

การตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลพิจิตร ปี พ.ศ. 2546 - 2547

(Trauma Audit in Phichit Hospital in 2003 - 2004)

สุเทพ ลินกิตติยานนท์ พ.บ.*

วารินทร์ จิรทองคำโชติ พย.บ.**

บทคัดย่อ

การรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และวิกฤต ผู้ป่วยต้องผ่านสถานที่ในการดูแลหลายจุด หากเกิดข้อบกพร่องแม้เพียงจุดใดจุดหนึ่ง ย่อมมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต การจะพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาล จำเป็นต้องทราบข้อบกพร่องทั้งหมดที่มีอยู่ในโรงพยาบาล เพราะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องทาง โรงพยาบาลพิจิตร โดยคณะกรรมการการตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma audit committee) จึงได้จัดระบบการตรวจสอบข้อบกพร่องในการรักษายาบาลและการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ (Preventable death) ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างเดือนตุลาคม 2545 - กันยายน 2546 จำนวน 78 ราย พบว่ามีข้อบกพร่องที่มีผลทำให้เสียชีวิต 37 จุด และเป็นการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ 10

ราย (12.8%) ในระหว่างเดือนตุลาคม 2546 – กันยายน 2547 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุเสียชีวิต 89 ราย พบข้อบกพร่องที่มีผลทำให้เสียชีวิต 21 จุด และเป็นการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ 4 ราย (4.5%) การศึกษาในครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบที่สามารถตรวจสอบคุณภาพการบริการและข้อมูลที่จะนำไปพัฒนาระบบการรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุให้มีประสิทธิภาพ ลดข้อบกพร่องและลดการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ต่อไป

Abstract

Trauma management system is very complicated, critical and the patients have to passed many processes. If a management deficiency occurs in any process, it will bring about the complication or mortality. To improve the quality of traumatic care in hospital, it is necessary to know all deficiencies occurring in the process in order to

* นายแพทย์ 7 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

** พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลพิจิตร

make an efficient and timely development plan. Trauma audit committee, Phichit hospital, therefore, set up the trauma audit system to explore the management deficiency and preventable death in 78 traumatic patients dying during October 2002 – September 2003. The study revealed that there were 37 contributed to mortality. The preventable death was 10 cases (12.8% of dead cases). And 89 traumatic patients dying during October 2003 – September 2004. The study revealed that there were 21 contributed to mortality. The preventable death was 4 cases (4.5% of dead cases). This study had created the trauma audit model and information used for improving the traumatic management system and reducing the management deficiency and preventable death.

บทนำ

อุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สถานการณ์ของประเทศไทยนับจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุจากการจราจรทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศและสังคมอย่างมากมาย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีอายุน้อย โดยเกือบ 90% มีอายุน้อยกว่า 40 ปี¹ ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ นอกจากนี้ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุ โดย

วางแผนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 เป็นต้นมา²

กระบวนการในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ผู้ป่วยต้องผ่านหน่วยให้บริการหลายจุด หากเกิดข้อผิดพลาดขึ้นแม้เพียงจุดใดจุดหนึ่ง จะยังผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตนั้นมิจำนวนไม่น้อยเกิดจากความผิดพลาดในกระบวนการรักษาพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ พบว่าร้อยละ 74 ของความผิดพลาดเป็นปัญหาจากระบบ³

Frank Mc Dermott จาก Monash University ได้รายงานการตรวจสอบคุณภาพการรักษานักกีฬาผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรที่เสียชีวิตที่ป้องกันได้ใน Victoria ปี 1993-1994 พบว่ามีข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น 1,175 ข้อ ร้อยละ 91 เป็นข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาล⁴

วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ ได้รายงานการตรวจสอบคุณภาพการรักษานักกีฬาผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ปี 2537 จำนวน 217 ราย พบว่ามีข้อบกพร่อง 407 จุด เป็นข้อบกพร่องที่มีผลให้เสียชีวิต 265 จุด ร้อยละ 37.8 เป็นการเสียชีวิตที่ป้องกันได้

ระบบรายงาน และกิจกรรมการตรวจสอบคุณภาพการรักษานักกีฬาผู้ป่วยอุบัติเหตุ ถือว่าเป็น feed back loop ที่สำคัญของกระบวนการทำงาน เป็นส่วนของ check ใน PDCA⁶ ผลจากการเรียนรู้ข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องต่างๆในการให้บริการผู้ป่วย จะนำไปสู่การปรับปรุงปรกการป้องกันต่างๆ เพราะเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนพัฒนาคุณภาพในการ

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุให้มีประสิทธิภาพ
ยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและตรวจสอบข้อบกพร่องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ในโรงพยาบาลพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตาย (mortality) และอัตราการเกิดความพิการ (morbidity)
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลและระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนสร้างมาตรฐานระบบการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Referral system) ให้มีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลพิจิตร (Trauma audit committee)
2. สร้างแบบบันทึกทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุให้เหมาะสมกับโครงการ (Trauma registration form) โดยต้องบันทึกข้อมูลที่สำคัญในการคำนวณหาค่าโอกาสรอดชีวิต (Ps ตาม Triss Methodology) ได้แก่ ค่าความดันโลหิต Systolic, อัตราการหายใจ, คะแนนความไม่รู้สึกร้าวของกลาสโกว่า, คะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ, อายุ และกลไกการบาดเจ็บ (annex 1)

3. สร้างและบันทึกแบบรายงานผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตตามใบ Hospital Trauma audit committee assessment 1 (annex 2)

4. สร้างและบันทึกแบบวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุตามใบ Hospital Trauma audit committee assessment 2 (annex 3) โดยมีข้อเสนอแนะการกรอกข้อมูล และคำจำกัดความตามใบ Guideline for assessing and definition (annex 4)

5. จัดทำโปรแกรมเพื่อบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

6. คณะกรรมการประชุมเพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Peer review) โดยจะประชุมเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

1. เลขานุการของคณะกรรมการฯ รวบรวมแฟ้มประวัติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตทุกรายในแต่ละเดือน
2. สรุปข้อมูลและประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่เสียชีวิตแต่ละรายลงในแบบรายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิต
3. ประธานกำหนดวัน เวลา สถานที่ การประชุมประจำเดือน
4. เลขานุการออกหนังสือเชิญคณะกรรมการฯ ประชุม พร้อมแจกข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกรายให้กรรมการเพื่อได้ศึกษาก่อนการประชุม
5. ในวันประชุมเลขานุการเป็นผู้นำเสนอรายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิตทีละรายโดยย่อและแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้เสนอรายละเอียดการรักษาและ

การผ่าตัดที่ซับซ้อน ให้คณะกรรมการทุกท่านได้ศึกษา และติดตามขั้นตอนต่างๆ ในการรักษาพยาบาลสั้นๆ ก่อนที่จะวิเคราะห์ถึงมูลเหตุแห่งการเสียชีวิต ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ข้อบกพร่องในกระบวนการรักษาพยาบาลและลงความเห็นว่าการเสียชีวิตนั้นเป็นการเสียชีวิตที่ป้องกันได้หรือไม่ พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

6. เสร็จการประชุมเลขานุการรวบรวม ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตทุกรายที่ได้รับการพิจารณาแล้ว บันทึกลงในโปรแกรมที่จัดทำขึ้น

7. การวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมและจัดทำ รายงานการประชุมแจกคณะกรรมการทุกท่าน

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล พิธีกรทุกราย ระหว่าง 1 ตุลาคม 2545 – 30 กันยายน 2546
2. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล พิธีกรทุกราย ระหว่าง 1 ตุลาคม 2546 – 30 กันยายน 2547 ที่มีค่าPs > 0.5 ถือว่ามีโอกาสรอดชีวิต > 50% ถ้ากลุ่มนี้เสียชีวิตถือว่าเป็นPreventable death⁵

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 – 30 กันยายน 2546 รวมเวลา 12 เดือน มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร ทั้งหมด 4,343 ราย เป็นชาย 3,474 ราย หญิง 869 ราย เสียชีวิต 78 ราย เป็นชาย 62 ราย หญิง 16 ราย ชาย : หญิง = 3.8 : 1

ระยะที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 – 30 กันยายน 2547 รวมเวลา 12 เดือน มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร ทั้งหมด 6,480 ราย เป็นชาย 5,184 ราย หญิง 1,296 ราย เสียชีวิต 89 ราย เป็นชาย 71 ราย หญิง 18 ราย ชาย : หญิง = 3.9 : 1

