



คู่มือหลักสูตร ความปลอดภัยของผู้ป่วย ขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย)

เล่ม

4

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร
หัวข้อที่ 5-8



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



**คู่มือหลักสูตร
ความปลอดภัยของผู้ป่วย
ขององค์การอนามัยโลก:
ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย)**

เล่ม

4

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร
หัวข้อที่ 5-8

**คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก:
ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย) เล่ม 4**

บรรณาธิการ

รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนियม

รศ.ดร.นิตย ทัศนियม

บรรณาธิการร่วม

ดร.นพ.ปดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์

ดร.ภญ.จิตติมา ตัวงเงิน

ผศ.ดร.สายใจ พัวพันธ์

บรรณาธิการตรวจทาน

ดร.ภญ.อารยา ศรีไพโรจน์

จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข

ซอย 6 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: 2558

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ
(ฉบับภาษาไทย) เล่ม 4.--นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน), 2558.

160 หน้า.

1. ผู้ป่วย-การดูแล--คู่มือ. I. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ
มหาชน) II. รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนियม, รศ.ดร.นิตย ทัศนियม (บรรณาธิการแปล),
ผู้แปล. III. ชื่อเรื่อง

610.73

ISBN 978-616-8024-02-7

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด



คำนำ

เสียงสะท้อนที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้รับจากสถานพยาบาลต่างๆ คือต้องการผู้จบการศึกษาที่มีความรู้และทักษะในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยที่เพียงพอในการที่จะรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ สามารถร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพและยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมงานสหสาขาวิชาชีพของสถานพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องปลูกฝังและเสริมสร้างไว้ตั้งแต่เริ่มแรกที่สุดที่เป็นไปได้

ด้วยตระหนักในความสำคัญดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงได้ประมวลองค์ความรู้ กรณีศึกษา และแนวทางการจัดการเรียนการสอนในเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยขึ้น เพื่อให้ประเทศต่างๆ นำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละประเทศ เป็นสิ่งที่ช่วยให้สถาบันการศึกษาสามารถเริ่มต้นจัดการศึกษาในเรื่องนี้ได้ง่ายขึ้น

สถาบันขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนในการแปลและเรียบเรียงคู่มือฉบับนี้เป็นภาษาไทย ซึ่งในระหว่างกระบวนการดังกล่าว ได้เกิดการตั้งประเด็นคำถาม ค้นหาคำตอบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันไปด้วย

สถาบันหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการจัดการศึกษาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลต่างๆ เป็นทรัพยากรพื้นฐานสำหรับการต่อยอด

นวัตกรรมการจัดการเรียนการสอนที่เชื่อมต่อกับกิจกรรมอื่นๆ เพื่อสร้าง
ประสบการณ์การเรียนรู้ได้อย่างได้ผล และส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพของ
ประเทศไทย เป็นระบบที่น่าไว้วางใจสำหรับสังคมสืบไป

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้อำนวยการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ที่มาของการแปล

เหตุไฉน WHO Patient Safety Curriculum Guide ฉบับภาษาไทย

Patient Safety หรือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย นับเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อวงการแพทย์ทั่วโลก ประเทศไทยถึงแม้มีการพัฒนาในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีช่องว่างในระบบการบริการสุขภาพในเรื่องการพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดมา รวมถึงเมื่อเทคโนโลยีมีการพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยและประชาชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความต้องการให้เกิดบริการทางสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐาน และเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน

การพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยอันนำมาซึ่งประโยชน์และคุณค่าสำคัญในระบบบริการสุขภาพนั้น ควรเริ่มปลูกฝังแนวคิดและความสำคัญเรื่อง Patient Safety ให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขตั้งแต่เริ่มต้นของการศึกษาให้มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องคำนึงถึงตลอดเวลาของการทำงาน ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีการพัฒนาหลักสูตรและเนื้อหาการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าวค่อนข้างน้อยและไม่เป็นระบบ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (องค์การมหาชน) มีวิสัยทัศน์มุ่งหวังให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ (change catalyst) โดยวัตถุประสงค์ของ สรพ. ที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ.2552 นอกจากดำเนินการด้านการประเมินและรับรองแล้ว ยังสนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดี

มีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ พัฒนาและสร้างองค์ความรู้เพื่อเผยแพร่ ครอบคลุมการสร้างความร่วมมือ กับภาคส่วนต่างๆทั้งในและต่างประเทศ ด้วยบทบาทหน้าที่ดังกล่าว รวมถึงประสบการณ์จากการพัฒนาและเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินและรับรอง สถานพยาบาลมากกว่า 20 ปี สรพ.จะได้รับเสียงสะท้อนจากบุคลากรทาง สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถึงการเตรียมความพร้อมในเรื่อง ที่ต้องการให้มีการเรียนการสอนบุคลากรทางสาธารณสุขทุกสาขาให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยก่อนมาปฏิบัติงานจริง กับผู้ป่วย สรพ.จึงเริ่มประสานดำเนินการเพื่อจะนำความรู้แนวคิดเรื่อง ดังกล่าวเข้าสู่การเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาซึ่งพบว่าหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าว มีการพัฒนาอย่างเป็นสากลโดยองค์การอนามัย โลกซึ่งให้ความสำคัญเรื่องการศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของการพัฒนา เรื่อง Patient Safety

เดือนกรกฎาคม 2556 สรพ.ประสานงานกับองค์การอนามัยโลก เพื่อขอเข้าร่วม WHO Patient Safety Program ในส่วน Education for Safer Care ซึ่งก็ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โดยได้มีการ ทำหนังสือลงนามข้อตกลงร่วมกัน ระหว่าง องค์การอนามัยโลก และสถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในการแปล WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition ในเดือนกันยายน 2556 เพื่อเผยแพร่และนำมาประยุกต์ใช้ในการบูรณาการเรียนการสอน ในประเทศไทย และให้การสนับสนุน Dr Agnès Leotsakos Leader, Patient Safety Education and Global Capacity Building จาก องค์การอนามัยโลก มาสื่อสารลักษณะของหลักสูตรรวมถึงตัวอย่างหลักสูตรในเดือน มกราคม 2557 และนำทีมจากองค์การอนามัยโลกมาทำ Workshop: Training for the Trainer ที่ประเทศไทยในเดือน กันยายน 2557 ส่วนการแปลหลักสูตร เป็นภาษาไทยนั้น สรพ.ได้รับความกรุณาจาก รศ.นพ.สมพนธ์ ทัศนัยม และ รศ.ดร.นิตย ทัศนัยม เป็นผู้ดำเนินการแปลและเรียบเรียง

การขับเคลื่อนในสถาบันการศึกษา สรพ.ใช้วิธีการขับเคลื่อนใน แนวราบผ่านกลยุทธ์ Share-Chain-Shape-Change โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

SHARE: สรพ.มุ่งเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับฟังโดยเริ่มจากการเชิญผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ครอบคลุมวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ร่วมประชุมครั้งแรกเมื่อ เดือนธันวาคม 2556 เพื่อรับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละสถาบันการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย โดยมีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมในครั้งแรกจำนวน 39 สถาบันการศึกษา (แพทย์ 25 ทันตแพทย์ 1 เภสัชกร 6 และพยาบาล 18) จากการแลกเปลี่ยนครั้งแรกพบว่า หลายสถาบันมีการนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ แต่ยังไม่เป็นรูปธรรมและมีความสนใจจะนำแนวทางหลักสูตรขององค์การอนามัยโลกไปเรียนรู้เพื่อบูรณาการแบบสหสาขาวิชาชีพ จึงสนับสนุนให้มีการแปลหลักสูตรดังกล่าวเป็นภาษาไทย โดยให้สรพ.เป็นผู้ประสานงานกลาง และได้ดำเนินการเรียนการสอนเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมต่างๆ เช่น การประชุมของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย และการประชุมของพยาบาล เป็นต้น เมื่อมีสถาบันการศึกษาสนใจแนวคิดเพิ่มมากขึ้น จึงเกิดการสร้างวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้อีกครั้งในเดือน มกราคม 2557 ร่วมกับ Dr Agnès Leotsakos โดยมีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมเพิ่มเป็น 115 สถาบันการศึกษา และได้มีการเก็บข้อมูลความคิดเห็นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยตัวแทนสถาบันที่เข้าร่วมโครงการโดยสรุปดังนี้ ทุกสถาบันการศึกษาเห็นด้วยกับการสร้างความร่วมมือเป็นเครือข่ายเพื่อพัฒนาแนวทางการนำ WHO Patient Safety Curriculum Guide มาประยุกต์ใช้ โดยควรแปลเนื้อหาหลักสูตรดังกล่าวเป็นภาษาไทย และควรมีการดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมร่วมกับองค์การอนามัยโลก (Training for the Trainer) ร้อยละ 94 เห็นด้วยกับการนำเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยมาบูรณาการในการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นหลักสูตรปกติ และควรมีองค์กรกลางที่ประสานดำเนินการเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 78 เสนอว่าควรมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการสอนเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วย ร้อยละ 77 เห็นด้วยกับการพัฒนาเป็นหลักสูตรแบบสหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 75 เห็นว่าควรเริ่มมีการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยตั้งแต่การเรียนการสอนของ

นักศึกษาทางด้านสาธารณสุขตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 แต่ปัจจุบันมีเพียง ร้อยละ 9 ของสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมโครงการที่มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องดังกล่าวเป็นหลักสูตรปกติ

CHAIN: การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ สรพ.เป็นผู้ประสานงานกลางเพื่อสร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ เริ่มต้นด้วยการมีเครือข่ายอาสาสมัครจากสถาบันการศึกษาต่างๆร่วมกันช่วยตรวจทานการแปลหนังสือคู่มือหลักสูตรโดยมี รศ.นพ.สมพันธ์ ทัศนียม เป็นหัวหน้าทีมการแปล เกิดการสร้างเครือข่ายสถาบันการศึกษาในกลุ่ม คณะแพทยศาสตร์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก คณะทันตแพทย์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ รวมถึงมีการลงนามความร่วมมือในปฏิญญาวาด้วย “การจัดการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข” โดยกระทรวงสาธารณสุข องค์การที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพ สถาบันการศึกษา และสรพ. ร่วมกันแสดงเจตจำนงแสดงความมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนการบูรณาการเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเข้าในหลักสูตรการเรียนการสอนของบุคลากรสาธารณสุขตามแนวทางในหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลกจัดทำขึ้น และมีการตั้งคณะกรรมการกลางในการขับเคลื่อนและติดตามประกอบด้วยตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการบูรณาการเรื่องดังกล่าวในการเรียนการสอน 133 สถาบัน

SHAPE: มีการเผยแพร่คู่มือหลักสูตรให้กับสถาบันการศึกษาที่เข้าร่วมโครงการเพื่อนำไปศึกษา ประยุกต์ และบูรณาการในการเรียนการสอนอย่างอิสระตามบริบทของแต่ละสถาบัน ในเบื้องต้นมีสถาบันการศึกษาได้ทดลองออกแบบการนำไปประยุกต์ใช้ถึง 98 สถาบัน และจะมีการติดตามการนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงต่อไป รวมถึงมีการวางแผนการออกแบบ หลักสูตร เครื่องมือ และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับประเทศไทยจากคณะกรรมการกลาง

CHANGE: มีแนวทางการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลลัพธ์จากการนำแนวคิด และเนื้อหาหลักสูตร WHO Patient Safety Curriculum Guide ไปประยุกต์ใช้ ทั้งในส่วนของสถาบันการศึกษา และโรงพยาบาล

ปัจจุบันสถาบันการศึกษาทุกแห่งมีเนื้อหาวิชาการและความรู้ในทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมาก แต่ในชีวิตจริงของการทำงานในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขมีเรื่องราวเนื้อหาสาระที่ต้องเรียนรู้อีกมากมายเช่นกัน เพื่อสิ่งที่สำคัญที่สุดในบทบาทหน้าที่คือการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ถูกต้องและปลอดภัยโดยการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนากระบวนการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เนื้อหาในหลักสูตร WHO Patient Safety Curriculum Guide ฉบับแปลเป็นภาษาไทยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพ สามารถเข้าถึง และเข้าใจได้ทุกคน เพราะเป็นเนื้อหาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตการทำงานซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการเห็นความสำคัญจากทุกภาคส่วน โดยสรพ.พร้อมเป็นผู้ประสานงานกลางในการขับเคลื่อนบูรณาการให้เกิดการเรียนรู้การสอนในสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาบุคลากรซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของระบบสาธารณสุขให้เรียนรู้และเข้าใจรวมถึงตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทยให้มีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นที่ไว้วางใจของประชาชนตลอดไป

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

รองผู้อำนวยการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

คำชี้แจงวิธีการแปล

ผู้อ่านเป้าหมาย

การแปลได้คำนึงถึงผู้อ่านเป็นสำคัญ เดิมเข้าใจว่ามีแต่กลุ่มนักวิชาการและนักศึกษา แต่จากการประชุมมีความเห็นว่าควรให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับอ่านเข้าใจได้ด้วย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม จึงแปลเป็นภาษาไทยให้มากที่สุด (ดูการแปลคำศัพท์ในภาคผนวกที่ 3) แต่บางคำแปลแล้วอาจสงสัยคำเดิมจึงวงเล็บคำเดิมไว้ด้วย

วิธีการแปล

1. พยายามให้ตรงกับความหมายเดิมให้มากที่สุด แต่ถ้าแปลตรงอ่านแล้วเข้าใจยาก จึงดัดแปลงเป็นสำนวนไทยๆ
2. การแปลนี้ มิได้มีจุดมุ่งหมายที่จะบัญญัติศัพท์ แต่ต้องการสื่อสารเพื่อให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจจึงพยายามค้นความหมายเท่าที่มีใช้อยู่ คำที่ยังไม่มีการบัญญัติไว้ได้ใช้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

รูปแบบการแปล

1. It is ...แปลเป็นภาษาไทยไม่ใช่คำว่า “มัน” ใช้คำอื่นแทนตามความเหมาะสม
2. ปี ใช้เป็น ค.ศ.ทั้งหมด เพราะจะเข้ากับประโยคที่ใช้ เช่น late 1990
3. เครื่องหมายวรรคตอน
คอมมา ใช้เท่าที่จำเป็น
Colon (“ : ”) ใช้ในกรณีที่คั่นข้อความที่เป็นหัวข้อกับเนื้อหาที่ตามมา Semicolon, full stop ไม่ใช้

4. การเว้นวรรคของคำว่า “เช่น” เว้นทั้งหน้าและหลังคำนั้นๆ
5. หน่วยวัดใช้คำเต็มทั้งหมด เช่น มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ยกเว้นในตาราง
6. การใช้คำภาษาไทยที่เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
“เมื่อไหร่” เป็น “เมื่อใด”, “เท่าไหร่” เป็น “เท่าใด”, “ถ้า” เป็น “หาก”
7. “บุคลากรสุขภาพ” ใช้คำว่า “ผู้ให้บริการสุขภาพ”
“งานดูแลสุขภาพ” ใช้คำว่า “งานบริการสุขภาพ” เพื่อให้สอดคล้องกัน

ข้อวิตกกังวล

1. อาจแปลผิดความหมาย
2. อาจแปลชื่อคน เป็นภาษาไทยไม่ถูกต้อง
3. อาจแปลคำศัพท์เฉพาะของสาขาต่างๆ ผิด
4. อาจมีความผิดพลาดทางเทคนิค เนื่องจากการแก้ไขหลายรอบมาก

เป้าหมายสูงสุดของการแปล

ทีมงานมีเจตนาารมณ์ให้ผู้ใช้เข้าถึงเนื้อหาและมุ่งเน้นการนำไปใช้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย สร้างคุณภาพให้ระบบสุขภาพของประเทศ และมีความเป็นหนึ่งเดียวโดยรวมมือกัน

ทีมงานตั้งใจให้เนื้อหาและคำแปลถูกต้อง และไม่ให้มีที่พิมพ์ผิด จึงช่วยกันตรวจแก้ไขหลายรอบ หากมีการใช้ภาษาที่มีข้อขัดแย้งหรือมีที่ผิดพลาด ขอให้ผู้อ่านให้ข้อเสนอแนะมาตามอีเมลข้างล่าง เพื่อนำไปปรับปรุงในการพิมพ์ครั้งต่อไป และใคร่ขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

เป้าหมายในอนาคต

1. เป็นหนังสือที่มีชีวิต มีการปรับปรุงเพิ่มเติมที่เป็นบริบทของคนไทยเข้าไป
2. หวังว่าจะเป็นบรรทัดฐานของการแปลคำต่างๆ ที่จะใช้ต่อไป



ผู้แปลและเรียบเรียง

รศ.ดร.นิตย ทัศนียม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นพ.สมพันธ์ ทัศนียม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การติดต่อผู้แปล

E-mail: sompon@kku.ac.th

สารบัญ

เล่ม 1

คำนำ (ฉบับภาษาไทย)	(3)
ที่มาของการแปล	(5)
คำชี้แจงวิธีการแปล	(15)
คำชี้แจงการจัดพิมพ์ขององค์การอนามัยโลก	1
คำย่อ	7
คำกล่าวนำ	13
บทนำ	33
ภาคผนวก	37
<i>ภาคผนวก 1</i> เชื่อมต่อกับกรอบการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศออสเตรเลีย	39
<i>ภาคผนวก 2</i> ตัวอย่างของวิธีการประเมิน	41
<i>ภาคผนวก 3</i> การแปลคำศัพท์	49
3.1 การแปลชื่อองค์กร	49
3.2 การแปลคำศัพท์บุคคล	50
3.3 การแปลคำศัพท์ทางการศึกษา	52
3.4 การแปลคำศัพท์อื่นๆ	55
<i>ภาคผนวก 4</i> ผู้มีส่วนช่วยตรวจแก้ไขการแปล	75
คำกล่าวขอบคุณ	81

เล่ม 2

ส่วน A คู่มือผู้สอน

1	ที่มา	93
2	หัวข้อในคู่มือหลักสูตรถูกเลือกมาอย่างไร	99
3	เป้าหมายของคู่มือหลักสูตร	119
4	โครงสร้างของคู่มือหลักสูตร	125
5	การนำคู่มือหลักสูตรไปใช้	127
6	การบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วยเข้าไปในหลักสูตรเดิม	137
7	หลักการทางการศึกษาที่จำเป็นสำหรับการเรียนการสอน เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	161
8	กิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	173
9	วิธีการประเมินผลความปลอดภัยของผู้ป่วย	187
10	วิธีการประเมินหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วย	207
11	เครื่องมือในเว็บและแหล่งค้นคว้า	221
12	วิธีที่จะสนับสนุนการเรียนการสอนความปลอดภัยของผู้ป่วย ในประเทศต่างๆ	223

เล่ม 3

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร

	คำจำกัดความของแนวคิดที่สำคัญ	233
	ความหมายของสัญลักษณ์	237
	บทนำของหัวข้อในคู่มือหลักสูตร	239
หัวข้อที่ 1	ความปลอดภัยของผู้ป่วยคืออะไร	261
หัวข้อที่ 2	ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญ ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	307
หัวข้อที่ 3	การทำความเข้าใจระบบและผลของความซับซ้อน ในการดูแลผู้ป่วย	331
หัวข้อที่ 4	การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม	359

เล่ม 4

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร

หัวข้อที่ 5	การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อป้องกันอันตราย	405
หัวข้อที่ 6	การทำความเข้าใจและการจัดการกับความเสี่ยงทางคลินิก	437
หัวข้อที่ 7	การใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล	471
หัวข้อที่ 8	การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล	509

เล่ม 5

ส่วน B หัวข้อของคู่มือหลักสูตร

บทนำต่อหัวข้อที่ 9-11	555
หัวข้อที่ 9 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	557
หัวข้อที่ 10 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่รุกราน	599
หัวข้อที่ 11 การปรับปรุงความปลอดภัยในการใช้ยา	631

หัวข้อที่ 5

การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อ การป้องกันอันตราย

การเบี่ยงเบนความสนใจสามารถนำไปสู่ความหายนะได้

เด็กผู้ชายอายุ 3 ปีมาพบทันตแพทย์เป็นครั้งแรก จากการตรวจไม่พบว่ามีฟันผุจึงได้ส่งต่อไปยังทันตนามัย เพื่อทำความสะอาดฟันตามปกติ หลังจากที่ทำทำความสะอาดฟันทันตนามัยใช้ล้าสีก่อนที่มีฟลูออไรด์เจลทาฟันเพื่อป้องกันฟันผุ

มารดา กล่าวว่า ทันตนามัยมัดแต่คูกับใครบางคนในขณะที่ทำให้ลูกชายของเธอ หลังจากที่ถูกส่งแก้วน้าให้ลูกชายของเธอ ทันตนามัยไม่ได้บอกให้ทำการบ้วนปากเพื่อล้างฟลูออไรด์เจล ลูกชายของเธอจึงดื่มน้ำนั้นเข้าไป

ต่อมาเด็กเริ่มมีอาการอาเจียน เหงื่อออก บ่นปวดศีรษะ และมีอาการวิงเวียน มารดาจึงได้ขอพบทันตแพทย์ และได้รับคำตอบว่าสิ่งที่ทำนั้นเป็นการดูแลรักษาตามปกติ อย่างไรก็ตามมารดาของเด็กยังคงไม่พอใจกับคำตอบ เด็กจึงถูกส่งไปยังหน่วยฉุกเฉินที่อยู่ในตึกเดียวกัน และต้องรออยู่ ณ ที่นั่นสองชั่วโมงครึ่ง แม้ว่าเธอจะร้องขอความช่วยเหลือก็ตาม เด็กเริ่มมีอาการแยลงและต่อมามีอาการที่มารดาบอกว่าเด็กหลับไป แต่ในความเป็นจริงแล้วคืออาการโคม่า

ในที่สุดก็มีแพทย์ที่ถูกขอร้องโดยผู้ตรวจการณ์มาตรวจ เด็กได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาแอดรีนาลินเข้าไปในหัวใจโดยตรงเพื่อช่วยชีวิต โรงพยาบาลฉุกเฉินถูกตามมาเพื่อนำตัวเด็กส่งโรงพยาบาลที่ใช้เวลาในการเดินทาง 5 นาที

หลังจากมาถึงโรงพยาบาล มารดาและเด็กต้องรอมากกว่าหนึ่งชั่วโมง ในขณะที่รอนั้นเด็กมีอาการแยลงถึงขั้นโคม่า แพทย์พยายามช่วยโดยการนวดหัวใจ แต่หัวใจไม่ตอบ

สนองและในที่สุดเด็กเสียชีวิต ผลจากการตรวจทางพิษวิทยาพบว่า เด็กดื่มฟลูออไรด์เจล 2% เข้าไป 40 มิลลิลิตร ซึ่งเป็นขนาดที่มากเป็นสามเท่าที่จะทำให้เสียชีวิตได้

แหล่งข้อมูล: Case supplied by a WHO Expert Committee participant, Paris, October 2010.

บทนำ-มากำความเข้าใจกับความผิดพลาดในการบริการสุขภาพ

กรณีนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่อยู่เบื้องหลังการเสียชีวิตที่น่าเศร้าของเด็กผู้ชายอายุ 3 ปีคนนี้ หากเราได้ทำการวิเคราะห์ถึงกรณีศึกษาข้างต้น เราจะพบความผิดพลาดหลายจุด ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์อันน่าเศร้าที่สามารถป้องกันได้ และทำให้เห็นถึงขั้นตอนการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์เกิดขึ้นอีก ส่วนที่สำคัญที่สุดของการวิเคราะห์ความผิดพลาดคือ การค้นพบว่าเกิดอะไรขึ้นและรู้ว่าจะป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำได้อย่างไร ด้วยเหตุผลนี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาด้านบริการสุขภาพทั้งหมดควรมีความเข้าใจพื้นฐานของธรรมชาติของความผิดพลาด ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจความผิดพลาดชนิดต่างๆ และรู้ว่าแต่ละชนิดเกิดขึ้นได้อย่างไร เพื่อหาวิธีการในการป้องกัน และ/หรือสกัดกั้นความผิดพลาดก่อนที่จะเกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย สิ่งที่มีความสำคัญเท่าเทียมกันที่ควรนำมาพิจารณาคือ ประเด็นเกี่ยวกับการเรียนรู้จากความผิดพลาดทั้งของตนเองและผู้อื่น ทำได้โดยการสืบสวนความผิดพลาด และเงื่อนไขที่เป็นสาเหตุของความผิดพลาด ที่สามารถนำไปออกแบบเพื่อปรับปรุงระบบและสามารถนำไปปฏิบัติได้ ด้วยความหวังที่จะลดจำนวนครั้งและผลกระทบของความผิดพลาดลง (ซึ่งอภิปรายไว้ในหัวข้อที่ 3 การทำความเข้าใจกับระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย) → 

คำสำคัญ

ความผิดพลาด การฝ่าฝืน สถานการณ์เกือบพลาด อคติจากการมองย้อนเหตุการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุราก

วัตถุประสงค์ของการเรียน

เพื่อทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของความผิดพลาด และวิธีการสำหรับผู้ที่ให้บริการสุขภาพสามารถเรียนรู้จากความผิดพลาด เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ของการเรียน: ความรู้และการปฏิบัติ

เรื่องที่นักศึกษาต้องรู้

เรื่องที่นักศึกษาต้องรู้ของหัวข้อนี้คือ ความเข้าใจว่าตนเองสามารถเรียนรู้จากความผิดพลาดได้อย่างไร และความเข้าใจต่อความสำคัญของคำต่อไปนี้ ความผิดพลาด พลั้งเผลอ (slip) เพิกเฉยละเลย (lapse) การฝ่าฝืนสถานการณ์เกือบพลาด และอคติจากการมองย้อนเหตุการณ์

เรื่องที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้

เมื่อจบหลักสูตรเรื่องนี้นักศึกษาสามารถที่จะปฏิบัติได้คือ

- ระบุปัจจัยด้านสถานการณ์และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มโอกาสของความผิดพลาด
- มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และฝึกฝนกลวิธีลดความผิดพลาด

ความผิดพลาด

ในความหมายที่เข้าใจได้ง่าย ความผิดพลาดเกิดขึ้น “เมื่อใครบางคนพยายามจะทำสิ่งที่ถูกต้อง แต่ที่จริงแล้วทำสิ่งที่ผิด” [1] หรืออีกนัยหนึ่งคือ มีการเบี่ยงเบนออกจากสิ่งที่ตั้งใจจะทำโดยปราศจากการไตร่ตรอง นักจิตวิทยาสาขาการรู้คิดชื่อ เจมส์ รีสัน (James Reason) กล่าวถึงความจริงของชีวิตในเรื่องนี้เป็นทางการมากขึ้น โดยให้คำจำกัดความของคำว่าความผิดพลาดคือ ลำดับของกิจกรรมทางจิตใจและร่างกายที่ได้วางแผนไว้ที่ไม่ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งใจ โดยที่ความล้มเหลวเหล่านี้มิได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแทรกแซงโดยผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (change agency) [2] ความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่ผิดถูกทำไป [การตั้งใจกระทำ

(commission)] หรือเมื่อสิ่งที่ถูกไม่ได้ถูกทำ [การตั้งใจไม่กระทำ (omission)]

การฝ่าฝืนแตกต่างจากความผิดพลาดที่เกิดจากระบบ การฝ่าฝืนเป็นความผิดพลาดที่มีสาเหตุมาจากการเบี่ยงเบนที่ไตร่ตรองของบุคคลคนนั้นจากแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานของการดูแล 

ความผิดพลาดและผลลัพธ์มีความเชื่อมโยงกันโดยไม่สามารถแยกจากกันได้  นักศึกษาคงจะมีโอกาสเห็นอยู่บ่อยๆ ว่าผลลัพธ์ที่ไม่ดีที่เกิดกับผู้ป่วยนั้นไม่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดของมนุษย์ การรักษาบางอย่างทำให้เกิดการแทรกซ้อน ทั้งที่อยู่ภายใต้การดูแลและภายใต้สถานการณ์ที่ดีที่สุดและมีความผิดพลาดอื่นๆ อีกมากมายที่ไม่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่ดี ตราบใดที่สามารถจะรู้ได้ทันและดำเนินแก้ไขที่เหมาะสมจัดการกับความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น ในบางครั้งดังที่กล่าวไว้ในหัวข้อที่ 3 ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตัวเองและสบายดีแม้ว่ามีการทำผิดพลาด เพราะวาระร่างกายหรือระบบภูมิคุ้มกันช่วยสกัดกั้นการรักษาที่ผิดนั้น

มีความสำคัญที่ต้องชี้ให้เห็นว่า ในคำจำกัดความของความผิดพลาดนี้ ไม่ได้มีการกล่าวถึงผลลัพธ์ของความผิดพลาด เมื่อใดที่มีผลลัพธ์ที่ไม่ดี เราก็มักจะคิดว่ามีความผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ในความเป็นจริงแล้วความผิดพลาดส่วนใหญ่ในการดูแลรักษาไม่นำไปสู่ผลเสียแก่ผู้ป่วย เพราะมีการรับรู้ถึงความผิดพลาดก่อนที่จะเกิดผลเสีย และสถานการณ์ได้รับการแก้ไข ไม่เป็นที่สงสัยเลยว่าผลลัพธ์มักจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของเราที่เกี่ยวกับความผิดพลาด มักมาจากปรากฏการณ์ที่เรียกว่า อคติจากการมองย้อนเหตุการณ์ ซึ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ของสถานการณ์มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของเรา (มักเป็นด้านที่ไม่พึงปรารถนา) เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลทั้งก่อนและระหว่างการเกิดอุบัติการณ์นี้ [2]

เราควรมาพิจารณา “ความผิดที่ไร้เหตุผล” อันสุดท้ายของเราที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน    เพื่อที่จะเป็นการเตือนสติถึงความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ว่าเป็นความจริงพื้นฐานของชีวิต (ดูหัวข้อที่ 2 ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย) → 

ความจริงที่ทำนายผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพคือ กระบวนการทางสมองเดียวกันที่นำเราไปสู่การทำ “ความผิดที่ไร้เหตุผล” นอกที่ปฏิบัติงาน

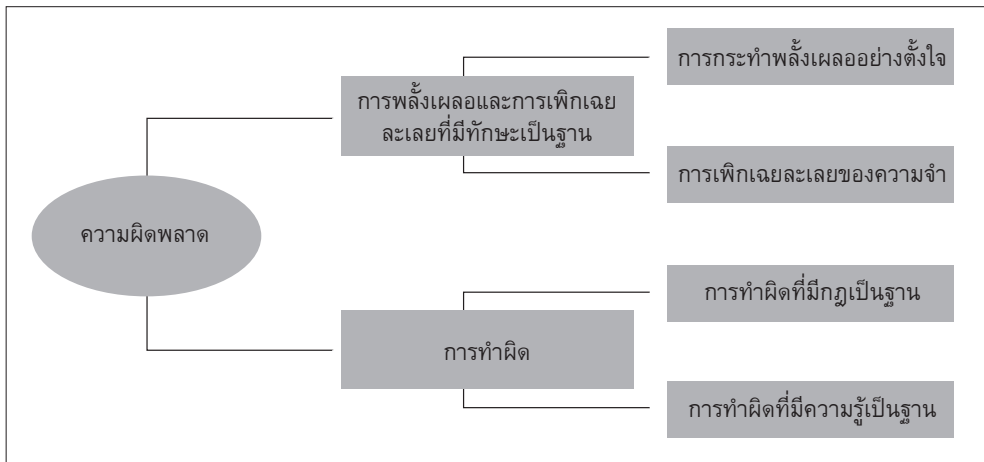
นั้นมีส่วนสำคัญในที่ปฏิบัติงานด้วย อย่างไรก็ตามบริบทของการปฏิบัติงานทำให้ผลที่ตามมาแตกต่างกันได้มาก

คำว่า *ความผิดพลาดทางการแพทย์ หรือความผิดพลาดทางการบริการสุขภาพ* เป็นคำที่ทำให้เข้าใจผิดได้บ้าง เพราะอาจทำให้เกิดความเข้าใจว่าชนิดของความผิดพลาดในการบริการสุขภาพเป็นสิ่งเฉพาะในวงการบริการสุขภาพ แต่ไม่ใช่เช่นนั้น รูปแบบของความผิดพลาดในงานบริการสุขภาพไม่แตกต่างจากลักษณะของปัญหาและสถานการณ์ในหน่วยงานอื่นๆ ส่วนที่แตกต่างของหน่วยงานบริการสุขภาพคือการคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมที่ห้ามทำผิดพลาด ที่ปฏิเสธการเกิดขึ้นของความผิดพลาด เอกลักษณะอีกประการของความผิดพลาดที่สัมพันธ์กับการบริการสุขภาพคือเมื่อความล้มเหลวเกิดขึ้น (โดยความตั้งใจไม่กระทำหรือความตั้งใจกระทำ) ผู้ที่รับความทุกข์ทรมานคือผู้ป่วย

ความผิดพลาดเกิดขึ้นเนื่องจากหนึ่งในสองแบบของความล้มเหลวแบบแรกคือการกระทำไม่ได้เป็นไปดังที่ตั้งใจ หรือแบบที่สองคือการกระทำที่ตั้งใจเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง [3] แบบแรกเรียกว่าเป็นความผิดพลาดของการกระทำ และได้รับการอธิบายต่อไปว่าเป็น “*การพลั้งเผลอ (slip)*” หากการกระทำนั้นสามารถสังเกตได้ หรือเป็น “*เพิกเฉยละเลย (Lapse)*” หากไม่สามารถสังเกตได้ ตัวอย่างของการพลั้งเผลอ ได้แก่ การกดปุ่มผิดบนอุปกรณ์ อันหนึ่ง-ตัวอย่างของการเพิกเฉยละเลยคือความจำล้มเหลว เช่น ลืมให้ยา

ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจากการกระทำที่ตั้งใจแต่ปรากฏว่าทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เรียกว่า *ทำผิด (Mistake)* การทำผิดเป็นความล้มเหลวของการวางแผน (คือการวางแผนผิดนั่นเอง) ซึ่งการทำผิดสามารถเป็นได้ทั้งเรื่องการใช้กฎเป็นฐาน เป็นการทำผิดเมื่อนักฎที่ผิดมาใช้ หรือการใช้ความรู้เป็นฐาน การทำผิดเกิดขึ้นได้เมื่อแพทย์ไม่ได้ทำตามขั้นตอนของการกระทำที่ถูกต้อง ตัวอย่างของการทำผิดเมื่อใช้กฎเป็นฐาน ได้แก่ การวินิจฉัยผิดทำให้วางแผนการรักษาผิด การทำผิดเมื่อใช้ความรู้เป็นฐานมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการสุขภาพเผชิญกับสถานการณ์ทางคลินิกที่ไม่คุ้นเคย (ดูรูป B.5.1 ข้างล่าง)

รูป B.5.1. ชนิดหลัก ๆ ของความผิดพลาด



แหล่งข้อมูล: Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000 [4].

การพลั้งเผลอ การเพิกเฉยละเลย การทำผิด ทั้งหมดนี้มีความร้ายแรง และมีศักยภาพที่จะทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย โอกาสเกิดผลเสียที่แท้จริงขึ้นอยู่กับบริบทของความผิดพลาดเกิดขึ้น

สถานการณ์ที่เพิ่มความเป็นไปได้ของความผิดพลาด และกลวิธีลดความผิดพลาดของคน ได้อธิบายไว้ในหัวข้อที่ 2 *ทำไมการนำปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย* →  หลักการบางส่วนของ การลดความผิดพลาดได้นำเสนออย่างคร่าวๆ ไว้ข้างล่างนี้ เราได้สนับสนุนแนวคิด “ปัญญาจากความผิดพลาด (error wisdom)” [4] สำหรับพนักงานด่านหน้า เพื่อเป็นวิธีการประเมินความเสี่ยงที่มีอยู่ในบริบทที่ต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับสภาพปัจจุบันของแต่ละคนที่เกี่ยวข้อง ธรรมชาติของบริบท และศักยภาพของความผิดพลาดในงานที่ทำอยู่ขณะนั้น

สถานการณ์ที่ร่วมกับการเพิ่มโอกาสของความผิดพลาด

เรารู้จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ว่านักศึกษาและแพทย์ที่จบใหม่เป็น ผู้ที่ทำความผิดพลาดได้ง่ายในบางสถานการณ์

การขาดประสบการณ์

สิ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาคือ ไม่ควรทำหัตถการหรือให้การรักษาใดๆ แก่ผู้ป่วยเมื่อขึ้นปฏิบัติงานในครั้งแรกๆ หากไม่ได้เตรียมพร้อมให้ดี นักศึกษาจำเป็นต้องทำความเข้าใจก่อนว่า เขากำลังทำอะไรและควรฝึกปฏิบัติงานหุ่นจำลองหรือสิ่งเสมือนในสถานการณ์จำลองก่อน หากเป็นการปฏิบัติครั้งแรกควรอยู่ภายใต้การดูแลของผู้นิเทศ

นักศึกษาอยู่ในฐานะผู้มีสิทธิพิเศษ เพราะผู้ป่วยไม่ได้คาดหวังว่านักศึกษาจะเป็นผู้ที่มีความรู้มาก เขาชื่นชมที่นักศึกษาที่กำลังเรียนรู้ นักศึกษาจึงไม่จำเป็นต้องสร้างท่าหรือทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่า เรามีประสบการณ์มากกว่าที่เป็นจริง

การมีเวลาน้อย

ความกดดันในเรื่องเวลามักทำให้คนทำแบบหักมุม และทำลัดขั้นตอนที่เขาไม่ควรทำ การไม่ล้างมือให้ถูกวิธีเป็นตัวอย่างหนึ่งของเรื่องนี้ อีกตัวอย่างคือ เกสซกรไม่มีเวลาให้คำแนะนำเรื่องยาแก่ผู้ป่วย หรือผดุงครรภ์ไม่ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้หญิงเกี่ยวกับระยะต่างๆ ของการคลอด

การตรวจสอบที่ไม่เพียงพอ

การตรวจสอบอย่างง่ายๆ ช่วยผู้ป่วยจากการได้ยาผิดนับเป็นพันๆ ครั้งมาแล้ว เกสซกรที่เช็ดยาเป็นประจำและช่วยสมาชิกอื่นในที่งานบริการสุขภาพให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ในขนาดที่ถูกต้อง และถูกทาง นักศึกษา (แพทย์ ทันตแพทย์ ผดุงครรภ์) ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับ เกสซกรและพยาบาลที่ที่สายนานในวิชาชีพฝึกให้มีนิสัยการตรวจเช็คเป็นประจำ การเช็คเป็นวิธีการที่ง่าย ๆ ที่นักศึกษาสามารถเริ่มฝึกหัดได้ทันทีเมื่อเข้าสู่สภาพแวดล้อมทางคลินิกหรือเมื่อให้การดูแลในชุมชน

หัตถการที่ไม่ดี

เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การเตรียมพร้อมไม่พอเพียง เจ้าหน้าที่ไม่พอเพียง และ/หรือการใส่ใจแก่ผู้ป่วยที่ไม่พอเพียง นักศึกษาอาจถูกสั่งให้ใช้เครื่องมือชิ้นหนึ่งซึ่งไม่เข้าใจดีถึงวิธีใช้ หรือวิธีการทำงานของเครื่องนั้น

ดังนั้นก่อนที่จะใช้เครื่องมือใดเป็นครั้งแรก นักศึกษาควรทำความเข้าใจกับเครื่องมือเหล่านั้นก่อน โดยการดูผู้อื่นใช้เครื่องมือเหล่านั้นและสอบถามผู้นั้น เพื่อเรียนรู้ถึงวิธีการใช้งาน จะช่วยให้เข้าใจขั้นตอนของการใช้งานได้เป็นอย่างดี

ข้อมูลไม่เพียงพอ

การบริการสุขภาพและการรักษาที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับการบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยอย่างถูกต้องของแต่ละสาขาวิชาชีพ ในเวลาที่เหมาะสม และเขียนด้วยลายมือที่อ่านได้ง่าย (เวชระเบียน แผนการให้ยา หรือที่อื่นๆ ที่ไว้เก็บข้อมูลของผู้ป่วย) มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาควรตรวจเช็คข้อมูลที่ตนบันทึกไว้ให้เป็นนิสัย และให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลที่เขียนอ่านได้ง่าย ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน ข้อมูลที่ขาดไป ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และไม่พอเพียง มักเป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การส่งข้อมูลทางวาจาที่แม่นยำเป็นสิ่งที่สำคัญด้วยเช่นกัน เนื่องจากมีบุคลากรด้านสุขภาพมากมายมาเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย การใช้ความถูกต้องและแม่นยำของการสื่อสารทั้งทางวาจาและการเขียนจึงมีความสำคัญ

ปัจจัยระดับปัจเจกชนของนักศึกษา (และผู้นับถือคนอื่นๆ) ที่โน้มน้าวให้เกิดความผิดพลาด



นอกจากสถานการณ์ที่มีแนวโน้มต่อการเกิดความผิดพลาด ยังมีปัจจัยของปัจเจกชนที่โน้มน้าวให้เกิดความผิดพลาดขึ้นได้

ความสามารถในการจำมีขีดจำกัด

นักศึกษามองตัวเองว่าเป็นอย่างไรในสาขาวิชาชีพที่เขาเลือกมา และลำดับขั้นการบังคับบัญชาของที่ปฏิบัติงานอาจมีความสัมพันธ์กับความมั่นใจ และความกล้าในการร้องขอความช่วยเหลือของนักศึกษา การร้องขอความช่วยเหลือเป็นสิ่งที่นักศึกษาทุกคนพึงกระทำ แต่ก็ยังพบว่าเป็นเรื่องที่ทำหยาบเป็นอย่างมาก ในทางกลับกัน อาจมีผลต่อการตระหนักถึงข้อจำกัดของนักศึกษาเอง การขาดความมั่นใจเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับนักศึกษาในการร้องขอให้ช่วยในการลงมือปฏิบัติทักษะใหม่ หากนักศึกษาไม่ปรารถนา

หรือไม่มั่นใจที่จะร้องขอให้ช่วยแม่แต่ในงานที่ง่าย แล้วเขาจะมั่นใจหรือไม่ในการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเขาประสบปัญหายุ่งยาก

การเรียนรู้ในการขอความช่วยเหลือเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับนักศึกษาและแพทย์จบใหม่ทุกคน นักวิจัยได้ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาแพทย์และพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในคลินิก การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาแพทย์หลังสำเร็จการศึกษาในปีแรกๆ ยังขาดทักษะพื้นฐานทางคลินิก สำหรับการปฏิบัติงานในปีแรกของพยาบาลก็เป็นเวลาที่สมรรถนะยังไม่เพียงพอ และเป็นเวลาแห่งความเครียด สิ่งนี้อาจเกิดจากความลังเลที่ร้องขอความช่วยเหลือเหมือนเมื่อครั้งที่เป็นนักศึกษา สำหรับแพทย์จบใหม่ก็เช่นกันยังไม่มีความรู้และทักษะเพียงพอ ดังเช่น การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงที่สำคัญของการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การอุดตันของทางเดินหายใจ ภาวะปกติสุขของแม่และเด็กในครรภ์ และวิธีการช่วยชีวิตเบื้องต้น เป็นต้น

