

QUẢN LÝ NGUY CƠ VÀ CÁC BIẾN CỐ Y KHOA KHÔNG Ý MUỐN

Nguyễn Thị Bích Duyên
Võ Thành Liêm

1. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Phân định 4 nhóm nguyên nhân gây biến cố không mong muốn trong y khoa.
- Trình bày và nêu ví dụ 3 nhóm giải pháp xây dựng môi trường khó phạm lỗi.

2. NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1. Đặt vấn đề

Y khoa là lĩnh vực khoa học biện chứng trong đó kiến thức y học thay đổi theo trình độ của khoa học và mức độ bằng chứng của thời điểm hiện tại. Hệ quả tất yếu là trong y học luôn tồn tại những giới hạn chuyên môn. Có những bệnh lý, những trường hợp bệnh vượt quá khả năng chẩn đoán và điều trị của y học. Do vậy, điều đầu tiên mà nhân viên y tế phải được đào tạo và phải nắm vững trong chăm sóc bệnh nhân là: “không làm cho bệnh nặng thêm” (First, do no harm).

An toàn người bệnh đã trở thành một trong những thách thức lớn nhất trong lĩnh vực y tế^[5]. Tần suất và mức độ tác động của tai biến điều trị trên thế giới không được biết rõ cho đến những năm thập kỷ 90, khi mà nhiều quốc gia trên thế giới công bố số lượng lớn bệnh nhân bị nguy hiểm do các tai biến điều trị gây ra, ước tính cứ 10 bệnh nhân nhập viện thì có 1 bệnh nhân bị tai biến điều trị^[5]. Gánh nặng về mặt kinh tế của việc chăm sóc y khoa không an toàn cũng rất đáng báo động. Các nghiên cứu cho thấy chi phí phụ trội gây ra do các tai biến y khoa bao gồm chi phí nằm viện lâu hơn, mất thu nhập, mất sức lao động... vào khoảng 6 đến 29 tỉ đô la Mỹ mỗi năm^[5]

Trong những năm gần đây, ngày càng nhiều báo cáo nghiên cứu tập trung mô tả, phân tích và tìm hướng can thiệp nhằm giảm thiểu sai sót không đáng có trong thực hành y khoa. Có những sai sót có thể không gây ảnh hưởng quan trọng, không được chú ý; một số khác có thể gây những hậu quả nghiêm trọng thậm chí ảnh hưởng đến tiên lượng sống còn của người được chăm sóc (ví dụ như dùng thuốc cản quang trong chụp CT não, hoặc chỉ định gây mê trên bệnh nhân có tiền căn dị ứng với thuốc gây mê, suy thận sau chụp cản quang động mạch vành). Việc can thiệp phòng ngừa biến chứng y khoa hiện nay được giới thiệu trong một phạm trù mới, đó là “dự phòng cấp IV”. Có thể nói, với vai trò là người chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của người bệnh, bác sĩ gia đình là người tham gia trực tiếp và thường trực trong dự phòng cấp IV nhiều hơn so với các chuyên ngành chuyên sâu khác.

Theo tác giả Kohn LT trong bài tổng quan về các nguy cơ tai biến lâm sàng: sai sót kỹ thuật (technical incompetence) chiếm 44%, sai sót về chẩn đoán chiếm 14%, thất bại trong việc phòng ngừa biến chứng chiếm 12% và sai sót trong kê toa chiếm 10%^{[2],[4]}.

2.2. Phân loại biến cố y khoa không mong muốn

Thông thường, khi đứng trước một diễn biến lâm sàng bất thường, chúng ta cần phân biệt các loại tai biến y khoa:

- Diễn biến của bệnh: ví dụ như trường hợp bệnh nhân sốt xuất huyết có thể sẽ diễn tiến xấu vào ngày thứ 4-5 của bệnh. Nếu sốt có xảy ra, diễn tiến này không thể dự đoán, và hầu như không liên đới trực tiếp đến phương pháp điều trị trước đó. Ví dụ

khác như trong diễn tiến điều trị của viêm nhiễm cấp hô hấp trên có thể xuất hiện viêm tai giữa. Hoặc trong trường hợp bệnh nhân đang điều trị COPD ổn định tại cộng đồng thì xuất hiện đợt bệnh viêm phổi gây suy hô hấp cấp.

