

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน และศึกษาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน โดยการศึกษาจาก เอกสารและข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง การสัมภาษณ์รายบุคคลแบบกึ่งโครงสร้างจำนวน 5 คน และการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมองจำนวน 3 กลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบตารางและความเรียงตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้าน โครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ เกี่ยวกับการจัดการบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้บริหาร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร ความเสี่ยงใน ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ได้แก่ผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 1 คน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก 1 คน คณะกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน รวมเป็น 5คน การศึกษาครั้งนี้จะ ศึกษาในประชากรทั้งหมด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของผู้บริหาร จำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
ประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหาร (N = 5)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	-	-
หญิง	5	100.00
อายุ (ปี) (range =37-58, \bar{X} =47.60, SD=8.20)		
30-40	1	20.00
41-50	2	40.00
51-60	2	40.00
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	3	60.00
ปริญญาโทด้านการบริหารพยาบาล	1	20.00
ปริญญาแพทยศาสตร	1	20.00
ตำแหน่ง		
ผู้บริหารทางการแพทย์	1	20.00
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	1	20.00
หัวหน้าหน่วยงาน	1	20.00
คณะกรรมการความเสี่ยง	2	40.00
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (range =9-35, \bar{X} =24.20, SD=10.25)		
1-10 ปี	1	20.00
11-20 ปี	1	20.00
21-30 ปี	2	40.00
31-40 ปี	1	20.00
ระยะเวลาในการเป็นผู้บริหาร (range =1-27, \bar{X} =10.00, SD=11.04)		
1-10 ปี	3	60.00
11-20 ปี	1	20.00
21-30 ปี	1	20.00

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มผู้บริหารทั้งหมดเป็นเพศหญิงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60ปี คิดเป็นร้อยละ 80 เป็นผู้บริหารทางการแพทย์จำนวน 1 คน สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ผู้บริหารทางการแพทย์ขององค์กรพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ผู้ป่วยนอกอายุกรรมโรงพยาบาลลำพูนจำนวน 4 คน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 3 คน ปริญญาโทด้านการบริหารพยาบาลจำนวน 1 คน และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในช่วง 21-30 ปี มากที่สุดคือร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นผู้บริหารในช่วง 1-10 ปี

กลุ่มระดมสมอง

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คนรวมเป็น 13 คน การศึกษาครั้งนี้จะศึกษาในประชากรทั้งหมดกลุ่มตัวอย่างมี 1 กลุ่ม คือพนักงานเปล จำนวน 12 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มระดมสมองที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานเปลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน จำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูนและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน ($n = 25$)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	52.00
ชาย	12	48.00
อายุ (ปี) (range =25-51, \bar{X} =41.28, SD=7.77)		
21-30	2	8.00
31-40	8	32.00
41-50	13	52.00
51-60	2	8.00
วุฒิการศึกษา		
มัธยมศึกษา	15	60.00
ประกาศนียบัตร	2	8.00
ปริญญาตรี	8	32.00
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	8	32.00
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	5	20.00
พนักงานเปล	12	48.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูน (range=5-28, \bar{X} =17.04, SD=8.03)		
1-10 ปี	4	16.00
11-20 ปี	9	36.00
21-30 ปี	12	48.00
ระยะเวลาที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน (range =1-10, \bar{X} =5.88, SD=3.57)		
1-5 ปี	13	52.00
6-10 ปี	12	48.00

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลระดับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานแปลเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52 เพศชาย ร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คือมีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดคือร้อยละ 60 และปริญญาตรี ร้อยละ 32 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำพูนช่วง 21-30 ปี มากที่สุดคือคิดเป็นร้อยละ 48 ปฏิบัติงานในช่วง 11-20 ปี คิดเป็น ร้อยละ 36 และปฏิบัติงานในห้องตรวจผู้ป่วยผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 48 และปฏิบัติงานในห้องตรวจผู้ป่วยผู้ป่วยนอกอายุรกรรมน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 52

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ เกี่ยวกับสถานการณ์การบริหาร ความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน

ด้านโครงสร้าง

ผลการศึกษาจากการสำรวจข้อมูลด้านโครงสร้างและการสัมภาษณ์ผู้บริหารเกี่ยวกับการ บริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูนผลการศึกษา มี 5 ด้านคือ ด้านลักษณะองค์กร ด้านนโยบาย ด้านทรัพยากรด้านบุคลากร เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ คู่มือและ แนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ลักษณะองค์กร

องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบบริการ ทางการพยาบาลทั้งหมดที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการ ได้กำหนดจุดเน้นด้านความปลอดภัยของ ผู้รับบริการ โดยมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง และการรายงาน อุบัติการณ์โดยให้มีการค้นหาความเสี่ยงอย่างครอบคลุมการค้นหาสาเหตุสำคัญในอุบัติเหตุที่ รุนแรงการกำหนดมาตรการป้องกัน และแก้ไขในเหตุการณ์ที่สำคัญรวมทั้งมีการสื่อสารให้มีการ ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดและให้มีการทบทวนปรับปรุงเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุน ให้ระบบบริการมีความปลอดภัยสูงสุด (องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน, 2555) ร่วมกับการ จัดทำแผนการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงประจำปีสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล โดยใน ปี 2555 ได้กำหนดแผนการดำเนินงาน ซึ่งระบุจุดเน้นการลดอุบัติเหตุที่ป้องกันได้คือ การ สื่อสาร กำกับ ดูแล และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามนโยบายด้านความปลอดภัยของ โรงพยาบาล จากการเยี่ยมชมสำรวจฝ่ายการพยาบาลได้นำมาพัฒนาในเรื่อง การประเมินประสิทธิภาพ ของระบบบริหารความเสี่ยงของงานการพยาบาล ส่งเสริมและติดตามการปรับปรุงเชิงระบบใน อุบัติการณ์ที่สำคัญ และเกิดขึ้นบ่อยครั้งร่วมกับการสนับสนุน กระตุ้น ส่งเสริมและช่วยเหลือ หน่วยงานในการนำเครื่องมือคุณภาพต่างๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้เครื่องมือ FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) ในการป้องกันข้อบกพร่องเชิงระบบ และการใช้เครื่องมือทริกเกอร์ (trigger tool) ในการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย เป็นต้น (องค์กร พยาบาล โรงพยาบาลลำพูน, 2555) ทั้งนี้ในการดำเนินงานของแต่ละงานการพยาบาลได้กำหนด ความรับผิดชอบระดับหอผู้ป่วยไว้คือ ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุตาม เป้าหมายของโรงพยาบาล โดยการรับรายงาน และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทราบจัดทำ ระเบียบวิธีปฏิบัติสำหรับการบริหารความเสี่ยงประสานงานระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีระบบการ ติดตามนิเทศและประเมินการจัดการความเสี่ยงของแต่ละหอผู้ป่วยด้วยวิธีสุ่มสังเกต สอบถาม

ตรวจสอบเอกสาร โดยหัวหน้าองค์กรพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา และให้คำแนะนำแก่หน่วยงานรวมทั้งวิเคราะห์ความเสี่ยงขององค์กรพยาบาลในภาพรวม (องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน, 2555ก)

แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้มารับบริการ เฉลี่ยวันละ 1,200 คน (โรงพยาบาลลำพูน, 2555ข) มีห้องตรวจครบทุกแผนกมี 23 ห้องตรวจ ผู้ป่วยอายุครรภ์เป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ ที่มารับบริการมีห้องตรวจอายุครรภ์ 4 ห้อง และมีผู้รับบริการมากที่สุด เฉลี่ย 500 รายต่อวันมีแพทย์ออกตรวจรักษา 4-5 คนอัตรากำลังทางการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบห้องตรวจ 8 คน แยกเป็นพยาบาลซีกประวัติ 6 คน พยาบาลหลังพบแพทย์ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน (โรงพยาบาลลำพูน, 2555ข) มีคณะกรรมการทีมความเสี่ยง 2 คนมีการเก็บข้อมูลความเสี่ยงทุกเดือนเมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการนำมาทบทวนในทีมสหสาขาวิชาชีพมีการค้นหาสาเหตุเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น การค้นหาหากปัญหาการวิเคราะห์คุณลักษณะของความเสียหาย และผลกระทบที่ตามมา และวางแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น แนวทาง การประเมินและดูแลผู้ป่วยระหว่างแผนกในและนอกเวลาราชการ แนวทางการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาของระบบการคัดกรอง คือ **ขาดการประสานงานระหว่างจุดคัดกรองและระดับคนนำส่ง** ดังคำกล่าวของกลุ่มผู้ปฏิบัติดังนี้

“บางทีคนไข้...ที่อาการซับซ้อนเป็นหลายโรค..ก็ไม่ได้รับส่งอาการจากจุดคัดกรอง...พอไปพบก็อาการก็แยแล้ว...”

“พวกผมเห็นคนไข้เปลนอนมา...จะเข็นเข้าไปคนไข้ก็เยอะ..จะบอกที่พยาบาลคนไหนก็ยุ่ง...ผมก็เอาไว้ข้างนอกประตู..นะครับ...”

ปัญหาด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมขององค์กร คือ **สถานที่คับแคบทำให้ไม่มีที่สำหรับรถนั่ง หรือเปลนอน อยู่ใกล้กับห้องตรวจเด็ก ทำให้มีเสียงรบกวน ห้องนำสำหรับผู้ป่วยมีจำนวนน้อยและอยู่ไกล** ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้จากกลุ่มผู้ปฏิบัติ

“ opd โรงพยาบาลลำพูนเราเนะ..สถานที่คับแคบเนะ.ทางเข็นเปล เข้าไปมีทางเดียว พอพวกผมจะเข็นเปลนอน...เข้าไปด้านในหน้าห้องตรวจก็ไปไม่ถึง...คนไข้ก็ยืนเต็มบางทีก็จอดรอไว้ด้านนอก”

“เวลาหนูเรียกชื่อคนไข้เข้าห้องตรวจ...คนไข้ก็ไม่ค่อยได้ยิน..เสียงเด็กร้องไห้จากห้องตรวจ 4 ก็ดัง...เสียงห้องข้างๆห้องยา..ห้องการเงินดังอ้ออึงปนกันไปหมด...”

“คิดว่าห้องน้ำไม่พอนะมีจำนวนน้อย...อยู่ไกลจากห้องตรวจด้วย....คนไข้เราเยอะด้วย... เวลาคนไข้จะเข้าห้องน้ำต้องรอศูนย์แปลมาขึ้นอีก..เคยมีคนไข้ไปเป็นลมที่นั่นด้วยนะ...”