นักศึกษาจำนวนมากคิดว่า หากเขาสามารถย้อนข้อมูลทางเทคนิคที่มีอยู่ในตำราทั้งหมด เขาก็จะเป็นบุคลากรวิชาชีพที่ดี อย่างไรก็ตามมิได้เป็นเช่นนั้น จำนวนของข้อมูลที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องเรียนรู้มีมากเกินไปที่จะจำได้หมด สมองของคนเรามีขีดความสามารถที่จะจำได้ในจำนวนที่จำกัด นักศึกษาไม่ควรพึ่งแต่ความจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีหลายขั้นตอนมาเกี่ยวข้อง แนวทางปฏิบัติและวิธีปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยบุคลากรวิชาชีพให้การดูแล และบริการตามหลักฐานที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบัน นักศึกษาควรสร้างนิสัยในการใช้รายการตรวจสอบและไม่พึ่งแต่ความจำ

ความเหนื่อยล้า

ความจำถูกกระทบได้จากความเหนื่อยล้า ความเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยที่รู้จักกันดีในการที่ทำให้เกิดความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ ในการตระหนักถึงปัญหาที่มีสาเหตุมาจากความเหนื่อยล้า นานาประเทศได้ปฏิรูปหรือเข้าสู่กระบวนการปฏิรูปชั่วโมงการปฏิบัติงานของแพทย์ [5] ความเชื่อมโยงระหว่างการอดนอนของแพทย์ฝึกหัดเนื่องจากการปฏิบัติงานเป็นเวลานาน และการขัดจังหวะวงจรรอบของการตื่นและ

การนอน (circadian cycle) และความอยู่ดีมีสุข ได้รับการศึกษามา 30 ปีแล้ว แต่เมื่อเร็วๆ นี้รัฐบาลและผู้ออกกฎหมายได้มาให้ความสนใจอย่างจริงจังเกี่ยวกับการจำกัดชั่วโมงการปฏิบัติงาน การศึกษาในปี ค.ศ. 2004 โดย แลนดริแกน และคณะ (Landrigan et al) [6] เป็นหนึ่งในบรรดากลุ่มแรกๆ ที่วัดผลกระทบของการอดนอนต่อความผิดพลาดทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ฝึกหัดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของเมืองบริกแฮมและโรงพยาบาลหญิง (บอสตัน แมสซาชูเซต สหรัฐอเมริกา) ทำผิดอย่างร้ายแรงมากกว่าเมื่อปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมงหรือนานกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับชั่วโมงการปฏิบัติงานที่น้อยกว่า การศึกษาอื่นๆ ได้แสดงว่าการอดนอนมีอาการคล้ายกับอาการของการเมาสุรา [7-9] พยาบาลที่ปฏิบัติงาน 12 ชั่วโมงและจำเป็นต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาต่อ ได้รับการยืนยันแล้วในวารสารวิชาชีพว่าการปฏิบัติเช่นนี้สามารถนำไปสู่ความผิดพลาดที่มากขึ้น

ความเครียด ความหิว และความเจ็บป่วย

เมื่อนักศึกษารู้สึกเครียด หิว หรือป่วย เขาจะปฏิบัติงานได้ไม่ดีเท่ากับเมื่อไม่มีอาการเหล่านี้ สิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาที่จะเฝ้าดูสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของตนเอง นักศึกษาควรตระหนักรู้ในความจริงว่าหากเขารู้สึกไม่สบายหรือเครียด เขามีโอกาสที่จะทำความผิดพลาดได้มากขึ้น การใช้พลังจนหมดสิ้นของพยาบาลใหม่นำไปสู่ความผิดพลาดได้ และนำไปสู่การลาออกจากอาชีพพยาบาล ความเครียดและการใช้พลังจนหมดสิ้นมีความสัมพันธ์กัน 

มีวิธีช่วยเหลือด้วยคำช่วยจำ ที่จะช่วยนักศึกษาเฝ้าดูสุขภาพตนเอง HALT เป็นหนึ่งในเครื่องช่วยเหลือนั้น

H Hungry หิว
A Angry โกรธ
L Late สาย
T Tired เหนื่อย

เครื่องมือช่วยจำอีกอันหนึ่งเพื่อเฝ้าดูสุขภาพตนเองคือ IM SAFE



I Illness ป่วย

M Medication (prescription and others) การสั่งยาและอื่นๆ

S Stress เครียด

A Alcohol สุรา

F Fatigue เหนื่อยล้า

E Emotion อารมณ์

ปัจจัยทางภาษาหรือวัฒนธรรม

โอกาสของความผิดพลาดในการสื่อสารที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางภาษาและวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัด แต่มีปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นมากมายระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพโดยไม่มีผู้แปลภาษาหรือภาษากลาง นักศึกษาควรที่จะเข้าใจถึงปัญหาที่มีสาเหตุมาจากอุปสรรคในเรื่องภาษาและความเข้าใจบรรทัดฐานของแต่ละวัฒนธรรม การอ่านออกเขียนได้เป็นประเด็นที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่จะต้องระลึกถึงอยู่เสมอ ผู้ให้บริการสุขภาพต้องตระหนักอยู่เสมอว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจคำแนะนำที่เขียนให้มากน้อยแค่ไหน

ทัศนคติที่อันตราย (Hazardous attitudes)

นักศึกษาที่ทำหัตถการและการรักษาต่างๆ โดยปราศจากผู้นิเทศ อาจถือว่าเป็นการแสดงทัศนคติที่อันตราย นักศึกษาเหล่านี้อาจสนใจหาประสบการณ์ในการปฏิบัติมากกว่าสนใจถึงความปกติสุขของผู้ป่วย นักศึกษาควรตระหนักอยู่เสมอว่า การที่ได้สัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นการได้รับสิทธิพิเศษ ที่ไม่ควรมองข้าม

วิธีการเรียนรู้จากความผิดพลาด

การรายงานอุบัติการณ์

การรายงานและการติดตามอุบัติการณ์เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของเหตุการณ์ใดๆ ที่อาจทำให้เกิดอันตรายหรือได้เกิดอันตรายขึ้นแล้วแก่ผู้ป่วยในคลินิกหรือองค์กรบริการสุขภาพ ระบบการรายงานอุบัติการณ์เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของความสามารถขององค์กรในการเรียนรู้จากความผิดพลาด บทเรียนที่เรียนรู้จากการใช้วิธีการเช่นนี้ทำให้องค์กรสามารถระบุและจัดการกับ “ก้นดักแห่งความผิดพลาด” (ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องความรับผิดชอบขององค์กรสำหรับการติดตามเหตุการณ์อยู่ในหัวข้อที่ 6 การทำความเข้าใจและการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก) → 

โดยทั่วไปแล้วการรายงานอุบัติการณ์มีน้อยกว่าที่เกิดขึ้นจริงเนื่องจากการวิเคราะห์เหตุการณ์ด้วยวิธีการเชิงบุคคลที่ยังคงมีอยู่ทั่วไปในการบริการสุขภาพ ในขณะที่พนักงานด้านหน้า เช่น พยาบาล เภสัชกร แพทย์ ทันตแพทย์ หรือผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นผู้รายงานอุบัติการณ์ มักถูกวิจารณ์ถึงบทบาทของเขาในการเกิดของอุบัติการณ์ ดังกล่าวมาข้างต้นสถานการณ์เช่นนี้มักจะขยายตัวมากขึ้น โดยปรากฏการณ์ที่เรียกว่า อคติจากการมองย้อนเหตุการณ์ วิธีการเชิงบุคคลเป็นวิธีการที่สวนทางกับประสิทธิภาพในหลายๆ ระดับ (ดูหัวข้อที่ 3 การทำความเข้าใจระบบและผลของความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย) → 

ความถี่ของการรายงานและลักษณะการวิเคราะห์อุบัติการณ์ ไม่ว่าจะใช้วิธีการเชิงระบบหรือเชิงบุคคล จะขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำและวัฒนธรรมขององค์กรเป็นอย่างมาก เมื่อไม่กี่ปีมานี้ความสนใจต่อความสำคัญของวัฒนธรรมขององค์กรบริการสุขภาพมีมากขึ้น [10] โดยได้บทเรียนจากภาคอุตสาหกรรมอื่นๆ ในแง่ของระบบความปลอดภัย มีความเป็นไปได้ที่จะมีความเกี่ยวข้องกันระหว่างวัฒนธรรมของสถานบริการดูแลรักษาสุขภาพกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ณ สถานบริการนั้น

วัฒนธรรมขององค์กรสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อและคุณค่าที่มีการแบ่งปันกัน มีปฏิสัมพันธ์กับโครงสร้างขององค์กรและระบบควบคุมซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นพื้นฐานขององค์กรนั้น [11] องค์กรที่มีวัฒนธรรมของการทำรายงานที่เข้มแข็งก็จะเป็นสถานที่ที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาด 

เพราะว่าเจ้าหน้าที่รู้สึกมีอิสระที่จะรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือมีโอกาที่จะเกิดขึ้นโดยไม่ต้องกลัวการเยาะเย้ยหรือการประณาม นักศึกษาและแพทย์จบใหม่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม  ในการปฏิบัติงาน เขาอาจรู้สึกว่าเขาไม่มีอำนาจที่จะไปเปลี่ยน หรือไปมีผลต่อสิ่งใดในสภาพแวดล้อมของที่ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามเขาสามารถมองหาวิธีทางที่จะปรับระบบได้เช่นกัน ซึ่งสามารถทำได้ง่าย ๆ เช่น การให้ความเคารพแก่สมาชิกของทีม บริการสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยในขณะอภิปรายเกี่ยวกับการดูแล หรือสอบถามว่าใครต้องการกาแฟบ้างขณะที่นักศึกษากำลังชงกาแฟให้กับตัวเอง การหลีกเลี่ยงที่จะใช้นิ้วชี้ไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เป็นอีกหนทางหนึ่งที่นักศึกษาสามารถช่วยให้มีการเปลี่ยนวัฒนธรรมได้ หากนักศึกษาได้ยินเจ้าหน้าที่กล่าวถึงสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ทำผิด เขาสามารถที่จะดึงความสนใจออกจากตัวบุคคล มาเป็นการอภิปรายถึงปัจจัยพื้นฐานที่อาจเกี่ยวข้องแทน

กลวิธีอื่นที่ได้รับความนิยมสำเร็จในเรื่องของการรายงานและติดตามอุบัติการณ์ [7] ประกอบด้วย  การรายงานที่ไม่ระบุชื่อ การให้ความเห็นย้อนกลับอย่างทันทั่วทั้งที่ การให้คำขอบคุณอย่างเปิดเผยแก่ผู้ที่รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและการรายงานสถานการณ์เกือบพลาด การรายงานสถานการณ์เกือบพลาดมีประโยชน์ในการเรียนรู้จากบทเรียนที่ “ฟรี” นั่นคือการปรับปรุงระบบสามารถทำได้จากการนำผลลัพธ์ของวิธีการสอบสวนโดยที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับอันตรายใดๆ

การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root cause analysis: RCA)

ดูหัวข้อที่ 7 รวมด้วย การใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล  → 

มีรูปแบบต่างๆ ที่ถูกพัฒนาโดยการใช้หลักของการวิเคราะห์สาเหตุราก ตัวอย่างหนึ่งที่เรียกว่า วิธีแนวปฏิบัติของลอนดอน (The London Protocol) ที่พัฒนาขึ้นมาโดย ชาร์ล วินเซน และคณะ (Charles Vincent et al) เป็นรูปแบบที่เข้าใจได้ง่าย โดยให้ทีมทำที่ละขั้นตอนของการสอบสวนทางคลินิก ดูกล่อง B.5.1 ถึงขอบเขตของขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง

กล่อง B.5.1. แนวปฏิบัติของลอนดอน (The London Protocol)

รายละเอียดของกระบวนการสอบสวน

อุบัติการณ์ใดควรได้รับสอบสวน
การทบทวนบันทึกกรณีที่เกิดขึ้น
การวางกรอบปัญหา
การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่
เกิดขึ้นได้อย่างไร

- การระบุปัญหาในการจัดการดูแล
ทำไมจึงเกิดขึ้น
- การระบุปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์กรณีที่เกิดขึ้น
หากทำตามแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ
และมีการสัมภาษณ์และมีการวิเคราะห์
ที่ทำอย่างถี่ถ้วนแล้ว การรายงานและ
การนำไปใช้ประโยชน์ของตัวอุบัติการณ์
ก็จะเผยตัวออกมาจากการวิเคราะห์
อย่างตรงไปตรงมา เมื่อส่วนประกอบ
ต่างๆ ครบถ้วน ควรมีบทสรุปที่ให้เห็น
ปัญหาได้ชัดและสถานการณ์ที่นำไป
สู่การเกิดปัญหาและข้อผิดพลาดใน
กระบวนการดูแลก็ควรจะปรากฏออก
มาให้เห็น ส่วนสุดท้ายของรายงานจะ
พิจารณาถึงการนำไปใช้ประโยชน์ของ
ตัวอุบัติการณ์นั้นต่อภาควิชาหรือองค์กร
รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะมาตรการ
แก้ไข

แหล่งข้อมูล: Vincent C et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal*, 2000, 320: 777-781.

ศูนย์ความปลอดภัยแห่งชาติของกิจการทหารผ่านศึกของแผนก
กิจการทหารผ่านศึกสหรัฐอเมริกา (VA) ได้พัฒนารูปแบบ ซึ่งใช้วิธีการเชิง
โครงสร้างของ RCA เพื่อที่จะประเมินและวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
ที่รุนแรง และพัฒนาการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ [12] รูปแบบ
ใช้การทบทวนย้อนหลังทั้งหมด โดยถามคำถามดังต่อไปนี้ [1] 23 24

- เกิดอะไรขึ้น
- ใครเกี่ยวข้องบ้าง
- เกิดขึ้นเมื่อใด

- เกิดขึ้นที่ไหน
- ผลเสียที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด
- โอกาสเกิดซ้ำมีหรือไม่
- ผลที่ตามมาคืออะไร

RCA เน้นที่ระบบมิใช่ที่คนปฏิบัติงานแต่ละคน และมีสมมุติฐานว่า เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมีผลเสียต่อผู้ป่วยคือความล้มเหลวของระบบ ระบบของ VA และระบบที่ใช้ในประเทศออสเตรเลียและที่อื่นๆ ใช้รหัสประเมินความรุนแรงในการจำแนกอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน เพื่อให้มั่นใจว่าความเสี่ยงที่รุนแรงมากที่สุดถูกจัดการเป็นอันดับแรก

รูปแบบ RCA เน้นการป้องกัน มิใช่การตำหนิหรือลงโทษ (มีการใช้กระบวนการอื่นเมื่อจุดเน้นของความสนใจอยู่ที่บุคคลที่ต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของเขา) จุดเน้นของการวิเคราะห์ประเภทนี้เป็นการวิเคราะห์ความเปราะบางของระบบในแต่ละระดับที่สวนทางกับการปฏิบัติงานของรายบุคคล รูปแบบนี้ตรวจสอบปัจจัยต่างๆ เช่น การสื่อสาร การฝึกอบรม ความเหนื่อยล้า การจัดตารางเวลาปฏิบัติงาน/กิจกรรมและบุคลากร สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ กฎระเบียบ นโยบายและอุปสรรค

ลักษณะที่เป็นนิยามของการทำ RCA ประกอบด้วย [13]

- มีการทบทวนโดยทีมระหว่างวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์
- วิเคราะห์ระบบและกระบวนการมากกว่าการปฏิบัติงานของรายบุคคล
- วิเคราะห์เชิงลึกโดยใช้คำถาม “อะไร” และ “ทำไม” เป็นตัวนำทางจนกระทั่งทุกด้านของกระบวนการถูกทบทวน และปัจจัยเอื้อหนุนถูกพิจารณา
- ระบุการเปลี่ยนแปลงที่มีศักยภาพที่สามารถทำให้ระบบและกระบวนการมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น และลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ทำนองเดียวกันนี้ หรือหยุดโอกาสการเกิดปัญหาหรือความผิดพลาดในอนาคต

นักศึกษาสามารถเริ่มต้นฝึกปฏิบัติพฤติกรรมลดความผิดพลาดได้ทันที โดยการดูแลสภาพของตนเอง นักศึกษาควร

- ตระหนักรู้ตนเองเมื่อรู้สึกเหนื่อย
- ทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของที่ปฏิบัติงาน
- เตรียมพร้อมตามปกติ แต่ระวังว่าสิ่งที่ไม่ปกติอาจเกิดขึ้นได้

เรารู้ว่าเป็นไปไม่ได้ที่คนเราจะรู้ไปหมดเสียทุกอย่าง ดังนั้นจึงมีความสำคัญว่านักศึกษาควรทำความคุ้นเคยกับการตั้งคำถาม เมื่อไรก็ตามที่ไม่รู้อะไรที่เกี่ยวข้องหรือสำคัญสำหรับผู้ป่วย ต่อไปนี้คือกลวิธีส่วนตัวเพื่อลดความผิดพลาดสำหรับนักศึกษา

- ดูแลตนเอง (กินอิ่ม นอนหลับ ดูแลตนเอง)
- รู้สภาพแวดล้อมของตนเอง
- รู้งานของตนเอง
- เตรียมพร้อมและวางแผน (จะเกิดอะไรขึ้น หาก...)
- สร้างการตรวจเช็คให้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ
- สอบถามเมื่อไม่รู้

นักศึกษาควรระลึกเสมอว่าความผิดพลาดย่อมจะเกิดขึ้นได้ สิ่งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงสำหรับหลายคน เพราะว่าในบางวัฒนธรรมเชื่อว่าความผิดพลาดเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ดีหรือไร้สมรรถนะ นักศึกษาควรระวังว่าความผิดพลาดจะเกิดขึ้นและควรเตรียมพร้อมรับมือไว้ ทั้งนี้รวมถึงการระบุสถานการณ์ที่มีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดได้มากที่สุด (เช่น เวลาปฏิบัติงานที่เสี่ยงสูง)

ตัวอย่างเช่น งานวิจัยได้พบสถานการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาลในการให้ยาผิดพลาด [14] สถานการณ์นี้เกี่ยวข้องกับ

- ขนาดยาและ/หรือเวลาที่สั่งให้ยาไม่มีมาตรฐาน
- เอกสารไม่ได้มาตรฐานหรือไม่เหมาะสม
- ไม่มีบันทึกการให้ยา
- คำสั่งการให้ยามีเพียงบางส่วน

- การสั่งให้หยุดยาหรือให้ยาต่อ
- ประเด็นของการติดตาม เช่น นักศึกษาจำเป็นต้องตรวจสัญญาณชีพก่อนให้ยา
- นำยาน้ำที่ใช้เฉพาะรับประทานมาใช้เป็นยาฉีด

สิ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งคือควรมีแผนรับมือฉุกเฉิน ที่พร้อมสำหรับการจัดการกับปัญหา การหยุดชะงักหรือการเบี่ยงเบน นักศึกษาควรฝึกซ้อมในใจอย่างสม่ำเสมอถึงการทำการหัตถการที่ซับซ้อน หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก

สรุป 27

ความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นประเด็นที่ซับซ้อน แต่ความผิดพลาดด้วยตัวของมันเองเป็นสิ่งที่ความเป็นมนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ข้อคิดที่มีประโยชน์ข้างล่างนี้เป็นที่รู้กันว่า ช่วยจำกัดความผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้โดยมนุษย์[15]

- หลีกเลี่ยงการพึ่งพาความจำ
- ทำกระบวนการต่างๆ ให้ง่ายขึ้น
- ทำกระบวนการและหัตถการที่ใช้บ่อยให้เป็นมาตรฐาน
- ใช้รายการตรวจสอบเป็นประจำ
- ลดความเชื่อในเรื่องการเฝ้ามองอย่างระมัดระวัง

ดูการอภิปรายในหัวข้อที่ 2 *ทำไมปัจจัยด้านมนุษย์มาใช้ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ* → 

การเรียนรู้จากความผิดพลาดสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งระดับปัจเจกและระดับองค์กร โดยใช้การรายงานและการวิเคราะห์อุบัติการณ์ อุปสรรคต่อการเรียนรู้จากความผิดพลาดคือ วัฒนธรรมการตำหนิที่นำวิธีเชิงบุคคลมาใช้ในการสอบสวน และการใช้ปรากฏการณ์ “อคติมองย้อนเหตุการณ์” การเรียนรู้ขององค์กรและความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบ ต้องอาศัยวิธีการเชิงระบบที่มีฐานคิดกว้าง

RCA เป็นวิธีการเชิงระบบที่มีโครงสร้างชัดเจน สำหรับการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่มีผลเสียขั้นรุนแรงต่อผู้ป่วย นักศึกษามีโอกาสน้อยมากที่จะมีส่วนร่วมในการทำ RCA แต่เมื่อเริ่มเข้าปฏิบัติงานควรหาโอกาสเข้าร่วมกระบวนการทำ RCA

กลวิธีและรูปแบบการสอน

การฝึกหัดในสถานการณ์จำลอง

ควรสร้างสถานการณ์จำลอง (scenarios) แบบต่างๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และความจำเป็นของการรายงานและการวิเคราะห์ความผิดพลาด การฝึกหัดปฏิบัติง่ายๆ ที่แสดงถึงความผิดพลาดที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทำอย่างไรสามารถนำมาใช้ได้ และนักศึกษาควรได้รับการกระตุ้นให้ฝึกกลวิธีในการจัดการความผิดพลาด

การบรรยายแบบสอน/แบบปฏิสัมพันธ์

ใช้สไลด์ที่แนบมาด้วยเป็นคู่มือสำหรับครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดของหัวข้อนี้ สไลด์เพาเวอร์พอยท์สามารถเปลี่ยนเป็นสไลด์สำหรับเครื่องฉายข้ามศีรษะได้ เริ่มต้นการสอนด้วยกรณีศึกษาที่ได้จากเหตุการณ์การศึกษา หรือให้นักศึกษาระบุความผิดพลาดที่เพิ่งทำให้เกิดขึ้นเมื่อเร็วๆ นี้

การอภิปรายกลุ่มย่อย

การอภิปรายกลุ่มย่อยสามารถใช้กรณีความผิดพลาดที่พบบ่อยในปฏิบัติงาน โดยการขอให้นักศึกษาหนึ่งคนหรือมากกว่าเป็นผู้นำอภิปรายเกี่ยวกับด้านต่างๆ ของหัวข้อนี้ นักศึกษาอาจอภิปรายตามหัวข้อย่อยที่มีอยู่ในหัวข้อนี้และนำเสนอเนื้อหา ครูประจำกลุ่มควรมีความคุ้นเคยกับเนื้อหาจะได้เพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อมทางคลินิกของท้องถิ่นนั้นได้

กิจกรรมการสอนอื่น ๆ

วิธีต่าง ๆ เพื่อให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับด้านต่างๆ ของหัวข้อนี้ ประกอบด้วย

- ให้นักศึกษาจัดบันทึกเกี่ยวกับความผิดพลาดและสถานการณ์เกือบพลาดที่สังเกตพบ (เกิดอะไรขึ้น จัดประเภทของความผิดพลาด ให้ข้อเสนอแนะว่าจะทำอะไรเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่คล้ายๆ กันนี้อาจเกิดขึ้นอีก)
- เลือกกรณีศึกษาที่ได้เสนอมาข้างต้นและจัดฉาก เพื่อการอภิปรายถึงความผิดพลาดที่พบบ่อยในการบริการสุขภาพ
- ใช้ตัวอย่างจากสิ่งที่ตีพิมพ์หรือที่ออกอากาศ
- ใช้ตัวอย่างที่ไม่ระบุชื่อจากคลินิกหรือจากการปฏิบัติงานของตนเอง
- ใช้กรณีศึกษาเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาระดมสมองเกี่ยวกับความผิดพลาดที่เป็นไปได้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- นำบทเรียนของความผิดพลาดและความล้มเหลวของระบบจากภาคอุตสาหกรรมอื่นมาเป็นตัวอย่าง
- เชิญบุคลากรวิชาชีพอื่น เช่น วิศวกรหรือนักจิตวิทยา มาอภิปรายทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องสาเหตุของความผิดพลาด วัฒนธรรมของความปลอดภัย และบทบาทของการรายงานเรื่องความผิดพลาดเพื่อความปลอดภัย
- เชิญผู้ให้บริการสุขภาพอาวุโสที่นับถือมาพูดเกี่ยวกับความผิดพลาดที่เขาเคยทำ
- เชิญเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลมาพูดคุยกับนักศึกษาถึงการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และผลลัพธ์ รวมทั้งเรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่ในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ
- เชิญเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านคุณภาพและความปลอดภัยมาพูดเกี่ยวกับระบบที่ใช้ในที่ปฏิบัติงาน เพื่อลดความผิดพลาดและการจัดการเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงาน/ระบบ
- อภิปรายความแตกต่างระหว่างความล้มเหลวของระบบ การฝ่าฝืนและความผิดพลาด (ดูหัวข้อที่ 4)

- ใช้กรณีศึกษามาวิเคราะห์หาวิธีการต่างๆเพื่อจัดการเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- มีส่วนร่วมหรือเข้าสังเกตการณ์ในการทำ RCA

กิจกรรมสำหรับนักศึกษาในที่ปฏิบัติงานหรือที่คลินิก

นักเรียนถูกขอร้องให้

- เข้าร่วมการสอบสวนในการทำ RCA
- ค้นหาว่าสถานบริการสุขภาพของเขา มีการจัดประชุมการป่วยและการเสียชีวิตหรือไม่ หรือมีเวทีการทบทวนร่วมกับเพื่อนร่วมงานเพื่อทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- คุยกันเองถึงความผิดพลาดที่สังเกตได้ในสภาพแวดล้อมของที่ปฏิบัติงานของตนเอง ใช้วิธีการเข้าถึงแบบไม่ตำหนิ ไม่เพียงแต่ขอให้นักศึกษาระบุความผิดพลาด แต่ขอให้บอกถึงกลวิธีที่สามารถใช้เพื่อป้องกันด้วย
- เลือกคลินิกหรือหน่วยบำบัดรักษาแห่งหนึ่งที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติอยู่ ให้นักศึกษานึกถึงความผิดพลาดหลักๆ ของที่นั่น และถามถึงขั้นตอนที่ทำให้ลดความผิดพลาดลงได้ และการเรียนรู้จากสิ่งที่พบ

กรณีศึกษา

ข้อควรระวังในการให้ยาวินคริสติน

กรณีศึกษาดังต่อไปนี้มีความเกี่ยวข้องกับการให้ยาวินคริสติน (Vincristine) และเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ตามมา

ฮ่องกง 7 กรกฎาคม 2007

ผู้หญิงอายุ 21 ปี เสียชีวิตเนื่องจากความผิดพลาดในการฉีดวินคริสติน โดยผู้ป่วยถูกฉีดยาเข้าทางน้ำไขสันหลัง การสอบสวนกำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการ วินคริสติน (และสารอัลคาลอยด์วินคาอื่น ๆ) ควรให้โดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำเท่านั้น โดยผ่านทางถุงเล็ก ๆ วินคริสตินเป็นยาเคมีบำบัดที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ควรให้ทางหลอดเลือดดำเพียง

อย่างเดียว และไม่ควรถูกให้ทางอื่นเลย ผู้ป่วยที่ได้รับยาวินคริสตินมักจะได้รับการบำบัดอื่นๆทางน้ำไขสันหลังด้วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติของการรักษา แนวปฏิบัตินี้ได้นำไปสู่ความผิดพลาดของการให้ยาวินคริสตินเข้าทางน้ำไขสันหลัง ตั้งแต่ปี ค.ศ.1968 ได้มีการรายงานความผิดพลาดนี้แล้วถึง 55 ครั้งจากที่ต่างๆ ทั่วโลก ได้มีการเตือนกันมาตลอดและให้มีการติดฉลากวิธีใช้ที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามความผิดพลาดในการใช้วินคริสตินก็ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การเสียชีวิตเมื่อเร็วๆ นี้และสถานการณ์เกือบพลาด

สหรัฐอเมริกา พฤศจิกายน 2005

ผู้ชายอายุ 21 ปี อยู่ในระหว่างการรักษาด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดที่มีไข่อัดคั่น (non-Hodgkin's lymphoma) หลอดฉีดยาที่บรรจุยาวินคริสตินสำหรับผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง ถูกนำมาวางที่เตียงของผู้ป่วยรายนี้โดยบังเอิญ แพทย์ได้ให้ยาวินคริสตินทางน้ำไขสันหลังโดยคิดว่าเป็นยาตัวอื่น ไม่มีใครรู้ว่าเกิดความผิดพลาดขึ้นและผู้ป่วยเสียชีวิตในอีกสามวันต่อมา

สเปน ตุลาคม 2005

ผู้หญิงอายุ 58 ปี เข้ารับการรักษาด้วยโรคเดียวกัน วินคริสตินถูกเตรียมมาในหลอดฉีดยา ขนาด 20 มิลลิลิตร แล้วถูกส่งมาพร้อมกับยาอีกสองชนิด ซึ่งรวมทั้งยาเมโทเทรกเซท (methotrexate) หลอดยาใดต้องให้ทางไหนไม่ได้รับระบุไว้ ยาถูกฉีดเข้าน้ำไขสันหลังเวลาเที่ยง โลหิตแพทย์มีงานยุ่งมากและขอความช่วยเหลือจากแพทย์ผู้หนึ่ง ซึ่งไม่ได้มีส่วนร่วมในการให้ยาทางน้ำไขสันหลังมาระยะหนึ่ง การให้ยาทำในห้องผู้ป่วย พยาบาลที่ช่วยเหลือไม่คุ้นเคยกับวิธีการให้ยานี้เช่นกัน หลอดฉีดยาขนาด 20 มิลลิลิตรที่บรรจุวินคริสตินถูกส่งให้แพทย์และแพทย์ก็เริ่มฉีดยานั้น หลังจากที่ได้ไปได้ประมาณ 2 มิลลิลิตร แพทย์ได้สังเกตเห็นขนาดของหลอดฉีดยาจึง

ได้หยุดการให้และตระหนักในความผิดพลาด ผู้ป่วยเสียชีวิตอีกประมาณ 100 วันต่อมา

ออสเตรเลีย 2004

ผู้ชายอายุ 28 ปี เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดเบอร์กิต (Burkitt's lymphoma) ได้รับยาเมโทเทรกเซททางน้ำไขสันหลัง แพทย์ได้เขียนบันทึกไว้ว่า “ได้ให้ยาวินคริสทีนและยาเมโทเทรกเซททางน้ำไขสันหลังตามที่กำหนดแล้ว” ฉลากเตือนบนวินคริสทีนไม่สมบูรณ์ พิมพ์ด้วยตัวพิมพ์ขนาดเล็กและแพทย์อ่านในห้องที่มืด ไม่มีใครรู้ว่าเกิดความผิดพลาดขึ้นจนกระทั่ง 5 วันต่อมาหลังจากผู้ป่วยมีอาการอัมพาตของขาทั้งสองข้าง และผู้ป่วยเสียชีวิต 28 วันต่อมา

คำถาม

- ปัจจัยอะไร ที่มีอยู่ที่เป็นสาเหตุของความผิดพลาดในตัวอย่างข้างต้น
- ขั้นตอนอะไร ที่องค์กรควรทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าเหตุการณ์ที่ร้ายแรงนี้จะไม่เกิดขึ้น
- หากท่านเป็นผู้จัดการโรงพยาบาล ท่านจะอย่างไรในแต่ละกรณีข้างต้น

แหล่งข้อมูล: World Health Organization, SM/MC/IEA.115 (http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_115_vincristine.pdf; accessed 20 February 2011).

พยาบาลเฝ้าปากเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดและป้องกันผู้ป่วยจากผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์

กรณีนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าปากขึ้นมาหากมีสิ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในขณะที่การหกรือของทิมก่อนลงมือผ่าตัดใกล้จะสิ้นสุด มีพยาบาล
ผู้หนึ่งไ้เ่อยปากและรายงานว่ “ผู้ป่วยมีคอนแทคเลนส์อยู่ใ้ตาข้างซ้าย”

วิสัญญีแพทย์ถามว่เป็นชนิดถาวรหรือไม่ พยาบาลยืนยันว่เป็น
ชนิดเปลี่ยนได้ วิสัญญีแพทย์สอบถามผู้ป่วยว่ทำไมยังใส่คอนแทคเลนส์อยู่
แต่ผู้ป่วยไ้รับยาสลบแล้ว จึงไม่สามารถตอบคำถามได้ พยาบาลจึงอธิบาย
แทนว่ผู้ป่วยจะมองอะไรไม่เห็นหากไม่ใส่คอนแทคเลนส์ วิสัญญีแพทย์
อธิบายแก่ทิมผ่าตัดว่ ผู้ป่วยไม่ควรมีคอนแทคเลนส์ในขณะวางยาสลบ
และผู้ป่วยไม่ควรถูกวางยาขณะที่ยังมีคอนแทคเลนส์อยู่ สมาชิกคนหนึ่ง
ของทิมถามวิสัญญีแพทย์ว่ เขาต้องการเอาคอนแทคเลนส์ออกหรือไม่
วิสัญญีแพทย์ตอบว่ “เอ่อ เขาไม่ควรถูกวางยาสลบขณะที่ใส่อยู่”

แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมไ้ช่วยเอาคอนแทคเลนส์ออก ผู้ป่วย
ขออะไรบางอย่างที่จะใช้เก็บคอนแทคเลนส์ ดังนั้นน้ำเกลือจึงถูกจัดมา และ
คอนแทคเลนส์ถูกเก็บในภาชนะเล็ก ๆ ที่มีน้ำเกลือ

คำถาม

- พยาบาลผู้เตรียมการผ่าตัดไ้ทำเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์อะไรแก่
ผู้ป่วยรายนี้ มีอะไรที่อาจทำได้เพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ทำนอง
เดียวกันนี้เกิดขึ้นอีกในอนาคต

แหล่งข้อมูล: The WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical
Schools working group. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate
Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

การให้ยาคิดในห้องคลอด

กรณีศึกษาต่อไปนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยหลาย ๆ อย่าง สามารถทำให้
เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ โดยไม่ไ้คาดคิดมาก่อน

ผู้หญิงอายุ 25 ปีตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 32 สัปดาห์มาถึงห้อง
ฉุกเฉินด้วยอาการปวดหลังเป็นอย่างมาก เธอถูกจัดแยกประเภทตาม
ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และถูกส่งไปยังห้องคลอดที่วุ่นวายและมี

เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ สายวัดเพื่อติดตามทารกแสดงการหดตัวของมดลูก ในทุก 8-10 นาที สูติแพทย์ตรวจผู้ป่วยและแนะนำให้หยุดยาโทโคไลติก (tocolytic drugs) อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการบีบตัวของมดลูก และหลีกเลี่ยง การคลอดก่อนกำหนด

ผดุงครรภ์ทั้งหมดกำลังยุ่งอยู่กับผู้ป่วยอื่นๆที่กำลังคลอด และ นักศึกษาผดุงครรภ์คนหนึ่งถูกขอร้องให้เตรียมยา เธอไม่ทราบประวัติของ ผู้ป่วยรายนี้ และวิตกกังวลที่จะสอบถามอาจารย์ที่ปรึกษาของเธอ ถึงแม้จะ ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ตั้งครรภ์ได้ 32 สัปดาห์ แต่นักศึกษาไม่ได้ประเมินระดับ ความสูงของมดลูก นักศึกษาได้เตรียมและให้ยาออกซิโทซิน (สำหรับกระตุ้น ให้มดลูกบีบตัวมากขึ้น) แทนที่จะให้ยาโทโคไลติกเพื่อหยุดการบีบตัวของ มดลูก ความผิดพลาดนี้เกิดขึ้นโดยไม่มีใครรู้เป็นเวลาหลายชั่วโมง และวัน รุ่งขึ้นผู้ป่วยคลอดลูกก่อนกำหนด ทารกถูกส่งตัวไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตทารก แรกคลอด เนื่องจากมีปัญหาในการหายใจที่รุนแรง

อภิปราย

- อภิปรายผู้ป่วยรายนี้โดยการตรวจสอบปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ปัจจัย นักศึกษา ปัจจัยผู้ป่วย ปัจจัยอาจารย์ที่ปรึกษา ปัจจัยองค์กร และ ปัจจัยสภาพแวดล้อม
- เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นี้สามารถหลีกเลี่ยงได้อย่างไร

แหล่งข้อมูล: Case supplied by Andrea Stiefel, MSc, Zurich University of Applied Sciences, Winterthur, Switzerland.

การเสียชีวิตของเด็กคนหนึ่ง

อ่านกรณีศึกษาในบทนำของหัวข้อนี้ และถามนักศึกษาเพื่อตอบ คำถามต่อไปนี้

- ใช้วิธีการเชิงระบบ พิจารณาว่าจะทำอะไรที่ต่างไปจากเดิม ณ จุดต่างๆ ของเรื่องนี้ได้บ้าง ในห้องทันตกรรม คลินิกเคลื่อนที่ และ โรงพยาบาล
- การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยเคลื่อนที่กับโรงพยาบาลที่ต่าง

ไปจากเดิมเป็นเช่นไร เพื่อมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษา
ได้ทันที

- ข้อควรระวังอะไรที่ควรมีในสถานบริการทางคลินิก เพื่อป้องกัน
อุบัติเหตุการเป็นพิษในเด็ก

แหล่งข้อมูล: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant,
Ealing and Harrow Community Services, National Health Service,
London, UK.

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

แหล่งค้นคว้าสำหรับข้อมูลเรื่องความผิดพลาดทางการแพทย์และ
หัวข้อที่เกี่ยวข้องสามารถหาได้จากเว็บไซต์ของ AHRQ (<http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm>; accessed 21 February 2011).

การประเมินความรู้ของหัวข้อนี้

การประเมินมีหลากหลายวิธีที่เหมาะสมสำหรับหัวข้อนี้ ซึ่งประกอบ
ด้วย ข้อสอบอัตนัย, MCQ, shortBAQ, CBD และการประเมินตนเอง ให้
นักศึกษาหนึ่งคนหรือหลายคน นำการอภิปรายถึงการสอบสวนเหตุการณ์
ที่ไม่พึงประสงค์ หรือทำการจำลองการทำ RCA ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะแสดง
ความเข้าใจของนักศึกษาได้เป็นอย่างดี

การประเมินการสอนหัวข้อนี้

การประเมินเป็นเรื่องสำคัญในการทบทวนถึงว่าสอนไปอย่างไร และ
การปรับปรุงสามารถทำได้อย่างไร ให้ดูคู่มือผู้สอน (ส่วน A) เพื่อให้ได้ข้อมูล
เรื่องการสอนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

2. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
3. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768-770.
4. Reason JT. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:28-33.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns’ working hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838-1848.
7. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
8. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of preregistration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22-25.
9. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing medical harm from a systems perspective: a medical director’s personal reflections. *Academic Medicine*, 2002, 77:993-1000.
10. Flin R et al. Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 2006.
11. Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*, 3rd ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2000.
12. *Root cause analysis*. Washington, DC, Veterans Affairs National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs (<http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html>; accessed 20 February 2011).

13. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences, 2005.
14. Institute for Safe Medication Practices. Error prone conditions can lead to student nurse related medication mistakes. *Medical News Today*, 20 October 2007 (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/86983.php>; accessed 20 February 2011).
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 5 การเรียนรู้จากความผิดพลาดเพื่อการป้องกันอันตราย

การบรรยายไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หากต้องการบรรยาย เป็นความคิดที่ดีโดยการวางแผนให้นักศึกษาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและอภิปรายด้วยระหว่างการบรรยาย การใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยทำให้เกิดการอภิปรายกลุ่ม อีกวิธีคือการถามนักศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะทำให้ประเด็นที่อยู่ในหัวข้อนี้ได้มีการอภิปรายกัน เช่น วัฒนธรรมการตำหนิ ธรรมชาติของความผิดพลาด และวิธีการจัดการแก้ปัญหาในภาคอุตสาหกรรมอื่น

สไลด์ของหัวข้อที่ 5 ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้สอนถ่ายทอดเนื้อหาของหัวข้อนี้ สไลด์ที่จัดไว้ให้สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ได้ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องใช้สไลด์ทั้งหมด และเป็นการดีที่สุดหากจะปรับสไลด์ให้เหมาะกับเนื้อหาที่จะสอนในชั่วโมงนั้น

หัวข้อที่ 6

การทำความเข้าใจและการจัดการ กับความเสียหายทางคลินิก

ผลลัพธ์ที่ไม่ได้ต้องการจากความไม่สนใจต่อแท่งที่ถูกพาดับและเปิดไว้

บิดาพยาบาลสาววัย 2 ขวบชื่อ เฮา (Hao) มายังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลประจำเขต (regional hospital) ในเย็นวันศุกร์ เมื่อไม่กี่วันก่อนหน้านี้เฮาเป็นหวัดและมารับการตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอก ครั่งนี้เฮาต้องพักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปอดบวม เธอถูกเปิดเส้นเลือดดำที่เท้าซ้ายด้านบนและมีผ้าพันแผลปิดไว้ จากนั้นถูกย้ายไปยังหอผู้ป่วยซึ่งมีทีมพยาบาลและแพทย์ให้การดูแลและตรวจเยี่ยมในช่วงวันหยุดนั้น อย่างไรก็ตามไม่มีการตรวจเช็คผ้าพันแผลจนเย็นวันอาทิตย์ (อีกเกือบ 48 ชั่วโมงต่อมา) ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ผิวน้ำที่ถูกละลายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลที่ผิวหนังได้ในเด็กเล็ก ใน 8-12 ชั่วโมง เมื่อเปิดผ้าพันแผลพบว่า ที่สันเท้าซ้ายมีลักษณะเน่าเปื่อย (necrosis) และเป็นแผลลึก (ulcers) ที่หลังเท้า หลังจากจำหน่ายเฮาได้รับการรักษาแผลต่อที่แผนกผู้ป่วยนอก และในที่สุดเฮาจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเด็กที่ใหญ่แห่งหนึ่ง นอกจากนี้เฮายังมีปัญหาด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ที่เธอได้รับมา

แหล่งข้อมูล: Case studies-investigations, Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000:59, Sydney, New South Wales, Australia.

