

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน เพื่ออธิบายลักษณะของสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง โดยการศึกษาจากเอกสารและข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง การสัมภาษณ์รายบุคคลแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างจำนวน 6 คน และการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมองจำนวน 2 กลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบความเรียงตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ซึ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาจำนวน และร้อยละ ดังนี้

1. กลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในกลุ่มงานอายุรกรรมจำนวน 1 คน เป็นเพศชาย มีอายุ 53 ปี สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 29 ปี
2. กลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ขององค์กรพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงขององค์กรพยาบาลจำนวน 5 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมดและมีอายุระหว่าง 50 - 60 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 27 - 38 ปี

3. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลระดับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53 อายุน้อยกว่า 30 ปี มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และมีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 1 - 10 ปีมากที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และปฏิบัติงานในช่วง 11 - 20 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40

4. กลุ่มประชากรที่เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 4 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 3 คน และเป็นเพศชาย จำนวน 1 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 75 และมีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 25

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากเอกสาร และสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ร่วมกับการศึกษาโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มประชากรระดับผู้บริหารทางการแพทย์ ผู้บริหารทางการแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และการประชุมกลุ่มระดมสมองในกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ผู้ศึกษาศึกษาตามกรอบแนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนของ อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวถึงการบริหารความเสี่ยงใน 2 ลักษณะ คือ นโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง และการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ผู้ศึกษาขอเสนอผลการศึกษาดังนี้

2.1 นโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง

2.1.1 การกำหนดนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลลำพูนไม่ได้เขียนนโยบายในด้านบริหารความเสี่ยงไว้ เป็นลายลักษณ์อักษร แต่อาศัยแนวคิดการบริหารความเสี่ยงในสถานบริการสาธารณสุข แนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมาตรฐานวิชาชีพต่างๆ เป็นทิศทางสำหรับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จากการศึกษาเอกสารแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประจำปี 2554-2556 มีการกำหนดกลยุทธ์เรื่องการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์แรกในการดำเนินงาน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการบริหารจัดการความเสี่ยง (risk management committee : RMC) โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553) ซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางสำหรับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร ดังต่อไปนี้

“ถามว่ามีนโยบายกำกับชัดเจนว่าต้องทำนั้นทำนี้ไหม คิดว่าไม่มีนโยบายลักษณะนั้น เป็นการชี้ทิศทางแบบหลวมๆ แต่ไม่มีนโยบายที่เป็นลักษณะแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนอะไร ทิศทางนั้นเกิดจากการอาศัยแนวคิดการบริหารความเสี่ยงในสถานบริการสาธารณสุข แนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมาตรฐานวิชาชีพต่างๆ เหล่านี้ เป็นทิศทางสำหรับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล”

2.1.2 การรับทราบนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลลำพูนรับทราบทิศทางของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผ่านการสื่อสารจากการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ที่มีตัวแทนจากวิชาชีพต่างๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการ การประชุมแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และการประชุมคณะกรรมการทีมนำคุณภาพ ซึ่งมีหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยเข้าร่วมประชุม ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหารต่อไปนี้

“การสื่อสารเรามุ่งหวังจะสื่อสารผ่านคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งมีลักษณะเป็นกรรมการชุดใหญ่ มีตัวแทนจากวิชาชีพต่างๆ มีตัวแทนจากโชนงานต่างๆ ไม่ถึงกับระดับย่อยทุกหน่วยงาน เพื่อให้มีตัวแทนครอบคลุมและ

ถ่ายทอดทิศทางลงไป และนำไปสื่อสารผ่านที่ประชุมทีมนำคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีตัวแทนทุกหน่วยงาน เป็น 2 ทิศทางใหญ่ที่ใช้ในการสื่อสาร”

“จากการประชุมความเสี่ยงของโรงพยาบาลก็มาสื่อสารให้น้องๆฟัง ___”

“จากการประชุมแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล กรรมการบริหารความเสี่ยง ___”

“การประชุมคณะกรรมการทีมนำคุณภาพที่มีหัวหน้าดีกทุกคนเข้าประชุม ทีมความเสี่ยงก็จะมาชี้แจงตอนนั้น”

2.1.3 การสื่อสารนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า ได้มีการสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับในหน่วยงาน รับทราบทิศทางของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในช่วงเวลาของการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน ผ่านทางหัวหน้าหอผู้ป่วย และตัวแทนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และเอกสารความเสี่ยงที่ส่งมาให้หอผู้ป่วยดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

“หัวหน้าดีกจะแจ้งในที่ประชุมดีกทุกเดือน และตัวแทนของหอผู้ป่วยที่เป็นคณะกรรมการความเสี่ยง แจ้งผลการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงให้ที่ประชุมทราบทุกเดือน”

“รับทราบจากการแจ้งจากตัวแทนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ___ และตามสายบังคับบัญชาคือหัวหน้าดีก จากเอกสารเรื่องความเสี่ยงที่ส่งมาที่ดีก”

2.2 สถานการณ์การดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 โรงพยาบาลลำพูน

2.2.1 การค้นหาความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน ได้มีการค้นหาความเสี่ยงโดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยงในระหว่างปฏิบัติงาน จากการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตและประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น ในการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงมีปัญหา/อุปสรรคเรื่องการเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อย ซึ่งมีสาเหตุมาจาก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลไม่รองรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์จึงกลัวความผิดและผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และหน่วยงาน ไม่มีเวลาในการเขียนรายงานอุบัติการณ์เนื่องจากภาระ

งานมาก และไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ และปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีทักษะไม่เพียงพอในการค้นหาความเสี่ยงด้านเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหานี้ กลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีความเห็นว่าการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลควรเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ ควรมีการจดอุบัติการณ์ไว้ในสมุดก่อนบันทึกในคอมพิวเตอร์ ควรมีระบบการเขียนรายงานอุบัติการณ์ทางคอมพิวเตอร์ที่สะดวก และควรมีการทบทวนเครื่องมือตัวส่งสัญญาณอย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาขอแนะนำเสนอเป็นรายชื่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1.1 การค้นหาความเสี่ยงในระหว่างปฏิบัติงาน

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงระหว่างปฏิบัติงาน โดยการเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในตึก เพื่อค้นหาความเสี่ยง เมื่อค้นพบความเสี่ยงผู้ที่พบเหตุการณ์จะเป็นคนแก้ไขปัญหาเบื้องต้น จากนั้นจึงมาเขียนรายงานความเสี่ยง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีการสร้างแรงจูงใจในการค้นหาความเสี่ยงโดยการตั้งรางวัลสำหรับคนที่เขียนรายงานอุบัติการณ์มาก ดังตัวอย่างคำพูดของผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ดังต่อไปนี้

“ _ _ _ _ _ จะให้น้องเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมพี่เพื่อดูความเรียบร้อยและดูเรื่องความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วยไปด้วย ในส่วนตึกก็ตั้งเป้าหมายว่าทุกคนต้องค้นหาความเสี่ยงเวลาขึ้นมาปฏิบัติงาน”

“จากการปฏิบัติงาน _ _ _ _ _ มีการติดตามตรวจเช็คขณะปฏิบัติงาน เมื่อพบความเสี่ยงคนที่พบจะทำการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่พบก่อน หลังจากนั้นจึงมาเขียนรายงานความเสี่ยง”

“เวลาปฏิบัติงานถ้าเราเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยไปเจอการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง อย่างเจอเข็มบนเตียง หรือทิ้งของไม่ถูกก็จะเขียนรายงานอุบัติการณ์ _ _ _ _ _”

“มีการเพิ่มแรงจูงใจในการค้นหาความเสี่ยง เช่น การตั้งรางวัลคนเขียนรายงานเยอะ”

มีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงาน จากการศึกษาเอกสารคู่มือการปฏิบัติงานการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล มีการกำหนดแนวทางการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ คือ เจ้าหน้าที่ที่พบเหตุการณ์แจ้งผู้บังคับบัญชาตามลำดับขั้นที่

พบเหตุการณ์ เขียนรายงานอุบัติการณ์ตามแบบรายงานอุบัติการณ์ ที่ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ 1) รายละเอียดของรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ระบุ HN เหตุการณ์ ผู้รายงาน หัวหน้าหน่วยงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) การจัดประเภท ความเสี่ยง/ความรุนแรง 3) การจัดการความเสี่ยง (ระบุโดย RMT ว่า feed back or CAR or RCA) และส่งไปรายงานอุบัติการณ์ไปยังคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ในกรณีที่เป็นความเสี่ยงที่รุนแรง เช่น sentinel event ที่มีผลกระทบทางคลินิก ตั้งแต่ระดับ G, H, I หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ใช่ทางคลินิก ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ให้แจ้งทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อทำการค้นหารากของปัญหา (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลลำพูน, 2553) ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 ตั้งแต่เดือนธันวาคม เป็นต้นมา คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ปรับเปลี่ยนการเขียนรายงานอุบัติการณ์จากแบบฟอร์มกระดาษ เป็นการเขียนรายงานอุบัติการณ์ผ่านทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงดังต่อไปนี้

“เมื่อมีความเสี่ยงก็เขียนรายงานความเสี่ยง”

“น้องที่พบความเสี่ยงจะเขียนรายงานอุบัติการณ์ เมื่อก่อนจะเป็นแบบฟอร์มกระดาษ พี่ก็จะอ่านแล้วเซ็นชื่อ เพื่อส่งให้ทีมความเสี่ยงโรงพยาบาล ___”

“ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2554 จะปรับการเขียนรายงานอุบัติการณ์จากแบบฟอร์มกระดาษมาเป็นระบบคอมพิวเตอร์” (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง, 2554)

2.2.1.2 การค้นหาความเสี่ยงจากการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตและประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้ดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตและประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต ใช้วิธีการติดตามรายงานบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยทุกเดือนผ่านการประชุมของตึก เมื่อมีรายงานอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญ จะมีการหาวิธีการแก้ไข และลงมือปฏิบัติในหน่วยงาน มีการติดตามผลของการปฏิบัติในการประชุมครั้งต่อไป และการเรียนรู้ประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น ผ่านการประชุมของกลุ่มงานอายุรกรรม เพื่อให้หอผู้ป่วยอื่นได้เรียนรู้ และเฝ้าระวังการเกิด

อุบัติการณ์ซ้ำ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะนำข้อมูลมาสื่อสารให้บุคลากรทางการพยาบาลรับทราบในการประชุมประจำเดือน ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการพยาบาล ต่อไปนี้

“___แจ้งบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุกเดือน โดยให้แจ้งว่ามีจำนวนเท่าไร มีความเสี่ยงอะไรบ้างที่มีความสำคัญ ก็ให้ช่วยกันหาวิธีการแก้ไข เมื่อตกลงกันแล้วก็ให้ปฏิบัติทันที แล้วมาแจ้งผลกันในการประชุมครั้งต่อไป ดิก็ก็มีบัญชีความเสี่ยงของดิก็ที่ทุกคนสามารถเข้ามาดูข้อมูลได้”

“เราดูจากรายงานความเสี่ยงและความเสี่ยงที่สำคัญในดิก็ด้วย เช่น คนไข้จาก ER (ตึกอุบัติเหตุ) ต้องมาใส่ ET tube (ท่อช่วยหายใจ) ภายใน 1 ชั่วโมง เราก็มาทบทวนกันในดิก็ ___”

“การค้นหาความเสี่ยงก็เรียนรู้จากประสบการณ์เดิมที่เราเคยเจอเหตุการณ์แบบนี้ เช่น สมมุติเราเคยเจอคนไข้โคตดิก็ เราก็รู้ว่าเราจะป้องกันอย่างไร บางครั้งก็ได้ฟังความเสี่ยงของดิก็อื่น เราก็มามาเฝ้าระวังในดิก็ของเรา”

“บางทีมีความเสี่ยงที่รุนแรงเกิดขึ้นในดิก็อายุรกรรมด้วยกัน ใน PCT Med (กลุ่มงานอายุรกรรม) ก็จะมีการชี้แจงและให้ดิก็อื่นเฝ้าระวังในเหตุการณ์นั้นๆ ไม่ให้เกิดซ้ำที่ดิก็อื่นอีก หัวหน้าหอผู้ป่วยก็จะมาแจ้งในการประชุมดิก็ทุกเดือน”

2.2.1.3 ปัญหา/อุปสรรคของการค้นหาความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบปัญหา/อุปสรรคของการค้นหาความเสี่ยง 2 ประการได้แก่ การเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อย และบุคลากรทางการพยาบาลมีทักษะไม่เพียงพอในการค้นหาความเสี่ยงด้านเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา ตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหารที่พูดถึงปัญหาการเขียนอุบัติการณ์น้อย ดังต่อไปนี้

2.2.1.3.1 ปัญหาการเขียนอุบัติการณ์น้อย

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ว่า การเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อยนั้น เกิดจากสาเหตุหลายอย่างได้แก่ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลไม่รองรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ ภาระงานมาก และไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงาน

กลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรทางการพยาบาลเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อยเกิดจาก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ไม่รองรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์บาลจึงการกลัวความผิด กลัวมีผลกระทบ ต่อทั้งตนเองและผู้อื่น และกลัวส่งผลกระทบต่อภาพพจน์ของกลุ่มงานตนเอง ทำให้ต้องเขียน รายงานอุบัติการณ์ด้วยความระมัดระวัง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การรายงานอุบัติการณ์ก็ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก”

“ปัญหาที่ผ่านมาน้องๆ ไม่ค่อยเขียนกัน ต้องคอยกระตุ้น บางที ต้องถามหลายครั้งว่าเขียนหรือยัง ___”

“__ ระบบไม่รองรับเราว่าไม่ถือเป็นการผิดในการรายงาน__”

“ปัญหาคือแรกๆอาจมีการปกปิดเพราะกลัวความผิด”

“ปัญหาหลักซึ่งที่ไหนก็คล้ายกันคือผู้ก่อเหตุ ผู้พบเหตุและผู้ วิเคราะห์ เมื่อรายงานขึ้นไปแล้วจะเป็นความผิดของผู้ก่อเหตุหรือไม่ จะ เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ก่อเหตุกับผู้พบเหตุและผู้วิเคราะห์หรือไม่ รายงานขึ้นไปแล้วจะกลายเป็นจุดอ่อนต่อภาพพจน์ของกลุ่มงานของเรา ไหม__ เข้าใจว่าอันนี้เป็นอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์”

“มันต้องเขียนแบบระมัดระวัง ที่ว่าเขียนไม่ถูกก็จะเหมือนเรา จับผิด ก็ไม่ยอมรับความจริง เขียนความจริงไม่ค่อยได้ เวลาเจอแบบนี้เราก้ ปรับปรุงสำนวนให้ดีขึ้น”

บุคลากรทางการแพทย์บาลกล่าวในทำนองเดียวกันว่าไม่มีเวลาในการเขียน รายงานอุบัติการณ์เนื่องจากภาระงานมาก คนไข้มากก็มีความเสี่ยงมากตามมา ความเสี่ยงมีมากจน ทำให้เขียนรายงานอุบัติการณ์ได้ไม่หมด และบางครั้งตั้งใจที่จะเขียนแต่ก็ลืมเขียนจนลงเวยไป ดัง ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาอุปสรรคมันก็มีนะคะพี่ อย่างคนไข้เรามันเยอะ เรื่องของ ความผิดพลาดมันก็มีโอกาสสูง ก็มีโอกาสเยอะนะคะพี่ อย่างสมมุติว่ารับ ผู้ป่วยซัก 10 ราย บางทีก็จะลืมรับยา แล้วก็ไม่ค่อยมีเวลา check chart (ตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งการรักษาของแพทย์กับรายการยาในใบ รายการให้ยาของผู้ป่วย) มันก็จะหลุดไปทั้งฝั่งอะไรอย่างนี้นะคะ”

- “คือถ้าจะเขียนจริงๆจะเยอะมาก แค่เรื่องยาวันหนึ่งก็เยอะนะ เป็น 10 ใบ แต่คือเราเขียนไม่ได้มากขนาดนั้น อย่างเช่น ยาผิด จ่ายยาไม่ครบ ยาหาย มันก็คือความเสี่ยงหมด ไม่สามารถจะเขียนได้หมด”

“อย่างวันนั้นที่เราไม่ได้ check chart มานาน พอมา check chart __ __ หนูเจอความเสี่ยงประมาณ 7 รายการ คือ เขียนเวลายาผิด ไม่เขียนเวลาให้ ยา แต่ก็ยังไม่ได้เขียนใบความเสี่ยงสักใบเลย แล้วผ่านไปเราก็ลืมไปแล้ว ค่ะ”

“คนใช้ก็เยอะ ภาระงานก็เยอะก็เลยไม่ได้ค่อยเขียนความเสี่ยง เขียนน้อยแต่จริงๆมีเยอะ”

กลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ความเห็นเรื่องการเขียน รายงานอุบัติการณ์น้อยเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงาน อุบัติการณ์ ผู้บริหารจะต้องคอยกระตุ้นและถามบ่อยๆว่าได้เขียนรายงานอุบัติการณ์หรือยัง บุคลากรทางการแพทย์จะเลือกเขียนอุบัติการณ์ที่เป็นปัญหาสำคัญ อันตราย หรือรุนแรงเท่านั้น ยังไม่เห็น ความจำเป็นที่ต้องเขียนรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบทุกเหตุการณ์ และเมื่อมีการ ปรับเปลี่ยนระบบการเขียนรายงานมาเป็นระบบคอมพิวเตอร์ ส่งผลให้การเขียนรายงานอุบัติการณ์ ลดลง เพราะบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มี ความชำนาญในการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ในระบบ คอมพิวเตอร์ ทำให้ข้อมูลบัญชีรายงานความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ต่ำกว่าความเป็น จริง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาที่ผ่านมาน้องๆไม่ค่อยเขียนกัน ต้องคอยกระตุ้น บางทีต้อง ถามหลายครั้งว่าเขียนหรือยัง ยิ่งตอนนี้ปรับเป็นเขียนในคอมพิวเตอร์ที่ เปลี่ยนมา 2 เดือน การเขียนลดลงมาก”

“บางทีก็เจอปัญหาเยอะแยะ ความเสี่ยงเยอะแยะ แต่ว่าบางทีมัน อาจะยุ่ง บางทีก็เขียนรายงานความเสี่ยงได้ไม่หมด เขียนได้บางเรื่องใหญ่ๆ หลักๆ”

“เราเลือกเขียนเฉพาะที่มันเป็นปัญหาสำคัญ อันตราย หรือรุนแรง เรื่องเล็กน้อยเนี่ยเราจะไม่ค่อยเขียน”

“__ __ แต่พอมีระบบ IT ทำให้อาจเขียนน้อยลงเพราะยังไม่ค่อย คล่อง”



- 2.2.1.3.2 ปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ขาดมีทักษะไม่เพียงพอในการค้นหา

ความเสี่ยงด้านเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา

กลุ่มผู้บริหารมีความเห็นว่า การค้นหาความเสี่ยงโดยเฉพาะความเสี่ยงด้านการดูแลรักษานั้น บุคลากรทางการแพทย์ขาดยังไม่สามารถค้นหาความเสี่ยงจากเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาได้ เนื่องจากผู้ที่จะระบุว่ามีความเสี่ยงด้านการดูแลรักษานั้น ต้องมีองค์ความรู้และทักษะ รวมถึงความตระหนักในการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา บางครั้งซ้อนทับอยู่กับภาวะที่เป็นไปตามพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร ต่อไปนี้

“...ถ้าเป็นอุบัติการณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการดูแลรักษาแล้วนั้น บางครั้งซ้อนทับอยู่กับภาวะที่เป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค ซึ่งถ้าเราขาดความตระหนัก ต่อให้เราตั้งใจที่จะรายงาน หรือขาดความรู้และทักษะบางทีเราก็ไม่รู้ว่ามีหลายต่อหลายอย่างซึ่งเราคิดว่าเป็นกระบวนการตามปกติ จริงๆแล้วเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงหรือเป็นผลจากความเสี่ยง หรือเป็นผลจากความผิดพลาด”

2.2.1.4 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหามาจากการค้นหาความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า จากการศึกษาปัญหา/อุปสรรคของการค้นหาความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคของการค้นหาความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

2.2.1.4.1 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลควรเปิดใจ

ยอมรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหาย เมื่อรายงานอุบัติการณ์ขึ้นไป จะถือเป็นความผิด ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกเครียดและไม่อยากเขียนรายงานอุบัติการณ์ เพราะกลัวผลกระทบต่อตนเอง จึงเสนอให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลควรเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ และหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่ควรลงโทษเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ต่อไปนี้

- “ปัญหาอุปสรรคเรื่องระบบไม่รองรับเราว่าไม่ถือเป็นความผิดในการรายงาน ผลสุดท้ายระบบไม่สามารถรองรับเราได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติเครียด หดหู่ ท้อถอย เบื่อ ไม่อยากทำ ข้อเสนอแนะคือระบบต้องเปิดใจ บุคลากรบางคนยังไม่เปิดใจถึงแม้ผู้อำนวยการจะเปิดใจ แต่สุดท้ายคนที่ผิดพลาดจะต้องรับผิดชอบคนเดียว”

“หัวหน้าศึกจึงมีบทบาทเยอะ ถ้าหัวหน้ามีการลงโทษเมื่อเกิดความเสียหายจะทำให้ไม่มีการเขียนรายงานความเสี่ยง”

2.2.1.4.2 ควรมีการจัดบันทึกอุบัติการณ์ไว้ในสมุดก่อนบันทึกในคอมพิวเตอร์

ผลการศึกษาพบว่า จากภาระงานที่มากทำให้บุคลากรทางการแพทย์ขาด ไม่มีเวลาในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ และจะเลือกเขียนเฉพาะอุบัติการณ์ที่สำคัญนั้น กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เสนอให้ใช้วิธีการจกรายงานอุบัติการณ์ลงในสมุดก่อน เมื่อมีเวลาว่างจึงเขียนรายงานอุบัติการณ์ในระบบคอมพิวเตอร์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตอนประชุมตกลงกันไว้ว่า จะเขียนลงสมุดก่อน แล้วก็ให้หัวหน้าศึกเซ็นรับรองก่อน แล้วค่อยพิมพ์ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เลยจะเสนอให้ทำเป็นสมุดจดไว้ก่อน ว่างๆเราค่อยมาลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่หลังอย่างนี้นะคะ”

2.2.1.4.3 ควรมีระบบการเขียนรายงานอุบัติการณ์ในคอมพิวเตอร์ที่สะดวก

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลเปลี่ยนให้มาบันทึกอุบัติการณ์ลงในระบบคอมพิวเตอร์ ทำให้ไม่สะดวกที่ต้องมานั่งพิมพ์ในหอผู้ป่วย ประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มี ความชำนาญในการบันทึกในคอมพิวเตอร์ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จึงเสนอให้มีระบบการบันทึกทางคอมพิวเตอร์ที่อยู่ใน website ที่สามารถพิมพ์อุบัติการณ์ที่บ้านได้ เนื่องจากไม่ค่อยมีเวลาเขียนบนหอผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

- “ ___ น่าจะจัดให้มีระบบการบันทึกความเสี่ยงที่อยู่บน website จะ
ได้สะดวก และกลับไปพิมพ์ที่บ้านได้ เพราะบนตึกไม่ค่อยมีเวลา และต้อง
แย่งกันใช้คอมพิวเตอร์”

“ขอทำเป็น website เลย อยู่บ้านเราก็เขียนได้”

2.2.1.4.4 ควรมีการทบทวนเครื่องมือตัวส่งสัญญาณอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหา/อุปสรรคเรื่องบุคลากรทางการพยาบาลมีทักษะ

ไม่เพียงพอในการค้นหาความเสี่ยงด้านเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษานั้น กลุ่มผู้บริหารเห็นว่า ยังไม่มีการทบทวนเครื่องมือตัวส่งสัญญาณอย่างจริงจัง ทั้งๆที่มีศักยภาพในการทบทวน ซึ่งการทบทวน trigger จะช่วยทำให้บุคลากรทางการพยาบาลเกิดความรู้ ทักษะ และเกิดความตระหนักในการค้นหาความเสี่ยงที่เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา และเป็นช่องทางในการค้นหาความเสี่ยงอีกช่องทางหนึ่ง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ในเรื่อง trigger tools ___ ไม่เคยมีการทบทวนอย่างจริงจังเลย ซึ่ง
ได้พยายามอยู่หลายปี ___ มีศักยภาพในการทบทวน ___”

“ ___ จะได้อุบัติการณ์จาก 3 ช่องทาง คือ การรายงานอุบัติการณ์
การทบทวน trigger การรายงานจากโปรแกรมคุณภาพต่างๆ”

“การทบทวนเวชระเบียนในรายการ trigger จะทำให้บุคลากร
เกิดความรู้ ความตระหนักยิ่งขึ้น ___”

2.2.2 การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้ดำเนินการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงภายในหน่วยงาน โดยดูจากบัญชีรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน กรณีที่เป็นความเสี่ยงที่รุนแรง เช่น อาจโดนร้องเรียน จะมีการรายงานตามขั้นตอนนี้ให้ผู้บังคับบัญชาระดับสูงทราบ เพื่อมาประเมินความเสี่ยง และร่วมกับหอผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา แต่ถ้าเป็นความเสี่ยงที่ไม่รุนแรง หอผู้ป่วยจะทำการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงด้วยตนเอง ค้นหาสาเหตุรากของปัญหา ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ ดังนั้นกระบวนการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 จึงประกอบไปด้วย การควบคุมความเสียหาย และการจัดทำแฟ้มบัญชีความเสี่ยงของตึก โดยการควบคุมความเสียหาย ประกอบด้วยการแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ และการวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ ปัญหา/อุปสรรคของการ

ประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง คือ ไม่มีระบบการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ และบุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะไม่เพียงพอในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ซึ่งข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ และควรให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ผู้ศึกษาขอแนะนำเสนอเป็นรายชื่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.2.1 การควบคุมความเสี่ยงหาย ประกอบด้วย การดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ และการวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ ดังนี้

