

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 3/2555

เรื่อง น่าเบื่อ... “(Human Error)”

วันศุกร์ที่ 18 พฤษภาคม 2555 เวลา 12.45 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมอภิชาติทราบดีคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร

รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

รศ.นพ. รณชัย อธิสุข

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ผศ. พญ.กัทนี สามเสน

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร
ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางด้านคลินิกและ
ด้านสนับสนุน

นางน้องนุช ภูมิสนธิ์

หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย

พิธีกรดำเนินรายการ : นางสาว พิมพ์ภัท กฤตสัมพันธ์

การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 3/2555 ได้รับเกียรติจาก ศ. นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม และในการนี้รองคณบดีฯ กล่าวว่า “หากมอง Human Error เป็นข้อผิดพลาด จะทำแต่หาผู้ที่ก่อให้เกิดข้อผิดพลาด แต่ในอีกมุมมอง ข้อผิดพลาด จะทำให้เกิด Learning และ ข้อผิดพลาดจะส่งผลให้เกิดสิ่งใหม่ๆ ดังจะเห็นได้จากโทมัส เอดิสัน ที่ให้สัมภาษณ์ไว้ว่า ความผิดพลาดทั้ง 700 ครั้ง ที่ได้เกิดขึ้น ไม่ใช่สิ่งที่ผิดพลาด แต่จะช่วยให้เขาได้รู้ว่า ต่อไปนี้จะไม่ทำตาม 700 ข้อ ที่เคยผิดพลาดมาแล้ว และนั่นก็ส่งผลให้เขาสามารถประดิษฐ์หลอดไฟได้สำเร็จ สิ่งสำคัญ คือ ต้องนำ Error มาเป็นบทเรียนรู้ ถ้าไม่นำ Error มาเป็นบทเรียน อาจส่งผลให้เกิดชีวิตที่ล้มเหลวได้”

ผศ. พญ.กัทนี สามเสน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร และประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางด้านคลินิกและด้านสนับสนุน ได้กล่าวว่า หลังจากห่างหายไป 4 ปี และได้กลับมาดูแลเรื่องความเสี่ยงของโรงพยาบาลศิริราชอีกครั้ง กลับพบว่า Human Error ที่พบ ยังคงเป็นเรื่องเดิม ซึ่งทำให้รู้สึกว่าจะแก้ไขอย่างไร ไม่ให้เกิดเรื่องเดิมซ้ำ และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้มากที่สุด Human Error หรือความผิดพลาดจากมนุษย์ จากหนังสือชื่อ **To Err Is Human Building a Safer Health System** นั้น มนุษย์ย่อมมีข้อผิดพลาด แต่หลังจากที่ผิดพลาด ต้องเรียนรู้ที่จะดูแลสาธารณสุข หรือความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มากขึ้น จากนั้นได้เล่าเรื่อง Case Study เพื่อเรียนรู้ในประเด็นเรื่อง 1.Points of Improvement 2.Root Causes 3.System Improvement ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เกิดเหตุการณ์ที่มีชื่อผู้ป่วยใกล้เคียงกัน แต่ไม่มีการตรวจสอบชื่อ-นามสกุลให้ชัดเจน และไม่ตรวจสอบประวัติของผู้ป่วย ทำให้เกิดความผิดพลาด ในการรักษาผู้ป่วยผิดราย (ข้อมูลจาก Annals of Internal Medicine. 2002; 136;826-833 or www.annals.org)

Root Causes จาก Case Study ได้แก่

- **Communication** : การสื่อสาร
- **Teamwork** : การทำงานเป็นทีม
- **Identity verification** : การระบุตัวผู้ป่วย
- **Information system** เนื่องจากระบบใน Case Study เป็นระบบ manual ไม่เชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

(Root Causes ดังกล่าวถือเป็น Latent Conditions คือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ณ โรงพยาบาลใด โรงพยาบาลหนึ่ง ที่เกิด Human Error จนอาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ โดยจะขึ้นอยู่กับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ)

- **Increasing subspecialization in medicine**
- **Ongoing pressures to reduce hospital staffs**
- **The trend to perform invasive procedures in hospital on a short-stay basis**
- **Effort of hospitals to reduce lengths of stay**

