

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 8/2555

เรื่อง "Strive for Patient safety and Risk Management"

วันศุกร์ที่ 13 ธันวาคม 2555 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมราชบัณฑิตยสถาน อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น G

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

นพ.ชาตรี ดวงเนตร

กรรมการรองกรรมการผู้อำนวยการใหญ่

ประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ

นพ.พงศกร จินดาวัฒนะ

Senior Director of Communication

พิธีกรดำเนินรายการ : นางสาวอัมพิกา ภูวนะเสถียร

การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 8/2555 ได้รับเกียรติจาก ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม และในการนี้คณบดีฯ กล่าวว่า “ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลง และผลกระทบต่างๆ ส่งผลถึงกันได้รวดเร็ว การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย หรือ Partnership จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และต่อยอด เพื่อให้เกิดผลสำเร็จมากขึ้น ทุกภาคส่วน ทั้งรัฐบาลและเอกชน จะต้องร่วมมือร่วมใจกัน ดังตัวอย่างของโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลกรุงเทพ ที่ได้ร่วมกันสู้กับสิ่งที่ท้าทายที่จะมากระทบในระบบบริการสุขภาพ นพ.ชาตรี ดวงเนตร ผู้ร่วมทำ JCI กับภาควิชา ศัลยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช และปัจจุบันร่วมทำ JCI ที่โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ ซึ่งตั้งเป้าหมายไว้ 2 ปี ให้ประสบความสำเร็จ จะมาเป็นผู้แบ่งปันประสบการณ์ ความปลอดภัย และความเสี่ยงที่ไม่ต้องการให้เกิดกับผู้ป่วย วิธีการบริหารจัดการ ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลแต่ส่งผลกระทบต่อองค์กร และในโอกาสนี้ขอขอบคุณ นพ.ชาตรี ดวงเนตร นพ.พงศกร จินดาวัฒนะ คณะผู้จัดงาน และทีมงานผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ดำเนินการจัดการประชุมให้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้”

นพ.ชาตรี ดวงเนตร กรรมการรองกรรมการผู้อำนวยการใหญ่ และประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ กล่าวถึงประเด็นเรื่องความเสี่ยงไว้ดังนี้

From Acting to Quality Culture การเล่นละครนำไปสู่การมีวัฒนธรรมที่มีคุณภาพ หาก ณ ที่หนึ่งไม่เคยมีคุณภาพ แต่ต้องการคุณภาพ การที่จะทำออกมาจากใจนั้น อาจทำได้ แต่อาจจะทำให้ผลลัพธ์ออกมาแตกต่างกัน เพราะสิ่งที่ทำอาจจะไม่เชื่อมโยงกัน แม้จะมีเป็นสิ่งที่ดี ก็อาจส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยอันตรายได้ ดังนั้นหากมีบทละครที่ชัดเจน ว่าใครเล่นบทไหน อย่างไร เหมือนดังที่ว่า ใครทำหน้าที่ใด และขั้นตอนอย่างไร ผลที่ได้จะออกมาดี และผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัย

1. Accredited Hospital vs Quality Culture

Accredited Hospital

1. People of any kind
2. With quality hardwares
3. Performing quality processes
4. Producing quality outcomes
5. With **outside** tracers

โรงพยาบาลที่ผ่าน JCI เปรียบเสมือนโรงพยาบาลที่เพิ่งเล่นละคร โรงพยาบาลสามารถนำใครมาแสดงเป็นบุคลากรได้ เพียงแต่ต้องมีเครื่องมือครบถ้วนและมีคุณภาพ และแสดงบทละครตามที่ถูกกำกับได้แนะนำ เหมือนกับที่จะผ่าน JCI จะต้องมีบุคคลจากภายนอกคอยให้คำแนะนำ และตอบคำถามผู้ที่มาตรวจประเมิน JCI ตามที่บุคคลภายนอกแนะนำ นพ.ชาตรี ดวงเนตร กล่าวว่า ความคิดดังกล่าวได้มาจาก เมื่อครั้งอยู่ต่างประเทศได้ดูการแสดงของ Yul Brynner ในละครบรอดเวย์เรื่อง The King and I ซึ่งเป็นละครบรอดเวย์ที่มีการแสดงมากกว่าสองพันรอบ โดย Yul Brynner แสดงเป็น The King และแสดงออกมาได้เหมือนจริงมาก เพราะแสดงมาแล้วมากกว่าสองพันครั้ง การแสดงหลายๆ ครั้ง ทำให้เกิดเป็นนิสัย ทำให้แสดงจากภายในมาสู่ภายนอกได้ดี ซึ่งเรียกว่า Acting

Quality Culture

1. Quality people
2. With quality hardwares
3. Performing quality process
4. Producing quality outcomes
5. With **self** tracers