บทนำ-ทำไมความเสียหายทางคลินิกจึงเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

การจัดการความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ทำเป็นประจำในภาคอุตสาหกรรม เป็นส่วนใหญ่ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดี และเช่นเดียวกับการบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจะฟ้องร้องผู้ให้บริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพ บริษัทต่างๆ จึงพยายามใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการสูญเสียทางการเงิน การโกง (fraud) หรือความล้มเหลวในการสร้างผลผลิตให้ได้ตามที่คาดการณ์ไว้ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหาเหล่านี้ดังที่ได้อธิบายในกรณีศึกษาข้างต้น โรงพยาบาลและองค์กรสุขภาพต่างๆ ใช้วิธีการที่หลากหลายมาจัดการความเสี่ยง อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยง ขึ้นอยู่กับการสร้างและการคงไว้ซึ่งระบบที่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย การออกแบบวิธีการลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการปรับปรุงการปฏิบัติงานของบุคลากร [1] โรงพยาบาลคลินิก และสถานบริการหลายแห่ง ได้สร้างระบบการจัดการความเสี่ยงและดำเนินการได้ดี มีการรายงานการหกล้มของผู้ป่วย ความผิดพลาดทางการให้ยา การมีผ้าเช็ดเลือดค้าง และการรักษาผู้ป่วยผิดคน อย่างไรก็ตามสถานบริการส่วนใหญ่เพิ่งเริ่มให้ความสำคัญในทุกแง่มุมของการดูแลในคลินิกเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

นักศึกษาและผู้ให้บริการสุขภาพ มีความรับผิดชอบที่จะต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ให้ถูกต้อง เมื่อพบว่ามีสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น การทำพื้นที่เปียกให้แห้งเพื่อการป้องกันผู้ป่วยลื่นหกล้ม มีความสำคัญเท่าเทียมกันกับการป้องกันการให้ยาผิดพลาด ในกรณีที่ผู้ป่วยลื่นล้มหรือได้รับยาผิด เป็นเรื่องสำคัญที่นักศึกษาควรเขียนรายงานเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ทำนองเดียวกัน ในขณะที่พยาบาลทำหน้าที่รายงานเหตุการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานแล้ว ณ วันนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพทุกสาขาก็ถูกคาดหวังให้รายงานเหตุการณ์และเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น แม้ว่านักศึกษาจะเคยสังเกตเห็นผู้อาวุโสไม่รายงาน แต่นักศึกษาคควรตระหนักไว้ว่าวัฒนธรรมของการรายงานทำให้การบริการสุขภาพมีความปลอดภัยกว่าการที่ไม่รายงาน ผู้ให้บริการสุขภาพอาวุโสที่มีภาวะผู้นำจะแสดงให้เห็นถึงคุณค่าของการมีวัฒนธรรมในการรายงานอุบัติการณ์

การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวข้องกับทุกระดับในงานบริการสุขภาพ ด้วยเหตุผลนี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนจะต้องเข้าใจการจัดการความเสี่ยง และเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลวิธีการจัดการความเสี่ยง และความสัมพันธ์กับสถานที่ปฏิบัติ อย่างไรก็ตามแม้ว่าสถานบริการจะมีนโยบายให้รายงานอุบัติการณ์ เช่น การหกล้ม ตกเตียง ให้อาเจียน แต่การรายงานมักสม่ำเสมอ พยาบาลบางคนเคร่งครัดกับการรายงาน ในขณะที่แพทย์มักมองไม่เห็นประโยชน์ของการรายงาน เพราะไม่เห็นว่ามีอะไรดีขึ้น นักศึกษาสามารถเริ่มฝึกการรายงานเหตุการณ์ได้ โดยพูดกับทีมดูแลความเสี่ยงและความผิดพลาดเกี่ยวกับการรายงานความผิดพลาดและกลวิธีที่มีอยู่ ณ ที่นั้นที่จะจัดการและหลีกเลี่ยงเหตุการณ์เหล่านั้น

บทบาทของผู้เป่านกหวีด (คือบุคคลที่หยิบยกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำผิดในองค์กรขึ้นมา) ในงานบริการสุขภาพไม่ได้มีประวัติศาสตร์ที่ตึกทั้งที่มีหลักฐานว่าผู้เป่านกหวีดส่วนใหญ่ได้พยายามแก้ไขปัญหาคือดีขึ้นโดยผ่านช่องทางมาตรฐาน การฟ้องร้องปฏิเสธหรือไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ทำให้ผู้ที่มองเห็นปัญหาต้องนำเสนอต่อผู้รับผิดชอบที่สูงกว่า กฎหมายที่จะปกป้องผู้เป่านกหวีดไม่ได้มีในทุกประเทศ ในขณะที่ไม่มีการเรียกร้องให้ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นฮีโร่ผู้เป่านกหวีด แต่เขาก็ทำหน้าที่ปกป้องผู้ป่วยที่เขาดูแล งานวิจัยได้แสดงว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่คุ้นเคยกับการรายงานเหตุการณ์มากกว่าผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ การรายงานไม่เพียงพออาจมาจากสาเหตุวัฒนธรรมการตำหนิของวงการสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการรายงาน ปัจจุบันโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ที่จะปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัย นอกจากนี้ยังเป็นการลดความเสี่ยงจากการฟ้องร้องและการสูญเสียอื่นๆ (ศีลธรรมประจำใจของเจ้าหน้าที่ การสูญเสียเจ้าหน้าที่ ความมีชื่อเสียงที่ลดลง) อย่างไรก็ตามความสำเร็จของโปรแกรมนี้นั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย

การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก  เป็นการตระหนักถึงที่มีความจำเพาะเจาะจง เพื่อการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในงานบริการสุขภาพ โดยการระบุสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายและการลงมือปฏิบัติ เพื่อป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยงเหล่านั้น ขั้นตอนง่าย ๆ

4 ขั้นตอนต่อไปนี้ มีการใช้ทั่วไปในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

1. ระบุความเสี่ยง
2. ประเมินความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง
3. ลดหรือกำจัดความเสี่ยง
4. ประเมินค่าใช้จ่ายที่ประหยัดจากการลดความเสี่ยง หรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ต้องนำมาใช้จ่ายในการจัดการความเสี่ยง

นักศึกษาและผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ทั้งหมดจะมีความตระหนกอย่างมากถึงความเสี่ยงต่อผู้ป่วย หัวข้อที่ 1 ในคู่มือหลักสูตรนี้ได้ให้แนวทางถึงขนาดของผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งตรงกันข้ามกับฉากหลัง (backdrop) ที่องค์กรรับรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก การจัดการความเสี่ยงทำให้เกิดการหาความผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ การบริการสุขภาพด้วยตัวของมันเองมีความเสี่ยงซ่อนอยู่ภายใน และแม้ว่าไม่สามารถที่จำกัดความเสี่ยงทั้งหมดได้ แต่มีกิจกรรมและการกระทำที่สามารถจะลดโอกาสที่จะทำให้เกิดความผิดพลาดได้ การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกมีความเกี่ยวข้องกับนักศึกษา เพราะว่าเป็นที่ตระหนักดีว่าการดูแลและการรักษาทางคลินิกเป็นเรื่องที่เสี่ยง และเหตุการณ์ที่เป็นลบอาจเกิดขึ้นได้ นักศึกษา (เช่นเดียวกับผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ) ควรต้องหมั่นสังเก้น้ำหนักระหว่างความเสี่ยงกับผลดีที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ในคลินิก แล้วจึงค่อยลงมือดำเนินการ ประกอบด้วยความตระหนักถึงข้อจำกัดของคนหนึ่งๆ และการขาดประสบการณ์ การขาดการดูแลจากครูผู้สอน นักศึกษาควรรหาข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ผ่านมาในอดีต และมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในความพยายามที่จะป้องกันการเกิดซ้ำ ตัวอย่างเช่น นักศึกษาอาจลองหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาดมือ เพื่อลดการแพร่เชื้อตามแนวปฏิบัติว่ามีผู้ที่ปฏิบัติตามมากน้อยเพียงใด ในความหมายนี้ก็คือนักศึกษาก็จะปฏิบัติตามเชิงรุกก่อนการเกิดปัญหา เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาแทนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ

ความเสี่ยงทางคลินิก การรายงานสถานการณ์เหตุหวิด การรายงานความผิดพลาด การประเมินความเสี่ยง อุบัติการณ์ การติดตามอุบัติการณ์

วัตถุประสงค์ของการเรียน

รู้วิธีการนำหลักการจัดการความเสี่ยงมาใช้ โดยการระบุ การประเมิน และการรายงานถึงอันตรายและโอกาสเสี่ยงในที่ปฏิบัติงาน

ผลลัพธ์ของการเรียน: มีความรู้และปฏิบัติได้

เรื่องที่นักศึกษาต้องรู้

นักศึกษาจำเป็นต้อง

- รู้วิธีการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง
- เข้าใจความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน (fitness-to-practise) ในสาขาวิชาชีพของตน และความรับผิดชอบของบุคคลต่อการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก
- วิธีการรายงานความเสี่ยงหรืออันตรายในที่ปฏิบัติงาน
- รู้ว่าเมื่อใดและอย่างไรที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้แนะนำ ผู้แทน ผู้อำนวยการ หรือบุคลากรอื่นๆ

เรื่องที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้

นักศึกษาจำเป็นต้อง

- เก็บบันทึกการดูแลให้ถูกต้องและครบถ้วน
- มีส่วนร่วมในการประชุมเพื่ออภิปรายการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ตอบสนองอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวหลังจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- ตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อข้อร้องเรียน
- รักษาสุขภาพของตนเอง

การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง

นักศึกษาอาจไม่ได้รับรู้ทันทีถึงโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงที่ใช้ในโรงพยาบาล คลินิก หรือที่ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามสถานบริการต่างๆ ของประเทศส่วนใหญ่ใช้กลไกหลายอย่าง ในการวัดผลเสียที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และกลไกในการหลีกเลี่ยงปัญหา บางประเทศมีข้อมูล
อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่ได้รับการพัฒนาเป็นอย่างดีแล้ว ประเทศ
ออสเตรเลียมีระบบการจัดการขั้นสูงกับอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็น
วิธีการที่สมบูรณ์แบบในการรายงานและวิเคราะห์อุบัติการณ์ องค์การ
ทหารผ่านศึก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดตั้งศูนย์ความปลอดภัยแห่งชาติ
เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้ใช้วิธีการเชิงโครงสร้างที่เรียกว่าการ
วิเคราะห์สาเหตุราก (RCA) เพื่อประเมิน วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาเหล่านี้
(ดูหัวข้อที่ 5 และ 7 สำหรับข้อมูล RCA) →  

หลักการที่อยู่ภายใต้ RCA คือ สาเหตุที่แท้จริง (หรือราก) ของปัญหา
ใดปัญหาหนึ่ง ซึ่งน้อยมากที่จะรับรู้ได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือความ
ผิดพลาด การประเมินปัญหาใดๆ อย่างผิวเผินและเติมไปด้วยอคติ มักไม่ได้
ช่วยในการแก้ปัญหา และเหตุการณ์ทำนองเดียวกันนั้นก็อาจจะเกิดขึ้นอีก

ส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งส่วนหนึ่งของ RCA คือ การนำข้อค้นพบจาก
การวิเคราะห์ไปใช้ คลินิก โรงพยาบาล และองค์กร หลายแห่งล้มเหลวใน
การดำเนินการตามกระบวนการให้ครบถ้วน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่มีหรือไม่
สามารถจัดหาทรัพยากรตามข้อเสนอแนะ หรือเพราะผู้บริหารโรงพยาบาล
ไม่สามารถดำเนินการได้ตามข้อเสนอแนะ

บางองค์กรบริการสุขภาพที่มีข้อบังคับให้มีการรายงานเหตุการณ์ ก็
อาจมีงานล้นมือจนไม่มีเวลา หรืออาจมีทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับการ
วิเคราะห์ ดังนั้นองค์กรบริการสุขภาพหลายแห่งจึงได้นำรหัสการประเมิน
ความรุนแรง เพื่อช่วยระบุว่าอุบัติการณ์ใดมีความเสี่ยงที่รุนแรงมากที่สุด
อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการนำระบบการแยกผู้ป่วยตามความรุนแรงมาใช้กับ
อุบัติการณ์ที่รุนแรงที่สุด แต่ก็ไม่ได้แก้สถานการณ์ที่ลำบากนี้ให้กับบางระบบ

กิจกรรมบางอย่างที่ถูกนำมาใช้บ่อยในการจัดการความเสี่ยงทาง
คลินิก มีดังนี้

การติดตามอุบัติการณ์

การรายงานอุบัติการณ์มีมานานเป็นสิบๆ ปีแล้ว หลายประเทศมี
ฐานข้อมูลระดับประเทศของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เป็นของแต่ละ
สาขา เช่น ศัลยกรรม วิสัญญี และอนามัยแม่และเด็ก องค์การอนามัยโลก

ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่สามารถทำให้เกิดหรือได้ทำให้เกิดอันตราย อาจโดยไม่เจตนาและ/หรือเป็นอันตรายที่ไม่ควรเกิดแก่บุคคล และ/หรือข้อร้องเรียน ความสูญเสีย หรือความเสียหาย ผลลัพธ์ที่สำคัญของการรายงานอุบัติเหตุ อยู่ที่การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการป้องกันเหตุการณ์ทำนองเดียวกันที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต นอกจากการรายงานแล้ว ยังต้องใช้วิธีการเชิงปริมาณมาใช้วิเคราะห์ความถี่ของอุบัติเหตุเหล่านี้

การติดตามอุบัติเหตุแบบเกือหนุน หมายถึงกลไกที่ประกอบด้วย การระบุ การดำเนินการ การวิเคราะห์และการรายงานอุบัติเหตุและความเห็นที่จะป้องกันการเกิดซ้ำ [2] ความสำคัญของระบบการรายงานที่มีประสิทธิภาพอยู่ที่บุคลากรต้องมีการรายงานอุบัติเหตุเป็นประจำ ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแล้วหรือสถานการณ์เกือบพลาด อย่างไรก็ตามหากบุคลากรไม่เชื่อมั่นว่าข้อมูลจะถูกนำไปใช้เพื่อการปรับปรุง และไม่นำมาตำหนิผู้คน เขาก็จะลังเลที่จะรายงานอุบัติเหตุเหล่านั้น ความไว้วางใจยังรวมถึงความเชื่อว่าองค์กรจะปฏิบัติตามข้อมูล หากนักศึกษารายงานอุบัติเหตุการณ์ไปยังอาจารย์ ญาติ หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ แต่ไม่ได้รับความสนใจ นักศึกษาก็มีแนวโน้มที่จะไม่รายงานอุบัติเหตุถึงแม้ว่าจะเกิดขึ้น นักศึกษาควรได้รับกำลังใจหรือการกระตุ้นเตือนจากอาจารย์ให้ทำรายงานอุบัติเหตุ นักศึกษาในวันนี้ในที่สุดก็จะมาเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในวันข้างหน้า เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเพื่อนร่วมงานและนักศึกษาที่อ่อนอาวุโสกว่า

การติดตามอุบัติเหตุที่ทำให้สะดวกขึ้น เป็นกระบวนการระบุและการวิเคราะห์ส่วนใหญ่ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น และความเห็นต่อการปรับปรุงการดูแลให้ดีขึ้น การติดตามแบบนี้เป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องของทีมบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- อภิปรายเกี่ยวกับอุบัติเหตุโดยเป็นหัวข้อหลักในการประชุมเจ้าหน้าที่ประจำสัปดาห์
- ทบทวนทุกสัปดาห์ในด้านที่รู้ว่าเกิดความผิดพลาดขึ้นได้
- อภิปรายอย่างละเอียดเกี่ยวกับข้อเท็จจริงของอุบัติเหตุและการปฏิบัติการแก้ไขที่ตามมา โดยเน้นการอภิปรายเพื่อการศึกษาไม่ใช่เพื่อการตำหนิ

- ระบุประเด็นเกี่ยวกับระบบเพื่อทุกคนจะได้มีส่วนร่วม และเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ จะได้รับรู้ถึงความยากลำบาก

นอกจากการรายงานอุบัติการณ์ที่แท้จริงที่เกิดขึ้น บางองค์กรมีการกระตุ้นให้มีการรายงานสถานการณ์หลุดหวิดด้วย เพราะคุณค่าของการรายงานนี้มีประโยชน์สำหรับการระบุปัญหาใหม่และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดและรู้วิธีการป้องกันก่อนที่จะเกิดอันตรายที่ร้ายแรงขึ้นกับผู้ป่วย สถานการณ์หลุดหวิดเป็นอุบัติการณ์ที่ไม่เป็นอันตราย บางคนเรียกสถานการณ์หลุดหวิดว่า “เกือบเกิดขึ้น (near hits)” เพราะว่าการกระทำที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้รับการแก้ไขได้ทัน หรือไม่มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการรักษาผิด บางสิ่งแวดล้อมที่มีวัฒนธรรมการตำหนิที่เข้มแข็ง การพูดถึงเรื่องสถานการณ์หลุดหวิดอาจจะง่ายกว่าการพูดถึงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วที่มีผลเสียตามมา เพราะจะไม่มีใครถูกตำหนิเนื่องจากยังไม่มีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น เป็นการง่ายกว่าถ้าเภสัชกรอธิบายเกี่ยวกับความผิดพลาดในการจัดยาที่เกือบเกิดขึ้น แล้วถูกตรวจพบในบริบทที่มีระบบการตรวจสอบ ในกรณีเหล่านี้ความผิดพลาดยังไม่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย แต่อาจเกิดขึ้นได้หากไม่มีระบบที่ใช้ระบุและป้องกันอันตราย ณ ที่นั้น ดูตาราง B.6.1 สำหรับการวิเคราะห์การติดตามอุบัติการณ์ที่นอกเหนือจากที่อธิบายข้างต้น

ตาราง B.6.1. ชนิดของอุบัติการณ์ที่พบได้จากการควบคุมกำกับอุบัติการณ์

ชนิดของอุบัติการณ์	% ของรายงาน ^a
ล้ม	29
บาดเจ็บอื่นๆ นอกจากล้ม (เช่น ไฟไหม้ บาดเจ็บจากการกดทับ การถูกทำร้ายร่างกาย การทำร้ายตนเอง)	13
ความคลาดเคลื่อนทางยา (เช่น ละเว้น ให้ขนาดมากเกินไป ให้ขนาดน้อยเกินไป ให้ผิดทาง ให้ยาผิด)	12
ปัญหากระบวนการทางคลินิก (เช่น วินิจฉัยผิด การรักษาไม่เหมาะสม การดูแลไม่ดี)	10
ปัญหาเครื่องมือ (เช่น ไม่มี ออกแบบไม่ดี ใช้ผิด ล้มเหลว ทำงานผิดปกติ)	8

ชนิดของอุบัติการณ์	% ของรายงาน ^a
ปัญหาเอกสาร (เช่น ไม่พอ ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน เก่า ไม่ชัดเจน)	8
สภาพแวดล้อมที่เป็นอันตราย (เช่น ปนเปื้อน ทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อไม่เพียงพอ)	7
ทรัพยากรไม่เพียงพอ (เช่น เจ้าหน้าที่ขาด ไม่อยู่ ไม่มีประสบการณ์ ไม่ได้รับคำแนะนำ)	5
ปัญหาการจัดการ (เช่น ปัญหาในการรับผู้ป่วยนอนรักษา การรักษา การเคลื่อนย้าย การตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน)	4
ปัญหาการบริหาร (เช่น การนิเทศไม่พอเพียง ขาดทรัพยากร การตัดสินใจในการจัดการไม่ดี)	2
ปัญหาการหยุดยั้งน้ำและยา (ไม่ได้ให้ ให้ผิดอัตรา)	1
ปัญหาโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น ไฟฟ้าดับ เติ่งไม่พอ)	1
ปัญหาทางโภชนาการ (เช่น ให้กินขณะที่ให้อาหาร อาหารผิด อาหารปนเปื้อน ปัญหาในการสั่ง)	1
ปัญหาการใช้สารคอลลอยด์และผลิตภัณฑ์จากเลือด (เช่น ไม่ได้ให้ ให้น้อยไป ให้มากเกินไป ปัญหาในการเก็บ)	1
ปัญหาเกี่ยวกับออกซิเจน (เช่น ไม่ได้ให้ ให้มากเกินไป ให้น้อยไป หยุดเร็วไป หามาใช้ไม่ทัน)	1

^a An incident may be assigned to more than one category.

แหล่งข้อมูล: Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in health care: a guide to getting it right, 2007 [3].

เหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ (Sentinel events)

เหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษคือ “เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ควรปล่อยให้เกิดขึ้น” [3] และมักเกิดขึ้นแบบไม่ได้คาดคิด และมักเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือการบาดเจ็บอย่างรุนแรงทางร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วย แนวโน้มในปัจจุบันหลายประเทศทำการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยการจัดลำดับความสำคัญของความรุนแรงของเหตุการณ์ คำว่า เหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ เป็นคำที่กำหนดให้ใช้กับเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุด

สถานบริการหลายแห่งมีข้อบังคับให้รายงานเหตุการณ์ชนิดนี้ เพราะว่ามีความเสี่ยงที่สำคัญเกิดขึ้นร่วมกับการเกิดซ้ำ เหตุการณ์เหล่านี้มักถูกแบ่งเป็นกลุ่มๆ (เช่น การผ่าตัดผิดข้าง การให้เลือดผิดกลุ่ม การให้ยาผิดที่ทำให้เสียชีวิต การถอนฟันผิดซี่ การส่งเด็กเกิดใหม่ผิดคนให้แก่มารดาและอื่นๆ) เหตุการณ์ที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มที่จัดขึ้นแล้วให้อยู่ในกลุ่ม “เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเสียหายมากอื่นๆ” ซึ่งกลุ่มนี้มีประมาณครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุดทั้งหมดที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา และมากกว่าสองในสามที่เกิดขึ้นในประเทศออสเตรเลีย [3] สาเหตุของเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุดนี้มีหลายสาเหตุ และยังไม่ได้รับการตรวจสอบ ดังนั้นจึงมีผลที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เสียหายมากแก่ผู้ป่วย

บทบาทของการร้องเรียนในการปรับปรุงการดูแลให้ดีขึ้น

คำจำกัดความของการร้องเรียนหมายถึง การแสดงความไม่พอใจของผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแลต่อการดูแลที่จัดให้ เนื่องจากนักศึกษาจะเป็นผู้ให้การรักษากายใต้คำแนะนำหรือการนิเทศของอาจารย์ เขาอาจถูกระบุชื่อในคำร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลรักษา นักศึกษาจะรู้สึกอ่อนไหวกับสิ่งที่เกิดขึ้น และวิตกกังวลว่าจะถูกหรืออาจมีผลต่อการประกอบวิชาชีพ

นักศึกษาและผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ อาจรู้สึกอึดอัดเสียใจ โกรธ หรือพยายามปกป้องตนเอง ถ้าถูกระบุชื่อในคำร้องเรียนและมีความเชื่อว่าคำร้องเรียนนั้นไม่สมเหตุสมผลในขณะที่การร้องเรียนจากผู้ป่วยหรือครอบครัวเป็นการที่น่าความลำบากใจมาให้ แต่เป็นโอกาสดีที่จะทำให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติในวิชาชีพให้ดีขึ้น และฟื้นฟูความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย และทีมดูแลรักษา [4] การร้องเรียนมักชี้ให้เห็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ เช่น เรื่องการสื่อสารที่ไม่ดีหรือการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ปัญหาในการสื่อสารเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการร้องเรียน เช่นเดียวกับการรักษาและการวินิจฉัย การร้องเรียนเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ หากนักศึกษาหรือผู้ให้บริการสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่า เขาได้รับการดูแล ได้รับความสนใจหรือใส่ใจ ไม่ว่าด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม

นักศึกษาที่เพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติงานในวิชาชีพของเขา กำลังเรียนรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิกและการดูแลผู้ป่วย และกำลังพิจารณาว่าความซับซ้อนยุ่งยากของงานเหล่านี้จะเป็นอย่างไร ดังนั้นไม่น่าแปลกใจว่าการสื่อสารที่ผิดหรือการดูแลที่ไม่เหมาะสมอาจเกิดขึ้นได้ การร้องเรียนของผู้ป่วยช่วยให้พบบางอย่างในกระบวนการดูแลที่ต้องปรับปรุง การร้องเรียนอาจทำให้มีการแนะนำ และการนิเทศนักศึกษาให้ดีขึ้นในสถานบริการนั้นๆ ข้อมูลจากการร้องเรียนยังสามารถนำไปใช้ในการศึกษา และให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการสุขภาพว่าจุดใดเป็นปัญหา

นอกจากประโยชน์ที่กล่าวมาข้างต้น การร้องเรียนยังมีประโยชน์อื่นๆ คือ [4]

- ช่วยให้มีมาตรฐานการดูแลรักษาอยู่ในระดับสูง
- ลดความถี่ของการฟ้องร้อง
- ช่วยรักษาความไว้วางใจในวิชาชีพ
- ช่วยกระตุ้นให้มีการประเมินตนเอง
- ป้องกันสาธารณชนไม่ได้รับความเสี่ยงจากการรักษา

นักศึกษาควรรู้ว่าผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่อาจถูกร้องเรียนในการประกอบวิชาชีพ และสิ่งนั้นไม่ได้หมายความว่า ท่านไม่มีความสามารถหรือเป็นคนเลว แม้กระทั่งคนที่มีคุณธรรมและมีความชำนาญมากที่สุดก็อาจจะทำผิดได้ บางครั้งผู้ป่วยอาจมีความคาดหวังที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ความผิดพลาดในการดูแลรักษาเป็นส่วนย่อยหนึ่งของความผิดพลาดของมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนทำผิดพลาดได้

หากนักศึกษามีส่วนเกี่ยวข้องกับการร้องเรียน หรือถูกร้องเรียนเอง ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ เขาควรที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผยกับคนที่ร้องเรียนโดยมีผู้อาวุโสอยู่ด้วย หากองค์กรสุขภาพนั้นต้องการให้นักศึกษาเขียนรายงานการกระทำของเขา ข้อความนั้นต้องตรงกับความเป็นจริง และสัมพันธ์โดยตรงกับส่วนที่เขาเกี่ยวข้อง ควรให้ผู้สอนหรือผู้สังเกตตรวจสอบเสมอถ้ามีคำร้องเรียนที่เป็นลายลักษณ์อักษรและต้องการคำชี้แจง ซึ่งสถานบริการมักจะมียุทธศาสตร์สำหรับการจัดการกับการร้องเรียนอยู่แล้ว

การร้องเรียนและความวิตกกังวลที่มีต่อความรับผิดชอบของปัจเจก

จากมุมมองของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถขอให้มีการตรวจสอบสิ่งที่เขากังวลใจ เพื่อดูว่าการดูแลที่ได้รับนั้นเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ หลังจากการตรวจสอบหรือการสอบสวนสถานการณ์แล้ว อาจเห็นชัดเจนมากขึ้นว่าหัวใจสำคัญของการเกิดปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับระบบ แต่เป็นไปได้ว่าทีมของผู้รักษาพยาบาลหรือผู้ให้บริการอาจมีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี ตัวอย่างเช่น มีการทำข้ามขั้นตอนหรือฝ่าฝืนแนวปฏิบัติ การดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ทำให้ได้รับการดูแลที่น้อยกว่าที่ควรจะได้รับ การไม่ทำตามแนวปฏิบัติหรือมีการฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของสถานบริการ

ตัวอย่างเช่น การที่บุคลากรผู้ให้บริการไม่ล้างมือหรือล้างไม่ถูกวิธี ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของการติดเชื้อจากผู้ป่วยคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ในช่วงเริ่มต้นของการสอบสวนควรจะใช้วิธีการเชิงระบบ แต่สิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญคือ บุคลากรทุกคนต้องมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นไปได้ว่าบุคลากรท่านหนึ่งทำผิด เนื่องจากไม่ยอมรับมาตรฐานของการดูแล

การสอบสวนทางนิติเวช

ประเทศส่วนใหญ่มีระบบเพื่อหาสาเหตุของการเสียชีวิต เจ้าหน้าที่นิติเวชหรือนิติแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบในการสอบสวนการเสียชีวิต ในสถานการณ์ที่สาเหตุการเสียชีวิตยังไม่แน่ชัด หรือคิดว่าเป็นการเสียชีวิตที่ผิดจริยธรรม หรือผิดกฎหมาย เจ้าหน้าที่นิติเวชมักมีอำนาจที่กว้างมากกว่าศาล และหลังจากที่รายงานความเป็นจริงก็จะเสนอแนะวิธีแก้ปัญหาแนวกว้างของระบบ

ความต้องการความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน (Fitness-to-practise requirements)

นักศึกษาและผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนต้องรับผิดชอบต่อการทำของตน และการปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ให้บริการสุขภาพ ทุกคนรับผิดชอบต่อการทำของตน ตามที่เห็นว่าควรปฏิบัติในแต่ละสถานการณ์ มีสิ่งที่เกี่ยวข้องต่อการต้องรับผิดชอบคือ แนวคิดของความพร้อมที่จะปฏิบัติ

ทำไมความพร้อมที่จะปฏิบัติจึงเป็นส่วนสำคัญสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีปัจจัยหลายอย่างที่อยู่ภายใต้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์คือ สมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพ ความผิดพลาดๆ เรื่องที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มีส่วนสัมพันธ์กับความพร้อมของบุคลากรในการปฏิบัติงาน เขามีความสามารถหรือไม่ เขาปฏิบัติเกินประสบการณ์และทักษะที่มีหรือไม่ เขาไม่สบาย เครียด หรือป่วยหรือไม่ ประเทศส่วนใหญ่มีระบบการลงทะเบียนของผู้ให้บริการสุขภาพสาขาต่างๆ การจัดการกับการร้องเรียน และการรักษามาตรฐานในการรักษา ดังนั้น นักศึกษาควรเข้าใจว่า ทำไมถึงต้องเฝ้าระวังความพร้อมของเขาและของเพื่อน วิชาชีพบริการสุขภาพได้มอบหมายให้บุคลากรมีหน้าที่ และพันธะสัญญาที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

การคัดเลือกนักศึกษาที่ทุกคนเข้ามารับการฝึกอบรมในวิชาชีพบริการสุขภาพเป็นก้าวแรกที่สำคัญ เพราะหากคัดเลือกได้นักศึกษาที่เหมาะสม มาเรียนสายสุขภาพก็จะทำให้มั่นใจได้ว่า คนนั้นมีคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยและถูกหลักจริยธรรม โปรแกรมการฝึกอบรมในปัจจุบันหลายโปรแกรมใช้กระบวนการ OSCE นอกจากใช้ประเมินความสามารถของนักศึกษาในการเรียนแล้ว ยังนำมาประเมินทัศนคติและพฤติกรรมที่เหมาะสมที่จะปฏิบัติงานบริการสุขภาพ เช่น ความเห็นอกเห็นใจ การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และความรักในวิชาชีพที่จะให้ประโยชน์แก่สังคม

ผู้ให้บริการสุขภาพควรพัฒนาความรู้ความสามารถตลอดการประกอบวิชาชีพ เพื่อที่จะรักษาความชำนาญและความรู้ให้เป็นปัจจุบันในสาขาที่เชี่ยวชาญ หากนักศึกษาเริ่มคุ้นเคยกับแนวคิดและหลักการที่อธิบายในคู่มือหลักสูตรนี้ นักศึกษาจะเข้าใจมากขึ้น และกลายเป็นคนที่ชำนาญ และเก่งในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย

ผู้ให้บริการสุขภาพ (และนักศึกษา) มีหน้าที่รายงานความไม่ปลอดภัยที่เกิดจากการปฏิบัติงานของเพื่อนและผู้ร่วมงาน ทั้งจากการอ่อนด้อยของสมรรถนะหรือหลักการทางวิชาชีพ หรือพฤติกรรมผิดหลักจริยธรรม บางประเทศมีข้อบังคับให้มีการรายงานผู้ปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่ในบางประเทศให้ขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของแต่ละคนในการที่จะรายงาน

องค์กรบริการสุขภาพมีพันธะหน้าที่ที่จะทำให้มั่นใจว่า ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีรักษาดูแลผู้ป่วยมีคุณวุฒิและความสามารถที่เหมาะสม การบริการสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบว่า บุคลากรบริการสุขภาพนั้นมีคุณวุฒิและประสบการณ์ที่ถูกต้อง ที่จะมาปฏิบัติในสาขานั้นๆ โดยใช้กระบวนการดังต่อไปนี้

การออกหนังสือรับรอง (Credentialing)

สมาคมมาตรฐานของการบริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลียให้คำจำกัดความของหนังสือรับรองว่า เป็นกระบวนการในการประเมินและการประสาทใบอนุญาตบัตรให้แก่ผู้ที่เหมาะสมที่จะให้การรักษาแก่ผู้ป่วย/ ผู้บริโภคภายใต้ข้อจำกัดที่กำหนด โดยขึ้นอยู่กับ การศึกษา การฝึกอบรม ประสบการณ์ และความสามารถของแต่ละคน หลายๆ โรงพยาบาล คลินิกและสถานบริการสุขภาพมีกระบวนการออกหนังสือรับรองนี้ เพื่อตรวจสอบว่า บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความรู้และทักษะที่ต้องการหรือไม่ ที่จะทำหัตถการหรือการรักษาใดรักษาหนึ่ง คลินิกและโรงพยาบาลจะจำกัดชนิดของหัตถการที่จะทำให้แก่ผู้ป่วย หากไม่มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม หรือหากทรัพยากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอ หรือไม่เหมาะสมสำหรับการรักษาบางอย่าง

การรับรองคุณภาพ

การรับรองคุณภาพเป็นกระบวนการที่เป็นทางการ ที่ทำให้มั่นใจได้ว่าการบริการที่ให้มีความปลอดภัยและมีคุณภาพสูง ตามมาตรฐานและกระบวนการที่ได้พัฒนาขึ้นมาโดยผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับการบริการสุขภาพ การรับรองคุณภาพยังอาจหมายถึง การรับรู้ของสาธารณะต่อความสำเร็จขององค์กรสุขภาพ ที่ให้การบริการได้ตามมาตรฐานระดับประเทศ

การลงทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (การได้รับใบอนุญาตให้ทำการรักษา)

ประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่กำหนดให้ผู้ให้บริการสุขภาพ ลงทะเบียนกับหน่วยงานของรัฐหรือภายใต้เครื่องมือของรัฐ เช่น หน่วยงานลงทะเบียนผู้ปฏิบัติงานสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ชอบในการลงทะเบียนของบุคลากรสายสุขภาพ วัตถุประสงค์หลักของการลงทะเบียนต่อทางราชการ เพื่อปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของสาธารณชน โดยผ่านกลไกที่ออกแบบมาเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ให้บริการสุขภาพเหมาะสมที่จะปฏิบัติงาน ความสำเร็จของข้อกำหนดนี้คือความมั่นใจว่ามีบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมที่เหมาะสมและการลงทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่เหมาะสม การลงทะเบียนและการให้ใบอนุญาตบัตรที่เหมาะสมเป็นส่วนที่สำคัญส่วนหนึ่งของกระบวนการทำหนังสือรับรองและการรับรองคุณภาพที่กล่าวข้างต้น

ความรับผิดชอบของบุคคลในการจัดการความเสี่ยง

นักศึกษารุ่นพี่ส่วนใหญ่จะเริ่มมีบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจนในการเป็นสมาชิกของทีมดูแลรักษา จากการใช้เวลาที่มากขึ้นในการปฏิบัติงานในสถานบริการและปฏิบัติงานกับผู้ป่วย เมื่อใกล้สิ้นสุดการฝึกอบรม นักศึกษาต้องแสดงให้เห็นว่ามีความสามารถในทักษะพื้นฐาน กิจกรรมต่างๆ ที่จะกล่าวต่อไปนี้มิใช่การสรุปทั้งหมด แต่เป็นสิ่งที่นักศึกษาจำเป็นต้องปฏิบัติ เป็นการให้แง่คิดเกี่ยวกับสมรรถนะที่นักศึกษาจำเป็นต้องทำได้เมื่อสำเร็จการศึกษาและเริ่มต้นปฏิบัติงานในสาขาที่เลือก

นักศึกษาควร

- เรียนรู้วิธีการจัดการส่งต่อ หรือขอคำปรึกษาจากผู้ให้บริการคนอื่นๆ หรือทีมอื่น ทักษะเหล่านี้ได้แก่ สามารถสรุปข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็นเท่านั้น และเขียนให้อ่านออก
- เรียนรู้วิธีการโทรศัพท์ถึงแพทย์ของหน่วยปฐมภูมิหรือสมาชิกคนอื่นๆ ของทีมบริการสุขภาพ ซึ่งในช่วงเริ่มต้นนักศึกษาควรแน่ใจว่าตนได้รับการแนะนำ และการสังเกตการณ์โดยบุคลากรที่มีประสบการณ์ในขณะปฏิบัติหน้าที่ เขาควรฝึกให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่แม่นยำ ออกเสียงคำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้อง ใช้เทคนิคต่างๆ ที่จะทำให้มั่นใจได้ว่า คนที่พูดด้วยเข้าใจในสิ่งที่เขาพูดได้ถูกต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเป็นห่วง/สนใจ และเขียนสรุปเรื่องที่คุย

กันทางโทรศัพท์ในบันทึกของผู้ป่วย เทคนิคบางเรื่องได้อธิบายไว้ในหัวข้อที่ 4 การเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพของทีม → T4

- เรียนรู้วิธีที่จะเขียนจดหมายส่งต่อผู้ป่วย เมื่อส่งผู้ป่วยไปยังผู้ดูแลอื่น จดหมายควรบรรจุข้อความที่จะทำให้รู้ว่าผู้ป่วยเป็นใคร วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่จำหน่ายกลับบ้าน และวันที่ให้การรักษา และชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษา สรุปการรักษาให้ถูกต้อง การวินิจฉัยสุดท้าย ผลการตรวจที่สำคัญ เหตุผลของการรักษา และสภาพปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วย อธิบายถึงการรักษาและปฏิบัติการที่ได้ทำไปแล้ว ผลของการรักษา การนัดหมายเพื่อติดตาม และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เด่นชัด จดหมายควรมีรายการที่ครบถ้วนถูกต้องของการรักษาและการให้ยา รวมทั้งขนาด วิธีใช้ และจำนวนวันที่ให้ ที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งคือจดหมายควรเขียนให้อ่านออกได้ง่าย และลงนามโดยบุคลากรที่รับผิดชอบผู้ป่วย
- รู้ว่าในแต่ละสถานการณ์มีผู้ให้บริการสุขภาพท่านใดเป็นผู้นำ

บทบาทของความเหนื่อยล้าและความพร้อมที่จะปฏิบัติ

มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ยืนยันว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าและความสามารถในการปฏิบัติงาน นักศึกษาควรรับรู้ว่าเขาเหนื่อยล้า จะทำให้ตื่นตัวน้อย และไม่สามารถที่จะปฏิบัติงานได้เหมือนขณะที่ปกติได้

การศึกษาของประเทศไอร์แลนด์และสหราชอาณาจักรแสดงให้เห็นว่า ความเหนื่อยล้ามีผลต่อสภาพจิตใจของแพทย์ประจำบ้าน (ซีมเคร้า วิตกกังวล โกรธ และสับสน) [5] การศึกษาเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม เมื่อเร็ว ๆ นี้ยืนยันว่า การอดนอนมีผลเป็นลบต่อสมรรถนะในการปฏิบัติงานในคลินิก [6] ความเหนื่อยล้ายังมีความเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาด [7-8] และการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ ในปี ค.ศ. 2004 แลนดริแกน และคณะ (Landrigan et al) [8] เป็นนักวิจัยกลุ่มแรกๆ ศึกษาผลของการอดนอนต่อความผิดพลาดของแพทย์ การศึกษานี้พบว่าที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหน่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของโรงพยาบาล

บริกแฮมและสำหรับผู้หญิง (บอสตัน แมสซาชูเซต สหรัฐอเมริกา) แพทย์ฝึกหัดที่ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมงหรือมากกว่า ทำผิดพลาดแรงมากกว่าแพทย์ฝึกหัดที่มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานน้อยกว่า การศึกษาอื่นได้แสดงให้เห็นว่าการอดนอนสามารถทำให้มีอาการเหมือนคนเมาสุราได้ [9]

การศึกษาชั่วโมงปฏิบัติงานของพยาบาลได้แสดงว่า ความเสี่ยงของการทำผิดพลาดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อปฏิบัติงานนานกว่า 12 ชั่วโมงเมื่อพยาบาลปฏิบัติงานล่วงเวลา หรือเมื่อปฏิบัติงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ [10]

ทำนองเดียวกัน เกสซ์กรพบว่าปัจจัยหลักของความผิดพลาดในการจัดยา คือ การมีใบสั่งยาจำนวนมาก เกสซ์กรเห็น้อย่า ปฏิบัติงานเกินเวลา การขัดจังหวะขณะจัดยา และชื่อยาที่คล้ายกัน หรือชื่อยาที่ทำให้สับสน [11]

นักศึกษาควรรู้สิทธิของตนเองเกี่ยวกับเวลาปฏิบัติงานและเวลาพักองค์กรที่เขาปฏิบัติงานอยู่มีหน้าที่ที่ทำให้มั่นใจว่า เขาไม่ควรปฏิบัติงานเกินเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ทำ ถ้าไม่มีสถานการณ์ที่ต้องการให้ขยายเวลา หรือหากไม่ได้รับอนุญาตจากองค์กร

ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต

นักศึกษามีความเสี่ยงต่อความเครียดจากการสอบ จากการปฏิบัติงานล่วงเวลา จากครอบครัว และจากความวิตกกังวลในการปฏิบัติงาน มีหลักฐานที่ยืนยันอย่างเข้มแข็งว่าแพทย์มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต [12] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ปีแรกที่จบการศึกษาและปีต่อมา นักศึกษาก็อาจทนทุกข์ทรมานจากความเครียดและจากปัญหาสุขภาพที่มีมาก่อนเริ่มปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ที่เครียดและเจ้าหน้าที่ที่มีศีลธรรมต่ำก็คาดว่าจะยังพบได้ในงานบริการสุขภาพ เพราะฉะนั้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและผู้อ่อนแอ เขาต้องปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ ที่มีงานล้นมือ และมีงานหลายอย่างที่จะต้องทำให้เสร็จชั่วโมงต่อชั่วโมง

ในขณะที่อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตในแพทย์สูงกว่าประชากรทั่วไป วรรณกรรมได้แสดงว่าเมื่อแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับการดูแลจากแพทย์เฟลโลว์ (Fellow) และแพทย์อาวุโส

และได้เป็นสมาชิกของทีมที่ดี เขาก็จะไม่ค่อยรู้สึกโดดเดี่ยว และทนทุกข์ต่อความเครียด

การปฏิบัติงานก็ได้รับการกระทบจากความเครียดเช่นกัน มีหลักฐานยืนยันที่ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การนอนไม่พอมีส่วนทำให้เกิดความเครียดและซึมเศร้า มากกว่าที่จะเป็นจากจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดมาจากปัญหาสถานะทางการเงิน การเป็นหนี้ในการศึกษา การจัดตารางเรียน แรงกดดันทางอารมณ์ที่มาจากความต้องการของผู้ป่วย แรงกดดันเรื่องเวลา และสิ่งขัดขวางการดำเนินชีวิตในสังคมของเขา

สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานและองค์กร

สถานบริการสุขภาพเป็นที่ทำให้เกิดความเครียดได้สำหรับผู้ที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่ การปฏิบัติงานที่ไม่คุ้นเคยเป็นความยุ่งยากลำบากของบุคลากรใหม่ นอกจากนี้ชั่วโมงที่ยาวนานเป็นสาเหตุให้เหนื่อยล้า

ปัจจัยที่แนบชิดในเรื่องของเวลา เช่น การปฏิบัติงานล่วงเวลา การปฏิบัติงานกลางคืนและสุดสัปดาห์ เป็นปัจจัยที่มีส่วนเพิ่มความผิดพลาด ปัจจัยที่อยู่ภายใต้ความผิดพลาดมีได้ตั้งแต่ การขาดการดูแล การแนะนำหรือการนิเทศ ไปจนถึงความเหนื่อยล้า นักศึกษาควรตระหนักว่าตนเองเป็นพิเศษในช่วงเวลาเหล่านี้

การแนะนำและการนิเทศ

การแนะนำหรือการนิเทศที่ดีเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับนักศึกษาทุกคน และคุณภาพของการแนะนำหรือการนิเทศจะเป็นตัวกำหนด (เป็นส่วนใหญ่) ของความสำเร็จของนักศึกษาในการที่จะเข้าร่วมหรือปรับตัวให้เข้ากับโรงพยาบาล หรือสภาพแวดล้อมของการบริการสุขภาพ ความล้มเหลวของผู้ให้บริการสุขภาพที่จะให้การแนะนำและการนิเทศแก่นักศึกษาอย่างเพียงพอทำให้เขาทำผิดได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นการละเว้น (ไม่ได้ทำบางอย่าง) หรือการลงมือ (ทำบางอย่างที่ผิดพลาด) นักศึกษาควรร้องขอให้ผู้มีประสบการณ์อยู่ด้วยทุกครั้งในการฝึกทักษะหรือหัตถการครั้งแรก เขาควรบอกแก่ผู้ป่วยด้วยว่าเขาเป็นนักศึกษา และขออนุญาตผู้ป่วยที่จะทำการรักษาหรือทำหัตถการ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ไม่ดีระหว่างนักศึกษา บุคลากรบริการสุขภาพอื่นๆ เจ้าหน้าที่ผู้มีอาวุโสหน่อย และผู้แนะนำหรือผู้นิเทศ เป็นปัจจัยที่มีส่วนให้เกิดความผิดพลาด หากนักศึกษามีปัญหากับผู้แนะนำหรือผู้นิเทศ เขาควรหาความช่วยเหลือจากอาจารย์ท่านอื่น เพื่อเป็นตัวกลาง หรือเพื่อให้เทคนิคต่างๆ แก่นักศึกษาเพื่อปรับความสัมพันธ์