- Tác dụng phụ của bản thân phương pháp điều trị: bao gồm tất cả các hậu quả liên đới đến can thiệp liên quan đến bệnh nhân: nhiễm trùng bệnh viện đối với quyết định chỉ định nhập viện trong trường hợp không cần thiết; dị ứng thuốc cản quang trong chụp CT (cận lâm sàng); nguy cơ dính ruột sau phẫu thuật vùng bụng (can thiệp ngoại khoa); tác dụng tăng nhịp tim của thuốc Nifedipine (can thiệp nội khoa).
- Sai sót trong điều trị: các trường hợp chẩn đoán không chính xác, tầm soát không ra bệnh, điều trị không phù hợp với bệnh cảnh, diễn tiến nặng trong điều trị là những tình huống nằm trong nhóm này. Chỉ những sai sót là không chủ ý, mang tính khách quan mới được xếp vào nhóm này.
- Sai phạm (tất trách): điều này liên quan tất trách, thiếu trách nhiệm trong công việc dẫn đến việc ảnh hưởng sức khỏe bệnh nhân. Đặc điểm giúp phân biệt nhóm sai phạm so với nhóm sai sót điều trị là ở khía cạnh cố ý làm sai, làm trái các qui định – hướng dẫn – khuyến cáo đã có, mang tính chủ quan từ phía nhân viên y tế.

Một tai biến y khoa có thể được xếp vào nhóm này hay nhóm khác tùy thuộc vào bản chất nguyên nhân gây ra tai biến. Ví dụ trong trường hợp bệnh nhân bị chấn thương vùng đầu và có chỉ định chụp cắt lớp điện toán (CT scan) vùng đầu với chất cản quang (để phát hiện khối máu tụ xuất huyết).

- Nếu bệnh nhân diễn tiến đi vào sốc với huyết áp thấp do nguyên nhân bệnh nền có sẵn mà không liên quan đến chất cản quang thì được xếp vào nhóm I (do diễn tiến của bệnh xuất huyết não nặng).
- Nếu tình trạng tụt huyết áp này liên quan đến thuốc cản quang mà bệnh nhân chưa hề ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, qui trình được thực hiện tốt các bước thì đây là tai biến nhóm II (do tác dụng phụ của phương pháp điều trị).
- Nếu bệnh nhân đã có tiền căn dị ứng với thuốc, nhân viên y tế đã test thuốc ra kết quả âm tính nhưng thực tế khi tiến hành tiêm thuốc thật sự thì bị sốc liên quan đến chất cản quang thì đây là tai biến nhóm III (sai sót trong điều trị).
- Trong trường hợp bệnh nhân mặc dù đã có tiền căn sốc thuốc trong quá khứ, đã báo cho nhân viên y tế, bệnh nhân vẫn không được thử test da thuốc cản quang trước khi tiêm do nhân viên y tế không thực hiện đúng qui trình, bác sĩ không đánh giá chính xác về nguy cơ dị ứng với thuốc, bệnh nhân không được ký cam kết trước khi tiêm thuốc cản quang thì lỗi này lại nằm trong nhóm IV (sai phạm).

Đối với nhóm diễn tiến của bệnh và nhóm tác dụng không mong muốn của điều trị, việc phòng ngừa tai biến không phải lúc nào cũng dễ dàng tránh khỏi. Lý do là vì nó thuộc tính khách quan của chính hiện tượng (diễn tiến của bệnh tật, vai trò tương đối của điều trị). Chính do vậy, 2 nhóm này không được xem là sai sót y khoa. Để giảm thiểu các nguy cơ tai biến này, các giải pháp đưa ra bao gồm: nghiên cứu sâu về cơ chế bệnh sinh – phương pháp điều trị hiệu quả; can thiệp điều trị ngay từ giai đoạn sớm để tránh bệnh diễn tiến nặng; phòng ngừa các yếu tố nguy cơ; cập nhật kiến thức y khoa liên tục; áp dụng các tiến bộ mới nhất trong chẩn đoán và điều trị của y học; vận dụng y học thực chứng; ưu tiên sử dụng những biện pháp hiệu quả, mang lại giá trị thực cho người bệnh.