บุคคลที่มีคุณภาพ มีความสามารถ แสดงบทละครเรื่องเดียวกัน มีผลงานเหมือนกัน บุคคลที่แสดงมานานจะก่อเกิดเป็นนิสัย และแสดงออกมาได้ดี แม้ว่าละครจบ คนดูหรือผู้กำกับแยกย้าย หรือสัปดาห์ละครเหล่านั้น แต่บทละครจะคงอยู่กับนักแสดงที่แสดงมานาน จนบางครั้งการแสดงอาจไม่จำเป็นต้องมีผู้กำกับ เพราะนักแสดงมีความรู้ และเข้าใจในบทละครเหล่านั้นเป็นอย่างดี การแสดงที่ออกมาจากชีวิตจริง หรือออกมาจากภายในจะเป็นการแสดงที่มีคุณภาพ ซึ่งเรียกว่า Living

จุดสำคัญที่จะเปลี่ยนบุคคลจาก Acting เป็น Living คือการเปลี่ยนคน โดยมีการให้เล่นละคร ฝึกฝนบทละครทุกวัน จนกลายเป็นนิสัย การเล่นละครเรื่องเดียวกัน จะก่อให้เกิดการประสานงานที่ดี และกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น การกำหนดให้มีการเล่นละคร จะต้องมีการทดสอบว่า แต่ละบุคคลทำตามบทของตัวเองหรือไม่ อาจต้องทำการซ้อมใหญ่หลายครั้ง เพื่อให้ได้ละครที่ดี สำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพใช้เวลา 5 ปีการทำงานถึงจะประสานงานได้ดี และเข้าใจในเรื่องเดียวกัน

วัฒนธรรมองค์กรคือ การที่บุคคลในองค์กรตกลงทำสิ่งที่เหมือนกัน ร่วมมือร่วมใจเล่นบทละครเดียวกัน แต่หากองค์กรมีวัฒนธรรมหลากหลาย มีบทละครหลายบท แม้จะเล่นได้เชี่ยวชาญทุกบทละคร แต่ถ้าเล่นไปนานหลายปี จะไม่สามารถเล่นได้เชี่ยวชาญเหมือนคนที่เล่นละครบทเดียว



ภาพที่ 1: Quality People

Quality people บุคคลที่มีคุณภาพต้องเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติ (ภาพที่ 1) ดังนี้

1. Competency ทั้ง Core Competent และ Functional Competency และกรณีเป็นหัวหน้าจะต้องทำงานในส่วนหัวหน้าหรือ Leadership Competent ได้
2. Skilled ทักษะที่มีมาตรฐานทั้งด้านคลินิก รวมทั้ง Hospitality และ Efficiency Standard

Quality Outcomes บุคคลที่มีคุณภาพ ผลที่ออกมา จะมีผลงาน 3 ส่วน ได้แก่

1. Clinical Quality Outcome คือ คุณภาพและความปลอดภัย

2. Hospitality Quality Outcome: จะใช้เฉพาะ IPD เท่านั้น แต่ตอนนี้ที่อเมริกาเริ่มใช้ใน OPD ข้อนี้อจะเป็นตัวชี้วัดว่ามีการดูแลผู้ป่วยดีหรือไม่ เช่น มีการแนะนำเกี่ยวกับความปวดให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่

3. Efficiency Quality Outcome: การนำ Lean มาใช้ถือว่าเป็นประโยชน์อย่างมาก ขั้นตอนใดที่ไม่ก่อประโยชน์ให้กับผู้ป่วย ให้นำออก โรงพยาบาลที่มีการกำหนดเส้นให้ผู้ป่วยเดิน ถือว่ายังไม่มี Lean ที่ดี

Quality Culture Behavior

1. Responsibility ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของทุกฝ่าย ตั้งแต่คนบดี ตลอดจนพนักงานทั่วไป ทุกฝ่ายจะต้องรู้จักรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง
2. Hearts มีน้ำใจ มีความคิดที่ดีต่อผู้ป่วย และมีจริยธรรม
3. Guts มีความมุ่งมั่น วิริยะ อุตสาหะ
4. Persistent ทำเป็นประจำ ไม่ท้อ และเดินหน้าทำต่อไป



ภาพที่ 2: From Acting to Habit From Habit to Culture

การเล่นละครคือ การใช้สมองคิดว่าควรเล่นแบบใด และฝึกท่วงท่า รวมทั้งฝึกฝนการแสดงหลายๆ ครั้ง จนกลายเป็นการแสดงจากภายใน ซึ่งอาจใช้เวลา 3-5 ปี การที่แสดงละครจากจิตใจได้นั้น ต้องใช้วิริยะ อุตสาหะ หมั่นฝึกฝน ไม่ท้อถอย และผู้กำกับ หรือหัวหน้าจะต้องคอยเป็นผู้สนับสนุน และสำหรับบุคลากรจะทำงานที่เป็นระบบ โดยเล่นละครบทเดียวกันสำเร็จได้นั้น ต้องมีการใช้เครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง ซึ่งในที่นี้คือ JCI โดยเปลี่ยนจากการเล่นละครเป็นนิสัย เปลี่ยนจากนิสัยเป็นวัฒนธรรม จากการเล่นละครมากกว่า 5,000 ชั่วโมง (ภาพที่ 2)