2. นโยบาย

การนำเสนอข้อมูลในด้านนโยบายการบริหารความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ส่วนคือการกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงและการรับทราบรวมทั้งการเลื่อนนโยบาย

2.1 การกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลำพูนมีการกำหนดนโยบาย เน้นให้มีการรายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงานเมื่อหน่วยงานรายงานความเสี่ยงส่งมาเป็นภาพรวมให้ทีมวิเคราะห์ที่วิเคราะห์จะรวบรวมแนวโน้มภาพรวมทั้งหมดส่งเข้าคณะกรรมการอำนวยการบริหารจัดการความเสี่ยง(risk management committee หรือ RMC) สำหรับกลุ่มการพยาบาลมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยงานและผู้ตรวจการเป็นผู้บริหารความเสี่ยงและจากการศึกษาเอกสารแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประจำปี 2555-2557 มีการกำหนดกลยุทธ์เรื่องการพัฒนา ระบบบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์แรกในการดำเนินงานมีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน (คณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2556) ซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางสำหรับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้มีการรายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงานและกลุ่มการกำหนดให้ผู้ตรวจการเป็นผู้บริหารความเสี่ยงนอกเวลาราชการ

2.2 การรับทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยงและการสื่อสารนโยบาย

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลลำพูนรับทราบทิศทางของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลผ่านการสื่อสารจากการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่มีตัวแทนจากวิชาชีพต่างๆร่วมเป็นคณะกรรมการการประชุมแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและการประชุมคณะกรรมการที่นำคุณภาพซึ่งมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าร่วมประชุมและบุคลากรทุกระดับในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมรับทราบทิศทางของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในช่วงประชุมประจำเดือนของหน่วยงานผ่านทางหัวหน้าหน่วยงานและตัวแทนคณะกรรมการความเสี่ยงและเอกสารที่ส่งมาให้หน่วยงานการรับทราบนโยบายในระดับหน่วยงานนั้นพบว่า ได้มีการสื่อสารนโยบายให้บุคลากร พยาบาลทุกคนรับทราบในช่วงเวลาของการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานและติดประกาศที่บอร์ด

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดกล่าวสอดคล้องกันว่า ได้รับทราบนโยบายการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงจากหัวหน้าหน่วยงาน และกรรมการผู้รับผิดชอบงานในด้านต่างๆ ในช่วงเวลาของการประชุมหน่วยงาน และมีการติดประกาศไว้การรับทราบนโยบาย

ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงานในการบริหารความเสี่ยง จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลได้มีการสื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงไปยังบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนครอบคลุม ทั้งจากข้อมูลระบบสารสนเทศ ประกาศต่างๆ และวาระการประชุม ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรทุกคนรับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติไปในทำนองเดียวกัน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบปัญหาในการสื่อสารนโยบายลงสู่การปฏิบัติจากกลุ่มระดมสมองซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติบางคนไม่ทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนเนื่องจากขาดการประชุมของหน่วยงานบางคนก็ลาหยุดลาป่วยหรือ ลาพักผ่อนดังกล่าวของกลุ่มผู้ปฏิบัติ ดังนี้

“นโยบายรายละเอียดก็ไม่ค่อยรู้...บางทีเราก็หยุด...เลยไม่ทราบ”

“พวกผมงานเข้นแปลมั่งจะยุ่ง...เวลาประชุมบางครั้งก็ไม่ได้เข้าร่วมครับ...นโยบายรายละเอียดก็ไม่ค่อยรู้...”

3. ทรรศนะด้านบุคลากร

ผู้ศึกษานำเสนอเป็น 2 ส่วน คือทรรศนะด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงและผู้ให้บริการในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

ในด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลมีการกำหนดทีมบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยคณะกรรมการจัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลำพูนซึ่งคณะกรรมการมาจากตัวแทนทุกหน่วยงานจำนวน 47 คน มีแพทย์อยู่ 4 คน เภสัชกร 2 คน เวชกรรมสังคม 2 คน พยาธิวิทยา 1 คน ฝ่ายบริหารทั่วไป 3 คน ฝ่ายทันตกรรม 1 คน พรศ. 2 คน งานห้องผ่าตัด 4 คน และตัวแทนพยาบาลจากทุกหน่วยงานและมีทีมวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลเป็นตัวแทนจากสาขาวิชาชีพจำนวน 15 คน และในปี 2556 ผู้บริหารได้ให้การสนับสนุนเต็มที่และคิดว่าเพียงพอผู้บริหารอนุมัติหลักการ โปรแกรมความเสี่ยงมีโปรแกรมเมอร์รับผิดชอบโปรแกรมซึ่งเดิมเป็นบุคลากรตำแหน่งลูกจ้างอยู่ห้องชันสูตรช่วยทำโปรแกรมด้วยจิตอาสาเป็นจุดหนึ่งที่ผู้บริหารเห็นความสามารถให้มาทำงานในตำแหน่งที่เหมาะสมมีทีมวิเคราะห์ความเสี่ยงเมื่อหน่วยงานรายงานความเสี่ยงส่งมาเป็นภาพรวมซึ่งทีมวิเคราะห์จะรวบรวมแนวโน้มภาพรวมทั้งหมดส่งเข้า RMT (Risk Management team) ที่มีระดับความรุนแรงสูง ให้ส่งเข้าคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ส่วนองค์กรพยาบาลมี cop risk เป็นผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะหน่วยงานที่สำคัญ เช่น อุบัติเหตุ สุติ ศัลย์ อายุรกรรม และเด็กจะมีตัวแทนและ buddy อยู่ในทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาลอย่างไรก็ตามยังพบว่าบุคลากรของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมยังขาดความรู้และ

ทักษะในการใช้โปรแกรมความเสี่ยงและการแบ่งระดับความรุนแรง ดังข้อมูลสนับสนุนจากกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติดังนี้

“ความรู้กับทักษะก็สำคัญ...บางที่น้องๆเขียนมาอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงหรือเป็นผลจากความเสียหายหรือเป็นผลจากความผิดพลาด...ที่ต้องมาตรวจดูก่อนก็ยังไม่ถูกต้องหมดนะ”

“โปรแกรมนะมันยาก...เป็นภาษาอังกฤษเวลาลงบางครั้งก็ลงไม่ถูกนะ...”

“เวลาแบ่งระดับความรุนแรง...ยังต้องปรึกษา...ยังทำไม่ถูกต้องค่ะ”

สำหรับผู้ให้บริการในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม พบว่าบุคลากรในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมมีอัตรากำลังทางการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบห้องตรวจ 8 คน แยกเป็นพยาบาลชั้กประวัติ 6 คน พยาบาลหลังพบแพทย์ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน (หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน, 2556) มีการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงในระดับหน่วยงานมีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลหน่วยงานผู้ป่วยนอกมีคณะกรรมการทีมความเสี่ยง 2 คน ผลการศึกษาผู้บริหารคิดว่าเพียงพอกับการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ดังข้อมูลสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานต่อไปนี้

“ของหน่วยงานเราก็มีผู้รับผิดชอบคือเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงอยู่ 2 คน..คิดว่าเพียงพอแล้วนะ..จะเป็นคนรวบรวมและนำเสนอวันประชุมของ ward”

“ที่มอบหมายให้ *In charge* จัดการความเสี่ยงได้เลยนอกจากปัญหาที่รุนแรงแก้ไขไม่ได้ก็ให้รายงานที่ได้”

ซึ่งในทีมของผู้ปฏิบัติเห็นว่าผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงไม่เพียงพอควรจะมีผู้รับผิดชอบเป็นแผนกจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนกว่าดังข้อมูลสนับสนุนจากผู้ปฏิบัติดังต่อไปนี้

“*opd*...เรามันกว้างนะละก็อยู่คนละโซน...เวลาเกิดเหตุการณ์...กว่าจะได้ไปความเสี่ยง ก็ต้องรอคณะกรรมการเอามาให้...บางทีก็ลืมหุตุการณ์ไปแล้ว”

“ของเรานี้ะมีหลายแผนกนะ...การแก้ไขมันจะเชื่อมโยงกับ *PCT* (สหสาขาวิชาชีพ) การลงรายงานการแก้ไขมันต้องร่วมกันวางแผนนะ...ควรจะมีคนรับผิดชอบทุกแผนก”

4. เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์

เนื่องจากห้องตรวจอายุรกรรมเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานผู้ป่วยนอกดังนั้นอุปกรณ์ที่เป็นเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ได้แก่เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมความเสี่ยงและเก้าอี้นั่งรอตรวจ สำหรับผู้รับบริการ ได้รับการสนับสนุนจากการอนุมัติในแผนจัดซื้อประจำปีของหน่วยงานสำหรับรถเข็นนั่งและเปลนอนได้รับการสนับสนุนให้ใช้ร่วมกับหน่วยงานเปลของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมืออุปกรณ์ในการบริหารความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูนได้แก่เครื่องคอมพิวเตอร์และ โปรแกรมความเสี่ยง เก้าอี้สำหรับให้บริการให้ผู้ป่วยนั่งรอตรวจ การให้บริการรถเข็นนั่งและเปลนอน ซึ่งผู้บริหารมีความเห็นว่าได้จัดสรรให้หน่วยงานมีคอมพิวเตอร์ที่สามารถลงรายงานความเสี่ยงทุกห้องตรวจ แต่กลุ่มระดมสมองเห็นว่า จำนวนคอมพิวเตอร์ เก้าอี้นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ สำหรับโปรแกรมความเสี่ยงยังไม่สามารถลงรายงานความเสี่ยงทางอินเทอร์เน็ตที่บ้านได้ และมีคอมพิวเตอร์บางเครื่องเท่านั้นที่มีโปรแกรมความเสี่ยง ต้องการให้มีการสนับสนุนเพิ่มทั้งในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ การจัดอาคารสถานที่และที่นั่งสำหรับรอตรวจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คิดว่าคอมพิวเตอร์ที่ลงรายงานความเสี่ยงของ opd อายุรกรรมน้อยไปต้องแชร์ใช้ร่วมกับโปรแกรม Refer ปัญหาคือเวลาเราว่างจะพิมพ์เครื่องก็ไม่ว่าง ถ้าเราสามารถลงรายงานความเสี่ยงที่บ้านได้ก็คงจะดี...ลงทางอินเทอร์เน็ตนะค่ะ”

“ผมว่า opd น่าจะมีการนำ 5 ส มาช่วยในการจัดโซนผู้ป่วยใหม่ นะครับ ให้สามารถเข็นรถเข็นหรือเปลนอนให้เข้าไปข้างในได้ถ้าเป็นไปได้ให้ญาติรออยู่ด้านนอกบ้างคนใช้บางรายมีญาติมา 4-5 คนทำให้เก้าอี้ไม่พอ”

“opd...เรานะคิดว่าเก้าอี้นั่งรอตรวจบางวันก็ไม่พอนะ...จะลงรายงานความเสี่ยงลงที่คอมพิวเตอร์ pmk ก็ไม่ได้คอมพิวเตอร์ที่มีโปรแกรมความเสี่ยงมีน้อยนะ”