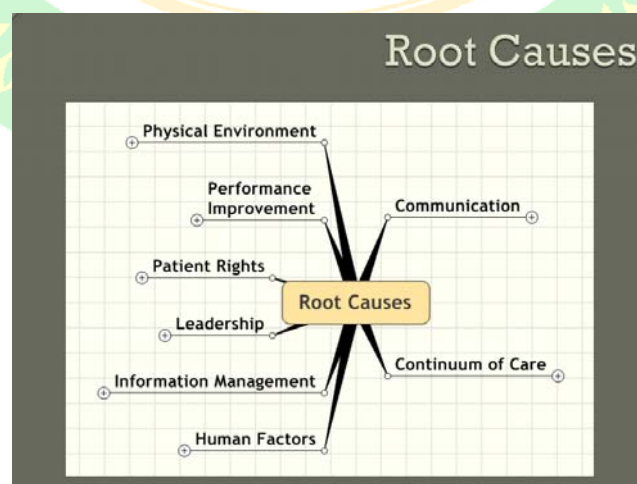
(Root Causes ดังกล่าวถือเป็น Environmental Factors คือ ความผิดปกติที่มีผลต่อทุกโรงพยาบาล เป็นข้อผิดพลาดที่ปรับเปลี่ยนยาก แต่หากเรียนรู้ก็จะสามารถปรับกระบวนการ ไม่ให้ก่อความผิดพลาดได้)

จาก Case Study แสดงให้เห็นว่า ไม่มีสิ่งใดที่จะทำให้ Human Error หายไปได้อย่างสมบูรณ์ แต่เราสามารถที่จะเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือสภาพการทำงาน เพื่อลด Error ของแต่ละบุคคลได้

จาก Case Study ที่โรงพยาบาลนั้น ได้เรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยน ดังนี้

- กำหนดนโยบาย: ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหรือทำหัตถการต้องมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรบันทึกในเวชระเบียน
- วางระบบการระบุตัวผู้ป่วย โดยใช้ นามสกุล ชื่อผู้ป่วย H.N. และวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย
- ในการทำหัตถการ: ใช้ชื่อผู้ป่วย เหตุผลในการทำหัตถการ คำสั่งแพทย์ พร้อมกับการตรวจสอบป้ายชื่อข้อมือผู้ป่วยให้ตรงกัน
- ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เป็นระบบเดียว
- วางระบบการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อ
 - ให้มีการสื่อสาร และทำงานเป็นทีมให้มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
 - กำจัดและลดอุปสรรคในการสื่อสาร อาทิ ลดอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ภาควิชาและหน่วยงาน
 - เสริมสร้างการทำงานเป็นทีมให้มีประสิทธิภาพ อาทิ การฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ในกรณีตัวอย่าง หรือกรณีศึกษา มีการติดตาม ประเมินผลการอบรม และนำผลการประเมินมาปรับปรุงวิธีการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากนั้น ผศ. พญ.กัทนี สามเสน ได้นำเสนอ Root Causes ของ The Wrong Patient ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 Root Causes ของ The Wrong Patient

นางนงนุช ภูมิสนธิ หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย ได้กล่าวถึง ประเด็นในเรื่อง Human โดยได้คิดย้อนกลับไปถึง Case Study ว่า สาเหตุใดบ้างที่เกิดจากตัวบุคคล

Human Factor Engineering เป็นการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของมนุษย์ ว่ามนุษย์มีวิธีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ อย่างไร การเข้าใจมนุษย์ถือเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจะได้รู้ว่าจะใช้วิธีการปรับเปลี่ยนอย่างไร ซึ่งจะมีอยู่สองสิ่งคือ human characteristics (รู้จักคุณลักษณะความเป็นมนุษย์) และ how human interact (รู้ว่ามีมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์อย่างไร) โดยการศึกษาจำเป็นต้องมีเป้าหมายเพื่อนำมาออกแบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

Human Factor Engineering จะต้องทำความเข้าใจใน 4 คำ คือ

1. Human factor แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ ที่ทำงานด้วยคุณสมบัติของความเป็นมนุษย์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1.ด้านวิรบุรุษ (Safety) เป็นด้านที่มนุษย์ใช้ถึง 90% เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำงาน 2.ด้านอันตราย (Danger) ความละเอียด ไม่มีสมาธิ ในสิ่งที่ปฏิบัติ ก่อให้เกิดโอกาสที่จะผิดพลาด เพราะการรับรู้ของมนุษย์จะลดลงเสมอ แต่เนื่องด้วยมนุษย์มีกลไกด้านวิรบุรุษทั้งจากตนเองและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยการตรวจพบ และแก้ไขข้อผิดพลาด จึงก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น (Human factor เป็นได้ทั้งแง่บวก และแง่ลบ ก่อให้เกิดประโยชน์ และโทษ เมื่อใดก็ตามที่ตรวจพบ และแก้ไขได้ทันทีจะเกิดความปลอดภัย แต่ถ้าไม่มีสติ หรือไม่มีสมาธิอาจทำให้เกิด Error ได้)