2.2.2.1.1 การแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้ดำเนินการเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่พบเหตุการณ์จะเป็นผู้แก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้นทันที ในกรณีที่เกิดความเสียหายรุนแรง พยาบาลจะโทรปรึกษาแนวทางแก้ไขเหตุการณ์กับผู้บริหารทางการแพทย์ หลังจากนั้นจึงเขียนรายงานอุบัติการณ์ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ ต่อไปนี้

“เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในเวร นื่องๆจะแก้ไขปัญหาไปเลย อย่างเวลามีการคัดลอกคำสั่งแพทย์ผิด ผู้พบเหตุการณ์จะแก้ Med sheet เลย แล้วก็มาเขียนรายงาน”

“เวลาอยู่เวร ถ้าเราเจอความเสี่ยงอย่างที่ไม่เขียนเวลาให้ยาใน Med sheet หนูก็จะแก้ไขให้เลย แล้วค่อยมาเขียนความเสี่ยง”

“ถ้าความเสี่ยงรุนแรง อย่างวันนั้นคนไข้ตกเตียง หนูก็จะโทรปรึกษาหัวหน้าดีกว่าเราควรรายงานใครบ้าง ต้องรายงานหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเลยหรือเปล่า พี่เขาก็จะให้คำแนะนำมา”

2.2.1.1.2 การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีการดำเนินการประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ โดยการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาประเมินว่ามีระดับความรุนแรงระดับไหน จากการศึกษาเอกสารมีการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในคู่มือการปฏิบัติงานการบริหารความเสี่ยงออกเป็น 9 ระดับคือ A - I ในความเสี่ยงด้านคลินิก และความเสี่ยงที่ไม่ใช่ทางคลินิก แบ่ง

ออกเป็น 6 ระดับคือ 1 - 6 (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553) กรณีที่ผู้พบเหตุการณ์ประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีความรุนแรง และอาจส่งผลให้เกิดการร้องเรียน จะมีการรายงานหัวหน้าหอผู้ป่วยทันที หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงเบื้องต้น ถ้าพบว่า อาจโดนร้องเรียน หรือฟ้องร้อง หัวหน้าหอผู้ป่วยจะรายงานผู้บังคับบัญชาระดับสูงขึ้นไปทันที เพื่อขอความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา แล้วจึงเขียนรายงานอุบัติการณ์ แต่กรณีเป็นเหตุการณ์ ที่ไม่รุนแรง บุคลากรทางการแพทย์จะเขียนรายงานอุบัติการณ์ตามระบบ และเขียนระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ตามแนวทางที่ทางโรงพยาบาลได้วางไว้ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ต่อไปนี้

“กรณีร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการและเรียกค่าเสียหาย เคยเกิดขึ้น หัวหน้าตึกต้องคอยประเมินกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสร้องเรียน หัวหน้าตึกต้องเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์เบื้องต้น _ _ _ มีระบบขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงตามลำดับ จนถึงผู้อำนวยการ”

“ถ้าเป็นเรื่องอาจโดนร้องเรียน ก็จะรายงานไปที่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้า PCT Med ทางตึกก็จะได้รับความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ที่ผ่านมาก็ยังไม่มีการฟ้องร้องเกิดขึ้นในตึก”

“มีแนวทางปฏิบัติให้แล้วเราก็ประเมินตามนั้นว่าเป็นระดับไหน”

“โปรแกรมมันก็เป็นระดับๆอยู่แล้ว ก็ถึง grading ตามนั้น”

“เมื่อเจอความเสี่ยงก็จะเขียนรายงาน ให้ grading แล้วส่งให้หัวหน้าตึก _ _ _”

2.2.2.1.3 การวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีการดำเนินการนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ ในช่วงเวลาการประชุมประจำเดือนของตึก เพื่อหาสาเหตุของเหตุการณ์ และร่วมกันวางแนวทางการแก้ไข แต่ในกรณีที่เป็นการเสี่ยงที่รุนแรง จะมีการทบทวนเพื่อหารากของปัญหาทันที โดยไม่ต้องรอไปทบทวนในการประชุมประจำเดือน เพื่อรายงานผลการทบทวนให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไป ส่วนรายงานอุบัติการณ์ของกลุ่มงานอายุรกรรมจะถูกส่งไปรวมไว้ที่ทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์ของกลุ่มงานอายุรกรรมเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล และมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงที่เป็นประเด็นน่าสนใจของโรงพยาบาล และทำการสื่อสารผลของการวิเคราะห์กลับมาที่

หน่วยงาน เพื่อทำการทบทวนและแก้ไขปัญหาตามกระบวนการ PDCA และจากการศึกษาเอกสารแบบประเมินตนเองของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 พบว่า มีการทำการทบทวนเพื่อหารากของปัญหาจำนวน 6 เรื่อง คือ แนวทางการให้เลือดอย่างถูกต้อง แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในตึก และแนวทางป้องกันผู้ป่วยตกเตียง แนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่สาย ICD (สายระบายทรวงอก) แนวทางการป้องกันการเกิด VAP (ventilator associated pneumonia) แนวทางการป้องกันผู้ป่วยหนีกลับ (หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1, 2554) ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

“หน่วยงานจะวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเองและส่งข้อมูลให้ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลจะมองเฉพาะความเสี่ยงที่รุนแรง เช่น ฆ่าตัวตาย ฟ้องร้อง ถึงจะมาเป็นประเด็นใหญ่”

“__ระดับที่มีผลกระทบต่อคนไข้ ถ้ามีคนไข้เสียชีวิต__ มาทำ RCA”

“สำหรับความเสี่ยงที่ไม่รุนแรงที่จะดูจากการรายงานความเสี่ยงประจำเดือนว่ามีอะไรมากก็จะคุยกันในที่ประชุมเพื่อมาปรับปรุงวิธีการทำงาน แต่ถ้าเป็นความเสี่ยงรุนแรงก็นัดกันมาทำ RCA อย่างเรื่อง การให้เลือดอย่างถูกต้อง ตกเตียง ฆ่าตัวตาย”

“เอาความเสี่ยงที่เราเขียนรายงานเหตุการณ์มาพูดคุยกันแล้วก็หาแนวทางปฏิบัติร่วมกันว่าไม่ให้มันเกิดขึ้นอีก”

“อาจจะเกิดจากที่เราบ้าง เป็นความเสี่ยงที่มันสำคัญอาจจะมีผลต่อคนไข้ ทำให้คนไข้เกิดอันตราย ก็เอามาพูดคุยกัน เราก็เลือกความเสี่ยงที่เราสนใจมาวางแผนร่วมกัน”

“ก็อาจจะเป็นความเสี่ยงที่พบบ่อยแต่ไม่รุนแรง ก็มีการเอามาพูดคุยกันก่อนเหมือนกัน แล้วก็วางแผนการจัดการ เช่น ปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติในตึก”

“เวลาประชุมตึกจะมีการพูดเรื่องความเสี่ยงกันทุกเดือน บางครั้งก็มาตกลงกันว่า จะแก้ไขปัญหาอย่างไร อย่างเรื่องการเกิดแผลกดทับ บางคนก็ไม่ค่อยพลิกตัวผู้ป่วยตามเวลา ทำให้เกิด bed sore ก็ต้องมาตกลงกันว่า จะให้ใครเป็นคนพลิกตัว”

“รายงานของอายุรกรรมถูกส่งไปรวมที่ศูนย์กลาง RMT ก็คงมีอุปสรรคในการดำเนินการอยู่ _ _ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงมาระดับหนึ่ง เป็นประเด็นที่น่าสนใจในระดับโรงพยาบาลและสื่อสารกลับมาเพื่อให้เริ่มต้นในการหมุนกลไกการทบทวน วางระบบในการแก้ไข _ _ PDCA”

2.2.2.2 การจัดทำเพิ่มบัญชีความเสี่ยงของตึก

จากการศึกษาเอกสารบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และความคิดเห็นของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้จัดทำเพิ่มบัญชีความเสี่ยงของตึกเพื่อเป็นการรวบรวมความเสี่ยงทั้งหมดของหน่วยงาน โดยจะทำการสรุปบัญชีความเสี่ยงเป็นรายเดือน มีการสื่อสารข้อมูลบัญชีความเสี่ยงในการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรทุกคนรับทราบ และในแต่ละปีจะมีการสรุปเป็นภาพรวมว่ามีความเสี่ยงอะไรมากที่สุด มี sentinel event อยู่เท่าไร และมีการค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เรื่อง (หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1, 2554) ดังตัวอย่างคำพูดของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อไปนี้

“เวลาประชุมตึกจะมีการพูดถึงความเสี่ยงทุกเดือนว่ามีอะไรบ้าง”

“ทุกปีจะมีการสรุปเป็นภาพรวมความเสี่ยงของตึก ว่ามี sentinel event เท่าไร ทำ RCA ก็เรื่อง เก็บไว้ในแฟ้มสามารถดูได้ และบางทีที่เขาก็จะมาแจ้งในการประชุมตึก”

2.2.2.3 ปัญหา/อุปสรรคของการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง

ผลการศึกษาการดำเนินงานในขั้นตอนของการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 นั้น พบว่ามีปัญหา/อุปสรรค คือ ไม่มีระบบการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ และบุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ ต่อไปนี้

“การวางแผนทางป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต _ _ เนื่องจากทุกวันนี้ระบบไม่ชัดเจน ทำให้อันาคตอาจมีโอกาสดังเกิดความเสียหายซ้ำได้อีก”

- “ความเสี่ยงที่เกิดบ่อยๆ เช่น การให้ยา___แต่การวิเคราะห์ก็ยังไม่
มีระบบที่ชัดเจน”

“___ที่ผ่านมาไม่สามารถบอกได้ว่ามีแนวทางป้องกันอย่างไร ผล
ของการเฝ้าระวังเป็นอย่างไร___ทีมนำ MED ไม่สามารถลงมาติดตามการ
จัดการความเสี่ยงที่ระดับหน่วยงานได้ ไม่สามารถเข้ามาเชื่อมโยงการ
จัดการความเสี่ยงที่ระดับหน่วยงานได้___ทีมนำ MED ไม่สามารถใช้
กลไกของทีมนำให้มากพอในการเข้าติดตามระบบการจัดการหรือมีส่วน
ร่วมในการประเมินความเสี่ยง การทำงานเป็นทีมของเรายังไม่มี
ประสิทธิภาพ”

“หนูไม่เข้าใจในการเขียน *grading* พี่ๆจะเป็นคนเขียน *grading*
ให้”

2.2.2.4 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง

ผลการศึกษาเรื่องข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคของการประเมิน

หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง คือ ควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดระบบการ
ประเมินที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีแนวทางเดียวกัน มีความคิดเห็นร่วมกันของทีมการรักษา เกิด
การเชื่อมโยง บูรณาการ การมีเป้าหมาย และทัศนคติร่วมกัน และสร้างการเรียนรู้ของหน่วยงานอื่น
และข้อเสนอแนะอีกประเด็นคือ ควรให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการแบ่งระดับความ
รุนแรงของเหตุการณ์ เพื่อให้บุคลากรสามารถประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ และเข้าแก้ไข
ปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากร
ทางการแพทย์ ต่อไปนี้

“การบริหารความเสี่ยงมีลักษณะแยกส่วน ตัวใครตัวมัน หน่วยงาน
ใครหน่วยงานมัน___มีความเห็นว่าการ *reset* ระดับผู้บริหารหน่วยงาน
ในแง่การเชื่อมโยงและบูรณาการ การมีเป้าหมายร่วม มีทัศนคติร่วมในการ
ประเมินความเสี่ยง___”

“การคัดเลือกความเสี่ยงว่าอันไหนสำคัญกว่ากัน อันไหนเสี่ยงมาก
มันก็เป็นความคิดเห็นส่วนตัวนะ บางทีเราว่าสำคัญ แต่วิชาชีพอื่นก็ว่าไม่
สำคัญ เราน่าจะมาวิเคราะห์ร่วมกันมากกว่า อยากเสนอให้การประเมิน

ความเสี่ยง ควรทำโดยทีมที่มีหลายวิชาชีพ ระบบการประเมินจะชัดเจน เป็น
รูปธรรม และมีแนวทางเดียวกัน มากกว่าให้ต่างคนต่างทำ”

“ควรมีการสื่อสารแนวทางแก้ไขให้หน่วยงานอื่นทราบเพื่อให้เกิด
การเรียนรู้”

“น้องๆที่ยัง *grading* ไม่เป็น ควรมีการจัดอบรมความรู้เรื่องนี้ให้
เจ้าหน้าที่อีกครั้ง _ _ เวลาเกิดเหตุการณ์รุนแรงจะได้แก้ไขได้อย่าง
เหมาะสม บางคนก็ไม่รายงานหัวหน้าตัก _ _ ”