ประเด็นการสื่อสาร → T4 T8

ผู้ให้บริการสุขภาพหลายๆ ประเภท เช่น พยาบาล ผดุงครรภ์ แพทย์ เภสัชกร รังสีแพทย์ รวมทั้งผู้ประสานงานและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ทุกคนต้องเขียนบันทึกการสื่อสารอย่างถูกต้องลงในบันทึกการบริการสุขภาพ รวมทั้งบันทึกการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ การส่งต่อข้อมูลไม่ว่าด้วยวาจาหรือการเขียน เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและไม่ง่าย มีสถานบริการไม่กี่แห่งที่มีวิธีมาตรฐานในการสื่อสาร บทบาทของการสื่อสารที่ดีมีผลให้การดูแลมีคุณภาพ ในขณะเดียวกันบทบาทของการสื่อสารที่ไม่ดีทำให้การดูแลไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งทั้งสองกรณีนี้ได้รับการศึกษาเป็นอย่างดีแล้ว ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยมักขึ้นอยู่กับการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการของบุคลากรและความเข้าใจเกี่ยวกับหน่วยงาน [13] ความผิดพลาดในการรักษาที่มีสาเหตุมาจากการสื่อสารที่ผิด และขาดการสื่อสารหรือการสื่อสารที่ไม่เพียงพอเกิดขึ้นเป็นประจำทุกวันในสถานบริการสุขภาพ การทำรายการตรวจสอบ การมีแนวทางปฏิบัติ และแผนการดูแลรักษา ที่ออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยบางกลุ่ม เป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของการสั่งการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ คุณภาพของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพที่ให้การรักษามีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับผลลัพธ์ของการรักษา

วิธีทำความเข้าใจและจัดการความเสี่ยงทางคลินิก 12

วิธีการรายงานความเสี่ยงหรืออันตรายในหน่วยงาน

นักศึกษาควรหาข้อมูลระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานที่เขาฝึกอบรม ซึ่งมักมีวิธีการที่เฉพาะในการรายงาน ไม่ว่าจะ

เป็นวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีเขียนในกระดาษ นักศึกษาควรทำความเข้าใจกับระบบของหน่วยงานนั้น และหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรายงานอุบัติการณ์

การเก็บบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาให้ถูกต้องและครบถ้วน

บันทึกการดูแลรักษา (เวชระเบียน บันทึกผู้ป่วย แผ่นบันทึกการให้ยา แผ่นยา) เป็นเอกสารที่เก็บบันทึกชนิดและแบบต่างๆ ของข้อมูลของผู้ป่วย นักศึกษาควรรับรู้ว่าการบันทึกที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลและรักษาผู้ป่วย บันทึกการดูแลรักษากำลังเป็นเรื่องสำคัญสำหรับหน่วยงานของรัฐและสถานบริการต่างๆ ที่จะพิจารณาว่าใครสามารถเข้าใช้ข้อมูลได้ ใครสามารถเขียนบันทึกได้ และบันทึกเหล่านี้ควรเก็บไว้ที่ใดและนานเท่าใด

นักศึกษามีข้อผูกมัดทางกฎหมายและจริยธรรม ที่จะต้องลงบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องในสิ่งที่สังเกตและสิ่งที่พบ เพื่อให้มั่นใจถึงการดูแลผู้ป่วยที่ดีในการเขียนบันทึก นักศึกษา (และบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ) ควร

- เขียนข้อมูลที่มากพอที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นใคร เพื่อที่สมาชิกคนอื่น ๆ ของทีมบริการสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง
- เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษาของผู้ป่วย
- ทำให้มั่นใจว่าข้อมูลที่บันทึกเป็นปัจจุบัน และเขียนบันทึกให้ใกล้กับเวลาที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- บันทึกข้อมูลหรือคำแนะนำอื่นๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

การรู้เมื่อใดและวิธีใดที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้แนะนำ ผู้นิเทศ หรือผู้ให้บริการสุขภาพอาวุโสที่เหมาะสม

นักศึกษาส่วนใหญ่กลัวว่าหากเขายอมรับว่าไม่รู้บางสิ่ง ครูของเขาอาจจะมองเขาว่าเป็นนักศึกษาที่ไม่ดีและไม่สนใจเขา มีความสำคัญที่นักศึกษาจะต้องรับรู้ถึงข้อจำกัดที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของเขา และรับรู้ถึงความสำคัญในการขอความช่วยเหลือ และการถามหาข้อมูล เพราะผู้ป่วยอาจได้รับผลเสียโดยผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่มีประสบการณ์ นักศึกษาควรเข้าใจให้ชัดเจนว่าเขาควรรายงานถึงใคร บุคคลคนนั้นจะติดต่อได้เมื่อใด

และอย่างไร บุคคลนี้จะสามารถช่วยเขาได้ หากเขาดกอยู่ในสถานการณ์ที่ความรู้และทักษะในปัจจุบันที่เขาอยู่ไม่มากพอ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาจะต้องร้องขอความช่วยเหลือ ในกรณีที่เขารู้สึกอึดอัดที่จะทำเช่นนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพทุกสาขาชื่นชมนักศึกษาที่อยู่ในระยะเริ่มต้นในวิชาชีพ ซึ่งยังมีความรู้และทักษะจำกัด เขาไม่ได้คาดหวังว่านักศึกษาหรือผู้ให้บริการสุขภาพที่จบใหม่ ได้สั่งสมความรู้มาอย่างลึกซึ้งที่จะให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างอิสระ เขาคาดหวังให้นักศึกษาร้องขอความช่วยเหลือ แต่เป็นการยากที่จะมีผู้แนะนำหรือผู้สนับสนุนอยู่ด้วย หากเป็นกรณีเช่นนั้น นักศึกษาควรหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เหมาะสมที่ปฏิบัติงานประจำ ณ ที่นั้น เรื่องนี้สามารถที่จะพูดคุยกับผู้นี้เทศได้ เพื่อที่จะได้รับรู้และจัดการเวลามาพบนักศึกษา

การมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่ออภิปรายการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในระยะแรก นักศึกษาอาจไม่รู้ว่าสถานบริการนั้นมีโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงหรือไม่ นักศึกษาสามารถถามได้จากบุคลากรอาวุโส หรือผู้จัดการเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเสี่ยง และถามถึงความเป็นไปได้ของการเข้าร่วมประชุม เพื่อดูว่าระบบนั้นช่วยปกป้องผู้ป่วยได้อย่างไร

การตอบสนองอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวหลังจากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

นักศึกษาไม่ได้ถูกคาดหวังว่าจะเป็นผู้เปิดเผยถึงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หากเขาถูกขอร้องให้ทำ เขาควรเริ่มขอความช่วยเหลือจากอาจารย์หรือผู้แนะนำที่อาวุโสทันที หลายๆ องค์การบริการสุขภาพได้นำแนวทาง การเปิดเผยอย่างตรงไปตรงมาใช้แก่ผู้ป่วยหลังจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ไม่ควรเร่งรีบในการทำกระบวนการนี้ ควรมีความโปร่งใส และกระทำเป็นขั้นตอนที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าความผิดพลาดนี้จะไม่เกิดขึ้นอีก

การตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อการร้องเรียน

นักศึกษาทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน ควรเขียนข้อความให้ครบถ้วนและเป็นจริงถึงสิ่งที่เกิดขึ้น เขาควรทำด้วยความซื่อสัตย์เกี่ยวกับบทบาทและการกระทำของเขา และลดการใช้ข้อความที่เป็นการอ้างอิงด้วยตัวบุคคลและอารมณ์

สรุป

ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบต่อการดูแลรักษา และผลของการรักษาผู้ป่วยของเขา ความรับผิดชอบนี้ขึ้นอยู่กับทีมทุกคนมีใช้ผู้อาวุโสที่สุด แต่เพียงผู้เดียว ความรับผิดชอบของบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะทุกคนในห่วงโซ่ของการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงได้ วิธีหนึ่งสำหรับบุคลากรวิชาชีพที่จะป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์คือ พยายามมาดูว่ามีส่วนใดเสี่ยงต่อความผิดพลาด

การแทรกแซงเชิงรุกโดยวิธีการเชิงระบบเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด สามารถป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ แต่ละคนสามารถปฏิบัติงานเพื่อรักษาสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานในคลินิกที่ปลอดภัยไว้ได้ โดยดูแลสุขภาพของตนเอง และตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน

กลวิธีและรูปแบบการสอน

การบรรยายแบบสอน/แบบปฏิสัมพันธ์

ใช้สไลด์ที่แนบมาด้วยเป็นแนวทางเพื่อครอบคลุมหัวข้อนี้ทั้งหมด สไลด์ที่เป็นเพาเวอร์พอยท์สามารถเปลี่ยนเป็นสไลด์สำหรับเครื่องฉายข้ามศีรษะได้ เริ่มต้นชั่วโมงสอนจากกรณีศึกษา และถามนักศึกษาให้อภิปรายบางประเด็นที่พบในกรณีศึกษา

การอภิปรายเป็นคณะ

เชิญผู้ให้บริการสุขภาพที่ได้รับความเชื่อถือมาหนึ่งคณะ มาให้ข้อสรุปของความพยายามในการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย หาก

เป็นนักศึกษาเภสัชกร ควรเชิญเภสัชกรอาวุโสมาอภิปรายประสบการณ์ และการปฏิบัติงานของเขาก็จะเหมาะสม เช่นเดียวกัน หากเป็นนักศึกษา ผดุงครรภ์ ก็ควรเชิญผดุงครรภ์ และหากเป็นทันตแพทย์ ก็ควรเชิญทันตแพทย์ แต่การอภิปรายโดยมีผู้อภิปรายจากหลากหลายสาขาก็จะช่วยให้เห็นจุดร่วมของปัญหาที่พบจากต่างสาขา การเชิญผู้ป่วยมาร่วมอภิปรายมีความสำคัญ เพราะทำให้เห็นจุดเน้นที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย หากไม่มีการจัดการกับความเสี่ยงในหน่วยบริการนั้น นักศึกษาควรมีรายการของคำถามเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และจัดเวลาให้นักศึกษาได้มีโอกาสถามได้ด้วย นอกจากนี้อาจเชิญผู้เชี่ยวชาญในการจัดการความเสี่ยงในสาขาอื่นๆ มาพูดถึงหลักทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของเขา

การอภิปรายกลุ่มย่อย

แบ่งชั้นเรียนออกเป็นกลุ่มย่อยๆ และขอให้นักศึกษาสามคนของแต่ละกลุ่มเป็นผู้นำอภิปรายเกี่ยวกับอุบัติการณ์ชนิดใดชนิดหนึ่งในตาราง B.6.1 นักศึกษาบางคนอาจเน้นที่เครื่องมือและเทคนิคที่มีอยู่เพื่อลดโอกาสของความผิดพลาด ในขณะที่คนอื่นๆกล่าวถึงเรื่องบทบาทของการประชุมเกี่ยวกับการป่วยและการเสียชีวิต

ครูประจำกลุ่มที่เป็นผู้อำนวยการความสะดวกของชั่วโมงนี้ ควรทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับเนื้อหา เพื่อสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อมของการบริการสุขภาพของพื้นที่นั้น

การฝึกหัดโดยใช้สถานการณ์จำลอง

สถานการณ์จำลองต่างๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเทคนิคการลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดสามารถพัฒนาขึ้นมาใช้ได้ เช่น การฝึกการพูดสรุปสั้นๆตอนเริ่มงานและตอนเสร็จงาน ก็จะเป็นการฝึกความกล้าที่จะแสดงออก และปรับปรุงการสื่อสาร นักศึกษาอาจฝึกเพิ่มเติมโดยทำการแสดงบทบาทสมมุติในการประชุมทบทวนโดยกลุ่มเพื่อน หรือการประชุมการป่วยและการเสียชีวิต โดยใช้วิธีการแก้ไขเชิงบุคคลและตามมาด้วยเชิงระบบ กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมุติอื่นๆ

สามารถทำได้จากสถานการณ์ที่นักศึกษาได้สังเกตเห็นมาว่าผิดและจำเป็นต้องนำมาพูด

กิจกรรมการสอนอื่นๆ

นักศึกษาสามารถศึกษาได้จากการสังเกตการณ์ประชุมการจัดการความเสี่ยง หรือพบกับบุคคลที่จัดการเรื่องการร้องเรียนของสถานบริการนั้น ส่วนหนึ่งของการฝึกหัดคือ การให้นักศึกษาถามถึงนโยบายของสถานบริการนั้นต่อเรื่องการร้องเรียน และสิ่งเกิดขึ้นเป็นปกติของที่นี่คืออะไรเมื่อได้รับการร้องเรียน ทางเลือกอื่นคือนักศึกษาควรมีส่วนร่วมในกระบวนการเปิดเผยอย่างตรงไปตรงมา

หลังจากกิจกรรมเหล่านี้แล้ว ควรจัดให้นักศึกษาพบกันเป็นคู่หรือกลุ่มย่อย และอภิปรายกับครูประจำกลุ่มหรือครูผู้สอนถึงสิ่งที่เขาได้สังเกตมา และได้มีการพูดถึงลักษณะและเทคนิคที่กำลังศึกษาว่ามีหรือขาดไป เช่นเดียวกับสังเกตว่าเทคนิคที่นำมาใช้มีประสิทธิภาพหรือไม่

กรณีศึกษา

ความไม่พอเพียงในการปฏิบัติของแพทย์ศัลยกรรมกระดูก-ระบบการจัดการ

บันทึกที่ถูกต้องและอ่านออกเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการคงอยู่อย่างต่อเนื่องของการดูแล

ไบรอัน (Brian) ได้รับการรักษากับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่จบใหม่ และต้องการได้บันทึกการผ่าตัดของเขาเมื่อสองปีที่แล้วจากศัลยแพทย์กระดูก เมื่อบันทึกมาถึง แพทย์ท่านนี้ก็บอกกับไบรอันว่า บันทึกนั้นไม่ดีพอ

บันทึกนั้นไม่มีข้อความที่มีความหมายชัดเจนเกี่ยวกับการยินยอมในการผ่าตัดของไบรอัน และยังพบว่ามีช่องว่างของข้อมูลที่บันทึกในการรายงานของการผ่าตัด และไม่มีเอกสารเกี่ยวกับคำแนะนำด้วยวาจาของศัลยแพทย์กระดูก ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงและอาการแทรกซ้อนของการผ่าตัด ไบรอันผิดหวังเมื่อพบว่าศัลยแพทย์ไม่ได้ติดตามการรักษาหลังการผ่าตัด

คำถาม

- ปัจจัยอะไรที่มีอยู่ที่ทำให้เอกสารของการผ่าตัดครั้งแรกของไมรอันไม่ดี

แหล่งข้อมูล: Case adapted from: Payne S. Case study: managing risk in practice. United Journal, 2003, Spring: 19.

การยอมรับความผิดพลาดในการดูแลรักษา

กรณีนี้ได้แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของการเปิดเผยอย่างตรงไปตรงมา

แฟรงค์ (Frank) เป็นผู้ที่อยู่ในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ คีนาห์ซึ่งพยาบาลได้ให้ยาอินซูลินแก่ แฟรงค์ ทั้งที่เขาไม่ได้เป็นเบาหวาน พยาบาลรู้ได้ทันทีว่าให้ผิด จึงเรียกเจ้าหน้าที่คนอื่นมาช่วยดูแลด้วย ซึ่งต่อมาเป็นผู้บอกแฟรงค์และครอบครัว สถานบริการดำเนินการช่วยแฟรงค์ทันที และส่งเขาไปยังโรงพยาบาลเพื่อพักรักษาในโรงพยาบาลและสังเกตอาการก่อนส่งตัวกลับมายังสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลได้รับคำสั่งให้เปิดเผยอย่างซื่อตรงและทันทีในเรื่องการให้ยาอินซูลิน หลังจากเหตุการณ์นี้ พยาบาลได้เข้ารับการฝึกอบรมในเรื่องการให้ยา เพื่อลดโอกาสเกิดความผิดพลาดแบบเดียวกันนี้อีกในอนาคต

คำถาม

สาเหตุที่เป็นไปได้ของความผิดพลาดนี้ไม่ชัดเจน สมมติฐานคือ พยาบาลทำหรือไม่ทำบางอย่างที่นำไปสู่ความผิดพลาด ในกรณีของความผิดพลาดชนิดนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะใช้วิธีการเชิงระบบเพื่อเรียนรู้ เรียนเพิ่มเติมถึงสิ่งที่เกิดขึ้น

- ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมและองค์กรคืออะไร ที่จะทำให้เกิดวัฒนธรรมที่ทำให้พยาบาลท่านนั้นรู้สึกสบายใจที่จะเปิดเผยความผิดพลาดในการให้ยา

แหล่งข้อมูล: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, 2003, 1:16-18.

ห้องปฏิบัติงานทั่วไปที่ไม่ได้มาตรฐาน

กรณีนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการร้องเรียนเพื่อที่จะปรับปรุงการบริการสุขภาพ

เมื่อเดนิส (Denise) ได้มาตรวจหน่วยปฏิบัติงานทางการแพทย์ในท้องถิ่นในความรับผิดชอบของเธอ เธอถึงกับตกตะลึงกับสิ่งที่เธอเห็น เธอพบว่ามีการปฏิบัติไม่ถูกสุขลักษณะตามที่ควรจะเป็น เธอทำเรื่องร้องเรียนถึงกรมอนามัยของรัฐนิวเซาท์เวลส์ ผู้ตรวจการรายงานว่าคลอโรไซลีนอล (chloroxylenol) (น้ำยาฆ่าเชื้อชนิดเหลว) ถูกบรรจุอยู่ในขวดเครื่องดื่ม มียาที่ถูกเก็บไว้จนเกินวันหมดอายุ ไม่มียาแอดรีนาลิน (adrenaline) ในการผ่าตัดเพื่อใช้รักษาอาการหัวใจหยุดเต้น เห็นผู้ป่วยสามารถเข้าถึงกระเป๋ายาของแพทย์ที่มีสารเสพติดชนิดฉีดได้เองและใบสั่งยาได้ กระดาษบนโต๊ะตรวจไม่ถูกเปลี่ยนเมื่อเปลี่ยนผู้ป่วย แพทย์ไม่ล้างมือหลังการตรวจผู้ป่วย และห้องตรวจไม่มีอ่างล้างมือ

คณะกรรมการการร้องเรียนการดูแลสุขภาพเสนอแนะให้มีการให้คำปรึกษาโดยคณะกรรมการบริหารทางการแพทย์ของรัฐนิวเซาท์เวลส์ และให้มีการตรวจเยี่ยมพื้นที่ เพื่อให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการใช้คู่มือในการควบคุมการติดเชื้อของกรมอนามัย และทำให้มั่นใจว่าขั้นตอนที่เหมาะสมได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพของสาธารณชน เดนิสดีใจมากที่รู้ว่าหน่วยปฏิบัติงานนั้นมีการปรับปรุง ซึ่งเป็นผลมาจากการร้องเรียนของเธอ

อภิปราย

- ขอให้นักศึกษาบอกชนิดของการร้องเรียนที่มี ณ หน่วยงานของเขา (โรงพยาบาล คลินิก ห้องยา) และอภิปรายถึงวิธีการจัดการกับการร้องเรียนนั้น

แหล่งข้อมูล: Review of investigation outcomes. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1998-1999:39-40.

การจัดการการร้องเรียนที่ไม่เพียงพอ

กรณีนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความสนใจอย่างทัน
ท่วงทีต่อการร้องเรียน

อะเล็กซานดร้า (Alexandra) ได้มาพบนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ระหว่างการปรึกษาครั้งแรกและครั้งที่สอง
นักจิตวิทยาได้ทำการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยคนอื่น โดยเล่ารายละเอียด
เกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยคนอื่นให้อะเล็กซานดร้าฟัง เธอรู้สึกว่เรื่องนี้
กวนใจเธอ เธอจึงตัดสินใจบอกความไม่สบายใจนี้กับทางโรงพยาบาล
เธอได้เข้าร่วมการประชุมกับตัวแทนของโรงพยาบาล และเล่าเรื่องความรู้สึก
ไม่สบายใจทั้งหลายที่เธอมีกับโรงพยาบาลนี้รวมทั้งเรื่องของนักจิตวิทยา
หลายเดือนผ่านไปไม่มีคำตอบเป็นลายลักษณ์อักษรจากตัวแทนของ
โรงพยาบาลที่สัญญากับเธอว่าจะดำเนินการต่อให้ แต่ด้วยความช่วยเหลือ
ของสำนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย อะเล็กซานดร้าจึงได้เข้าพบกับหัวหน้า
ผู้บริหารสูงสุดและรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลขอโทษ
เธอและให้คำมั่นสัญญาที่จะทำการฝึกเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการต่อการ
ร้องเรียน ผู้บริหารของโรงพยาบาลยังให้กำลังใจอะเล็กซานดร้าให้ทำเรื่อง
ร้องเรียนอย่างเป็นทางการต่อคณะกรรมการฝ่ายทะเบียนของนักจิตวิทยา
ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของนักจิตวิทยาคนนั้น

กิจกรรม

ใช้วิธีการเชิงระบบเพื่อหาถึงวิธีที่ควรทำต่างไปจากนี้ และโรงพยาบาล
ควรทำอย่างไร เพื่อป้องกันเหตุการณ์ทำนองเดียวกันนี้ที่จะเกิดขึ้นอีก
ในอนาคต

แหล่งข้อมูล: Patient Support Service, Health Care Complaints
Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1999-
2000:37-46.

พยาบาลที่ไม่พร้อม (An impaired nurse)

กรณีนี้ได้แสดงให้เห็นถึงผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องมีความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน

ในระหว่างการผ่าตัดของอลัน (Alan) พยาบาลซึ่งรู้ว่าต้องฉีดยาแก้ปวดเฟนทานิล (fentanyl) แต่ฉีดน้ำแทน ทำให้อัลันตกอยู่ในภาวะอันตราย เพราะพยาบาลท่านนี้ติดยาเสพติด และเอายาเฟนทานิลฉีดให้ตัวเอง เพื่อให้เขาสบายขึ้นจากอาการขาดยา พยาบาลผู้นี้เคยขโมยยาเสพติดมาใช้กับตนเองขณะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอื่น มีการร้องเรียนเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วยการทำผิดในวิชาชีพ ความไม่พร้อมเนื่องจากการติดยา และมีลักษณะท่าทางที่ดูไม่ดี ที่ทำให้พยาบาลไม่เหมาะสมที่จะปฏิบัติงาน

คำถาม

- ขั้นตอนอะไรที่ผู้ให้บริการสุขภาพควรทำ เพื่อช่วยพยาบาลที่มีปัญหา
- มีนโยบายอะไรที่สถานบริการสุขภาพต้องมีเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากผู้ให้บริการสุขภาพที่ติดยา หรือไม่พร้อมที่จะปฏิบัติงานบริการสุขภาพหรือไม่

แหล่งข้อมูล: Swain D. The difficulties and dangers of drug prescribing by health practitioners. Health Investigator, 1998, 1:14-18.

ความล้มเหลวที่จะจัดการตั้งครุฑ

กรณีสมมุตินี้แสดงให้เห็นว่า การมีโอกาสตั้งครุฑควรได้รับการพิจารณาในผู้หญิงทุกคนก่อนที่จะทำการผ่าตัด เพราะทำให้มีความเสี่ยงต่อแม่และทารกในครรภ์ สถานบริการทุกแห่งควรทบทวนนโยบายที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าการจัดการตั้งครุฑก่อนการผ่าตัด การจัดการตั้งครุฑควรมีการบันทึกไว้ในเอกสาร และเอกสารนี้จะถูกใช้โดยเจ้าหน้าที่ผู้ทำการจัดการพร้อมกับเช็คนกก่อนการผ่าตัด

แฮนนา (Hannah) ผู้หญิงอายุ 28 ปี มีอาการปวดท้องเป็นๆ หายๆ รอคอยการส่องกล้องตรวจช่องท้องเพื่อการวินิจฉัยเป็นเวลาหลายเดือน เธอเข้ารับการรักษาตามนัดและได้รับการส่องกล้องตรวจช่องท้องโดยการวางยาสลบ ก่อนกลับบ้านแฮนนามีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงและมีเลือดออกทางช่องคลอด พยาบาลที่ทำหน้าที่อยู่ในเวลานั้นพบว่าเธอคลอดก่อนกำหนด

คำถาม

- ปัจจัยอะไรที่มีอยู่ที่ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าแฮนนาตั้งครรภ์

เบื้องหลังและแหล่งข้อมูล: ระหว่างเดือนตุลาคม 2003 และเดือนพฤศจิกายน 2009 องค์การความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติของการบริการสุขภาพสหราชอาณาจักรได้รับรายงานว่ามีผู้ป่วย 42 ราย ถูกทำหัตถการตามแผน โดยมีได้มีเอกสารชี้แจงการตั้งครรภ์ก่อนผ่าตัด มีการรายงานว่ามีผู้ป่วยเหล่านี้แท้งบุตรภายหลังการทำหัตถการ (Department of Health gateway reference NPSA/2010/RRR011. Issue date, 28 April 2010. Current information may be found at <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=73838>; accessed 21 February 2011)

การให้ยาเด็กเกิดใหม่

กรณีสมมุตินี้แสดงให้เห็นความจำเป็นของการฉีดยาเจนตามัยซิน (Gentamicin) เข้าเส้นอย่างปลอดภัยในเด็กเกิดใหม่ มีรายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยกับการให้ยาเจนตามัยซินที่ถูกเวลา ความผิดพลาดในการสั่งยา และประเด็นเรื่องการควบคุมกำกับระดับยาในเลือด

ทารกชื่อ เอ็ดเวิร์ด (Baby Edward) เป็นเด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีอาการหายใจลำบากต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาเจนตามัยซินทางเส้นเลือดดำเพราะมีการติดเชื้อที่รุนแรง พยาบาลและกุมารแพทย์ที่อยู่หอผู้ป่วยวิกฤตที่กำลังยุ่งมากกับการรับเด็กฝาแฝดที่คลอดก่อนกำหนดทำให้เอ็ดเวิร์ดได้รับยาเจนตามัยซินเข้าไปกว่าที่กำหนด 90 นาที

อภิปราย

- หาปัจจัยที่เป็นไปได้ทั้งหมดที่อาจมีอยู่กับอุบัติการณ์นี้
- ควรรายงานอุบัติการณ์นี้หรือไม่
- อภิปรายวิธีต่างๆ สำหรับการรายงานอุบัติการณ์นี้

เบื้องหลัง: การทบทวนเหตุการณ์การให้ยาเด็กเกิดใหม่ ที่รายงานต่อระบบการรายงานและการเรียนรู้ของสหราชอาณาจักร ระหว่างเมษายน 2008 และเมษายน 2009 พบอุบัติการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่สัมพันธ์กับการให้ยาเจนตามัยซินฉีดเข้าเส้นจำนวน 507 ราย อุตการณ์นี้คิดเป็น 15% ของอุบัติการณ์การให้ยาในเด็กเกิดใหม่ทั้งหมดที่รายงานในช่วงเวลานั้น

การสื่อสารที่ไม่ดี

กรณีนี้เป็นตัวอย่างของความผิดที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยได้รับใบสั่งยาปฏิชีวนะ แต่ได้รับยาเบาหวานมาแทน ทำให้เกิดอาการช็อกจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

แพทย์ท่านหนึ่งได้สั่งยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดให้แก่ผู้ป่วยคนหนึ่ง หลังจากที่ได้รับการถอนฟัน ยาที่สั่งคือ อะม็อกซิซิลลิน (amoxicillin) ซียยาที่เขียนในใบสั่งยาไม่ชัดเจน เกสซกรจึงอ่านผิดและจ่ายยา กลิเบนคลาไมด์ (glibenclamide) ซึ่งเป็นยาเบาหวาน คีนนัผู้ป่วยต้องรีบมาห้องฉุกเฉินเพื่อรักษาอาการช็อกจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

คำถาม

- ปัจจัยอะไรที่มีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ป่วย
- ควรรายงานความผิดพลาดไปยังใคร
- ใครควรเขียนรายงาน
- ควรใช้ข้อมูลอย่างไรเมื่อได้รับรายงานมา

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

เปิดกว้าง ('Being open')

เป็นชุดการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์จากองค์กรความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติของงานบริการสุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร 2009

Being open, communicating with patients, their families and carers following a patient safety incident. Issue date, 19 November 2009 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=65077>; accessed 21 February 2011).

เหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษ (Sentinel events)

คำศัพท์ของคำสำหรับเหตุการณ์ที่เฝ้าระวังเป็นพิเศษสามารถหาได้จาก http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel_event; accessed 21 February 2011.

แหล่งค้นคว้าอื่น

คู่มือการปฏิบัติที่ดีกว่าเกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนสำหรับงานบริการสุขภาพ คณะกรรมการเพื่อความปลอดภัยและคุณภาพประเทศออสเตรเลีย 2006

([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/\\$File/guidecomplnts.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/$File/guidecomplnts.pdf); accessed 21 February 2011).

การร้องเรียนและการรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับแพทย์: หลักการสำหรับการปฏิบัติ กรมอนามัย รัฐนิวเซาท์เวลส์ 2006

(http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/GL2006_002.html; accessed 21 February 2011).

Johnstone M, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185-191.

การใช้ยาเจนตามัยซินให้ปลอดภัยมากขึ้นสำหรับเด็กเกิดใหม่ องค์การความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งชาติของงานบริการสุขภาพแห่งชาติ

Patient safety alert no. NPSA/2010/PSA001. Issue date, 30 March 2010 (http://www.dhsspsni.gov.uk/hsc_sqsd_4_10.pdf; accessed 21 February 2011).

การประเมินความรู้ของหัวข้อนี้

มีวิธีการประเมินที่หลากหลายที่เหมาะสมกับหัวข้อนี้ ประกอบด้วย การรายงานการสังเกต การสะท้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาดของการผ่าตัด การเขียนเรียงความ, MCQ, shortBAQ, การอภิปรายกรณีผู้ป่วย และการประเมินตนเอง นักศึกษาควรได้รับกำลังใจให้ทำแฟ้มสะสมผลงานสำหรับการเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ประโยชน์ของการใช้แฟ้มสะสมผลงานคือ เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม นักศึกษาจะมีการบันทึกที่รวบรวมกิจกรรมต่างๆทั้งหมดของความปลอดภัยของผู้ป่วย นักศึกษาสามารถนำไปใช้ในการสมัครสอบและใช้ประกอบวิชาชีพในอนาคต

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกสามารถใช้วิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

- แฟ้มสะสมผลงาน
- CBD การเขียนการสังเกตเกี่ยวกับการจัดการกับความเสี่ยง เช่น กระบวนการเปิดเผยอย่างตรงไปตรงมา หรือระบบการควบคุมกำกับอุบัติการณ์
- อาจให้นักศึกษาเขียนเรื่องการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการร้องเรียนของโรงพยาบาลหรือคลินิกนั้น เขียนถึงระบบรายงานเรื่องความผิดพลาดที่มีอยู่ ณ ที่นั้น หรือวิธีการที่แพทย์เรียนรู้จากความผิดพลาด

การประเมินอาจเป็นทั้งระหว่างกลางและสิ้นสุดการเรียน การให้คะแนนอาจเป็นแบบพอใจไม่พอใจ ดูแบบฟอร์มส่วน B ภาคผนวก 2 สำหรับตัวอย่างในการประเมินผล

การประเมินการสอนหัวข้อนี้

การประเมินเป็นสิ่งสำคัญในการทบทวนการสอนว่าเป็นไปอย่างไร และการปรับปรุงให้ดีขึ้นจะอย่างไร ดูคู่มือผู้สอน (ส่วน A) สำหรับสรุปของหลักการประเมินที่สำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management*. London, British Medical Journal Books, 2001:9-14.
2. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from nonmedical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 2000, 320:759-763.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Walton M. Why complaining is good for medicine. *Journal of Internal Medicine*, 2001, 31:75-76.
5. Samkoff JS. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Academic Medicine*, 1991, 66:687-693.
6. Deary IJ, Tait R. Effects of sleep disruption on cognitive performance and mood in medical house officers. *British Medical Journal*, 1987, 295:1513-1516.
7. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of preregistration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22-25.
8. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in Intensive Care Units. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838-1848.

9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
10. Rogers AE et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 2004, 23: 202-212.
11. Peterson GM, Wu MS, Bergin JK. Pharmacist's attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1999, 24:57-71.
12. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, 10:154-165.
13. Spath PL, ed. *Error reduction in health care: systems approach to improving patient safety*. San Francisco, Jossey-Bass, 1999.

สไลด์หัวข้อที่ 6 การทำความเข้าใจและการจัดการกับความเสี่ยงทางคลินิก

การบรรยายไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หากต้องการบรรยาย เป็นความคิดที่ดีโดยการวางแผนให้นักศึกษาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและอภิปรายระหว่างการบรรยายด้วย การใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยทำให้เกิดการอภิปรายกลุ่ม อีกวิธีหนึ่งคือการถามคำถามนักศึกษาเกี่ยวกับแง่มุมต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สามารถนำประเด็นต่างๆ ในหัวข้อนี้มาอภิปรายกันได้ เช่น วัฒนธรรมการตำหนิ ธรรมชาติของความผิดพลาด และวิธีการจัดการแก้ปัญหาของภาคอุตสาหกรรมอื่น

สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 6 ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้สอนสามารถถ่ายทอดเนื้อหาของหัวข้อนี้ สไลด์สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ได้ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องใช้สไลด์ทั้งหมด และเป็นการดีที่สุดที่จะปรับสไลด์ให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอนในชั่วโมงนั้น

ชื่อยาต่างๆ ใช้ตาม International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances ขององค์การอนามัยโลก

(<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; accessed 24 March 2011)

หัวข้อที่ 7

การใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล

บทนำ-ทำไมนักศึกษาจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับวิธีการลดอันตรายและการปรับปรุงการดูแล



นับตั้งแต่การศึกษาแรกในเรื่องขอบเขตของอันตรายที่มีต่อผู้ป่วยความปลอดภัยของผู้ป่วยก็ถูกพัฒนาขึ้นมาเป็นสาขาวิชาหนึ่งที่มีพื้นฐานทางทฤษฎีและวิธีทางวิทยาศาสตร์ของความปลอดภัย ที่ออกแบบมาเพื่อวัดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และมีการปรับปรุงอย่างมีความหมายและอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่คล้ายกันเกิดขึ้นอีกในอนาคต [1] การรับรู้ว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้เกิดขึ้นแล้วเท่านั้นไม่เพียงพอ เราต้องเข้าใจถึงสาเหตุและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็น เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เอ็มมานูเอล และคณะ (Emmanuel et al) ได้อธิบายวิทยาศาสตร์ความปลอดภัยว่า เป็นวิธีต่างๆ ที่ต้องการความรู้เรื่องความปลอดภัยและการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างระบบที่มีความน่าเชื่อถือสูงองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูงมีการวางแผนโดยการออกแบบระบบและระบบปฏิบัติการที่เรียกว่า “ระบบที่ปลอดภัยจากความล้มเหลว” (“Fail-Safe”) เพื่อประกันไม่ให้มีข้อผิดพลาด วิธีการต่างๆ ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อวัตถุประสงค์นี้หลายๆ วิธีมาจากสาขาอื่นที่ไม่เกี่ยวกับงานบริการสุขภาพ เช่น วิศวกรรมจิตวิทยาประยุกต์ สรีระวิทยาของมนุษย์และการบริหารจัดการ

นักศึกษาส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับคำว่า การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เช่นเดียวกับการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) ที่ทำให้นักวิจัยทราบว่า การรักษาใดการรักษาหนึ่งได้ผลหรือไม่ วิธีการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ดังเช่น RCT ถูกนำมาใช้เพื่อการวัดประสิทธิภาพทางคลินิกนั้นจัดเป็นมาตรฐานระดับสูง (Gold standard) ของการวิจัยทางคลินิก งานวิจัยเพื่อการปรับปรุงคุณภาพใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ออกแบบมาเพื่อวัดลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ องค์ประกอบที่เป็นบริบท หรือกระบวนการดูแลที่อาจมีผลทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และการพัฒนาและทดสอบการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มากกว่าที่จะวัดเพียงแต่ความถี่ของการเกิดเหตุการณ์ เมื่อปัญหาปรากฏขึ้นกับผู้ป่วยที่เราดูแล ปัญหานั้นก็ควรถูกแก้ไขหรือการจัดการที่เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่มีใครสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้เหมือนในงานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อที่จะให้เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นและทำไมจึงเกิดขึ้น เราจึงจำเป็นต้องศึกษาและวิเคราะห์เหตุการณ์จำเพาะที่เกิดขึ้นแล้ว นำสิ่งที่ได้จากการสังเกตและข้อสรุปมาใช้ออกแบบระบบเพื่อเพิ่มความปลอดภัย ในหัวข้อต่อไปจะอธิบายความแตกต่างเกี่ยวกับการวัดที่ใช้ในงานวิจัยกับกระบวนการปรับปรุง

ภาคอุตสาหกรรมอื่นได้นำวิธีการปรับปรุงคุณภาพมาใช้เป็นเวลาหลายทศวรรษแล้ว แต่สำหรับนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพจะไม่คุ้นเคยกับเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพการดูแล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการสุขภาพและของระบบ เพื่อที่จะได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย [2]

เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วย และความสามารถในการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งทดสอบว่าวิธีการที่ใช้แก้ปัญหานั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่ หากไม่มีการวัดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ยากที่จะรู้ว่ขั้นตอนที่ผู้ให้บริการสุขภาพนำมาใช้แก้ปัญหานั้นส่งผลให้สถานการณ์ดีขึ้นได้จริงหรือไม่ เพียงลำพังแนวปฏิบัติอาจไม่ได้แก้ปัญหา เพราะอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง นอกเหนือจากการที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้อง การทำความเข้าใจถึงสาเหตุต่างๆ ของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่

พึงประสงค์ ต้องใช้วิธีการที่ออกแบบมาเพื่อให้ครอบคลุมถึงสาเหตุที่เป็นไปได้ทั้งหมด วิทยาศาสตร์ความปลอดภัยรวมมาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่เน้นเรื่องการปรับปรุงมีวิธีการที่หลากหลาย และมักนำบริบทและความซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมาพิจารณาร่วมด้วย [1]

การนำวิธีการปรับปรุงคุณภาพเกี่ยวข้องกับทีมของผู้ที่ปฏิบัติงานด้วยกัน โดยมีการตกลงร่วมกันถึงวิธีการแก้หรือการป้องกันปัญหาใดปัญหาหนึ่ง แต่ในเบื้องต้นสมาชิกของทีมจำเป็นต้องตกลงกันก่อนว่าปัญหาที่อยู่ ในมือ นั้นมีคุณค่าที่ควรแก้ไขหรือไม่ นักศึกษาควรได้รับการสนับสนุนให้หาว่าที่ปฏิบัติงานมีโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพหรือไม่ และจะสามารถสังเกตการณ์หรือเข้าร่วมกับทีมที่ทำการกิจกรรมปรับปรุงได้หรือไม่

นักศึกษาสามารถเริ่มต้นเข้าใจในบทบาทของการปรับปรุงคุณภาพ ด้วยการ

- ถ้ามารู้จักเกี่ยวกับเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ตระหนักว่าความคิดเห็นที่ดีสามารถมาจากใครก็ได้
- ระบุว่าสภาพแวดล้อมของสถานที่นั้นเป็นปัจจัยหลักอันหนึ่งของกระบวนการปรับปรุง
- ระบุว่าวิถีทางที่คนในระบบคิดและโต้ตอบมีความสำคัญเช่นเดียวกับโครงสร้างและกระบวนการที่มีอยู่ ณ ที่นั้น
- ตระหนักว่าการกระจายของนวัตกรรมการปฏิบัติเป็นผลมาจากการที่บุคคลนำกระบวนการใหม่มาใช้
- เข้าใจว่าการวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นของการออกแบบกลวิธีที่เหมาะสมและสำหรับการประเมินการปรับปรุง

หลักการที่เป็นพื้นฐานสำคัญของการปรับปรุงการบริการสุขภาพคือคุณภาพของการบริการ ไม่ใช่สิ่งที่จะควบคุมในช่วงสิ้นสุดของกระบวนการ แต่ควรดำเนินการตลอดทั้งกระบวนการตั้งแต่ต้นจนจบ หัวข้อนี้อธิบายบางส่วนของทฤษฎีพื้นฐานที่อยู่เบื้องหลังหลักการนี้

ความพยายามแบบเดิมที่ชักชวนและโน้มน้าวให้ผู้ให้บริการสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือส่งเสริมโปรแกรม

การเฝ้าระวังปฏิกิริยาของยา ซึ่งมีหลายวิชาชีพที่ไม่ค่อยประสบผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล แต่วิชาชีพอื่น คือ เกษตรกร ประสบความสำเร็จได้มากกว่า ถึงแม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมามีข้อเสนอแนะจำนวนมากจากคณะกรรมการกลุ่มต่างๆ และจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อการปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แต่เราก็กังหันอยู่ว่าข้อเสนอแนะเหล่านั้นในสิ่งตีพิมพ์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในวารสารทางการแพทย์ที่ได้รับการตรวจทานจากผู้เชี่ยวชาญไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในคลินิก [3]

ชุดวิธีการปรับปรุงถูกออกแบบมาเพื่อพยายามที่จะกล่าวถึงช่องว่างนี้และให้เครื่องมือให้กับผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับ i) ค้นหาปัญหา ii) วัดขนาดของปัญหา iii) พัฒนาวิธีการต่างๆที่จะแก้ปัญหาและ iv) ทดสอบวิธีการแก้ปัญหาว่าได้ผลหรือไม่

การระบุและการตรวจสอบในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการสุขภาพจัดเป็นวิธีการพื้นฐานของการปรับปรุง เมื่อแต่ละขั้นของกระบวนการถูกตรวจสอบแล้ว เราก็กังหันที่จะเข้าใจถึงการเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆ ว่าเกิดได้อย่างไร มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไรและสามารถวัดได้อย่างไร การวัดเป็นเรื่องสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการปรับปรุงความปลอดภัย

คำสำคัญ

การปรับปรุงคุณภาพวงจร PDSA การเปลี่ยนแนวคิดความแปรปรวน วิธีการปรับปรุงคุณภาพ เครื่องมือปรับปรุง ผังงาน (Flowchart) ผังแสดงของอิชิกาวา/ก้างปลา (Ishikawa/Fishbone diagram) ผังงานพาเรโต (Pareto charts) ฮิสโตแกรม (Histogram) ผังงานวิ่ง (Run charts)

วัตถุประสงค์ของการเรียน

อธิบายหลักการปรับปรุงคุณภาพและวิธีพื้นฐาน และเครื่องมือที่ใช้วัดการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ของการเรียน: ความรู้และการปฏิบัติ