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

คณะกรรมการฯ ได้ตรวจสอบข้อบกพร่องการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้ตรวจทะเบียนประวัติผู้ป่วย อุบัติเหตุที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด 167 ราย เพื่อค้นหาข้อบกพร่องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้ เมื่อผ่านเข้ามาับการรักษาพยาบาลในจุดบริการต่างๆ ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลพิจิตร ตีอกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วยหนัก โดยสืบค้นข้อบกพร่องใน 5 ประเด็น ได้แก่⁵

1. การวินิจฉัยล่าช้า (Delay diagnosis)
2. การวินิจฉัยผิดพลาด (Error diagnosis)
3. การรักษาไม่ถูกต้อง (Error treatment)
4. เทคนิคการรักษาไม่เหมาะสม (Error technique)
5. ระบบการรักษาบกพร่อง (Systemic inadequacy)

จากการตรวจสอบผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิต ทั้งหมด 167 ราย พบข้อบกพร่องในการรักษาทั้งหมด 58 จุด โดยปีงบประมาณ 2546 ตรวจสอบผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิต 78 ราย พบข้อบกพร่องในการรักษาที่มีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 37 จุด สถานที่ที่พบข้อบกพร่องมากที่สุดเกิดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม คือเกิด 20 จุด (54%)

และในปีงบประมาณ 2547 ตรวจสอบผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ที่เสียชีวิต 89 ราย พบข้อบกพร่องในการรักษาที่มีผล
ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 21 จุด ส่วนสถานที่ที่พบข้อบกพร่อง
มากที่สุดเกิดจากการดูแลก่อนมาถึงโรงพยาบาล คือ เกิดขึ้น

6 จุด (28.5%) รองลงมาคือ ตึกอุบัติเหตุ และตึกผู้ป่วย
ศัลยกรรม (ศัลยกรรมชาย-หญิง, ศัลยกรรมกระดูก),
ห้องผู้ป่วยหนัก, ห้องผ่าตัด ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อบกพร่องในการรักษาพยาบาลและตำแหน่งที่มีข้อบกพร่อง

สถานที่เกิด ข้อบกพร่อง	วินิจฉัย ล่าช้า	วินิจฉัย ผิดพลาด	รักษา ไม่ถูกต้อง	เทคนิค ไม่เหมาะสม	ระบบ บกพร่อง	รวม
	ปี 46 /ปี 47	ปี 46 /ปี 47	ปี 46 /ปี 47	ปี 46 /ปี 47	ปี 46 /ปี 47	ปี46/ปี47
1. ก่อนถึง ร.พ.	0/0	2/1	8/4	0/1	0/0	10/6
2. ตึกอุบัติเหตุ - ลูกเข็น	0/1	1/2	0/1	0/1	2/0	3/5
3. หอผู้ป่วยศัลยกรรม	2/1	1/0	5/3	1/1	11/0	20/5
4. ห้องผ่าตัด	0/0	0/0	0/0	0/1	3/1	3/2
5. ห้องผู้ป่วยหนัก	0/0	1/1	0/0	0/0	0/2	1/3
รวม	2/2	5/4	13/8	1/4	16/3	37/21

ข้อบกพร่องที่พบจากการตรวจสอบในแต่ละสถานที่ที่ให้การรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ซึ่งเป็นข้อบกพร่องที่พบบ่อยในแต่ละสถานที่และมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดข้อบกพร่องในแต่ละสถานที่

สถานที่ / ข้อบกพร่อง	ปัญหา	ปี 2546	ปี 2547	รวม
1. ก่อนถึง ร.พ.				
- วินิจฉัยผิดพลาด	- Miss Dx.of Intra-abdominal organ injury	1	-	1
	- Miss Dx.of Pneumothorax	1	1	2
- รักษาไม่ถูกต้อง	- ไม่ได้ใส่ E.T.tube ในผู้ป่วย Head injury GCS<8	4	-	4
	- ไม่ได้ใส่ Hard collar ในผู้ป่วย R/O C-spine injury	2	-	2
	- ไม่ได้ใส่ ICD ในผู้ป่วย Pneumothorax	2	1	3
	- ไม่ให้ IV fluid ในผู้ป่วย Fracture pelvis ก่อนส่งต่อ	-	1	1
	- แก้ไขภาวะ Hypovolemic shock ไม่เพียงพอ	-	1	1
	- ให้ชนิด IV fluid ไม่เหมาะสม	-	1	1

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดข้อบกพร่องในแต่ละสถานที่ (ต่อ)