2. Human error การทำงานที่เบี่ยงเบนไปจากแผนที่วางไว้ หรือที่ตั้งใจไว้ หรือการทำงานใดๆ ที่ไม่บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการอาจเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้

ความตั้งใจ หมายถึง ขณะที่มีความตั้งใจคิดด้วยสติ แต่ด้วยข้อจำกัดในความรู้ หรือประสบการณ์ ทำให้ผลที่ได้ ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ เรียกว่า “ผิด” อาจเป็นเพราะ “คิดคำตอบผิด” หรือ “ใช้คำตอบผิด”

ไม่ได้ตั้งใจ หมายถึง ขณะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น ไม่ได้ตั้งใจคิดด้วยสติ อาจเกิดจากความพลั้งเผลอ หลงลืม หรือไม่เอาใจใส่ เนื่องจากถูกรบกวน หรือมีความกังวลอยู่ในใจ

นักจิตวิทยาแบ่งประเภท “ผิดพลาด” ตามระดับปฏิบัติการของสมองเป็น 3 กลุ่ม

1. Knowledge-base Error “คิดคำตอบผิด” ขณะที่ทำงาน เกิดปัญหาใหม่ที่ไม่เคยเจอมาก่อน ความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะใช้แก้ปัญหาใหม่ๆ หรือมีข้อจำกัดในการรับรู้ปัญหา ทำให้คิดคำตอบ ในการแก้ปัญหาผิดพลาด

2. Rule-base Error “ใช้คำตอบผิด” เป็นความผิดในการคิดประยุกต์คำตอบหรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่มีอยู่ มาแก้ปัญหา ซึ่งวิธีปฏิบัติโดยทั่วไปจะกำหนดไว้เป็นแนวทางกลาง เช่น งาน A ต้องทำแบบ a หรือ aa ตามปัจจัยสิ่งแวดล้อม เมื่อขณะหนึ่งที่ปัจจัยสิ่งแวดล้อมเปลี่ยน จึงต้องเปลี่ยนจาก วิธี a เป็น aa แต่ด้วยเหตุบางอย่าง ทำให้ยังคงต้องทำตาม a

Rule-base Error เกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ที่มีคำตอบหรือกฎเกณฑ์สำหรับการปฏิบัติในการแก้ปัญหาบางอย่างอยู่แล้ว แต่นำมาใช้ไม่ถูกต้อง ได้แก่ กฎดี แต่ไม่เหมาะที่จะใช้ การใช้กฎที่ไม่ดี หรือไม่ใช้กฎที่ดี ซึ่งกรณีไม่ใช้กฎ จะกลายเป็นการละเมิด ดังนั้นจึงต้องใช้วิธีการแก้ไขที่แตกต่างกันไป

การป้องกัน

1. การเตรียมความพร้อม โดยการยอมรับว่า มนุษย์ย่อมก่อให้เกิดความผิดพลาดได้ ดังนั้นจึงต้องมีการฝึกอบรม ฝึกการเตรียมคิดว่าหากเกิดสถานการณ์จะอย่างไร โดยให้ความสำคัญกับทักษะการคิด (Mental Skill) กับทักษะทางเทคนิค (Technical Skill) อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งต้องฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ

2. ความยืดหยุ่น ในการวางแผน หรือปรับโครงสร้าง ต้องสอดคล้องกับสถานการณ์เฉพาะหน้า และไม่พยายามกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน จนอาจจะละคุณสมบัติการปรับตัวของตน ดังนั้นจึงควรมีสমดุลระหว่างการมีแนวทางที่ชัดเจน กับการให้อิสระในการตัดสินใจ

3. Skill-base Error “พลั้งเผลอ” เมื่อบุคคลทำงานด้วยวิธีเดิมๆ จนเคยชิน จะเริ่มไม่ใช้ความคิดและความใส่ใจ จึงทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า พลั้งเผลอ ทำให้เกิดความผิดพลาด อันมีสาเหตุมาจากการไม่รู้รู้หลงลืม หรือละเลย การพลั้งเผลอ (Slips & Lapses) แบ่งได้ดังนี้

