

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่ออธิบายลักษณะของสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยง โดยการศึกษาจากเอกสารและข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง การสัมภาษณ์รายบุคคล 5 ราย และการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง 1 กลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบคำบรรยายตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ซึ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาจำนวน และร้อยละดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์รายบุคคล จำนวน 5 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 80 เป็นเพศชายจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และอายุระหว่าง 41-50 ปีจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 40 สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 60 ระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 60 และระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 10 ระยะเวลาปฏิบัติงานในช่วง 11-20 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 40ปฏิบัติงานในช่วง 21-30 ปีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 1-10 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 20

2. กลุ่มตัวอย่างจากการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมองเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลระดับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 8 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 เป็นเพศชายจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 อายุระหว่าง 41-50 ปีจำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 12.50 และอายุต่ำกว่า 30 ปีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาปฏิบัติงานในช่วง 11-20 ปีมากที่สุดคือ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 1-10 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และปฏิบัติงานในช่วง 21-30 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากเอกสาร และสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ร่วมกับการศึกษาโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตัวแทนทีมคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพของงานห้องคลอดที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงและพนักงานประจำห้องคลอด การประชุมกลุ่มระดมสมองในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยโดยศึกษาตามกรอบแนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนของ อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2543ก) ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแยกเป็น 2 ประเด็น คือ การกำหนดนโยบาย การสื่อสารนโยบายและการรับทราบนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง และการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ได้นำเสนอผลของการศึกษาดังนี้

การกำหนดนโยบาย การสื่อสารนโยบายและการรับทราบนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง

พบว่า โรงพยาบาลลับแลได้มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในปี 2541 ถึงปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพทั้งด้านบริหารงานและด้านบริการสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์และเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล (แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลลับแล, 2552) ทีมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน

เก็ตรเป็นเลขานุการและตัวแทนของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลจำนวน 14 หน่วยงาน ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานหน่วยจ่ายกลาง และซักฟอก งานเภสัชกรรม งานทันตกรรม งานชันสูตร งานรังสี งานเวชสถิติ กลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัว งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด และกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ ร่วมกันรับผิดชอบการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การกำหนดนโยบายของการบริหารความเสี่ยงและ การกำหนดระเบียบปฏิบัติของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (เอกสารเลขที่ SP - RMC - 01 ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ 02 วันที่บังคับใช้ 16 กรกฎาคม 2553) เป็นลายลักษณ์อักษรไว้ชัดเจน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

“การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมาจากตัวแทนของหน่วยงานในโรงพยาบาล โดยร่วมกันกำหนดนโยบายและดำเนินงานนำเอานโยบายหรือข้อกำหนด ระเบียบปฏิบัติไปถ่ายทอดในหน่วยงาน ซึ่งมีนโยบายทั้งหมด 6 ข้อ โดยข้อแรก คือทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยงมีหน้าที่รายงานความเสี่ยง ถ้าไม่ทำถือว่ามีความผิดหากมีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วแต่ไม่การรายงาน ข้อที่สอง ทุกหน่วยงานทำการค้นหา ดักจับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน ปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 3 เดือน ข้อที่สาม หน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน จัดระบบบริการและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ข้อที่สี่ ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป และด้านสนับสนุนระดับปานกลางขึ้นไป ทำการจัดการให้มีประสิทธิภาพ ข้อที่ห้า มีการประสานข้อมูลรายการความเสี่ยงเข้ากับโปรแกรมความเสี่ยงต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ก็ข้อที่หก รายงานเหตุการณ์ *sentinel* (การรายงานอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงมาก) ให้รายงานผมทันที ประมาณี”

การสื่อสารนโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะมีตัวแทนของแต่ละหน่วยงานจะนำนโยบายไปสื่อสารในหน่วยงาน และยังมีการสื่อสารนโยบายไปยังบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล ทั้งการประชุมและทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

“เมื่อมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จะให้ผู้จัดการความเสี่ยงที่เป็นตัวแทนของหน่วยงานในทีมคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลดำเนินงาน โดยเอานโยบายหรือข้อกำหนด ระเบียบปฏิบัติไปถ่ายทอดในหน่วยงาน มีการเผยแพร่ข้อมูลในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลให้ถึงผู้ปฏิบัติถ่ายทอดในหน่วยงาน และมีการเผยแพร่ นโยบายในการประชุมเป็นช่องทางหนึ่ง ก็ยังมีการเผยแพร่ทางเว็บไซต์ออนไลน์ ของโรงพยาบาลให้ถึงผู้ปฏิบัติ”

ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของคณะกรรมการที่มีความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้
 ความเห็นว่า มีการสื่อสารนโยบายต่าง ๆ ไปยังบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลทางการประชุมของทีม
 นำคุณภาพ และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลในรูปของเอกสารประเมินตนเองของทีมความ
 เสี่ยงของโรงพยาบาล

การรับทราบนโยบายของกลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลกล่าวว่า ได้ร่วมกัน
 กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล
 พร้อมทั้งจัดทำแผนการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และมีการสื่อสารนโยบาย
 ดังกล่าวทางการประชุมคณะกรรมการบริหารของกลุ่มการพยาบาล การประชุมประจำเดือนของกลุ่มการ
 พยาบาล หัวหน้างานและตัวของหัวหน้ากลุ่มการนำนโยบายลงสู่หน่วยงาน เพื่อให้ได้รับทราบและ
 ดำเนินการต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“ซึ่งตัวเองเป็นคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายความ
 เสี่ยงของโรงพยาบาล กลุ่มการฯจะล้อกับนโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาลสื่อสารสู่การปฏิบัติ เช่น
 การประชุมของคณะกรรมการบริหารของกลุ่มการฯ อีกเวทีหนึ่งคือการประชุมประจำเดือนของกลุ่มการ
 ซึ่งมีระดับปฏิบัติการเข้าร่วมประชุมทั้งหมด ในหน่วยงานหัวหน้าหน่วยและพี่ที่นำลงสู่การปฏิบัติด้วย”

การรับทราบนโยบายของงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์พบว่า ได้มีการ
 สื่อสารนโยบายให้บุคลากรพยาบาลทุกคนรับทราบในการส่งเวร การบันทึกที่สมุดส่งเวร การพูดคุยกับ
 หัวหน้าหน่วยงาน และในแฟ้มเอกสาร ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานความเสี่ยง
 ของงานห้องคลอด ดังต่อไปนี้

“เวลาเข้าประชุมมาหรืออ่านนโยบาย หรือความก้าวหน้าของทีมความเสี่ยงจะทำอะไรบ้างใน
 ครั้งต่อไปก็จดบันทึกมาแล้วส่งต่อเวร เช่นเวรเช้าส่งต่อเวรบ่าย หรือไนต์ไว้ที่สมุดส่งเวร หรือที่ฝาก
 ข้าราชการแล้วบอกหัวหน้าหรือไม่กี่เก็บเอกสารไว้แฟ้มให้ทุกคนอ่านเอง”

ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดและพนักงานประจำห้อง
 คลอด กล่าวว่า ได้รับทราบนโยบายการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงจากหัวหน้างานและตัวแทน
 ความเสี่ยงของหน่วยงาน ในการประชุมประจำเดือนของห้อง และมีการติดประกาศไว้ที่บอร์ด
 ประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

สถานการณ์การดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

1. การค้นหาความเสี่ยง

จากการศึกษาเอกสาร และสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ร่วมกับการศึกษา โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล และประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง ผลการศึกษาพบว่า งานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล ได้มีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงหลายวิธี ได้แก่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคล การทบทวนเวชระเบียน การรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด และการรายงานอุบัติการณ์ และมีปัญหาเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคล

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้ดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากประสบการณ์ของบุคคลเพื่อนำมาเฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อตนเองขึ้นปฏิบัติงาน โดยพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดในเวรแต่ละเวรจะส่งต่อเวรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด การเฝ้าระวังการติดเชื้อของแผลฝีเย็บ

1.2 การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้ดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งการทบทวนงานห้องคลอดจะทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากทราบปัญหา โดยทำการวิเคราะห์ด้วยการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา (root cause analysis) นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดให้มีคุณภาพ

1.3 การรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss)

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้ดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด เช่น การจัดเรียงอุปกรณ์ เครื่องมือ ไม่ถูกต้อง บุคลากรในห้องคลอดที่พบเหตุการณ์จะดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้นโดยการจัดเรียงใหม่ตามหลักการเรียงของหมวดอายุก่อนวางไว้ด้านหน้า (first in first out) พร้อมกับการบันทึกในสมุดรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของหน่วยงาน

1.4 การรายงานอุบัติการณ์

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้ดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากรายงานอุบัติการณ์ โดยที่ผู้พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นผู้เขียนรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาลที่กำหนดประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ วันที่รายงาน บุคคล หรือ

หน่วยงานที่ได้รับผลกระทบโดยระบุว่าเป็นผู้ป่วยหรือญาติหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สถานที่ วัน เวลาที่เกิดเหตุ ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุ ผลต่อผู้ป่วยและ โรงพยาบาล รวมทั้งกิจกรรมที่ดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยงในงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล พบว่า มีปัญหาในส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ จากสถิติข้อมูลปีงบประมาณ 2553 - 2554 (ต.ค. 53-มี.ค. 54) การรายงานอุบัติการณ์จำนวน 1,629 และ 633 ฉบับ ตามลำดับ (service profile ที่บริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลับแล, 2554) จะเห็นได้ว่า มีการรายงานอุบัติการณ์ลดลง ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ประสบเหตุการณ์ไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ ดังต่อไปนี้

1. การกลัวเป็นความผิด

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลให้ความเห็นว่า การรายงานอุบัติการณ์ลดลงเกิดจากการเข้าใจผิดของผู้ปฏิบัติที่กลัวจะมีความผิดเมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ ทำให้ไม่กล้าจะเขียน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การเขียนใบอุบัติการณ์อาจจะมีปัญหาทำให้เกิดความเข้าใจผิดของผู้ปฏิบัติ ทั้งระดับเจ้าหน้าที่และคนงานอาจไม่ค่อยชอบการเขียนเพราะอาจเกิดคำถามเหมือนเป็นการแจ้งว่าได้ทำความผิดเกิดขึ้น แล้วจึงไม่กล้าเขียน”

