

ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน

ภัทรรัช เทศถนนอม*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยอุบัติเหตุ พบว่า มีสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบ ทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และปัญหาในแง่ของความเสี่ยงทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์จากวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน รวมไปถึงการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยภายในหน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน ตามบริบทของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือ Patient Safety Solution ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ประเทศไทยโดย สรพ. นำนโยบาย “SIMPLE” มาใช้ในการพัฒนาความปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย S= Safe Surgery, I= Infection Control (Clean care is safer care), M= Medication & Blood Safety, P = Patient Care Process, L= Line, Tube & Catheter, E= Emergency Response

คำสำคัญ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย/ วิกฤติความแออัด/ หน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน/ SIMPLE

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Patient safety and Overcrowding in Emergency Room

Phatthararat Tettanom*

Abstract

This article aims to educate, help to understand and realizing the importance of patient safety. This is to ensure the safety of the service recipients, and medical personnel in the emergency unit. There were situations, and impacts on patients, and risk on legal problems, which may occur with medical providers, arising from crises of overcrowding in emergency room/unit, as well as safety-related management within the context of professional nurses. Patient Safety or Patient Safety Solution is a standard internationally. Thailand, through Hospital Accreditation Institute, has adopted the policy of "SIMPLE" to develop the "Patient Safety Solution": S = Safe Surgery, I = Infection Control (Clean care is safer care), M = Medication & Blood Safety, P = Patient Care Process, L = Line, Tube & Catheter, E = Emergency Response.

Keywords: Patient Safety/ Crisis, Accident/ Emergency/ SIMPLE

*Registered Nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยาม ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) หมายถึง การป้องกันความคลาดเคลื่อนและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากบริการสุขภาพในระดับที่ยอมรับได้ (WHO, 2011) ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดผลกระทบของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ในการดูแลด้านความปลอดภัย เพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นระบบที่เชื่อถือได้ รวมถึงเป็นการฟื้นฟูความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

เซอร์ เลียม โดนัลด์สัน ประธานองค์การสหประชาชาติโลกสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยของ องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่า “ในแต่ละปี มีคนหลายล้านคนต้องเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ และการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพ ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่มากกว่าการโดยสารเครื่องบิน “หากพรุ่งนี้คุณเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในประเทศใด ๆ คุณจะเป็น 1 คน ในผู้ป่วย 10 คน ที่จะได้รับความผิดพลาดในการดูแล และโอกาสที่คุณจะเสียชีวิตเนื่องจากข้อผิดพลาดในการดูแลจะสูงถึง 1 ใน 300 คน” (Nebehay S, 2011)

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ถือเป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข และมีผลกระทบต่อวงการสาธารณสุขทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2542 สถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine) ของสหรัฐอเมริกาได้ตีพิมพ์รายงาน “To Err is Human: Building a Safer Health System” ซึ่งกล่าวถึงความสำคัญของปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยรายงานได้ประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้ มีจำนวนสูงถึง 44,000 ถึง 98,000 รายต่อปี ซึ่งถือว่าความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเนื่องจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เป็นลำดับที่ 8 ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors, 2000) อีกทั้งข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ยังระบุว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นระหว่างร้อยละ 4 ถึง 16 โดยประชากรหลายร้อยล้านคน ต้องติดเชื้อจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นกรณีที่สามารถป้องกันได้ (Nebehay S, 2011)

สถานการณ์ผู้ได้รับผลกระทบทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิต 3,437 ราย ผู้พิการ 1,016 ราย และผู้บาดเจ็บ 2,059 ราย (วิศิษฐ์ ตั้งนภาร, 2558) ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 400 ราย พบผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 11.4 และความพิการถาวรของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 3 ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.74 วัน และในจำนวนของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดนี้พบสัดส่วนของการเกิดขึ้นในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 12.8