2. From Acting to Quality Culture (จากการแสดงสู่วัฒนธรรมคุณภาพ) การได้ JCI เริ่มจากการทำฝึกซี หรือแสดงละคร โดยบทละครที่เล่นจะทำซ้ำจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร ซึ่งทำได้ดังนี้

Approaching Quality Culture

1. **Set Team** ตั้งทีมที่มีความเป็นผู้นำและมีคุณภาพ
 - a. Leadership Team
 - b. Quality Lead Team
2. **Set Goal** กำหนดเป้าหมาย โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้
 - a. Step One: Basic organization structure
 - b. Step Two: Accredited quality standards
 - c. Step Three: Benchmarking
 - d. Step Four: CQI & Tracers until become quality culture > 5,000 hours
3. **Implement** ดำเนินการเพื่อให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ ดังนี้
 - a. Hardware
 - Achieve FMS Standards
 - Achieve MTD Standards
 - b. System
 - Achieve QPS Standards
 - Achieve IC Standards
 - Achieve MOCI Standards
 - Achieve Patient Focused Clinical Standards
 - c. People ware
 - Achieve Governance Standards
 - Achieve Leadership Standards
 - Achieve HR Standards
 - Achieve MSO Standards
4. **Sustain**
 - a. CQI
 - Clinical & Patient Safety CQI
 - Hospitality CQI

- Efficiency CQI

- Innovation CQI

b. Perseverance

- Consistent Tracers ทุกสัปดาห์ และไม่ระบุล่วงหน้าว่าจะ Tracers ที่ใด

3. Patient Safety Principles

Safety Management การบริหารความเสี่ยง หรือการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย The effort to manage to continuously: **increase** the probability of **desired** patient outcomes, **reduce** the probability of **undesired patient** outcomes and given the current state of knowledge

Safety Standards

A. Clinical Safety; Patient Safety Goals (PSG) มี 6 ข้อ ดังนี้

1. Identification
2. Communication
3. High Alert Medication
4. Wrong-site, wrong-patient & wrong-procedure
5. Healthcare-acquired infections
6. Falls

B. Environmental Safety; Facility Management Safety (FMS)

1. Safety & Security
2. Hazardous materials
3. Emergency management
4. Fire safety
5. Medical equipment
6. Utility systems

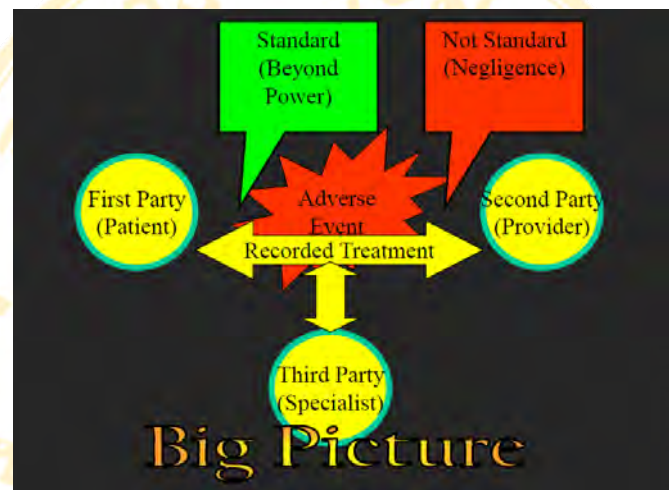
Total MRM Commandments (5R) บัญญัติ 5 ประการ ด้านความเสี่ยง ได้แก่

A. Proactive Management

1. **Ready** (ทุกคนพร้อมแน) (SQE&PSG&FMS&PSI) บุคลากรมีความพร้อม มี Job description ชัดเจน และปฏิบัติได้จริงตามที่กำหนด เปรียบดังรถยนต์ที่มีอุปกรณ์และน้ำมันพร้อมวิ่ง
2. **Risk avoidance** (ไม่แส่หาเรื่อง) (CPG&PFR&MR&BSM) หลีกเลี่ยงความเสี่ยง ทำตามแนวปฏิบัติ ให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เปรียบดังรถยนต์ที่มีความพร้อม แต่ขับฝ่าไฟแดง

B. Reactive Management

3. **Rapid response** (เร่งรัดแก้เก็บ) (AEM)
4. **Root cause analysis** (เจ็บแล้วต้องจำ) (RCA&FMEA)
5. **Recover** (ทำให้ดีขึ้น) (CQI)



ภาพที่ 3: Adverse Event

4. **Adverse Event Principles** (ภาพที่ 3) กรณีเกิดเรื่องผิดพลาด (Adverse Event) ผู้ป่วย (First Party) ผู้ให้การรักษายาบาล (Second Party) มีหลักฐานการรักษายาบาลชัดเจน (Recorded Treatment) หลักการบริหารต้องให้ผู้เชี่ยวชาญ (Third Party) ในเรื่องนั้นๆ เข้ามาตรวจสอบหลักฐานการรักษาและรับฟังจากผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา กรณีรักษายาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน (Standard) ขั้นตอนการรักษายาบาล จะถือว่าเป็นเรื่องสุจริต แต่หากไม่เป็นไปตามขั้นตอนการรักษายาบาล จะถือว่าเป็นความประมาท เลินเล่อ กรณีมีการขึ้นศาล ศาลจะนำข้อมูลมาจากหลักฐานการรักษายาบาล (Recorded Treatment) มาพิจารณาเช่นเดียวกัน