Đối với nhóm nguyên nhân sai sót và tất trách, tai biến có liên quan đến phạm trù chủ quan từ phía nhân viên y tế. Đây có thể được xem là dạng sai sót trong chuyên môn mà chúng ta cần phải giảm thiểu tối đa. Việc này đòi hỏi ở nhân viên y tế một tinh thần khoa học, cầu tiến, có trách nhiệm đối với bản thân, bệnh nhân và công việc. Vai trò của tổ chức y tế (đơn vị y tế như bệnh viện, phòng khám..) giữ vai trò, trách nhiệm nhất

định trong triển khai môi trường làm việc sao cho hạn chế các biến cố không mong muốn này.

Qua ví dụ trên, chúng ta có thể nhận thấy tính chất phức tạp khi đánh giá một tai biến y khoa. Tùy theo bối cảnh diễn ra tai biến mà kết luận có thể rất khác nhau, và hệ quả là mức độ trách nhiệm của nhân viên y tế cũng khác nhau. Do vậy, khi đứng trước một tai biến y khoa, điều quan trọng là chúng ta cần giữ thái độ khách quan, cần xem xét hiện tượng như là một kinh nghiệm cần học tập, làm cơ sở để hiệu chỉnh và cải thiện trong tương lai.

Tuy nhiên, trong thực tế, các sai sót y khoa thường bị qui trách nhiệm cho cá nhân. Hậu quả dẫn đến sự việc không được đánh giá phù hợp – không được tìm hiểu thấu đáo; các khía cạnh của vấn đề không được đưa ra phân tích. Do vậy, khó có thể hiểu đúng và không đưa ra giải pháp chính xác, khắc phục hậu quả căn cơ, không góp phần phòng tránh biến cố mới trong tương lai.

Chính từ thực tế đó, cần có cách nhìn mới đối các biến cố không mong muốn trong y khoa. Cần tách bạch giữa các nhóm tình huống. Cần nắm bắt được mấu chốt vấn đề đã gây nảy sinh biến cố.

Trong đa số các trường hợp, cho dù một cá nhân hay một nhóm người phạm lỗi thì nguyên nhân cơ bản thường là do qui trình hoạt động của đơn vị. Theo y văn, sai sót y khoa xảy ra do bất cẩn cá nhân ít hơn là do cách tổ chức của hệ thống y tế^[2]. Để giải quyết vấn đề này, chúng ta cần xây dựng một hệ thống y tế, qui trình hoạt động trong đó “làm đúng” thì dễ hơn là “làm sai”.

2.3. Biện pháp can thiệp

2.3.1. Phân biệt nhóm nguyên nhân cụ thể

Đối với 2 nhóm nguyên nhân đầu, vấn đề liên quan đến hạn chế của khoa học kỹ thuật, của nền y học tại thời điểm hiện tại chưa giải quyết tốt vấn đề sức khỏe. Việc đẩy mạnh nghiên cứu khoa học, cập nhật nhanh chóng các tiến bộ y học, kết quả nghiên cứu, khuyến cáo giúp chúng ta hạn chế được nguy cơ xuất hiện biến cố y khoa không mong muốn.