ผลลัพธ์สำคัญคือนักศึกษาเข้าใจเนื้อหาที่นำเสนอในหัวข้อนี้ เพราะการปรับปรุงจะประสบความสำเร็จและคงอยู่ได้เกิดจากการวัดอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามหัวข้อนี้เป็นหัวข้อหนึ่งที่สอนให้เข้าใจได้ยาก เพราะว่าองค์กรบริการสุขภาพจำนวนมากไม่มีทรัพยากรหรือความรู้ในการวัดเฉพาะงานต่างๆ ของงานบริการสุขภาพ วิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้นักศึกษาเข้าใจถึงประโยชน์ของการนำวิธีปรับปรุงไปใช้คือ การสังเกตหรือเข้าร่วมในกิจกรรม การปรับปรุงคุณภาพในสถานบริการสุขภาพ/แหล่งฝึกปฏิบัติ นั้น นักศึกษาสามารถนำหลักการและเครื่องมือที่นำเสนอในหัวข้อนี้ไปใช้ในโครงการปรับปรุงตนเอง เช่น การปรับปรุงนิสัยการเรียนรู้ การพัฒนาวิธีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การให้เวลากับเพื่อนและครอบครัวมากขึ้น

สิ่งที่นักศึกษาต้องรู้

นักศึกษาควรสามารถอธิบาย

- วิทยาศาสตร์การปรับปรุง
- แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพื้นฐาน
- หลักการปรับปรุง
- บทบาทของการวัดการปรับปรุง

สิ่งที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้

- ระบุโอกาสที่จะใช้วิทยาศาสตร์ความปลอดภัยในการวิเคราะห์ความผิดพลาด
- เห็นคุณค่าของวิธีการปรับปรุงต่างๆ ที่จัดทำขึ้นเพื่อการลดอันตรายต่อผู้ป่วย
- ประยุกต์ใช้เครื่องมือการปรับปรุงอย่างน้อยหนึ่งเครื่องมือในบริบทคลินิก
- ร่วมในกิจกรรมการปรับปรุง (หากเป็นไปได้)

วิทยาศาสตร์ของการปรับปรุงมีแหล่งกำเนิดมาจากการงานของ ดับบลิว เอ็ดเวิร์ด เดมิ่ง (W. Edwards Deming) ผู้ซึ่งเป็นบิดาแห่งทฤษฎีการปรับปรุง เขาอธิบายว่าการปรับปรุงมีความรู้ 4 องค์ประกอบเป็นฐานคิด [4] คือ (i) การเห็นคุณค่าของระบบ (ii) ความเข้าใจการผันแปร (iii) ทฤษฎีของความรู้อยู่และ (iv) จิตวิทยา

เดมิ่งกล่าวว่า เราไม่จำเป็นต้องเข้าใจความรู้เหล่านี้อย่างลึกซึ้งเพื่อการนำไปใช้ [5] อุปมาดั่งที่ผู้นำด้านการปรับปรุงกล่าวไว้ว่า เราสามารถขับรถได้โดยไม่ต้องรู้ว่าเครื่องยนต์ทำงานได้อย่างไร [4,6] นักศึกษาในชั้นปีต้นๆ ต้องการเข้าใจพื้นฐานของวิทยาศาสตร์การปรับปรุงเท่านั้น และที่สำคัญคือ เขาต้องรู้ว่ามียุทธวิธีต่างๆ ในกระบวนการของการปรับปรุงการดูแล [7]

การเห็นคุณค่าของระบบ

การนำแนวคิดของเดมิ่งมาใช้กับงานบริการสุขภาพ เราต้องจำไว้เสมอว่า ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับระบบที่ซับซ้อนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ หัตถการและเครื่องมือ รวมทั้งวัฒนธรรมขององค์กรและผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่นักศึกษาควรเข้าใจการพึ่งพาซึ่งกันและกันและความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ผดุงครรภ์ พยาบาล ผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ผู้ป่วย การรักษา เครื่องมือ หัตถการห้องผ่าตัดและอื่นๆ) ด้วยวิธีนี้จะเพิ่มความแม่นยำของการทำนายที่อาจจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบ

ความเข้าใจการผันแปร

การผันแปรคือ ความแตกต่างระหว่างสิ่งคล้ายกันตั้งแต่สองสิ่งขึ้นไป เช่น อัตราความสำเร็จ

ที่ต่างกันของการผ่าตัดไส้ติ่งของสองภูมิภาคของประเทศหนึ่ง หรือ อัตราฟันผุที่แตกต่างกันของสองภูมิภาคการผันแปรมีมากในงานบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็สามารถแตกต่างกันจากหัตถการผู้ป่วยหนึ่งไปยังอีกหัตถการผู้ป่วยหนึ่ง จากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่ง จากภูมิภาคหนึ่งไปยังอีกภูมิภาคหนึ่งและจากประเทศหนึ่งไปยัง

ประเทศอื่นๆ อย่างไรก็ตามเราควรระลึกเสมอว่าการผันแปรเป็นลักษณะหนึ่งของระบบส่วนใหญ่ การขาดคนขาดเครื่องมือ ขาดยาหรือขาดเตียงสามารถนำไปสู่การผันแปรในการดูแล นักศึกษาสามารถฝึกนิสัยที่จะถามครูและผู้คนเกี่ยวกับผลที่คาดว่าจะได้รับการรักษาหรือการทำการหัตถการนั้นๆ ตัวอย่างเช่น การที่ผู้หญิงสามคนถูกส่งตัวมายังโรงพยาบาลหลังจากการคลอดลูกที่สถานบริการในชนบท เป็นเครื่องแสดงว่ามีปัญหาในการคลอดบุตรหรือไม่ การมีพยาบาลเข้าเวรเพิ่มขึ้นทำให้การดูแลผู้ป่วยต่างจากเดิมหรือไม่ ความล้มเหลวในการครอบฟันเป็นเครื่องแสดงให้เห็นถึงปัญหาของกระบวนการที่ใช้อยู่หรือไม่ การมีเภสัชกรมาร่วมในการดูแลในหอผู้ป่วยทำให้ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาน้อยลงหรือไม่ ความสามารถในการตอบคำถามเหล่านี้ และคำถามอื่นๆ ในทำนองเดียวกัน เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายของกิจกรรมการปรับปรุง

ทฤษฎีของความรู้

เดมิงกล่าวว่า ทฤษฎีของความรู้ต้องการให้เราทำนายว่า การเปลี่ยนแปลงที่เราจะทำจะนำไปสู่ผลที่ดีขึ้น การทำนายผลของการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอนที่จำเป็นในกระบวนการวางแผนเบื้องต้น นักศึกษาส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์กับการทำนายด้วยการเขียนแผนการศึกษาที่จะทำนายว่าข้อมูลอะไรที่นักศึกษาจำเป็นต้องรู้เพื่อสอบผ่าน คนที่มีประสบการณ์จำเพาะอาจได้เปรียบกว่าในการทำนาย ตัวอย่างเช่น ผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเช่น คลินิกในชนบทอาจทำนายผลของการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมนั้นได้ดีกว่า เพราะเขามีความรู้เกี่ยวกับคลินิกแห่งนั้นมากกว่าและรู้ว่ามีวิธีการใดทำได้ (หรือควรทำ) เขาทำนายได้ดีกว่าว่ามีวิธีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะอย่างจะมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร เมื่อผู้ให้บริการสุขภาพมีประสบการณ์และความรู้ในด้านที่ต้องการจะปรับปรุง การเปลี่ยนแปลงที่เขาเสนอขึ้นมาก็น่าจะมีผลให้การปรับปรุงนั้นเป็นจริงได้ การเปรียบเทียบผลที่ได้กับการทำนายเป็นกิจกรรมสำคัญหนึ่งในการเรียน การสร้างความรู้โดยการทำการเปลี่ยนแปลงแล้ววัดผลหรือสังเกตความแตกต่างเป็นพื้นฐานของวิทยาศาสตร์การปรับปรุง

จิตวิทยา

องค์ประกอบสุดท้ายคือ ความสำคัญของความเข้าใจเรื่องจิตวิทยาของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างคนและคนกับระบบ การเปลี่ยนแปลงใดๆ ไม่ว่าใหญ่หรือเล็กจะมีผลกระทบ และความรู้ทางจิตวิทยาสามารถช่วยให้เราเข้าใจได้ว่า ทำไมคนถึงตอบสนองและทำไมคนถึงต่อต้าน ตัวอย่างเช่น ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีการตอบสนองแตกต่างกันมากต่อเหตุการณ์ที่คล้ายกัน เช่น การนำระบบควบคุมกำกับมาใช้หาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ปฏิกริยาที่แตกต่างกันของผู้ปฏิบัติงานควรได้รับพิจารณา เมื่อจะนำการเปลี่ยนแปลงมาใช้

ทั้งสี่ส่วนองค์ประกอบมารวมเป็นระบบความรู้พื้นฐานของการปรับปรุงจากแนวคิดของเดิม การปรับปรุงจะเกิดขึ้นไม่ได้หากปราศจากการกระทำต่อไปนี้คือ การพัฒนา การทดสอบและการนำการเปลี่ยนแปลงไปใช้

แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพื้นฐาน

โนแลนและแชล (Nolan and Schall) [6] ให้คำจำกัดความของแนวคิดการเปลี่ยนแปลงว่า เป็นความคิดทั่วไปที่มีคุณค่าที่ถูกพิสูจน์แล้ว และมีรากฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ หรือมีหลักฐานที่สำคัญที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดเห็นเฉพาะอย่าง เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การปรับปรุงที่ดีขึ้น โนแลนและแชลระบุแหล่งความคิดต่างๆ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้มาจากที่ไหนก็ได้ เช่น การคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณเกี่ยวกับระบบในปัจจุบัน การคิดริเริ่มอย่างสร้างสรรค์ การสังเกต กระบวนการ ความคิดจากวรรณกรรม ข้อเสนอแนะของผู้ป่วย หรือมุมมองที่ได้จากสถานการณ์อื่นๆ ที่ต่างกันโดยสิ้นเชิง

คนจำนวนมากมีสัญชาตญาณในการนำแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การตั้งคำถามว่า เขาต้องการเปลี่ยนแปลงอะไรเพื่อทำให้สถานการณ์ต่างๆ ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การไม่มีวินัยในการเรียน ความตึงเครียดกับสมาชิกของครอบครัวหรือการเข้ากับเพื่อนร่วมงานไม่ได้ เป็นต้น เขามักตั้งคำถามกับตัวเองว่า “ฉันสามารถทำอะไรได้บ้างเพื่อปรับปรุงให้สถานการณ์ดีขึ้น”

ทีมบริการสุขภาพที่ต้องการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอาจใช้แนวคิดที่เป็นนามธรรม และหาทางที่จะประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมของตนกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง หรือกับงานที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น กระบวนการนี้ให้ความสำคัญแก่ด้านบางด้านของสถานการณ์ของที่นั้นๆ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญเพราะเป็นการเน้นการมีส่วนร่วมของทีมในกระบวนการปรับปรุง ซึ่งสมาชิกของทีมที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้มักจะอุทิศตนต่อโครงการที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้นนี้

กล่อง B.7.1. ตัวอย่างของการนำแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงมาใช้

ทีมบริการสุขภาพต้องการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะต่างๆ ในคู่มือการปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกในเรื่องการทำความสะอาดมือในการบริการสุขภาพเนื่องจากเขาเชื่อว่าเป็นแนวคิดที่ดีเพราะคู่มือนี้สร้างขึ้นจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ท่านอาจทำนายได้ว่า หากมีการนำคู่มือนี้มาใช้ ก็จะมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นตามมา นั่นคือลดการแพร่กระจายของการติดเชื้อผ่านทางมือของผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย

คู่มือนี้นับเป็นตัวอย่างหนึ่งของแนวคิดที่เป็นนามธรรม หากต้องการนำคู่มือนี้ไปใช้ในหน่วยงานที่ทีมต้องทำแผนที่มีความเฉพาะขึ้นมาใช้นั้นคือทีมจะต้องนำแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรมไปสู่เป้าหมายที่ปฏิบัติได้ เพื่อลดการติดเชื้อในที่ปฏิบัติงาน ถ้าแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงเป็นนามธรรมที่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ ก็ควรมีวรรณกรรมและหลักฐานอื่นเป็นฐานสนับสนุนแนวคิดอันนี้

เมื่อแนวคิดนี้มีความเหมาะสมสำหรับหน่วยงานและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง แนวคิดนี้ก็จะมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีความเชื่อมโยงและมีความเหมาะสมกับสถานการณ์หน่วยงานนั้นยิ่งขึ้น

หลักการปรับปรุงที่เป็นฐานคิดของรูปแบบของการปรับปรุง

การปรับปรุงคุณภาพประกอบด้วยกระบวนการหรือเครื่องมือ มีวัตถุประสงค์ที่จะลดช่องว่างของคุณภาพในการปฏิบัติการของระบบหรือองค์กร หลักการพื้นฐานของการปรับปรุงคุณภาพค่อนข้างจะเป็นไปโดย

สัญชาตญาณ กล่าวคือ เน้นที่ผู้ป่วยหรือลูกค้าเป็นสำคัญ การมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม การนำวิธีการเชิงกระบวนการมาใช้ การนำการจัดการเชิงระบบมาใช้ในการบริหาร การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การใช้หลักความจริงในการตัดสินใจ และการสร้างความสัมพันธ์ที่มีประโยชน์ร่วมกันของทุกภาคส่วน

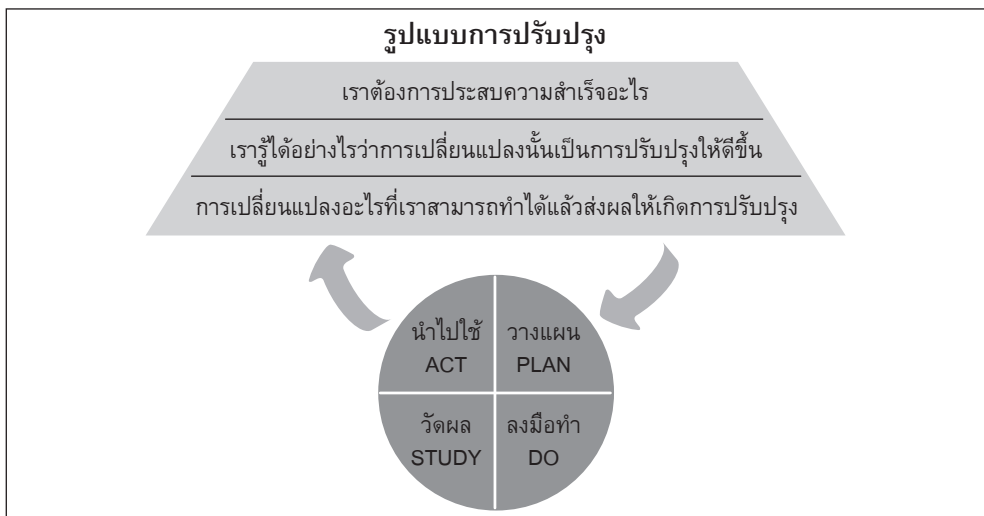
การปรับปรุงหมายถึงทั้งการสร้างองค์ความรู้และการนำองค์ความรู้ไปใช้ รูปแบบการปรับปรุงส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการตั้งคำถามแล้วตามด้วยวงจร PDCA ดังที่อธิบายโดยเดมिंग (ดูรูป B.7.1 ข้างล่าง)

คำถามหลักที่ใช้ในการปรับปรุงให้ดีขึ้น คือ

1. สิ่งที่เราต้องการประสบความสำเร็จคืออะไร
2. เราได้ตัวอย่างใดว่าการเปลี่ยนแปลงที่ทำขึ้นนั้นส่งผลให้เกิดการปรับปรุงที่ดีขึ้น

ไม่ใช่สิ่งผิดปกติดำจะใช้วิธีการจัดการแบบลองผิดลองถูกเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นฐานคิดของกระบวนการ PDCA เพื่อทำให้เกิดการปรับปรุงที่ดีขึ้น

รูป B.7.1. รูปแบบของการปรับปรุงให้ดีขึ้น (Model for improvement)  



แหล่งข้อมูล: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996[4].

1. สิ่งที่เราต้องการประสบความสำเร็จคืออะไร

คำถามนี้ตั้งขึ้นเพื่อช่วยให้ทีมบริการสุขภาพเน้นสิ่งที่ทีมห่วงใย ต้องการปรับปรุงและแก้ไข มีความสำคัญที่ทุกคนต้องเห็นพ้องต้องกันว่า ปัญหาที่อยู่จริง และค้ำค้ำกับความพยายามที่จะแก้ไขตัวอย่างเช่น

(a) เราทุกคนเห็นด้วยหรือไม่ว่าการผ่าตัดเข้ามีอัตราติดเชื้อที่สูงเกินไป

(b) เราทุกคนเห็นด้วยหรือไม่ว่าเราต้องการระบบการนัดที่ดีขึ้น สำหรับการมารับบริการที่คลินิก

(c) เราทุกคนเห็นด้วยหรือไม่ว่าวิธีการเก็บยาของคลินิกทันตกรรม เสี่ยงต่อความเสียหายของยา

การยืนยันว่ามีปัญหาเกิดขึ้นจริงต้องการหลักฐานสนับสนุน (ทั้งเชิง คุณภาพและเชิงปริมาณ) เพื่อทราบขนาดของปัญหา ตัวอย่างเช่น (ยังคง เกี่ยวเนื่องกับปัญหาที่ยกตัวอย่างไว้ข้างต้น)

(a) เรามีตัวเลขแสดงอัตราการติดเชื้อหรือไม่

(b) มีการร้องเรียนเกี่ยวกับการนัดหมายที่คลินิกหรือไม่

(c) มียาที่เก็บไว้ที่คลินิกทันตกรรมเสียหายหรือไม่ในเดือนที่แล้ว

มิใช่เป็นความคิดที่ดีที่จะใช้ความพยายามอย่างมากในการแก้ปัญหา ที่มีคนเพียงคนเดียวคิดว่าเป็นปัญหา

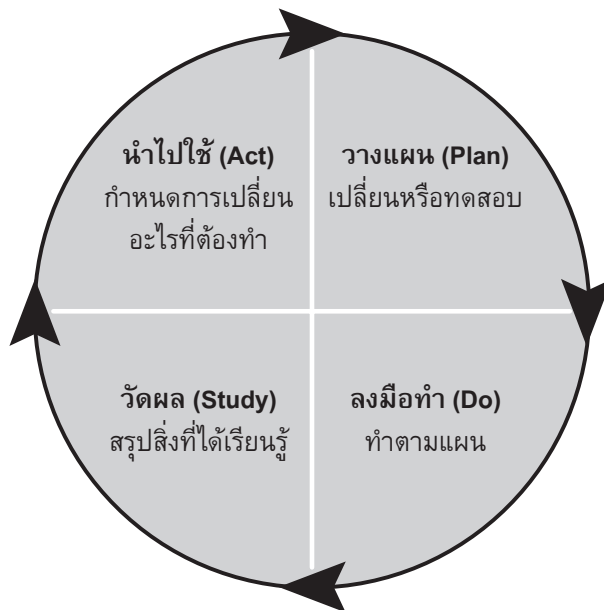
หลายประเทศมีฐานข้อมูลเฉพาะโรคทั้งในระดับชาติและนานาชาติ ที่สามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัด ฐานข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์อย่างมากที่จะนำมาใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐาน (benchmarking) และข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญ เพราะช่วยให้ทีมได้มุ่งเน้นความพยายามให้ถูกทาง แต่บางกรณีอาจมี ข้อมูลสนับสนุนไม่มากพอ อย่างไรก็ตามไม่ว่าข้อมูลจะมีมากหรือน้อยเพียงใดก็ตามควรพยายามที่จะทำการเปลี่ยนแปลงให้ง่ายที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2. เรารู้ได้อย่างไรว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นการปรับปรุงให้ดีขึ้น

ผู้ให้บริการสุขภาพและนักศึกษามีความจำเป็นที่จะต้องวัดผลลัพธ์ หรือตัวแปรที่เป็นคำถามทั้งก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลง เพื่อดูว่าการ ปฏิบัติของทีมก่อให้เกิดความแตกต่างหรือไม่ การปรับปรุงสามารถยืนยัน ได้ หากมีข้อมูลมาแสดงว่าสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป

และการปรับปรุงนั้นยังคงอยู่ต่อไป ทีมจึงจะมั่นใจได้ว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีประสิทธิภาพเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการทดสอบการแทรกแซง (intervention) ต่างๆ ที่ได้ออกแบบและประยุกต์ใช้ วงจร PDSA ที่แสดงในผังแสดงด้านล่าง ที่อธิบายถึงวิธีที่ช่วยในการทดสอบวิธีการต่างๆ เพื่อที่จะดูว่าการแทรกแซงที่ให้มามีประสิทธิภาพหรือไม่

รูป B.7.2. วงจรวางแผน-ลงมือทำ-วัดผล-นำไปใช้ (The plan-do-study-act cycle)  9



แหล่งข้อมูล: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996[4].

วงจรเริ่มด้วยการวางแผนและจบด้วยการนำไปใช้ ขั้นตอนของการวัดผลออกแบบมาเพื่อให้ได้ข้อมูลและความรู้ใหม่ จัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญในวิทยาศาสตร์การปรับปรุงเพราะข้อมูลใหม่ทำให้ทำนายผลของการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น การนำรูปแบบ PDSA มาใช้สามารถทำให้ง่ายหรือซับซ้อนก็ได้ ทำให้เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ตัวอย่างของสถานการณ์ที่สามารถใช้วงจร PDSA ได้ เช่น การปรับปรุงระยะเวลาที่รอรับบริการในคลินิก การลดอัตราการติดเชื้อจากการผ่าตัดของห้องผ่าตัด

การลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด การลดเหตุบึงเอิญทางทันตกรรม การลดจำนวนการส่งผลห้องปฏิบัติการไปให้ผู้ป่วยผิดคน การปรับปรุงประสิทธิภาพการคลอดของผู้หญิง กิจกรรมการปรับปรุงที่เป็นทางการอาจต้องการข้อมูลอย่างละเอียด ใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้เวลาสำหรับการอภิปรายและการประชุมที่มามากขึ้น รูปแบบ PDSA เป็นรูปแบบที่มีการทำขั้นตอนซ้ำแล้วซ้ำอีกจนกระทั่งเกิดการปรับปรุงขึ้นและยังคงอยู่ต่อไป

ประเด็นเพื่อพิจารณาเมื่อเริ่มโครงการปรับปรุง

ประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ควรนำมาพิจารณาเมื่อเริ่มใช้วิธีการปรับปรุง

ความจำเป็นในการจัดตั้งทีม

หมายรวมถึงการเลือกให้ถูกคนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ที่จะทำให้ความพยายามในการปรับปรุงได้รับความสำเร็จ ทีมอาจมีขนาดเล็กหรือใหญ่ก็ได้ ตามความเหมาะสมกับความต้องการขององค์กร ตัวอย่างเช่น หากเป้าหมายของโครงการคือ ต้องการปรับปรุงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ดังนั้นทีมควรประกอบด้วยคนที่ทราบเรื่องการจำหน่าย ได้แก่ พยาบาล แพทย์ปฐมภูมิ เภสัชกรทันตแพทย์หรือผดุงครรภ์ (ขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ป่วยของโครงการนั้นๆ) และผู้ป่วย

ทีมจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของกระบวนการปรับปรุง

การปรับปรุงต้องมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ควรวัดได้ และมีกรอบเวลาที่ชัดเจน และการกำหนดผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบ ความชัดเจนเหล่านี้ช่วยให้ทีมสามารถดำเนินการต่อไปได้ และมีจุดเน้นที่แน่ชัด

ทีมจำเป็นต้องกำหนดวิธีการวัดการเปลี่ยนแปลง

ทีมใช้วิธีการวัดเชิงปริมาณเพื่อที่จะตัดสินว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นนำไปสู่การปรับปรุงให้ได้จริง

ทีมจำเป็นต้องเลือกการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ

การปรับปรุงก็เพื่อต้องการการเปลี่ยนแปลง แต่การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดไม่ได้ทำให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นองค์กรต้องกำหนดการเปลี่ยนแปลงที่มีความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดการปรับปรุงให้ดีขึ้น

ทีมจำเป็นต้องทดสอบการเปลี่ยนแปลง

วงจร PDSA เป็นคำย่อสำหรับการทดสอบการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงาน ประกอบด้วยวางแผนการเปลี่ยนแปลง (Plan) ทดลองเปลี่ยน (Do) สังเกตผล (Study) และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้มาใช้ (Act) ซึ่งเป็นตัวอย่างของวิธีการทางวิทยาศาสตร์

ทีมจำเป็นต้องนำการเปลี่ยนแปลงไปใช้

หลังจากทดลองการเปลี่ยนแปลงในระดับเล็กๆ การเรียนรู้จากแต่ละการทดสอบ และปรับการเปลี่ยนแปลงโดยวงจร PDSA หลายๆ ครั้ง ทีมสามารถที่จะนำการเปลี่ยนแปลงไปใช้ในระดับที่กว้างขึ้น ตัวอย่างเช่น ใช้กับประชากรตัวอย่างทั้งหมดหรือใช้กับทั้งหน่วยบริการสุขภาพ

ทีมจำเป็นต้องเผยแพร่ผลของการเปลี่ยนแปลง

ทีมหรือผู้จัดการทีมที่ประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือทั้งหน่วยงาน ควรขยายผลการเปลี่ยนแปลงไปยังหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลอื่นๆ

บทบาทของการวัดการปรับปรุง

กิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพต้องการผู้ให้บริการสุขภาพเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการดูแล ตัวอย่างเช่น นักศึกษาไม่สามารถศึกษาการเปลี่ยนของนิสัยการเรียนได้ หากไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับนิสัยในปัจจุบันและสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยและศึกษาอยู่ นักศึกษาควรเริ่มต้นด้วยการสำรวจตัวเองว่านิสัยการเรียนเป็นปัญหาหรือไม่ ต่อมาเขาจำเป็นต้องตัดสินใจว่า ต้องการข้อมูลอะไรเพื่อที่จะใช้ในการวัดว่าที่ทดลองไปส่งผลให้เกิดการปรับปรุงหรือไม่

จากการเปรียบเทียบนี้ เป้าหมายของโครงการปรับปรุงคือ การเปลี่ยนนิสัยการเรียนของนักศึกษาเพื่อให้เขาประสบความสำเร็จในการสอบมากกว่าแค่เป็นการระบุตัวนักศึกษาที่มีนิสัยการเรียนที่ไม่ดี

การวัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปรับปรุง เพราะว่าเป็นการบังคับให้บุคคลมองว่า ตนทำอะไรอยู่และทำอะไร วิธีปรับปรุงทั้งหมดอาศัยการวัด กิจกรรมในการบริการสุขภาพส่วนใหญ่สามารถวัดได้ ซึ่งในช่วงนี้ยังไม่มีกรวัด มีหลักฐานที่ยืนยันอย่างหนักแน่นว่า เมื่อเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับวัดการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำให้เกิดการปรับปรุงอย่างเห็นได้ชัด นักศึกษาในตัวอย่างของเราข้างต้น จะได้เรียนรู้ว่าเขาได้ปรับปรุงการเรียนไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ ด้วยการวัดนิสัยการเรียนก่อนและหลัง ตาราง B.7.1 ได้แสดงความแตกต่างบางประการของการวัดในการวิจัยกับการปรับปรุง

ตาราง B.7.1. วิธีวัดที่แตกต่างกันสำหรับวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน 

	การวัดในการวิจัย	การวัดผลสำหรับการเรียนรู้และกระบวนการปรับปรุง
วัตถุประสงค์	ต้องการค้นหาความรู้ใหม่	เพื่อนำความรู้ใหม่มาใช้ในการปฏิบัติงานประจำวัน
การทดสอบ	การทดสอบขนาดใหญ่ 1 อันแบบ "ปิดบัง"	วิธีการทดสอบหลายอันที่เป็นลำดับและใช้วิธีการสังเกต
อคติ	ควบคุมอคติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้	ทำให้อคติคงที่จากการทดสอบหนึ่งไปยังอีก การทดสอบหนึ่ง
ข้อมูล	รวบรวมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ "เผื่อไว้"	รวบรวมข้อมูลให้มากพอที่จะเรียนรู้และทำให้ครบวงจรอีกวงหนึ่ง
ระยะเวลา	อาจใช้เวลานานกว่าจะได้ผล	การทดสอบเล็กๆ ที่ชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจะเร่งให้เกิดการปรับปรุง

แหล่งข้อมูล: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/>) [8].

การวัดที่ใช้สำหรับการปรับปรุงมี 3 ประเภทหลักๆ คือ การวัดผลลัพธ์ การวัดกระบวนการและการวัดความสมดุล 

การวัดผลลัพธ์

ตัวอย่างของการวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย ความถี่ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จำนวนของการเสียชีวิตที่คาดไม่ถึง การสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและกระบวนการต่างๆ ที่จะทำให้ทราบถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การสำรวจ การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ และวิธีอื่นๆ เช่น การสัมภาษณ์เพื่อค้นหาและยืนยันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การรับรู้หรือทัศนคติต่อการบริการ และระดับความพึงพอใจสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการนั้นๆ ของประชาชน

ตัวอย่างเฉพาะบางเรื่อง เช่น

- การเข้าถึง-ระยะเวลาที่รอนัดและรอการตรวจ
- การดูแลผู้ป่วยวิกฤต-จำนวนผู้เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินหรือจำนวนผู้เสียชีวิต/เกือบเสียชีวิตจากการเสียชีวิตหลังคลอดหรือครรภ์เป็นพิษ
- ระบบการให้ยา-จำนวนความผิดพลาดของการให้ยาผิดขนาดหรือให้ผิดวิธีที่เกิดขึ้นแล้ว และ/หรือตรวจพบได้ก่อนให้ยาแก่ผู้ป่วย

ในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์มักนำสัญญาณเตือน (red flag) มาใช้เพื่อบอกและวัดความถี่ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

การวัดกระบวนการ

การวัดกระบวนการหมายถึงการวัดการทำงานของระบบ การวัดเหล่านี้เน้นที่ส่วนต่างๆ ของระบบที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่เป็นลบอันหนึ่ง แทนการเน้นที่การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การวัดกระบวนการมักกระทำเมื่อบุคลากรอาวุโสหรือผู้จัดการต้องการทราบว่าจะแต่ละส่วนของการให้บริการ หรือระบบบริการสุขภาพโดยรวมทำงานได้ดีหรือไม่ อย่างไร

ตัวอย่างเฉพาะบางเรื่องเช่น

- การดูแลขณะผ่าตัด-จำนวนครั้งที่นับผ้าซับเลือดได้ครบถ้วน

- การให้ยา-การให้ยาแก่ผู้ป่วยช้าไป ซึ่งปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณา คือการสั่งยา การจ่ายยาและการบริหารยา
- ความล่าช้าที่จะส่งผู้ป่วยต่อไปยังห้องคลอด
- การเข้าถึง-จำนวนวันที่หอผู้ป่วยหนักมีผู้ป่วยครองเตียงเต็มจำนวนและไม่มีเตียงสำรอง

การวัดความสมดุล

การวัดความสมดุลใช้เพื่อให้มั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงไม่ได้สร้างปัญหาใหม่เพิ่มเข้ามา เป็นการตรวจสอบการให้บริการหรือองค์รจากมุมมองที่ต่างออกไป ตัวอย่างเช่น หากนักศึกษาเปลี่ยนนิสัยการเรียนจนกระทั่งไม่มีเวลาไปพบเพื่อน อาจส่งผลทางลบต่อความอยู่ดีมีสุขของนักศึกษาเอง ตัวอย่างของการวัดความสมดุลในบริบทงานบริการสุขภาพเช่น การทำให้มั่นใจได้ว่าความพยายามที่จะลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย จะไม่นำไปสู่อัตราการกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ตัวอย่างของวิธีการปรับปรุง

ตัวอย่างของวิธีการปรับปรุงในงานบริการสุขภาพมีเป็นจำนวนมาก นักศึกษาส่วนใหญ่จะเริ่มคุ้นเคยกับวิธีเหล่านี้ที่ใช้ในสถานบริการเป็นลำดับของการเข้าสู่วิชาชีพ ดร.เบรินท์ เจมส์ (Brent James) [9] ได้ทำให้เกิดการปรับปรุงการบริการสุขภาพที่มีความสำคัญ ด้วยวิธีที่เรียกว่า วิธีการปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice improvement: CPI) อีกสองวิธีที่ใช้กันแพร่หลายในหลาย ๆ ประเทศ คือ RCA และการวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบ (failure modes and effects analysis: FMEA) รูปแบบของทั้งสามวิธีนี้จะได้อธิบายโดยสังเขปดังต่อไปนี้

วิธีการปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิก

ผู้ให้บริการสุขภาพควรรนำวิธีการปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิก (CPI) มาใช้เพื่อการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ โดยการตรวจสอบกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลในคลินิกอย่างละเอียด

ความสำเร็จของโครงการการปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิก ขึ้นอยู่กับทีมที่จะปฏิบัติงานให้ครอบคลุมแต่ละระยะ ทั้ง 5 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะเริ่มโครงการ

สมาชิกของทีมจำเป็นต้องถามตัวเองว่าต้องการแก้ปัญหาอะไร หรืออยากทำอะไรให้สำเร็จ จากนั้นให้เขียนพันธกิจหรือวัตถุประสงค์ ที่อธิบายว่า สิ่งที่สมาชิกตั้งใจว่าจะทำคืออะไร ด้วยประโยคสั้นๆ 2-3 ประโยค ทั้งนี้ควรพิจารณาให้ผู้ป่วยเป็นสมาชิกของทีมด้วยเสมอ ในระยะนี้ทีมควรพิจารณาถึงชนิดของวิธีวัดที่จะนำมาใช้ด้วย

ระยะวินิจฉัย

ปัญหาบางอย่างมีประโยชน์น้อยและไม่คุ้มค่าที่จะไปเสียเวลาแก้ไข ดังนั้นทีมจำเป็นต้องถามตนเองว่าปัญหานั้นมีค่าควรแก้การแก้ไขหรือไม่ ซึ่งทีมควรกำหนดขอบเขตในการแก้ปัญหาให้รอบด้าน โดยการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ รวมทั้งเข้าใจความคาดหวังของผู้มีส่วนร่วมด้วย การระดมสมองจากสมาชิกของทีมสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง และกำหนดว่าจะประเมินและการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการวัดการปรับปรุงที่จำเป็นต้องทำในระยะนี้

ระยะลงมือทำ

เมื่อถึงระยะนี้แล้ว ทีมควรได้ปัญหาแล้วว่ามืออะไรบ้าง และมีแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้แล้ว แต่ละแนวทางของการแก้ไขที่เสนอมานั้น จะต้องทดสอบด้วยกระบวนการ “ลองผิดลองถูก” โดยใช้วงจร PDSA ในการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลง แล้วสังเกตผลของการเปลี่ยนแปลง และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ได้ผล

ระยะผลกระทบและนำไปใช้

ระยะนี้จะเป็นการวัดและบันทึกผลของการทดลองนำไปปฏิบัติว่า สิ่งที่ทำลงไปทำให้เกิดความแตกต่างหรือไม่

การวัดผลของการเปลี่ยนแปลงต้องทำให้ครอบคลุมทั้งหมดเพื่อที่จะกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้เกิดความแตกต่างขึ้นจริง มิฉะนั้นเราจะไม่สามารถบอกได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นนั้น ไม่ได้เป็นผลจากความบังเอิญ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว (one-time event) เป้าหมายคือ แนะนำการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้การปรับปรุงคงอยู่ได้ ข้อมูลแสดงผลของการเปลี่ยนแปลง ทำได้โดยการใช้ผังงานวิ่ง (run chart) และวิธีการทางสถิติที่เหมาะสม หากใช้นิสัยการเรียนของนักศึกษาเป็นตัวอย่าง เราอาจกล่าวได้ว่านักศึกษาได้ปรับปรุงนิสัยการเรียนให้ดีขึ้นแล้ว หากนักศึกษาสามารถคงการเปลี่ยนนิสัยการเรียนได้เป็นเวลาหลายเดือนและไม่กลับคืนไปสู่นิสัยเดิม

ระยะการปรับปรุงและการคงอยู่

ระยะนี้เป็นระยะสุดท้าย ที่ทีมต้องพัฒนาและเห็นพ้องกับกระบวนการควบคุมกำกับ และวางแผน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงในวันนี้ อาจกลายเป็นสิ่งที่ลืมหูลืมตาในอนาคต หากไม่มีแผนว่าจะทำให้อยู่ได้อย่างไร

ระยะนี้อาจเกี่ยวข้องกับการจัดทำมาตรฐานของกระบวนการและระบบ เพื่อกำหนดกิจกรรม และจัดเตรียมเอกสารเกี่ยวกับ นโยบาย หัตถการ แนวปฏิบัติ และคู่มือ รวมถึงการวัดและทบทวน เพื่อให้การเปลี่ยนเป็นการปฏิบัติที่ทำเป็นประจำได้ พร้อมทั้งจัดการฝึกอบรม และให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ตัวอย่างของโครงการ CPI

โครงการ CPI ต่อไปนี้เป็นโครงการที่จะช่วยให้นักศึกษาเข้าใจเครื่องมือ และวิธีการใช้เครื่องมือในกระบวนการปรับปรุง กรณีศึกษาที่อธิบายข้างล่างนี้เป็นโครงการที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนาโปรแกรม CPI โดยศูนย์การปรับปรุงการบริการสุขภาพเขตภาคเหนือ (ซิดนีย์ รัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย) ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของโรงพยาบาลและชื่อของผู้เข้าร่วมชื่อโครงการคือ *การเร่งการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่*

สิ่งแรกที่ทีมทำคือระบุสิ่งที่จำเป็นต้องแก้ไขว่าคืออะไร ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่นอนโรงพยาบาลนานเกินไปใช่หรือไม่ ต่อไปนี้คือ

พันธกิจที่ทีมตกลงร่วมกัน

ต้องการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดลำไส้ใหญ่
จาก 13 วันให้เหลือ 4 วัน ให้ได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน

ขั้นตอนต่อไปของกระบวนการคือ คัดเลือกทีมที่เหมาะสมที่จะทำ
โครงการนี้ สมาชิกของทีมต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องที่จะทำ

ทีมที่ปรึกษา ประกอบด้วย

- ผู้จัดการงานบริการสุขภาพ
- ผู้บริหารโรงพยาบาล
- หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาล
- ที่ปรึกษาพยาบาลคลินิกเฉพาะด้าน (ด้านจัดการความปวด)
- เจ้าหน้าที่ทางแพทย์ (ศัลยแพทย์)

สมาชิกในทีมของโครงการ ประกอบด้วย

- ที่ปรึกษาพยาบาลคลินิกเฉพาะด้านการจัดการความปวด (หัวหน้าทีม)
- ศัลยแพทย์ทั่วไป
- วิสัญญีแพทย์
- พยาบาลดูแลการปวดเฉียบพลัน
- คลินิกศัลยกรรม (Perioperative clinic)
- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม
- เภสัชกร
- นักกายภาพบำบัด
- นักโภชนาการ
- ผู้ป่วย

เราจะกลับมาที่ตัวอย่างนี้อีกครั้งในตอนต่อไปของบทนี้

การวิเคราะห์สาเหตุราก

ในปัจจุบันโรงพยาบาลและสถานพยาบาลจำนวนมากใช้กระบวนการ
ที่เรียกว่าการวิเคราะห์สาเหตุราก (Root cause analysis: RCA) เพื่อหา
สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ RCA เริ่มต้นพัฒนามาจาก

งานวิศวกรรม และปัจจุบันใช้กันแพร่หลายในภาคอุตสาหกรรมรวมทั้งการบริการสุขภาพ RCA ถูกนำมาใช้หลังจากเกิดเหตุการณ์เพื่อที่จะเปิดเผยสาเหตุที่สำคัญ โดยเน้นที่เหตุการณ์เฉพาะและสถานการณ์แวดล้อม อย่างไรก็ตามกระบวนการทบทวนย้อนหลังในการทำ RCA ให้บทเรียนหลายๆ อย่างที่อาจช่วยป้องกันเหตุการณ์ทำนองเดียวกันนี้ในอนาคต

RCA เป็นกระบวนการที่สำรวจหาปัจจัยที่เป็นไปได้ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ ด้วยการตั้งคำถามว่า เกิดอะไรขึ้น ทำไมถึงเกิดและจะทำอะไรได้บ้างเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก

ผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมการทำ RCA เช่นเดียวกับได้รับการอบรมการทำ CPI หลายประเทศได้นำโปรแกรมการฝึกอบรมมาใช้เพื่อฝึกทักษะการทำ RCA ให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ประเทศสหรัฐอเมริกาและโรงพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย ได้ดัดแปลง RCA มาใช้สอบสวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และรูปแบบของโรงพยาบาลทหารผ่านศึกได้มาเป็นต้นแบบให้กับองค์กรบริการสุขภาพทั่วโลก

การทำ RCA เป็นไปได้ยาก หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร หมายถึงกำลังคนและเวลา และการสนับสนุนจากผู้จัดการ แพทย์ และหัวหน้าผู้บริหาร

โรงพยาบาลทหารผ่านศึกได้พัฒนาคู่มือปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับด้านต่างๆ ที่เป็นไปได้และคำถามที่อาจใช้ถาม เพื่อเปิดเผยปัจจัยที่เป็นไปได้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น

- **การสื่อสาร:** ผู้ป่วยถูกคนหรือไม่ มีการให้ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยแก่สมาชิกของทีมในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
- **สภาพแวดล้อม:** สภาพแวดล้อมของที่ปฏิบัติงานถูกออกแบบมาเพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงานหรือไม่ มีการประเมินความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมหรือไม่
- **เครื่องมือ:** เครื่องมือถูกออกแบบมาตามวัตถุประสงค์ของการใช้งานหรือไม่ มีเอกสารที่แสดงว่าการทบทวนความปลอดภัยของเครื่องมือหรือไม่

- **อุปสรรค:** อุปสรรคและตัวควบคุมอะไรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นี้ มีการออกแบบมาเพื่อปกป้องผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ เครื่องมือ หรือสภาพแวดล้อมหรือไม่
- **กฎ นโยบาย และวิธีการปฏิบัติงาน:** มีแผนการจัดการความเสี่ยงหรือไม่และกำหนดให้ใครเป็นผู้รับผิดชอบต่อความเสี่ยงหรือไม่ เคยมีการตรวจสอบสวนเหตุการณ์ทำนองเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่ หาสาเหตุได้หรือไม่ (หากมี) และมีการพัฒนาการแก้ไขที่มีประสิทธิภาพและนำมาใช้ในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
- **ความเห็น้อยล้ำ/การกำหนดเวลาทำงาน:** สภาพแวดล้อมเช่น ระดับการสั่นสะเทือน เสียง และสภาพแวดล้อมอื่นๆ เหมาะสมหรือไม่ เจ้าหน้าที่นอนหลับเพียงพอหรือไม่

ข้อเสนอแนะทั้งหมดควรกล่าวถึงสาเหตุรากของปัญหา ควรมีความจำเพาะ เป็นรูปธรรม และเข้าใจได้ง่าย ตรงกับความเป็นจริง สามารถนำไปใช้ได้จริง บทบาทและความรับผิดชอบของแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะควรชัดเจน พร้อมกับการระบุกรอบเวลาของการนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบ

ที่มา

เป้าหมายของการวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบ (Failure mode and effect analysis: FMEA) คือ การป้องกันปัญหาของกระบวนการดูแลก่อนที่ปัญหาจะเกิดขึ้น FMEA มีที่มาจากกองทัพสหรัฐอเมริกา ภายใต้การปฏิบัติการทางทหาร MIL-P-1629 และในปัจจุบันเป็นมาตรฐานทางทหาร 1629a ที่ชื่อว่า วิธีสำหรับทำการศึกษาข้อบกพร่องและผลกระทบ และการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ [10] ในเบื้องต้น FMEA ต้องการระบุผลขององค์ประกอบที่ทำให้เกิดข้อบกพร่องเนื่องจากข้อบกพร่องนี้ยังไม่ได้เกิดขึ้น ผลจึงแสดงออกมาในลักษณะของความเป็นไปได้ที่จะเป็นปัญหาและความสำคัญของผลกระทบ ต่อมาที่นำข้อมูลนี้มาใช้ปรับปรุงคุณภาพภายในองค์กรการปรับปรุงคุณภาพโดยใช้ FMEA มาใช้ในงานบริการเริ่มต้นอย่างจริงจังตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาการใช้ FMEA แพร่