Adverse Event Findings การตัดสินใจความผิดพลาด

1. **Beyond Powers** (No Wrong Doing) ไม่มีความผิด เกิดจากเรื่องสุจริต
 - Proof of standard care given

- Demonstration of standard of care
- Objective proof of standard care given

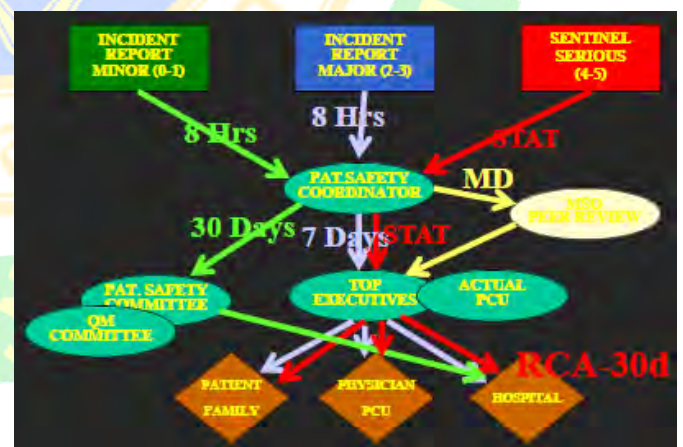
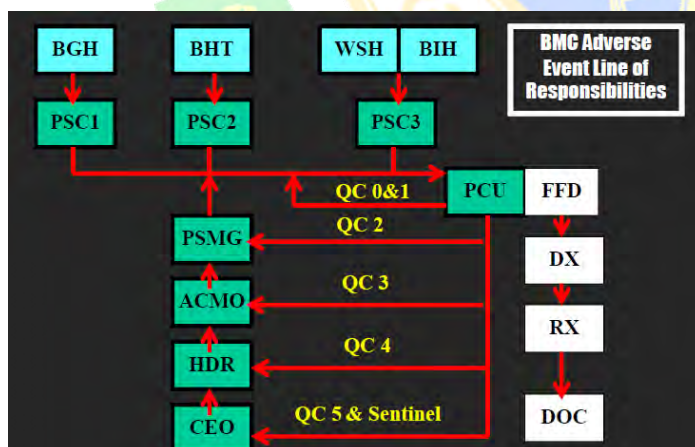
Objective Proof = Medical Record

2. Negligence (Wrong Doing) มีความผิด เกิดจากความประมาท

- Cannot proof of standard care given: Not done, Not records

Adverse Event Levels of Concern

- No Quality Concern
- Near Missed Events 0
- No Harm Events 1
- Adverse Events
 - Mild Adverse Events 2
 - Moderate Adverse Events 3
 - Serious Adverse Events 4
 - Reputation Events 5
 - JCI Sentinel Events SE



ภาพที่ 4-5: BMC Adverse Event Line of Responsibilities

หลักการรายงาน ในการเกิดเรื่องผิดพลาด แต่ละหน่วยจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ หากเป็น Near Missed Events (ทำผิดพลาดแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย เช่น สั่งยาแอสไพรินให้ผู้ป่วยที่แพ้ แต่ตรวจพบก่อนที่จะให้ยาผู้ป่วย) หรือ No Harm Events (ผู้ป่วยแพ้ยาแอสไพริน แล้วได้รับยาไปรับประทานแต่ไม่เกิดอาการแพ้)

สามารถดำเนินแก้ไขได้ทันที และทุกครั้งต้องมีการเก็บบันทึกข้อมูล กรณี Adverse Events (ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแพ้) Mild Adverse Events (มีอาการแพ้ ให้อาการแพ้ ให้อาการแพ้ ให้อาการแพ้) หรือ Moderate Adverse Events (มีอาการแพ้ ถึงขั้นเข้าโรงพยาบาล) ต้องประชุมทุกสัปดาห์เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด แต่หากเป็นกรณี Serious Adverse Events (มีอาการแพ้ ถึงขั้นเข้าไอซียู) หรือ Reputation Events (ผู้ป่วยฟ้องร้อง) ภายในหนึ่งชั่วโมงจะต้องรีบดำเนินการ ผู้บริหารระดับสูงจะต้องปรึกษากัน และหากเกี่ยวข้องกับแพทย์ ตัวแทนแพทย์ต้องปรึกษา และแยกไปปรึกษากับองค์กรแพทย์

Complaint Staging

1. Patient Care Unit: Start complaining
2. Hospital-wide – Controllable
 - 2.1 Complain to manager
 - 2.2 Complain to administrator
3. Outside Hospital – Controllable
 - 3.1 Complain to government agencies
 - 3.2 Complain to courts
4. Outside Hospital – Uncontrollable
 - 4.1 Complain to media – limited
 - 4.2 Complain to mass media