2. การกลัวเกิดผลกระทบต่อผู้เขียนและหน่วยงาน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลให้ความเห็นว่า การเขียนรายงานอุบัติการณ์ลดลงเกิดจากการเข้าใจผิดของผู้ปฏิบัติที่กลัวคิดว่าจะเป็นภาระกับหน่วยงานที่จะต้องแก้ปัญหา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ในส่วนของระดับปฏิบัติก็จะมีกรเขียนน้อยความรู้สึของผู้ปฏิบัติเค้าคิดว่า ตัวเค้าสร้างภาระให้กับหน่วยงานอื่น ต้องทำให้หน่วยงานอื่นต้องแก้ปัญหา”

ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดกล่าวในทำนองเดียวกันว่า การเขียนรายงานอุบัติการณ์นั้นไม่ว่าจะเขียนให้ตนเองหรือเขียนให้คนอื่นกลัวผลกระทบต่อตนเองและหน่วยงาน เนื่องจากว่า การเขียนรายงานอุบัติการณ์เป็นเกณฑ์ประเมินกลางของหน่วยงาน ถ้ามีการเขียนรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ จะทำให้คะแนนของหน่วยงานติดลบหรือลดลง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คิดว่ามันน่าจะเป็นอุปสรรคก็อย่างหนึ่ง คือการเขียนใบ IR (incident report) มันมีคะแนน ทำให้บางคนไม่อยากเขียนกลัวจะทำให้ห้องเสียคะแนนและตัวชีวิตรายบุคคลจะเสียคะแนนด้วย”

“คิดว่า ถ้าเขียนไปแล้วอาจจะมัดตัวเอง จึงปล่อยวางทำให้ไม่กล้าที่จะเขียนเลย”

3. การให้ความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์น้อย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า บุคลากรพยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ คิดว่าความเสี่ยงที่พบบางครั้งเป็นเรื่องเล็กน้อยและเป็นความเสี่ยงที่เคยได้รับการแก้ไข ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“บางคนจะคิดว่าความเสี่ยงบางอย่างเป็นเรื่องเล็กน้อยจึงไม่เขียนกัน”

“ตอบได้เลยครับว่า การเขียนน้อยลงบางครั้งมันเป็นความเสี่ยงที่เคยปรับปรุงแล้วเหมือนเราทราบแล้วก็เลยไม่อยากเขียน”

4. การไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงของงานห้องคลอดให้ความเห็นว่า ไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์เนื่องจากจะต้องไปช่วยงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“บางครั้งไม่มีเวลาเขียน ER โทรตามให้ไปช่วยงานเนื่องจากมีคนไข้มาก”

ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานประจำห้องคลอดกล่าวว่า ไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในเวรที่ปฏิบัติงานเนื่องจาก ต้องรีบออกไปช่วยงานที่หน่วยงานอื่น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พยาบาลไม่ค่อยบันทึก ส่วนใหญ่จะบอกกันเนื่องจากไม่มีเวลาเขียนหรือบางครั้งรีบร้อนไปช่วยงานหน่วยอื่น”

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า หน่วยงานที่มีผู้รับบริการจำนวนมากจะไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ เช่นเดียวกัน

จะเห็นได้ว่า การรายงานอุบัติการณ์ลดลง มีปัจจัยที่ทำให้ผู้ประสบเหตุการณ์ไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ มีมุมมองของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่มีความคิดเห็นเหมือนกันและต่างกันไป

2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง

จากการศึกษาเอกสาร และสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ร่วมกับการศึกษาโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลและประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง พบว่า งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการดำเนินการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วยการควบคุมความเสี่ยงและการจัดทำแฟ้มรายชื่อความเสี่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การควบคุมความเสี่ยง ประกอบด้วยการดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์ในเบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ และการวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ ดังนี้

2.1.1 การแก้ไขเหตุการณ์ในเบื้องต้น

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์ในเบื้องต้นเช่น การจัดเรียงอุปกรณ์ เครื่องมือ ไม่ถูกต้อง บุคลากรในห้องคลอดที่พบเหตุการณ์จะดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้นทันทีโดยการจัดเรียงใหม่ตามหลักการเรียงของหมวดอายุก่อนวางไว้ด้านหน้า

2.1.2 การประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นผู้พบเหตุการณ์จะดำเนินการประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ตามระเบียบปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์คือ ความเสี่ยงด้านคลินิกระดับ A ถึง F และความเสี่ยงด้านบริการสนับสนุน เกือบพลาดถึงปานกลาง ทำการแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น และการทบทวนเหตุการณ์ด้านคลินิกตั้งแต่ระดับ E หรือระดับปานกลางเพื่อวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา ส่วนความเสี่ยงด้านคลินิกระดับ G H I ความเสี่ยงด้านบริการสนับสนุนระดับมาก และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทำการแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น รายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันทีหรือภายใน 1 ชั่วโมงและการทบทวนเหตุการณ์เพื่อวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรทุกระดับในห้องคลอดเขียนประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงไม่ถูกต้อง สาเหตุส่วนใหญ่บุคลากรห้องคลอดไม่มีความรู้ในการเขียนการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยง ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงของงานห้องคลอดที่กล่าวว่า เคยเจอใบ IR (รายงานอุบัติการณ์) ที่พยาบาลเขียนการประเมินไม่ถูกต้อง เช่น การประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บระดับ D หรือ F และเจ้าหน้าที่คนงานไม่เข้าใจในการเขียนด้วย ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ทั้งหมดได้กล่าวสอดคล้องกันว่า การเขียนประเมินความรุนแรงความเสี่ยงไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่มีความรู้ ความเข้าใจ หรือบางครั้งเป็นความเสี่ยงที่ไม่เคยพบมาก่อน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“บางครั้งก็ประเมินความรุนแรงไม่ได้นะพี่ เราไม่ค่อยได้เจอเหตุการณ์มาก่อน”

“บางครั้งก็‘ไม่รู้’ ไม่เข้าใจเหมือนกันว่าจะประเมินความรุนแรงระดับไหนมันใกล้เคียงกัน”

2.1.3 การวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการดำเนินการนำอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปมาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์เช่น เหตุการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ ทีมห้องคลอดได้ดำเนินการประชุมทบทวนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ด้วยการวิเคราะห์การค้นหาคำปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา นำไปสู่การวางมาตรการในการป้องกันแก้ไขปัญหานี้

2.2 การจัดทำแฟ้มบัญชีรายการความเสี่ยง

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการจัดทำแฟ้มบัญชีรายการความเสี่ยงโดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานทั้งหมดในแต่ละเดือนและสรุปทุก 3 เดือนส่งรายงานให้กับหัวหน้าหน่วยงานและเลขานุการทีมคณะกรรมการความเสี่ยง

3. การดำเนินการจัดการความเสี่ยง

จากการศึกษาเอกสาร และสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ร่วมกับการศึกษาโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลและประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง พบว่า งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้ดำเนินการจัดการความเสี่ยงในลักษณะควบคุมความสูญเสีย โดยใช้กลยุทธ์ 2 ลักษณะ ได้แก่ การป้องกันความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การป้องกันความเสี่ยง

3.1.1 การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการมอบหมายพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบงานความเสี่ยงจำนวน 1 คน ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน แล้วนำมาวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญโดยจะมีการปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 3 เดือน ดำเนินการจัดการความเสี่ยง ประเมินผลความเสี่ยงในหน่วยงานจากการติดตามเครื่องชี้วัดและจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงประจำเดือน ส่งให้

เลขานุการของทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ภายใน 30 วัน ของเดือนถัดไป (เอกสารเลขที่ SP - RMC – 01ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ 02 วันที่บังคับใช้ 16 กรกฎาคม 2553)

3.1.2 การมีมาตรการป้องกันความเสี่ยง

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการประชุมทีมห้องคลอดร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในห้องคลอดเช่น การป้องกันการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ การจัดเรียงเครื่องมือ อุปกรณ์ตามหลักการเรียงของหมอดायก่อนวางไว้ด้านหน้า นำมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับมาตรการป้องกันความเสี่ยงของห้องคลอด ดังต่อไปนี้

1) การจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม เนื่องจากงานห้องคลอดได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพเกี่ยวกับประเด็นผู้รับบริการเฉพาะรายที่เกิดความเสี่ยงเช่น การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ การอบรมช่วยฟื้นคืนชีพในเด็กทารกแรกเกิด ซึ่งไม่ยังครอบคลุมแนวปฏิบัติในการดูแลเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยตามเป้าหมายของการบริการห้องคลอด ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ต่อไปนี้

“ที่ผ่านเราได้มีการอบรม CPR เด็ดถ้อยว่าเป็นการกระตุ้นว่าถ้าเราเจอปัญหาตรงนี้เราสามารถเอาความรู้มาใช้ได้ เรื่องแผลฝีเย็บติดเชื้อ เมื่อเกิดปัญหาตรงนั้นเรามีมาตรการป้องกันรองรับ แต่มันจะครอบคลุมปัญหาเรื่องอื่น ๆ ไหม เช่น *birth asphyxia* (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด)ซึ่งเรายังไม่เจอหรืออีกอย่างหนึ่ง *case no ANC* (ไม่ได้ฝากครรภ์) ไม่มีผลเลือดซึ่งเป็น *case* ที่ไม่คาดคิด เราเคยคิดหามาตรการป้องกันบ้างไหม”

2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพยังไม่เพียงพอ สาเหตุส่วนใหญ่บุคลากรของห้องคลอดไม่ได้เข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงของงานห้องคลอดมีประสบการณ์การทำงานด้านความเสี่ยงน้อย ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงของงานห้องคลอด ดังต่อไปนี้

“ในฐานะทำงานห้องคลอดก็รับผิดชอบงานความเสี่ยงประมาณ 4 เดือน คือ ไม่เคยได้รับการส่งต่อกับผู้รับผิดชอบจากงานความเสี่ยงโดยตรงจึงไม่ค่อยรู้ว่าการดำเนินงานความเสี่ยงจริงๆแล้วคืออะไร เครื่องมือพัฒนาคุณภาพมีอะไรบ้าง เหมือนเป็นงานใหม่เป็นงานคุณภาพก็หนักใจกลัวทำงานได้ไม่ดี”