2.2.3. การจัดการความเสี่ยง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้ดำเนินการจัดการความเสี่ยงใน 2 ลักษณะคือ การ
ป้องกันความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง โดยการป้องกันความเสี่ยงประกอบด้วย การกำหนด
ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง การมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง
และการจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง และการลดความเสี่ยงประกอบด้วย
อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงาน และอุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
ปัญหา/อุปสรรคของการจัดการความเสี่ยง คือ บุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง
ปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีทักษะไม่เพียงพอในการนำความรู้เรื่องความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ มีทักษะไม่เพียงพอในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง และมีการทำงานเป็นทีม
แบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา คือ ควรสร้างระบบการติดตาม
แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรใช้จิตตปัญญาในการจัดการตนเองของบุคลากร
ทางการแพทย์พยาบาล (self-management) ให้สามารถนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรสามารถ
เป็นผู้จัดการความเสี่ยงภายในงานได้ และควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ศึกษาขอ
นำเสนอเป็นรายข้อ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.3.1 การป้องกันความเสี่ยง

2.2.3.1.1 การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการบริหารความ
เสี่ยง

2.2.3.1.1.1 กลุ่มการพยาบาลได้มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็น
ผู้บริหารจัดการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน โดยยึดหลักการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้มอบหมายให้มีพยาบาลที่รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ความเสี่ยง และนำข้อมูลที่ได้มานำเสนอในการประชุมประจำเดือน เพื่อร่วมกันปรับปรุงแนว
ทางการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในหอผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร ต่อไปนี้

- “หัวหน้าตึกจะเป็นคนบริหารจัดการความเสี่ยงภายในตึก__ __ถ้า
 ติมความเสี่ยง โรงพยาบาลเน้นเรื่องอะไร ก็นำมาปฏิบัติในหน่วยงาน และ
 บริหารจัดการต่อไป”

“ในการจัดการความเสี่ยงในแต่ละงาน หัวหน้าจะต้องรับทราบ
 ก่อนและก็มีการบริหารจัดการ”

“นโยบายโรงพยาบาล หัวหน้าตึกต้อง Round เพื่อค้นหาความเสี่ยง
 ก่อน เมื่อพบความเสี่ยง ต้องจัดการความเสี่ยง เป็นองค์กรจัดการตนเอง ไม่
 ทำให้ลูกถามใหญ่โต”

“การจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน หัวหน้าตึกต้องเป็นผู้รู้ว่าเกิด
 จากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือไม่ หน้าที่ของหัวหน้าตึกต้อง
 เน้นให้เขาตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา”

“__ __ให้ตัวแทน CoP กับ staff แข่งทุกเดือน โดยให้แข่งว่ามี
 จำนวนเท่าไร ถ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นก็ให้ห้องๆช่วยกันหาวิธีการแก้ไข__ __”

สอดคล้องกับการทบทวนเอกสารเพิ่มแนวทางปฏิบัติ/คู่มือของ CoP และ
 ความคิดเห็นของผู้บริหาร พบว่า มีการแต่งตั้งตัวแทน CoP ของหน่วยงาน โดยมีหน้าที่ในการเป็น
 ตัวแทนของหน่วยงานเข้าร่วมประชุมกับหน่วยงานอื่นของกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อเก็บรวบรวม
 ข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายของ CoP และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ
 หน่วยงานอื่น จัดทำแนวทางปฏิบัติ/คู่มือในการทำงานของแต่ละ CoP (หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1,
 2554)

2.2.3.1.2 การมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ โดย
 ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/คู่มือของ CoP เช่น แนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 แนวทางปฏิบัติการบริหารยาในหอผู้ป่วย แนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์ (หอผู้ป่วยอายุ
 รกรรมชาย 1, 2554) ในส่วนของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เมื่อมีความเสี่ยงสำคัญเกิดขึ้น มีการตั้ง
 ทีมทำงาน เพื่อมาค้นหาสาเหตุ และปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำใน
 หน่วยงาน และจากการศึกษาเอกสารของแบบประเมินตนเองของหน่วยงาน พบว่า มีแนวทางปฏิบัติ
 ที่เกิดจากการทบทวนอุบัติการณ์ที่สำคัญของหน่วยงาน คือ แนวทางการให้เลือดอย่างถูกต้อง แนว
 ททางการป้องกันการฆ่าตัวตายในตึก แนวทางป้องกันผู้ป่วยตกเตียง แนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่สาย

ICD แนวทางการป้องกันการเกิด VAP และแนวทางการป้องกันผู้ป่วยหนีกลับ (หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1, 2554) นอกจากนั้นยังมีการจัดการความเสี่ยงผ่านโปรแกรมคุณภาพต่างๆ โดยนำประเด็นที่สำคัญของอุบัติการณ์เป็นข้อมูลให้กับทีมโปรแกรมคุณภาพต่างๆ ในการสร้างเครื่องมือเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยด้านยา และนำเครื่องมือเหล่านั้นมาสื่อสารในการประชุม PCT Med เพื่อนำไปสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์มารับทราบ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

“CoP แต่ละ CoP ก็มีการเดิน round เพื่อดูปัญหาว่ามีอะไรบ้าง”

“ _ _ _ ใช้แนวทางของ CoP เป็นหลักเพราะเป็นนโยบายของฝ่ายการพยาบาล และเป็นความเห็นร่วมของทุกตึก”

“ถ้ามีความเสี่ยงที่เยอะและเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานมากๆ CoP ต้องลงไปดูว่าเกิดอะไรขึ้น แนวทางที่วางไว้ใช้ได้ผลหรือไม่”

“เมื่อมีความเสี่ยงสำคัญเกิดขึ้น ก็จะตั้งทีมชุดเล็กให้พูดคุยกันว่าสาเหตุเกิดจากอะไร แล้วนำมาเสนอในที่ประชุมเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน _ _ _ ติดตามดูว่าปฏิบัติตามนั้นหรือไม่”

“ _ _ _ ถ้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับเรา เราก็ช่วยกันเสนอความคิดเห็น _ _ _ เราก็นำไปปฏิบัติ”

“มองหาเครื่องมือที่จะมาใช้ในการจัดการความเสี่ยง _ _ _ พยายามไปแสวงหาเครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงผ่านโปรแกรมความเสี่ยงอื่นๆ เช่น แสวงหาแนวทางเรื่องความปลอดภัยด้านยาผ่าน โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยด้านยา _ _ _ นำเอาประเด็นไปสื่อสารผ่านตามโปรแกรมอื่นๆ แล้วคอยติดตามความคืบหน้า (เอาข้อมูลไป work up กับโปรแกรมความเสี่ยงต่างๆ) เมื่อได้เครื่องมือมาก็กลับมาสื่อสารให้ทีมนำ Med เพื่อหวังให้ถ่ายทอดต่อไป”

2.2.3.1.3 การจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง

การศึกษาแผนยุทธศาสตร์ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาล

ลำพูน จากการศึกษาเอกสาร พบว่า มีการจัดทำแผนการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ที่สำคัญของหอผู้ป่วยในแต่ละปี สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลที่กล่าวถึงนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน, 2554)

* 2.2.3.2 การลดความเสี่ยง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน มีการดำเนินการลดความเสี่ยง เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ คือ อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงาน และอุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.3.2.1 อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงาน

2.2.3.2.1.1 กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่รุนแรง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูนมีการดำเนินการเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในหน่วยงาน โดยผู้พบเหตุการณ์แก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น รายงานความเสี่ยงให้หัวหน้าเวรรับทราบ หลังจากนั้นจะมีการเขียนรายงานความเสี่ยง และส่งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบต่อไป จากนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีการติดตามดูรายงานความเสี่ยงประจำเดือน ถ้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จะมีการมาพูดคุยหรือตั้งทีมทำงานเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและปรับปรุงกระบวนการทำงาน รวมทั้งมีการติดตามดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้บริหาร และบุคลากรทางการพยาบาลดังนี้

“คนพบความเสี่ยงจะแก้ไขเบื้องต้นก่อน เช่น คัดลอกคำสั่งผิดก็แก้ไข *med sheet* แต่ถ้าเป็นความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น ก็จะคุยกันในที่ประชุมตกลงแนวทางการทำงานแล้วมาดูผลในเดือนต่อมา แต่ถ้ายังพบมากอยู่ พี่ก็ตั้งทีมชุดเล็กให้พูดคุยกันว่าสาเหตุเกิดจากอะไร แล้วนำมาเสนอในที่ประชุมเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน”

“ก็คือหาสาเหตุก่อน แล้วก็หาวิธีวางแผนแนวทางแก้ไข ก็ช่วยกันคิด *brain storm* เพื่อวางแผนร่วมกัน”

“ถ้าเป็นความเสี่ยงเล็กๆน้อยๆเราก็จะแก้ในตอนนั้น อย่างเช่น *med sheet* ไม่เขียนเวลาให้ยา ถ้าพบเราก็แก้ไขให้เลย”

2.2.3.2.1.2 กรณีเกิดเหตุการณ์รุนแรง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูนมีการดำเนินการเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในหน่วยงาน กรณีเกิดความเสี่ยงที่รุนแรง โดยการปฏิบัติตามขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล คือ ผู้พบเห็นเหตุการณ์ทำการแก้ไขเบื้องต้น จากนั้นรายงานความเสี่ยงไปที่ผู้บังคับบัญชาระดับสูงขึ้นไป เพื่อมาช่วยในการประเมินความรุนแรง และลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น มีการรายงานความเสี่ยงด้วยวาจาก่อน หลังจากนั้นมีการเขียนรายงานความเสี่ยง ทางหอ

ผู้ป่วยมีการดำเนินการค้นหาสาเหตุของปัญหา เพื่อวางแผนทางการป้องกัน และส่งรายงานการทบทวนไปเก็บรวบรวมไว้ที่กลุ่มการพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้บริหาร และบุคลากรทางการพยาบาล ดังนี้

“ถ้ารุนแรงเราได้รับรายงานด้วยวาก่อนและมีการบันทึกจากผู้ตรวจการพยาบาล ในเวรเช้าอาจจะเป็นหัวหน้าพยาบาลรับทราบ เสร็จแล้วดิฉันก็จะเป็นผู้ตรวจการพยาบาล แล้วก็มี incident report ซึ่งเรารับมาจากทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล”

“ความเสี่ยงที่มันเกิดอันตรายกับคนไข้ เช่น ตกเตียง คนไข้หนีออกจากเตียง มันเป็นเหตุการณ์ที่เราต้องรีบจัดการ เพราะมันอาจจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย เราต้องรีบรายงานผู้ที่อยู่เหนือเราทันทีเพื่อให้รับทราบเหตุการณ์ และช่วยเราแก้ไขเหตุการณ์”

“ความเสี่ยงที่รุนแรงมีการทำ RCA และรวบรวมไว้ที่ฝ่ายการพยาบาลว่ามีกี่เรื่อง”

2.2.3.2.2 อุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน มีการดำเนินการในอุบัติการณ์สำคัญที่ต้องอาศัยการแก้ไขโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผ่าน 2 ช่องทาง คือ คณะกรรมการ PCT Med และคณะกรรมการความปลอดภัยด้านต่างๆของโรงพยาบาล โดยในการประชุมของคณะกรรมการ PCT Med มีการนำอุบัติการณ์ที่สำคัญของกลุ่มงานอายุรกรรม มาวิเคราะห์หาประเด็นสำคัญของอุบัติการณ์ และสื่อสารให้ทุกหอผู้ป่วยรับทราบ และจากการศึกษาเอกสารของแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลลำพูน พบว่า มีการจัดตั้งคณะกรรมการตามโปรแกรมความเสี่ยงต่างๆ เช่น คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม (โรงพยาบาลลำพูน, 2554) ที่จะเป็นช่องทางในการติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญต่างๆ และนำข้อมูลมาวางแผนป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้บริหาร ดังต่อไปนี้

“อุบัติการณ์ _ _ _ เป็นการส่งผ่านระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมา เมื่อทราบก็วิเคราะห์หาประเด็นสำคัญ สื่อสารไปในการประชุม PCT Med _ _ _”

- “มองหาเครื่องมือที่จะมาใช้ในการจัดการความเสี่ยง__แสวงหาเครื่องมือในการจัดการความเสี่ยงผ่านโปรแกรมความเสี่ยงอื่นๆ อย่างโปรแกรมด้านยา IC หรือด้านสิ่งแวดล้อม ที่โรงพยาบาลคาดหวังให้วางแนวทางป้องกันความเสี่ยง___”

2.2.3.3 ปัญหา/อุปสรรคการจัดการความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหา/อุปสรรคของการจัดการความเสี่ยง คือ บุคลากรทางการพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรทางการพยาบาลมีทักษะไม่เพียงพอในการนำความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ มีทักษะไม่เพียงพอในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง และมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร ดังต่อไปนี้

“ปัญหาคือตกลงกันแล้ว บางคนก็ไม่ปฏิบัติ”

“เรามีองค์ความรู้ด้านความเสี่ยงที่สามารถนำมาปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมได้ แต่มีปัญหาด้านการขับเคลื่อนองค์ความรู้เข้าสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริงและการมีส่วนร่วมในทุกมิติมากกว่า”