Adverse Event Management

- Collection of data – Initial Concerns
 - Occurrences & Customer Feed Backs
- Fact findings
 - First Party, Second Party & Second Opinion
- Summary findings – Final Concerns
 - Clinical, Emotional & Ethical
- Risk management
 - First Party, Second Party & Hospital Policy

5. Personal Experience จากประสบการณ์ในการทำงานที่โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นเวลา 5 ปี OPD และ IPD Visits มี Occurrence Report ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้รายงาน 1% และมีเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วย 0.1% จากนั้นจะวิเคราะห์ว่ามีปัญหาด้านคุณภาพเป็นจำนวนเท่าใด จากการเก็บข้อมูลในแต่ละปีที่ผ่านมา จะพบว่า ข้อร้องเรียนที่เกิด 88% เป็น Near Missed Events และ No Harm Events คือ ข้อร้องเรียนอยู่ที่ระดับ 0-1 ส่วนอีก 12% เป็นระดับที่ผู้ป่วยร้องเรียนและโรงพยาบาลจะต้องแก้ไขปัญหา ดังนั้นจึงเป็นระดับที่ไม่น่าตกใจ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และหลังจากทำ Risk Management Occurrence Report มีอัตราลดลง แต่เนื่องจากในช่วงปีหลัง มีกฎหมายที่รองรับให้ผู้ป่วยร้องเรียนได้มากขึ้น อัตรา Occurrence Report จึงมีเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงมีน้อยกว่า ตอนที่ไม่ได้ทำ Risk Management

จากการทำ Risk Management ทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งภายใน และภายนอกเพิ่มขึ้น และผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในต่างประเทศ จะพบว่าดีกว่า

6. Personal Points: Critical Success Factors

- Leadership persistent supports ผู้บริหารสนับสนุน
- Patient Safety Lead Team หัวหน้าทีมเก่ง มีความเชี่ยวชาญ
- Never let guard down ไม่ยอมแพ้
- Serious management ดำเนินการจริง
 - Analyze from FACTS
 - Utmost confidentiality เก็บความลับสุดยอด
 - Own the case ไม่ยอมให้ให้อาการณศึกษาไป
- Always learn from experience to improve future management

การบริหารความเสี่ยงโดยรวม คือการป้องกันและจัดการความเสี่ยงทั้งด้านรูปธรรมและนามธรรม พร้อมกันไป

การป้องกันความเสี่ยงโดยรวม คือ การรักษาตามมาตรฐาน และรักษาตามสิทธิจริยธรรม โดยมีหลักฐานพร้อมในเวชระเบียน ซึ่งปัจจุบันจะต้องเพิ่มความรับผิดชอบผลการรักษาสู่ผู้ป่วยและญาติ โดยมีการ “ร่วมรักษา” ก่อให้เกิดเข้าใจและร่วมตัดสินใจ

การจัดการความเสี่ยงโดยรวมต้องจัดการด้านรูปธรรม (ทางคลินิก) และนามธรรม (ทางศักดิ์ศรี) รวมทั้ง จัดการด้านรูปธรรม (ระบบยุติธรรม) และนามธรรม (จิตใจผู้ป่วย) พร้อมกันไป

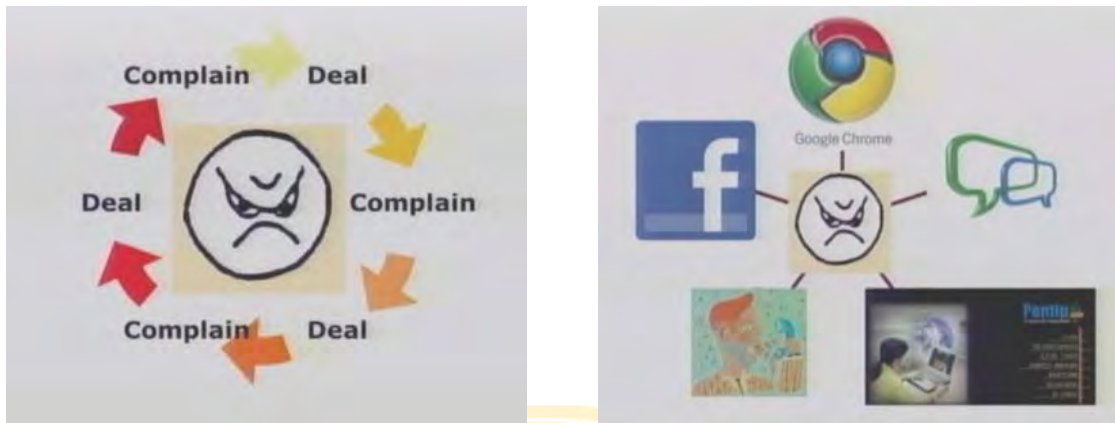
ด้านคลินิก สำเร็จ	ศักดิ์ศรี สำเร็จ	=	สำเร็จ
ด้านคลินิก ไม่สำเร็จ	ศักดิ์ศรี สำเร็จ	=	สำเร็จครึ่งต่อครึ่ง
ด้านคลินิก สำเร็จ	ศักดิ์ศรี ไม่สำเร็จ	=	เสียหาย
ด้านคลินิก ไม่สำเร็จ	ศักดิ์ศรี ไม่สำเร็จ	=	เสียหายอย่างยิ่ง