Đối với nhóm nguyên nhân sai sót, nguy cơ xuất hiện biến cố không mong muốn diễn ra tuân theo qui luật ngẫu nhiên của thống kê (giống như việc sử dụng máy photocopy để photo giấy, khả năng chống lỗi của máy là 1/1000. Điều này có nghĩa là trong 1000 lần in thì sẽ có 1 lần giấy bị in lỗi). Đặc điểm này cũng tương tự đối với các ngành khoa học khác. Do vậy không nên chỉ tập trung quá nhiều vào trừng phạt cá nhân liên quan đến biến cố. Không phải nhân viên nào cũng muốn phạm lỗi nhất là đối với nhóm nguyên nhân sai sót. Do đó giải pháp sẽ không hiệu quả nếu chỉ xử lý trên cá nhân. Phần trách nhiệm của hệ thống- cách tổ chức công việc nơi xảy ra tai biến cũng cần xem xét. Câu hỏi nên đặt ra là việc tổ chức công việc đã tối ưu hóa chưa trong việc ngăn ngừa sai sót. Để trả lời câu hỏi này cần phải có bước tiếp cận một cách hệ thống như phương pháp phân tích biến cố quan trọng (Significant Events Analysis - SEA, được giới thiệu ở bài riêng).

Đối với nhóm nguyên nhân sai phạm, vấn đề mang tính chất chủ quan và liên đới trực tiếp đến chính cá nhân tham gia gây ra biến cố y khoa không mong muốn. Việc tiếp cận giải quyết những trường hợp này cần chuyên biệt. Người sai phạm phải tự nhận thức được mức độ trách nhiệm cá nhân đối với sức khỏe bệnh nhân. Đơn vị công tác cần giữ vai trò hỗ trợ, nâng đỡ, tạo điều kiện khắc phục hậu quả.

2.3.2. Xây dựng môi trường làm việc khó phạm lỗi

Đối với các sai phạm, việc này liên quan đến chính sự thiếu ý thức, thiếu trách nhiệm trong công tác của bản thân nhân viên y tế, do vậy cần lên án. Đối với các tình huống khác, chiến lược phù hợp là phải triển khai qui trình làm việc giúp nhân viên y tế thực hiện tốt chức năng mà vẫn đảm bảo hạn chế tối đa sai sót.

Với cách can thiệp hướng hệ thống, việc phòng ngừa lỗi không phải tập trung vào cá nhân cụ thể, mà bằng cách thiết kế lại hệ thống công việc để việc phạm lỗi khó xảy ra hơn. Người nhân viên y tế được đặt trong môi trường công tác khoa học, chuyên nghiệp và hiệu quả. Với việc áp dụng bệnh án điện tử trong y khoa, công việc của người nhân viên y tế ngày càng được hướng đến chuẩn hóa, góp phần hạn chế rất nhiều các sai sót trong xuyên suốt quá trình chăm sóc điều trị bệnh nhân. Có thể nói **“Phòng ngừa lỗi không phải bằng cách tạo ra những con người tốt hơn, mà bằng cách thiết kế lại hệ thống để việc phạm lỗi khó xảy ra hơn”**.

Ba biện pháp chính được đề ra để giúp hệ thống an toàn hơn, bao gồm 3 nhóm giải pháp chính:

- Ngăn ngừa (thiết kế hệ thống ngăn ngừa sai sót): sử dụng bảng kiểm (check list) chuyên biệt đối với từng mặt bệnh, hộp thuốc có nắp đậy chuyên biệt phòng ngừa dùng thuốc vô ý cho trẻ em ...



Hình 2.1: Hình hệ thống đầu ra của các loại khí nén và khí hút dùng trong y khoa. Chú ý vùng đầu cắm với các chốt khóa chuyên biệt. Điều này giúp tránh sử dụng sai đầu khí. Chỉ có giác cắm tương ứng mới có thể cắm vào được.

- Phát hiện (xây dựng tiến trình trong đó dễ dàng phát hiện sai sót nếu có xảy ra): sử dụng chương trình bệnh án điện tử với cảnh báo tương tác thuốc, cảnh báo lâm sàng đối với các dấu chứng nguy hiểm, tạo đường dây nóng để bệnh nhân-thân nhân có thể phản hồi ý kiến thuận lợi nhất, áp dụng 5 kiểm tra – 3 đối chứng trong công tác điều dưỡng... (xem thêm bài “phân tích sự kiện quan trọng để có thêm dẫn chứng”).
- Can thiệp (thiết kế quy trình làm giảm ảnh hưởng của sai sót nếu nó xảy ra trong trường hợp không thể phát hiện hoặc ngăn ngừa được): yêu cầu tái khám để kiểm tra và hiệu chỉnh chỉ định điều trị hiện tại; thiết lập đường dây nóng gặp trực tiếp bác sĩ điều trị một khi có diễn tiến bất thường, qui trình xử trí trong trường hợp sốc thuốc, dị ứng thuốc; diễn tập xử trí hồi sức cơ bản; diễn tập phòng ngừa cháy nổ...