1. ไม่รู้รู้ (Recognition/Attention failure) เกิดจากการไม่สามารถจำแนกสัญญาณ ข่าวสารที่แตกต่างกันได้ เนื่องจากคล้ายกัน หรือสิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการจำแนก มีการคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่าอยากจะเห็นผลลัพธ์อย่างไร จึงไม่เห็นสิ่งที่แตกต่างออกไป หรืออาจถูกขัดจังหวะ ไม่มีสมาธิ มีเรื่องกังวลใจ เนือยล้า เกร็งรีบ ทำให้ไม่สามารถตรวจจับปัญหาได้

2. หลงลืม (Memory failure) มีการรับหรือเก็บ ข้อมูลโดยไม่ใส่ใจ ทำให้ไม่ได้จดจำ หรือนำออกมาใช้ไม่ได้ เช่น รู้ว่าต้องทำอะไร แต่ไม่รู้ว่่าสิ่งนั้นคืออะไร หรือถูกสิ่งอื่นบดบัง ทำให้ไม่สามารถเรียกความทรงจำออกมาได้

3. ละเลย (Attention failure) เป็นความเคยชิน หรือมุงมิดถึงงานต่อไปมากเกินไป ก่อให้เกิดการหยุดปฏิบัติงานเดิมก่อนที่จะสมบูรณ์

การป้องกัน ใช้สิ่งเตือนใจ (Reminder) ที่ดึงดูดความสนใจ หรือปรากฏในสถานที่และเวลาใกล้เคียงขั้นตอนการปฏิบัติงาน หรือจุดตัดสินใจ และระบุชัดเจนว่าจะต้องดำเนินการอย่างไร ที่ไหน และเมื่อไร โดยสิ่งเตือนใจ จะต้องเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติเข้าใจได้

3. Human factor science มนุษย์มีวิธีการจำ การคิด และการพัฒนา และใช้ Motor skill เพื่อทำกิจกรรมต่างๆ โดยใช้กลไก 2 ประการ คือ

- *Cogitative Processes* รับรู้ข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาเก็บไว้ และมีการนำข้อมูลมาคิดใช้บ่อยๆ เพื่อให้ความรู้ที่ได้นั้น นำมาใช้ได้ง่าย และรวดเร็ว หากเกิดเหตุการณ์ที่จำเป็นต้องนำความรู้นั้นใช้
- *Interaction with other* การสื่อสารที่ดี มีสมมติฐานที่ฝังอยู่ในตัวเรา และกลุ่มคนที่เป็น Team work จะต้องมีการ mental model เหมือนกัน เพื่อให้การสื่อสารนั้นถูกต้อง

4. Human Factor Design : best practice

1. Reducing reliance on memory (ลดความจำ) ออกแบบระบบงานเพื่อลดการพึ่ง short-term memory หรือ prolonged attention ออกแบบงานให้เป็นระบบ ใช้ checklist เพื่อทบทวนว่ามีการใช้ตามเป้าหมายและใช้ในการส่งมอบงาน มีการสรุปย่อให้เพื่อนร่วมทีมทราบ มีการทำสัญลักษณ์สีสำหรับของที่จะใช้คู่กันให้เป็นมาตรฐาน เพื่อป้องกันการสลับคู่ และใช้ Pre-package ส่วนประกอบต่างๆ ทำให้เป็นชุดสำเร็จรูป (kits)

2. Improving information access (ปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูล) จัดให้มีข้อมูลในเวลาที่ต้องการ และในที่ที่ต้องการใช้ มีการให้ข้อมูล ณ จุดที่ดูแลผู้ป่วย และสร้างแบบบันทึกเพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและติดตามได้

3. Decreasing error opportunities (ลดโอกาสที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาด) ใช้ forcing functions เช่น การออกแบบการสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์เพื่อป้องกันการสั่ง overdose of a drug หรือป้องกันการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้