การจัดการความเสี่ยงโดยรวม นอกจากจัดการด้านรูปธรรม (ทางคลินิก) และนามธรรม (ทางศักดิ์ศรี) แล้วขณะนี้เริ่มมีการกรรโชก (ทางการเงิน) เพิ่มขึ้นอีกด้านหนึ่งด้วย

ความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยง คือ การยอมเลิกกันไปโดยไม่สรุปว่าใครถูกใครผิดในข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น (EQ Success)

นพ.พงศกร จินดาวัฒนะ Senior Director of Communication ได้กล่าวถึงประเด็นเรื่อง “Difficult Complaints ; How to negotiate?” ว่า ข้อ Complaints เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะต้องติดต่อ พูดคุยกับบุคคลมากมาย ที่หลากหลาย สิ่งที่ไม่พอใจจึงเกิดขึ้นได้เสมอ ซึ่งด้าน Health Care สามารถแบ่งข้อ Complaints ได้ดังนี้

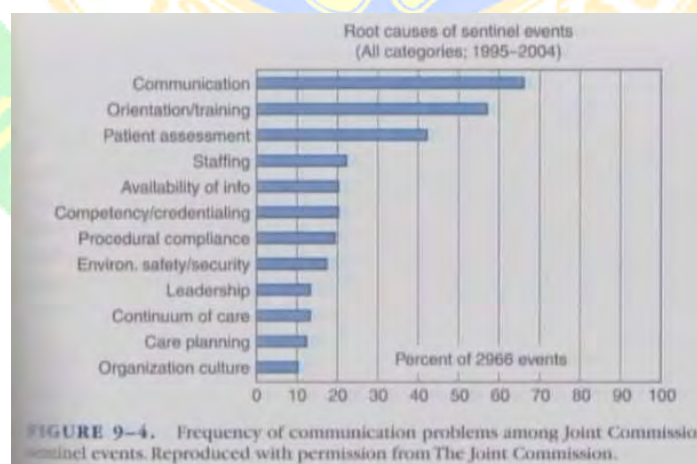
- **Unwanted** เช่น ไม่ต้องการเข้าผ่าตัด แต่ได้รับผ้าก๊อชแถม เป็นโรคความดันโลหิตแต่ได้ยารักษาโรคสีดวงทวาร
- **Unsatisfied** เช่น มาผ่าทำศัลยกรรมพลาสติกแบบหนึ่ง แต่ผลที่ได้เป็นอีกแบบ
- **Unpredictable** เช่น รอตรวจนาน ผลตรวจไม่ตรงกัน
- **Under standard** เช่น ให้รับประทานแต่ยา ไม่เคยเจาะเลือด เพื่อวิเคราะห์ผลตรวจให้ถูกต้อง
- **Unacceptable** เช่น มาทำ Lasik เพื่อให้ตาใสมองชัดเจน แต่กลับมองไม่เห็น
- **Unexpected** เช่น มาคลอดลูก แต่เสียชีวิต ทั้งภรรยาและลูก หรือค่ารักษาแพงเกินความเหมาะสม



ภาพที่ 6-7: Complaints Cycle

สิ่งที่ไม่พอใจ (Complain) เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเรามีหน้าที่ต้องจัดการ (Deal) สิ่งเหล่านั้น แต่หากดำเนินการจัดการหรือแก้ไขไปแล้ว ยังเกิดความไม่พอใจ (Complain) ก็จะต้องจัดการ (Deal) ใหม่อีกครั้ง เวียนแบบเดิมไปเรื่อยๆ ปัจจุบัน Social network ทำให้โลกเล็กลง ดังนั้น Complain จึงกระจายไปได้รวดเร็วไม่ว่าจะอยู่มุมใดของโลก จะสามารถรับรู้ได้ และสิ่งที่น่ากลัวที่สุดคือ การขึ้นหน้าหนึ่งของหนังสือพิมพ์ และการออกรายการโทรทัศน์ ซึ่งเรื่องนั้นจะเป็นปัญหาที่จะควบคุมได้ยาก และท้ายที่สุดอาจจะนำไปสู่การขึ้นศาล

Complain ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ระดับใด ส่วนใหญ่เกี่ยวเนื่องกับ Communication และ Communication สามารถช่วยได้



ภาพที่ 8: สาเหตุการเกิด Sentinel Event

จากกรณีศึกษา Study of Hickson, University of Central Florida (1994) พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์ เนื่องจาก