สถิติการฟ้องร้องทางการแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่ามีสาเหตุหลัก ๆ ได้แก่ การรักษาที่ผิดพลาด การทำคลอดที่ผิดพลาด การไม่เอาใจใส่ดูแล การวินิจฉัยผิดพลาด ความผิดพลาดทางยา การรักษาที่ผิดมาตรฐาน และความผิดพลาดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามลำดับ (กลุ่มงานคดีทางการแพทย์กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) สถิติการร้องเรียนของสภาการพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2556 ได้แก่ การกระทำผิดต่อกฎหมาย บ้านเมือง ผิดมาตรฐานวิชาชีพ ผิดในเรื่องพฤติกรรมบริการ ผิดด้วยการก้าวล่วงวิชาชีพเวชกรรม และผิดต่อผู้ร่วมงานและผู้ร่วมวิชาชีพ ตามลำดับ (ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล, 2557)

หน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานสำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นด่านแรกที่ทำให้การรักษา พยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงต้องปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความสามารถ และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วนให้เกิดความปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย และการบริการอย่างมีคุณภาพ แต่ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน เป็นจำนวนมากขึ้น เห็นได้จากในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศเพิ่มขึ้นถึง 1 เท่าตัว จาก 12 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2544 เป็น 24 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2555 เฉลี่ยนาทีละ 46 ครั้ง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) จึงทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยล้นหรือความแออัดในห้องฉุกเฉิน (Emergency Department Crowding) เมื่อมีภาระงานมากขึ้นจึงต้องทำงานแข่งกับเวลา บางครั้งมีงานล้นมือ บุคลากรไม่สามารถหยุดพักได้ อีกทั้งในแต่ละวันไม่มีรูปแบบการทำงานที่ตายตัว เนื่องจากอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน มักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้ล่วงหน้า บุคลากรต้องเผชิญกับภาวะเครียดและกดดัน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และเมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นกับอัตรากำลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ทั้งแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ ที่มีจำนวนน้อย จึงไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งแก่ผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ และโรงพยาบาลหรือองค์กรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การฟ้องร้องบุคลากรเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ปัญหาผู้ป่วยล้นหรือความแออัดในห้องฉุกเฉิน เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยสาเหตุเกิดจากผู้เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก เพียงสำหรับรับไว้ในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ จึงทำให้มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลยังคงค้างอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน อีกสาเหตุหนึ่งคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษา แต่เลือกเข้ามารักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่แทน ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนหรือโรคเบื้องต้นก็ตาม (อรรถสิทธิ์ อัมสุวรรณ, 2557) ผลกระทบที่ตามมาจากปัญหาผู้ป่วยล้นหรือความแออัดในห้องฉุกเฉิน

(Emergency department crowding) ทำให้คุณภาพการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าที่ควรจะเป็น การวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ป่วยล่าช้า ส่งผลให้ผลการรักษาออกมาไม่ดี จากข้อมูลขององค์กรรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (Joint commission on accreditation of healthcare organizations: JCAHO) พบว่าอัตราการเกิดทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) โรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) ภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรม (Acute surgical emergencies) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe sepsis) มากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจากการให้การรักษาล่าช้าในห้องฉุกเฉิน และจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ล่าช้าถึง 31% (JCAHO, 2002) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องรีบให้การวินิจฉัยและให้การรักษาในเวลารวดเร็ว จึงจะให้ผลดีที่สุดและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

การสัมมนาภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล โดยสมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร่วมกับแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ได้มีการรวบรวมความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากแบบสอบถาม เกี่ยวกับปัญหาเร่งด่วนของระบบสาธารณสุข ซึ่งปัญหา Overcrowding in emergency room เป็นหนึ่งในปัญหาที่ควรจะต้องได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างเร่งด่วน สาเหตุสำคัญ คือ ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินมากเกินไป และผลกระทบจากความแออัดมากที่สุด คือ ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและกระทบต่อความปลอดภัยของบุคลากร สะท้อนถึงปัญหาของทั้งโรงพยาบาลและปัญหาของระบบสาธารณสุขโดยรวม (สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, 2559)