4. Simplification การลดความซับซ้อนมีพลังมากกว่าการทำให้ส่วนประกอบต่างๆ มีความสมบูรณ์

ข้อพึงระวัง

1. Interaction with machines and objects (แบบกับการใช้งานที่ไม่ไปด้วยกัน) การออกแบบที่ไม่ดี ส่งผลให้ไม่สอดคล้องกับการใช้งาน ซึ่งความผิดพลาดมักจะมาจาก การฝึกอบรมผู้ใช้ หรือ การออกแบบ interface ที่ไม่ดี หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน รวมถึงความเร็ว ความเครียด ความอ่อนล้า จากการใช้งานจะนำมาสู่ความผิดพลาด
2. Negative impact of work environment (สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อ) พื้นที่การจัด layout อุณหภูมิ แสง คุณภาพของอากาศ ระดับเสียง และการรบกวนทางสายตา จะมีผลต่อความสามารถในการทำงาน
3. Workarounds (เลี้ยวระบบ) แม้จะมีการแก้ไขหรือวางระบบไว้ดีแล้ว แต่ธรรมชาติของมนุษย์ มักจะหาวิธีการทำงาน เพื่อที่จะรักษาวิธคิดดั้งเดิมของตนเองไว้ ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดได้
4. Unintended consequences (ผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ) ในบางครั้งการแก้ปัญหาในเรื่องหนึ่ง อาจก่อให้เกิดปัญหาใหม่ขึ้นมาได้ ดังนั้นแล้ว การนำร่องหรือทดสอบภาคสนามจะช่วยให้พบผลกระทบที่จะเกิดขึ้นของทางออกที่ต้องการใช้

ผศ. พญ.ภทนี สามแสน กล่าวว่า Human Error เกิดขึ้นได้ตลอด ไม่ว่าจะไม่ตั้งใจ พังเผลอ หรือตั้งใจเพราะไม่รู้ กรณีที่เกิดข้อผิดพลาดเพราะการไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่มีอยู่เดิม ควรที่จะมีการสอบถามถึงสาเหตุที่หลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ซึ่งวิธีสอบถามที่จะให้ได้ความเป็นจริงนั้น ผู้ที่มีอำนาจและผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องยอมรับถึงสาเหตุที่เกิดขึ้น ต้องเข้าใจว่าผู้ปฏิบัติไม่ทราบระเบียบ หรือว่าระเบียบนั้นไม่เหมาะสมกับการทำงาน และสิ่งสำคัญ ขณะที่สอนการปฏิบัติต้องมีการเน้นย้ำว่า จุดใดบ้างที่อาจเกิด Error เพื่อเป็นการป้องกัน Error เหล่านั้น และหากเกิดปัญหาหรือข้อผิดพลาด ก็ต้องเรียนรู้ว่าจะต้องแก้ไขอย่างไรไม่ให้เกิด Human Error ขึ้นอีก สำหรับ Human Factor Engineering เป็นการพยายามที่จะใช้สิ่งต่างๆ ทดแทนการจำ เช่น มีการพยายามใช้คอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยจดบันทึก หรือจำข้อมูล เมื่อมีการวางระบบเรียบร้อยแล้ว สิ่งที่จะห้ามลืม คือ การติดตาม และให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสในการเสนอ มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนได้กับทุกสถานการณ์

รศ.นพ. รณชัย อธิสุข ภาควิชาศัลยศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้กล่าวถึงประเด็น Human Error ว่า การปฏิบัติสิ่งใดอย่าไปกลัว มนุษย์ทุกคนมีโอกาสผิดพลาดได้ คนที่ไม่เคยทำอะไรผิดพลาด คือคนที่ไม่ได้ทำ

อะไรเลย และเมื่อเกิด Error ต้องรายงาน และเชื่อมโยงเข้าในระบบอุบัติการณ์ อย่างถือว่าเป็นสิ่งผิด วิธีการต่างๆ ที่นำเสนอในครั้งนี้ คือ การทำให้เกิด Error น้อยที่สุด และสิ่งสำคัญที่อยากให้เกิดกลับไปพบทวน คือ

- **Team work** การรักษาผู้ป่วยแต่ละครั้งได้มีการรักษาแบบ Team work หรือไม่ มีการพูดคุยกับพยาบาลด้วยกัน สอบถามแพทย์ ในการวางแผนหรือประเมินร่วมกันหรือไม่ ซึ่ง Team ที่แท้จริงจะเชื่อมโยงกับ Communication ที่ดี

- **บุคคล** หากงานที่ต้องทำมีจำนวนมาก แต่ อัตรากำลัง มีน้อย ย่อมส่งผลที่จะก่อให้เกิดความผิดพลาดมากขึ้น และแม้ว่าจะมีอัตรากำลัง หากไร้ซึ่ง competency และ ความตระหนัก ที่จะดูแลผู้ป่วย ก็มีผลก่อให้เกิดข้อผิดพลาดได้