5. คู่มือและแนวทางปฏิบัติ

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมมีแนวทางการปฏิบัติงานการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอทั่วทั้งองค์กร ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยงที่กำหนดขึ้นอย่างชัดเจน และเป็นไปในทิศทางเดียวกันสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ และภารกิจหลักของโรงพยาบาลที่วางไว้ โดยวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยง คือ สนับสนุนให้โรงพยาบาล

สามารถกำหนดวิธีการในการบริหารความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานมีความปลอดภัย และมีคุณภาพตลอดจนให้เจ้าหน้าที่บุคลากรมีความตระหนัก ถึงการเขียนรายงานความเสี่ยงเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ และเป็นแนวทางในการจัดการความเสี่ยง เบื้องต้นให้แก่หน่วยงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการต่อไป (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553)

ผลการศึกษาพบว่าห้องตรวจอายุรกรรมมีคู่มือและแนวปฏิบัติแต่ยังพบปัญหา **บุคลากรละเลยไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ** ดังข้อมูลสนับสนุนจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

“ก็ยังไม่พบอยู่นะ...บางทีไอเรื้อรังมา 2-3 เดือน ก็ยังมานั่งรอตรวจตรวจ sputum ก็พบว่า +2 ก็ มี...ประชุมตึกเราก็คุยกันแล้ว”

“วันก่อน...case cva...ก็หลุดมาอยู่ไม่ได้ส่ง ตึกปฏิบัติเหตุตาม guideline”

สรุป สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาล ลำพูน ด้าน โครงสร้าง ข้อมูลด้าน โครงสร้างและการสัมภาษณ์ผู้บริหารเกี่ยวกับการบริหาร ความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนผลการศึกษา มี 5 ด้านคือด้านลักษณะ องค์กร ด้านนโยบาย ด้านทรัพยากรด้านบุคลากร เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ คู่มือและแนวทางปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนมีนโยบายในการ บริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงมีการกำหนดนโยบายความเสี่ยงมีการกำหนดทีมผู้บริหาร ความเสี่ยงของหน่วยงานผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ ที่มารับบริการมีห้องตรวจอายุรกรรม 4 ห้อง และมีผู้รับบริการมากที่สุด เฉลี่ย 500 รายต่อวันมีแพทย์ออกตรวจรักษา 4-5 คน อัตราค่าตั้ง ทางการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบห้องตรวจ 8 คน แยกเป็นพยาบาลซักประวัติ 6 คน พยาบาลหลังพบแพทย์ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน (โรงพยาบาลลำพูน, 2555ข) มีคณะกรรมการ ทีมความเสี่ยง 2 คนมีการเก็บข้อมูลความเสี่ยงเดือนวางแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น แนวทาง การประเมินและดูแลผู้ป่วยระหว่างแผนกในและนอกเวลาราชการ แนวทางการคัดกรอง แยกประเภทผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาของระบบการคัดกรองคือ **ขาดการประสานงานระหว่าง จุดคัดกรองและระดับคนนำส่ง** ปัญหาด้านโครงสร้างขององค์กร มีความ **คับแคบ** ไม่มีที่สำหรับรถนั่ง หรือเปลนอนเข็นไม่สะดวก เนื่องจากอยู่ติดกับห้องตรวจเด็กทำให้มีเสียงรบกวนของเด็กรบกวนห้องตรวจ ข้างๆ ห้องน้ำมีจำนวนน้อยและอยู่ไกลมีการกำหนดนโยบาย เน้นให้มีการรายงานความเสี่ยงทุก หน่วยงานเมื่อหน่วยงานรายงานความเสี่ยงส่งมาเป็นภาพรวมให้ทีมวิเคราะห์ทีมวิเคราะห์จะรวบรวม แนวโน้มภาพรวมทั้งหมดส่งเข้าคณะกรรมการอำนวยการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับกลุ่มการ

พยาบาลมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยงานและผู้ตรวจการเป็นผู้บริหารความเสี่ยงบุคลากรทุกระดับ ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมรับทราบทิศทางของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในช่วงประชุมประจำเดือนของหน่วยงานผ่านทางหัวหน้าหน่วยงานและตัวแทนคณะกรรมการ ความเสี่ยงและเอกสารที่ส่งมาให้หน่วยงานในการเลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติจากกลุ่มระดมสมอง ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติบางคนไม่ทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน บุคลากรขาดความรู้และ ทักษะในการใช้โปรแกรมความเสี่ยงและการแบ่งระดับความรุนแรงผู้ปฏิบัติเห็นว่าผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงไม่เพียงพอเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์จำนวนคอมพิวเตอร์ คอมพิวเตอร์ไม่พอและ โปรแกรมไม่สามารถลงรายงานความเสี่ยงผ่านทาง Internet ได้มีคอมพิวเตอร์บางเครื่องที่มี โปรแกรมความเสี่ยง เก้าอี้นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ดังแสดง ภาพที่ 2

ด้านกระบวนการ

การบริหารความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน โดยการ วิเคราะห์การดำเนินการการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) ประกอบด้วยการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ความเสี่ยงผู้ศึกษาขอเสนอผลการศึกษาดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการ ดำเนินการค้นหาความเสี่ยง ในหลายวิธี ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานพบว่ามีปัญหา อุปสรรค เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรายงานอุบัติการณ์

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการค้นหาความเสี่ยง จากการรายงานอุบัติการณ์ ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อให้ทราบแนวโน้มของความเสี่ยง และการวางมาตรการในการป้องกัน จากการศึกษาเอกสารนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยงของ ฝ่ายการพยาบาลในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีการระบุให้พยาบาลผู้ปฏิบัติ หรือผู้ประสบเหตุการณ์ รายงานอุบัติการณ์ตามวิธีการ และใช้แบบรายงานที่ฝ่ายการพยาบาลกำหนดไว้ (โรงพยาบาลลำพูน, 2552) ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 ฝ่ายการพยาบาลได้มีการกำหนดนโยบาย และแนวปฏิบัติ ในการ รายงานอุบัติการณ์เพิ่มเติม โดยระบุให้พยาบาลผู้ปฏิบัติ หรือผู้ประสบเหตุการณ์บันทึกอุบัติการณ์/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกชนิดในแต่ละเวรทางระบบเครือข่าย คอมพิวเตอร์ภายในองค์กร ในระบบ

ประกันคุณภาพทางการแพทย์ให้ครบถ้วน สำหรับอุบัติการณ์ทาง clinic ที่มีความรุนแรงระดับ E, F หรือทาง nonclinic ระดับ 3-4 ขึ้นไป ให้รายงานผู้บริหารทางการแพทย์ด้วยวาจาทันที และแจ้งหน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงหรือที่มนำระดับกลาง (ในกรณีที่เป็นความเสี่ยงร่วม) ภายใน 1 สัปดาห์ ผ่านคณะกรรมการความเสี่ยงระดับหน่วยงานเป็นเจ้าภาพหาแนวปฏิบัติป้องกันความเสี่ยงหรือ ทบทวนแก้ไข/เพิ่มเติมแนวปฏิบัติเดิมให้แล้วเสร็จภายใน 1 เดือน (คณะกรรมการความเสี่ยง โรงพยาบาลลำพูน, 2554) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการ พยาบาลทั้งหมดทราบว่าเมื่อมี อุบัติการณ์เกิดขึ้นทุกชนิดในหน่วยงานต้องได้รับการรายงานตาม นโยบาย และแนวปฏิบัติการ รายงานอุบัติการณ์ของฝ่ายการพยาบาล

การรับข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการค้นหาความเสี่ยง จากข้อร้องเรียนของ ผู้รับบริการ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยหัวหน้า หน่วยงานกล่าวว่า ได้มี การค้นหาความเสี่ยงจากข้อร้องเรียนของผู้รับบริการใน 2 ลักษณะคือ

การรับข้อร้องเรียนจากทางโรงพยาบาลที่ได้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ ได้แสดง ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการที่ได้รับผ่านมาทางกล่องรับความคิดเห็นของทางโรงพยาบาล ที่จัดไว้ โดยข้อร้องเรียนทั้งหมดจะถูกส่งไปยังศูนย์พัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาล กรณีที่พบว่ามี ข้อมูลที่ ผู้รับบริการแสดงข้อคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน จะถูกส่งผ่านมาทางฝ่ายการพยาบาล งานการ พยาบาล และมายังหน่วยงานตามลำดับ การรับข้อร้องเรียนจากการที่หน่วยงานมีการประเมินความ พึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อการบริการที่ได้รับขณะเข้ารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ซึ่งจะมีการประเมินทุก 1 เดือน โดยจากการศึกษาเอกสารการประเมินความพึงพอใจของหน่วยงาน พบว่า เป็นการประเมินในด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่การจัดคิวในการเข้าตรวจ การให้ข้อมูล คำแนะนำ แนวทางการรักษา และสถานที่ สิ่งแวดล้อม ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเขียน แสดงข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เกี่ยวกับสิ่งที่ ประทับใจ สิ่งที่ไม่ประทับใจ รวมทั้งสิ่งที่ต้องการให้ทาง หน่วยงานปรับปรุงแก้ไข

การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมมีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงโดยการ นำเวช ระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้วมาทบทวนโดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า trigger tool เพื่อค้นหา สาเหตุ ของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในขณะให้การรักษาพยาบาล และวางมาตรการในการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ พร้อมทั้งนำผลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย แจ้งให้ หน่วยงาน

ทราบ เพื่อให้มีการดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยง และปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกัน ความเสี่ยง ที่ได้กำหนดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานที่ กล่าวถึงการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยว่า จะมีทีมตรวจสอบ เวชระเบียนของโรงพยาบาล สำหรับหน่วยงานจะมีการเปลี่ยนแปลงกันตรวจสอบ ระหว่างห้องตรวจโดยมี ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับผู้ตรวจการของงานการพยาบาลเป็นผู้มีส่วนร่วมในการค้นหา ความเสี่ยงหัวหน้าหน่วยงานได้นำผลของการค้นหาความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบใน ระหว่างการรักษาจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย มาเฝ้าระวังในหน่วยงาน ร่วมกับการนำ มาตรการในการป้องกันความเสี่ยงที่กำหนด มาเป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงาน

ผลการศึกษาคำเนิงานในขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วย นอกอายุกรรมโรงพยาบาลลำพูน นั้นพบว่ามีปัญหา ในส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ โดย ผู้บริหารทางการแพทย์และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ทั้งหมดกล่าวถึงปัญหาการ รายงานอุบัติการณ์ของ บุคลากรในทำนองเดียวกันว่า ได้รับการรายงานอุบัติการณ์ล่าช้าและไม่ได้ รายงาน