สถานที่ / ข้อบกพร่อง	ปัญหา	ปี 2546	ปี 2547	รวม
- เทคนิคไม่เหมาะสม	- การ Support pelvis ขณะ refer ไม่ได้	-	1	1
2. ตีถูกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน				
- วินิจฉัยล่าช้า	- Delay Dx.of Intra-abdominal organ injury	-	1	1
- วินิจฉัยผิดพลาด	- Miss Dx.of ICH	1	-	1
	- Miss Dx.of Hemothorax	-	1	1
	- หายาเหตุของ Shock ไม่ได้	-	1	1
- รักษาไม่ถูกต้อง	- ไม่ได้ใส่ ICD ในผู้ป่วย Pneumothorax	-	1	1
- เทคนิคไม่เหมาะสม	- การประเมิน GCS ไม่ถูกต้อง	-	1	1
- ระบบบกพร่อง	- แพทย์เวร ER ไม่ได้ Consult ศัลยแพทย์	1	-	1
	- ไม่นำผล CT brain ไปให้ที่หอผู้ป่วย	1	-	1
3. หอผู้ป่วยศัลยกรรม (ศัลยกรรมชาย, หญิง, กระดูก)				
- วินิจฉัยล่าช้า	- Delay Dx.of Intra-abdominal organ injury	-	1	1
	- Delay Dx.of ICH	2	-	2
- วินิจฉัยผิดพลาด	- Miss Dx. Of ICH	1	-	1
- รักษาไม่ถูกต้อง	- ไม่ได้ใส่ ET tube ในผู้ป่วย GCS < 8	1	-	1
	- ไม่ได้ติดตามและแก้ไขภาวะ Hypoglycemia	1	-	1
	- การแก้ไขภาวะ shock ไม่เหมาะสม	1	-	1
	- ตัดสินใจนำผู้ป่วย Intra-abdominal organ injury เข้าห้องผ่าตัดล่าช้า	1	1	2
	- ตัดสินใจนำผู้ป่วย ICH เข้าห้องผ่าตัดล่าช้า	1	-	1
	- ดูแลผู้ป่วย ใส่ E.T. tube ไม่ดีเกิด Pneumonia	-	1	1
	- แพทย์ฝึกหัดไม่รายงานศัลยแพทย์ในผู้ป่วย coma	-	1	1
- เทคนิคไม่เหมาะสม	- ผิดพลาดขณะเปลี่ยน Tracheostomy tube	1	-	1
	- พยายามขาดทักษะการดูแลผู้ป่วย C- spine injury	-	1	1
- ระบบบกพร่อง	- ส่ง CT brain ล่าช้า	5	-	5
	- ได้ผล CT brain ล่าช้า	1	-	1

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดข้อบกพร่องในแต่ละสถานที่ (ต่อ)

สถานที่ / ข้อบกพร่อง	ปัญหา	ปี 2546	ปี 2547	รวม
	- ส่ง Ultrasound นอกเวลาราชการไม่ได้	1	-	1
	- เลือดไม่พอ	1	-	1
	- ขาดความรอบคอบในการดูแลผู้ป่วยหนัก	3	-	3
4. ในห้องผ่าตัด				
- เทคนิคไม่เหมาะสม	- ความผิดพลาดในขณะผ่าตัด Craniotomy	-	1	1
- ระบบบกพร่อง	- ความล่าช้าในการเตรียมทีมผ่าตัดที่ 2	-	1	1
	- อุปกรณ์ไม่พร้อมเมื่อมีการผ่าตัดด่วน	1	-	1
	- เลือดไม่พอ	2	-	2
5. ห้องผู้ป่วยหนัก				
- วินิจฉัยผิดพลาด	- หาสาเหตุการ shock ไม่ได้	1	1	2
- ระบบบกพร่อง	- สัดส่วนจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมมีน้อย	-	2	2
รวม		37	21	58

สรุปผลการศึกษาการเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุ

จากการตรวจสอบข้อบกพร่องการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ ของคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้ตัดสินว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เสียชีวิตทั้งหมด 167 ราย เป็น Preventable death 14 ราย, Potentially preventable death 30 ราย และ Non preventable death 123 ราย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุ

Preventable death	ปี 2546		ปี 2547		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Preventable death	10	12.8	4	4.5	14	8.4
Potentially preventable death	19	24.4	11	12.4	30	17.9
Non preventable death	49	62.8	74	83.1	123	73.7
รวม	78	100	89	100	167	100