ซึ่งเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ให้ความเห็นในทำนองเดียวกันว่า ในการประชุมกลุ่มร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพอาศัยการเรียนรู้จากผู้ร่วมงาน หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พวกหนูก็เพิ่งได้รู้การทำ *root cause* จากพี่ (หัวหน้าห้องคลอด) เมื่อก่อนไม่รู้เลย”

“ตอนเราประชุมเกี่ยวกับ *epi* คิดเชื่อก็อาศัยป่า (หัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง) พี่ (ผู้รับผิดชอบ *IC* ของโรงพยาบาล) หมอ (แพทย์ประจำโรงพยาบาล) พี่ (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล) ช่วยกันหา *root cause* อีกตอนที่เกิดปัญหากับคนไข้ 2 รายหลัง เกรีย่มากเลย มันเกิดขึ้นซ้ำ ”

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานประจำห้องคลอดให้ความเห็นว่า ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการหาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหา เนื่องจากไม่เคยได้รับการประชุมอบรม ดังคำพูดต่อไปนี้

“ตั้งแต่ทำงานมา ไม่เคยได้เข้าประชุม *root cause* เลยสักครั้ง”

3) การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเกิดจากความเคยชินในการปฏิบัติแบบเดิมแล้วไม่เกิดความเล็งขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การเย็บแผลฝีเย็บไม่ถูกวิธี ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงของงานห้องคลอด ดังต่อไปนี้

“อาจจะเป็นที่ตัวบุคคลหรือเจ้าหน้าที่เราอาจจะไม่ระวังที่ทำกับผู้ป่วย บางครั้งตัวเองเคยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทักษะของเจ้าหน้าที่ ในส่วนตรงนี้จึงทำให้เกิดความผิดพลาดได้”

“ ก็อย่างที่เราทำ *root cause* ของแผล *epi* (แผลฝีเย็บ) คิดเชื่ 2 case 3 case เกิดจากการเย็บไม่ถูกนะ ”

3.1.3 การสื่อสารข้อมูลการจัดการความเสี่ยงภายในห้องคลอด

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงภายในห้องคลอดให้บุคลากรได้รับทราบโดยการบันทึกในสมุดเหตุการณ์ประจำวัน สมุดบันทึกเหตุการณ์เกือบพลาดของหน่วยงาน แฝมเอกสารความเสี่ยง การประชุมภายในหน่วยงาน และการรับ-ส่งเวร แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารไม่เพียงพอ เช่น ความเสี่ยงที่เกิดกับหญิงหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละเวรจะต้องมีการส่งต่อเวรด้วยวาจา บันทึกเหตุการณ์ ให้เวรต่อไปได้รับทราบเหตุการณ์หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในเวรนั้น ๆ บางครั้งบุคลากรไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานเนื่องจากเป็นวันหยุด ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ต่อไปนี้

“บางครั้งไม่รู้เลยว่ามีความเสี่ยงแบบนี้เกิดขึ้นด้วยหรือ เนื่องจาก off (วันหยุด) พอมาขึ้นเวรก็งง เหมือนกันนะพี่”

3.2 การลดความเสี่ยง

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการดำเนินการลดความเสี่ยงเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วใน 2 ลักษณะคือ อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงาน และอุบัติเหตุที่ต้องแก้ไขโดยคร่อมสายงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงาน

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการดำเนินการเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในหน่วยงานเช่น กรณีญาติผู้รับบริการหลังคลอดไม่พึงพอใจ แพทย์ผู้ให้การรักษาและพยาบาลจะให้ข้อมูลจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทั้งผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทางเป็นมิตรและให้การดูแลใกล้ชิดเพื่อลดความรุนแรง พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์

3.2.2 อุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยคร่อมสายงาน

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการดำเนินการจัดการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพในกรณีที่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นด้านคลินิกตั้งแต่ระดับ E หรือด้านบริการสนับสนุนระดับปานกลาง เช่น การพัฒนาแนวทางป้องกันการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ เพื่อระดมสมองทำการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา ในการจัดทำมาตรการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นในผู้รับบริการรายต่อไป

4. การประเมินผล

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้ดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงโดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้ดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงจากการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงทุกเดือนเฉพาะตัวชี้วัดที่เกิดปัญหาเช่น ร้อยละของอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ โดยงานห้องคลอดมีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสารสนเทศเป็นผู้สรุปตัวชี้วัดของหน่วยงาน ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงจะสามารถติดตามได้จากบันทึกการรับส่งเวร สมุดรายงานความเสี่ยงเกือบพลาดของหน่วยงาน และสมุดติดตามการนมมารดาแก่ทารก แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพ ส่วนใหญ่เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยบริการจะได้รับการเฝ้าระวังมากขึ้น ทำให้ตัวชี้วัดคุณภาพอื่นที่ไม่เกิดปัญหาไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ช่วงนี้เราก็เฝ้าระวังเป็นพิเศษโดยเฉพาะแผล *epi* (แผลฝีเย็บ) บางครั้งไม่ค่อยได้ติดตามเรื่องตกเลือด หรือ *birth asphyxia* (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) เลย”

4.2 การประเมินผลการปฏิบัติงาน

งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้ดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงจากการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 ถึงปัจจุบัน ซึ่งโรงพยาบาลได้กำหนดกิจกรรมของการบริหารความเสี่ยงเป็นเกณฑ์ประเมินกลางที่เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานและรายบุคคล ผลการประเมินเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง 6 เดือนแรกปีงบประมาณ 2554 มีผลคะแนนเท่ากับ 4 จากคะแนนเต็ม 5 ซึ่งเป็นคะแนนของการบริหารความเสี่ยงทั้งหน่วยงานและรายบุคคล จุดที่ยังบกพร่องคือ มีอุบัติเหตุด้านคลินิก (*clinical risk*) เกิดซ้ำ ได้แก่ อุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ งานห้องคลอดมีการดำเนินการแก้ไข โดยทำการวิเคราะห์ปัญหาด้วยการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา นำมาวางแผนจัดทำแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งผู้ศึกษาขอนำเสนอตามประเด็นปัญหาที่พบจากการศึกษาดังนี้

1. การพัฒนากลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลเขียนรายงานอุบัติการณ์

ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงของงานห้องคลอดที่พบปัญหาคือการรายงานอุบัติการณ์ลดลง อันเนื่องมาจากการเข้าใจผิดของผู้ปฏิบัติ การกลัวเกิดผลกระทบต่อผู้เขียนและหน่วยงาน การไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์และการไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ ตัวอย่างที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตัวแทนของคณะกรรมการทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานความเสี่ยงของห้องคลอดและพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการกระตุ้นให้บุคลากรเขียนรายงานอุบัติการณ์ ดังนี้

1.1 หัวหน้าหน่วยงานหรือตัวแทนของทีมความเสี่ยงคอยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติเขียนรายงานอุบัติการณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า การรายงานอุบัติการณ์จะต้องอาศัยหัวหน้าหน่วยงานหรือตัวแทนของทีมความเสี่ยงกระตุ้นผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างความเข้าใจของผู้ปฏิบัติในหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ทางเดียวคือ ระบบบริหารความเสี่ยงจะต้องพัฒนาไปเรื่อย ๆ พยายามจะต้องให้หัวหน้าหน่วยงานหรือฟา(facilitator)ของทีมความเสี่ยงเข้าไปกระตุ้นให้เห็นความสำคัญตรงนี้ ทำให้เกิดการปฏิบัติมากขึ้น”

1.2 การใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดระดับบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของคณะกรรมการทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า การเขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้น จะต้องสร้างความตื่นตัวโดยใช้เกณฑ์ประเมินกลางที่เกี่ยวกับความเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดระดับบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาอุปสรรคตอนนี้ก็คือ ใบ IR(incident report) เราลดลง จากปีก่อน ๆ 1600 ฉบับ ตอนนี้ 6 เดือนแค่ 600 กว่า ซึ่งอีก 6 เดือนหลัง ก็แค่ 1200 ซึ่งเรามีโครงการน่าจะสร้างความ

ต้นตัว ประธานเล็งเห็นเลยปรับเกณฑ์กลางมาอีกข้อหนึ่งว่า ร้อยละของการรายงานความเสี่ยงเพิ่มจากเดิม 30% ในรอบ 6 เดือนหลังที่เราจะประเมินกัน น่าจะแก้ปัญหาได้”

ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานความเสี่ยงของห้องคลอดมีความเห็นว่า การใช้เกณฑ์ประเมินจะช่วยกระตุ้นให้ทุกคนช่วยกันเขียนรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“ซึ่งก็ดีที่มีเกณฑ์ประเมินมาจับ ทำให้ทุกคนช่วยกันเขียนคนละ 1-2 ครั้ง ถือว่าเป็นการกระตุ้น”

1.3 การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้ากลุ่มพยาบาลให้ความเห็นว่า บุคลากรพยาบาลต้องมีทัศนคติเชิงบวกในการรายงานอุบัติการณ์ว่า การรายงานอุบัติการณ์นั้นเพื่อการแก้ไขปัญหาส่งผลให้กับผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตรงนี้ คิดว่า อยากให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับคิด *positive* (เชิงบวก) กับการบริหารความเสี่ยงว่า การรายงานอุบัติการณ์ที่พบมันเรื่องที่สำคัญทั้งตัวเอง หน่วยงาน ซึ่งส่งกับผู้รับบริการปลอดภัย”

สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานความเสี่ยงของห้องคลอด กล่าวว่า ควรมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์เป็นเชิงบวก ด้วยการชี้แจงเหตุผลของการเขียนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“น่าจะเปลี่ยนความคิดว่า การเขียนไม่ถือว่าเป็นความผิดของใคร การเขียนเป็นการพัฒนาหน่วยงานและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น”

“ต้องมีการชี้แจงว่า ทำไมต้องเขียน ทำไมต้องบันทึก ทำให้เราต้องรายงานเพื่อให้เห็นความสำคัญจะได้ช่วยกันพัฒนา”

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า เจ้าหน้าที่ควรเล็งเห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ โดยเริ่มที่ตัวเองก่อนเขียนรายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับการบริการด้านสนับสนุน ก่อทำให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาหน่วยงาน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ให้เจ้าหน้าที่เล็งเห็นความสำคัญของใบนี้ก่อน ต้องมาแจ้งวัตถุประสงค์ให้ทราบก่อนว่าทำเพื่ออะไร แล้วส่งผลดีหรือเสียอย่างไร จะช่วยให้คนห้องคลอดเขียนได้มากกว่านี้”