- 3 ใน 4 ด้วยเหตุผลอื่นมากกว่าต้องการเงิน
- 1 ใน 3 มีผู้ชักจูงหรือแนะนำให้ฟ้องคดี บุคคลที่แนะนำส่วนใหญ่คือ แพทย์ประจำครอบครัว
- 1 ใน 5 ฟ้องเพราะไม่อยากจะให้เกิดกรณีแบบนี้กับคนอื่น
- 1 ใน 5 ฟ้องคดีเพื่อบังคับให้แพทย์มาให้การในศาล เนื่องจากเป็นวิธีเดียวที่จะหาความจริงได้ว่าเกิดอะไรขึ้นระหว่างกระบวนการรักษา เพราะการขอพบแพทย์ เพื่อพูดคุยและสอบถามเหตุผลนั้นยากจาก
- 1 ใน 5 ฟ้องคดี เพราะสงสัยว่าแพทย์ปกปิดความจริง; “หมอไม่เคยบอกอะไรเราเลย ผมคิดว่าเขาจะต้องปกปิดอะไรบางอย่างไว้”

จาก Research on 1994 “Obstetricians’ Prior Malpractice Experience And Patients’ Satisfaction With Care” (JAMA 272, 1583-1587) พบว่า

- Compare patients’ opinion between of obstetricians who had had malpractice claims made against them and those who had not been sued
- Patients were most likely to complain about aspect of patient – doctor communication rather than the technical aspect of care

The most frequent complaints about doctor were that they;

- Would not listen
- Would not give information
- Show Lack of concern or Lack of respect for the patients

ทักษะการเจรจาต่อรอง

1. **Attitude** มีทัศนคติเป็นกลาง ไม่คิดว่าการเจรจาคือการทำในสิ่งที่เราต้องการ
2. **Interpersonal skills** ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี ดังนี้

2.1 Verbal การพูดจาดี สุภาพ ไม่ทำให้สถานการณ์รุนแรงกว่าเดิม รวมทั้งมี Empathic listening นั่นคือ ฟังแล้วรู้สึกตามกับผู้พูด ให้เกียรติ และเข้าใจผู้พูด

ประโยชน์ของ Empathic listening

- ทำให้เกิดความเชื่อถือ และความเคารพ
- ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
- ช่วยลดความตึงเครียด
- สร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย

- ช่วยอธิบายความคิดของบุคคล
- ช่วยแก้ปัญหา หรือความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้น

การทำ Empathic listening

- มองตาผู้พูด, มีการพยักหน้า
- ตอบสนองผู้พูด
- สรุปลความและสะท้อนกลับ
- แสดงท่าทีสนใจผู้พูด

2.2 Non-verbal การสื่อสารไม่ได้มีเพียงคำพูด แต่ควรจะมีท่าทางประกอบ เพื่อให้ผู้ฟังรู้สึก ว่าผู้พูดกำลังคุยด้วย โดยเริ่มตั้งแต่การปรากฏกาย การเคลื่อนไหว (Body language) น้ำเสียง (Voice toning) การแสดงสีหน้า และแววตา (Facial expression / Eye contact)

- Effective emotional managing
 - Stress management (การจัดการกับความเครียด)
 - Dealing with Aggression (การจัดการกับความโกรธ)
- Management Skills
 - Problem solving
 - Decision making
- Assertiveness (มีหลักการ / มีจุดยืนที่เป็นกลาง)

ตัวอย่าง Assertiveness

Assertiveness

- ☐ "ผมต้องการได้คำตอบจากผู้อำนวยความสะดวกว่าจะช่วยเหลือลูกของผมน้อยยังภายในวันศุกร์นี้ ไม่งั้นมีเรื่องแน่"
- ☐ "ผู้อำนวยความสะดวกยุ่งมากเลยนะ ท่านมีประชุมหลายเรื่องทั้งสัปดาห์ อาทิตย์หน้าก็ต้องบินไปประชุมต่างประเทศอีก เขาเป็นว่าดิฉันจะรีบติดตามให้อย่างรวดเร็วที่สุดเลยนะ"
- ☐ "คงเป็นไปได้หรอกนะ เรื่องของคุณต้องรอไปตามระบบกว่าจะได้คำตอบคงเป็นเดือนหน้าโน้นเลย"

Assertiveness

- ☐ "ผมต้องการได้คำตอบจากผู้อำนวยความสะดวกว่าจะช่วยเหลือลูกของผมน้อยยังภายในวันศุกร์นี้ ไม่งั้นมีเรื่องแน่"
- ☐ "ดิฉันเข้าใจว่าคุณกำลังไม่พอใจและต้องการทราบคำตอบโดยเร็ว ต้องขอโทษจริงๆที่เราไม่สามารถให้คำตอบคุณได้ภายในเวลาที่ต้องการ ท่านผู้อำนวยความสะดวกประชุมวันพรุ่งนี้ ดิฉันจะได้พบท่านอีกครั้งในวันจันทร์ ดิฉันจะนำเรื่องของคุณไปปรึกษาท่านในวันจันทร์ที่ ๑๗ นี้ค่ะ เมื่อได้ข้อสรุปแล้วจะแจ้งให้ทราบทันที"

3. Knowledge ความรู้เพื่อการเจรจา หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ที่ผู้ฟังไม่รู้ ศึกษาวัฒนธรรมของอีกฝ่าย

- Barrier to Effective Communication
 - Jargon, over-complicated or unfamiliar terms.
 - Emotional barriers – โกรธ / เศร้า / เสียใจ
 - Lack of attention, interest, distraction.
 - Differences in perception and viewpoint.
 - Physical disabilities such as hearing problems or speech difficulties.
 - Physical barriers to non-verbal communication.
 - Language differences and the difficulty in understanding unfamiliar accents.
 - Expectations; People often hear what they expect to hear rather than what is actually said and jump to incorrect conclusions.
 - Cultural differences. The norms of social interaction vary greatly in different cultures.

