



แบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ที่เกิดเหตุ..... วันที่.....เวลา.....น.	ระดับความเสี่ยง (A - I) ต่ำ ระดับ ปานกลาง ระดับ สูง ระดับ สูงมาก ระดับ	ประเภทบุคคลที่เกิดอุบัติการณ์ <input type="checkbox"/> อาจารย์..... <input type="checkbox"/> นักศึกษา..... <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย/ญาติ ระบุ..... <input type="checkbox"/> บุคคลอื่นๆ ระบุ.....
ประเภทและเหตุการณ์ของความเสี่ยง (ให้ทำเครื่องหมายถูกลงใน <input type="checkbox"/> ในข้อที่เกิดเหตุการณ์)		
<input type="checkbox"/> การระงับตัวผู้ป่วยผิดพลาด <input type="checkbox"/> การให้ยา/ สารละลายผิดพลาด <input type="checkbox"/> การให้เลือดผิดพลาด <input type="checkbox"/> การเกิดพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> การใช้ Sterile Technique ไม่ถูกต้อง	<input type="checkbox"/> การสื่อสารผิดพลาดด้านการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> การเกิดอุบัติเหตุขณะฝึกปฏิบัติ <input type="checkbox"/> พฤติกรรมการบริการไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> Tube ต่างๆ ของผู้ป่วยหลุด	<input type="checkbox"/> เกิดข้อผิดพลาดในการให้การดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พฤติกรรมการแสดงออกของการเป็นนักศึกษาไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
บรรยายสรุปเหตุการณ์/ การแก้ไขเบื้องต้น/ ข้อเสนอแนะ		
ลงนามผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....วันที่.....		
ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับสูง		
ลงนาม.....หัวหน้าภาค/ รองคณบดีฝ่าย.....วันที่.....		
บันทึกอนุกรรมการจัดการความเสี่ยง 1. หมายเลข Incident Report RI...../..... 2. ระดับความเสี่ยง <input type="checkbox"/> คงเดิม คือ..... <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงเป็น.....เนื่องจาก..... 3. การส่งเอกสาร <input type="checkbox"/> ตามเวลา <input type="checkbox"/> เกินเวลา.....วัน ลงนามผู้บันทึก.....เลขอนุกรรมการจัดการความเสี่ยง.....ผู้จัดการความเสี่ยง.....		
ความคิดเห็นของคุณบดี <input type="checkbox"/> เห็นด้วยกับแนวทางแก้ไขป้องกัน <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยกับแนวทางแก้ไขป้องกัน ให้ดำเนินการเพิ่มเติม ดังนี้		
ลงนาม.....คณบดี (.....) วันที่.....		



แบบฟอร์มการทบทวนอุบัติเหตุ - อุบัติการณ์

วันที่	สรุปเรื่อง/ เหตุการณ์	ประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุ	วิธีการดำเนินการป้องกัน/ แก้ไข (RCA)

ผู้รายงาน.....
 (.....)
/...../.....

ผู้เห็นชอบการทบทวน.....ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้น
 (.....)
/...../.....