หลายมากขึ้น โดยมักนิยมใช้ในงานบริการผู้ป่วยใน การรับรองคุณภาพขององค์กรมีส่วนทำให้เกิดการเติบโตของงานบริการสุขภาพ และส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพขององค์กรนั้นเป็นการนำภาษาและการเรียนรู้เกี่ยวกับ FMEA ในวิศวกรรมศาสตร์มาแปลเป็นภาษาที่ใช้กับวิชาชีพการบริการสุขภาพ

FMEA ในภาพกว้าง

FMEA เป็นวิธีการหาและระบุความล้มเหลวที่เป็นไปได้ในระบบ และนำกลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้ความล้มเหลวเกิดขึ้นมาใช้ โดยปกติ FMEA เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น ที่ดำเนินการโดยองค์กรบริการสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยง

(a) การระบุอันตราย-เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำหลักฐานว่ากระบวนการที่ส่งสัยส่งผลให้เกิดอันตราย

(b) การวิเคราะห์ระบบ-เกี่ยวข้องกับการทำผังแสดงที่สมบูรณ์ของกระบวนการดูแลและการประเมินโอกาสเสี่ยงของอันตรายที่อาจเกิดร่วมด้วย ในขั้นตอนนี้คือขั้นตอนที่ทำ FMEA

(c) การบอกลักษณะของความเสี่ยง-นำข้อค้นพบจาก a และ b มาบูรณาการ เพื่อนำเสนอสมมติฐานความไม่แน่นอน และการตัดสินใจ เมื่อสมาชิกรับรองแล้ว จึงพัฒนารายการที่ต้องปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

2. การนำไปใช้

3. การประเมิน

ความรู้และทักษะพื้นฐาน

เพื่อที่จะเข้าใจพื้นฐานของ FMEA นักศึกษาจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของการทำแผนที่กระบวนการและบทบาทของการปฏิบัติงานเป็นทีม
การทำแผนที่กระบวนการ เป็นกระบวนการที่ใช้ในทุกด้านของการผลิต แต่ในงานบริการสุขภาพหมายถึงการระบุทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้องใน

การให้การดูแล เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนว่าการบริการสุขภาพมีการจัดการ และดำเนินการอย่างไร

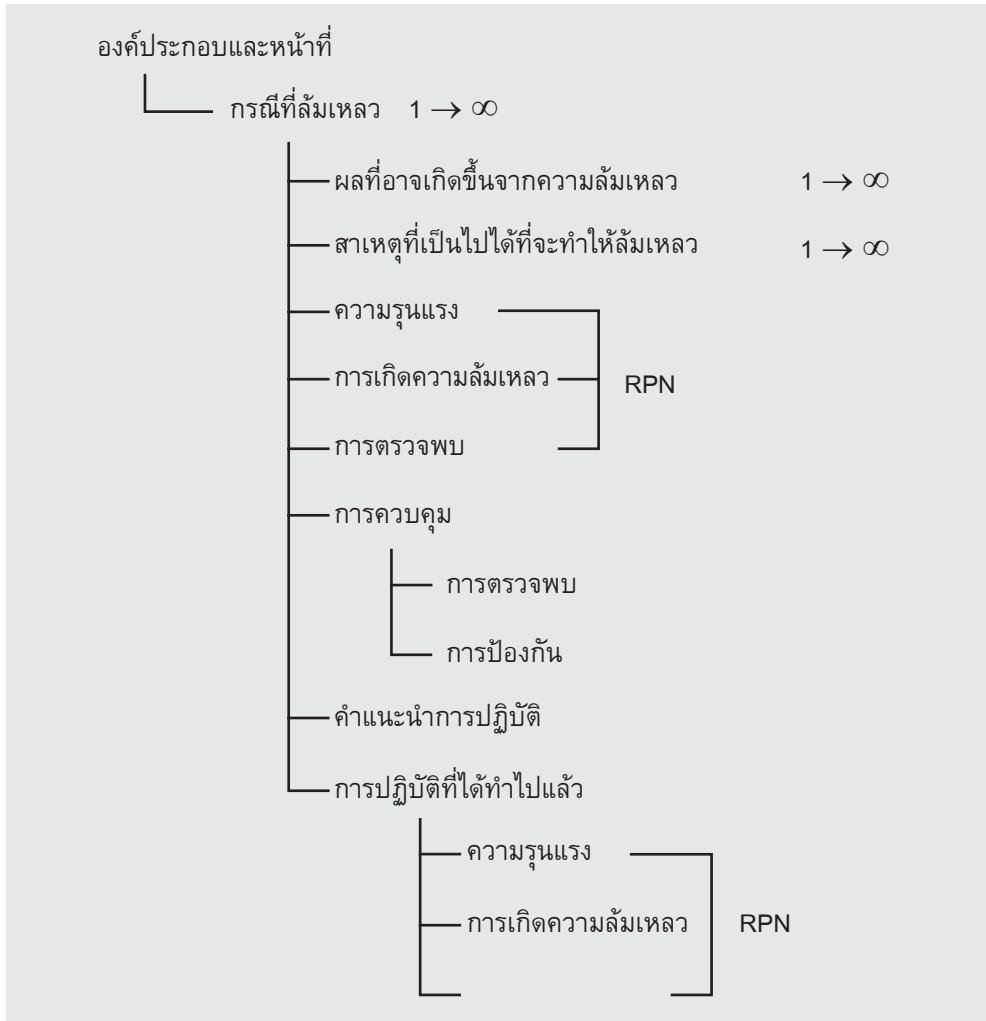
เป้าหมายของ *ทีมแก้ปัญหา* คือ การระดมความคิดเพื่อหาทุกขั้นตอน ของกระบวนการดูแลที่อาจทำให้ล้มเหลวได้ ลักษณะเฉพาะของ FMEA คือ ทีมสามารถวัดความล้มเหลวเชิงปริมาณได้ด้วยการให้คะแนน ผลของ ความรุนแรง การเกิดขึ้นและการตรวจพบ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของ ความเสี่ยงด้วยการให้เป็นคะแนนตั้งแต่ 1-10 การจัดลำดับความเสี่ยงเป็น ตัวเลขนี้ ช่วยให้ทีมแก้ปัญหากำหนดทิศทางไปในส่วนของกระบวนการที่ น่าจะต้องทำมากที่สุด

การสร้าง FMEA เป็นกิจกรรมที่กำหนดโดยทีม จากการประชุม พิจารณาร่วมกันหลายครั้งและหลายชั่วโมง องค์ประกอบที่สำคัญของ วิธีนี้คือ การแก้ปัญหาโดยสมาชิกของทีม ที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีทักษะ พื้นฐาน และความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย การแก้ปัญหาโดยกลุ่มคน ดีกว่าการแก้ปัญหาโดยปัจเจก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่องานนั้นซับซ้อน และต้องการการพิจารณา และการผสมผสานหลายส่วนเข้าด้วยกัน ยิ่งกว่า นั้นการตัดสินใจโดยกลุ่มที่ผ่านการพิจารณาจากสมาชิกที่ร่วมมือกันและ เคารพกัน จะมีลักษณะที่ดีกว่าการตัดสินใจโดยปัจเจกหรือกลุ่มที่ดำเนินการ โดยใช้เสียงส่วนใหญ่ [11]

ประเด็นที่สำรวจเริ่มในระยะแนะนำ จากนั้นทีมร่วมกันประเมินหรือ วิเคราะห์ประเด็น สุดท้ายเป็นการตัดสินใจและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรม ที่จะทำให้ทีมแก้ปัญหามีประสิทธิภาพจะตั้งวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้มีการแสดงออกที่แตกต่างอย่างเปิดเผย และเปรียบเทียบ ความแตกต่างและทางเลือกอื่นๆ สมาชิกของทีมที่มีประสิทธิภาพจะรับฟัง และสนับสนุนซึ่งกันและกัน

แม่แบบโปรแกรมสำเร็จ (Template) และรูปแบบของ FMEA มี มากมาย แต่ทั้งหมดมีโครงสร้างพื้นฐานเดียวกัน ดังแสดงในรูป B.7.3

รูป B.7.3. องค์ประกอบและหน้าที่ของ FMEA



แหล่งข้อมูล: FMEA [web site] <http://www.fmea-fmea.com/index.html> [12].

ตัวเลขลำดับความสำคัญของความเสี่ยง (Risk Priority Number: RPN) เป็นค่าที่ใช้วัดเพื่อประเมินความเสี่ยงที่จะช่วยระบุกรณีความล้มเหลวที่สำคัญที่สัมพันธ์กับการออกแบบหรือกระบวนการ ค่า RPN มีได้ตั้งแต่ 1 (ดีที่สุด) ถึง 1000 (เลวที่สุด) มีการนำ RPN ของ FMEA มาใช้กันอย่างแพร่หลายในอุตสาหกรรมยานยนต์ และมีความคล้ายคลึงกับตัวเลขที่ใช้ใน Mil-Std-1629A (มาตรฐานของกองทัพสหรัฐอเมริกาสำหรับการทำ FMEA)

รูปกราฟข้างบนแสดงปัจจัยที่มาของ RPN ว่าถูกคำนวณมาได้อย่างไร จากแต่ละกรณีของความล้มเหลว [12]

เครื่องมือสำหรับการประเมินปัญหาและกระบวนการที่ซ่อนอยู่

เครื่องมือสำหรับจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้กันบ่อยในความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพของการบริการสุขภาพ เครื่องมือทั้งหมดนี้ใช้ได้ง่าย สถานบริการสุขภาพต่างๆ เช่น โรงพยาบาล และคลินิก ได้มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเป็นประจำอยู่แล้ว เพื่อรายงานไปยังผู้รับผิดชอบหรือหัวหน้าสถานบริการของท้องถิ่นนั้น เครื่องมือที่ใช้บ่อยในความพยายามปรับปรุงคุณภาพ ได้แก่ ผังงาน ผังแสดงของสาเหตุและผล (หรือเป็นที่รู้จักในชื่อว่าผังแสดงของอาชิกาวาหรือผังแสดงกังงปลา) ผังงานพาเรโต (Pareto charts) และผังงานวิ่ง (run chart) คำอธิบายของเครื่องมือเหล่านี้ มีดังนี้

ผังงาน (Flowcharts)

ผังงานทำให้ทีมเข้าใจขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ถูกรักษาหรือถูกทำหัตถการใดๆ ผังงานที่แสดงเป็นภาพ แสดงทุกขั้นตอนหรือทุกด้านของกระบวนการของระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นระบบที่ซับซ้อน ก่อนที่เราจะทำการแก้ปัญหาใดๆ เราจำเป็นต้องเข้าใจถึงส่วนต่างๆ ของระบบที่เป็นปัญหา และแต่ละส่วนเชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกันอย่างไร ผังงานจะแม่นยำตรงเมื่อบุคลากรจากหลายสาขามีส่วนร่วมสร้างและพัฒนาขึ้นมา เป็นการยากที่จะทำให้ได้ผังงานแม่นยำตรงโดยบุคลากรเพียงคนเดียว เพราะว่าเขา/เธอไม่ได้คุ้นเคยกับการปฏิบัติงานที่มีหลากหลายที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้น หรือเข้าถึงเอกสารต่างๆ ของการบริการทำได้ยาก ดังนั้นเมื่อสมาชิกของทีมที่มีความหลากหลายมาร่วมกันสร้าง ผังงานก็จะเป็นผังแสดงที่บอกถึงการปฏิบัติงานที่แท้จริง มิใช่สิ่งที่คิดกันเองว่าบุคลากรเหล่านั้นทำอะไร

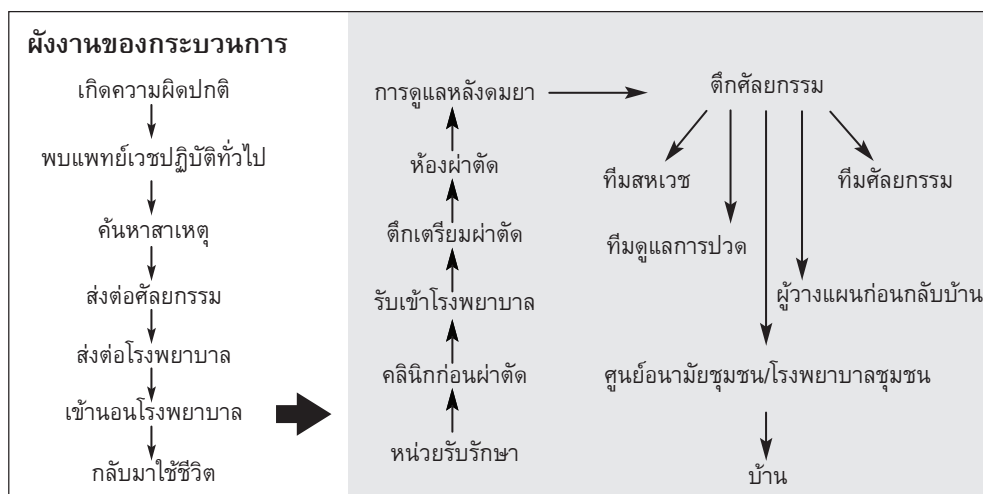
แม้ว่าผังงานที่ทำโดยสมาชิกของทีมอาจต่างจากผังงานขององค์กร แต่ความสำคัญอยู่ที่ผังงานนั้นได้แสดงถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ผังงานสามารถชี้ให้เห็นจุดอ้างอิงที่พบบ่อยและในภาษาที่สมาชิกทุกคนสามารถเข้าใจ

ตรงกันได้ การสร้างผังงานที่เหมาะสมสามารถแสดงกระบวนการอย่าง
แม่นยำ และอธิบายสิ่งที่เป็นจริงมากกว่าความต้องการที่อยากจะให้เป็น

ผังงานมี 2 ชนิด คือ ผังงานระดับสูงและผังงานอย่างละเอียด ผังงาน
ทั้งสองชนิดนี้มีประโยชน์ที่หลากหลาย นอกจากใช้อธิบายกระบวนการที่
เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพแล้ว ยังสามารถระบุขั้นตอนที่ไม่ได้เพิ่ม
คุณค่าให้แก่กระบวนการได้แก่ ความล่าช้า ความล้มเหลวในการสื่อสาร
การจัดเก็บ และการขนส่งที่ไม่จำเป็น การปฏิบัติงานที่ไม่จำเป็น และการ
ปฏิบัติงานซ้ำซ้อนหรือเพิ่มค่าใช้จ่าย ผังงานช่วยผู้ปฏิบัติงานสุขภาพพัฒนา
จุดร่วมของความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ และใช้ความรู้ดังกล่าวในการ
รวบรวมข้อมูลระบุปัญหา การอภิปรายและระบุแหล่งทรัพยากร ผังงาน
เหล่านี้สามารถนำมาเป็นพื้นฐานสำหรับการออกแบบวิธีใหม่ในการบริการ
สุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพที่ปฏิบัติงานในกระบวนการที่เป็นคำถามยังได้
ทำความเข้าใจถึงบทบาท และหน้าที่ของคนอื่นๆ ได้ดีขึ้นด้วย

ผังงานแต่ละผังอาจไม่เหมือนกัน รูป B.7.4 แสดงผังงานที่พัฒนาขึ้น
มาโดยทีมที่ต้องการลดเวลาในการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ผ่าตัด
ลำไส้ใหญ่จาก 13 วันให้เหลือ 4 วัน ให้ได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน

รูป B.7.4. ตัวอย่างของผังงาน



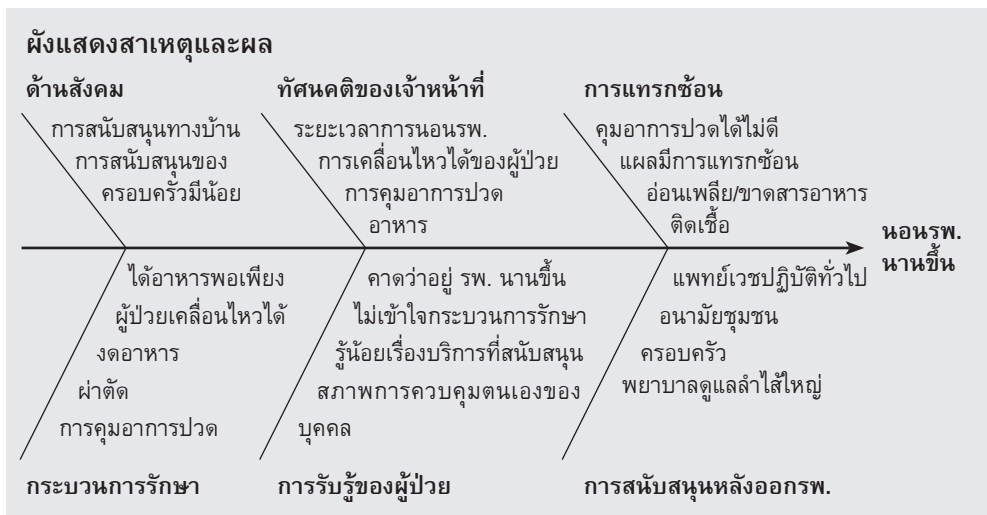
แหล่งข้อมูล: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

ผังแสดงสาเหตุและผล

ผังแสดงสาเหตุและผลถูกนำมาใช้เพื่อสำรวจและแสดงสาเหตุที่เป็นไปได้ทั้งหมดของผลบางอย่าง ผังแสดงมีอีกชื่อว่า ผังแสดงอิทธิกาหรือ ก้างปลา ไดอะแกรมเหตุและผลเป็นกราฟิกแสดงถึงความสัมพันธ์ของสาเหตุที่ส่งต่อไปยังผล และแสดงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สามารถใช้ในการระบุปัจจัยหลากหลายที่มีส่วนให้เกิดผลหนึ่งๆ ผังแสดงแบบนี้สามารถช่วยทีมให้เน้นไปยังด้านที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้น เนื้อหาในแต่ละแขนของผังแสดงเกิดขึ้นจากการระดมสมองสมาชิกของทีม เกี่ยวกับสาเหตุที่เป็นไปได้ ผังแสดงก้างปลาแสดงที่รูป B.7.5 เป็นผลจากการระดมสมองของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ทำขึ้นมาเพื่อลดเวลาที่จำเป็นในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ผ่าตัดลำไส้ใหญ่

ต่อเนื่องกับโครงการ CPI ที่ทำโดยทีมเพื่อพยายามจะลดเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ผังแสดงเหตุและผลถูกนำมาใช้ เพื่อระบุปัจจัยที่สมาชิกของทีมเห็นว่าเกี่ยวข้องกับระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย

รูป B.7.5. ตัวอย่างผังแสดงสาเหตุและผล



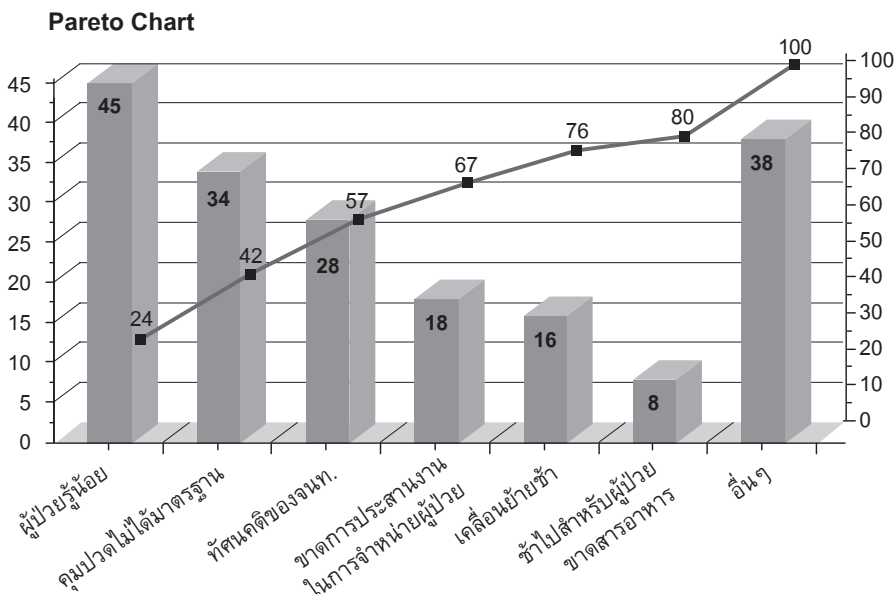
แหล่งข้อมูล: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

ผังงานพาเรโต (Pareto charts)

ในช่วงทศวรรษ 1950 ดร.โจเซฟ จูราน (Dr Joseph Juran) [13] ใช้คำว่า ‘หลักของพาเรโต (Pareto Principle)’ ในการอธิบายสัดส่วนขนาดใหญ่ของปัญหาคุณภาพ มาจากสาเหตุจำนวนที่น้อย หลักการคือ ปัจจัยจำนวนน้อยที่เป็นต้นเหตุของผลส่วนใหญ่ เพื่อช่วยให้ทีมมีจุดเน้นในความพยายามการแก้ปัญหา ทำโดยจัดลำดับปัญหา เน้นความจริงที่ว่าปัญหาส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบมาจากปัจจัย 2-3 ตัว และบ่งชี้ว่าจะแก้ปัญหาใดและแก้ไขในลำดับใด

ผังงานพาเรโตเป็นแผนภูมิแท่งซึ่งมีการนำปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนต่อผลทั้งหมดมาเรียงลำดับตามขนาดที่สัมพันธ์กับผล การลำดับปัจจัยเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะว่าช่วยให้ทีมให้ความสำคัญ ในความพยายามที่จะแก้ปัญหาที่มีผลกระทบมากที่สุด ในขณะที่เดียวกันยังช่วยอธิบายถึงเหตุผลที่จะมุ่งไปด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ

รูป B.7.6. ตัวอย่างของผังงานพาเรโต (Pareto Chart)



แหล่งข้อมูล: Langley GL, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organization Performance*, 1996 [4].

ผังงานวิ่ง (Run chart)

รูป B.7.7 แสดงผังงานวิ่งที่ทำโดยทีมประจำโรงพยาบาล ที่ติดตามผลการปรับปรุงของแต่ละเดือน ผังงานวิ่งหรือการจุดตามเวลา (time plot) เป็นกราฟของข้อมูลที่เก็บรวบรวมตามเวลาที่ผ่านไป ช่วยให้ทีมพิจารณาได้ว่า การเปลี่ยนแปลงมีผลในการปรับปรุงให้ดีขึ้นไปตามเวลาหรือไม่ หรือผลที่สังเกตได้เกิดจากการปรับขึ้นลงอย่างอิสระ (ที่อาจทำให้แปลผลผิดคิดว่า การปรับปรุงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญ) แนวโน้มจะถูกสร้างขึ้นมาจากชุดของจุดที่ต่อกันที่ขึ้นหรือลงอย่างต่อเนื่อง

ผังงานวิ่งช่วยให้ทีมตัดสินใจว่า กระบวนการนั้นดำเนินไปได้อย่างไร และการเปลี่ยนแปลงที่มีผลให้เกิดการปรับปรุงในทางที่ดีขึ้นจริง

รูป B.7.7 ตัวอย่างของผังงานวิ่ง (Run chart)



แหล่งข้อมูล: Langley GL, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organization Performance*, 1996 [4].

ฮิสโตแกรม

ฮิสโตแกรมเป็นกราฟแท่งแบบหนึ่ง ฮิสโตแกรมเป็นการนำเสนอที่เป็นรูปภาพกราฟของการแจกแจงความน่าจะเป็นของตัวแปรหนึ่ง แสดงความถี่ของข้อมูล ณ จุดหนึ่งภายในแต่ละพื้นที่

กลยุทธ์เพื่อให้การปรับปรุงคงอยู่

การทำการปรับปรุงมิใช่เป็นจุดสิ้นสุดของกระบวนการแต่การปรับปรุงนั้นจำเป็นต้องคงอยู่ต่อไป ซึ่งหมายถึงจะต้องมีการวัดอย่างต่อเนื่อง และการปรับโดยใช้วงจร PDSA กลยุทธ์ต่อไปนี้จะถูกกระตุ้นโดยทีมที่ต้องการจะลดเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่

- บันทึกระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคน
- คำนวณระยะเวลาเฉลี่ยของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลทุกเดือน
- จัดแสดงผังงานวิงที่เป็นปัจจุบัน ณ ห้องผ่าตัดทุกเดือน
- จัดการประชุมทีมสองเดือนต่อครั้งเพื่ออภิปรายการพัฒนาทั้งทางด้านบวกและด้านลบ
- ทำการปรับการดำเนินงานทางคลินิก (Clinical pathway) อย่างต่อเนื่อง
- รายงานผลไปยังกลุ่มธรรมาภิบาลทางคลินิกของท้องถิ่น
- กระจายแนวทางการปฏิบัติไปยังทีมผ่าตัดทุกทีมในโรงพยาบาลและในภูมิภาค

การนำกลยุทธ์เหล่านี้มาใช้ทำให้ทีมประสบความสำเร็จในการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยของทีมดีขึ้นโดยอัตราการติดเชื้อลดลงและการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น และลดค่าใช้จ่าย แม้กระนั้นก็ตาม ทีมจำเป็นต้องรักษาให้การปรับปรุงนั้นคงอยู่ต่อไป ด้วยการติดตามระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายเดือน

สรุป

มีหลักฐานมากมายที่แสดงว่าการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นได้และความผิดพลาดลดลง เมื่อผู้ให้บริการสุขภาพนำวิธีการและเครื่องมือการปรับปรุงคุณภาพมาใช้ รางวัลที่ทีมได้รับจากการพยายามนำวิธีการและเครื่องมือเหล่านี้มาใช้ก็คือ ความคงอยู่ของการปรับปรุงการบริการสุขภาพ หัวข้อนี้ได้แสดงวิธีสำหรับการปรับปรุงคุณภาพและอธิบายเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ เครื่องมือเหล่านี้สามารถนำไปใช้ได้ง่ายไม่ว่าอยู่สถาน

ที่ใด สามารถใช้ในคลินิกชนบทที่อยู่ห่างไกล หรือห้องผ่าตัดที่ยุงมากของโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในเมืองได้

กลวิธีและรูปแบบการสอน

การสอนวิธีการปรับปรุงคุณภาพให้นักศึกษาเป็นเรื่องที่ทำหาย เพราะต้องการผู้ให้บริการสุขภาพที่มีประสบการณ์จริงกับเครื่องมือเหล่านี้ และคุ้นเคยกับประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้เครื่องมือนี้ วิธีการที่จะสอนหัวข้อนี้ได้ดีที่สุดคือ ให้นักเรียนทดลองใช้เครื่องมือปรับปรุงคุณภาพ และจัดให้มีการโค้ชนักศึกษาแต่ละคนในการใช้วิธีการปรับปรุงคุณภาพ นักศึกษาควรถูกกระตุ้นให้เข้าร่วมในโครงการที่มีอยู่แล้ว เพื่อที่จะได้รับประสบการณ์จากการปฏิบัติงานเป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับโครงการเหล่านี้ และผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้นมากได้อย่างไร เมื่อนำวิธีการเหล่านี้มาใช้

หัวข้อนี้สามารถสอนได้หลากหลายวิธี

การบรรยายอย่างเดี่ยว/อย่างมีปฏิสัมพันธ์

หัวข้อนี้บรรจุด้วยทฤษฎีและข้อมูลประยุกต์ที่เหมาะสมกับการบรรยายอย่างเดี่ยวและอย่างมีปฏิสัมพันธ์ ใช้สไลด์ประกอบการบรรยาย หัวข้อนี้ได้จากเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกเพื่อเป็นแนวทางในการบรรยายหัวข้อนี้ได้ครอบคลุม สไลด์เพาเวอร์พอยท์สามารถเอามาใช้ได้กับเครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ

การอภิปรายเป็นคณะ

เชิญผู้เชี่ยวชาญมาคณะหนึ่งที่เคยใช้วิธีปรับปรุง (CPI, RCA หรือ FMEA) มาพูดถึงกระบวนการปรับปรุงและวิธีการเหล่านั้นว่า เขามีความเห็นอย่างไร ควรเชิญผู้ป่วยมาเป็นส่วนหนึ่งของผู้อภิปรายด้วยเพื่อทำให้งจรรยาของมุมมองครบทุกด้าน บางองค์กรได้นำผู้ป่วยมาร่วมทีมในกระบวนการ RCA และ CPI

เพราะเขายังประโยชน์ที่มีความเฉพาะตัวได้

การอภิปรายกลุ่มย่อย

ชั้นเรียนสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเล็ก และให้นักศึกษาสามคนในแต่ละกลุ่มมาเป็นผู้นำอภิปรายเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพ และประโยชน์ที่ได้รับของวิธีการปรับปรุงคุณภาพ และเมื่อใดที่ควรนำมาใช้

การฝึกหัดโดยใช้สถานการณ์จำลอง

สถานการณ์จำลองต่างๆ สามารถสร้างขึ้นมามาได้สำหรับนักศึกษา ได้แก่ การฝึกปฏิบัติเทคนิคการระดมสมอง และ/หรือ การออกแบบผังงานวิ้ง ผังแสดงสาเหตุและผล หรือฮิสโตแกรม

กิจกรรมการเรียนการสอนอื่นๆ

การสอนหัวข้อนี้ได้ดีที่สุดคือ การให้นักศึกษาปฏิบัติการใช้เครื่องมือ และเทคนิคการปรับปรุงคุณภาพในโครงการปรับปรุงตัวของเขาเอง ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของโครงการปรับปรุงตนเอง

- สร้างนิสัยการเรียนให้ดีขึ้น
- ใช้เวลากับครอบครัวให้มากขึ้น
- เลิกบุหรี่
- ลดหรือเพิ่มน้ำหนัก
- ช่วยทำงานบ้านให้มากขึ้น

นักศึกษาสามารถนำวงจร PDCA มาใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองเพื่อที่จะทำให้เข้าใจกระบวนการนี้ได้ดีขึ้น หลักการและวิธีการที่นำมาใช้จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพของเขาในอนาคต นักศึกษาสามารถเริ่มทดลองใช้เครื่องมือและดูว่าจะใช้ได้อย่างไร และใช้ในโครงการของเขาได้หรือไม่

การเรียนที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งเกิดขึ้นได้ เมื่อนักศึกษาได้มีส่วนร่วมหรือได้สังเกตกระบวนการปรับปรุงคุณภาพที่เกิดขึ้นจริง นักศึกษาเรียนรู้ได้โดยถามผู้สอน ผู้นิเทศ หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ว่าหน่วยงานบริการสุขภาพของเขามีการทำโครงการปรับปรุงคุณภาพเป็นประจำหรือไม่ และขออนุญาตจากผู้จัดการงานบริการให้นักศึกษาเข้าร่วมสังเกตการทำกิจกรรม

ภายหลังกิจกรรมเหล่านี้แล้ว นักศึกษาควรจับกันเป็นคู่หรือเป็นกลุ่มย่อย เพื่ออภิปรายกับตัวเตอร์หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขาได้สังเกตเห็น ลักษณะหรือเทคนิคที่เรียนมาถูกนำมาใช้หรือไม่ และได้ผลหรือไม่

การสอน FMEA

ก่อนการสอน FMEA นักศึกษาจำเป็นต้องแสดงให้เห็นว่ามีความสามารถขั้นพื้นฐานในการสร้างผังแสดงสากระบวนการได้ FMEA ที่สอนในหัวข้อนี้แบ่งเป็นสองส่วน ส่วนแรกเป็นการบรรยาย เป้าหมายของผู้สอนบรรยายคือ การแนะนำให้นักศึกษารู้จักหลักการพื้นฐานของ FMEA การบรรยายควรแสดงให้เห็นถึงวิธีการสร้างตารางพื้นฐานของ FMEA โดยใช้ผังแสดงสาอย่างง่าย รวมทั้งระบุวิธีที่อาจทำให้เกิดความล้มเหลวของแต่ละส่วนงานและแต่ละหน้าที่ ควรเน้นการยกตัวอย่างการให้คะแนนเพื่อพิจารณาความรุนแรงและการเกิดด้วย

ส่วนที่สองของการเรียนเน้นกรณีตัวอย่างจริง ควรแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆ ละไม่น้อยกว่าสี่คน กลุ่มที่ใหญ่กว่าจะดีกว่า เพราะมีความเห็นที่หลากหลายมากกว่า และนักศึกษาต้องปฏิบัติงานหนักกว่าที่จะได้รับความคิดเห็นที่ตรงกัน กรณีที่นำมาควรให้สอดคล้องกับวิชาชีพของแต่ละกลุ่ม เป้าหมายของนักศึกษาแต่ละกลุ่มคือการสร้าง FMEA ที่มาจากการฝึกศึกษาตัวอย่างข้างต้น โดยควรใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที เป้าหมายมีใช้ต้องทำให้เสร็จ แต่ต้องการให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในสิ่งที่ได้เรียนมา ต่อมาให้แต่ละกลุ่มมานำเสนอ FMEA ของเขา โดยให้จัดเรียงตามลำดับ RPN จากที่สำคัญมากที่สุดไปหาที่น้อยที่สุด

บทเรียนส่วนที่สองใช้กรณีตัวอย่างจริง ควรแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มๆ ละไม่น้อยกว่าสี่คน กลุ่มที่ใหญ่กว่าจะดีกว่า เพราะมีความเห็นที่หลากหลายมากกว่า และนักศึกษาต้องปฏิบัติงานหนักกว่า เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน กรณีที่นำมาควรให้สอดคล้องกับวิชาชีพของแต่ละกลุ่ม เป้าหมายของนักศึกษาแต่ละกลุ่มคือ การสร้าง FMEA จากกรณีศึกษาตัวอย่างข้างต้น โดยควรใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที เป้าหมายมีใช้ต้องทำให้เสร็จ แต่ต้องการให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในสิ่งที่ได้เรียนมา ต่อมาให้แต่ละกลุ่มมานำเสนอ FMEA โดยจัดเรียงประเด็นตามลำดับ RPN จากที่สำคัญมากที่สุดไปหาที่น้อยที่สุด

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.

Reid PP et al, eds. *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership*.

Washington, DC, National Academies Press, 2005 (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11378; accessed 21 February 2011).

Bonnabry P et al. Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006; 18: 9-16.

Root cause analysis

Root cause analysis. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, 2010 (<http://www.va.gov/NCPS/rca.html>; accessed 21 February 2011).

Clinical improvement guide

Easy guide to clinical practice improvement: a guide for health professionals. New South Wales Health Department, 2002 (http://www.health.nsw.gov.au/resources/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf; accessed 21 February 2011).

Mozena JP, Anderson A. *Quality improvement handbook for health-care professionals*. Milwaukee, WI, ASQC Quality Press, 1993.

Daly M, Kermode S, Reilly D Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 2009, 31:98-107.

Failure mode effects analysis

McDermott RE, Mikulak RJ, Beauregard MR. The basics of FMEA, 3rd ed. New York, CRC Press, 2009.

การประเมินความรู้ของหัวข้อนี้

วิธีประเมินที่หลากหลายเป็นสิ่งที่เหมาะสมสำหรับหัวข้อนี้ อาจให้นักศึกษาทำโครงการประเมินตนเองให้สำเร็จและรายงานประสบการณ์ หรือเขียนการสะท้อนคิดเกี่ยวกับกิจกรรมการปรับปรุงที่เขาค้นพบได้จากการสังเกต หรือการเข้าร่วม

การประเมินการสอนหัวข้อนี้

การประเมินเป็นสิ่งสำคัญในการทบทวนการสอนว่าเป็นไปอย่างไร และการปรับปรุงให้ดีขึ้นจะทำอย่างไรดูคู่มือผู้สอน (ส่วน A) หัวข้อสรุปหลัก การประเมินที่สำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K et al, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008; 219-235.
2. Davidoff F, Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement: draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. *Quality & Safety in Health Care*, 2005, 14:319-325.
3. Lundberg G, Wennberg JA. JAMA theme issue on quality in care: a new proposal and a call to action. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1615-1618.

4. Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Nolan TW et al. *Reducing delays and waiting times throughout the health-care system*, 1st ed. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 1996.
7. Walton, M. *The Deming management method*. New York, Penguin Group, 1986.
8. Source: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/>; accessed 21 February 2011).
9. White SV, James B. Brent James on reducing harm to patients and improving quality. *Healthcare Quality*, 2007, 29:35-44.
10. Military standard procedures for performing a failure mode, effects and criticality analysis (http://goesr.gov/procurement/antenna_docs/reference/MILSTD-1629A.pdf; accessed 21 February 2011).
11. Bales, RF, Strodtbeck FL. Phases in group problem-solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1951, 46, 485-495.
12. FMEA [web site] (<http://www.fmeafmea.com/index.html>; accessed 18 November 2010).
13. Juran J. *Managerial breakthrough*. New York, McGraw-Hill, 1964.

สไลด์ของหัวข้อที่ 7 บทนำวิธีการปรับปรุงคุณภาพเพื่อปรับปรุงการดูแล

การบรรยายไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หากต้องการบรรยาย เป็นความคิดที่ดีโดยการวางแผนให้นักศึกษาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและอภิปรายระหว่างการบรรยายด้วย การใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการอภิปรายกลุ่ม อีกวิธีหนึ่งคือการ

ถามคำถามนักศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะทำให้สามารถนำประเด็นต่างๆ ในหัวข้อนี้มาอภิปรายกันได้ ดังเช่น หลักการจัดการการเปลี่ยนแปลง และความสำคัญของการวัด เป็นต้น

สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 7 ออกแบบมาเพื่อช่วยผู้สอนในการที่จะถ่ายทอดเนื้อหาของหัวข้อนี้ สไลด์สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องใช้สไลด์ทั้งหมด และเป็นการดีที่สุดที่จะปรับสไลด์ให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอนในชั่วโมงนั้น

หัวข้อที่ 8

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้หญิงคนหนึ่งทนทุกข์ทรมานจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่แตกแล้ว

ซาแมนธา (Samantha) ตั้งครรภ์ 6 สัปดาห์ครึ่ง (จากการฉีดน้ำเชื้อของผู้บริจาค) ถูกส่งต่อโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อการตรวจอัลตราซาวด์ฉุกเฉิน ผลการตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้องและทางช่องคลอดพบว่าน่าจะมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกทางด้านขวา ขณะที่ตรวจเจ้าหน้าที่รังสีวิทยาถามซาแมนธาว่าเธอจะไปพบพยาบาลผดุงครรภ์หรือแพทย์เวชปฏิบัติเมื่อใด เธอตอบว่าน่าจะเป็นตอนเที่ยงของวันพรุ่งนี้ การสนทนาในช่วงที่เหลือคือเธอจะถือฟิล์มไปเองหรือจะให้ส่งด่วนไปยังผู้ให้การดูแลเธอ เธอตัดสินใจว่าจะถือไปเอง

ซาแมนธาได้รับซองฟิล์มที่ปิดผนึกและจำหน่ายว่า “ให้เปิดโดยแพทย์ผู้ที่รับการส่งต่อเท่านั้น” เธอไม่ได้รับการอธิบายถึงความรุนแรงของโรค หรือแนะนำให้ไปพบแพทย์ทันที เมื่อซาแมนทากลับถึงบ้าน เธอตัดสินใจเปิดซองฟิล์มและอ่านรายงานผลตรวจอัลตราซาวด์ เธอเข้าใจได้ทันทีถึงความรุนแรงของโรคจึงได้โทรถามแพทย์ ซึ่งแพทย์แนะนำว่าเธอต้องเข้าโรงพยาบาลทันที เวลาสามทุ่มเธอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และถูกผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้องสำหรับการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่แตกแล้ว เรื่องนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและความจำเป็นที่ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยตลอดเวลา

แหล่งข้อมูล: Case studies-investigations. *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000*: 60. Sydney, New South Wales, Australia.

ผู้ดูแลแก้ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาของมารดา

มาเรีย (Maria) อายุ 82 ปี สะโพกหักเล็กน้อยจากการหกล้มที่บ้านและได้เข้ารักษาในโรงพยาบาล ก่อนหน้านี้นมาเรียแข็งแรงดีและได้รับการดูแลที่บ้านโดยนิก (Nick) ลูกชายของเธอ หลังจากอยู่โรงพยาบาลได้ 2 วันทางโรงพยาบาลได้ประเมินและพบว่าเธอไม่เหมาะสมที่จะรักษาโดยการทำการกายภาพบำบัด มาเรียพูดภาษาอังกฤษได้เล็กน้อยและไม่มีสามช่วยอธิบายการประเมินของทางโรงพยาบาลให้เธอเข้าใจ มาเรียจึงขาดความมั่นใจในโรงพยาบาล นิคคิดว่ามันอาจจะเร็วเกินไปที่จะพยากรณ์การหายของมารดาและเสียใจที่ทางโรงพยาบาลไม่ให้สำเนารายงานผลเอกซเรย์แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป นิคจึงติดต่อหน่วยบริการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเขารู้ว่าทางโรงพยาบาลวางแผนที่จะหาผู้ดูแลเธอเพื่อที่จะอำนวยความสะดวกในการส่งเธอไปยังบ้านพักฟื้น

เจ้าหน้าที่ของหน่วยช่วยเหลือผู้ป่วย นิคและตัวแทนจากทีมผู้รักษาได้มีการพบกันและตัดสินใจที่จะรักษาด้วยการทำการกายภาพบำบัดก่อนเพื่อดูว่ามาเรียจะตอบสนองหรือไม่ ทีมผู้รักษายินยอมให้รายงานผลเอกซเรย์ มาเรียถูกส่งไปหน่วยกายภาพบำบัดการรักษาได้ผลดีหลังจากนั้นเธอได้รับอนุญาตให้กลับบ้านและดูแลต่อโดยนิกและการช่วยเหลือจากชุมชน ผลการรักษาที่ดีนี้จะไม่เกิดขึ้นหากนิกและมารดาไม่ได้มีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับการรักษาด้วย

แหล่งข้อมูล: Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:11. Sydney, New South Wales, Australia.