“__ __อยากเห็นบุคลากรเป็นผู้จัดการความเสี่ยง แต่ในขณะนี้บุคลากรเป็นผู้รายงานความเสี่ยงเท่านั้น แล้วรอให้บอกว่าควรจะต้องทำอย่างไร แล้วก็ปฏิบัติตามแนวทางเหล่านั้น แบบ top-down และไม่ได้ทบทวนว่าแนวทางนั้นแก้ไขปัญหาของตัวเองได้ไหม __ ประโยชน์มันน้อยกว่าภาระที่ต้องเกิดขึ้น และตัวภาระที่เกิดขึ้น ก็จะทำถมและเป็นตัวปัจจัยรากของความเสี่ยงอีกอันหนึ่งที่จะเกิดความเสี่ยงใหม่ๆต่อไปได้ เมื่อบุคลากรเป็นผู้ส่งข่าว แต่ไม่ได้เป็นผู้ติดตาม ทำให้ attitude และ commitment อ่อนตัวไปหมด”

“__ __ปัญหาคือวิธีนี้ไม่ OK เพราะ__ __ไม่มีการทำงานเป็นทีมที่แท้จริงในการจัดการความเสี่ยง”

2.2.3.4 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาของการจัดการความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรมีข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหามารจัดการความเสี่ยง คือ ควรสร้างระบบการติดตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรใช้จิตต

ปัญหาในการจัดการตนเอง (self-management) เพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ และบุคลากรทางการแพทย์สามารถเป็นผู้จัดการความเสี่ยง และควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

“เมื่อมีข้อตกลงในการทำงานแล้ว แต่ยังคงมีคนคิดตามตรวจสอบระบบ น่าจะใช้วิธีให้มีการตรวจเช็คกว่าปฏิบัติตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่ ไม่อย่างนั้นคนไม่ปฏิบัติก็จะไม่ปฏิบัติบ่อยๆ___”

“___โรงพยาบาลได้บ่มเพาะเรื่องจิตตปัญญาอยู่ในเกณฑ์ดี เวลาที่มีข้อมูลความเสี่ยงลงไป ขณะนี้หลุมพรางคือมันไม่สามารถสร้างผลกระทบที่จะทำให้บุคลากรรู้สึกถึงการเป็นผู้จัดการความเสี่ยงว่าเราต้องแก้ไขปัญหา นั่นให้ได้ ดังนั้นจิตตปัญญาจะช่วยให้การแก้ไขปัญหา มีโอกาสเกิดขึ้นได้ เช่น การให้มีการจัดการตนเอง เพื่อการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง”

“___การบูรณาการการใช้ PCT Med เป็นเวทีร่วมกันจัดการความเสี่ยงของอายุรกรรม และก็เพื่ออายุรกรรม”

2.2.4 การประเมินผล

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน มีการดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงและติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไข ปัญหา/อุปสรรคจากการประเมินผล คือ ยังมีความเสี่ยงที่ซ่อนเร้นอยู่ที่ยังไม่ได้รับการรายงาน และมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา คือ ควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ศึกษาขอเสนอเป็นรายชื่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.4.1 การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงและติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไข

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน ได้มีการประเมินผลโดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานทุกเดือน และติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไข โดยติดตามความเสี่ยงสำคัญที่ผ่านมา และที่ได้ดำเนินการแก้ไขไปแล้วนั้น ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีความเสี่ยงสำคัญใหม่เกิดขึ้นหรือไม่ มีจำนวนอุบัติการณ์ลดลงไหม หัวหน้าหอผู้ป่วยจะติดตามประเมินผลในการประชุมประจำเดือน และรวบรวมข้อมูลไว้ในแฟ้มบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

- “ดูจากการรายงานความเสี่ยงประจำเดือนว่ามีความเสี่ยงอะไรที่เพิ่มขึ้น เราปรับปรุงอะไรไปแล้วบ้าง ได้ผลเป็นอย่างไร มีความเสี่ยงใหม่ๆ อะไรบ้าง ก็จัดทำ *risk profile* ไว้”

“มีการสรุปเป็นความเสี่ยงที่ว่าอะไรมากที่สุดเกี่ยวกับเรื่องอะไร เราก็จะหาวิธีแก้ไข”

“มาดูความถี่ว่ามันเกิดบ่อยไหม มันลดลงไหม”

“ก็มาฟังในที่ประชุมดีกว่า เมื่อเราปรับวิธีการทำงานใหม่แล้ว ความเสี่ยงลดลงไหม อย่างเรื่องแผล *bed sore* ก็ค่อยๆลดลงนะ เพราะเรามีที่นอนลมเพิ่มขึ้น แล้วพอแบ่งเป็น 2 ทีม ก็ดูแลคนไข้ได้ทั่วถึงมากขึ้น”

“ตอนประชุมตึก ก็มีการประเมินอย่าง *med error* ก็วางแผนให้ช่วยกัน *check med sheet* แล้วก็มาประเมินว่ามันมี *med error* เยอะหรือเปล่า”

2.2.4.2 ปัญหา/อุปสรรคในขั้นตอนการประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหา/อุปสรรคของการประเมินผล คือ ยังคงมีความเสี่ยงที่ซ่อนเร้นอยู่ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ายังมีทัศนคติของการรายงานอุบัติการณ์แตกต่างจากจุดมุ่งหมายของโรงพยาบาล และมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพไม่เพียงพอ เพื่อบูรณาการให้เกิดข้อมูลย้อนกลับของการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานมายังทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร ดังต่อไปนี้

“ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานความเสี่ยงทั้งหมด คือ ความเสี่ยงไม่ได้ถูกเขียนขึ้นมาทั้งหมด และมีความเสี่ยงซ่อนเร้นอยู่___”

“___บุคลากรยังมีทัศนคติต่อการรายงานความเสี่ยงที่แตกต่างจากจุดมุ่งหมายของโรงพยาบาล”

“ยังไม่เห็นความร่วมมือในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง เมื่อมีคนมาประเมินฯ ตึกต่างๆก็จะตอบแนวทางการจัดการความเสี่ยงได้ ซึ่งแสดงว่าผู้บริหารแสดงบทบาทตรงนั้นอยู่แล้ว แต่ในที่ประชุมทีมนำ *Med* ซึ่งเราจะต้องบูรณาการให้เกิด *feed back* ตรงนี้เป็นสิ่งที่ปัญหา ต่างคนต่างทำและพอใจที่จะอยู่ในหน่วยงานของตนเอง ไม่เห็นการทำงานเป็นทีม”

-2.2.4.3 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาในขั้นตอนการประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า ควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน มีทัศนคติและความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง และนำมาเชื่อมโยง บูรณาการในการจัดการความเสี่ยงขององค์กร จะทำให้เกิดการจัดการความเสี่ยงที่สามารถแก้ไขถึงรากของปัญหาได้มากกว่าการกระตุ้นให้แต่ละตึกเขียนรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหาร ต่อไปนี้

“ _ _ _ควรมี share vision attitude commitment จากนั้นก็ integration สิ่งที่เราทำเข้าหากัน”

“ _ _ _ในแง่การเชื่อมโยงและบูรณาการ การมีเป้าหมายร่วม มีทัศนคติร่วมในการจัดการความเสี่ยง”

“การกระตุ้นให้เขียนรายงานความเสี่ยงที่โรงพยาบาลกำลังทำ โดยส่วนตัวคิดว่ามันไม่ได้แก้ไขตรงสาเหตุของปัญหา”

กล่าวโดยสรุป สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูนนั้น พบว่า มีการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนคือ

1) การค้นหาความเสี่ยง โดย การค้นหาความเสี่ยงในระหว่างปฏิบัติงาน และการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตและประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น มีปัญหา/อุปสรรคเรื่องการเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อย ซึ่งมีสาเหตุมาจาก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลไม่รองรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์จึงกลัวความผิดและผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และหน่วยงาน ไม่มีเวลาในการเขียนรายงานอุบัติการณ์เนื่องจากภาระงานมาก และไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ และปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์มีทักษะไม่เพียงพอในการค้นหาความเสี่ยงด้านเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาคือ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลควรเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ ควรมีการจดอุบัติการณ์ไว้ในสมุดก่อนบันทึกในคอมพิวเตอร์ ควรมีระบบการเขียนรายงานอุบัติการณ์ทางคอมพิวเตอร์ที่สะดวก และควรมีการทบทวนเครื่องมือตัวส่งสัญญาณอย่างเป็นระบบ

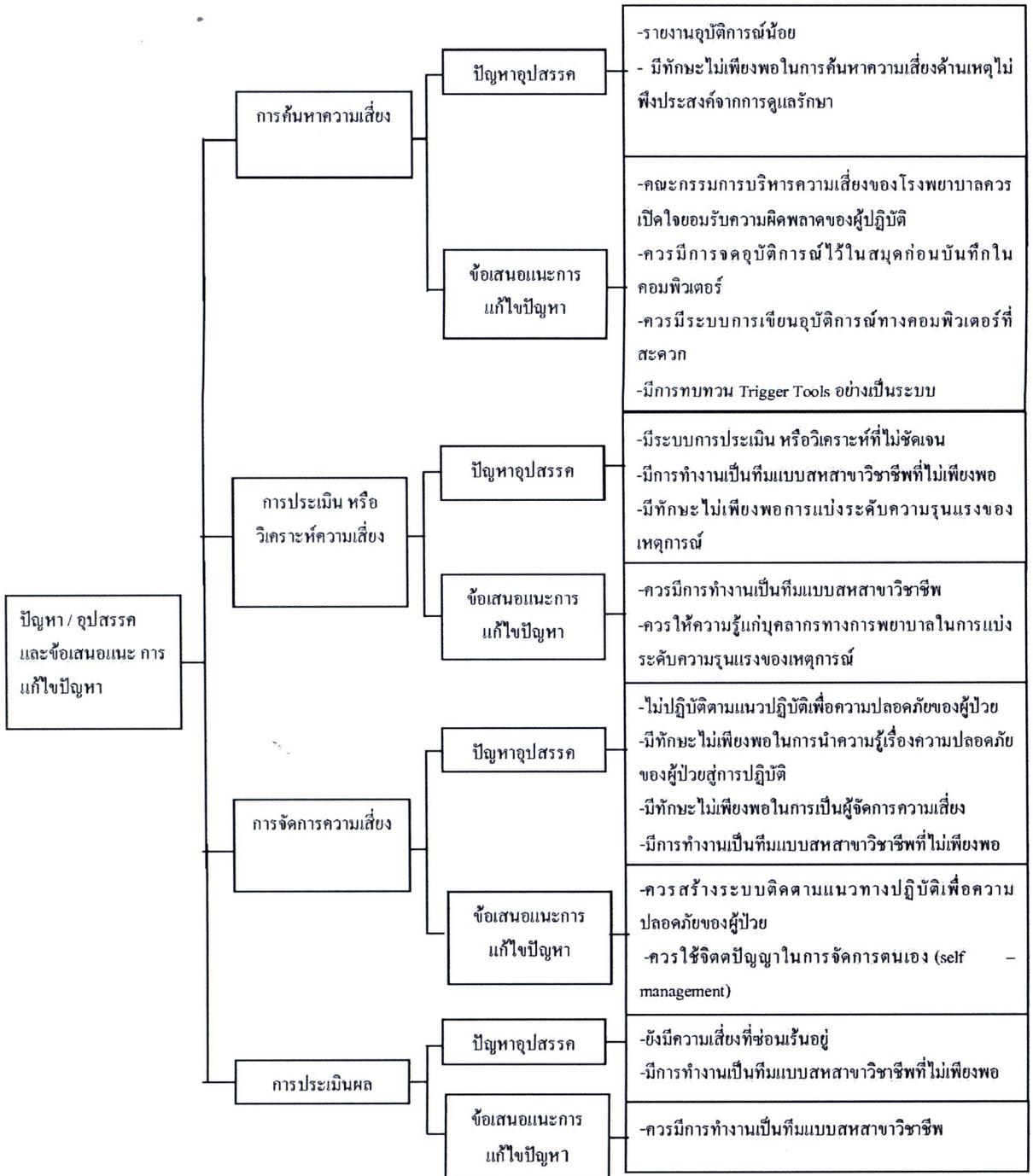
2) การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง ประกอบด้วย การควบคุมความเสียหาย ได้แก่ การดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์ และการจัดทำแฟ้มบัญชีความเสี่ยงของตึก ปัญหา/อุปสรรค คือ ไม่มีระบบการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ

และบุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มีระบบการประเมินที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม และควรให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์

3) การจัดการความเสี่ยง ได้แก่ การป้องกันความเสี่ยง โดยการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง การมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง และการจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง โดยมีกรดำเนินการ 2 ลักษณะคือ อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงาน และอุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปัญหา/อุปสรรค คือ บุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีทักษะไม่เพียงพอในการนำความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ มีทักษะไม่เพียงพอในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง และมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา คือ ควรสร้างระบบการติดตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรใช้จิตตปัญญาในการจัดการตนเอง (self-management) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ และเป็นผู้จัดการความเสี่ยงได้ และควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ

4) การประเมินผล โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงและติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา/อุปสรรค คือ ยังมีความเสี่ยงที่ซ่อนเร้นอยู่ และมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา คือ ควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ศึกษาขอเสนอปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการดำเนินการบริหารความเสี่ยง สรุปเป็นแผนภูมิดังภาพที่ 3





ภาพที่ 3 สรุปปัญหา / อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การแก้ไขปัญหาของการดำเนินการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงต่อผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงใน 2 ลักษณะคือ การกำหนดนโยบาย รับทราบและการสื่อสารนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง และการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผู้ศึกษาอภิปรายผลของการศึกษา ในแต่ละหัวข้อ ดังต่อไปนี้

การกำหนดนโยบาย การรับทราบและการสื่อสารนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลลำพูนไม่ได้เขียนนโยบายในด้านการบริหารความเสี่ยงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ใช้แนวคิดของการบริหารความเสี่ยงในสถานบริการสาธารณสุข แนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมาตรฐานวิชาชีพต่างๆ เป็นการกำหนดทิศทางการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลก็ให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยง โดยการกำหนดกลยุทธ์เรื่องการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์แรกในแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประจำปี พ.ศ.2554 - 2556 มีการสื่อสารทิศทางลงสู่บุคลากรทุกระดับในหลายช่องทาง ผ่านการประชุมแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล การประชุมทีมนำคุณภาพ และการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยสื่อสารผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วย และตัวแทนของหอผู้ป่วยที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และเกิดการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังมีการสื่อสารผ่านทางเอกสารความเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งมาให้หอผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การให้บริการสาธารณสุขกับประชาชนของโรงพยาบาลต้องดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐานของการให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ ลดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน การบริหารความเสี่ยงขององค์กรจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำ และต้องสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติ สิ่งที่ตามมาคือการมีระบบการตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการ และการตรวจสอบตามมาตรฐานวิชาชีพแต่ละวิชาชีพ เหล่านี้จึงเป็นกรอบที่กำหนดให้โรงพยาบาลต้องดำเนินการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และผ่านการรับรองมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 มาตรา 82 กำหนดไว้ว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยข้อกำหนด ดังกล่าวรัฐบาลจึงมีการปฏิรูประบบสุขภาพ เกิดโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในปี พ.ศ.

2544 (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายที่กำหนดให้หน่วยงาน/สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนที่จะเข้าเป็นหน่วยบริการหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation: HA) (สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพคือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้รับบริการมีความปลอดภัย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) และการสื่อสารภายในองค์กรก็มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นเครื่องมือของผู้บริหารในการบริหารงาน ช่วยทำให้สามารถทำงานได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และเกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ (วาลี ชันธุวาร และปิยพัทธ์ สีนบัวทอง, 2546) ช่องทางการสื่อสารที่โรงพยาบาลลำพูนใช้คือช่องทางการสื่อสารจากบนลงล่าง (downward communication) เป็นการสื่อสารตามสายการบังคับบัญชา เพื่อสร้างข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์และนโยบายขององค์กร รวมทั้งมีการสื่อสารในแนวนอน (lateral communication) ซึ่งจะก่อให้เกิดความรวดเร็วและช่วยในการประสานงานให้ดีขึ้น (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2551) นอกจากนี้ การสื่อสารโดยผ่านการประชุมจะทำให้บุคลากรทราบข่าวสารขององค์กร เข้าใจถึงกฎเงื่อนไขต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดปัญหา อุปสรรคในการทำงาน (สมชาติ กิจยรรยง, 2546) ทำให้บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลลำพูนรับทราบทิศทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

การดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

1. การค้นหาความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน ได้มีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงโดยวิธี การค้นหาความเสี่ยงในระหว่างปฏิบัติงานและการรายงานอุบัติการณ์ และการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตและประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้บริหารจัดการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล ขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยงจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพราะหากการค้นหาความเสี่ยงไม่ได้รับการศึกษาอย่างละเอียดแล้ว จะทำให้ความเสี่ยงยังคงเหลืออยู่ในองค์กร และนำมาซึ่งความสูญเสียต่อองค์กรได้ (นฤมล สะอาด โคม, 2550) ทั้งนี้ผู้ศึกษาอภิปรายผลการดำเนินงานในการค้นหาความเสี่ยง ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาของหอผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1.1 การค้นหาความเสี่ยงในระหว่างปฏิบัติงานและการรายงานอุบัติการณ์ ในการค้นหาความเสี่ยงระหว่างการปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ใช้วิธีการเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน

ตึก เมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น จากนั้นจึงเขียนรายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการทำให้บุคลากรทางการแพทย์เห็นถึงความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยงที่หน้างานก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) ที่กล่าวว่า การเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังการรับเวรเพื่อค้นหาโอกาสเกิดความเสี่ยง เมื่อพบจะป้องกัน และแก้ไขก่อน แล้วจึงมาเขียนรายงานความเสี่ยง ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการค้นหาความเสี่ยงระหว่างปฏิบัติงาน และเป็นการป้องกันปัญหาในอนาคต และวิลสัน (Wilson, 1992) ระบุว่า การค้นหาภาวะเสี่ยงโดยการเรียนรู้ในระหว่างการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมความเสียหายและป้องกันมิให้เกิดอันตรายหรือบาดเจ็บในอนาคต และเมื่อพบอันตรายหรือความเสียหายเกิดขึ้น ต้องมีการเขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์ไว้เป็นหลักฐานทุกครั้งการค้นหาความเสี่ยงในระหว่างปฏิบัติงาน จะสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารและการตัดสินใจที่ดีในระหว่างดำเนินการ (Bryant, Fields, & Schaedler, 1996; Swansburg, 1996)

สำหรับการรายงานอุบัติการณ์นั้น โรงพยาบาลลำพูนมีการกำหนดให้ผู้ที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทำการเขียนรายงานอุบัติการณ์ตามขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงที่โรงพยาบาลกำหนด โดยส่งผ่านการรับรองรายงานจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และส่งไปยังคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลภาพรวมการเกิดอุบัติการณ์ในโรงพยาบาล และรวบรวมเป็นบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยทุกเดือน (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า การเขียนรายงานอุบัติการณ์จะเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานในการจัดทำแผนบัญชีความเสี่ยง เพื่อให้หอผู้ป่วยทราบอุบัติการณ์ที่สำคัญของหน่วยงาน สามารถเป็นข้อมูลในการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม การมีข้อมูลที่ดียิ่งจะทำให้สามารถทำนายความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดในอนาคตได้ สอดคล้องกับแนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ระบุว่า แผนบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลต้องมีนโยบายในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล, 2544) ในทางปฏิบัติกรรายงานความเสี่ยง หรือการรายงานอุบัติการณ์ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง ทำให้ทราบแนวโน้มของปัญหา เป้าหมายที่สำคัญของการรายงานอยู่ที่องค์กรสามารถรู้สถานการณ์ของตัวเองอย่างครบถ้วน และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคต โดยที่ระบบการรายงานจะเป็นตัวช่วยในการเฝ้าระวังแนวโน้มของปัญหา (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล, 2545) การเขียนรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลลำพูนที่ผ่านมา ใช้แบบฟอร์มกระดาษในการบันทึกเหตุการณ์ ต่อมาในเดือนธันวาคม 2554 มีการปรับให้มาเขียนรายงานอุบัติการณ์ในระบบคอมพิวเตอร์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงต้องการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการบันทึกเหตุการณ์ และนำ

ข้อมูลที่ได้มาเปลี่ยนเป็นข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้สะดวกต่อการนำข้อมูลความเสี่ยงไปใช้ในการวิเคราะห์ แต่การเปลี่ยนแปลงระบบ ส่งผลทำให้เกิดปัญหาของการรายงานอุบัติการณ์น้อยลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลยังไม่มีความชำนาญในการใช้การบันทึกในคอมพิวเตอร์ ซึ่งสอดคล้องกับคำพูดของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่กล่าวว่า “__ แต่พอมีระบบ IT ทำให้อาจเขียนน้อยลงเพราะยังไม่ค่อยคล่อง” และสอดคล้องกับการศึกษาของฮิวซ์ ฮิคสัน และไฮนิง (Hugh, Hickson, & Hinings, 1985 อ้างใน พิระพงษ์ กิติเวชโกศาวัฒน์, 2551) ที่พบว่า การปรับใช้เทคโนโลยีใหม่นั้น จะต้องปรับกระบวนการทำงานในองค์กรให้เกิดความเข้าใจ เนื่องจากจะมีผลต่อกลไกระบบสังคมภายในองค์กรด้วย

1.2 การค้นหาความเสี่ยงโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตและประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่นนั้น มีการติดตามรายงานจากแฟ้มบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยทุกเดือน เมื่อพบความเสี่ยงที่สำคัญ หรือมีอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จะนำอุบัติการณ์ดังกล่าวมาพูดคุยกันในหน่วยงาน และร่วมกันหาแนวทางการป้องกันแก้ไข เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ในอดีต และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น ทำโดยการประชุมของคณะกรรมการกลุ่มงานอายุรกรรม ซึ่งมีหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นคณะกรรมการ จะมีการนำความเสี่ยงที่สำคัญของกลุ่มงานอายุรกรรมมาชี้แจงและวางแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำ ข้อมูลเหล่านี้จะมีการสื่อสารผ่านที่ประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลรับทราบ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตและจากหอผู้ป่วยอื่นนั้น อาจเป็นการติดตามแนวโน้มของอุบัติการณ์ที่ได้รับรางวัลแนวทางป้องกันไว้แล้วนั้นว่า มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่วางไว้มีประสิทธิภาพหรือไม่ และความเสี่ยงที่สำคัญของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เป็นอย่างไร สอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543) ที่กล่าวว่า เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา หรืออาจเรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น เป้าหมายของการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตและประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่นนั้น คือ การสร้าง risk profile (บัญชีรายการความเสี่ยง) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน

1.3 ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน คือ การเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อย ซึ่งมีสาเหตุมาจาก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลไม่รองรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจึงกลัวความผิด และผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่นและหน่วยงานนั้น เกิดจากความรู้สึกไม่มั่นใจว่าเมื่อรายงานอุบัติการณ์ขึ้นไปจะเป็นความผิดของผู้ก่อเหตุหรือไม่ รวมถึงการกลัวเสียภาพพจน์ของหน่วยงาน และเมื่อต้องเขียนความเสี่ยงของบุคคลอื่นก็กลัวเกิดความขัดแย้งกับผู้ก่อเหตุ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่

สำคัญทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์น้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า บุคลากรทางการแพทย์ขาดมีทัศนคติต่อการเขียนรายงานอุบัติการณ์ว่าเป็นสิ่งที่มีความผิด และประสบการณ์ในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ที่ผ่านมา ก็ไม่ทำให้ผู้รายงานอุบัติการณ์รู้สึกปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นผลให้มุมมองของการเขียนรายงานอุบัติการณ์เป็นมุมมองเชิงลบ ซึ่งไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล สอดคล้องกับคำพูดของกลุ่มประชากรที่กล่าวว่า “ _ _ บุคลากรยังมีทัศนคติต่อการรายงานความเสี่ยงที่แตกต่างจากจุดมุ่งหมายของโรงพยาบาล” สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธิดา สุทธิสุทธิ์ (2550) ที่ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร พบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง คือ การไม่เขียนรายงานความเสี่ยงรวมทั้งการศึกษาของวูล์ฟ และ เซอร์เรมบัส (Wolf & Serembus, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานพบว่า สาเหตุที่พยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์เพราะกลัวปฏิกิริยาจากผู้บริหาร และผู้ร่วมงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เมโย และดันแคน (Mayo & Duncan, 2004) ที่ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในสมาคมพยาบาลรัฐแคลิฟอร์เนีย เรื่องความปลอดภัยจากความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า พยาบาลร้อยละ 46.6 เชื่อว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลไม่ถูกรายงานเพราะกลัวผู้บริหารลงโทษ และกลัวปฏิกิริยาจากเพื่อนร่วมงานที่เหลือ สิ่งที่สำคัญคือ บุคลากรต้องเกิดทัศนคติที่ถูกต้องต่อการค้นหาความเสี่ยงว่าเป็นการค้นหาสาเหตุไม่ใช่การค้นหาเพื่อตำหนิผู้กระทำ (Adrian, 1994 cited in Ridley, 1994) และ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เสนอว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลควรเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก บุคลากรทางการแพทย์ยังรู้สึกไม่ปลอดภัย และการรายงานความเสี่ยงที่ผ่านมายังไม่สร้างความไว้วางใจให้กับผู้ปฏิบัติ จึงควรสร้างทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเข้าใจว่าการค้นหาความเสี่ยงเป็นการค้นหาเพื่อวางแผนป้องกันความเสี่ยง สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2545) ที่กล่าวว่า การสร้างให้เกิดวัฒนธรรมการเขียนรายงานอุบัติการณ์ต้องใช้เวลา และความเข้าใจของผู้บริหาร ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่รู้สึกถูกคุกคาม สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ เพราะคนจะเขียนรายงานเมื่อรู้สึกปลอดภัย