ภาพของการให้บริการในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คงจะเห็นถึงความวุ่นวายภายในห้องฉุกเฉิน ความแออัด ผู้ป่วยนอนเตียงติดกัน ไม่มีพื้นที่ที่จะสามารถแทรกตัวเข้าไปในระหว่างเตียงนอนได้ การเปลี่ยนเวร ส่งเวร การซักถามอาการผู้ป่วยท่านหนึ่ง ผู้ป่วยท่านอื่น ๆ ก็ได้ยินอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วยท่านนั้น ๆ ไปด้วย อาจทำให้เกิดปัญหาเรื่องละเมิดสิทธิ์ของผู้ป่วยตามมา อีกทั้งในห้องฉุกเฉินก็มีผู้คนหลังไหลเข้ามาจำนวนมาก ทั้งญาติผู้ป่วยที่อยากเข้าไปดูแลญาติของตนเองในแต่ละเตียง นักเรียนแพทย์ นักเรียนพยาบาลที่เข้ามาศึกษาการปฏิบัติงาน รวมไปถึงพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงาน แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน และแพทย์เฉพาะทางแผนกอื่น ๆ ทำให้เกิดความคับคั่ง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการเพื่อรอรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งหนึ่งค้างอยู่ในห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 2 - 3 วัน ผู้ป่วยที่นอนรอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งนานที่สุดมากกว่า 10 วัน ด้วยเหตุที่หอผู้ป่วยเต็ม จึงไม่สามารถรับผู้ป่วยเข้าไปในหอผู้ป่วยในได้ จึงทำให้มีผู้ป่วยค้างอยู่ในห้องฉุกเฉิน อีกทั้งอัตรากำลังของบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีจำนวนน้อย ในแต่ละเวรมีผู้ป่วยค้างในห้องฉุกเฉินมากถึง 50 - 60 คน เมื่อเทียบกับอัตรากำลังของแพทย์และพยาบาล อัตราส่วนของแพทย์หนึ่งท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงถึง 1 : 10 คน และ

อัตราส่วนของพยาบาลหนึ่งท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงถึง 1 : 6 คน หากมีผู้ป่วยที่ต้องรอเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน อยู่ในห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการหนักที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเข้ามาในห้องฉุกเฉิน บุคลากรส่วนใหญ่ก็จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยอาการหนักก่อน อาจทำให้ผู้ป่วยที่นอนอยู่ก่อนรู้สึกวุ่นวายหรือพยาบาลละเลย ไม่ให้ความสำคัญ อีกทั้งระยะเวลาการตรวจของผู้ป่วยใหม่นานขึ้น ผู้ป่วยเก่าที่ต้องมีการให้ยาตามเวลา ก็อาจเลยช่วงเวลาที่ยาไป การดูแลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาลก็อาจจะไม่ทั่วถึง ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง ญาติและผู้ป่วยไม่พึงพอใจ เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลของแพทย์และพยาบาลในห้องฉุกเฉิน เกิดปัญหาการฟ้องร้องต่อบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยท่ามกลางวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เพื่อลดผลลัพธ์ทางลบที่จะเกิดขึ้นตามมาทั้งต่อผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพ

การปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับชีวิตมักมีความเสี่ยงเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ สิ่งที่มาคือเมื่อความเสี่ยงเกิดขึ้นผลลัพธ์ด้านลบต่าง ๆ ก็เกิดขึ้นตามมา ซึ่งหมายรวมถึงการบาดเจ็บ ความพิการ และอันตรายแก่ชีวิต การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ก็เช่นเดียวกัน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งแก่ผู้ป่วย และตัวผู้ปฏิบัติงานเอง สถานการณ์ความเสี่ยงหรือผลกระทบจากการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะเห็นได้จากข้อมูลข้างต้นที่ได้กล่าวมาแล้ว เมื่อเกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย มักเกิดปัญหาการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ตามมา

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการรักษามีสิทธิที่จะดำเนินการฟ้องร้องให้มีการรับผิดชอบได้ ทั้งคดีแพ่ง ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในเรื่องของละเมิด มาตรา 420 และคดีอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งมีบทกำหนดฐานความผิดไว้หลายมาตรา โดยเฉพาะในลักษณะ 10 ของประมวลกฎหมายอาญา ที่กำหนดฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายเอาไว้ในมาตรา 288 – 309 รวมไปถึงกฎหมาย ในลักษณะของการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและผู้บริโภค อาทิ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 และยังมีกฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่อยู่ในขั้นตอนการพิจารณา นั่นคือร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข มีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาค่าความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ลดการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ เน้นการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมากกว่าการหาผู้กระทำความผิดมาลงโทษ (สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย, 2557) แต่ร่างกฎหมายฉบับนี้ยังไม่มีผลบังคับใช้ อยู่ในขั้นตอนการประชุมพิจารณา ซึ่งมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับผลกระทบของกฎหมายอาจไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ สำหรับผู้เขียนเอง ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนหนึ่ง มีความคิดเห็นว่าร่างกฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางแพทย์ เป็นการใช้ระบบใกล้เคียง เยียวยาเข้ามาแทนที่การต่อสู้คดีกันในชั้นศาล