“การเขียนอุบัติการณ์น่าเป็นที่ยึดเราเองก่อนที่เขียน แล้วทำให้เห็นว่าการเขียนนำไปพัฒนาให้ดีขึ้นและเกิดประโยชน์กับหน่วยงาน”

“ช่วงแรกควรเริ่มเขียนในแง่ของบริการสนับสนุนก่อน เช่นเครื่องมือ เครื่องมือจะทำให้เราเข้าใจมากยิ่งขึ้น”

1.4 การจัดเพิ่มพูนความรู้ในการเขียนรายงานอุบัติการณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า ควรมีการจัดเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการเขียนรายงานอุบัติการณ์เพื่อให้ทุกคนเห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ โดยให้ตัวแทนของห้องคลอดที่รับผิดชอบงานความเสี่ยง เลขานุการของทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ พร้อมยกตัวอย่างให้ชัดเจน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“อันดับแรกห้องคลอดมีตัวแทนความเสี่ยง อยากให้มาช่วยสอนการเขียนรายงานอุบัติการณ์”

“สำหรับนอกหน่วยงานก็น่าเป็นเลขาความเสี่ยงซึ่งมีความรู้และเชี่ยวชาญเรื่องนี้สามารถสอนการเขียนรายงานอุบัติการณ์ ทำให้พวกเราเข้าใจมากกว่านี้”

ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงของห้องคลอดให้ความเห็นว่า ควรมีพูดคุย การชี้แจงเหตุผลของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงาน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“น่ามีการพูดคุยชี้แจง ว่าถ้าเจออุบัติการณ์อะไร ควรจะเขียนเพื่อมันเป็นประโยชน์กับคนไข้จะได้นำมาปรับปรุง ถือเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับคนไข้หรือว่าถ้ามีก็จะได้เกิดน้อยที่สุด”

1.5 การสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า โรงพยาบาลจะต้องสร้างแรงจูงใจในการเขียนรายงานความเสี่ยงด้วยการให้รางวัลแก่หน่วยงาน จะทำให้มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เราต้องมีแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลเหมือนกับที่โรงพยาบาลเคยทำให้ทุกหน่วยช่วยกันเขียนเพื่อพัฒนาความเสี่ยงใน โรงพยาบาล ซึ่งช่วงนั้นรายงานความเสี่ยงจะเยอะมาก”

2. การจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงให้ครอบคลุม

ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการจัดการความเสี่ยงของงานห้องคลอดที่พบปัญหา คือ แนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงของห้องคลอดยังไม่ครอบคลุม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงให้ครอบคลุมผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยเช่น แนวทางการป้องกันการลักขโมยเด็ก แนวทางการป้องกันการติดเชื้อโดยการเก็บแถบ sterile ในอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“น่าจะทำแนวปฏิบัติไว้ เช่น การลักขโมยเด็ก ถึงแม้จะมีกล้องก็ตาม เพราะไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ER (งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน) มี case CPR ก็ไปช่วยกันหมด”

“เรื่อง IC มันเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่ง ผมมองว่า ห้องคลอดใช้ set 3 set จะมี 3 แถบ sterile ใน set คลอด, set เครื่องมือและ set ผ้าสีเหลือง ถ้ามันไม่ sterile จะส่งผลให้คนไข้โดยตรง ที่ ๆ ห้องคลอดบอกให้ผมเอาแถบ sterile ติดไว้ที่บอร์ด ทำให้เราทราบว่ามันพร้อมใช้หรือเปล่า การทำแบบนี้สามารถป้องกันความเสี่ยงกับคนไข้ได้”

3. การให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพ

3.1 ผลการศึกษาการดำเนินงานในขั้นตอนการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่า การประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงไม่ถูกต้องนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า ควรมีการจัดอบรมหรือการพูดคุย พร้อมยกตัวอย่างความเสี่ยงภายในห้องคลอดที่เกิดขึ้นว่า ความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอยู่ระดับไหน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“อยากให้จัดอบรมหรือคุยกัน ยกตัวอย่างด้วย เช่น สมมติว่าเจอของ *sterile* (ปราศจากเชื้อโรค) ที่หมดอายุจะประเมินความรุนแรงระดับไหนถ้าพูดอย่างเดียวมองไม่เห็นภาพ”

3.2 ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการจัดการความเสี่ยงของงานห้องคลอสดที่พบปัญหา คือ การมีความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพไม่เพียงพอ นั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า ควรมีการให้ความรู้แก่นักการพยาบาลทุกคนในการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ในจัดการบริหารความเสี่ยง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“โรงพยาบาล น่าจะจัดประชุมสักครั้งที่เกี่ยวกับเครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ในจัดการบริหารความเสี่ยง”

“ควรจะเป็นพยาบาลทุกคนที่เข้าร่วมประชุม ไม่ใช่เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบงานความเสี่ยง จะได้เรียนรู้ด้วยกัน”

4. การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการจัดการความเสี่ยงของงานห้องคลอสดที่พบปัญหา คือ การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขคือ ควรได้รับการกระตุ้นจากผู้ร่วมงาน หัวหน้างาน และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และการทบทวนแนวทางการดูแลผู้รับบริการคลอสด เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็อยากให้ (กล่าวถึงชื่อหัวหน้ากลุ่มการ) หรือไม่กี่พี่ (มองที่ผู้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นหัวหน้างานห้องคลอสด) ช่วยบอกหรือให้คำแนะนำจะได้ทำได้ถูกต้อง เนื่องจากcase เรามีน้อย บางครั้งก็อาจจะ *loss* ได้”

“ก็อย่างน้อง (ชื่อน้องพยาบาลจบใหม่) พี่ (ตัวผู้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นหัวหน้างานห้องคลอสด) หรือพวกเราทุกคนในห้องคลอสด จะต้องช่วยกันดูแลน้องให้ทำให้ได้ จะได้มีประสบการณ์เมื่อมี *case* คลอสด”

“ผมคิดว่าน่าจะนำ case มา conference เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรห้องคลอดทุกคน หรืออาจจะเดือนละ case ก็ได้หรืออาจจะเป็น case normal (การคลอดปกติ) ก็ได้จะทำให้เราไม่ลืม เราจะได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพราะว่าผลได้ผลเสียอยู่ที่ผู้ป่วย เรามีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วย ผมว่าตรงนี้น่าจะดี”

5. การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงาน

ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการจัดการความเสี่ยง ด้านการป้องกันความเสี่ยง พบว่ามีปัญหาเรื่องของการสื่อสาร ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้บุคลากรขาดความระมัดระวังในการป้องกันการเกิดความเสี่ยง และไม่ได้ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควรในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข คือ ควรมีสรุปข้อมูลการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในห้องคลอดมาสื่อสารในการประชุมประจำเดือนของห้องคลอดทุกครั้ง หรือการส่งต่อเวรเมื่อมีผู้รับบริการในห้องคลอดเช่น การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหญิงหลังคลอด ภายใน 2 ชั่วโมงแรกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้แก่ หญิงหลังคลอดปัสสาวะออกจำนวนเท่าไร ก็ครั้งในเวร มีเลือดออกจำนวนเท่าไร เปลี่ยนผ้าอนามัยกี่แผ่น มดลูกหดรัดตัวดีหรือไม่ แผลฝีเย็บแยกหรือไม่มี hematoma หรือไม่เป็นคัน และควรบันทึกการจัดการความเสี่ยงในสมุดส่งเวรโดยการขีดเส้นด้วยปากกาสีแดง จะทำให้มีการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงมากขึ้นส่งผลให้ผู้รับบริการปลอดภัย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คิดว่าเรื่องการสื่อสาร สมมติพบปัญหาเกี่ยวกับคนไข้ 1 คน ขณะอยู่เวร 8 ชั่วโมงเป็นหญิงหลังคลอด bladder full (กระเพาะปัสสาวะเต็ม) ควรจะมีการส่งต่อเวรว่า มีvoid (ปัสสาวะ) ก็ครั้งจำนวนเท่าไร เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด”

“ไม่อยากให้พูดอย่างเดียว อยากให้ช่วยกันบันทึกในสมุดส่งเวรกันทุกครั้ง ขีดสีแดงเน้น ๆ หน่อย ทุกคนที่ขึ้นเวรก็จะได้อ่านด้วย”

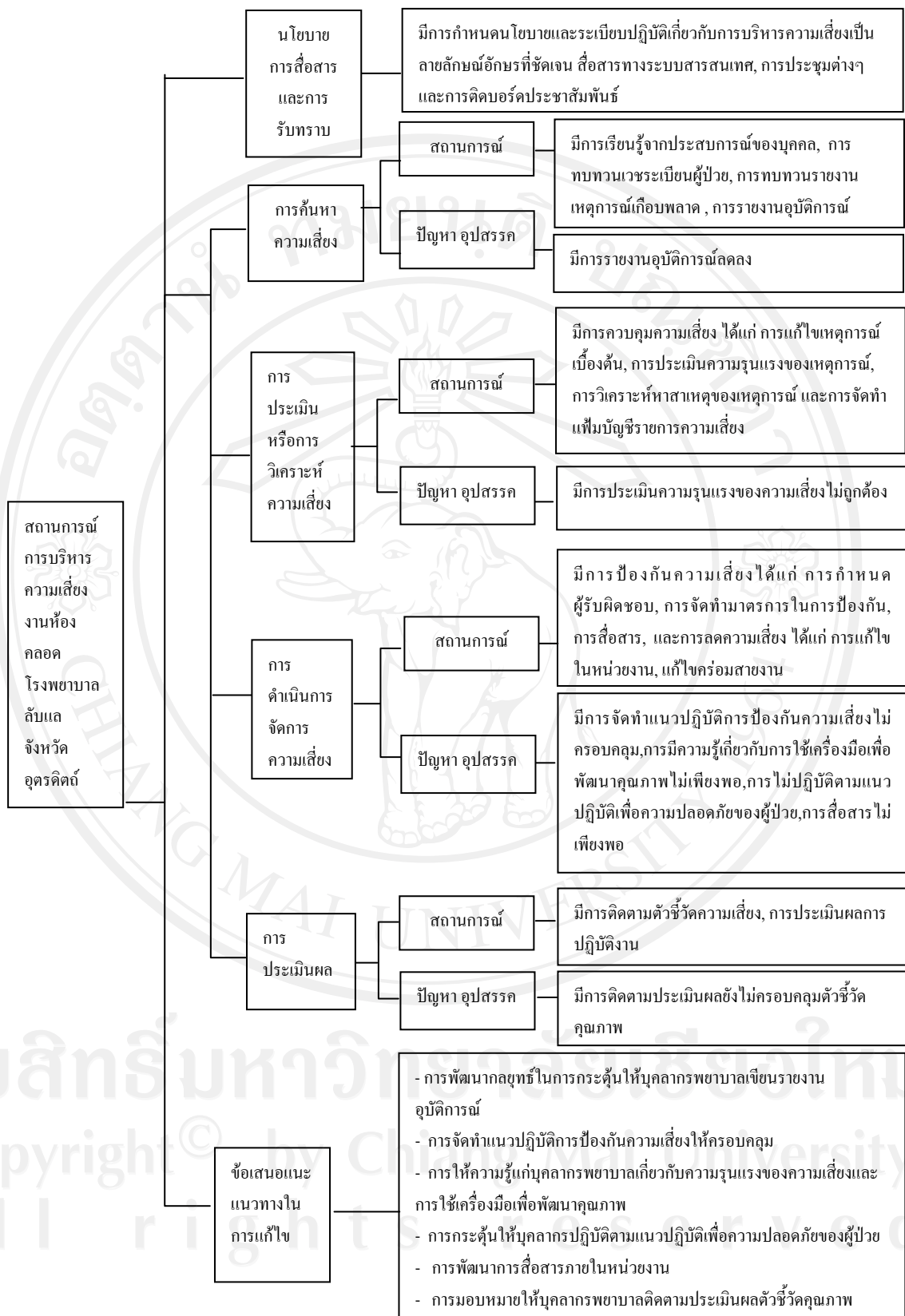
6. การมอบหมายงานให้บุคลากรพยาบาลติดตามประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ

ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการประเมินผลความเสี่ยงของงานห้องคลอดที่พบปัญหา คือ การติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดให้ความเห็นว่า ควรมีการมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดรับผิดชอบติดตามตัวชี้วัดงานคุณภาพทุกคนเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของงานห้องคลอดคือ ลูกเกิด

รอดแม่ปลอดภัย เช่น การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บมอบหมายให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ภาวะตกเลือดหลังคลอดมอบหมายให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานประสานการดูแลผู้ป่วย ทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนมอบหมายให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานหลังคลอด และนำผลสรุปตัวชี้วัดที่รับมอบหมายมาคุยกันเวลาประชุมห้องของทุกเดือน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็อย่าง (พยาบาล ป) เก็บเรื่องติดเชื้อ *epi* แล้ว (พยาบาล น) เก็บเรื่องตกเลือดหรือ (พยาบาล ช) เก็บ *birth asphyxia* (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) แบ่งๆกัน เก็บก็ได้”

“คิดว่าน่าจะสรุปตัวชี้วัดทุกเดือน มาพูดกันเวลาประชุมห้องด้วยนะ”



ภาพที่ 6 สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้ข้อสรุปของสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงเกี่ยวกับการรับทราบนโยบายและสื่อสารนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง และการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผู้ศึกษาขอเสนอการอภิปรายผลของการศึกษา ในแต่ละหัวข้อ ดังต่อไปนี้

การกำหนดนโยบาย การสื่อสารนโยบายและการรับทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาที่พบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายของการบริหารความเสี่ยงและการกำหนดระเบียบปฏิบัติของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ชัดเจน โดยมีการสื่อสารนโยบายไปยังบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลทางระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล การติดประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ รวมทั้งมีการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล การประชุมของทีมนำคุณภาพ และการประชุมประจำเดือน เพื่อให้มีการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลลับแลมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงโดยมีการจัดตั้งทีมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน เกสชกรเป็นเลขานุการและตัวแทนของหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลจำนวน 14 หน่วยงานได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานหน่วยจ่ายกลางและซักฟอก งานเกสชกรรม งานทันตกรรม งานชันสูตร งานรังสี งานเวชสถิติ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด และกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ ร่วมกันกำหนดนโยบายของการบริหารความเสี่ยงและกำหนดระเบียบปฏิบัติของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และสื่อสารให้บุคลากรทุกคนรับทราบนโยบาย และมีความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตามแนวทางของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.) ระบุว่า การที่ผู้บริหารต้องกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เนื่องจากในการสร้างระบบบริหารความเสี่ยงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่คณะผู้บริหารจะต้องมีการวางระบบนโยบายที่ชัดเจน และประกาศให้บุคลากรรับทราบ เพราะนโยบายซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ จะสะท้อนถึงจุดยืนของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้บุคลากรทุกคนทราบขอบเขต ความรับผิดชอบของตน และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544)

และการสื่อสารโดยผ่านการประชุมจะทำให้บุคลากรทราบข่าวสารขององค์กร เข้าใจถึงกฎ เงื่อนไขต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดปัญหา อุปสรรคในการทำงาน (สมชาติ กิจยรรยง, 2546) โดยที่การสื่อสารตามสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่งคือ จากระดับบริหารผ่านมาทางหัวหน้าฝ่าย และหัวหน้างาน และในแนวราบคือ จากหัวหน้างานมายังคณะกรรมการระดับหน่วยงาน โดยการประชุมชี้แจงในแต่ละระดับ ถือได้ว่าเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวทางในการบริหารองค์กร เพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติทุกขั้นตอน เพราะการสื่อสารตามแนวดิ่ง จะช่วยเพิ่มความสามารถของโครงสร้างในการเคลื่อนย้ายข้อมูลตามลำดับชั้น ในขณะที่การสื่อสารตามแนวราบ จะช่วยให้ข้อมูลระหว่างหน่วยต่าง ๆ ในระดับล่างเป็นไปโดยคล่องตัว และทั่วถึงยิ่งขึ้น (ธงชัย สันติวงศ์, 2541)

การดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

1. การค้นหาความเสี่ยง

ผลการศึกษาที่พบว่า งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้มีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากประสบการณ์ของผู้ร่วมงาน ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย รายงานเหตุการณ์เกือบพลาด และรายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ได้เข้าร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามแนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ปัจจุบันมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลลับแลมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ และเป็นกิจกรรมหลักหนึ่งที่ต้องผ่านการตรวจสอบเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สิทธิศักดิ์ พลภักย์พิติกุล, 2544) เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย ผู้บริหารของโรงพยาบาล จึงได้มีนโยบายที่มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยงานมีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนโดยในขั้นตอนแรกคือการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งการที่หน่วยงานได้มีการค้นหาความเสี่ยงในหลายวิธีดังกล่าวนี้ เป็นไปในทำนองเดียวกับอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543ก) ระบุว่าการค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เพื่อช่วยให้การค้นหาความเสี่ยงมีความสมบูรณ์ และถูกต้องสำหรับการจัดการที่เหมาะสม เช่นเดียวกันกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548) ซึ่งได้ระบุว่าการค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งนี้ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการดำเนินงานในการค้นหาความเสี่ยงของงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ในแต่ละวิธีดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาที่พบว่างานห้องคลอด มีการค้นหาความเสี่ยงจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคล เนื่องจากงานห้องคลอดมีหน้าที่ให้บริการผู้คลอดตั้งแต่ระยะรอคลอด ขณะคลอดและหลังคลอดรวมถึงการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงต้องทำหน้าที่ดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพแต่ละเวรจะส่งต่อเวรเกี่ยวกับความก้าวหน้าของแต่ละระยะของการคลอดรวมถึงอาการที่ต้องเฝ้าระวังผู้คลอดและทารกแรกเกิดที่มีอาการผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ บางครั้งพยาบาลวิชาชีพที่เคยพบความเสี่ยงต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้คลอดจะพูดคุยขณะส่งเวร เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด ซึ่งยังไม่ได้มีการเรียนรู้ด้วยวิธีอื่นได้แก่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลนอกหน่วยงาน การเรียนรู้จากเอกสารวิชาการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัทธิดา สุกีสุทธิ์ (2550) วิสัย คะดา (2547) พบว่า การค้นหาความเสี่ยงได้มาจากประสบการณ์ของบุคคลเช่นกัน

ผลการศึกษาที่พบว่างานห้องคลอด มีการค้นหาความเสี่ยงจากทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย โดยมีการดำเนินการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดความเสี่ยงขึ้นกับผู้รับบริการเฉพาะราย ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ การตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดให้มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งในการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนั้นยังไม่ได้ใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพอื่นๆเช่น การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิก และเครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) พบว่า การค้นหาความเสี่ยงได้มาจากทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโดยแพทย์และผู้บริหารทางการแพทย์ของงานการพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติและนำผู้ที่ได้จากการค้นหาความเสี่ยงมาเฝ้าระวังเพื่อไม่เกิดขึ้นซ้ำ เช่นเดียวกับแนวทางอนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543ก) ได้กล่าวว่า การค้นหาความเสี่ยงหน่วยงานสามารถเรียนรู้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจะสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นควบคุมความเสียหายและเป็นการป้องกันปัญหาในอนาคต

ผลการศึกษาที่พบว่างานห้องคลอด มีการค้นหาความเสี่ยงจากรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งงานห้องคลอดได้ปฏิบัติตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงและระเบียบปฏิบัติของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่กำหนดให้ โดยให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรายงานอุบัติการณ์เมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจจะเป็นรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดหรืออาจมีโอกาสดังเกิดขึ้นและที่เกิดขึ้นแล้ว สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัทธิดา สุกีสุทธิ์ (2550) พบว่า การค้นหาความเสี่ยงขององค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรรได้จากการเก็บบันทึกรายงานความเสี่ยงและแต่ละหน่วยงานรวบรวมรายการความเสี่ยงของหน่วยงานทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว ยังไม่เคยเกิดหรือมีโอกาสดังเกิดขึ้น ซึ่งเช่นเดียวกับแนวคิดของวิลสัน (Wilson, 1992) ที่กล่าวว่า การค้นหาความเสี่ยงสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และแนวทางซึ่งอนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543ก) ได้ระบุว่า การค้นหาความเสี่ยงหน่วยงาน

สามารถเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในหน่วยงานของคนที่อยู่ในกระบวนการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถือว่าเป็นกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานตนเอง ด้วยเรียนรู้จากระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงจากรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดเป็นผลดีต่องานห้องคลอดที่จะพบทวนปัญหาเพื่อการจัดการได้อย่างเหมาะสมในอนาคต

แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ลดลง ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาในแต่ละประเด็นของสาเหตุดังนี้

1) การกลัวเป็นความผิด เมื่อพิจารณาจากบริบทโรงพยาบาลลับแล เริ่มมีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรมในปีพ.ศ. 2552 ปัจจุบันผ่านมา 2 ปี ซึ่งอาจจะต้องระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ที่ผู้พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้มีการรายงานตามนโยบายความเสี่ยงที่กำหนดไว้ เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชฌिता สุกีสุทธิ์ (2550) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรรพบว่า การที่บุคลากรไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์นั้นเนื่องจากกลัวเป็นความผิดเช่นกัน

2) การกลัวเกิดผลกระทบต่อผู้เขียนและหน่วยงาน อาจทำให้บุคลากรทางการพยาบาลของห้องคลอดไม่ค่อยมีการเขียนรายงานอุบัติการณ์อาจเนื่องมาจาก เกณฑ์กลางของการประเมินผลการปฏิบัติมีตัวชี้วัดของโรงพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงว่า กรณีมีการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำในระดับ E จะส่งผลให้คะแนนของหน่วยงานลดลง จึงทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชฌिता สุกีสุทธิ์ (2550) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรรพบว่า การที่บุคลากรไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์นั้นเนื่องจาก ไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ กลัวเป็นความผิด และเกิดผลกระทบต่อผู้เขียน และเช่นเดียวกับข้อเขียนในบทความของ แมนโน, โฮแกน, ฮีเบอร์เลน, เนียคิตี, และ มี (Manno, Hogan, Heberlein, Nyakiti, & Mee, 2006) ได้ศึกษาโดยการสำรวจการรับรู้ของพยาบาลจำนวน 4,826 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าบุคลากรไม่อยากเขียนรายงานอุบัติการณ์เนื่องจากกลัวเกิดผลกระทบทางลบต่อผู้เขียน ดังข้อคิดเห็นของ วิณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) ที่กล่าวว่า อุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ของบุคคลอาจทำให้เกิดผลกระทบคือ การกลัวถูกกล่าวโทษ กลัวว่าการรายงานจะไม่ใช่ความลับเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้อง

3) การให้ความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์น้อย อาจทำให้บุคลากรทางการพยาบาลของห้องคลอดไม่ค่อยมีการเขียนรายงานอุบัติการณ์อาจเนื่องมาจาก งานห้องคลอดได้มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานความเสี่ยง ยังไม่ค่อยเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานความเสี่ยง ทำให้การกระตุ้น กำกับ และการประเมินผลติดตาม ส่งผลให้บุคลากรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงานลดลง

4) ไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากบริบทของงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จากสถิติข้อมูลของการให้บริการในงานห้องคลอดในปีพ.ศ. 2551-2553 พบว่ามีผู้รับบริการทั้งหมดจำนวน 172, 185 และ 256 ราย ตามลำดับ ทำคลอดปกติจำนวน 62, 51 และ 49 ราย ตามลำดับ คูเลตารกแรกเกิดจำนวน 62, 51 และ 49 ราย ตามลำดับ และคูเลตารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองจำนวน 8, 5 และ 7 ราย ตามลำดับ รวมทั้งการให้บริการชูดมดลูกและการตรวจภายใน อีกทั้งถ้าไม่มีผู้รับบริการพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจะต้องช่วยงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่าภาระงานที่มีปริมาณมากและมีความหลากหลาย อาจทำให้พยาบาลไม่ค่อยมีเวลาบันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) ที่วิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พบว่า การที่บุคลากรไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์นั้นเนื่องจากภาระงานมาก มีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลค่อนข้างมากในแต่ละเวรและต้องรีบเร่งปฏิบัติงานประจำและงานด่วนกว่าเพื่อให้งานเสร็จทันเวลา

2. การประเมิน หรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง

ผลการศึกษาที่พบว่า งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ได้ดำเนินการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยการควบคุมความเสี่ยงด้วยการดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์ในเบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ และการวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ และผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของห้องคลอดจัดทำแฟ้มบัญชีรายการความเสี่ยงทุก 3 เดือน ส่งรายงานให้หัวหน้างานและเลขานุการคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล อธิบายได้ว่าที่คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้มีกำหนดแผนผังการรายงานและการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน หน่วยงานสามารถประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์และสามารถเป็นแนวทางให้บุคลากรในการตัดสินใจและมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของงานห้องคลอดได้ทำตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และกลุ่มการพยาบาลที่กำหนด เพื่อต้องการให้บุคลากรรับรู้ถึงความเสี่ยงของหน่วยงานและมีความตระหนักถึงความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตราย หรือความสูญเสียที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) พบว่า ด้านการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงได้มีการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาประเมินระดับความรุนแรงตามเกณฑ์การแบ่งระดับอุบัติการณ์ตามความรุนแรงของฝ่ายการพยาบาล มีการจัดทำแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยงเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งหมดของหอผู้ป่วย มีการรายงานหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการด้านการประกันคุณภาพของงานการพยาบาลทุกเดือน อีกทั้งผลการศึกษาของพัชรีดา สุทธิสุทธิ (2550) พบว่า ในหน่วยงานได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากรายงานอุบัติการณ์โดยมีการให้คะแนนความถี่และ

ความรุนแรงของความเสียหายแต่ละเรื่องนำมาจัดลำดับ พร้อมทั้งมีการรวบรวมรายการความเสียหายและนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำมาตรการป้องกันหรือแนวทางแก้ปัญหาไว้ร่วมกัน และผลการศึกษาของพจนานุกรม, จารุชาติ, กัญญารัตน์, ผึ้งบรรหาร, ดวงฤดี, ห่อทอง และ หทัยรัตน์ จิรนนท์พิพัทธ์ (2548) พบว่าด้านการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงทุกหอผู้ป่วยได้วิเคราะห์กระบวนการหลักตั้งแต่การมารับบริการของผู้ป่วยทุกชั้นตอนถึงโอกาสที่จะเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นและโอกาสที่จะเกิด เพื่อนำมาพิจารณาความเสี่ยงและทุกหน่วยงานจัดทำบัญชีรายชื่อบัญชีความเสี่ยงส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลซึ่งตามแนวทางการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง แต่พบว่า บุคลากรในงานห้องคลอดประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงไม่ถูกต้อง อาจเนื่องจากการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมในปี 2552 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาบริหารความเสี่ยง อีกทั้งงานห้องคลอดได้มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานความเสี่ยงมีประสบการณ์การทำงานด้านความเสี่ยง 4 เดือนและยังไม่ได้ทำการศึกษาหรือเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง บางครั้งจะต้องอาศัยการเรียนรู้โดยการถามเลขาทีมความเสี่ยงหรือผู้ที่เคยพบกับเหตุการณ์ เพื่อนำไปสู่การประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรีดา สุทธิสุทธิ (2550) พบว่าเจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่ทราบเกี่ยวกับการแบ่งระดับความรุนแรงและการตัดสินใจว่าความเสี่ยงเรื่องใดมีระดับความรุนแรงหรืออันตรายมากน้อยกว่ากันเป็นการตัดสินใจโดยใช้ความรู้สึกของตนเอง ส่วนเจ้าหน้าที่ที่ทราบถึงการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยง แต่ไม่ทราบว่าความเสี่ยงแต่ละเรื่องอยู่ในระดับใด และผลการศึกษาของเอี่ยมพร ชมพูนี (2551) พบว่าพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง แต่ส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอ ขาดความรู้ในระดับและเนื้อหาของความเสี่ยง การเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยเฉพาะการประเมินระดับความเสี่ยงและการบรรยายรายงานเหตุการณ์สำคัญของความเสี่ยง ซึ่งเช่นเดียวกับแนวคิดของวิลสัน (Wilson, 1992) ได้กล่าวว่า การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงควรมีการพิจารณาความถี่ ความรุนแรงของอันตรายและความเสียหายที่เกิดขึ้น จะช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทันที

3. การดำเนินการจัดการความเสี่ยง

ผลการศึกษาที่พบว่า งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการดำเนินการจัดการความเสี่ยงโดยการกำหนดผู้รับผิดชอบทำหน้าที่รวบรวมความเสี่ยงเกิดขึ้นมาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง นำไปสู่การจัดการความเสี่ยงเพื่อควบคุมความสูญเสียได้แก่ การป้องกันความเสี่ยงด้วยการจัดทำมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และการลดความเสี่ยงนั้น ทั้งนี้เนื่องจากว่า งานห้องคลอดจะปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาลลับแล เรื่อง การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลับแล (เอกสารเลขที่ SP - RMC - 01

ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ 02 วันที่บังคับใช้ 16 กรกฎาคม 2553) ได้มีการแต่งตั้ง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานจำนวน 1 คน เป็นตัวแทนของห้องคลอดในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งได้ทำหน้าที่รับผิดชอบทั้งที่กล่าวข้างต้น เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นสามารถให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นทันที รวมทั้งการบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์และการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้สนับสนุนให้งานห้องคลอดสามารถดำเนินการในการป้องกันความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) และ พัทธิดา สุภิสุทธิ (2550) พบว่า มีการดำเนินการจัดการความเสี่ยงใน 2 ลักษณะ คือ 1) การป้องกันความเสี่ยงได้แก่ การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง การมีมาตรการป้องกันความเสี่ยง การจัดทำแผนการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง การสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงภายในหอผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่บุคลากร 2) การลดความเสี่ยงหลังเกิดเหตุการณ์ได้แก่ การดำเนินการแก้ไขอุบัติการณ์ภายในหน่วยงานและการดำเนินการแก้ไขอุบัติการณ์โดยคร่อมสายงาน ซึ่งงานห้องคลอดมีการดำเนินการจัดการความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมกลยุทธ์ทั้งหมดได้แก่ การยอมรับความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง และการถ่ายโอนความเสี่ยง ซึ่งทางโรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนากลยุทธ์ของการดำเนินการจัดการความเสี่ยงดังกล่าวด้วยในโอกาสต่อไป อย่างไรก็ตามในขั้นตอนการดำเนินการจัดการความเสี่ยงของงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า การจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่เพียงพอ การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการสื่อสารไม่เพียงพอ ซึ่งผู้ศึกษาขออภิปรายผลของการศึกษาในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