บทนำ-ทำไมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความสำคัญ

การบริการสุขภาพสมัยใหม่เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ในความเป็นจริงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังห่างไกลจากวิสัยทัศน์นี้ มุมมองที่คัดค้านเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นอุปสรรคใหญ่ต่อผู้ป่วยและผู้บริโภคร แต่ปัจจุบันกระแสได้เปลี่ยนไปแล้วในหลายๆ ประเทศทั่วโลก เสียงของผู้บริโภคในการบริการสุขภาพไม่เพียงแต่ถูกได้ยิน แต่ยังได้รับการยอมรับจากรัฐบาล และผู้ให้บริการสุขภาพด้วย

การดูแลรักษาใดๆ มีองค์ประกอบของความไม่แน่นอน ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลที่จะได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นการรักษา

ชนิดที่รุกราน หากผู้ป่วยให้ความยินยอม สมาชิกของครอบครัวหรือผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) เป็นการอนุญาตให้ผู้ป่วย/ผู้บริโภคร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เหล่านั้น การรักษาดังกล่าวอาจประกอบด้วยการให้ยาหนึ่งชุด หรือการทำหัตถการที่รุกราน

ในขณะที่การรักษาส่วนใหญ่ได้ผลดี หรืออย่างน้อยไม่เกิดอันตราย แต่ผลการรักษาที่ไม่ดีเกิดขึ้นได้ และพบบ่อยที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดโดยบังเอิญหรือระบบ เกือบทั้งหมดเกี่ยวข้องกับความเป็นมนุษย์ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพสามารถตัดสินได้จากวิธีการจัดการกับความผิดพลาด เหล่านั้น ความสำเร็จขององค์กรที่มีความน่าเชื่อถือสูง สามารถวัดได้จากการวางแผนจัดการกับความล้มเหลวในอนาคตได้ดีเพียงใด เมื่อองค์กรบริการสุขภาพล้มเหลวที่จะให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงของระบบ องค์กรก็จะสูญเสียการเข้าถึงความรู้ของผู้ป่วยที่สำคัญ ซึ่งไม่สามารถหาได้จากแหล่งอื่นๆ

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาเป็นคำที่ใช้อธิบายการสื่อสารอย่างซื่อสัตย์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอันตราย การใช้กระบวนการการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาในสถานพยาบาลหลายๆแห่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความเป็นมืออาชีพและความซื่อสัตย์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งทำให้ออกาสในการเป็นพันธมิตรกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

องค์กรผู้บริโภคจำนวนมากกำลังหันมาสนใจกิจกรรมขององค์กร ที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย องค์กรอนามัยโลกได้ริเริ่มโครงการ “ผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย” [1] มีทิศทางมายังผู้บริโภค เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และบทบาทของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เมื่อผู้ให้บริการสุขภาพเชิญผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของการดูแลสุขภาพ และสำหรับประสบการณ์ของผู้ให้บริการสุขภาพ การร่วมมือกันจะช่วยทำให้ประสบการณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความแตกต่างระหว่างการดูแลและ

การรักษาที่ให้กับประสบการณ์จริงของผู้ป่วย โอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จะน้อยลง และเมื่อเกิดขึ้นผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเข้าใจสาเหตุที่อยู่เบื้องหลัง

ผู้ป่วยจำนวนมากที่มารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สภาพจิตใจจะอ่อนไหวแม้ว่าการรักษาจะเป็นไปตามแผน และการรักษานั้นผู้ให้บริการคิดว่าเป็นการรักษาที่ธรรมดา แต่ผู้ป่วยก็อาจเกิดมีอาการผิดปกติคล้ายความเครียดจากการสะเทือนใจ (post-traumatic stress disorder) การบาดเจ็บทางอารมณ์อาจรุนแรงมากกว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นจากการดูแลและการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หัวข้อนี้ให้ภาพรวมของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ซึ่งแบ่งเป็น 2 มิติ (i) โอกาสในการเรียนรู้และบำบัดรักษาหลังเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และ (ii) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตราย

คำสำคัญ

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา การขอโทษ การสื่อสาร การร้องเรียน แบบอย่างทางวัฒนธรรม การเปิดเผย การศึกษา ความผิดพลาด ความกลัว การตัดสินใจที่ได้รับ การบอกกล่าว ความรับผิดชอบ ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเสริมพลังผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย สิทธิของผู้ป่วย พันธมิตร การรายงาน คำถาม

วัตถุประสงค์ของการเรียน 2

วัตถุประสงค์ของหัวข้อนี้คือ ให้นักศึกษารู้และเข้าใจวิธีการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติงานเป็นพันธมิตรในการดูแล ทั้งเพื่อช่วยป้องกันอันตรายและช่วยในการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ผลลัพธ์ของการเรียน: ความรู้และการปฏิบัติ

เรื่องที่นักศึกษาต้องรู้

นักศึกษาจำเป็นต้องเข้าใจเทคนิคการสื่อสารพื้นฐาน การยินยอม โดยการบอกกล่าว/ตัวเลือกของกระบวนการ และหลักการของการให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา

เรื่องที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้

นักศึกษาจำเป็นต้อง

- กระตือรือร้นที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนข้อมูล
- กระตือรือร้นที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- แสดงความเข้าใจ ความซื่อสัตย์และให้ความเคารพต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล
- สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและได้รับความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวสำหรับการรักษาและการทำหัตถการและสนับสนุนผู้ป่วยในการเลือกการรักษาตามที่ได้รับข้อมูล
- แสดงความเคารพในความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคน ศาสนา วัฒนธรรมความเชื่อส่วนบุคคลและความจำเป็นของแต่ละคน
- อธิบายและเข้าใจขั้นตอนพื้นฐานของกระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา
- รับมือกับการร้องเรียนของผู้ป่วยด้วยความเคารพและเปิดเผย
- นำแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยไปใช้ในทุกกิจกรรมทางคลินิก
- แสดงความสามารถในการตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อการบริหารจัดการทางคลินิกที่ดี

เทคนิคการสื่อสารพื้นฐาน

ทบทวนหลักการสื่อสารที่ดี

ก่อนที่จะกล่าวถึงรายละเอียดในเรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ที่จะทบทวนถึงเรื่องหลักการสื่อสารที่ดีและความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หากหัวข้อนี้ไม่อยู่ในหลักสูตรของการฝึกอบรม

ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

มีโอกาสน้อยมากที่การยินยอมจะไม่ใช่เป็นส่วนสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การให้คำแนะนำ การให้ยา หรือการให้การรักษานั้นเน้นแนวคิดของ *การเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy)* การเคารพเอกลิทธิหมายถึง สิทธิของบุคคลที่จะเลือกหรือกระทำตามคุณค่า และระบบความเชื่อของตน ดังนั้นจึงไม่ถูกจริยธรรม หากผู้ให้บริการสุขภาพไปก้าวก่ายการเลือกของผู้ป่วย ยกเว้นกรณีที่คุณนั้นหมดสติ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต กระบวนการให้ความยินยอมเป็นเครื่องมือที่ดี ในการตัดสินใจว่า ผู้ป่วยเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมกับการรักษาอย่างไรบ้าง ส่วนใหญ่ของการบริการสุขภาพกระทำโดยการยินยอมด้วยวาจา มากกว่าการลงนามยินยอม ซึ่งมักจะใช้กับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการทำหัตถการ ถึงแม้จะเป็นการยินยอมด้วยวาจาก็ต้องมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนแก่ผู้ป่วย นักศึกษาหรือผู้ให้บริการสุขภาพบางคนเชื่อว่า การยินยอมนั้นครบถ้วนแล้ว เมื่อมีการแนะนำตัวเองหรือได้ลงนามในใบยินยอม แต่การยินยอมมีความหมายมากกว่าการลงนามบนแบบฟอร์มหรือการพูดคุยเพียงคร่าวๆ

กระบวนการให้ความยินยอมช่วยให้ผู้ป่วย (หรือผู้ดูแล) ได้พิจารณาทางเลือกทั้งหมดของการดูแลและการรักษา รวมทั้งการพิจารณาอื่นนอกจากวิธีที่ได้แนะนำเสนอ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่สำคัญ จึงมีการจัดทำแนวทางเพื่อช่วยผู้ให้บริการสุขภาพทำงานนี้ได้เรียบร้อยอย่างมีทักษะ แต่โชคร้ายที่ความกดดันด้านเวลา และบางครั้งเจตคติต่อผู้ป่วยทำให้กระบวนการนี้สั้นลง กระบวนการให้ความยินยอมมีการพัฒนามาตลอดเวลาโดยคำนึงถึงกฎหมายของท้องถิ่น กระบวนการให้ความยินยอมมี 2 ระยะหลัก [2]

คือ ส่วนที่หนึ่งเป็นส่วนที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และส่วนที่สองเป็นส่วนที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ ส่วนแรกประกอบด้วยข้อมูลจากผู้ให้บริการสุขภาพและการทำความเข้าใจต่อข้อมูลนั้นโดยผู้ป่วย ส่วนที่สองประกอบด้วยเวลาที่จะให้ผู้ป่วยได้ซึมซับข้อมูล ปรึกษากับครอบครัว/ผู้ดูแล และมีโอกาสที่จะเลือกการรักษาและผู้ให้บริการได้อย่างอิสระและสมัครใจ

นักศึกษาสุขภาพหลายสาขาจะได้เห็นกระบวนการให้ความยินยอมเมื่อเข้ามาฝึกงานที่โรงพยาบาล ห้องทำฟัน ห้องจ่ายยา หรือคลินิกต่าง ๆ บางคนจะได้เห็นตัวอย่างที่ดี ที่มีอาชีพและผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับทางเลือกของการรักษา และการให้ความยินยอม หรือปฏิเสธการทำหัตถการหรือการรักษา แต่ส่วนใหญ่จะได้เห็นผู้ป่วยให้ความยินยอมหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จะให้เพียงเล็กน้อย บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจะได้พูดคุยเรื่องการให้ความยินยอมกับเภสัชกร พยาบาล หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ก่อนหรือหลังจากที่ได้พูดคุยกับทันตแพทย์หรือแพทย์แล้ว พยาบาลควรแจ้งความกังวลที่ผู้ป่วยมีให้แพทย์ทราบ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการพูดคุยอย่างเปิดเผยและทราบความต้องการของผู้ป่วย ผู้ที่จะทำหัตถการหรือให้การรักษาควรมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจการรักษาหรือการทำหัตถการเป็นอย่างดี และได้รับการบอกทั้งผลดีและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นด้วย

นักศึกษาจำนวนมากอาจกังวลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลว่าจะให้มากน้อยเพียงใด และประเภทใดบ้างที่ควรจะให้ และผู้ป่วยจะเข้าใจได้ดีมากน้อยเพียงใด ที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยได้ข้อมูลอย่างเหมาะสมแล้ว แพทย์จะทราบได้อย่างไรว่า การตัดสินใจของผู้ป่วยให้โดยไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและสมัครใจ เช่นเดียวกัน ให้โดยปราศจากแรงกดดันภายใน (ความเครียด ความเศร้าโศก) และแรงกดดันภายนอก (เงิน การคุกคาม)

ความกังวลเรื่องเงินเป็นเรื่องสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือแหล่งเงินอื่น ๆ

ผู้ป่วยควรรู้อะไรบ้าง 5

ผู้ให้บริการสุขภาพควรได้รับการสนับสนุนให้ใช้การดูแลโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ การรักษาส่วนใหญ่มีหลักฐานของความเป็นไปได้ที่จะสำเร็จหรือจะเกิดอันตราย หากมีข้อมูลควรแจ้งแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีที่ทำให้เขา

เข้าใจได้ หากมีแหล่งข้อมูลที่เป็นสิ่งพิมพ์ที่ช่วยในการตัดสินใจ ผู้ให้บริการสุขภาพควรนำมาใช้ ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยแต่ละคนจะตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลดังต่อไปนี้

การวินิจฉัยหรือปัญหาหลัก

การวินิจฉัยหรือปัญหาหลักประกอบด้วยหัตถการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากไม่มีการวินิจฉัยหรือการประเมินว่าปัญหาคืออะไร ก็จะเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจว่าการรักษานั้นมีประโยชน์หรือไม่ หากการรักษานั้นยังเป็นการทดลองควรแจ้งผู้ป่วยด้วย

ระดับความไม่แน่นอนของการวินิจฉัยหรือปัญหา

การบริการสุขภาพมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดได้เสมอ หากอาการมากขึ้นและได้ข้อมูลมากขึ้น การวินิจฉัยอาจได้รับการยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลง หรือปัญหาถูกกำหนดขึ้นใหม่ การเปิดเผยถึงความไม่แน่นอนเป็นเรื่องที่จำเป็น

ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการแก้ปัญหา

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับการรักษา หรือหัตถการ รวมทั้งผลการรักษา ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย/จิตใจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ความเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา หรือแผนการแก้ปัญหา เช่นเดียวกับผลที่ตามมาของการไม่ได้รับการรักษา

วิธีหนึ่งที่จะสื่อสารเรื่องประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษาคือ เปลี่ยนการพูดจากข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการรักษาหรือหัตถการ มาพูดถึงข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงที่ทราบชัดเจน (และความไม่แน่นอน) ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรือหัตถการที่จำเพาะ และเน้นประเด็นที่กังวลและข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับทราบถึงทางเลือกหลายทางที่มี มิใช่ทางเลือกที่ผู้รักษาชอบเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ดังนี้

- การรักษาที่จะให้
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
- เวลาที่จะเริ่มรักษา
- ระยะเวลาในการรักษา
- ค่าใช้จ่าย
- มีทางเลือกอื่นหรือไม่ในการรักษา
- ประโยชน์ของการรักษา
- ความเสี่ยงหากไม่ได้รับการรักษา

การรักษาบางอย่างแม้ว่าจะมีความเสี่ยงที่ชัดเจน แต่ก็ดีกว่าการไม่รักษา เพราะจะมีผลที่ตามมาของการไม่ได้รับการรักษา

ข้อมูลคาดการณ์ระยะเวลาที่จะฟื้นตัว

ชนิดของการรักษา หรือการตัดสินใจที่จะรักษา หรือทำหัตถการ อาจขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ในชีวิตของผู้ป่วย เช่น การได้รับการจ้างงาน ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ความวิตกกังวลในค่ารักษา และสถานที่รักษาอยู่ ณ ที่ใด

ชื่อนามสกุลตำแหน่งคุณวุฒิและประสบการณ์ของผู้ให้การรักษา

ผู้ป่วยมีสิทธิขอทราบถึงระดับการศึกษา และประสบการณ์ของผู้ให้การรักษา หากผู้ให้การรักษาขาดประสบการณ์ การมีผู้ควบคุมดูแลมีความสำคัญ และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้การควบคุมดูแลควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ

มีการให้บริการอื่นๆ หรือไม่และค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยอาจต้องการบริการอื่นเพิ่มเติมจากผู้ให้การรักษา บางครั้งผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือที่มีใช้ทางการแพทย์เมื่อหายแล้ว ตั้งแต่หายคนขับรถกลับบ้านหลังจากรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีการได้รับยาสลับหาคนช่วยปฏิบัติงานประจำวันแทนหลังจากฟื้นตัวจากการผ่าตัดใหญ่ และการติดตามอย่างต่อเนื่องของการรักษาบางอย่าง

เครื่องมือสำหรับการสื่อสารที่ดี

เครื่องมือหลายชนิดถูกพัฒนาขึ้นมา เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดี หนึ่งในนั้นคือ SEGUE ที่พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยนอร์ทเวสต์เทิร์น (ชิคาโก อิลลินอยส์ สหรัฐอเมริกา) [3]

Set the stage	เตรียมเวที
Elicit information	จัดเตรียมข้อมูล
Give information	ให้ข้อมูล
Understand the patient's perspective	เข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วย
End the encounter	จบการสนทนา

สมรรถนะด้านวัฒนธรรม

กรอบการศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศออสเตรเลีย (APSEF) ได้อธิบายความหมายของสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ว่าเป็นความรู้ ทักษะ และเจตคติ ที่ผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องมี เพื่อจะให้บริการที่เพียงพอและเหมาะสมแก่ทุกคน ด้วยการให้ความเคารพและให้เกียรติแก่ความเข้าใจตามพื้นฐานของวัฒนธรรมของเขา การเข้าถึงสุขภาพ และการเจ็บป่วย [4]

วัฒนธรรมเป็นคำกว้างๆ ประกอบด้วย ภาษา ประเพณี คุณค่า ความเชื่อ พฤติกรรม การปฏิบัติ สถาบันและวิธีการที่ประชาชนสื่อสารกัน นักศึกษาอาจสังเกตเห็นความแตกต่างของการแต่งกาย และนิสัยการรับประทานอาหารของเพื่อนร่วมชั้น ซึ่งสัมพันธ์กับวัฒนธรรมหรือศาสนา แต่สิ่งที่เห็นไม่ชัดคือ ระบบความเชื่อที่เพื่อนร่วมชั้นยึดถืออยู่ภายในตัว

ในหลายประเทศทั่วโลก ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยเพิ่งจะเริ่มคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย มีข้อถกเถียงมากมายว่าการเปลี่ยนแปลงนี้จะส่งผลกระทบอย่างไรต่อการบริการสุขภาพ ในขณะที่ผู้ให้บริการสุขภาพควรมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม แต่สิ่งที่เห็นได้ชัดคือ ในหลายประเทศการเคลื่อนไหวเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นการเปลี่ยนวัฒนธรรมในระบบบริการสุขภาพ

สมรรถนะด้านวัฒนธรรม [5] ในการบริการสุขภาพทำให้นักศึกษาต้อง

- รับรู้และยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรม
- รับรู้คุณค่าทางวัฒนธรรมของตนเอง
- ตระหนักว่าคนที่มีความรู้ทางวัฒนธรรมที่ต่างกันจะมีวิธีการสื่อสาร พฤติกรรม การแปลข้อมูลและการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน
- ตระหนักถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมว่ามีผลต่อการรับรู้เรื่องสุขภาพ การหาความช่วยเหลือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ และการทำตามแผนการรักษา
- รับรู้การอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วย
- สามารถและตั้งใจที่จะเปลี่ยนวิธีปฏิบัติงานให้เข้ากับภูมิหลังทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วย
- รู้ว่าสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ประกอบด้วย คนที่มีความรู้ทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และพลเมืองชายขอบมีแนวโน้มที่จะอยู่เฉยๆ และลังเลที่จะแสดงความคิดเห็นหรือความชอบและมักจะไม่เชื่อการตัดสินใจของตนเอง

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ผู้บริโภคการบริการสุขภาพเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีบทบาทน้อยที่สุดในเรื่องความปลอดภัย และความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพ โปรดระลึกว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นคนที่อยู่ตลอดการรักษาและเห็นกระบวนการทุกขั้นตอนโดยผ่านการมองที่ต่างกัน การไม่มีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลจะทำให้การบริการสุขภาพขาดแหล่งข้อมูลที่เต็มไปด้วยข้อมูลจริง และประสบการณ์ในชีวิตจริงของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถทำให้เห็นช่องว่างระหว่างมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีกับระดับของความปลอดภัยที่ผู้ป่วยประสบจริง

เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีได้จัดตั้งเป็นระบบเหมือนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่น จึงทำให้ความสนใจและความต้องการของเขามองข้ามไปหรือไม่ถูกนำเข้ามาในส่วนของการวิจัย การจัดทำนโยบาย การทำหลักสูตรการสอนความปลอดภัยของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือระบบ

รายงานความผิดพลาด/สถานการณ์เกือบพลาด เมื่อเร็ว ๆ นี้ผู้นำด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสังเกตเห็นว่า ความไม่ก้าวหน้าในเรื่องนี้อาจเป็นจากหรืออย่างน้อยเกิดจาก ความล้มเหลวที่จะให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ และมาเป็นหุ้นส่วน ที่จะสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของการดูแล

ผลของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

ในขณะที่มีรายงานทางจริยธรรมมากมายที่กล่าวถึงความสำคัญของการมีผู้ป่วยเป็นพันธมิตร แต่มีงานวิจัยน้อยมากเกี่ยวกับผลของการเป็นพันธมิตรกับผู้ป่วยที่จะลดอุบัติการณ์ของความผิดพลาด การศึกษาของ แกลลาเกอร์ และคณะ (Gallagher et al) [6] ชี้ให้เห็นความตั้งใจอย่างแรงกล้าของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล (91%) ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันความผิดพลาด โดยระดับความสบายใจของการเข้าร่วมแตกต่างกันไปตามปัญหา ผู้ป่วยสบายใจ (85%) ที่จะถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา แม้ว่าเกือบครึ่ง (46%) ไม่สบายใจอย่างยิ่งที่จะถามผู้ให้บริการว่าเขาล้างมือหรือยัง

ในปี ค.ศ.2005 บทความโดย แกลลาเกอร์ และลูคัส (Gallagher and Lucas) [7] เกี่ยวกับการเปิดเผยความผิดพลาดทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ผู้เขียนกล่าวว่า มี 7 การศึกษาที่ประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเปิดเผยการศึกษาเหล่านี้รายงานช่องว่างระหว่างความชอบของผู้ป่วยกับความกลัวของผู้ให้บริการสุขภาพว่า การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจะทำให้ถูกดำเนิน การทางกฎหมาย โชคดีที่มีความพยายามอย่างมากในการพัฒนานโยบาย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา และตั้งแต่ปี ค.ศ.2005 โรงพยาบาลจำนวนมากได้นำนโยบายนี้มาใช้ โดยไม่เกิดผลกระทบทางลบ ที่ชัดเจนแต่อย่างใด

ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา

ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นคนที่อยู่ตลอดการรักษา ในขณะที่ผู้รักษา สาขาต่าง ๆ มาแล้วก็ไปเป็นช่วง ๆ เพื่อให้การรักษาตามความเชี่ยวชาญของเขา เราทราบดีว่าการไม่ประสานกันของการรักษาและแผนการดูแลจะทำให้ การดูแลอย่างไร้รอยต่อไม่ประสบความสำเร็จ การอยู่อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย

และการตระหนักว่าผู้ป่วยเป็นคลังของข้อมูล และเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีคุณค่าในแผนการรักษา จึงไม่มีข้อโต้แย้งที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพให้ปลอดภัย

ความต่อเนื่องของการดูแล

ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมในที่ตนปฏิบัติงาน เช่น ที่หอผู้ป่วย หน่วยเภสัชกรรม ห้องทำฟัน หรือคลินิก แต่ผู้ป่วยเป็นคนที่ต้องผ่านไปหลายสถานที่ เช่น จากบ้านไปคลินิก ไปโรงพยาบาล ไปคลินิกผู้ป่วยนอก หรือไปห้องตรวจของแพทย์ นักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจว่า การสื่อสารและการปฏิบัติงานเป็นทีมที่ไม่ดีมีผลกระทบอย่างไรต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนจะนำไปสู่การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือได้ข้อมูลมาผิด ผู้ป่วยเป็นคนเดียวที่คงที่ตลอด ในขณะที่การรักษาเปลี่ยนจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง และจากสภาพแวดล้อมหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วยตลอดเวลาในการถ่ายทอดข้อมูลจะช่วยให้การสื่อสารเหล่านี้แม่นยำ ข้อมูลที่แม่นยำมีความสำคัญตลอดเวลาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรับส่งเวรผู้ป่วย

เพื่อเพิ่มคุณภาพของการเปลี่ยนผู้ดูแลจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง นักศึกษาจำเป็นต้อง

- ให้ข้อมูลให้ถูกคนและถูกเวลา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง
- บันทึกข้อมูลให้ชัดเจนและอ่านออก
- บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
- ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและแผนการรักษาที่แม่นยำไปยังผู้รักษาอีกทีมหนึ่ง
- แจ้งสิ่งที่พบทางคลินิกให้ชัดเจนไปยังผู้รักษาอีกทีม
- รับส่งเวรให้ถูกต้อง
- ประสานงานให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยทุกคน
- บริหารการให้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

เรื่องราวของผู้ป่วยสร้างแรงบันดาลใจ

ผู้เชี่ยวชาญด้านปัจจัยมนุษย์เตือนให้ระมัดระวังถึง การกำหนดความรับผิดชอบให้แก่ผู้ป่วยหรือครอบครัว โดยขาดความเข้าใจที่ชัดเจนว่า เขาควรมีบทบาทอะไรบ้างในการป้องกันอันตราย เรายังไม่ได้ทำวิจัยกันอย่างจริงจังถึงบทบาทของผู้ป่วยในการลดความผิดพลาด หรือแท้จริงแล้วควรให้ผู้ป่วยมีบทบาทในกระบวนการนี้หรือไม่ อย่างไรก็ตาม เรื่องเล่าหลาย ๆ เรื่องของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ทราบว่า หากผู้ให้บริการได้รับฟังความกังวลของผู้ป่วย ก็จะสามารถหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ไปได้ เรื่องราวเหล่านี้นำข้อมูลที่มีพลังมากมายให้ผู้ให้บริการ นักศึกษาไม่ควรพลาดในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับเรื่องนี้ และควรจะสะท้อนประสบการณ์ของผู้ป่วยเหล่านี้ และผสมผสานความเข้าใจใหม่เข้าไปในเวชปฏิบัติของตน เรื่องราวของผู้ป่วยเป็นเครื่องมือที่มีพลังในการสนับสนุนและเสริมเนื้อหาจากตำราและการบรรยาย

ประสบการณ์ของผู้ป่วยสามารถสอนเราได้

เรามักไม่เห็นว่าการประสบการณ์ของผู้ป่วยใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการเรียนรู้ของนักศึกษา มีหลักฐานเพิ่มมากขึ้นว่าเรื่องราวของผู้ป่วยและประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยสามารถสอนนักศึกษาและใช้ฝึกเวชปฏิบัติได้มาก บทบาทสำคัญที่ผู้ป่วยสามารถช่วยได้ คือ (i) ช่วยในการวินิจฉัย (ii) ช่วยตัดสินใจการรักษาที่เหมาะสม (iii) เลือกผู้ให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสบการณ์ (iv) ทำให้มั่นใจว่าได้รับการรักษาที่เหมาะสม และ (v) ช่วยระบุเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และทำให้คนทราบเกี่ยวกับตัวเขาได้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ [8]

นักศึกษาส่วนมากจำสิ่งที่เรียนจากผู้ป่วยได้เพราะจำเสียงที่แท้จริงของผู้ป่วยและจำบทบาทของเขาในการสนับสนุนการรักษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยังมีเรื่องราวเล็กๆ น้อยๆ ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญกับความกังวลของผู้ป่วยที่ไม่ได้กล่าวถึงและคำถามที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ปัจจุบันนี้ระบบบริการสุขภาพยังใช้ประโยชน์น้อยไปจากความเชี่ยวชาญที่ผู้ป่วยสามารถนำมาให้ได้โดยการเป็นหุ้นส่วนในการบริการสุขภาพ นอกเหนือจากความรู้เกี่ยวกับอาการของเขา ความชอบและเจตคติ

ต่อความเสี่ยงแล้ว ผู้ป่วยยังเป็นดวงตาอีกคู่หนึ่งที่เฝ้ามองว่าจะมีบางสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดเกิดขึ้น [9]

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาคืออะไรและต้องเปิดเผยอะไร

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา เป็นคำที่ใช้อธิบายกระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงผลลัพธ์ที่ไม่ดีของการรักษา ซึ่งแตกต่างจากผลลัพธ์ที่ไม่ดีที่คาดว่าจะเกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บที่กำลังรักษาคำจำกัดความมีมากซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาที่กำลังถูกพัฒนาและนำมาใช้ในหลายๆ ประเทศ

ในประเทศออสเตรเลีย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา คือ

กระบวนการของการสื่อสารอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาและสม่ำเสมอ กับผู้ป่วยและคนที่สนับสนุนผู้ป่วยภายหลังเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รวมถึงการแสดงความเสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และยังคงให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และแจ้งข้อมูลสะท้อนกลับของการสอบสวน รวมทั้งขั้นตอนการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์คล้ายกันนี้เกิดขึ้นอีกในอนาคต และยังรวมทั้งการให้ข้อมูลอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์หรือการสอบสวนที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแล เพื่อที่จะทำให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยดีขึ้น [10]

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา เป็นการสื่อสารที่ซื่อสัตย์แก่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวหลังเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มิใช่เพื่อแบ่งเบาการตำหนิ ความต้องการ ความซื่อสัตย์เป็นข้อบังคับทางจริยธรรม และถูกเขียนไว้ในหลักจริยธรรมของการปฏิบัติส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามหลายๆ ประเทศยังไม่ได้พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ คำถามพื้นฐานที่ควรมีในแนวทางเหล่านี้ประกอบด้วย

“สิ่งที่ถูกต้องที่จะต้องทำในสถานการณ์นี้คืออะไร”

“ฉันต้องการอะไรในสถานการณ์ที่เหมือนกันนี้” และ

“ฉันต้องการอะไรหากคนที่ฉันรักทนทุกข์ทรมานจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์”

ผู้ป่วยต้องการให้เปิดเผยเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือสถานการณ์เกือบพลาดหรือไม่

การศึกษาโดย วินเซนต์ และคณะ (Vincent et al) ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1994 [11] ได้ศึกษาผลกระทบของความเสียหายทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยและญาติ และเหตุผลที่ทำให้มีการดำเนินการตามกฎหมายหลังเหตุการณ์นั้น ผลการศึกษาทำให้เกิดแรงผลักดันให้คำนึงถึงบทบาทและประสบการณ์ของผู้ป่วย ผู้วิจัยกลุ่มนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยที่มีการดำเนินการตามกฎหมายในปี ค.ศ.1992 จำนวน 227 ราย (จากตัวอย่างทั้งหมด 446 ราย หรือคิดเป็น 48.7%) จากบริษัท 5 แห่งที่เป็นโจทก์ฟ้องร้องการประมาทของแพทย์ พบว่าผู้ตอบมากกว่า 70% ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องฟ้องร้อง มีผลกระทบระยะยาวต่อการปฏิบัติงาน ชีวิตทางสังคม และความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์เหล่านั้นก่อให้เกิดอารมณ์ที่รุนแรงอยู่เป็นเวลานาน การตัดสินใจดำเนินการตามกฎหมายมีพื้นฐานเริ่มต้นมาจากความเสียหาย และถูกกระทบด้วยการจัดการที่ไม่รวดเร็วพอ และการสื่อสารที่ไม่ดีหลังเกิดเหตุการณ์แม้ว่าจะให้คำอธิบาย ซึ่งน้อยกว่า 15% มีความพึงพอใจ

4 หัวข้อใหญ่ที่ปรากฏขึ้นจากการวิเคราะห์ถึงเหตุผลของการฟ้องร้อง [11] ได้แก่

- ความกังวลเกี่ยวกับมาตรฐานของการดูแล-ซึ่งทั้งผู้ป่วยและญาติต้องการ เพื่อป้องกันเหตุการณ์คล้ายกันที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต
- ความต้องการคำอธิบาย-เพื่อให้ทราบถึงความเสียหายเกิดขึ้นได้อย่างไรและทำไมจึงเกิด
- การชดเชย-สำหรับความเสียหายจริง ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน หรือการให้การดูแลในอนาคตแก่ผู้เสียหาย
- ความพร้อมรับผิด-ความเชื่อว่าเจ้าหน้าที่หรือองค์กรควรรับผิดชอบต่อการกระทำของเขา ผู้ป่วยต้องการความเชื่อตรงที่มากขึ้น การมองเห็นความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ และการมีหลักประกันว่าบทเรียนนี้ได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของเขา

หลังจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยต้องการคำอธิบายว่าเกิดอะไรขึ้น การแสดงความรับผิดชอบ คำขอโทษ หลักประกันในการป้องกันเหตุการณ์คล้ายกันที่จะส่งผลกับผู้อื่นในอนาคต และในบางกรณีต้องการการลงโทษและการชดเชย

อุปสรรคที่พบบ่อยของความเชื่อตรงต่อผู้ป่วยหลังเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ผู้ให้บริการอาจต้องการให้ข้อมูลที่แม่นยำ และในเวลาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่ความกลัวว่าหากทำเช่นนั้นจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย หรืออย่างน้อยที่สุดกลัวการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยหรือครอบครัวที่โกรธ การให้ความรู้ที่มีเป้าหมายเกี่ยวกับกระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา จะช่วยเตรียมผู้ให้บริการสุขภาพสำหรับเหตุการณ์เช่นนั้นได้ดีขึ้น ผู้ให้บริการสุขภาพอาจรู้สึกอายและ/หรือกลัวว่าจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจมากขึ้น กลัวสูญเสียชื่อเสียง เสียงาน และ/หรือความคุ้มครองของประกัน การเปิดเผยมิใช่การยอมรับหรือแบ่งเบาการตำหนิ แต่เป็นความซื่อสัตย์และความเป็นมืออาชีพอย่างแท้จริง

หลักสำคัญของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา

หลักสำคัญของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา มีดังนี้ [12]

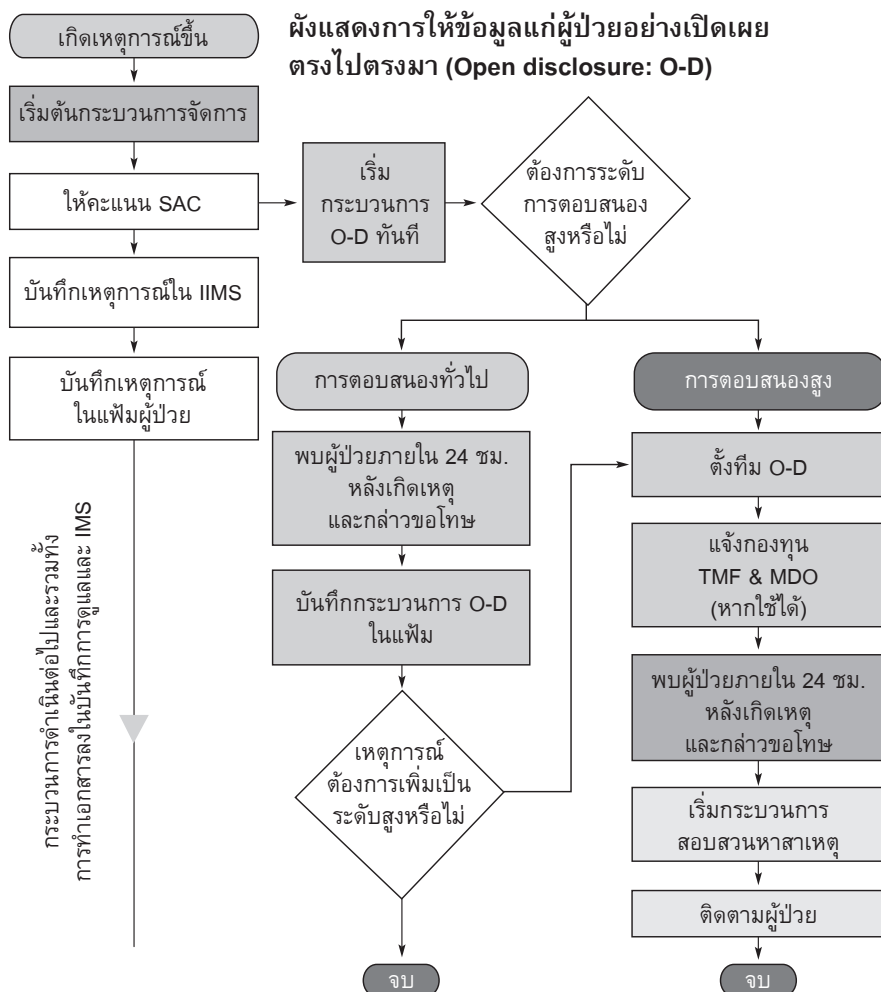
- การสื่อสารที่เปิดกว้างและทันเวลา
- การยอมรับต่อเหตุการณ์นั้น
- การแสดงความเสียใจ/ขอโทษ
- การรับรู้ถึงความคาดหวังที่สมเหตุสมผลของผู้ป่วยและญาติ
- การให้กำลังใจเจ้าหน้าที่
- การปกปิดเป็นความลับ

กระบวนการของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา   ประกอบด้วยหลายขั้นตอน ผู้ให้บริการสุขภาพอาจรู้สึกเป็น

ผู้รับผิดชอบกระบวนการนี้และไม่ควรปล่อยให้นักศึกษารับผิดชอบในการ

แจ้งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว นักศึกษาควรเป็นผู้สังเกตและนั่งอยู่ด้วยในการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อเรียนรู้กระบวนการและคุณค่าต่อผู้ป่วยและครอบครัว รูป B.8.1 เป็นแผนภาพของกระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาที่ใช้ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ (ออสเตรเลีย) ซึ่งเริ่มใช้ในปีค.ศ.2007

รูป B.8.1. กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาของนิวเซาท์เวลส์ ออสเตรเลีย



แหล่งข้อมูล: Adapted from flow diagram of the open disclosure process
http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf [12].

กรอบการทำงานของสวาร์ตสำหรับการเปิดเผย [13]



ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนได้แก่ เตรียมตัว เริ่มต้นสนทนา นำเสนอข้อเท็จจริง รับฟังอย่างตั้งใจ รับรองสิ่งที่ได้พูดไป สรุปการพูดคุย และทำเอกสารหลักฐานการพูดคุยไว้ ก่อนการพูดอย่างเปิดเผย มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องทบทวนความจริงทั้งหมดที่เกี่ยวข้องก่อน ผู้เข้าร่วมการสนทนาที่เกี่ยวข้องต้องหามา และสถานที่ต้องเลือกมาให้เหมาะสำหรับการพูดคุย

การเริ่มต้นการพูดคุย จะต้องรู้ก่อนว่าผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมหรือไม่ที่จะเข้าร่วม และต้องประเมินถึงความรู้ความเข้าใจพื้นฐานทางด้านสุขภาพ และความสามารถของผู้ป่วยที่จะเข้าใจเรื่องดังกล่าว เช่นเดียวกับเรื่องความเข้าใจทั่วๆ ไป ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นผู้นำการพูดคุย ควรอธิบายก่อนว่าเกิดอะไรขึ้นและควรหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์หรือทางเทคนิค ต้องให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมเพียงพอ ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ผู้ให้บริการสุขภาพควรระวังการพูด ควรพูดให้ช้าและชัด และระมัดระวังเกี่ยวกับอากัปกิริยาที่แสดงออกไป เมื่อมีการเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะอธิบายว่า ผลลัพธ์ที่รู้กันแล้วคืออะไร และอธิบายขั้นตอนต่อไปในอนาคตที่จะทำ ผู้ให้บริการสุขภาพควรยอมรับอย่างจริงจังต่อความทนทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ให้บริการสุขภาพควรรับฟังอย่างตั้งใจ และด้วยความเคารพต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้บริการสุขภาพไม่ควรพูดเพียงคนเดียว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสซักถาม และได้รับคำตอบที่สมบูรณ์มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

เมื่อจบของการสนทนา ควรมีการสรุปการพูดคุย และคำถามที่สำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาในการพูดคุยควรได้นำมาพูดอีกครั้ง แผนการติดตามควรจัดทำขึ้นในตอนนั้น หลังจากนั้นการพูดคุย (และเหตุการณ์ที่นำมาสู่การพูดคุย) ควรทำเป็นบันทึกเก็บไว้

เทคนิคการสื่อสารขั้นสูงและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา

นักศึกษาต้องฝึกสังเกตว่า ผู้ป่วยมักมีอาการที่รุนแรงต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักตกใจและรู้สึกอึดอัด โกรธหรือ

หงุดหงิดได้ง่าย นักศึกษาควรสร้างทักษะเพื่อที่จะสร้างความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยอารมณ์เหล่านี้

มีเครื่องมือหลายชนิดและโปรแกรมการฝึกอบรมที่จะช่วยนักศึกษา ด้านสุขภาพและบุคลากรในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ชั่วโงมการสอน การสื่อสารโดยปกติประกอบด้วยการโค้ชนักศึกษาในการตั้งคำถามที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงที่จะปกป้องเกินไป และแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลของเขาได้รับการฟังและทำความเข้าใจ

วิธีสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

เมื่อนักศึกษาฝึกงานกับผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

- ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเต็มที่ในการที่เขาจะให้ข้อมูล
- แสดงความเห็นอกเห็นใจซื่อสัตย์และเคารพผู้ป่วยและผู้ดูแล
- สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- ขอรับความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวด้วยท่าทางที่เหมาะสม
- จำไว้ว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นกระบวนการมิใช่เป็นเหตุการณ์ นักศึกษาควรให้โอกาสแก่ผู้ป่วยที่จะซักถาม
- แสดงความเคารพต่อความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคน ศาสนา ความเชื่อทางวัฒนธรรมและความต้องการของแต่ละคน
- เข้าใจและอธิบายขั้นตอนพื้นฐานของกระบวนการการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา
- นำความคิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยไปใช้ในกิจกรรมของทุกคลินิก
- แสดงความสามารถถึงการรับรู้ที่จะนำการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลมาใช้ในการบริหารจัดการทางคลินิกให้ดี

SPIKES เครื่องมือในการสื่อสารชนิดหนึ่ง

เครื่องมือการสื่อสาร ‘Setting, Perception, Information, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary’ (SPIKES) [14] ถูกนำมาใช้เพื่อช่วย ผู้ให้บริการสุขภาพในการสื่อสารข่าวร้ายในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะ สุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ SPIKES ยังสามารถนำมาใช้ในกรณีอื่นๆ ทั่วไปได้ ช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในสถานการณ์ต่างๆ เช่น

การจัดการความขัดแย้ง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มาจากพื้นฐานทางสังคม และวัฒนธรรมที่ต่างกัน นักศึกษาสามารถเริ่มฝึกปฏิบัติบางส่วนหรือทั้งหมดของเทคนิคข้างล่างนี้ นอกจากทำรายการตรวจสอบง่าย ๆ ข้างล่างนี้ นักศึกษาควรสามารถสะท้อนและถามตนเอง “นี่คือสิ่งที่ฉันอยากให้ครอบครัวของฉันได้รับใช้หรือไม่”

ขั้นตอนที่ 1 Setting (S) จัดเตรียม

ความเป็นส่วนตัว

นักศึกษาจะสังเกตได้ว่าบางหน่วยงานในหลายๆ โรงพยาบาล เช่น คลินิกฟัน ห้องเภสัชกรรม และห้องอื่นๆ มีการจัดการด้านความเป็นส่วนตัวในการดูแลและการรักษาผู้ป่วยที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญหากมีเรื่องที่ต้องพูดคุยกันเป็นเรื่องที่ไวต่อความรู้สึก ผู้ป่วยสามารถรับฟังและซักถามได้โดยให้มีการขัดจังหวะให้น้อยที่สุด มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและกัน ตัวอย่างเช่น หากโทรทัศน์หรือวิทยุกำลังเปิดอยู่ ถามผู้ป่วยอย่างสุภาพที่จะขอปิดเพื่อให้ทุกคนมีสมาธิในการพูดคุยกัน

เชิญบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยยอมรับมาร่วมด้วย

ควรถามผู้ป่วยว่า ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมาอยู่ด้วยระหว่างการสนทนาหรือไม่ ซึ่งจะช่วยให้เขาเข้าใจข้อมูล โดยเฉพาะบางคนที่มีจิตใจอ่อนแอและอ่อนไหว อาจต้องการคนอื่นมาช่วยอธิบายข้อมูลที่เรานำเสนอให้เข้าใจ และมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบว่า เขาสามารถเรียกร้องให้ใครมาอยู่ด้วยก็ได้หากเขาต้องการ

นั่งลง

ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการฝึกอบรม นักศึกษามักจะคุ้นเคยกับปัญหาที่ทำได้โดยผู้ให้บริการสุขภาพ ที่ยืนอยู่หน้าผู้ป่วยหรือนั่งอยู่หลังโต๊ะ และมักวิจารณ์ในสิ่งนั้น อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไปเขาก็จะยอมรับว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องปกติและเป็นสิ่งที่เขาทำกัน นักศึกษาควรฝึกโดยการขออนุญาตผู้ป่วยก่อนที่จะนั่ง ก่อนที่จะทำการพูดคุย ผู้ป่วยชอบที่จะให้ผู้ให้บริการสุขภาพนั่ง

เพื่อให้เกิดการสื่อสารได้โดยตรง (เผชิญหน้ากัน) และเป็นการบอกว่าเขา
จะไม่ต้องรีบออกไป

ระหว่างการสนทนาควรอยู่ในท่าทางที่สงบและสบตาไว้ตลอดเวลา
หากวัฒนธรรมนี้เหมาะสมกับสังคมนั้น บางครั้งผู้ป่วยอาจจะร้องไห้ วิธีการ
ที่ดีที่สุดคือ ให้ท่านมองไปยังคนอื่น และปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่กับตัวของเขาเอง
และให้เขามีเวลาดังสติ