- **บทบาทของ in-charge** มีความสำคัญ เนื่องจากเรื่องต่างๆ หากให้ความสำคัญ หรือปรับเปลี่ยนระบบ ก็อาจลดสิ่งที่ทำให้เกิด Error ขึ้นได้

- **บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย** ปัญหาในบางครั้งหากเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติได้มีส่วนช่วยตรวจสอบให้ ก็อาจลด Error ที่เกิดขึ้นได้

ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ได้กล่าวว่า องค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงกลายเป็นความปลอดภัย ได้แก่ ระบบที่ดี คนที่ดีและคนที่เก่ง และการบริหารจัดการ

- ระบบที่ดี จะต้องช่วยกันสร้าง และมองให้เห็นทุกส่วนงาน มีการทำเป็น Team และเมื่อมีการวางระบบ ต้องทำ CQI เพื่อทบทวน เพราะไม่เช่นนั้นจะก่อให้เกิดระบบใหม่ขึ้นมาเรื่อยๆ จนไม่รู้ว่าจะใช้ระบบไหน

- คนที่ดี และคนที่เก่ง ควรตระหนักเรื่องของ No harm จะทำอะไรไม่ให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยปลอดภัย หากจะทำสิ่งใดต้องมีสติ และสิ่งที่ทำมีความเสี่ยงที่จะเกิดข้อผิดพลาดหรือไม่ และจะป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดได้อย่างไร มีการส่งมอบงานที่ดีและมีคุณภาพ

- การบริหารจัดการ ไม่ควรใช้ความจำ แต่ควรรู้จักคิด มีการฝึกคิดโจทย์ต่างๆ สมมติเสมอ เพื่อรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ จะต้องมียุติ

กรณีเกิดความผิดพลาด สิ่งสำคัญคืออย่ากล่าวโทษที่บุคคล แต่ให้ศึกษาที่ระบบว่ามีข้อผิดพลาดอย่างไร และการจะหา Root Case ได้อย่างถูกต้อง ต้องสอบถามจากคนที่ปฏิบัติจริง แต่ต้องไม่ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกกดดัน มิฉะนั้นเมื่อเกิดข้อผิดพลาด อาจเกิดการปิดกั้น ไม่มีการรายงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีการรายงาน ผู้บังคับบัญชาต้องสนับสนุนปัญหาเพื่อให้ได้รับการแก้ไข และทุกครั้งที่มีการรายงาน ต้องไม่

อายุที่จะเล่าเรื่องราวตนเองผิดพลาดส่วนใด เพื่อเป็นการ sharing สร้างองค์ความรู้ใหม่และป้องกันไม่ให้มีใครผิดพลาดซ้ำ

ผศ. นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า อยากให้บุคลากรในศิริราชรู้ลึกภูมิใจ ที่จะเล่าความผิดพลาดของตนเองออกมาให้คนอื่นได้เรียนรู้ เพราะจะเป็นการป้องกันไม่ให้คนอื่นเกิดความผิดพลาดซ้ำอีก แต่หากบุคลากรในศิริราชมีวัฒนธรรมกลัวความผิดพลาดที่จะแสดงออกมา องค์กรจะกลายเป็น Learning Organization ไม่ได้ ความผิดพลาดไม่ใช่เรื่องเลวร้าย ไม่มีใครไม่เคยทำผิดพลาด และไม่มีใครทำถูกต้องตลอดเวลา มนุษย์ต้องเรียนรู้ที่จะรู้จักตัวเอง ว่ามีทักษะ ความชำนาญด้านใด และมีข้อจำกัดในส่วนใด หากยังไม่เรียนรู้ที่จะรู้จักตัวเอง อาจก่อให้เกิด skill base error ได้ เพราะเข้าใจผิดว่า ตนเองนั้นมีความสามารถ ทำให้ละเลย สิ่งที่จะต้องทำ ขาดความระมัดระวัง จึงก่อให้เกิดความผิดพลาด ดังนั้นอย่าอับอายที่จะบอกว่าเกิดความผิดพลาด เมื่อใดที่ผิดพลาด และได้นำสิ่งผิดพลาดเหล่านั้น มาแบ่งปัน ทำให้บุคคลอื่นเกิดความปลอดภัย นับเป็นสิ่งที่ดียิ่ง

สามารถดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.si.mahidol.ac.th/th/division/rm/>

ผู้บันทึก และถอดบทเรียน

นางสาวชลิตา มิ่งขวัญ

ผู้ตรวจสอบบทเรียน

นางสาวสมใจ เนียมหอม