2.3.3. Xây dựng văn hóa mới về an toàn người bệnh

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), có thể định nghĩa đơn giản “An toàn người bệnh là việc ngăn ngừa các sai sót và sự cố có liên quan đến chăm sóc y tế, xảy ra cho người bệnh”^[6]. Còn theo Cơ quan chất lượng và nghiên cứu sức khỏe Hoa kỳ (AHRQ) thì: “Một cách cơ bản, an toàn người bệnh là việc không gặp phải những tổn thương không mong muốn, có thể phòng ngừa được gây ra do chăm sóc y khoa. Những biện pháp can thiệp

nhằm cải tiến an toàn người bệnh là những biện pháp giúp giảm tần suất các sự cố có thể ngăn ngừa được”^[3].

Vấn đề an toàn người bệnh được là một mắt xích không thể thiếu nhằm hạn chế tai biến – biến chứng, đảm bảo chất lượng điều trị, trực tiếp góp phần nâng cao sự hài lòng của người bệnh. Do vậy, tại nhiều nước có nền y tế phát triển đã có những chính sách – giải pháp can thiệp nhằm cải thiện vấn đề này^[5]. Một số giải pháp có thể áp dụng:

- Tổ chức tập huấn – thảo luận – hướng dẫn làm thay đổi nhận định của nhân viên y tế về khía cạnh an toàn người bệnh theo chiều hướng tích cực.
- Lồng ghép các hoạt động sáng kiến cải tiến nâng cao an toàn người bệnh vào kết hoạch đánh giá chất lượng hằng năm của đơn vị.
- Ghi nhận - đánh giá – phân tích một cách hệ thống và liên tục các biến cố không mong muốn xảy ra trong đơn vị, từ đó đề xuất giải pháp tối ưu hệ thống, phòng ngừa biến cố trong tương lai.
- Khuyến khích hoạt động báo cáo sự cố tự nguyện trong đơn vị thông qua nhiều hình thức khác nhau.
- Xây dựng và công bố rộng rãi qui trình xử trí giảm thiểu hậu quả một khi biến cố không mong muốn xảy ra trong đơn vị. Trong đó, qui trình tập trung ưu tiên bảo vệ sức khỏe người bệnh và nhân viên y tế, không đặt nặng vấn đề trừng phạt.
- Xây dựng đơn vị chuyên trách giúp ghi nhận và phát triển các giải pháp về an toàn người bệnh.
- Ban giám đốc tiếp nhận và giải quyết các sai sót – sai phạm một cách cởi mở, tích cực, hướng giải pháp hệ thống hơn là trừng phạt cá nhân cụ thể.
- Đẩy mạnh áp dụng tiến bộ khoa học trong chẩn đoán và điều trị. Khuyến khích áp dụng y học chứng cứ vào trong chăm sóc bệnh nhân, ưu tiên áp dụng giải pháp có hiệu quả thật chuyên biệt cho từng trường hợp (patient centred care).
- Khuyến khích nhân viên tham gia đào tạo liên tục. Tổ chức tập huấn – cập nhật kiến thức – qui trình chuyên môn
- Tham quan học tập các đơn vị triển khai thành công – điển hình về văn hóa an toàn người bệnh. Tham gia báo cáo – trao đổi kinh nghiệm quản lý xử trí biến cố - biến chứng.