วิจารณ์

จากการศึกษาการตรวจสอบคุณภาพการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลพิจิตร ทำให้ได้ข้อเท็จจริงในจุดบกพร่องต่างๆที่เกิดขึ้นในระบบ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย อุบัติเหตุทั้งของโรงพยาบาลพิจิตรและโรงพยาบาล ชุมชนในจังหวัดพิจิตรดังนี้

1. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็น กระบวนการที่ซับซ้อนต่อเนื่อง ต้องผ่านจุดให้บริการ หลายแห่ง ซึ่งมีความสำคัญทั้งสิ้นเพราะข้อบกพร่อง สามารถเกิดขึ้นได้ทุกจุดบริการ แม้จะให้การดูแล รักษาพยาบาลเป็นอย่างดีตั้งแต่ต้น แต่หากเกิด ข้อบกพร่องที่สำคัญขึ้นแม้เพียงจุดเดียวในสถานที่ สุดท้ายมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การลงทุนลงแรงใน การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นเป็นอันสูญเปล่าโดยสิ้นเชิง ดังนั้นการจะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต้องพัฒนาทุกจุดที่ ให้การรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพจึง จะสามารถลดอัตราการตายลงได้

2. ข้อบกพร่องที่พบ ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตาม หลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เช่น การ ป้องกันการติดเชื้อ, การให้ fluid resuscitation, การดูแล ทางเดินหายใจ, การช่วยหายใจ, การแก้ไข fluid electrolyte imbalance เป็นต้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการไม่ ฝึกปฏิบัติบุคลากรให้ดูแลผู้ป่วยตามหลักของ Advance Trauma Life Support (ATLS) อย่างจริงจัง ร่วมกับการ ขาดประสบการณ์การในดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ยังมีปัจจัย

อื่นๆ เช่น เลือดไม่พอ ไม่มีศัลยแพทย์ระบบประสาท เป็นต้น

3. การที่จะลดข้อบกพร่องและการเสียชีวิต ของผู้ป่วยที่ป้องกันได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งในการนำ ข้อบกพร่องที่ได้จากการศึกษา มาพิจารณาแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพื่อจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มศักยภาพและ ความสามารถของทีมงานให้มีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักและจริงจังในการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องตาม หลักการ มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และขีด ข้อจำกัดของโรงพยาบาลที่มีอยู่ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้ยึด เป็นแนวทางการปฏิบัติงานเดียวกันได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

4. ในการประชุมคณะกรรมการของ โรงพยาบาลพิจิตร ได้เชิญแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง จากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดเข้าร่วมประชุมด้วย ทำให้มีความเข้าใจในกิจกรรมรู้ถึงข้อผิดพลาดในการ ดูแลผู้ป่วย และยังสามารถนำความรู้ไปพัฒนาระบบการ รักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุที่โรงพยาบาลของตนเอง พร้อมทั้ง เป็นการสร้างสายสัมพันธ์ มีทัศนคติที่ดีต่อกัน เป็นช่อง ทางการสื่อสารประสานงานเพื่อเกิดการพัฒนางาน อุบัติเหตุเป็นระบบทั้งจังหวัด

5. กระบวนการตรวจสอบข้อบกพร่องใน การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของโรงพยาบาล เพราะทำให้ทราบ สภาพปัญหาและข้อเท็จจริงที่มีอยู่ ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการวางแผนเพื่อหาทางแก้ปัญหา อย่างเป็นระบบ และสามารถใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานในระยะต่อไป

บทสรุป

คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบริการ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพิจิตร ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตร ทำการตรวจสอบข้อบกพร่องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ พบว่าในระหว่างเดือนตุลาคม 2545 – กันยายน 2546 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุเสียชีวิต 78 ราย พบข้อบกพร่องที่มีผลทำให้เสียชีวิต 37 จุด และเป็นการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ 10 ราย (12.8%) ในระหว่างเดือนตุลาคม 2546 – กันยายน 2547 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุเสียชีวิต 89 ราย พบข้อบกพร่องที่มีผลทำให้เสียชีวิต 21 จุด และเป็นการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ 4 ราย (4.5%)

เมื่อได้ข้อมูลข้อบกพร่องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในสถานที่ต่างๆที่ให้บริการผู้ป่วยแล้ว