สำหรับปัญหาการรายงานอุบัติการณ์ที่ล่าช้าของบุคลากรนั้น พบว่าที่ผู้ประสบ เหตุการณ์ไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล และ ผู้บริหาร ทางการพยาบาล ได้ให้ข้อคิดเห็น ดังต่อไปนี้ 1) บุคลากรพยาบาลไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 5 คนกล่าวว่าไม่มีเวลาเขียน รายงานอุบัติการณ์ที่ เกิดขึ้นในเวลาที่ปฏิบัติงาน เนื่องจาก ภาระงานมาก ผู้รับบริการมีจำนวนมาก ชุ่มมาก บางครั้งเลยเวลา ของการปฏิบัติงานจึงลงเวร ไป และลืมเขียนรายงาน 2) กลัวเกิดผลกระทบต่อผู้เขียนกลุ่มตัวอย่างที่ เป็น ผู้ปฏิบัติการระดับพยาบาล และพนักงานเปล จำนวน 12 คน กล่าวในทำนองเดียวกันว่า การ เขียนรายงานอุบัติการณ์นั้นค่อนข้างยากในการใช้คำ ภาษาที่ใช้ไม่ควรเป็นการตำหนิ หรือเน้นที่ตัว บุคคล เนื่องจากจะเกิดผลกระทบทางลบต่อผู้เขียน หรือผู้ที่ เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ และเมื่อเขียน ไป แล้วต้องกลับมาแก้หลายครั้ง จึงทำให้การรายงานอุบัติการณ์ ล่าช้า ประกอบกับการเขียนรายงานจะ มีเรื่องทางกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ไม่อยากเขียนเพราะ กลัวไม่ถูกต้องตามกฎหมาย กลัวจะ ผูกมัดตัวเอง 3) บุคลากรไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์กลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหาร การพยาบาลของงานการ พยาบาลและคณะกรรมการความเสี่ยงให้ความเห็นว่า บุคลากรพยาบาลไม่ เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ บางครั้งไม่มีการรายงานอุบัติการณ์ทางระบบเครือข่าย คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ซึ่งได้มีการตรวจสอบ การรายงานอุบัติการณ์จากคอมพิวเตอร์ทุกวัน

ทั้งนี้หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลให้ ความเห็นว่า การที่บุคลากรพยาบาลของห้องตรวจ อายุกรรมละเลย ไม่มีการรายงานอุบัติการณ์ จะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผล

เสียหายต่อองค์กรในกลุ่มผู้ปฏิบัติเป็น ผู้พบเหตุการณ์ไม่ใช่ผู้ทิ้งรายงานซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการรายงานล่าช้าและข้อมูลไม่ตรงกับความจริง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับผู้ปฏิบัติงานพยาบาลและพนักงานช่วย เหลือผู้ป่วยและพนักงานเปลกล่าวว่าไม่ได้เขียนรายงานลงโปรแกรมทันทีได้มีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์โดยการรายงานข้อมูลและลำดับเหตุการณ์ ตามที่ได้พบให้แก่หัวหน้าเวรที่ปฏิบัติงานได้รับทราบ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การเขียนลงกระดาษไว้ก่อนข้อมูลก็ไม่เป็นปัจจุบันที่คิดว่าข้อมูลจะ Underreport และปัญหาก็จะไม่ได้รับการแก้ไข”

“ลงรายงานก็ไม่เคยได้ลง...ส่วนมากหัวหน้าเวรจะเป็นคนลงให้นะ”

“คือสิ่งนี้ถ้าเราละเลยสะสมไว้ไม่รายงาน ถ้าคราวหน้าเกิดอุบัติการณ์ขึ้นอีกก็จะไม่ได้รับการแก้ไข คือคิดว่าถูกก็ทำไปเรื่อยๆจนกระทั่งเกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้น ก็จะเกิดความเสียหายต่อองค์กร”

“เวลาเราเจอเหตุการณ์จะบอกให้ in charge (หัวหน้าเวร) ทราบ ส่วนร่วมของเราก็คือรายงานข้อมูล และลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้แก่พยาบาลหัวหน้าเวร ส่วนเรื่องการเขียนรายงานพยาบาลเขาจะทำเอง”

“พยาบาลที่พบเหตุการณ์จะเป็นผู้รายงานความเสี่ยงถ้าลงบันทึกในคอมพิวเตอร์ถ้าไม่ทันก็จดใส่กระดาษไว้ก่อนแล้วค่อยให้คณะกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงานลงในโปรแกรมความเสี่ยงให้”

2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง คือการควบคุมความเสียหาย ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินการแก้ไขเหตุการณ์ในเบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ รวมถึงการวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ และการจัดทำเพิ่มรายชื่อความเสี่ยง

การแก้ไขเหตุการณ์ในเบื้องต้น

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น โดยบุคลากรพยาบาลผู้ประสบเหตุการณ์จะทำการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเบื้องต้นทันที

การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาประเมินระดับความรุนแรงตามเกณฑ์การแบ่งระดับอุบัติการณ์ตามความรุนแรงของฝ่ายการพยาบาล (โรงพยาบาลลำพูน, 2554) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับ พยาบาลทั้งหมดกล่าวว่าทราบ และประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ตามเกณฑ์การแบ่งระดับ อุบัติการณ์ตามความรุนแรงของฝ่ายการพยาบาล

การวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น มาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ในช่วงเวลาของการประชุมในหอผู้ป่วย นอกจากนี้มีเหตุการณ์เร่งด่วนก็จะนำประเด็นมาคุยกันเป็นครั้งๆ เพื่อการวางมาตรการในการป้องกันแก้ไข

นอกจากการวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ในระดับหน่วยงานแล้ว ผู้บริหารด้านการบริหารความเสี่ยงงานการพยาบาลกล่าวในทำนองเดียวกันว่าได้มีการนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ร่วมกันกับ คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลในวาระการประชุมซึ่งจัดให้มีขึ้นเป็นประจำทุกวัน พุธที่ 3 ของเดือนและเมื่อได้รับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการแก้ไขก็จะนำมาสู่การปฏิบัติการดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุของ เหตุการณ์ เมื่อได้รับการรายงานอุบัติการณ์จากบุคลากรได้มีการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มาร่วม กันวิเคราะห์หาสาเหตุในทีมวิเคราะห์ความเสี่ยง ซึ่งมีตัวแทนจากทุก PCT และบุคลากรในทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการประชุมทุกวันพุธที่ 3 ของเดือนจะวิเคราะห์แนวโน้ม Risk ทาง clinic ระดับ F, G, H, I ด้าน non clinic ระดับ 4, 5, 6 เมื่อได้ข้อตกลง จะมีการจัดทำเป็นมาตรการ เพื่อนำสู่การปฏิบัติต่อไป

การจัดทำแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยง

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการจัดทำแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยงเพื่อเป็น การรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งหมดของห้องตรวจ รวมทั้งยังมีการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานทั้งหมดในแต่ละเดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลคณะกรรมการความเสี่ยงของห้องตรวจจะเป็นผู้เก็บรวบรวมส่งหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกทุกเดือน

ผลการศึกษาดำเนินงานในขั้นตอนของการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน นั้นพบว่ามีปัญหาที่อาจเป็นสาเหตุให้การ

ประเมินความเสี่ยง ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร คือ ในส่วนของการสื่อสารโดยการนำอุปกรณ์ที่เกิดขึ้นมาร่วมกัน พิจารณาวิเคราะห์หาสาเหตุในช่วงเวลาของการประชุมหน่วยงานนั้น ปฏิบัติได้ไม่พอเพียง โดยบุคลากรพยาบาลไม่สามารถมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่และรับทราบทั่วถึง ก็จะมีบุคลากรพยาบาลเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับฟังและมีส่วนร่วมในการดำเนินการ จึงอาจส่งผลให้บุคลากรพยาบาลไม่ได้รับทราบข้อมูล ทำให้ขาดความระมัดระวังในการป้องกันความเสี่ยง อีกทั้งบางครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว ไม่สามารถหาข้อสรุปในการแก้ไขได้อย่างชัดเจนในช่วงเวลาดังกล่าว จึงทำให้ปัญหาเดิมนั้นเกิดขึ้นซ้ำอีก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่กล่าวในทำนองเดียวกันว่า บุคลากรไม่ทราบหลักเกณฑ์การประเมินเนื่องจากการสื่อสารไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรรับทราบไม่ทั่วถึง เนื่องจากบุคลากรพยาบาลไม่สามารถรับทราบข้อมูลได้ทั้งหมด และกรณี เป็นวันที่ลาหยุดหรือลาพักผ่อนก็จะไม่สามารถทราบข้อมูลเลย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การเอามา สรุปวันประชุม ward ของ opd อย่างเดียว คิดว่ารู้กันไม่หมดหรอก อย่างถ้าเป็นเวรหยุด หรือ vac (ลาพักผ่อน) กลับมา...หลักเกณฑ์การประเมิน เลยไม่รู้”

“การประชุม ward มันมีวาระหลายอย่างนะ และเวลามันก็มีนิดเดียวเพราะ opd จะประชุม ตอนเย็นบางครั้งงานห้องตรวจยังไม่เสร็จก็ไม่ได้เข้าประชุม เรื่องก็เลย ตามเลย”

“ควรจะมีเวทีแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความเสี่ยง โดยตรงที่เราเจออะไรปัญหาที่พบอย่างไรก็จะ เป็นโอกาสพัฒนาของหน่วยงาน”

“บางปัญหาจะเกิดซ้ำๆ อาจเป็นเพราะ เวลามีปัญหา แล้วหาแนวทางเราไม่ได้แสดงความคิดเห็นแล้วปัญหาก็กลับมาอีก”

ในทำนองเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย และพนักงานเปลทั้งหมดกล่าวถึงการประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์ว่า บุคลากรขาดทักษะการแบ่งระดับความรุนแรง พวกเขาทราบว่ามีการแบ่งระดับความรุนแรง แต่ไม่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงและไม่ได้เป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรง เมื่อเกิดอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ จะมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไข และรายงานข้อมูลที่เกิดขึ้นให้แก่พยาบาลหัวหน้าเวร หัวหน้างานรับทราบ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เรื่องระดับความรุนแรง ไม่รู้หรือว่ามีกี่ระดับ แต่รู้ว่ามีการแบ่งระดับไว้ รู้แต่ถ้า ถ้าระดับ E นะมันรุนแรง”

“พวกผมจะมีการจัดการแบ่งงานเช่นถ้าจะย้ายคนไข้มาตีกลูกเงิน ย้ายคนไข้ไป ตึก ICU คือคนไข้ที่อาการไม่ดีพนักงานเปลก็จะไปให้ก่อนสำหรับคนที่จะกลับบ้านจะให้คิวทีหลัง..แต่ถ้าให้มาลงวาระคับไหนก็แบ่งไม่ถูก”

3. การจัดการความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการจัดการความเสี่ยงใน 2 ลักษณะคือ การ ป้องกันความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การป้องกันความเสี่ยง

การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง

มีการแต่งตั้งพยาบาลเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง 2 คน โดยมีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูล ร่วมมือกับหัวหน้าหน่วยงานและกลุ่มพัฒนาคุณภาพในการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน รวมทั้งขอความร่วมมือในการประเมินติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติ/คู่มือ ของบุคลากรในหน่วยงาน (โรงพยาบาลลำพูน, 2554)

มีการมอบหมายให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานมีหน้าที่ รับผิดชอบงานในส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง จากการศึกษาเอกสารการมอบหมาย งานกรรมการต่างๆ ของหน่วยงานพบว่า มีกรรมการพัฒนาคุณภาพงาน กรรมการป้องกันการตกเตียง กรรมการบริหารห้องรื้อเรียน กรรมการพัฒนาบุคลากร กรรมการอุบัติเหตุและสิ่งแวดล้อม และกรรมการบันทึกทางการแพทย์ (หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน, 2552)

การมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานโดยกรณีที่เป็นความเสี่ยงทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานใดหน่วยงาน หนึ่ง ฝ่ายการพยาบาลจะเป็นผู้จัดทำมาตรฐานวิธีปฏิบัติงาน หรือมาตรการป้องกันมาให้เพื่อให้ทุก หน่วยงานใช้เป็นมาตรฐานแนวทางเดียวกัน สำหรับความเสี่ยงที่เฉพาะของหน่วยงานนั้น ทางหน่วยงานได้มีการร่วมกันกำหนดมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใน ส่วนของตนเอง ซึ่ง กลุ่มประชากรที่เป็นหัวหน้าหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดกล่าวได้ว่าใช้คู่มือ หรือแนว ปฏิบัติดังกล่าวในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

การจัดทำแผนการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง

การศึกษาแผนการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนมีแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานผู้ป่วยนอกพบว่ามีกำหนดแผนการดำเนินงานในด้านการบริหารความเสี่ยงแต่ละปี สอดรับกับนโยบายการบริหารความเสี่ยงของงานการพยาบาล และของฝ่ายการพยาบาล (หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน, 2554)

การสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงภายในหน่วยงาน

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการ บริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน โดยกลุ่มประชากรที่เป็นหัวหน้าหน่วยงาน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการ พยาบาลทั้งหมดกล่าวสอดคล้องกันว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย หรือประกาศต่างๆ ของทางโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลมีการสื่อสารให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ โดยการติดประกาศ ส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงภายใน หน่วยงานนั้น จะมีการสื่อสารใน ช่วงเวลาของการประชุมหน่วยงานผู้ป่วยนอกทุกเดือน

การให้ความรู้แก่บุคลากร

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการให้ความรู้ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรพยาบาล โดยการจัดให้บุคลากรได้เข้ารับการอบรมความรู้ ในด้านต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยตามที่ทางโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้จัดทำขึ้น โดยแต่ละครั้งพบว่าจะมีบุคลากรเข้ารับการอบรมประมาณ 2-4 คน (หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน, 2554) สำหรับการให้ความรู้แก่บุคลากรโดยมีการให้ความรู้แก่บุคลากรทุกคนนอกจากนี้กลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลของฝ่ายการ พยาบาล กล่าว ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วย และคณะกรรมการความเสี่ยงในการ พัฒนาการ ลงรายงานความเสี่ยงได้ทุกคนเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็น ตัวอย่างในการนำลงสู่การปฏิบัติ

2) การลดความเสี่ยง

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการลดความ เสี่ยงเมื่อมีความเสี่ยง เกิดขึ้นแล้วใน 2 ลักษณะคือ อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงาน และ อุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไข โดยพร้อมสายงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงาน

กรณีการเกิดอุบัติการณ์

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการในอุบัติการณ์ที่แก้ไขได้เองภายในหน่วยงานโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ส่วนใหญ่กล่าวว่า บุคลากร พยาบาลผู้ประสบเหตุการณ์จะเข้าไปช่วยเหลือทันทีด้วยความเอาใจใส่ พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่ญาติ เพื่อลดความรุนแรง และการให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์

กรณีข้อร้องเรียน

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการเมื่อมีข้อร้องเรียน โดยหัวหน้าหน่วยงาน และผู้บริหารทางการแพทย์ของงานการพยาบาลกล่าวสอดคล้องกันว่า ได้ดำเนินการนำข้อร้องเรียนที่ได้รับมาหาข้อเท็จจริงก่อน หลังจากนั้นกรณีที่ข้อร้องเรียนระบุเฉพาะ รายบุคคล ได้ดำเนินการแก้ไขที่ตัวบุคคลโดยเรียกพบและตักเตือนเป็นรายบุคคลพร้อมทั้งให้มีการ เช่น ด้รับทราบ ร่วมกับการติดตามผล กรณีพบข้อร้องเรียนซ้ำในบุคคลเดิมได้มีการทำภาคทัณฑ์ สำหรับกรณีที่ข้อร้องเรียนระบุในภาพรวมได้นำมาร่วมกันแก้ไขในภาพรวมโดยนำมาชี้แจงในช่วง เวลาการประชุม ward opd เพื่อให้บุคลากรพยาบาลทุกคนได้รับทราบ และ หาแนวทางในการแก้ไขร่วมกัน

อุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยคร่อมสายงาน

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการในอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง กับบุคคลหลายฝ่าย โดยการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการในระดับ PCT ของกลุ่มงานอายุรกรรมสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์และผู้บริหาร ทางพยาบาลทั้งหมดที่กล่าวว่า ได้มีการนำเหตุการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยคร่อมสายงานเข้าร่วม ประชุมกับคณะกรรมการในระดับ PCT ของอายุรกรรมเพื่อหาข้อตกลง และแนวทาง การแก้ไขร่วมกัน นอกจากนี้กรณีที่เหตุการณ์มีความรุนแรงได้ดำเนินการโดยการนำปัญหาที่เกิดขึ้นเข้าประชุมร่วมกับผู้บริหารที่เป็น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาในการวางแนวทางป้องกัน แก้ไข และ นำสู่การปฏิบัติ

ผลการศึกษาการดำเนินงานในขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน นั้นพบว่า มีปัญหา ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการจัดการความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการมี

ความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์บาลส่วนใหญ่ ดังต่อไปนี้

“...ตอนนี้บุคลากรยังเป็นเพียงผู้รายงานความเสี่ยงเท่านั้นนะ...ยังขาดทักษะในการจัดการความเสี่ยง...คือบุคลากรยังรอให้บอกว่าควรต้องทำอะไร”

“ในหน่วยงานเรามีองค์ความรู้ด้านความเสี่ยงที่สามารถนำมาปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม...แต่บุคลากรก็ยังจัดการความเสี่ยง...ยังไม่ได้หมดคนนะ...ก็ควายังต้องพัฒนา”

“ที่ทำผิดกันนั้น ก็เพราะไม่ทำตามแนวปฏิบัติ อย่างเช่น ระบบ *fast track* ก็ไม่ได้ทำตามแนวปฏิบัติอย่างแท้จริงคนไข้ *case TB 2+* ก็นั่งรอตรวจรวมกับคนไข้ทั่วไป”

นอกจากนี้ ผลจากการศึกษายังพบว่า การนำมาตรการการป้องกันความเสี่ยง ต่างๆ ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานนั้นขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ โดยจะมีการปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติ เฉพาะในระยะแรกๆ ระยะต่อมามักจะละเลยไม่ปฏิบัติตาม ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลกรรมการ ความเสี่ยง ของหน่วยงานต่อไปนี้

“ของเรบางทีทำแต่ไม่ต่อเนื่อง เวลาทำก็จะทำตอนแรกๆ พอหลังๆาก็ไม่ค่อยทำกัน”

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบ เรื่องการป้องกันการตกเปลนอนของ หน่วยงานให้ความเห็นถึงปัญหาที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการตกเตียง เช่น การ นำป้ายระวาง การตกเตียง ไปแขวนที่เตียงผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเตียงว่า เนื่องจาก ภาระงาน มาก และส่วน ใหญ่จะเป็นกรรมการเท่านั้นที่เป็นผู้ปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การเอาป้ายระวางตกเปล ไปแขวนที่เตียง ก็ไม่ค่อยได้ทำ เพราะภาระงานมากหรือไม่ให้ความตระหนัก และก็จะมิแต่กรรมการเท่านั้นที่ทำ”

จากการที่ทางโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลได้มีนโยบายสนับสนุน และ ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานนำเครื่องมือคุณภาพต่างๆ เช่น C3THER, FMEA, clinical tracer ตามที่ระบุไว้ในแผนการดำเนินงานมาประยุกต์ใช้เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่หัวหน้าหน่วยงาน และคณะกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงานไปแล้วนั้น แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลคณะกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงานกล่าวว่า การปฏิบัตินั้นทำยาก ไม่ค่อยเข้าใจ ดัง ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“มีนโยบายมาจริง แต่เราก็ไม่ได้ทำ FMEA มันยากเกินไป ไม่ค่อยเข้าใจ ไม่รู้จะคิดอย่างไร คือเวลาไปอบรมก็จะ ไปไม่กี่คน กลับมาก็ไม่ได้อะไร อย่างน้องใหม่ก็จะไม่รู้เลย อย่าง tracer ที่เราทำ ก็ทำแบบไม่เข้าใจ”

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลเกือบทั้งหมดให้ความเห็นในทำนองเดียวกันถึงการนำเครื่องมือคุณภาพต่างๆสู่การปฏิบัติว่า ไม่ทราบถึงความหมาย ความสำคัญ รวมทั้งรายละเอียดวิธีการปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เราไม่รู้ว่ C3THER คืออะไร ทำอย่างไร ทำ case ไหนบ้างและทำไปเพื่ออะไร”

4. การประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงโดยการ ติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการดำเนินการประเมินผล โดยการติดตาม ตัวชี้วัดความเสี่ยงทุกเดือน โดยพยาบาลที่เป็นคณะกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงานกล่าวว่าเป็นผู้เก็บรวบรวม ตัวชี้วัดความเสี่ยงและรายงานต่อหัวหน้าหน่วยงานทุกเดือน และเมื่อพบมีความเสี่ยง หรือตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายได้นำมาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ และวิธีการแก้ไข มีการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงทุก เดือนและกรณีพบตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมเพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นซ้ำ