3.1 การจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม

ผลการศึกษาที่พบว่า แนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม เนื่องจากว่างานห้องคลอดได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเฉพาะรายที่เกิดความเสี่ยง เช่น แนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และแนวทางการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ปัจจุบันมีการจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการอื่นที่ไม่เกิดปัญหาขึ้นที่ทันเวลาและต่อเนื่อง เช่น แนวทางการป้องกันการลักขโมยทารกแรกเกิด แนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด แนวทางการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้คลอดต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันจะต้องมีการดำเนินการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ดังแนวคิดเพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2546) กล่าวว่า กระบวนการจัดการและการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จะต้องมีการประสานการดูแลผู้ป่วยในการจัดการในคลินิกที่เหมาะสมโดยจะต้องมีการนำแนวปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพมาดำเนินการ เพื่อพัฒนามาตรฐานให้ทันสมัยสอดคล้องกับผู้ป่วยซึ่งจะทำให้มีการจัดการความเสี่ยงมี

ศักยภาพส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง จะส่งผลให้การเฝ้าระวังความเสี่ยงได้รับการปรับปรุงแก้ไข ลดช่องว่างระหว่างปัญหา ความผิดพลาดและความบกพร่องที่อาจก่อความสูญเสียให้แก่ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่เพียงพอ

ผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า บุคลากรของห้องคลอดส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพในการจัดการความเสี่ยง ซึ่งทำเฉพาะการค้นหาปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเสียหายโดยอาศัยการเรียนรู้จากหัวหน้างาน หรือการเรียนรู้จากผู้ร่วมงานที่เคยทำในจัดทำแนวทางเพื่อนำไปปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้รับบริการ อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพของงานห้องคลอดที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับความเสี่ยง 4 เดือน ซึ่งการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพถือว่าเป็นแนวคิดใหม่ที่น่าสนใจนำมาใช้ในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของงานห้องคลอดสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการจัดการความเสี่ยงคือ การมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาลได้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประกันคุณภาพของหอผู้ป่วย แต่ในการปฏิบัติทำได้ยาก ไม่ค่อยเข้าใจ ผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบถึงความหมาย ความสำคัญและรายละเอียดของการปฏิบัติ และผลการศึกษาของ ชะลอ น้อยเผ่า (2544) อภิญา ทิท่า (2546) และ วิสัย กะตา (2547) พบว่า ปัญหา อุปสรรคของการบริหารจัดการความเสี่ยง คือ การที่บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง

3.3 การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการศึกษาที่พบว่า การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด่วน เช่น อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำของหญิงหลังคลอดมีภาวะติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ ซึ่งงานห้องคลอดได้มีการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อเกิดจากบุคลากรมีทักษะการเย็บแผลฝีเย็บไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติของการเย็บแผลฝีเย็บ อีกทั้งภาระงานของห้องคลอดมีมากและมีความหลากหลายได้แก่ การดูแลผู้คลอดตั้งแต่ระยะก่อน ขณะ หลังคลอดรวมถึงทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง และในกรณีไม่มีผู้รับบริการคลอดพยาบาลวิชาชีพของห้องคลอดจะต้องไปช่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน อาจทำให้ไม่มีเวลาในการทบทวนแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการจัดการความเสี่ยงคือ บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีการปฏิบัติที่ไม่ต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการะงานมาก ทำงานไม่ทัน เช่นกัน

3.4 การสื่อสารไม่เพียงพอ

ผลการศึกษาที่พบว่า การสื่อสารข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับการดำเนินงานจัดการความเสี่ยงไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเป็นได้ว่า กรณีที่เจ้าหน้าที่บางคนไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในช่วงเวลานั้น อาจเป็นช่วงวันหยุด หรือลาพักผ่อน ทำให้ไม่ได้การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้บุคลากรขาดความระมัดระวังในการป้องกันความเสี่ยง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพินท์ จันทร ปัญญาสกุล (2553) และ เอี่ยมพร ชมพุมิ (2551) พบว่า ปัญหาของการจัดการความเสี่ยงคือ มีการสื่อสารไม่เพียงพอเนื่องจากหอผู้ป่วยใช้เวลาในช่วงเช้าของการประชุมเพื่อปรึกษาหรือตอนเช้าวันราชการเพียงอย่างเดียว ทำให้บุคลากรพยาบาลไม่สามารถรับทราบข้อมูลได้ทั้งหมดและกรณีเวรหยุดหรือลาพักผ่อนไม่สามารถทราบข้อมูลการจัดการความเสี่ยง ส่วนการศึกษาของ ชลอ น้อยเผ่า (2544) พบว่า ปัญหาที่พบมากในการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยคือการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการภาวะเสี่ยงร้อยละ 79.61 สาเหตุเกิดจากความล่าช้าของการติดต่อสื่อสาร ประสานงานและการติดต่อสื่อสารไม่ทั่วถึงผู้รับ เช่นเดียวกับ แมนโน และคณะ (Manno et al., 2006) ซึ่งได้ศึกษาโดยการสำรวจการรับรู้ของพยาบาลจำนวน 4,826 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการดูแล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.1 เป็นค่าเฉลี่ยสูงสุดในระบบการดูแลผู้ป่วยเกิดจากการสื่อสารไม่ดี ทำให้ JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ต้องปรับปรุงการสื่อสารในหน่วยงานดูแลสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร

4. การประเมินผล

ผลการศึกษาที่พบว่า มีการดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงคือ การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า งานห้องคลอดได้มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสารสนเทศเป็นผู้ติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงทุกเดือน โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่เกิดปัญหาเช่น ร้อยละของอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 ถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลลับแลได้มีการปรับเปลี่ยนการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยการกำหนดให้เกณฑ์การบริหารความเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานและรายบุคคลมีดำเนินงานโดยใช้ฐานข้อมูลจากรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานซึ่งทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานและรายบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) พบว่า หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการดำเนินการประเมินผลความเสี่ยงได้แก่ การติดตามตัวชี้วัดและการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัด

คุณภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า งานห้องคลอดได้มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสารสนเทศติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงเพียงคนเดียว แต่ไม่ได้มีการมอบหมายการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพอื่น เช่น อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด อุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด จึงทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนไม่ได้มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและไม่ทราบข้อมูลตัวชี้วัดของงานความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) พบว่า ปัญหาของขั้นตอนการประเมินผลความเสี่ยงคือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายในแต่ละเดือนและไม่ทราบผลการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยเช่นกัน

แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

1. การพัฒนากลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลเขียนรายงานอุบัติการณ์

1.1 หัวหน้าหน่วยงานหรือคณะกรรมการของทีมความเสี่ยงคอยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติเขียนรายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้เนื่องจากว่า การบริหารงานของโรงพยาบาลลับแลเป็นการกระจายอำนาจไปยังผู้บริหารระดับต่างๆ ตามโครงสร้างของงาน ในแต่ละหน่วยบริการจะมีผู้บริหารระดับต้นทำหน้าที่ในการกำกับดูแล จูงใจ และชี้แนะการทำงานให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ซึ่งหัวหน้าหน่วยงานมีความสำคัญเนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด อีกทั้งคณะกรรมการของทีมความเสี่ยงยังเป็นตัวแทนของแต่ละหน่วยงาน จะสามารถกระตุ้นผู้ปฏิบัติให้เกิดความร่วมมือในเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ

1.2 การใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงเป็นตัวชี้วัดรายบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากว่า เมื่อปีงบประมาณ 2552 ของทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ดำเนินการกระตุ้นให้หน่วยงานเขียนใบรายงานอุบัติการณ์โดยจัดทำโครงการการสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลจากการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ แต่เมื่อโครงการนั้นสิ้นสุดลง ทำให้การเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ลดลง ประกอบกับปีงบประมาณ 2553 ทางโรงพยาบาลลับแลได้มีปรับเปลี่ยนเกณฑ์การประเมินผลงานโดยกำหนดให้กิจกรรมของงานความเสี่ยงเป็นเกณฑ์กลางของหน่วยงานเพื่อประเมินผลงานระดับบุคคล ซึ่งได้นำเกณฑ์นี้มาใช้ต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2554 เพื่อจะให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.3 การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้เนื่องจากว่า คณะกรรมการทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้มีการกำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน คือ เจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยง สามารถจัดการกับความเสี่ยงเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และ

รายงานอุบัติการณ์ตามระบบที่กำหนด การรายงานอุบัติการณ์เป็นหน้าที่ต้องปฏิบัติและไม่มีทางเลือกในการรายงาน แต่ถือว่ามีความผิดในกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วไม่มีการรายงาน ซึ่งวิธีการการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรายงานอุบัติการณ์ควรเพิ่มนโยบายในการรายงานอุบัติการณ์เช่น การสร้างความตระหนักในการเขียนรายงานอุบัติการณ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขระบบการทำงานร่วมกับการสร้างวัฒนธรรมการเขียนรายงานอุบัติการณ์โดยให้ผู้เกี่ยวข้องรู้สึกว่าจะไม่ถูกคุกคามหรือไม่ถูกลงโทษ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) ได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยกุมาร เวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เกี่ยวกับข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกี่ยวกับความเสี่ยงพบว่า การกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เขียนรายงานอุบัติการณ์ต้องให้บุคลากรทางการแพทย์มองการรายงานให้เป็นเชิงบวก เพื่อจะได้นำไปแก้ไขปัญหามาและทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เช่นเดียวกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล (2545) ได้กล่าวว่า การที่จะสร้างให้เกิดเป็นวัฒนธรรมในการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ ต้องใช้เวลาและความเข้าใจของผู้ที่เกี่ยวข้องไม่รู้สึกว่าจะถูกคุกคาม และทำให้มีบรรยากาศของความไว้วางใจภายใน เพื่อให้เจ้าหน้าที่กล้าที่จะรายงาน โดยทำให้เป็นรูปธรรมว่า การส่งรายงานส่งผลให้เกิดความพยายามในการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหาและต้องกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลว่า จะไม่ทำให้ผู้รายงานต้องได้รับโทษหรือถูกสอบสวน เพราะคนจะเขียนรายงานจะรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกลงโทษ สบายใจ และเห็นว่าทำแล้วเกิดประโยชน์จริง