คณะกรรมการได้นำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ดังนี้

1. สร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยที่ Glasgow Coma Score < 10 ต้อง Intubation⁷

1.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายแห่ง (multiple injury) ต้อง CXR ทุกราย(ถ้าสงสัยว่ามี pneumothorax หรือ hemothorax ต้องใส่ ICD ทุกครั้งก่อน refer)

1.3 ถ้ามี hemodynamic instability ต้องได้รับ intravenous fluid resuscitation ที่เพียงพอ

ด้วย intravenous canulation ขนาดใหญ่ ในตำแหน่งที่ไม่ leak และควรเปิด 2 เส้น

1.4 ถ้ามีบาดแผลเลือดไหล ต้องได้รับ first aid management อย่างดีโดยเฉพาะที่ศีรษะ

1.5 ถ้ามีกระดูกหักต้องได้รับ first aid splinting อย่างเหมาะสม⁷

1.6 ผู้ป่วยหนักต้องส่งต่อภายใน 6 ชั่วโมง⁷

1.7 ต้องมีพยาบาลดูแลระหว่างนำส่ง

1.8 คู่มือทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งระหว่างนำส่ง

1.9 ต้องรายงานอาการผู้ป่วยให้พยาบาลรับทราบก่อนนำส่ง ที่เบอร์โทรศัพท์ 056-611312

2. จัดหาเครื่อง Ultrasound ไว้ที่ตึกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เพื่อไว้ช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ช่องท้อง

3. กำหนดให้แพทย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินต้องปรึกษาศัลยแพทย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกรายที่กำลังมีภาวะคุกคามชีวิต เช่น Head injury, Chest injury, Intra-abdominal injury, Vessel injury

4. กรณีผู้ป่วย Head injury ที่ศัลยแพทย์ส่งส่งตรวจ CT brain ให้ส่งจากตึกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทันทีพร้อมเอกสารโดยไม่ต้องสำรองค่าใช้จ่าย

5. จัดอบรมเชิงวิชาการเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยอุบัติเหตุแบบองค์รวม” สำหรับพยาบาลตึกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและพยาบาลที่มีหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลพิจิตรและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร จำนวน 2 รุ่น

6. จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ATLS สำหรับพยาบาลประจำตึกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน” ของโรงพยาบาลพิจิตรและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดพิจิตร จำนวน 1 รุ่น

7. สร้างแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อสำหรับพยาบาลที่มาส่ง เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน ถึงตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิจิตร

แนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ในปี พ.ศ. 2548 ได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ ด้วยการแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องในระบบบริการ โดยนำปัญหาข้อบกพร่องในระบบบริการปี พ.ศ. 2546 - 2547 มาพัฒนาเพื่อขจัดปัญหาที่มีให้หมดไป

2. คณะกรรมการได้เชิญแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลนอกเครือข่ายที่ส่งผู้ป่วยอุบัติเหตุมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตรเช่น โรงพยาบาลวังโป่ง โรงพยาบาลเนินมะปราง โรงพยาบาลชนแดน เพื่อร่วมหาข้อบกพร่องและแนวทางในการป้องกัน แก้ไขในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ชาติบัญชาชัย, อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, ชไมพรรณ สันติกาญจน์. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยใช้ข้อมูลจาก Trauma Registry. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์; 2544.

2. Sununta Sriwivat, Sudawadee Homjoo, Sirikul Kulleab, Witaya Chadbunchachai. TRAUMA REGISTRY 2002. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์; 2546.

3. อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร. เอกสารประกอบคำบรรยาย TRAUMA AUDIT. โรงพยาบาลพิจิตร. 2547.

4. Mc Dermott FT, Cordnes SM, Tremayne AB. et al. Management deficiencies and death preventability in 120 victorian road fatalities (1993-1994). Aust New Zealand J surg 1997 ; 67 : 611-8.

5. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, วิทยา ชาติบัญชาชัย, สุนันทา ศรีวิวัฒน์, ศิริกุล กุลเถียบ. Management deficiencies and Death Preventability in 217 Traumatic Fatalities in Khon Kaen Hospital. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์; 2543.

6. อนุวัฒน์ สุขชาติกุล. “เรียนรู้จากความผิดพลาด” ใน Patient Safety. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์, 2546.

7. วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ. Referral Audit for Interhospital Traiage. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์; 2539.