2.4. Nạn nhân thứ 2 của sai sót y khoa

Một khi tai biến y khoa xuất hiện, người bị hậu quả đầu tiên là bệnh nhân. Tuy nhiên, đối tượng thứ 2 cũng bị ảnh hưởng cả về thể chất lẫn tinh thần lại là nhân viên y tế, cả người trực tiếp và gián tiếp gây ra tai biến. Cảm giác mặc cảm, có lỗi đè nặng lên vai nhân viên y tế. Thường không ai đề cập đến khía cạnh này, mọi quan tâm chỉ tập trung vào khía cạnh chuyên môn y khoa hơn là cảm xúc của những người liên quan. Khi đánh giá rộng ra, nhìn ở khía cạnh tổng thể, chúng ta sẽ dễ dàng ghi nhận rằng người nhân viên y tế với mặc cảm sai sót sẽ không thể làm tốt công việc sau đó, dễ dàng mắc các sai sót khác trên những bệnh nhân khác.

Do vậy, vai trò của tổ chức là cần định danh rõ tai biến y khoa thuộc nhóm nào? chủ quan hay khách quan? vai trò-mức độ trách nhiệm của cá nhân - tập thể - đơn vị như thế nào trong việc xảy ra tai biến... Điều này là quan trọng để kiểm chế các cảm xúc không phù hợp, góp phần đưa người nhân viên y tế trở lại với công việc trong thời gian sớm nhất, đạt hiệu quả cao nhất, tránh hậu quả tiêu cực không cần thiết. Một lần nữa, vai trò của tổ chức là quan trọng. Bản thân người nhân viên y tế cũng cần nắm rõ bản chất sự việc của tai biến y khoa để có hành động phù hợp.

Bảng 1: đặc điểm của mô hình quản lý nguy cơ trong môi trường y tế

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Ghi nhận một cách hệ thống tất cả các sai sót-sai phạm, thiệt hại, nguy cơ thiệt hại nếu có (tai nạn nhưng chưa có thiệt hại).- Định danh trước các vấn đề.- Theo dõi một cách hệ thống các tiến trình chuyên môn.- Ghi nhận các tiến trình có tính chất ngoại lệ.- Phân tích các biến đổi từ đó đề xuất thay đổi qui trình.- Phân tích một cách hệ thống và hiệu chỉnh.- Tìm kiếm nguyên nhân gốc của vấn đề.- Thu thập các dữ kiện có thể rút kinh nghiệm, học tập.- Thừa nhận tác động của các yếu tố con người. |
|---|

2.5. Kết luận

Sai sót y khoa có thể được giảm thiểu bằng cách tạo ra một môi trường làm việc trong đó “làm đúng thì dễ hơn làm sai” vì y văn đã chỉ ra rằng, lỗi không chỉ của cá nhân mà còn xuất phát từ qui trình làm việc của đơn vị nơi cá nhân công tác. Từ các đánh giá một cách hệ thống về các biến chứng – sai sót, đơn vị y tế có thể phát hiện các khía cạnh chưa hoàn thiện cần can thiệp của qui trình công việc, nâng cao chất lượng phục vụ của đơn vị, cải thiện công tác quản lý.

3. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anderson K., Allan D., Finucane P. (2000). "Complaints concerning the hospital care of elderly patients: a 12-month study of one hospital's experience". *Age Ageing*;29:409-12.
2. Misson J. C. (2001). "A review of clinical risk management". *J Qual Clin Pract*;21:131-4.
3. Glossary. Patient Safety Network,. at <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx?indexLetter=P.>)
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000). "To Err Is Human: Building a Safer Health System". Washington: National Academy Press.
5. World Health Organization (2008). "Better Knowledge for Safer Care".
6. Patient Safety. Regional Office for Europe, 2015. 2016, at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety.>)

4. BÀI ĐỌC THÊM

LƯỢC DỊCH BÁO CÁO NGHIÊN CỨU: “CÁC KHIẾU NẠI CỦA BỆNH NHÂN TRONG VÒNG 30 THÁNG TẠI MỘT BỆNH VIỆN LỚN CỦA ÚC” CỦA KATHYRN ANDERSON (2001)^[1]