4. Negotiation การเจรจา แบ่ง Types of Negotiation ได้ดังนี้

- Win – Win : ได้สิ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย
- Win – Lost : กรณีที่ก่อให้เกิดความเสียเปรียบ แต่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร จะถือว่าประสบความสำเร็จ
- Lost – Lost : เกิดความเสียเปรียบทั้งสองฝ่าย

Planning to Negotiation

1. Be clear about you objectives ผลลัพธ์ออกมาแบบใดที่จะเป็นผลดีที่สุด ข้อเสนอแบบใดที่ยอมรับได้ ข้อเสนอแบบใดที่ยอมรับไม่ได้ และต้องลองประเมินสถานการณ์ก่อนที่จะไปเจรจาว่อีกฝ่ายต้องการสิ่งใด
2. Gather all the information you need ข้อมูลถือเป็นอาวุธสำคัญในการเจรจา โดยแบ่งได้หลายกรณี เช่น ข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือความคิดเห็นที่มี
3. Understand the context of negotiation มีความเข้าใจว่าการเจรจาเป็นการทำงานร่วมกัน ผลประโยชน์ที่ได้รับไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน ไม่ได้เถียงกันจนเกิดการเจรจาที่เกินความจำเป็น

4. Plan for a smooth negotiation การเตรียมตัวก่อนเจรจา

- Before negotiation ก่อนการเจรจาต้องทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีการหาข้อมูลเกี่ยวกับคำพูดที่ควรหลีกเลี่ยง และพูดโดยไม่ให้อีกฝ่ายเสียหน้า
- During negotiation ระหว่างการเจรจา สิ่งสำคัญ คือ การฟัง และใช้ภาษานุ่มนวล สุภาพ แต่ถ้าพลังการต่อรองลง ให้เตรียมตัวถอย และนัดหมายเพื่อเจรจาใหม่
- After negotiation หลังจากเจรจา ต้องแน่ใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์

Common Mistakes in Negotiation ที่เกิดขึ้น ได้แก่

- วัตถุประสงค์ไม่ชัดเจน
- ข้อมูลไม่มากเพียงพอต่อการตอบคำถาม
- ผู้เจรจาไม่เข้าใจหลักการเจรจาที่ดี
- มั่นใจในตัวเอง ข้อมูลที่มี และข้อเสนอของตนเองมากเกินไป
- พัฒนาทักษะของตนเองเพิ่มเติม

Steps to Success in Negotiation การที่จะทำให้การเจรจาสำเร็จ จะต้องดำเนินการดังนี้

- Work out ว่า objectives คืออะไร
- ให้เวลากับตนเอง
- พยายามเข้าใจความรู้สึกอีกฝ่าย
- ไม่โกรธ มีสติ และอดทน
- บางกรณีที่เจรจา 2 คน แต่ยังหาข้อยุติไม่ได้ ควรหาบุคคลที่ 3 ซึ่งเป็นบุคคลที่คู่เจรจาทั้ง 2 คน

เกรงใจ หรือมั่นใจในการเจรจา

Useful link : <http://www.negotiationskills.com/articles.php>

รศ. นพ.ประดิษฐ์ ปัญจวิณีน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ กล่าว ขอบคุณ นพ.ชาติรี ดวงเนตร นพ.พงศกร จินดาวัฒน์ และทีมงานโรงพยาบาลกรุงเทพ ที่ทำให้เข้าใจประโยคที่ว่า “If you give more than you get then you get more than you give” มากขึ้น และขอขอบคุณที่ให้ความกรุณาต่อคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ การประชุมวิชาการในครั้งนี้ทำให้ได้เรียนรู้จากผู้ที่ปฏิบัติจริง และการเรียนรู้นี้จะนำไปประยุกต์สู่การปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จที่แท้จริง ดังปณิธานของ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่ว่า True

success is not in the learning, but in its application to the benefit of mankind และท้ายสุด
ขอขอบคุณทีมงานจัดประชุม และผู้เข้าฟังทุกท่าน

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



นพ.ชาตรี ดวงเนตร

กรรมการรองกรรมการผู้อำนวยการใหญ่

ประธานคณะผู้บริหารศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ



นพ.พงศกร จินดาวัฒนะ

Senior Director of Communication

ผู้บันทึก และถอดบทเรียน

นางสาวชลิตา มิ่งขวัญ

ผู้ตรวจสอบบทเรียน

นางสาวสมใจ เนียมหอม