การประเมินผลการปฏิบัติงาน

ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยจากการศึกษาเอกสารการรายงานตัวชี้วัดของห้องตรวจพบว่าการประเมินผลการปฏิบัติการณ่อย่างถูกต้องของบุคลากรในเดือนกุมภาพันธ์ 2556 ทั้งนี้พยาบาลคณะกรรมการความเสี่ยงกล่าวว่าการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลนั้นส่วนหนึ่งได้มีการกำหนดมาจากทีมคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาในขั้นตอนของการประเมินผลนั้น พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานเปลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าบุคลากรไม่ทราบเป้าหมายการดำเนินงาน ไม่ทราบถึงตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ทีมความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นผู้เก็บ

รวบรวมในแต่ละเดือน รวมทั้งไม่ทราบถึงผลการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พวกเราจะทำตามที่พี่พยาบาลบอกแต่ถ้าจะถามว่าตัวชีวิตมีอะไร เป้าหมายอย่างไรเราไม่ค่อยรู้ลึกเท่าไร”

“เรารู้ว่ามีปัญหา และแก้ไขอย่างไร พอเอาไปปฏิบัติแล้ว ยังไม่มีการติดตามผลอย่างจริงจัง...บรรลุปเป้าหมายก็ไม่รู้”

สรุป สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ด้านกระบวนการ มีการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนคือ

1. การค้นหาความเสี่ยง โดย การค้นหาความเสี่ยงในระหว่างการปฏิบัติงาน การรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย มีปัญหาอุปสรรคเรื่อง การเขียนรายงานอุบัติการณ์น้อยซึ่งมีสาเหตุมาจากบุคลากรไม่มั่นใจในความปลอดภัยบางหน่วยงานก็ปลอดภัยบางหน่วยงานมีผลกระทบตามมา ไม่มีเวลาในการเขียนอุบัติการณ์เนื่องจากภาระงานมาก และไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานและปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะไม่เพียงพอในการค้นหาความเสี่ยงด้านเหตุไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา เครื่องคอมพิวเตอร์ที่สามารถลงรายงานความเสี่ยงมีน้อยไปข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาคือ โรงพยาบาลต้องมี วัฒนธรรมความปลอดภัย คือบุคลากร มีความปลอดภัยที่ได้เขียนมีความกล้าลงรายงานความเสี่ยงซึ่งตอนนี้ วัฒนธรรมความปลอดภัยยังไม่ครอบคลุมร้อยเปอร์เซ็นต์ การรายงานความเสี่ยงยังใช้การจดบันทึกใส่กระดาษไว้ก่อนทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันไม่รายงาน ผู้พบอุบัติการณ์ไม่ใช่ผู้ที่ลงรายงาน

2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงประกอบด้วย การควบคุมความเสียหาย ได้แก่ การแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของ เหตุการณ์ การวิเคราะห์หาสาเหตุของ เหตุการณ์ และการจัดทำแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยงปัญหาอุปสรรคคือมีการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ บุคลากรขาดทักษะในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ข้อเสนอแนะควรมีการพัฒนา ด้านการสื่อสารและควรให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องตัว โปรแกรม การแบ่งระดับความรุนแรง ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

3. การจัดการความเสี่ยงได้แก่ การป้องกันความเสี่ยงโดยการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน การมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง การจัดทำแผนการดำเนินงาน การสื่อสาร ข้อมูลความเสี่ยง การให้ความรู้แก่บุคลากร และการลดความเสี่ยงโดยมีการดำเนินการใน 2 ลักษณะ คือกรณีที่เกิดขึ้นได้เอง ในหน่วยงาน และกรณีที่ต้องแก้ไขคร่อมสายงานปัญหาอุปสรรคคือบุคลากร

ทางการพยาบาล มีทักษะไม่เพียงพอในการจัดการความเสี่ยงการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและมีความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือคุณภาพข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาคือควรเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในด้านการจัดการความเสี่ยงและสร้างระบบติดตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยสามารถนำความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติได้และควรมีการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในเรื่องการใช้เครื่องมือคุณภาพ

4. การประเมินผลโดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรไม่ทราบเป้าหมายการดำเนินงานควรมีเวทีเกี่ยวกับความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยเฉพาะ

ด้านผลลัพธ์

ผลการศึกษาห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ได้มีการติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงานทุกเดือนและติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไขโดยติดตามความเสี่ยงที่ผ่านมาและที่ได้ดำเนินการแก้ไขไปแล้วนั้นผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไรมีความเสี่ยงสำคัญใหม่เกิดขึ้นหรือจำนวนอุบัติการณ์ลดลงอย่างไรหัวหน้าหน่วยงานจะติดตามทุกเดือนและให้คณะกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงานรวบรวมข้อมูลไว้ในแฟ้มบัญชีความเสี่ยงความเสี่ยงของหน่วยงานจากการรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง การบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยการบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนมีการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาโดยตลอดแต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผลลัพธ์ ตัวชี้วัดการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงในปี พ.ศ. 2552-2556 ยังมีตัวชี้วัดบางตัวที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือเท่ากับศูนย์และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนยังพบปัญหาอยู่ มีความเสี่ยงที่รุนแรงที่นำมาทบทวนอยู่ 2 เรื่อง คือ คนไข้โรคหัวใจทรุดลงขณะรอตรวจและคนไข้โรคหลอดเลือดในสมองได้รับการรักษาล่าช้า อีกประเด็นหนึ่งก็คือ การบริหารความเสี่ยงเมื่อมีการทบทวนแล้วนำมาพัฒนา ยังไม่ครอบคลุมเกิดเป็นวงล้อคุณภาพบางเรื่องเท่านั้น ยังขาดการติดตามผลลัพธ์เชิงโครงสร้างเชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงผลลัพธ์ด้านอื่นอย่างเป็นระบบยังมีความเสี่ยงที่ซ่อนเร้นอยู่และมีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ

ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

“ตัวชี้วัดยังต้องติดตามอยู่นะ...ที่จะดูสรุปรายงานความเสี่ยงแต่ละเดือนว่ามีความเสี่ยงอะไรที่เพิ่มขึ้น ประเด็นไหนที่เป็นปัญหาเรื่องที่เกิดขึ้นในทีมของเราได้ก็ร่วมกันแก้ไขและกำหนดแนวทางร่วมกัน เรื่องไหนต้องแก้ร่วมกับต่างหน่วยงานก็ส่งเรื่องเข้าทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล”

“risk ที่รุนแรงก็จะเป็นผู้ที่มาตรวจทางอายุรกรรมนี้แหละเพราะมันหลากหลายโรคก็ซับซ้อนที่ได้ทบทวน RCA (root cause analysis) ทำกันอยู่ 2 เรื่องก็เรื่องผู้ป่วยโรคหัวใจ arrest ที่ opd”

“ผลลัพธ์ยังไม่เต็ม 100 นะ...ยังมีความเสี่ยงที่ซ่อนเร้น. การทำงานสหสาขาวิชาชีพยังไม่เพียงพอ...ตอนนี้เจ้าหน้าที่ 60-80% ให้ความสำคัญรู้จักการลงโปรแกรมสามารถลงรายงาน โดยมี password ของตัวเองนะภาพรวมคือบุคคลากรกล้ารายงานความเสี่ยงมากกว่าในอดีต 3-4 ปีที่แล้ว...เรื่องที่ทบทวนแล้วเกิดเป็นวงล้อคุณภาพก็เกิดบางหน่วยงานเท่านั้นนะ...คิดว่ายังต้องพัฒนาอยู่”

สรุป สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ด้านผลลัพธ์ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงานทุกเดือนและติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไข โดยติดตามความเสี่ยงที่ผ่านมาและที่ได้ดำเนินการแก้ไขไปแล้วนั้นผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไรมีความเสี่ยงสำคัญใหม่เกิดขึ้นหรือจำนวนอุบัติการณ์ลดลงอย่างไรหัวหน้าหน่วยงานจะติดตามทุกเดือนและให้คณะกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงานรวบรวมข้อมูลไว้ในแฟ้มบัญชีความเสี่ยงความเสี่ยงของหน่วยงานจากรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง การบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยการบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนมีการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาโดยตลอดแต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผลลัพธ์ ตัวชี้วัดการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงในปี พ.ศ. 2552-2556 ยังมีตัวชี้วัดบางตัวที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือเท่ากับศูนย์และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน, 2555) ความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนยังพบปัญหาอยู่ มีความเสี่ยงที่รุนแรงที่นำมาทบทวนอยู่ 2 เรื่อง คือคนไข้โรคหัวใจทรุดลงขณะรอตรวจและคนไข้โรคหลอดเลือดในสมองได้รับการรักษาล่าช้าอีกประเด็นหนึ่งก็คือการบริหารความเสี่ยงเมื่อมีการทบทวนแล้วนำมาพัฒนายังไม่ครอบคลุมเกิดเป็นวงล้อคุณภาพ (PDCA) บางเรื่องเท่านั้น ยังขาดการติดตามผลลัพธ์เชิงโครงสร้างเชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงผลลัพธ์ด้านอื่นอย่างเป็นระบบยังมีความเสี่ยงที่ซ่อนเร้นอยู่และมีการทำงานแบบ สหสาขาวิชาชีพที่ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งผู้ศึกษาขอเสนอตามประเด็นปัญหาที่พบจากการศึกษา ดังนี้

1. พัฒนาระบบคัดกรอง

ผลการศึกษาค้นคว้าการบริหารความเสี่ยงความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ที่พบปัญหาคือ ปัญหาของระบบการคัดกรอง คือ **ขาดการประสานงานระหว่างจุดคัดกรองและระดับคนนำส่ง** ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ได้ให้ข้อเสนอแนะให้มีการนำปัญหามาทบทวนในทีมสหสาขาวิชาชีพมีการค้นหาสาเหตุเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น การค้นหาสาเหตุการวิเคราะห์คุณลักษณะของความเสี่ยง และผลกระทบที่ตามมา และวางแผนทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น แนวทาง การประเมินและดูแลผู้ป่วยระหว่างแผนกควรมีการพัฒนาระบบการคัดกรองตั้งแต่ห้องบัตรและการให้บริการพบแพทย์ทันเวลาความเร่งด่วนในการให้บริการ

2. เน้นให้บุคลากรพยาบาลเขียนรายงานอุบัติการณ์

ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ที่พบปัญหา คือบุคลากรพยาบาลรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า อันเนื่องมาจากการไม่มีเวลาเขียนรายงานจากภาระงาน มาก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้เขียน และการไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์นั้น กลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการกระตุ้นให้บุคลากรเขียนรายงานอุบัติการณ์ดังนี้

การติดตามการเขียนรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร

หัวหน้าหน่วยงานให้ความเห็นถึงการแก้ไขในเรื่องนี้ว่า โดยการเน้นย้ำให้ บุคลากรพยาบาลเขียนรายงานในเวรที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการติดตามให้มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์