สำหรับข้อกฎหมายที่จะเข้ามาช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ การแก้ปัญหาที่ต้นเหตุสำหรับเรื่องนี้ คือการให้การรักษา ให้การบริการผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ มีมาตรฐานด้านความปลอดภัยที่สามารถปฏิบัติได้จริงในหน่วยงาน เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายขึ้น หากเราสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายหรือเกิดการสูญเสียย่อมเป็นเรื่องที่ดีที่สุด

การบริหารความปลอดภัยในหน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน ตามบริบทของพยาบาลวิชาชีพ

ประเทศไทยมีการดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ตลอดมา เพื่อสอดคล้องกับนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก โดยมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รัศมี ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ, 2555) ได้แก่

- กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ และสร้างความเสมอภาคในการรักษาพยาบาล
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีหน้าที่ปกป้องและคุ้มครองสุขภาพประชาชนให้ได้รับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย
- แพทยสภาหรือสภาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทหน้าที่มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานด้านสุขภาพของประชาชน
- องค์กรที่มีใช้ภาครัฐ อาทิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ เพื่อให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพได้มาตรฐาน รวมถึงองค์กร มูลนิธิต่าง ๆ ซึ่งล้วนมีเป้าหมายและความต้องการร่วมกันที่จะมุ่งสู่ความสำเร็จ คือประชาชนมีสุขภาพดี และ มีความปลอดภัย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย อาทิ จัดการประชุมนำเสนอบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ และบทเรียนจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ และความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย ในงานประชุมวิชาการประจำปีของ สรพ. National HA Forum ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา มีโครงการร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (THIP-Thailand Health Indicators Project) จัดทำตัวชี้วัดของสถานพยาบาลที่เข้าร่วม และมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับเป้าหมายหรือความท้าทายในอนาคต (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560)

การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาคำตอบสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือ Patient Safety Solution: PSS ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในทุกประเทศ ตัวอย่างที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายรวมถึงประเทศไทยโดย สรพ. เช่น นโยบาย “ SIMPLE ” คือ

อักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ ๆ สำหรับเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อช่วยในการจดจำในการบริการของโรงพยาบาล นโยบาย “ SIMPLE ” เป็นนโยบายที่ทาง สรพ. ได้พัฒนาและสนับสนุนให้โรงพยาบาลต่าง ๆ นำไปใช้ และปรับใช้ตามบริบทของหน่วยงาน และได้ทำการพัฒนาต่อเนื่องในทุก ๆ ปี (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560)

กรณีตัวอย่างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทของพยาบาลของโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในหน่วยงานได้มีการนำนโยบายดังกล่าวมาใช้ในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ในภาวะวิกฤตความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน ได้แก่

S = Safe Surgery ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา เช่น การผ่าตัด การส่องกล้อง หรือ การทำหัตถการอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการยินยอมของผู้ป่วย ต้องมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับ Inform Consent เป็นสิ่งจำเป็นกับผู้ป่วยและบุคลากร และต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนที่จะส่งต่อ หรือทำหัตถการต่าง ๆ

I = Infection Control (Clean care is safer care) เน้นหลักในเรื่องของ Hand Hygiene และ Prevention of Healthcare Associated Infection เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ลดการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยภายในห้องฉุกเฉิน โดยต้องมีการเน้นย้ำบุคลากรในเรื่องของการรักษาความสะอาด การล้างมือครบ 6 ขั้นตอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย และแก่บุคลากรเอง