สาเหตุที่ทำให้มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อยอีกประเด็นหนึ่งคือ บุคลากรทางการแพทย์ขาดไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ เนื่องจากภาระงานมาก มีผู้ป่วยหนักที่ต้องดูแล ทำให้บุคลากรไม่มีเวลาในการเขียนรายงานในเวลาที่ปฏิบัติงานได้ จากภาระงานที่มาก ความเสี่ยงก็มีโอกาสเกิดมากตามมา จนทำให้เขียนรายงานอุบัติการณ์ได้ไม่หมด และเมื่อเวลาผ่านไปบุคลากรจึงลืมที่จะเขียนรายงานนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า การมีภาระงานที่ไม่เหมาะสมกับอัตรากำลัง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ และจากการศึกษาเอกสารสถิติของ

หอผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2554 พบว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีผลิตภาพ (productivity) เท่ากับ 140.24 (หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน, 2554) อาจส่งผลทำให้บุคลากรต้องปฏิบัติงานการพยาบาลค่อนข้างมากในแต่ละเวร และต้องมีความเร่งรีบในการปฏิบัติงานประจำให้เสร็จทันเวลา จึงอาจทำให้บุคลากรทางการพยาบาลไม่มีเวลาในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ตามความเป็นจริง รวมทั้งระบบการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่เปลี่ยนมาเป็นบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์อาจสร้างความยุ่งยาก และใช้เวลาในการบันทึกมาก จึงทำให้บุคลากรทางการพยาบาลเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อย และจากผลการศึกษาเอกสารรายงานบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 พบว่า ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์จำนวน 34 รายงาน แต่ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 เมื่อปรับมาเขียนรายงานในระบบคอมพิวเตอร์ มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์เพียง 10 รายงานเท่านั้น (หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน, 2554) จากปัญหาดังกล่าว ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจึงเสนอว่าควรมีการจดอุบัติการณ์ไว้ในสมุดก่อนบันทึกในคอมพิวเตอร์ และควรมีระบบการเขียนรายงานอุบัติการณ์ทางคอมพิวเตอร์ที่สะดวก เพื่อช่วยทำให้การเขียนรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น การนำข้อเสนอแนะที่เกิดจากปัญหา/อุปสรรคของผู้ปฏิบัติมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ จะสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ เนื่องจากการพัฒนานโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ โรงพยาบาลควรรู้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดการพัฒนาจากทุกภาคส่วน (ฉันทินิยา ธรรมสุนทร, 2552)

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อย เนื่องจาก ไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องคอยกระตุ้นให้เขียนรายงานอุบัติการณ์ และบุคลากรทางการพยาบาลจะเลือกเขียนรายงานอุบัติการณ์ที่เห็นว่ามีมีความสำคัญหรืออาจเกิดความรุนแรง เพื่อรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากว่า บุคลากรทางการพยาบาลคิดว่า การรายงานความเสี่ยง คือการเขียนรายงานอุบัติการณ์ที่สำคัญ หรือมีความรุนแรงเท่านั้น จึงทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกอุบัติการณ์ทุกอุบัติการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลิน (Lin, 2006) ที่ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในประเทศอเมริกาพบว่า พยาบาลไม่รายงานทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยจะเลือกรายงานเฉพาะเหตุการณ์ที่รุนแรงเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากขั้นตอนในการรายงานอุบัติการณ์มีความยุ่งยากซับซ้อน และพยาบาลหลายคนคิดว่ากรรายงานไม่มีความสำคัญ และไม่เชื่อว่าการรายงานจะสามารถช่วยลดและป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ (Wolf & Serembus, 2004) สำหรับปัญหาเรื่องบุคลากรไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์นั้น ประชากรและกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เสนอแนะวิธีการแก้ไขเอาไว้ อาจเนื่องจากว่า การจะทำให้บุคลากรทางการพยาบาลเห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์นั้น

องค์กรต้องสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดในองค์กร ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่การแก้ไขปัญหาการ ค้นหาความเสี่ยงที่กล่าวมา คือ การกลัวความผิด กลัวผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และหน่วยงาน รวมทั้งการแก้ไขปัญหาเรื่องภาระงาน เหล่านี้อาจช่วยทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของ องค์กรได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยง สอดคล้องกับ วิมา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ที่กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร คือ ผลรวมของ ค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ สมรรถนะ และรูปแบบประสิทธิภาพของบุคคล และกลุ่มในองค์กร สุขภาพ

ปัญหาอุปสรรคในการค้นหาความเสี่ยงที่มีความสำคัญอีกประเด็น คือ บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะไม่เพียงพอในการค้นหาความเสี่ยงด้านเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาไม่ใช่อุบัติการณ์ที่สามารถมองเห็นได้ อย่างชัดเจนเหมือนอุบัติการณ์อื่นๆ เพราะเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษามักซ่อนตัวอยู่กับ พยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วย ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ขาดความตระหนัก ความรู้ และทักษะไม่ เพียงพอในการค้นหาความเสี่ยงด้านการดูแลรักษา บุคลากรทางการแพทย์อาจเข้าใจว่าเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นเพราะพยาธิสภาพของผู้ป่วย การสร้างให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ เรื่องอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษานั้น อาจต้องสร้างความตระหนักให้ บุคลากรเห็นความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยงด้านการดูแลรักษา ก่อน จึงจะสามารถนำองค์ความรู้ สู่การปฏิบัติในการค้นหาความเสี่ยงได้ สอดคล้องกับ ซวาทซ์ (Schwartz, 1975 อ้างถึงใน ไพบูลย์ อ่อนมั่ง, 2542) ที่กล่าวว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเจตคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ดังนั้นเจตคติจึงเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาให้เกิดการกระทำ ความรู้จะไม่ถูกนำมาใช้หรือลงมือกระทำ จนกว่าจะเกิดเจตคติที่มากพอ ข้อเสนอแนะของประชากรและกลุ่มตัวอย่างในปัญหานี้ คือ ควรมี การทบทวนเครื่องมือตัวส่งสัญญาณอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาความเสี่ยงด้านเหตุไม่พึงประสงค์ จากการดูแลรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า การทบทวน เวชระเบียนตามรายการ trigger จะช่วยทำให้ บุคลากรทางการแพทย์เกิดทักษะ และองค์ความรู้ในด้านเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา เพราะการทบทวนต้องกระทำร่วมกับวิชาชีพอื่น สอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ สุขชุติกุล (2551) ที่กล่าวว่า การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเป็นเรื่องไม่ยาก หากแพทย์และพยาบาลมาร่วมกัน วิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วย แต่ละโรค การเริ่มด้วยโรคทำให้เห็นความเสี่ยง ได้ชัดเจน เมื่อเห็นความเสี่ยงชัดเจนแล้ว แนวทางในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็จะมี ความชัดเจนตามมาด้วย การจะรับทราบว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ก็กำลัง จะเป็นเรื่องไม่ยากหากโรงพยาบาลต่างๆ ได้นำเครื่องมือคุณภาพที่เรียกว่า เครื่องมือตัวส่งสัญญาณ

มาใช้ เครื่องมือนี้จะช่วยเสริมระบบรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งมักจะพบปัญหาว่าไม่ค่อยครอบคลุมอุบัติการณ์ทางคลินิก

2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงภายในหน่วยงาน โดย ควบคุมความเสียหาย ด้วยวิธีการแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้น ผู้ที่พบเหตุการณ์ทำการแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นทันที หลังจากนั้นจึงเขียนรายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์เป็นคนแรก ต้องแก้ไขสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงของเหตุการณ์เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ที่กล่าวว่า การควบคุมความเสียหายคือการประเมินขั้นต้นด้วยสัตยาตญาณและการตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์ และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการจัดการกับความเสี่ยง ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทุกคน

นอกจากนี้ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ยังมีการควบคุมความเสียหายโดยการประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ผู้พบเหตุการณ์จะทำการประเมินความรุนแรงเบื้องต้น ถ้าพบว่า เป็นความเสี่ยงระดับรุนแรง จะมีการรายงานผู้บังคับบัญชาระดับสูงขึ้นไป เพื่อขอความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา แต่กรณีประเมินแล้วไม่รุนแรง จะเขียนรายงานอุบัติการณ์ตามระบบการรายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า โรงพยาบาลลำพูนมีการกำหนดแนวทางในการรายงานอุบัติการณ์ตามการจัดประเภทความรุนแรงของเหตุการณ์ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ อุบัติการณ์ที่รุนแรง และอุบัติการณ์ไม่รุนแรง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และเป็นช่องทางในการสื่อสารที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดแนวทางการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล โดยในกรณีที่เป็นความเสี่ยงรุนแรง เช่น sentinel event ที่มีผลกระทบทางคลินิก ตั้งแต่ระดับ G, H, I หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ใช่ทางคลินิก ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ให้แจ้งทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อทำการค้นหาสาเหตุของปัญหา (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553) อาจเนื่องจาก การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง ทำให้หน่วยงานทราบแนวโน้มของการเกิดความเสี่ยง และทราบลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในหน่วยงาน ซึ่งทำให้เป็นจุดเริ่มต้นของการวางแผนป้องกัน หรือแก้ไขปัญหา และสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูนยังได้ดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ โดยดูว่าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ หรือมีความถี่ของเหตุการณ์แต่ละเดือนเป็นอย่างไรในช่วงเวลาการประชุมประจำเดือนของตึก และมีการพูดคุยกันเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน แต่

กรณีที่เป็นความเสี่ยงรุนแรงจะมีการทบทวนเพื่อหารากของปัญหาทันที ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ต้องการให้บุคลากรทุกคนรับทราบ มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการ ค้นหารากของปัญหา และการแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันความเสี่ยงในอนาคต สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546) ที่กล่าวว่า เมื่อทุกหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงแล้วต้อง นำมาประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง เช่น การวิเคราะห์ในเรื่องของความสัมพันธ์ร่วมกับความถี่ ของการเกิด แล้วจัดแบ่งเป็นกลุ่มตามแนวคิดของตนเอง และทีมงานแล้ว ให้มีการดำเนินการเพื่อ แก้ไข และป้องกัน หรือการวิเคราะห์หาสาเหตุ และแก้ไขอย่างเหมาะสม หรือการวิเคราะห์มุมมอง โดยรวม เพื่อให้ทราบว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด ทำให้สามารถตอบสนองความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูนได้มีการจัดทำเพิ่มบัญชีความเสี่ยง ของตึก เพื่อเป็นการรวบรวมความเสี่ยงทั้งหมดของหน่วยงาน และมีการสื่อสารให้บุคลากรทุกคน ทราบในการประชุมประจำเดือน ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า หอผู้ป่วยต้องการให้บุคลากรรับรู้ถึงความเสี่ยง ของหอผู้ป่วย และมีความตระหนักในเรื่องความเสี่ยงที่อาจมีโอกาสดังขึ้นในขณะการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันอันตราย หรือความสูญเสียที่เกิดขึ้น สอดรับกับนโยบายการบริหารความเสี่ยงของ โรงพยาบาลที่กำหนดให้ทุกหอผู้ป่วยมีการจัดทำเพิ่มบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน (คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553)

อย่างไรก็ตามยังพบปัญหา/อุปสรรคของการการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงของ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้แก่ ไม่มีระบบการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ชัดเจน ทั้งนี้อาจ เนื่องจากว่า โรงพยาบาลลำพูนไม่มีการเขียนนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของสถานบริการสาธารณสุข สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ และตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพ จึงทำให้ไม่มีการกำหนดแนวทางการประเมิน หรือวิเคราะห์ความ เสี่ยงที่เป็นระบบชัดเจน และการไม่มีระบบการประเมินความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพของแนวทางการป้องกัน หรือลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับ ไพรัชวอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส (2547) ที่กล่าวว่า การควบคุมความเสี่ยงเป็นการสะท้อนถึงโครงสร้าง และวัฒนธรรมขององค์กร ซึ่งโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิผลจะช่วยในการ ประเมิน ควบคุม และติดตามความเสี่ยง และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ทุกคนในองค์กร อยู่ภายใต้กรอบเดียวกัน สำหรับข้อเสนอแนะของปัญหาด้านนี้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอให้ มีระบบการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยใช้การทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็น ช่องทางที่อาจทำให้เกิดระบบการประเมินที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม

ปัญหา/อุปสรรคของการการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อีกประเด็นหนึ่งคือ มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า กลุ่มการพยาบาลได้มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน อาจส่งผลให้การดำเนินการมีลักษณะแยกส่วน ขาดการเชื่อมประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยจะดำเนินการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงตามบริบทของหน่วยงาน ซึ่งอาจขาดความครอบคลุม ในประเด็นที่นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาล ดังที่ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “__ที่ผ่านมามีไม่สามารถบอกได้ว่ามีแนวทางป้องกันอย่างไร ผลของการเฝ้าระวัง เป็นอย่างไร __ __ __ ไม่สามารถเข้ามาเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยงที่ระดับหน่วยงานได้”