การบันทึกในกระดาษไว้ก่อน

ผู้บริหารทางการแพทย์ด้านการบริหารความเสี่ยงของงานการพยาบาลให้ ความเห็นว่า การเขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์นั้น ถ้าไม่ทันบันทึกในคอมพิวเตอร์ก็ให้ผู้ประสบ เหตุการณ์บันทึกในกระดาษไว้ก่อนเพื่อกันลืม ทั้งนี้หัวหน้าหน่วยงานต้องดูแลให้ความช่วยเหลือใน การเขียนรายงานอุบัติการณ์

การมองการรายงานอุบัติการณ์ให้เป็นเชิงบวก

ผู้บริหารการพยาบาลด้านความเสี่ยงของงานการพยาบาลให้ ความเห็นว่าบุคลากร พยาบาลต้องมองการรายงานอุบัติการณ์ให้เป็นเชิงบวกว่าการรายงานนั้น เพื่อการแก้ไข ปัญหา และ ให้เกิดการพัฒนางานเรียนรู้ร่วมกัน ถ้ามองเป็นเชิงลบก็จะทำให้ไม่มีการรายงานอุบัติการณ์

การเขียนรายงานอุบัติการณ์ในลักษณะที่ไม่ตำหนิตัวบุคคล

กลุ่มประชากรที่เป็นผู้บริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะ ถึงปัญหาของการเขียนรายงานอุบัติการณ์คือกลัวการเกิดผลกระทบทางลบต่อผู้เขียนว่า โดยการ หลีกเลี่ยงการเขียนที่เป็นการตำหนิตัวบุคคล และต้องเขียนในแนวทางการแก้ไข ปัญหา

3. การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงาน

ผลการศึกษาการดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลนั้น พบว่ามีปัญหาของการสื่อสารที่ไม่พอเพียงดังกล่าวไว้ในข้างต้น ซึ่งอาจ ส่งผลให้บุคลากรขาดความระมัดระวังในการป้องกันการเกิดความเสี่ยง และไม่ได้รับความร่วมมือ เท่าที่ควรในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง ซึ่ง กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข ปัญหาโดยการเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้หลากหลาย ดังนี้

การเขียนบันทึกข้อมูลจากการประชุมหน่วยงานลงในสมุดความเสี่ยง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติกรพยาบาลและพนักงานแปลส่วนใหญ่ให้ ความเห็นว่า ควรมีการ บันทึกข้อมูลจากการประชุมหรือจากการทบทวนความเสี่ยง ลงในสมุดส่งเวรเพื่อที่ บุคลากรที่เป็นเวรหุด หรือลาพักผ่อนสามารถกลับมาติดตามอ่านได้ในภายหลัง

การนำข้อมูลตัวชี้วัดความเสี่ยงมาคิดไว้ที่บอร์ด

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลและพนักงานเปลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ควรนำผล การรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งหมดของหน่วยงาน และตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตาม เป้าหมาย ในแต่ละเดือนมาคิดไว้ที่บอร์ดของหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ และให้ ร่วมมือใน การปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“อะไรที่เป็นความเสี่ยงซ้ำๆเราจะ ได้เกิดความตระหนัก และระวังมากขึ้นค่ะ”

“เมื่อคณะกรรมการความเสี่ยงสรุปรายงานตัวชี้วัดอันไหนที่ต้องส่งก็เอามาคิดไว้เลยก็จะดี ตัวชี้วัดที่ไม่เป็น ไปตามเป้าหมายเอามาคิดที่บอร์ดให้รู้ เราจะ ได้ช่วยกันตระหนัก ตัวชี้วัดก็ จะดีขึ้น”

การจัดให้มีการประชุมภายในหน่วยงาน

พยาบาลที่มความเสี่ยง และผู้บริหารทางการพยาบาลของหน่วยงานให้ความเห็นที่ สอดคล้องกับผู้บริหารทางการพยาบาลของงานการพยาบาลว่า ควรมีการจัดให้ มีการประชุมภายใน หน่วยงานเรื่องคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มี ส่วนร่วมในการ แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ และกรรมการแต่ละคน ได้รายงานข้อมูลการ ดำเนินงานการบริหาร ความเสี่ยง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินงาน ดังตัวอย่างคำพูดของ กลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้บริหารทางการพยาบาลของงานการพยาบาล ต่อไปนี้

“ควรจะมีเวทีประชุมความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างน้องใหม่ขาดองค์ความรู้และถ้าไม่ลงมือ ปฏิบัติก็จะรู้ไม่จริง”

“หัวหน้าหน่วยงานต้องจัดให้มีการประชุมในหน่วยงานเรื่องคุณภาพงาน ด้านความเสี่ยง ต้องมาคุยกัน เช่น ตอนนี้เกิด อุบัติการณ์อะไรที่เร่งด่วนและเป็นปัญหาที่รุนแรงและเราได้ ดำเนินการ อย่างไรคือมาคุยกัน และก็จะเปิด โอกาสให้แต่ละคนเสนอ ข้อคิดเห็น”

4. การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการจัดการความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายูรกรรมโรงพยาบาลลำพูนที่พบปัญหา คือบุคลากร ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีการปฏิบัติที่ไม่ต่อเนื่องนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ผู้ช่วยเหลือ คนไข้ และพนักงานเปลทั้งหมดได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข คือ การได้รับการกระตุ้นจาก

หัวหน้าหน่วยงาน และผู้บริหารทางการแพทย์ เพื่อให้บุคลากร มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ดังตัวอย่าง คำพูดต่อไปนี้

“คิดว่าต้องมีการสุ่มตรวจจากหัวหน้าบ้างว่าลูกน้องทำงานกันอย่างไรตอนนำเสนอก็พูดกัน
ได้แต่ปฏิบัติไม่ได้”

“อย่างที่พบบ่อยคนไข้รถนั่ง รถนอน ไม่ได้ทำบัตรกันกว่าเจ้าหน้าที่จะมาพบบางรายก็
อาการแย่อแล้ว อยากได้รับการช่วยเหลือจากหัวหน้าในด้านนี้ คิดว่าต้องมีการติดตามการ
ปฏิบัติงานและมีแนวทางที่ชัดเจน”

ผู้บริหารทางการแพทย์ของงานการพยาบาลให้ความเห็นว่าหน่วยงานควรมีการ
นำแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมาพูดคุยทบทวนกันบ่อยๆ เพื่อเป็น การกระตุ้นให้บุคลากร
พยาบาลเพิ่มความระมัดระวังและตระหนักในการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย ดังตัวอย่าง
คำพูดต่อไปนี้

“มันก็เกิดจากการที่หัวหน้างานเข้าใจ ต้องมีการชี้แจงเมื่อหัวหน้างานเข้าใจว่าการ
บริหารความเสี่ยงมีประ โยชน์อย่างไรและมีความตระหนักว่าความปลอดภัยมันเป็นอย่างไรต้อง
อธิบายและสื่อให้น้องเข้าใจ”

“ควรจะมีการshare ความคิดเห็นการเชื่อมโยงและบูรณาการ การมีเป้าหมายร่วม มีทัศนคติ
ร่วมในการจัดการความเสี่ยง”

“เรื่องความปลอดภัยนี้สำคัญที่สุดว่าจะปฏิบัติอย่างไร ไม่ให้เกิดความเสี่ยง กับผู้ป่วย ต้อง
นำแนวปฏิบัติมาพูดคุยทบทวนและ มีแนวทางที่ชัดเจนต้องนึกว่าการให้การดูแล นั้นเขาเป็น
ญาติของเรา มิฉะนั้นวัฒนธรรมความปลอดภัยก็จะไม่เกิด”

5. เพิ่มทักษะการจัดการความเสี่ยงและการให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลในการใช้ เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ

ผลการศึกษาในขั้นตอนการดำเนินการจัดการความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุ
รกรรม โรงพยาบาลลำพูน ที่พบปัญหา คือ บุคลากรพยาบาลมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้
เครื่องมือพัฒนาคุณภาพนั้น กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และ
พนักงานเปลทั้งหมดให้ความเห็นว่า ควรมีการให้ความรู้แก่บุคลากรทุกคนใน การนำเครื่องมือ

คุณภาพต่างๆ ผู้การปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง การใช้โปรแกรมรวมทั้งชี้แจงรายละเอียดถึงความสำคัญ เหตุผล และขั้นตอนในการทำก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การลงโปรแกรม มีขั้นตอนเหมือนกัน บางที่จะลงปรากฏว่าลงไม่ได้เพราะไม่ได้ update program”

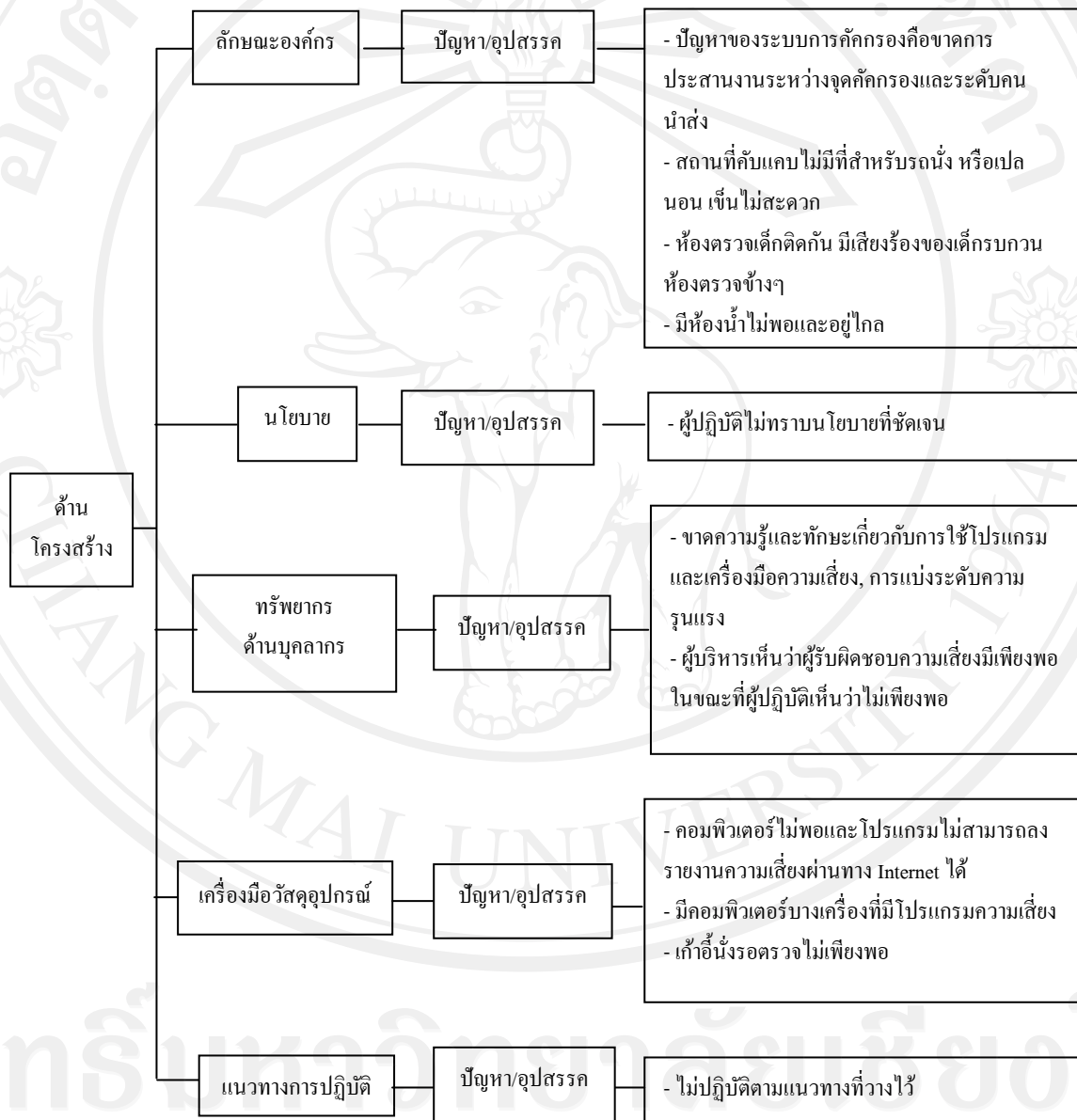
“รายละเอียดในโปรแกรมเป็นภาษาอังกฤษ...บางที่ความหมายก็ไม่ค่อยเข้าใจ...แปลเนื้อหาว่าจะลงเป็นประเภทอะไร แก้ไขยัง ไง...บางที่กึ่งงอยู่”