M = Medication & Blood Safety เน้นหลักในเรื่องของ Adverse Drug Events และ Blood Safety โดยในเรื่องของการบริหารยาอย่างปลอดภัยนั้น ต้องมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับหลักการบริหารยาอย่างถูกต้อง โดยในห้องฉุกเฉินใช้หลัก “Five Rights” 5R ในการบริหารยา นั่นคือ Right Patient, Right Drug, Right Route และ Right time ถึงแม้ว่าในปัจจุบันหลักการบริหารยาอาจมีถึง 10R แต่ในหน่วยงานได้มีการประชุมและแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่าหลักการ 5R เป็นหลักการที่ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานจึงได้นำมาใช้จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับการใช้หลัก Tripple Check ก่อนการนำยาไปให้ผู้ป่วย โดย 1st Check ผู้ที่ทำการบริหารยาแก่ผู้ป่วยทำการตรวจสอบยากับ OPD Card ส่วน 2nd Check ผู้ที่ทำการบริหารยา นำยามาตรวจสอบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในเวร โดยพยาบาลที่ทำการตรวจสอบยาต้องเป็นพยาบาลระดับ 6 ขึ้นไปทำการตรวจสอบความถูกต้องของยากับ OPD Card อีกครั้ง และ 3rd Check ผู้ที่ทำการบริหารยา นำยาที่ได้รับการตรวจสอบแล้วไปผสม และนำกลับมาตรวจสอบกับพยาบาลท่านเดิมอีกครั้งหนึ่งก่อนนำยาไปให้แก่ผู้ป่วย ส่วนในเรื่องของ Blood Safety นั้น เป็นการลดความเสี่ยง และเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด หน่วยงานมีหลักการในการให้เลือดแก่ผู้ป่วยคล้ายคลึงกับการบริหารยา มีการเน้นย้ำแก่พยาบาลเกี่ยวกับความถูกต้อง และปลอดภัยในการให้เลือดโดยต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีการตรวจสอบหมู่เลือดของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้เลือด โดยต้องมีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่จะให้แก่ผู้ป่วย และต้องมีการสังเกตอาการผู้ป่วยในขณะที่ให้เลือด

และหลังให้เลือด ในกรณีของห้องฉุกเฉินนั้น มีนโยบายให้สำรองส่วนประกอบของเลือดหมู่โอไว้ที่ห้องฉุกเฉินสำหรับกรณีผู้ป่วยเสียเลือดแรงตัวจนไม่สามารถรอการตรวจสอบหมู่เลือดได้ โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบวันหมดอายุ และตรวจอุณหภูมิตู้เย็นที่ใช้เก็บเลือดในทุกวัน ทั้งการบริหารยา และการให้เลือดแก่ผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินที่มีผู้ป่วยจำนวนมากเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยในระดับสูง จึงจำเป็นต้องมีมาตรการและนโยบายที่เคร่งครัด รัดกุม ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดเกิดขึ้น

P = Patient Care Process เน้นหลักในเรื่องดังนี้

- Patient Identification การระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง โดยใช้ข้อมูลอย่างน้อยสองตัวบ่งชี้ ได้แก่ ชื่อ – นามสกุล และหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล (Hospital number หรือ HN) หรือ ชื่อ – นามสกุล และ วัน เดือน ปี เกิด หรือ ชื่อ – นามสกุล และเลขที่บัตรประชาชน ซึ่งการระบุตัวถูกต้องนี้เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีผู้ป่วยนอนรวมกันอยู่เป็นจำนวนมาก มีผู้ป่วยที่มีหลากหลายอาการทั้งที่สติสัมปชัญญะครบถ้วน และที่การรับรู้สติลดลง รวมทั้งมีผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน ไปจนถึงผู้ป่วยที่มีทั้งชื่อ – นามสกุลซ้ำกัน จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องปฏิบัติในทุก ๆ ครั้ง เมื่อมีการเข้าทำหัตถการแก่ผู้ป่วย