Tất cả các cá nhân hay tổ chức cung cấp các dịch vụ (bao gồm ngành y tế) đều phải đối mặt với các lời khiếu nại. Người dân ngày càng được trang bị nhiều kiến thức hơn, có nhận thức cụ thể hơn về các quyền lợi của họ, do vậy các khiếu nại về chất lượng điều trị ngày càng tăng. Cụ thể là số các khiếu nại gửi về hội đồng bác sĩ tổng quát của nước Anh liên quan đến bác sĩ tăng gấp ba trong giai đoạn từ năm 1993 đến 1998⁽³⁾. Theo số liệu

thống kê của bệnh viện Flinders Medical Centre (nước Úc), số lượng khiếu nại về chất lượng chăm sóc bệnh nhân đã tăng từ số 200 trong 1989 lên trên 500 trong 1999. (*Bệnh viện Nhân Dân 115 cũng chứng kiến xu hướng chung này, số lượng đơn khiếu kiện ngày càng tăng, hình thức và nội dung khiếu kiện ngày càng cụ thể. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có con số thống kê tổng hợp*).

Các khiếu nại về chất lượng chăm sóc bệnh nhân gây ra nhiều hệ lụy. Nhân viên y tế thường phải tiếp nhận phàn nàn trong một tư thế bị động. Khiếu nại này có thể gây những hậu quả nặng nề cho bản thân người làm cũng như đơn vị chủ quản (bệnh viện, khoa)^(5,6). Hơn nữa, sự lo sợ về các khiếu nại và khiếu kiện đưa đến việc nhân viên y tế đề phòng quá mức – “y học tự vệ” (practice of defensive medicine) với việc lạm dụng xét nghiệm cận lâm sàng, khám nghiệm xâm lấn. Hậu quả là các nguồn lực không được sử dụng hiệu quả⁽⁷⁻⁹⁾. Tuy nhiên, nếu vận dụng hiệu quả, các khiếu nại có thể được coi là công cụ trong việc cải thiện chất lượng, theo dõi và đánh giá công việc⁽¹⁰⁾.

Kết quả của nghiên cứu Kathryn Anderson (2001), bệnh viện Flinders Medical Centre có tần suất khiếu nại là 1,12 cho mỗi 1000 lần thăm khám. Tác giả nhận thấy rằng chỉ số này có hạn chế, không thể hiện được sự hài lòng của bệnh nhân. Nhiều bệnh nhân có bất bình với chất lượng chăm sóc nhưng lại không khiếu nại. Bối cảnh của khiếu nại cung cấp nhiều thông tin quan trọng, cho thấy lý do vì sao người bệnh trở nên bất bình. Tìm hiểu các yếu tố này không những củng cố sự hài lòng của người bệnh, bên cạnh đó có thể cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

Tác giả Kathryn cũng cho thấy hơn 50% các khiếu nại đều liên quan đến giao tiếp kém. Các trường hợp này đều có thể tránh khỏi bằng lời giải thích (chiếm 75%) và/hoặc biên bản trả lời (thêm 22% nữa) phù hợp, đây là những điểm quan trọng cần chú ý. Ngược lại, mức độ bất bình về lời giải thích ban đầu chủ yếu liên quan đến lượng thông tin cung cấp, sự minh bạch và chính xác của lời giải thích, cũng như cách thức trả lời của nhân viên y tế⁽¹⁴⁾. Chiến lược phù hợp là phải tổ chức các khóa huấn luyện về kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế, trong đó có việc giảng dạy kỹ năng này ngay từ thời sinh viên như một số trường đại học đang thực hiện⁽¹¹⁾. Tác giả nhấn mạnh việc huấn luyện trực tiếp kỹ năng giao tiếp trong đánh giá chất lượng nhân viên y tế (hiện còn chưa được sự quan tâm đúng mức).

Tuy nhiên nghiên cứu này không chỉ ra rõ các yếu tố thúc đẩy việc khiếu nại. Các số liệu khác của nước Úc ghi nhận rằng khi bệnh nhân khiếu nại bác sĩ, họ chỉ nhằm mục đích cải thiện chất lượng phục vụ hơn là chỉ trích người bác sĩ⁽¹³⁾. Một nghiên cứu khác của nước Anh cho thấy, các phàn nàn chỉ nhằm tăng chất lượng chăm sóc, nhằm có lời giải thích phù hợp, có đền bù hoặc có trách nhiệm liên đới⁽¹⁴⁾.