ข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอให้มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจาก การทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ทุกคนจะช่วยกันคิด จึงมองเห็น ปัญหาที่ไม่จำเป็นต้องเกิด รวมทั้งเห็น โอกาสพัฒนา (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2544) สอดคล้องกับ ซอรา และคณะ (Sorra, Nieva, Famolaro, & Dyer, 2007) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมร่วมกัน และการติดต่อสื่อสารทั้งในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน จะทำให้เกิดบรรยากาศและสภาพในการ ปฏิบัติงานที่ส่งเสริมในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยร่วมกันได้และสอดคล้องกับ ดูแรน (Duran, 1980) และ สแวนเบิร์ก (Swanberg, 1996) ที่ระบุว่า องค์กรควรมีการจัดการระบบการสื่อสารและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้มีทักษะการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จึงจะช่วยให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูนยังพบปัญหาเรื่องบุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ไม่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ได้ ต้องให้พยาบาลวิชาชีพเป็นคนบอกระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้ไม่มีองค์ความรู้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ และจากประสบการณ์ที่ผ่านมาก็ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์มาโดยตลอด อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2545) กล่าวว่า ความสำคัญของการวิเคราะห์ความเสี่ยง ไม่ได้อยู่ที่การแบ่งเป็นกี่กลุ่ม หรือกี่ระดับ แต่อยู่ที่ว่าเจ้าหน้าที่รู้หรือไม่ว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญ และวิธีการป้องกันเหมาะสมกับความรุนแรงกับความถี่หรือไม่ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า การให้ความรู้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานได้ สอดคล้องกับ สมชาติ กิจจรยง (2546) ที่กล่าวว่า การฝึกอบรมทำให้บุคลากรเกิด

ส่วนอุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไข โดยทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น มีการนำอุบัติการณ์ที่สำคัญมาสื่อสารกันใน กลุ่มงานอายุรกรรม เพื่อให้สื่อสารกับบุคลากรทางการพยาบาลทราบ และร่วมกันเฝ้าระวังการเกิด อุบัติการณ์ซ้ำ ทั้งนี้เนื่องจากว่า การลดความสูญเสียของอุบัติการณ์ต้องมีการดำเนินการในทันที จึงเป็นหน้าที่ของหอผู้ป่วยที่เป็นจุดเกิดเหตุ ต้องแก้ไขสถานการณ์ด้วยตนเองก่อน สำหรับ สถานการณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่นๆ หอผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการจัดการด้วยตนเองได้ จึงต้องมีการจัดการร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับแนวทางการจัดการความเสี่ยงของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546) และอนุวัฒน์ สุภชติกุล (2544) ที่ระบุว่า การลดความ สูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ โดยการดูแลแก้ปัญหาโดยเฉียบพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ข้อมูลอย่าง ตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสาร และความเข้าใจที่ดีต่อกัน เพื่อช่วย ป้องกันปัญหาการฟ้องร้อง

ปัญหา/อุปสรรคของการดำเนินการจัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย มีทักษะไม่เพียงพอในการนำความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ มีทักษะไม่เพียงพอในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง และมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ เพียงพอ ซึ่งผู้ศึกษาอภิปรายผลของการศึกษาในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

1. ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากภาระงานที่มาก บุคลากรทางการพยาบาลต้องทำงานแข่งกับเวลา และมีกิจกรรม ทางพยาบาลจำนวนมากในแต่ละเวร ทำให้อาจไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จะ ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบลเจน กู๊ด และรีด (Blegen, Goode, & Reed, 1998) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่มีผลต่ออัตราป่วยและ อัตราตายในผู้ป่วย พบว่า การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ โดยผสมผสานระดับทักษะ จะ มี ความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราอุบัติการณ์ของการให้ยาผิดพลาด และการเกิดแผลกดทับ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรสร้างระบบการติดตาม แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากว่า การวางแนวทางปฏิบัติเพื่อ ป้องกันความเสี่ยงในหอผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่สำคัญในการบริหารความเสี่ยง และการติดตาม ควบคุมมาตรการป้องกันที่วางไว้จะเป็นการติดตามดูประสิทธิภาพของระบบการจัดการความเสี่ยง ทำให้องค์กรมีความมั่นใจว่าจะไม่มีความเสี่ยงที่รุนแรงเกิดขึ้น สอดคล้องกับไพร์ชวอเตอร์เฮาส์คู เเปอร์ส (2547) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงขององค์กรเป็นกระบวนการที่ต้องสอบทานตลอดเวลา เพื่อให้การนำไปปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

2. บุคลากรทางการแพทย์บาลมีทักษะไม่เพียงพอการนำความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ

ผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์บาลมีทักษะไม่เพียงพอในการนำองค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ อาจเนื่องมาจากว่า บุคลากรทางการแพทย์บาลมีความเข้าใจว่าหน้าที่ของตนเองเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงคือ การเขียนรายงานอุบัติการณ์เท่านั้น นอกเหนือจากนั้นเป็นบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการประเมินความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน จึงอาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์บาลไม่ได้ใช้องค์ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติครบทุกขั้นตอน ประกอบกับปัญหาเรื่องบุคลากรทางการแพทย์บาลเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อย ยังคงเป็นปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์บาลอยู่ จึงอาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์บาลสนใจเรื่องความเสี่ยงเพียงแค่การเขียนรายงานอุบัติการณ์เท่านั้น ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาที่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอว่า ควรใช้จิตตปัญญาในการจัดการตนเอง (self-management) เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากว่า กระบวนการจิตตปัญญาเป็นการฝึกฝนที่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์บาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้เข้าใจความหมายของสิ่งมีชีวิตว่าเป็นองค์กรที่สามารถจัดการตนเองได้ ที่ผ่านมามูลนิธิทางการแพทย์บาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ได้รับการฝึกทักษะการใช้เครื่องมือทางจิตตปัญญา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง ทั้งความคิด อารมณ์ความรู้สึก การให้ความหมาย และปฏิบัติกริยา หรือพฤติกรรมที่แสดงออกมา เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆตรงหน้า การฝึกทักษะนี้เป้าหมายเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์บาลเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากแรงบันดาลใจภายในตนเอง ไม่ได้เปลี่ยนแปลง หรือปฏิบัติเพราะกฎระเบียบ หรือข้อบังคับต่างๆ ดังคำกล่าวของ วิศิษฐ์ วังวิญญู (2552) ที่กล่าวว่า สิ่งมีชีวิตต้องการที่จะมีความหมาย แปลความหมาย สร้างความหมายด้วยตัวเอง ดังนั้น สิ่งใดที่มีความหมายกับตนเอง จะก่อให้เกิดแรงบันดาลใจ ความมุ่งมั่น วินัย และความรับผิดชอบอย่างเต็มร้อยที่จะปฏิบัติ สำหรับการใช้จิตตปัญญาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากรนั้น ประเวศ ะสี (2550) กล่าวว่า การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative learning) เป็นการพัฒนาตนเองให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงแห่งยุค โดยจิตตปัญญาจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเรียนรู้ครบวงจรที่จะยกระดับสมรรถนะของมนุษย์ ทำให้สามารถเข้าใจตนเอง รู้ตัว เข้าถึงความจริง เห็นความเชื่อมโยงทั้งความคิด จิตใจ และนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (ประเวศ ะสี, 2549) สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์บาลได้ใช้ศักยภาพของตนเอง ที่จะนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตนเองมาบริหารจัดการความเสี่ยงที่อยู่ตรงหน้าได้อย่างเต็มความสามารถ

3. บุคลากรทางการแพทย์บาลมีทักษะไม่เพียงพอในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง

ผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์บาลมีทักษะไม่เพียงพอในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า บทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงขึ้นอยู่กับหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้ดำเนินการตั้งแต่การกระตุ้นการค้นหาค่าความเสี่ยง ประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง เลือกความเสี่ยงที่สำคัญมาจัดการ และประเมินผลการแก้ไขปัญหา จึงอาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์บาลไม่มีทักษะในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง ดังนั้นการอบรมให้ความรู้ มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร เพื่อนำความรู้ที่ไปเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ (จริยา พันธุ์วิทยา กุล, 2543) สำหรับข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรใช้จิตตปัญญาในการจัดการตนเอง (self-management) เช่นเดียวกับปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์บาลมีทักษะไม่เพียงพอการนำความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ

4. มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ

ผลการศึกษาที่พบว่า มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากว่า การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย และประสานข้อมูลโดยตรงกับทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทำให้การประสานการบริหารความเสี่ยงในทีมสหสาขาวิชาชีพ ยังไม่มีช่องทางการทำงานที่ชัดเจน จากโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงดังกล่าว อาจทำให้การประสานการจัดการความเสี่ยงกับสหสาขาวิชาชีพมีไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงได้ สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล และคณะ (2544) กล่าวว่า สิ่งสำคัญอยู่ที่การสร้างให้เกิดวัฒนธรรมความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่หน่วยงานต่างๆจะสามารถทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยผู้บริหารของหน่วยงานต่างๆ มีบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงาน วัฒนธรรมของความร่วมมือที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมวิธีที่แต่ละคนจะมีปฏิกริยาต่อกัน (อดุลย์ จาตุรงค์กุล, 2547) ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจาก การมีกระบวนการทำงานเป็นทีมร่วมกัน อาจช่วยทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมของตนเอง และเกิดความมุ่งมั่นในการทำงาน สอดคล้องกับ การศึกษาของแคมเปียน และคณะ (Campion, et al, 1996) พบว่าการมีส่วนร่วมในงานของสมาชิก โดยร่วมกันกำหนดวิธีการดำเนินงานของทีมเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ เป็นผลทำให้สมาชิกทีมทุ่มเทความพยายาม และความสามารถทำงานอย่างเต็มที่ รู้สึกมีความภาคภูมิใจ เพิ่มความรับผิดชอบงานมากขึ้น เป็นผลให้สร้างประสิทธิผลของทีมเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์บาลสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การประเมินผล

ผลการศึกษา พบว่าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน มีการดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงและติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไข การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน กระทำโดยดูจากรายงานการเกิดอุบัติการณ์ประจำเดือนว่า ความเสี่ยงที่หอผู้ป่วยวางมาตรการป้องกันไว้แล้ว มีการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ หรือมีความถี่เพิ่มขึ้นหรือไม่ และจากการศึกษาเอกสาร พบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนด sentinel event ไว้จำนวนหนึ่งที่เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานต่างๆ เช่น ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ การให้เลือดผิด หรือการฆ่าตัวตายบนหอผู้ป่วย เป็นต้น (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล, 2553) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากตัวชี้วัดจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ที่กล่าวว่า การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังตัวชี้วัด โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ และการตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีการดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงตามแนวทางปฏิบัติของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดให้หอผู้ป่วยมีการติดตามและประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ทบทวนและปรับปรุงแผนการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดทำรายงานการติดตามประเมินผล เสนอต่อศูนย์คุณภาพ และคณะกรรมการที่นำคุณภาพของโรงพยาบาล (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553)

ปัญหา/อุปสรรคของการประเมินผล ผลการศึกษาที่พบว่า ยังมีความเสี่ยงที่ซ่อนเร้นอยู่ และมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า ผลการศึกษาของการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน ยังมีปัญหา/อุปสรรคตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงอยู่ ทำให้ยังคงมีความเสี่ยงที่ซ่อนเร้นและไม่ได้รายงาน ซึ่งข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาที่ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอในแต่ละกระบวนการ อาจช่วยทำให้มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น และอาจแก้ไขปัญหารisk ที่ซ่อนเร้นได้ ในส่วนของมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ นั้น โดยโครงสร้างการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานขึ้นอยู่กับหัวหน้าหอผู้ป่วย อาจส่งผลทำให้มีช่องทางการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพไม่เพียงพอ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจึงเสนอแนะในการแก้ไขปัญหการประเมินผล คือ ควรมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการทำงานเป็นทีมจะช่วยทำให้การดำเนินการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่า พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลล้วนมีปัจจัยที่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงได้มากมาย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน เพราะถ้าพยาบาลสามารถเป็นผู้บริหารจัดการความเสี่ยงได้ดี จะช่วยป้องกันความเสี่ยงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้มีความรุนแรงน้อยลงได้ ปัจจัยที่จะสนับสนุนให้พยาบาลสามารถเป็นผู้จัดการความเสี่ยงได้ คือ การพัฒนาทักษะ และองค์ความรู้ในเรื่องความเสี่ยง มีโอกาสได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริหารความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งใช้จิตตปัญญาที่ทางโรงพยาบาลปลูกฝังให้บุคลากรทางการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาตนเองให้เกิดสมรรถนะที่เหมาะสม ในส่วนของโรงพยาบาลการสร้างระบบการรายงานความเสี่ยงที่ไม่มีการกล่าวโทษ และรักษาความลับ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความมั่นใจที่จะรายงานความเสี่ยง จะทำให้มีการเขียนรายงานความเสี่ยงที่ครอบคลุมและนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม และการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพจะทำให้การดำเนินการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น