- Communication การป้องกันการสื่อสารผิดพลาด สำหรับการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินนั้น เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในกรณีเร่งด่วน อาทิ ผู้ป่วยหมดสติ หัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) การสื่อสารกันระหว่างทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน เป็นความเสี่ยงหนึ่งที่มองข้ามไม่ได้ เนื่องจากคำสั่งการรักษาจากแพทย์ที่อยู่ในทีม เป็นคำสั่งการรักษาด้วยวาจา ซึ่งเป็นความจำเป็นรีบด่วน ที่ต้องรับคำสั่งการรักษาโดยใช้คำพูด และมีแนวทางในการปฏิบัติที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย คือพยาบาลที่รับคำสั่งการรักษาต้องมีการพูดทวนสอบคำสั่งการรักษาให้ทุกคนในทีมรวมถึงแพทย์ผู้สั่งการรักษาได้ยินอีกครั้งว่าคำสั่งการรักษาที่ได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่ จากนั้นทำการจัดเตรียมยาตามคำสั่งการรักษา ก่อนบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการพูดทวนสอบคำสั่งการรักษาอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งแจ้งเวลาที่จะบริหารยาแก่ผู้ป่วย โดยการบริหารยาต้องมีการตรวจสอบยาตามมาตรฐานการบริหารยาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่จะเปลี่ยนจากการตรวจสอบจากเวชระเบียนเป็นการตรวจสอบจากคำสั่งการรักษาโดยใช้คำพูด โดยผู้ตรวจสอบควรเป็นผู้ที่อยู่ในทีมที่ให้การรักษาผู้ป่วย และต้องมีการบันทึกการบริหารยาและการรักษาทุกอย่างที่ให้แก่ผู้ป่วยทุกครั้งลงในบันทึกทางการพยาบาล อีกทั้งยังมี Communication Sign ได้แก่ ป้ายแขวนแสดงสถานะขอรับบริการ เช่น รอสังเกตอาการ รอรับไว้ในโรงพยาบาล รอผลเลือด รอ X-RAY / CT Scan เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางการสื่อสารกับญาติและผู้ป่วยที่เพิ่มจากการแจ้งโดยการพูดคุย

- Preventing Common Complications ผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ต้องมีการ เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียงนอนสำหรับผู้ป่วย

แบบมีล้อเข็น (stretcher) รถเข็นนอนดังกล่าวมีขนาดเล็กและมีล้อเข็น จึงทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังเรื่องการพลัดตกหกล้มจากเตียงในผู้ป่วยทุกราย ในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง จะมีการแขวนป้ายดาวแดงไว้ให้บุคลากรทุกคนทราบว่าผู้ป่วยท่านนี้ต้องเฝ้าระมัดระวังเรื่องการพลัดตกหกล้มเป็นพิเศษ รวมถึงผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินสามารถมีอากรเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบคอบ เมื่อผู้ป่วยจะลงจากเตียงไปทำกิจกรรมอื่น เช่น การเข้าห้องน้ำ หรือการทำกิจกรรมที่ห่างจากสายตาบุคลากร ต้องมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถอนุญาตให้ผู้ป่วยลงจากเตียงได้ ต้องทำกิจกรรมส่วนตัวบนเตียง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

L = Line, Tube & Catheter มีการประเมินและตรวจสอบเกี่ยวกับสายหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดอยู่กับผู้ป่วย เช่น สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายอาหาร ท่อช่วยหายใจฯ ในทุก ๆ เวรว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม มีการเลื่อนหลุด หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยหรือไม่ ทำการตรวจสอบโดยพยาบาลประจำพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายทุก 1 – 2 ชั่วโมง และมีการตรวจสอบระหว่างเวรอีกครั้งโดยพยาบาลหัวหน้าทีม

E = Emergency Response เน้นหลักในเรื่องของ Medical Emergency และ ER Safety กล่าวคือ

- Medical Emergency โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ ได้แก่ แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Sepsis แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Acute ischemic stroke แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการทำการ Safe Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) โดยมีการทบทวนความรู้ และพัฒนาศักยภาพให้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคข้างต้นทุก ๆ 1 - 2 ปี ทุกคนต้องมีความรู้และปฏิบัติได้ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

- ER Safety ต้องมีการประเมินเพื่อจำแนกผู้รับบริการและจัดลำดับให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน และต้องสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลา ใช้เกณฑ์การคัดแยกแบบ Emergency Severity Index (ESI) โดยปรับใช้ตามบริบทของหน่วยงานเป็นหลัก พยาบาลที่ทำการคัดกรองผู้ป่วยต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ปีขึ้นไป และมีการทบทวนกระบวนการที่เกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีการปรับปรุงการคัดกรองในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Sepsis Acute Coronary Syndrome และ Acute ischemic stroke