Đặc điểm của người khiếu nại cũng mang nhiều đặc điểm chuyên biệt. Trong nghiên cứu của Kathryn, 62% lời phàn nàn là do người thân làm hơn là do chính bản thân người bệnh. Điều này càng cụ thể hơn đối với nhóm bệnh nhân nhi và bệnh nhân lớn tuổi. Đặc biệt là ở những bệnh nhân lớn tuổi, chúng tôi chủ yếu ghi nhận đơn khiếu nại từ người thân của họ là phụ nữ⁽¹⁵⁾. Một số nghiên cứu khác cho thấy các phụ nữ trẻ tuổi, có trình độ thường là người khởi xướng khiếu nại⁽¹⁶⁾. Ngạc nhiên là trong nghiên cứu của chúng tôi, người khởi kiện là nhân viên y tế chiếm 10% các trường hợp. Mặc dù có nhiều tranh cãi xung quanh chỉ số này, có thể rằng nhân viên y tế đã tin tưởng vào vai trò của “hội đồng bảo vệ quyền lợi người tiêu dùng” để gởi phản ánh các thiếu sót trong chăm sóc bệnh nhân.

Nhiều bệnh viện đã không ghi nhận hoặc không muốn công bố các thông tin liên quan đến việc khiếu nại của người bệnh, điều này gây khó khăn trong việc so sánh, tập trung số liệu. Tóm lại, chúng tôi khẳng định khả năng xem các khiếu nại – khiếu kiện như là công cụ để cải thiện chất lượng phục vụ.

Các tham khảo sử dụng trong bài dịch

- 1 South Australian Health Commission and Commonwealth Department of Human Services and Health. Your Rights and Responsibilities: a Charter for South Australian Public Health Consumers. South Australian Health Commission, Adelaide, 1996.
- 2 Department of Health. The Patients' Charter: a Charter for Health. HMSO, Edinburgh, 1991.
- 3 Beecham L. Patients' complaints. GMC could do better. BMJ 1999; 319: 1022.
- 4 Cooper CL, Rout U & Faragher B. Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. BMJ 1989; 298: 366–70.
- 5 Allsop J & Mulcahy L. Maintaining professional identity: doctors' response to complaints. Sociol. Health Illness 1998;20: 802–24.
- 6 Jain A & Ogden J. General practitioners' experiences of patient complaints: a qualitative study. BMJ 1999; 318: 1596–9.
- 7 Korcock M. Medicolegal hell in Texas. Can Med. Assoc. J. 1995; 153: 963–6.
- 8 Nisselle P. Angered patients and the medical profession. Changing from 'doctors orders' to 'patients choice'. Med. J. Aust. 1999; 170: 576–7.
- 9 Peabody JW, Bickel SR & Lawson JS. The Australian health care system. Are the incentives Down Under right side up? JAMA 1996; 276: 1944–50.
- 10 Douglas D & Harrison RD. Turning around patient complaints in a regional hospital. Aust. Health Rev. 1996; 19: 126–37.
- 11 Hargie O, Dickson D, Boohan M & Hughes K. A survey of communication skills training in UK Schools of Medicine: present practices and prospective proposals. Med. Educ. 1998; 32: 25–34.
- 12 Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM & Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. Med. Educ. 1999; 33: 655–68.
- 13 Patterson K. Patients' complaints about medical practice. Med. J. Aust. 1999; 171: 335–6.
- 14 Vincent C, Young M & Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 1994; 343: 1609–13.
- 15 Anderson K, Allan D & Finucane P. Complaints concerning the hospital care of elderly patients: a 12-month study of one hospital's experience. Age Ageing 2000; 29: 409–12.
- 16 Daniel AE, Burn RJ & Horarik S. Complaints about medical practice. Med. J. Aust. 1999; 170: 598–602.