เปิดใจรับฟัง

บทบาทที่สำคัญของผู้ให้บริการสุขภาพคือ รับฟังโดยไม่ขัดจังหวะ
การพูดของผู้ป่วย การมองตาไว้ตลอดเวลา และคงความเงียบไว้ เป็นวิธี
การที่ดีที่แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเราเห็นอกเห็นใจและสนใจเขา

ขั้นตอนที่ 2 Perception (P) การรับรู้

ควรเริ่มต้นถามผู้ป่วยว่าเขาคิดว่าเรากำลังทำอะไร ซึ่งทำให้ผู้ให้
บริการสุขภาพเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์หรือไม่

ขั้นตอนที่ 3 Information (I) ข้อมูล

นักศึกษาจำนวนมากจะกังวลว่า เขาจะเปิดเผยข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยได้
มากน้อยเพียงใด ประเทศที่ต่างกัน จะมีกฎที่ต่างกันในกระบวนการนี้ กฎ
ทั่วไปที่สามารถนำไปใช้ได้กับประเทศและวัฒนธรรมส่วนใหญ่คือ การให้
ความสนใจไปยังความต้องการของแต่ละคน ผู้ป่วยมีหลากหลายซึ่งเป็นไป
ตามธรรมชาติของความเป็นมนุษย์จึงทำให้ความต้องการข้อมูลแตกต่างกัน
นักศึกษาควรได้รับคำแนะนำจากผู้นิเทศของเขาในด้านนี้ ครูและผู้นิเทศที่
ต่างกันจะให้ข้อมูลมากหรือน้อยไม่เหมือนกัน การสังเกตการณ์เข้าถึงของ
ผู้ให้บริการสุขภาพต่างๆ จะเป็นโอกาสที่สำคัญของนักศึกษาได้เรียนรู้ว่า
เขาทำอะไรกับคนที่ต่างกัน โปรดจำไว้ว่าผู้ป่วยเป็นคนหลัก นักศึกษา
จำเป็นต้องเน้นความสนใจมายังผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อที่จะได้รู้ว่าเขาต้องการ
อะไร และเขาได้รับข้อมูลที่เขต้องการหรือไม่ นักศึกษาไม่ควรคิดว่าผู้ป่วย
ไม่ต้องการที่จะรู้

ความต้องการของแต่ละคนต่างกัน หากผู้ป่วยมีประวัติครอบครัวที่มีหัวใจล้มเหลว แพทย์จะต้องให้เวลามากขึ้นในการพูดถึงความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาเรื่องนี้ และให้ความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยหากมี

กฎง่าย ๆ ที่ควรจำเกี่ยวกับความเสี่ยงคือ ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับข้อมูลเรื่องการรักษาที่อาจมีอันตรายได้ แม้ว่าอันตรายจะน้อยนิดและไม่รุนแรงแต่เกิดได้บ่อย การนำกฎนี้ไปใช้จะช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพให้ข้อมูลตรงกับความต้องการของผู้ป่วย วิธีการนี้ช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพดีขึ้น โดยมีการพูดคุยกันมากขึ้น

นักศึกษาจะสังเกตได้ว่า การให้ข้อมูลมากเกินไปในครั้งเดียวก็ทำให้ผู้ป่วยสับสนได้ การให้ข้อมูลควรให้อย่างระมัดระวัง และให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน เราสามารถหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลมากเกินไปได้ โดยถามคำถามง่าย ๆ หรือพูดประโยคง่าย ๆ ตอนเริ่มต้นการพูดคุยกัน ดังตัวอย่างเช่น

ฉันจะขอตรวจสอบการให้ข้อมูลของฉันกับคุณ เพื่อที่จะทำให้มั่นใจว่า ฉันได้ให้ข้อมูลคุณมากพอเกี่ยวกับการวินิจฉัย/การรักษา

หรือ หากคุณรู้สึกว่าคุณได้ข้อมูลมากพอแล้วไม่ว่าขณะใดก็ตามโปรดบอกให้ฉันทราบด้วย

นักศึกษาจะเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็วว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญได้ในขณะที่เขามีความวิตกกังวลมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการวินิจฉัย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยแล้วอาจเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ยาก ผู้ป่วยบางคนไม่ได้ต้องการข้อมูลมากมาย เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา อย่างไรก็ตามการพูดคุย การอธิบาย และการตอบคำถาม ยังเป็นสิ่งจำเป็นต่อการคงความเคารพต่อความเป็นตัวของผู้ป่วยเอง บางครั้งผู้ป่วยอาจมีรายการคำถามที่เขาต้องการที่จะพูดคุยกับผู้ให้บริการสุขภาพของเขา นักศึกษาต้องไม่รู้สึกว่ากำลังถูกคุกคามด้วยสิ่งนี้และควรตอบไปที่ละคำถามอย่างสงบ การมีผู้สอนหรือมีผู้สังเกตอยู่ด้วยก็จะดีกว่า แต่หากไม่มีใครอยู่ด้วยเลยนักศึกษาควรจะบอกแก่ผู้ป่วยว่า เขาจะตรวจสอบคำถามเหล่านี้กับผู้สอนหรือผู้สังเกตอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 Knowledge (K) ความรู้

ผู้สื่อสารที่มีประสิทธิภาพมักจะบอกล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยอยู่เสมอว่า เขาอาจได้รับข้อมูลที่ทำให้ไม่สบายใจวิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเตรียมตัว แม้ว่าอย่างน้อยก็ก็ตาม ตัวอย่างเช่น คุณสนิธิ์ด้วยความโชคไม่ดีผมมีข่าวที่ไม่ค่อยดีจะบอกคุณ

ขั้นตอนที่ 5 Empathy (E) เห็นอกเห็นใจ

สี่ขั้นตอนดังต่อไปนี้จะช่วยนักศึกษาสนใจต่อความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วย

- รับฟังและระบุนอารมณ์ของผู้ป่วย หากไม่มั่นใจว่าอารมณ์ที่เขาแสดงออกมาเป็นอย่างไร ควรถามผู้ป่วย ดังเช่น “ที่พูดมาทำให้คุณรู้สึกอย่างไร”
- หาแหล่งกำเนิดของอารมณ์นั้น
“ข่าวนี้อาจทำให้คุณไม่สบายใจ คุณต้องการที่จะพูดถึงมันหรือไม่ หากคุณยังไม่ต้องการ ฉันจะกลับมาใหม่ทีหลัง และค่อยพูดเรื่องนี้กันใหม่เมื่อคุณพร้อมที่จะรับฟัง ฉันจะทำให้ดีที่สุด และจะตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมี”
- แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า ท่านรับรู้ในอารมณ์ของเขาและรู้ว่ามาจากไหน
- นั่งเงียบ บางครั้งการอยู่อย่างเงียบๆ ปล่อยให้ผู้ป่วยซึมซับข้อมูลเข้าไปเอง และให้โอกาสเขาคิดตั้งคำถามขึ้นมาเป็นสิ่งสำคัญ

เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้ป่วยบางคนรักษาได้ยากกว่าคนอื่น นักศึกษาจะสังเกตว่า ผู้ป่วยบางคนและครอบครัวของเขาสามารถสื่อสารกันได้ง่ายกว่าบางคนที่ยึดมั่นมากและรับรู้ได้ยาก เรื่องนี้อาจเป็นจากที่เขาเคยได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีมาก่อนและยังโกรธอยู่ เขาอาจจะหงุดหงิดที่เขาต้องรอการรักษาอยู่นาน เขาอาจได้รับผลกระทบจากยา หรือจากการเมาสุรา หรือมีความเจ็บป่วยทางจิต หากนักศึกษาเจอผู้ป่วยเช่นนั้น ต้องพยายามหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ เพราะอาจนำไปสู่อันตรายได้

ในสถานบริการที่มีงานยุ่ง ผู้ให้บริการสุขภาพมีความจำเป็นต้องแยกผู้ป่วยบางกลุ่มออกไปเป็นกลุ่มเฉพาะ ผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วย (เช่น ผู้ติดเชื้อเฉียบพลันชนิดเฉียบพลัน) ถูกมองว่าเหมือนกันหมดโดยที่ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาควรตระหนักว่า การที่มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกลุ่มนี้ อาจขัดขวางต่อเป้าหมายและการตัดสินใจของการรักษา ซึ่งในความเป็นจริงกลุ่มนี้ต้องการการดูแลมากกว่า มีใช้น้อยที่สุด เพราะความเห็นและทัศนคติส่วนบุคคลที่มาดบังการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้อง มีผลทำให้รักษาผิดหรือวินิจฉัยผิด

ขั้นตอนที่ 6 Strategy and Summary (S) กลยุทธ์และสรุป

เป็นความคิดที่ดีเสมอที่จะสรุปข้อมูลเมื่อจบการสนทนา ผู้ป่วยอาจมีคำถามเพิ่มเติม หรืออาจจำบางเรื่องที่สำคัญนี้ได้ หากมีเรื่องใหญ่ขึ้นมาในนาทีสุดท้าย ควรเก็บไว้ในการประชุมครั้งต่อไป นักศึกษาควรได้รับกำลังใจฝึกปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ทันทีที่เริ่มปฏิบัติงานกับผู้ป่วย การชักประวัติและถามถึงความวิตกกังวล เป็นโอกาสที่สำคัญที่สุด ที่จะได้สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างกระตือรือร้นโดยการรับฟัง ถามคำถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด และถามผู้ป่วยว่าเขาเข้าใจสภาพหรือสถานการณ์ของเขาหรือไม่ (เขารู้หรือไม่ว่าเขาเป็นโรคอะไร) การให้กำลังใจผู้ป่วยให้ถามคำถามเป็นขั้นตอนแรกในการสร้างการมีส่วนร่วม

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตัวเอง

ผู้ป่วยที่มีความกระตือรือร้นในการรักษาโรคเรื้อรัง มักจะได้ผลลัพธ์ของการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ขาดความกระตือรือร้น [15-17] ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับรู้ถึงโอกาสในการมีส่วนร่วมกับการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยทำกิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนัก (การรับรู้) และการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดเกี่ยวกับความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของเขา

กลวิธีและรูปแบบการสอน

หัวข้อนี้สามารถแบ่งเป็นส่วนๆ ได้ เพื่อที่จะนำเข้าไปรวมกับหลักสูตรที่มีอยู่แล้วหรือสามารถจะสอนเรื่องนี้เพียงเรื่องเดียวก็ได้ หากหัวข้อนี้ถูกสอนเป็นหัวข้อหนึ่งต่างหาก มีวิธีการสอนแบบต่างๆ ดังที่อธิบายข้างล่างนี้

การบรรยายอย่างเดียว/อย่างมีปฏิสัมพันธ์

ใช้สไลด์ที่แนบมาด้วยเป็นแนวทางในการสอนหัวข้อนี้ทั้งหมด สไลด์พาวเวอร์พอยท์สามารถนำมาใช้หรือมาดัดแปลงใช้กับเครื่องฉายข้ามศีรษะ เริ่มการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา และถามนักศึกษาให้ระบุบางประเด็นที่อยู่ในเรื่องนั้น

การอภิปรายกลุ่มย่อย

นักศึกษาหนึ่งคนหรือมากกว่าเป็นผู้นำเสนอหัวข้อนี้ และเป็นผู้นำการอภิปรายในประเด็นต่างๆ ที่มีอยู่ในหัวข้อนี้ นักศึกษาอาจทำตามข้อต่างๆ ที่มีอยู่ในหัวข้อนี้และนำเสนอเนื้อหา ตัวเตอรืที่เป็นผู้อำนวยการความสะดวกการเรียนรู้การสอนนี้ควรทำความเข้าใจกับเนื้อหา เพื่อที่จะได้เพิ่มข้อมูลของระบบการดูแลและสภาพแวดล้อมทางคลินิกของสถานบริการนั้น

การฝึกหัดในสถานการณ์จำลอง

มีสถานการณ์จำลองแบบต่างๆ ที่สามารถพัฒนาขึ้นมาได้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และความจำเป็นที่จะต้องรายงานและการวิเคราะห์ความผิดพลาด การเล่นเกมบทบาทสมมติที่เกี่ยวข้องกับการอภิปรายระหว่างผู้ป่วยและนักศึกษาในสถานการณ์ต่างๆ สามารถรวมสถานการณ์ที่นักศึกษาไม่มีข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยร้องเรียนนักศึกษา การเล่นเกมบทบาทสมมติสามารถนำมาใช้เป็นการสรุปตอนจบของนักศึกษาที่ได้รับเรื่องร้องเรียน

กิจกรรมการสอนอื่นๆ

มีหลากหลายวิธีที่จะให้เกิดการอภิปรายประเด็นต่างๆ ของหัวข้อนี้ มีคุณค่ามากที่จะมีผู้ป่วยมาพบกับนักศึกษาถึงประสบการณ์ต่อระบบบริการ

สุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเฉพาะที่กล่าวถึงในคู่มือหลักสูตรนี้ กิจกรรมการสอนอื่นๆ ที่เน้นถึงประเด็นเฉพาะที่อภิปรายในหัวข้อนี้ มีดังข้างล่างนี้

การเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องกฎหมายและจริยธรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปิดเผยภายหลังการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ตัวอย่างส่วนใหญ่ของคู่มือหลักสูตรนี้มาจากประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตามกฎหมายและความคาดหวังทางวัฒนธรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยก็ต่างกันไปในแต่ละประเทศ

- ดูที่ข้อความจริยธรรมของสมาคมวิชาชีพของประเทศของตนเอง ว่ากล่าวถึงเรื่องการเปิดเผยว่าเป็นอย่างไรและเปรียบเทียบกับสมาคมวิชาชีพของท่าน
- หอการค้าที่เป็นผู้แทนผู้บริโภคของประเทศของท่าน
- มองหาในสื่อท้องถิ่นของท่านสำหรับเรื่องที่ถูกผู้ป่วยได้รับคำพิพากษาว่าผู้ป่วยถูก
- เชิญสมาชิกขององค์กรรับประกันภัยความผิดจากวิชาชีพในสาขาของท่านมาพูดคุยถึงความผิดพลาดที่พบบ่อยและกลวิธีที่จะลดความผิดพลาดนั้น

การเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการตอบสนองต่อคำร้องเรียนของผู้ป่วย → T6

- เชิญแพทย์อาวุโสมาพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องการจัดการต่อการร้องเรียนว่าทำอะไรในการปฏิบัติงานของเขา
- ใช้กรณีศึกษาในหัวข้อนี้หรือกรณีจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของท่านให้นักศึกษาเขียนการกล่าวคำขอโทษ
- กรณีศึกษาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดเป็นเท่าใดที่บริษัทประกันหรือครอบครัวจะต้องจ่าย ตัวอย่างเช่น การตกงาน การรักษาที่ยังต้องได้รับหรือแม้กระทั่งการเสียชีวิต
- ถามบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอย่างไม่น่าเป็นการว่าเขาคิดอย่างไรเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยทำการร้องเรียน ผิดแผกแตกต่างกับนักศึกษาคนอื่นๆว่าทำไมการฟังเสียงผู้บริโภคเป็นสิ่งที่ได้

- เชิญผู้ป่วยที่เคยเกี่ยวข้องกับกระบวนการร้องเรียนมาพูดถึงประสบการณ์ของเขา

การเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารและการเปิดเผย

จัดนักศึกษาเป็นคู่หรือเป็นกลุ่มย่อยและให้นักศึกษาคนหนึ่งแสดงเป็นผู้ป่วยและอีกคนเป็นแพทย์ที่จะสื่อความผิดพลาด หลังจากการฝึกหัดการเล่นบทบาทสมมติให้สรุปกับนักศึกษาเพื่อดูว่าเขารู้สึกอย่างไรและเขาได้เรียนอะไร อีกวิธีหนึ่งคือถามนักศึกษาถึงการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพที่เขาเองหรือครอบครัวได้ประสบมาเองวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพคือการนำผู้ป่วยหรือสมาชิกของครอบครัวที่เคยได้รับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาคุยกับนักศึกษา ผู้ป่วยเป็นครูที่ดีในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

จัดนักศึกษาเป็นคู่หรือเป็นกลุ่มย่อยเพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยถึงเรื่องการดูแลที่ทำให้เขารู้สึกปลอดภัยและในทางตรงกันข้ามการดูแลที่รู้สึกไม่ปลอดภัย อีกวิธีคือนักศึกษาคู่หนึ่งคุยกับผู้ป่วยว่าวิธีใดที่เขาารู้สึกว่ามีส่วนช่วยให้ตัวเองปลอดภัย (เช่น การตรวจสอบการให้ยา) ต่อมาให้นักศึกษา กลับมารวมกลุ่มและนำเสนอสิ่งที่ได้พูดคุยมา

การเรียนรู้เกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรม

ในกลุ่มย่อยถามนักศึกษาว่าผู้ให้บริการสุขภาพควรสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างไรในกรณีที่ผู้ป่วยมาจากวัฒนธรรมที่ต่างกัน โดยการเสนอสถานการณ์ตัวอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยถูกคุกคามชีวิต (เช่น มะเร็ง) อภิปรายกันว่าวัฒนธรรมที่ต่างกันมีผลต่อวิธีการที่จะบอกผู้ป่วยอย่างไร

ทำการฝึกหัดซ้ำกับผู้ป่วยที่เคยได้รับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ อภิปรายกับนักศึกษาว่าวัฒนธรรมที่ต่างกันผู้ป่วยจะตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร

กิจกรรมสำหรับนักศึกษาในสถานที่ฝึกปฏิบัติงานในวิชาชีพ

- ตามผู้ป่วยไปตลอดเส้นทางของการเข้ารับบริการ
- ตามผู้ให้บริการสุขภาพที่ขอให้ผู้ป่วยยินยอมรับการผ่าตัดและสะท้อนกลับถึงการปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความยินยอมที่ได้รับโดยการบอกกล่าว
- ให้นักศึกษาใช้เวลาหนึ่งวันอยู่กับบุคลากรวิชาชีพอื่นอีกวิชาชีพหนึ่ง (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักโภชนาการ และล่าม) สืบค้นถึงวิธีการที่บุคลากรวิชาชีพหนึ่งๆ นั้นผูกพันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างไร
- ถามนักศึกษาที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อหาข้อมูลถึงมุมมองของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยหรือสภาพของเขา
- ถามนักศึกษาที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ให้ถามผู้ป่วยเสมอว่า สามสิ่งที่มีประโยชน์ที่สุดและสามสิ่งที่คุณต้องการเปลี่ยนการดูแลที่คุณกำลังได้รับหรือได้รับแล้วคืออะไร
- ถามนักศึกษาให้ถามถึงสถาบันหรือสถานบริการของตนเองว่า มีกระบวนการหรือทีมสอบสวนและการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ ให้นักศึกษาขออนุญาตจากผู้แทนที่เกี่ยวข้องเพื่อจะขอสังเกตการณ์หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้หากเป็นไปได้
- ถามนักศึกษาว่าสถานบริการที่ปฏิบัติงานมีการประชุมเรื่องการป่วยและการเสียชีวิตหรือมีกลุ่มทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่
- ต้องการให้นักศึกษาพูดกันเองถึงความผิดพลาดที่เขาได้สังเกตเห็นในสถานบริการที่ปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการที่ไม่มีเรื่องการตำหนิ
- ถามนักศึกษาให้สอบถามถึงข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานการรักษาที่ใช้โดยเจ้าหน้าที่ในสถานบริการที่ปฏิบัติงาน และให้นักศึกษาถามว่าแนวทางนี้ถูกเขียนมาได้อย่างไร และเจ้าหน้าที่รู้เกี่ยวกับแนวทางนี้หรือไม่ รู้วิธีใช้หรือไม่และรู้ว่าเมื่อใดที่จะเบี่ยงเบนจากแนวทางนั้น
- ถามนักศึกษาให้เขียนรายงานสะท้อนถึงผลกระทบของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การยอมรับความคลาดเคลื่อนทางยา

กรณีศึกษานี้อธิบายถึงการตอบสนองต่อความคลาดเคลื่อนทางยา
ในสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ (ดูหัวข้อที่6) → 

แฟรงค์ (Frank) อยู่ในสถานบริการผู้สูงอายุ ค่ะหนึ่งพยาบาลให้อินซูลินแก่แฟรงค์ ทั้งที่เขาไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน พยาบาลรู้ว่าตนเองทำผิดทันทีและรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่คนอื่นมาช่วยเหลือ ซึ่งเจ้าหน้าที่คนนี้ได้บอกแฟรงค์และครอบครัว สถานบริการรีบส่งแฟรงค์ไปยังโรงพยาบาลทันที เขาได้รับดูแลสังเกตอาการจนหายดี ก่อนที่จะส่งกลับมาสถานบริการผู้สูงอายุ พยาบาลได้เริ่มทำการเปิดเผยทันทีถึงการให้ยาผิดภายหลังเหตุการณ์นี้ พยาบาลได้เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อลดการเกิดความผิดพลาดทำนองเดียวกันนี้อีกในอนาคต

อภิปราย

- ให้นักศึกษาอ่านกรณีข้างต้นและอธิบายถึงข้อดีของการกระทำที่ชื่อตรงของพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว สถานบริการผู้สูงอายุ พยาบาลที่เกี่ยวข้องและการจัดการ

แหล่งข้อมูล: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:16-18. Sydney, New South Wales, Australia.

ความสำคัญของการรับฟังมารดา

กรณีนี้แสดงให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนและการรับฟังความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

ราเชล (Rachel) เลี้ยงลูกเพียงคนเดียวคลอดลูกชายเมื่อตั้งครรภ์ได้ 37 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 2,700 กรัม เป็นการคลอดปกติ พยาบาลแจ้งว่าแม่และเด็กสบายดีหลังการคลอดหนึ่งชั่วโมง

การให้นมแม่เริ่มหลังคลอด 6 ชั่วโมง พยาบาลแจ้งแพทย์ว่ามีความ

ลำบากในการให้นมและเด็กดูหลับมากเกินไป กฎของโรงพยาบาลให้มารดา กลับบ้าน 36 ชั่วโมงหลังคลอด แม่จึงถูกเตรียมให้กลับบ้าน

แพทย์ A บอกราเซลว่าทุกอย่างเป็นปกติและลูกตัวเหลืองเล็กน้อย ซึ่งจะหายไปเองภายใน 2-3 วัน เพราะว่าเหลืองไม่ได้มีสาเหตุจากเลือด แม่และเลือดลูกเข้ากันไม่ได้ (ซึ่งสาเหตุนี้การหายจากตัวเหลืองจะใช้เวลานานกว่า) แต่อาการเหลืองน่าจะเกิดจากการดูดนมแม่ ซึ่งจะดีขึ้นใน 2-3 วันสำหรับเด็กที่สุขภาพดีเช่นนี้

แพทย์อีกท่านหนึ่ง แพทย์ B บอกให้ราเซลกลับมาโรงพยาบาลใน 1 สัปดาห์ ในขณะที่อยู่ที่บ้าน การให้นมแม่มายังคงให้ค่อนข้างลำบาก อาการ ตัวเหลืองมากขึ้น ราเซลรู้สึกกลัวจึงรีบพาลูกไปที่ห้องฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงหลังคลอด แพทย์ที่ห้องฉุกเฉินไม่ได้ชั่งน้ำหนักเด็กแต่ส่งตรวจบิลิรูบิน ผลได้ 13.5 มิลลิกรัม% (231 ไมโครโมลต่อลิตร) แพทย์แจ้งว่าสูงสำหรับเด็กอายุ 3 วัน แต่ไม่น่าวิตก แนะนำให้ราเซลกลับมาในอีกหนึ่งสัปดาห์และกล่าวอย่างติดตลกว่า ลูกเป็นปกติไม่ต้องวิตกกังวล ฉันรู้ว่าฉันพูดอะไรเพราะฉันเป็นหมอ

อีก 2-3 วันต่อมาเด็กดูตมทุกชั่วโมงครึ่งและราเซลรู้สึกว่ามีน้ำนม เพื่อนของราเซลที่ไม่มีลูกบอกเธอว่า “หากหมอบอกเธอว่าทุกอย่างเป็นปกติ ทุกอย่างก็น่าต้องเป็นปกติไม่ต้องกังวล”

เมื่อเด็กอายุได้สัปดาห์ ราเซลพาลูกไปโรงพยาบาลตามคำแนะนำ แพทย์ B ซึ่งพบว่าน้ำหนักลดไป 20% และระดับบิลิรูบิน 35 มิลลิกรัม% และมีอาการของสมองอักเสบจากบิลิรูบิน

คณะกรรมการที่ปรึกษาของโรงพยาบาลได้ทำการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจว่าสถานการณ์ที่ป้องกันได้นี้เกิดขึ้นได้อย่างไร

คำถาม

- ให้นักศึกษาวิเคราะห์กรณีนี้ว่าเกิดอะไรขึ้นและ ณ ที่จุดไหน ควรทำอะไรที่จะป้องกันเหตุการณ์นี้และเมื่อใด

ในการที่ไม่หยิบยกความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ถึงแม้ว่าไม่ได้แสดงออกมาด้วยวาจาให้ชัดเจน เป็นทักษะสำคัญที่จำเป็นที่จะต้องฝึก ทำให้เป็น ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวสามารถถูกเอาออกจากความ

สนใจเพราะเห็นว่าเขาวีตกังวลมากเกินไป อย่างไรก็ตามเราไม่ควรที่จะ
ละเลยความวิตกกังวลของเขาและเราควรรับฟังและรับทราบความวิตก
กังวลอย่างจริงจัง ไม่ควรที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกว่าการวิตกกังวล
เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม

แหล่งข้อมูล: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools
working group. Case supplied by Professor Jorge Martinez, Project
Leader and Functional Analyst, Universidad Del Salvador, Buenos
Aires, Argentina.

จดหมายจากผู้ป่วย

จดหมายนำเสนอมุมมองของผู้ป่วยจากประสบการณ์ที่เธอประสบ
จากโรงพยาบาล

ฉันชื่อ อลิส (Alice) อายุ 25 ปี ฉันมีอาการปวดท้องมา 6 วัน
ฉันรู้สึกกลัวมากเพราะว่าเมื่อ 1 ปีก่อน น้องสาวของฉันมาด้วยอาการเช่น
นี้และขณะนี้เธอเป็นมะเร็งลำไส้และกำลังได้รับการรักษา

ฉันตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อต้องการไม่ให้ครอบครัวฉันกลัว
ฉันมาถึงโรงพยาบาลแต่เช้ามืด ฉันไม่รู้ว่าจะทำอะไรและจะไปพบใคร ซึ่ง
เป็นครั้งแรกในการมาโรงพยาบาลของฉัน ฉันเห็นว่าทุกคนอยู่ในอาการเร่ง
รีบและยุ่งยากและดูไม่เป็นมิตร บางคนตกใจกลัวเหมือนกัน

ฉันหายใจเข้าลึกๆ และถามหญิงสาวคนหนึ่งที่มามองหน้าฉันและยิ้ม
ฉันถามว่าแผนกทางเดินอาหารไปทางไหน เขาหัวเราะเล็กน้อยและพูดว่า
“ฉันเป็นนักศึกษาและฉันก็หลงทางเช่นกัน เรามาหาทางไปด้วยกันฉันไป
ที่เดียวกับเธอ” เธอพูดว่า “ทำไมเราไม่ไปถามแผนกประชาสัมพันธ์”

ฉันคิดว่าเป็นความคิดที่ดีและฉันรู้สึกขึ้นมาทันทีว่าฉันได้รับการ
ปกป้อง คนที่ฉันคิดว่าเป็นผู้ให้บริการสุขภาพได้อยู่กับฉันแล้ว

เรามาถึงแผนกประชาสัมพันธ์ และพบว่ามีคนอยู่มาก บางคนกำลัง
ตะโกน บางคนโกรธมาก และมีคนให้ข้อมูลเพียงคนเดียว ลูซี่ (Lucy)
นักศึกษาคนนั้นกล่าวว่า “เราคงไม่ได้ไปไหนแน่หากเราพยายามจะถามที่นี่”

ฉันแนะนำว่าเราลองเดินตามแผ่นป้ายบอกทางที่ฉันเห็นตรงทางเข้า
โรงพยาบาลจะดีหรือไม่

หลังจากที่ฝ่าฝูงคนออกมาได้ เราได้มาถึงทางเข้าโรงพยาบาล และ
ในที่สุดเราก็มาถึงแผนกทางเดินอาหาร ลูซึกกล่าวว่า “โอ้ใช่แล้วที่นี้เอง ขอให้
คุณถามพยาบาลที่นั่น ส่วนฉันจะไปห้องเรียนของฉัน โชคดีนะ”

พยาบาลบอกฉันว่า ฉันไม่ควรมาแผนกนี้โดยตรง คุณควรไปที่แผนก
ฉุกเฉินก่อนและเขาจะเป็นคนตัดสินใจให้ท่านไปแผนกไหนต่อ ดังนั้นฉันจึง
ไปยังห้องฉุกเฉินพบว่ามีคนรออยู่มาก มีคนบอกฉันว่าฉันต้องรอ “คุณควร
มาช้ากว่านี้” พยาบาลกล่าว (ฉันมาถึงแต่เช้าแล้วนะ ฉันค้านใจ)

ในที่สุดฉันได้พบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปท่านหนึ่งที่สั่งเอกซเรย์และ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่มีใครพูดอะไรกับฉัน ในขณะนั้นฉันรู้สึกกลัว
มากกว่าเมื่อตอนที่ฉันตื่นขึ้นมาปวด

ฉันอยู่ที่โรงพยาบาลทั้งวัน จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เมื่อสิ้นสุด
ของวัน แพทย์ท่านหนึ่งเดินมาหาฉันและบอกฉันเพียงไม่กี่คำว่าคุณปกติ
ไม่มีอะไรต้องวิตกกังวลและแล้วฉันก็เริ่ม “หายใจได้อีกครั้ง”

ฉันอยากจะบอกผู้บริหารโรงพยาบาลว่าเขาควรรับรู้ว่าคนทุกคน
ที่มาโรงพยาบาลแม้ว่าจะไม่มีโรคที่ร้ายแรงอะไรจะรู้สึกเครียดและไม่สบาย
เราอยากได้คนมาดูแลเรา คนที่จะเข้าใจเรื่องของเราและเข้าใจความรู้สึก
ของเรา ว่าทำไมเราจึงรู้สึกแย่เช่นนั้น เราต้องการการสื่อสารที่ชัดเจน
ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยเราต้องการข้อมูลที่ชัดเจนว่าเราจะใช้บริการ
ของโรงพยาบาลได้อย่างไร ฉันเข้าใจว่าคุณไม่สามารถรักษาให้ทุกคนหาย
ได้ (ด้วยความโชคร้าย) ท่านไม่ใช่พระเจ้าแต่ฉันแน่ใจว่าท่านสามารถมีความ
เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยได้ ไม่น่าเชื่อเลยว่าแพทย์และพยาบาลมีอำนาจด้วย
คำพูด ลักษณะท่าทางและความเข้าใจถึงสถานการณ์ของผู้ป่วย เขาก็
สามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและผ่อนคลายได้

โปรดอย่าลืมนำงานนี้ซึ่งไม่น่าเชื่อเลยว่าจะมีประโยชน์อย่างมาก
สำหรับมนุษย์ปุถุชนที่เข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาล

ด้วยความนับถือ

อลิซ

อภิปราย

- ให้นักศึกษาอภิปรายว่าเขาสามารถพูดถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างไรบ้าง

แหล่งข้อมูล: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Case supplied by Professor Jorge Martinez, Project Leader and Functional Analyst, Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

อุปสรรคด้านภาษา

กรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคด้านภาษาในสำนักงานทันตแพทย์ ตัวอย่างนี้ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย (อุปสรรคด้านภาษา) นำไปสู่ความล้มเหลวทางอารมณ์ของผู้ป่วย

ผู้ชายอายุ 18 ปี มาพบทันตแพทย์พร้อมกับมารดาเพื่อการอุดฟัน ทันตแพทย์วินิจฉัยว่าฟันกรามด้านขวาซี่แรกผุมากและหลังจากที่เอกซเรย์ดูแล้ว เขาบอกแก่ผู้ป่วยว่าต้องรักษารากฟันก่อน

ทันตแพทย์เริ่มทำการรักษารากฟันโดยการหาตำแหน่งที่แน่นอนของคลองรากฟัน เห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยมีความผึ่งใจว่าเขาจะถูกอุดฟันตามปกติ ทันทีทันใดที่ทันตแพทย์เข้าถึงรากประสาทฟันที่ไวต่อความเจ็บปวด ผู้ป่วยสะดุ้งขึ้นมาด้วยความปวด ต่อมาผู้ป่วยเริ่มรู้สึกไม่ดี กล่าวหาว่าทันตแพทย์รักษาไม่ดี ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาต่อและออกจากคลินิกไปลงทะเบียนร้องเรียนอย่างเป็นทางการ ที่หน่วยอำนวยการรับเรื่องร้องเรียนของสถานบริการนั้น ณ ที่จุดนั้นจึงได้ทราบว่าผู้ป่วยพูดภาษาอังกฤษไม่ได้ ยกเว้นเพียงบางคำ เช่น คำว่า “โอเค” และ “ขอบคุณ” ผู้ป่วยและมารดายังคงร้องเรียนต่อไปว่าทันตแพทย์ไม่ได้สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับที่ไม่ได้อธิบายให้ชัดเจนว่าทำหัตถการอะไร

คำถาม

- ปัจจัยอะไรบ้าง ที่ทำให้ทันตแพทย์รู้ได้ว่าผู้ป่วยเข้าใจภาษาอังกฤษหรือไม่
- ปัจจัยอะไรบ้าง ที่ป้องกันผู้ป่วยและมารดาพูดออกมาก่อนเริ่มการรักษา

แหล่งข้อมูล: This case study was provided by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

การคลอดที่บ้าน

กรณีนี้ได้อธิบายถึงความสำคัญที่จะนำสมาชิกของครอบครัวเข้ามา ร่วมด้วยในการตัดสินใจในการบริการสุขภาพ

มาเรีย (Maria) ท้องลูกคนที่สอง เธอคลอดลูกคนแรกโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ท้องที่สองนี้เธอได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์โดยผดุงครรภ์ท่านหนึ่ง ผลการตรวจปกติทุกครั้งและเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ มาเรียและผดุงครรภ์ได้วางแผนการคลอดกัน มาเรียบอกว่าต้องการคลอดที่บ้านแต่สามีเธอไม่มั่นใจ ผดุงครรภ์อธิบายว่า การคลอดที่บ้านสามารถทำได้เพราะที่ผ่านมามีผลการตรวจเป็นปกติทุกอย่างและมาเรียก็เคยคลอดมาแล้วไม่มีปัญหา

เมื่อมาเรียตั้งครรภ์ได้ 39 สัปดาห์ มดลูกเริ่มบีบตัว เธอโทรเรียกและผดุงครรภ์ก็ได้มาที่บ้าน เธอคลอดง่ายมากเพียงสองชั่วโมงเท่านั้น ปากมดลูกของเธอเปิดหมด เมื่อมาเรียเริ่มเบ่งคลอด ผดุงครรภ์พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจเด็กช้าลง เธอให้มาเรียนอนตะแคงซ้ายและหยุดเบ่ง ห้านาทีต่อมาอัตราการเต้นของหัวใจเด็กก็ดีขึ้น และหัวของเด็กก็โผล่ออกมาหนึ่งนาทีต่อมาเด็กผู้หญิงก็คลอดออกมาทั้งแม่และเด็กเป็นปกติหลังคลอดหนึ่งชั่วโมง

วันรุ่งขึ้นผดุงครรภ์มาเยี่ยมมาเรียและสามีที่บ้าน เขาพูดถึงการคลอด สามีของมาเรียพูดว่า ผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก แต่เขา

ยังคงขวัญเสียกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับการตัดสินใจของลูก เขาไม่ต้องการการคลอดที่บ้าน

คำถาม

- ผดุงครรภ์สามารถตรวจและให้ข้อมูลจนทำให้มาเรียนมั่นใจว่าจะคลอดที่บ้านได้อย่างไร
- ญาติ ในกรณีนี้สามารถเกี่ยวข้องได้อย่างไรในการตัดสินใจที่จะเลือกว่าคลอดที่ไหน
- วิธีการที่ดีที่ผดุงครรภ์จะพูดกับสามีถึงความวิตกกังวลของเขา

แหล่งข้อมูล: Case supplied by Marianne Nieuwenhuijze, RM MPH, Head, Research Department, Midwifery Science, Faculty of Midwifery Education and Studies, Zuyd University, Maastricht, The Netherlands.

เครื่องมือและแหล่งค้นคว้า

Farrell C, Towle A, Godolphin W. *Where's the patients' voice in health professional education?* Vancouver, Division of Healthcare Communication, University of British Columbia, 2006
(<http://www.chd.ubc.ca/dhcc/sites/default/files/documents/PtsVoice-Reportbook.pdf>; accessed 21 February 2011).

Patient-safety workshop

Building the future for patient safety: developing consumer champions-a workshop and resource guide. Chicago, IL, Consumers Advancing Patient Safety. Funded by the Agency for Healthcare Research and Quality
(<http://patientsafety.org/page/102503/>; accessed 21 February 2011).

Patient-centred care

Agency for Healthcare Research and Quality. Expanding patient-

centred care to empower patients and assist providers. *Research in Action*. 2002, issue 5, (<http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf>; accessed 21 February 2011).

Leape et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality & Safety in Health Care*, 2009, 18:424-428.

Medical errors

Talking about harmful medical errors with patients. Seattle, University of Washington School of Medicine (<http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Tools/TalkingaboutHarmfulMedicalErrorswithPatients.htm>; accessed 21 February 2011).

Open disclosure

Open disclosure education and organizational support package. Open Disclosure Project 2002-2003, Australian Council for Safety and Quality in HealthCare ([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/\\$File/OD-LiteratureReview.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/$File/OD-LiteratureReview.pdf); accessed 21 February 2011).

Open Disclosure. Australian Commission for Safety and Quality, 2 December 2010

(<http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/PriorityProgram-02>; accessed 21 February 2011).

Open disclosure guidelines. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007

(http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; accessed 21 February 2011).

การประเมินความรู้อยู่ของหัวข้อนี้

รายละเอียดของการประเมินอยู่ในคู่มือการสอน (ส่วน A) อย่างไรก็ตามวิธีการประเมินต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับหัวข้อนี้ได้แก่ การเขียนเรียงความ, MCQ, shortBAQ, CBD และการประเมินตนเอง นักศึกษาควรได้รับการส่งเสริมให้ทำแฟ้มสะสมผลงานสำหรับการเรียนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ประโยชน์ของแฟ้มสะสมผลงานคือ เมื่อนักศึกษาจบการฝึกอบรมแล้ว เขายังมีบันทึกของกิจกรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งหมดของเขา นักศึกษาสามารถที่จะนำมาใช้ในการสมัครงาน และในการประกอบวิชาชีพในอนาคต

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาประกอบด้วย

- แฟ้มสะสมผลงาน
- CBD
- สถานี OSCE
- เขียนการสังเกตเกี่ยวกับระบบสุขภาพ (โดยทั่วไป) และโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด
- ข้อความที่สะท้อนให้เห็นเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือคลินิก ผลที่ตามมาของการดูแลผู้ป่วยแบบสั่งให้ปฏิบัติตามบทบาทของแพทย์อาวุโสในกระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาและ/หรือบทบาทของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นครู

การประเมินอาจทำได้ทั้งระหว่างกลางและสิ้นสุด การให้คะแนนเป็นได้ตั้งแต่แบบ พอใจ/ไม่พอใจ (ดูแบบฟอร์มในส่วน B ภาคผนวกที่ 2)

มีความสำคัญที่จะนำผู้ป่วยมาร่วมในทีมประเมินด้วย

การประเมินการสอนหัวข้อนี้

การประเมินเป็นสิ่งสำคัญในการทบทวนการสอนเป็นไปอย่างไรและการปรับปรุงให้ดีขึ้นจะอย่างไรดูคู่มือผู้สอน (ส่วน A) สำหรับสรุปหลักการประเมินที่สำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. *Patients for patient safety: statement of case*. Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/en/index.html; accessed 21 February 2011).
2. Kerridge I, Lowe M, McPhee J. *Ethics and law for the health professions*, 2nd ed. Annandale, NSW, Federation Press, 2005:216-235.
3. Emmanuel L et al, eds. *The patient safety education project (PSEP) core curriculum*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
4. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework*. Commonwealth of Australia, 2007.
5. Genao I et al. Building the case for cultural competence. *The American Journal of Medical Sciences*, 2003, 326:136-140.
6. Gallagher TH et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:1001-1007.
7. Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2005, 12:253-259.
8. Davis RE et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 2007, 10:259-267.
9. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76-80.
10. *Open disclosure health care professionals' handbook: a handbook for health care professionals to assist with the implementation of the open disclosure standard*. Australian Commission on

- Safety and Quality in Health Care, Commonwealth of Australia, 2003 (www.health.gov.au/internet/safety/.../hlthcareprofhbk.pdf; accessed 21 February 2011).
11. Vincent CA, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? *Lancet*, 1994, 343:1609-1613.
 12. *Open disclosure guidelines*. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; accessed 21 February 2011).
 13. Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals*. Cambridge, MA, Harvard University, 2006.
 14. Developed by Robert Buckman, MD, Associate Professor of Medical Oncology, University of Toronto, Toronto, Canada. Modified from: Sandrick K. Codified principles enhance physician/patient communication. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1998, 83:13-17.
 15. Bower P et al. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2001, 51: 838-845.
 16. Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51-62.
 17. Montgomery P et al. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006, 1:CD002206.

สไลด์ของหัวข้อที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การบรรยายไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย หากต้องการบรรยาย เป็นความคิดที่ดีโดยการวางแผนให้นักศึกษาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและอภิปรายระหว่างการบรรยายด้วย การใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการอภิปรายกลุ่ม อีกวิธีหนึ่งคือการถามคำถามนักศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะทำให้สามารถนำประเด็นต่างๆ ในหัวข้อนี้มาอภิปรายกันได้ เช่น วัฒนธรรมการตำหนิ ธรรมชาติของความผิดพลาดและวิธีการจัดการแก้ปัญหาของภาคอุตสาหกรรมอื่น

สไลด์สำหรับหัวข้อที่ 8 ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้สอนสามารถถ่ายทอดเนื้อหาของหัวข้อนี้ สไลด์สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ได้ ผู้สอนไม่จำเป็นต้องใช้สไลด์ทั้งหมดและเป็นการดีที่สุดที่จะปรับสไลด์ให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอนในชั่วโมงนั้น

“เรื่อง Patient safety มีความซับซ้อนมากกว่าคำพูดว่าดูแลคนไข้ให้ปลอดภัย เพราะเบื้องหลังความปลอดภัยนั้นมีบุคคล ระบบ และกลไกต่างๆ อีกมากมายที่เป็นองค์ประกอบ ถ้าได้มีการเรียนการสอนให้นักศึกษาเข้าใจการทำงานเป็นทีม ตระหนักถึงความเสี่ยงที่สำคัญ ความเสี่ยงที่ป้องกันได้ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ระบบต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง รวมถึงทักษะการสื่อสาร การดูแลรักษาที่คำนึงถึงคนไข้เป็นศูนย์กลาง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องราวการเรียนการสอน ที่บรรจุอยู่ใน WHO Patient Safety Curriculum Guide ที่เชิญชวนสถาบันการศึกษาต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษา เพื่อสร้างให้เขาเหล่านั้นก้าวออกไปเป็นบุคลากรสาธารณสุข ที่ใส่ใจให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างแท้จริง”

นพ.ศุภชัย คุณารัตนพุกภัย

ประธานกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

Based on the WHO Multi-professional **Patient Safety Curriculum Guide**,

URL <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/index.html>

© World Health Organization, 2011. All rights reserved.

ISBN 978-616-8024-02-7



9 786168 024027