เมื่อมีการเกิดความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ตามประเภทของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เน้นที่การรายงานทุกครั้งเมื่อ

เกิดความเสี่ยง และหากมีความเสี่ยงเกิดขึ้นต้องมีการพูดคุยกันในหน่วยงานทำการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาด้วยการทำ Root Cause Analysis (RCA) ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ และต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นอีกภายในหน่วยงาน

สรุป

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งไม่สามารถมองข้ามได้ เป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข สำหรับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยท่ามกลางวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน มีแนวทางปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันในแต่ละสถานพยาบาล แต่ต้องนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ เพื่อลดความเสี่ยง เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย การแก้ปัญหาวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน เป็นเรื่องใหญ่ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ต้องมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนตามลำดับ ต้องใช้ความร่วมมือจากหลายฝ่ายด้วยกัน แต่สิ่งที่สามารถทำได้คือการให้บริการกับผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับผู้เขียนมีข้อเสนอแนะในเรื่องของการเน้นการ inform กับญาติและผู้ป่วยให้มากขึ้น การพูดคุยให้คำแนะนำต่าง ๆ มีผลกับการให้บริการอย่างมาก เป็นการสร้างความพึงพอใจ ลดการฟ้องร้องที่อาจจะเกิดขึ้น และเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายที่สุดที่บุคลากรทุกคนสามารถปฏิบัติได้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติคดีทาง
การแพทย์. [สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from
http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&Itemid=814&func=fileinfo&id=472
- ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล. (2557). *คุณธรรมและกฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาล* เอกสาร
ประกอบการบรรยาย ใน การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านจรรยาบรรณ จริยธรรม และ
กฎหมายของพยาบาลวิชาชีพ วันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2557 โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ รัชดา
กรุงเทพฯ.
- ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย, และวีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์. (2546). *ภาวะที่ไม่พึงประสงค์
ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย(การศึกษานำร่อง)*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- รัตน์ ตันศิริสิทธิกุล, นิลรัตน์ วรรณศิลป์, เกษร เทพแปง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ และชนภัทร วินยวัฒน์. (2555). รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety). [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://www.shi.or.th/upload/Download%20File/.doc>.
- วิศิษฐ์ ตั้งนภากร. (2558). คดีบริการทางการแพทย์. [สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://r6maritimepublichealth.org/archive/document/download?url=0142ae8ZG9jdW1lbnRsaWJyYXJ5L2ZFcjRTMU4xeDVwTVpaRWppOUQ1WDM%3D&filename=0142ae8NWRkNzlkNmJjNmNlZjY3NjI5NWJlZTc5YTVhZjZjMDEucmFy>
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน. [สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255903221114282694_k7l9jP0c5VbWxZdW.pdf
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2560). 2P Safety Patient and Personnel Safety ใน การประชุมวิชาการ Northeast Regional HA Forum ครั้งที่ 14. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uFpjMOP.pdf
- สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. (2559). สรุปความเห็นจากแบบสอบถาม การสัมมนาภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล. [สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2560]. [Online], available from <http://www.thaihospital.org/board/index.php?PHPSESSID=8008163f5856b57de4af2b93569dbb0b&topic=15792.msg18529#msg18529>
- สรธวัช อัสวเรืองชัย. (2546). *ความปลอดภัยของผู้ป่วย*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย. (2557). ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. [สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2560]. [Online], available from <http://www.lrc.go.th/th/wp-content/uploads/2014/05/.pdf>
- อรรถสิทธิ์ อิ่มสุวรรณ. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรับบริการในห้องฉุกเฉินนานกว่า 4 ชั่วโมงของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 14(1).
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (2002). Sentinel event alert. [cited 2017 Sep 1]; [Online], available from https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_26_delays_in_treatment/

- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. (2000). Executive summary. In: To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press.
- Nebehay S. (2011). Going into hospital far riskier than flying: World Health Organization (WHO). Reuters; [cited 2017 Sep 1]; [Online], available from: <http://www.reuters.com/article/us-safety/going-into-hospital-far-riskier-than-flying-who-idUSTRE76K45R20110721>
- WHO. (2011). Definitions of Key Concepts from the WHO Patient Safety Curriculum Guide (2011). [cited 2017 Aug 26]; [Online], available from: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1a_handout.pdf