1.4 การจัดเพิ่มพูนความรู้ในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ ทั้งนี้เนื่องจากว่า งานห้องคลอดได้ปรับเปลี่ยนผู้ที่รับผิดชอบงานความเสี่ยงใหม่และยังไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งอาศัยการเรียนรู้จากเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน หรือการเข้าประชุมทีมตามวาระที่กำหนด อีกทั้งปัจจุบันงานห้องคลอดได้บุคลากรพยาบาลจบใหม่เป็นพยาบาลวิชาชีพเข้ามาประจำที่ห้องคลอด ซึ่งการจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับการเขียนรายงานอุบัติการณ์ถือเป็นโอกาสพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของงานห้องคลอดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับ จริยา พันธุ์วิทยากุล (2543) กล่าวว่า การอบรมให้ความรู้มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติงานของบุคลากร เพราะการให้ความรู้จะเป็นการให้บุคคลได้รับรู้ข้อเท็จจริง ทฤษฎี หรือ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อที่จะนำความรู้ที่ได้รับนั้นไปเชื่อมโยงการปฏิบัติและทำให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถทัศนคติและพฤติกรรม จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เจริญงอกงาม ส่วน สมชาย กิจขรรจง (2546) กล่าวว่า การฝึกอบรมทำให้เจ้าหน้าที่เกิดมุมมองใหม่ ได้เห็นแง่มุมใหม่จะ ทำให้มีความมั่นใจ มีความรู้มากขึ้น มีทักษะทัศนคติ ความเชื่อมั่น มีขวัญ กำลังใจและความสามารถมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธิดา สุกิสุทธิ์ (2550) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร ได้ให้ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกี่ยวกับความเสี่ยง

พบว่า ควรมีการจัดอบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลในทุกระดับในเรื่องหลัก ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เช่น การเขียนรายงานอุบัติการณ์ และผลการศึกษาของ เอื้อมพร ชมพุมิ (2551) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีได้มีการจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงและการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ส่วนลิน (Lin, 2006) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในประเทศสหรัฐอเมริกา และได้หวั่น พบว่า โอกาสพัฒนาของการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเขียนรายงานอุบัติการณ์คือ การให้ความรู้แก่ทีมบุคลากรวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

1.5 การสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล เนื่องจากว่าที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2552 ของทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ดำเนินการกระตุ้นให้หน่วยงานเขียนใบรายงานอุบัติการณ์โดยจัดทำโครงการการสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลจากการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ เช่นเดียวกับแนวคิดของ บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2551) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถผลิตผลงานที่มีคุณภาพ ซึ่งทฤษฎีการเสริมแรงสามารถกระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้การเสริมแรงทางบวก สามารถให้สิ่งจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานต้องการหรือชื่นชม เช่น เงิน รางวัล คำยกย่อง คำชมเชย โล่และเข็มเชิดชูเกียรติ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของพจนา จารุชาติ, ภัฏญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, ดวงฤดี ห่อทอง และ หทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ (2548) ได้ศึกษาการค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงในโรงพยาบาล ได้มีการดำเนินงานโดยสร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ด้วยการให้รางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจในการรายงานอุบัติการณ์พบว่า เมื่อเปรียบเทียบการรายงานอุบัติการณ์ของปีงบประมาณ 2547 (ตุลาคม 2546- กันยายน 2547) มีจำนวน 150 เรื่อง ซึ่งการศึกษาในช่วงระยะเวลา 4 เดือน (ตุลาคม พ.ศ. 2547- มกราคม 2548) มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกเดือนรวมทั้งสิ้น 524 เรื่อง

2. การจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงให้ครอบคลุม

เนื่องจากว่า งานห้องคลอดได้ดำเนินการจัดการความเสี่ยงเพื่อควบคุมความเสียหาย ซึ่งใช้กลยุทธ์การป้องกันความเสี่ยงมีมาตรการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำกับผู้รับบริการรายต่อไป ดังเช่นแนวคิด อนุวัฒน์ สุภชติกุล (2543ก) กล่าวว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีเป้าหมายของการบริหารความเสี่ยงคือ การคุ้มครองป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย ซึ่งการจัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงานเป็นการควบคุมความสูญเสีย สามารถใช้กลยุทธ์ที่สำคัญได้แก่ 1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง 2) การผ่อนถ่ายความเสี่ยง 3) การป้องกันความเสี่ยงเช่น การปกป้องการมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน และการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ 4) การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ และ 5) การแบ่งแยกความ

เสี่ยง ซึ่งหน่วยงานจะต้องระบุความเสี่ยงและวิธีการจัดการจะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานเองเมื่อเกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้นทำให้ทราบว่ามีความสามารถในการควบคุมหรือป้องกันอย่างไร เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ

3. การให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพ

เนื่องจากว่า งานห้องคลอดได้มีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานความเสี่ยงและมีพยาบาลจบใหม่มาปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลของงานห้องคลอดส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมการบริหารความเสี่ยงและเครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพ ดังเช่นสมชาติ กิจยรรยง (2546) ได้กล่าวว่า การฝึกอบรมทำให้เจ้าหน้าที่เกิดมุมมองใหม่ ได้เห็นแง่มุมใหม่ จะทำให้มีความรู้มากขึ้น มีทักษะ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อมั่น มีขวัญ กำลังใจและความสามารถเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าทางโรงพยาบาลการจัดประชุมอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพเช่น เทคนิคการระดมสมอง การหาต้นเหตุปัจจัยที่เป็นรากเหง้าของปัญหาและการย้อนรอยคุณภาพทางคลินิก ถือเป็นโอกาสพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของงานห้องคลอดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) ที่พบว่า ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับบุคลากรพยาบาลมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ควรมีการให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลทุกคนในการนำเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ สู่การปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งชี้แจงรายละเอียดถึงความสำคัญ เหตุผล และขั้นตอนในการทำก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ และผลการศึกษาของพัชรีดา สุทธิสุทธิ (2550) ที่พบว่า แนวทางในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาในระบบงานการบริหารความเสี่ยงขององค์กรพยาบาลควรมีการอบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงเช่นกัน

4. การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

อภิปรายได้ว่า การกระตุ้นและติดตามอย่างเหมาะสมจากผู้บริหารจะช่วยให้บุคลากรแต่ละคนมีความตื่นตัว มีความรับผิดชอบพร้อมที่จะรับการตรวจสอบ และทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสนใจในหน้าที่ มีความมั่นใจและมีโอกาสได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถสูงขึ้น การควบคุมติดตามที่ดี จะทำให้สามารถติดตามความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในการทำงาน และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา (สาคร สุขศรีวงศ์, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) ซึ่งพบว่า ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีการปฏิบัติที่ไม่ต่อเนื่อง ควรได้รับการกระตุ้นจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ แมนโน และคณะ (Manno et al., 2006)

ซึ่งได้ศึกษาโดยการสำรวจการรับรู้ของพยาบาลจำนวน 4,826 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการดูแล พบว่า ร้อยละ 77 ของผู้ร่วมการศึกษากล่าวว่า การได้รับการกระตุ้นให้มีการพูดคุยกันทุกวันในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการช่วยพัฒนาการดูแล คงไว้ซึ่งความปลอดภัย และยังเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้มีขึ้นในหน่วยงาน

5. การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงาน

อภิปรายได้ว่า งานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล ได้มีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการจัดการความเสี่ยงภายในห้องคลอดให้บุคลากรได้รับทราบโดยการบันทึกในสมุดเหตุการณ์ประจำวัน สมุดบันทึกเหตุการณ์เกือบพลาดของหน่วยงาน เพิ่มเอกสารความเสี่ยง การประชุมภายในหน่วยงาน และการรับ-ส่งเวร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพินท์ จันทน์ปัญญาสกุล (2553) พบว่า ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการพัฒนาการสื่อสารคือ การเพิ่มช่องทางการสื่อสารด้วยการบันทึกข้อมูลจากการประชุมปรึกษาหารือประจำวันลงในสมุดส่งเวร, การนำข้อมูลตัวชี้วัดความเสี่ยงมาติดไว้ที่บอร์ดและการจัดให้มีการประชุมภายในหอผู้ป่วย ดังเช่น นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ได้กล่าวว่า ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การสื่อสารโดยวิธีการเขียนหรือการใช้ลายลักษณ์อักษร การบันทึกข้อมูลต่างๆ และการประชุมสัมมนา อาจจะเป็นกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มย่อยหรือรายบุคคล เป็นการพูดคุยถึงวิธีปฏิบัติงาน ปัญหาต่าง ๆ หรือประชุมเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จะช่วยลดระยะทางการสื่อสารทำให้ การสื่อสารได้ผลดีมากขึ้น เช่นเดียวกับ ดูแรน (Duran, 1980) และ สเวนเบิร์ก (Swansberg, 1996) ระบุว่า องค์การควรมีการจัดระบบการสื่อสาร และประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้มีทักษะ การติดต่อสื่อสาร และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จึงจะช่วยให้การจัดการภาวะเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6. การมอบหมายให้บุคลากรพยาบาลติดตามประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ

อภิปรายได้ว่า งานห้องคลอดได้มีจัดทำคำบรรยายลักษณะงานเป็นลายลักษณ์อักษรที่เหมาะสมกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ทำให้สะดวกต่อการมอบหมายงาน และสามารถติดตามประเมินผลงานได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ จะสอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543ก) กล่าวว่า ในกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพจะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็ว และให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่างมีความคาดหวังที่สูง สอดคล้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ซึ่งได้กำหนดทิศทางสุขภาพที่เน้นคุณภาพการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ทำให้สถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งต้องนำเอา

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการบริหารและพัฒนาระบบการทำงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลตามแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างหนึ่งที่ต้องมีการพัฒนาควบคู่กันไปกับกิจกรรมอื่น ๆ ในระบบโรงพยาบาล นั่นคือ การบริหารความเสี่ยง เป็นกระบวนการในการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการสุขภาพ ทั้งนี้โรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญ และตระหนักเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่ระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์ หัวหน้าหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดร่วมมือกันในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานมากยิ่งขึ้น