ผู้บริหารทางการแพทย์ที่เป็นหัวหน้างานการพยาบาลให้ความเห็นว่า ได้มีการให้ความรู้โดยการจัดให้บุคลากรพยาบาล โดยเฉพาะหัวหน้าหน่วยงานเข้ารับการอบรมการใช้เครื่องมือ พัฒนาคุณภาพตามที่ทางโรงพยาบาลจัดทำขึ้น ร่วมกับการให้คำแนะนำ และสาธิตถึงวิธีปฏิบัติ ทั้งนี้บุคลากรพยาบาลควรเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการทำ ซึ่งทางหน่วยงานอาจเชิญวิทยากรมาให้ความรู้เพิ่มเติม และนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

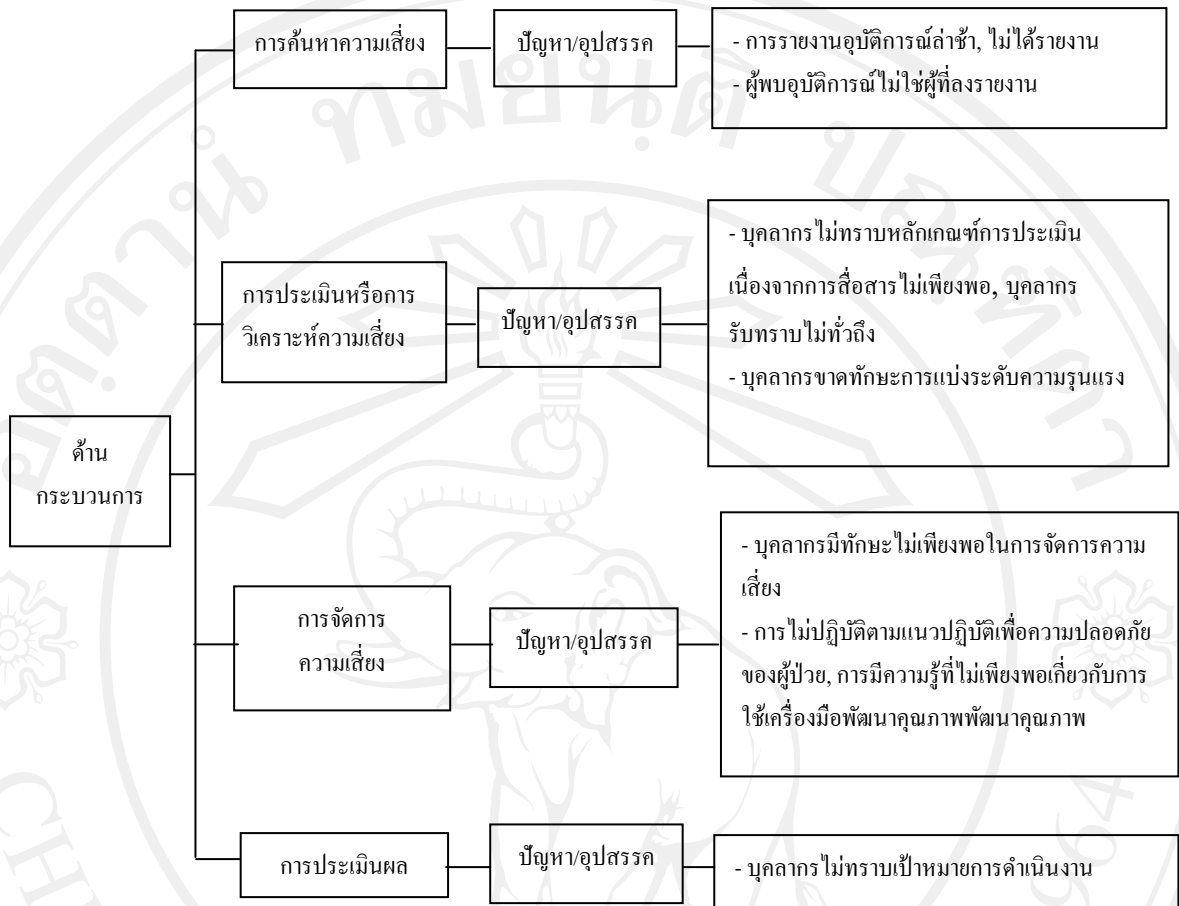
“ตอนนี้...เรามุ่งเน้นป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ...เครื่องมือ ตัว...clinical tracer...ก็ต้องนำมาเรียนรู้ร่วมกัน”

กล่าวโดยสรุป สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน นั้นพบว่ามี 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ มีการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน และด้านผลลัพธ์ สำหรับปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานนั้นพบว่า ด้านโครงสร้าง พบว่ามีปัญหาคือ ขาดการประสานงานของระบบการคัดกรอง สถานที่มีความคับแคบ ห้องน้ำมีจำนวนน้อยและอยู่ไกล บุคลากรบางคนไม่ทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน ขาดความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมความเสี่ยง ผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงมีจำนวนไม่เพียงพอ จำนวนคอมพิวเตอร์ไม่พอและไม่สามารถลงรายงานความเสี่ยงผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้ มีคอมพิวเตอร์บางเครื่องเท่านั้นที่มีโปรแกรมความเสี่ยง แก้อัปเดตไม่เพียงพอ และบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ด้านกระบวนการ พบว่า มีปัญหา ด้าน 1) การรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า ไม่ได้รายงาน ผู้พบอุบัติการณ์ไม่ใช่ผู้ที่ตั้งรายงาน 2) บุคลากรไม่ทราบหลักเกณฑ์การประเมิน มีทักษะไม่เพียงพอในการแบ่งระดับความรุนแรง 3) การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 4) มีความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ และไม่ทราบเป้าหมายการดำเนินงาน ส่วนด้านผลลัพธ์ พบว่ายังมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นอยู่ และเกิดการการพัฒนาเป็นวงล้อคุณภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับการจัดการความเสี่ยงเป็นบางเรื่อง ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขคือ

1) พัฒนาระบบคัดกรอง 2) เน้นการให้บุคลากรรายงานอุบัติการณ์ 3) การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงาน 4) กระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและเพิ่มทักษะการจัดการความเสี่ยงและการให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังภาพ



ภาพที่ 2. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ด้านโครงสร้าง



ภาพที่ 3. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน ด้านกระบวนการ



ภาพที่ 4. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน ด้านผลลัพธ์

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงอยู่ 3 ด้าน คือด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ รวมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการ บริหารความเสี่ยง ซึ่งผู้ศึกษาขออภิปรายผลของการศึกษา ในแต่ละหัวข้อ ดังต่อไปนี้

ด้านโครงสร้าง

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบาย และแผนการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงเป็นระยะอย่างเหมาะสม และมีการสื่อสารให้ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนได้รับทราบ โดยที่นโยบายดังกล่าว ได้มีการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรมีเนื้อหาที่ชัดเจนนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า โรงพยาบาลต้องการให้บุคลากรทุกคนรับรู้ และมีความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับแนวทางของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) คือ การที่ผู้บริหารต้องกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เนื่องจากการสร้างระบบบริหารความเสี่ยงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่คณะผู้บริหารจะต้องมีการวางระบบนโยบายที่ชัดเจน และประกาศให้บุคลากรรับทราบ เพราะนโยบายซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ จะสะท้อนถึงจุดยืนของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้บุคลากรทุกคนทราบขอบเขต ความรับผิดชอบของตน และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน (อนุวัฒน์ สุภชุตินกุล, 2544) และการสื่อสารโดยผ่านการประชุมจะทำให้ บุคลากรทราบข่าวคราวขององค์กร เข้าใจถึงกฎ เงื่อนไขต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดปัญหา อุปสรรคในการทำงาน (สมชาติ กิจบรรจง, 2546) โดยที่การสื่อสารตามสายการบังคับบัญชาในแนวตั้งคือ จากระดับบริหาร ผ่านมาทางหัวหน้าฝ่าย และหัวหน้างาน และในแนวราบคือจากหัวหน้างานมายัง คณะกรรมการระดับหน่วยงาน โดยการประชุมชี้แจงในแต่ละระดับ ถือได้ว่าเป็นการดำเนินงานที่ สอดคล้องกับแนวทางในการบริหารองค์กร เพื่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติทุกขั้นตอน เพราะการสื่อสารตามแนวตั้ง จะช่วยเพิ่มความสามารถของ โครงสร้างในการเคลื่อนย้ายข้อมูลตามลำดับชั้น ในขณะที่การสื่อสารตามแนวราบ จะช่วยให้ข้อมูล ระหว่างหน่วยต่างๆ ในระดับล่างเป็นไปโดยคล่องตัว และทั่วถึงยิ่งขึ้น (ธงชัย สันติวงศ์, 2541) นอกจากนี้ การกำหนดแนวทางในการสื่อสารข้อมูลจากฝ่ายบริหาร ไปยังบุคลากร จะช่วยให้การสื่อสาร

นโยบาย ได้รับการนำมาปฏิบัติอย่างถูกต้อง เพราะการสื่อสารถึงรายละเอียดของแผนการปฏิบัติจะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจและยอมรับ (อิโตมิ คูเมะ, 2542)

จากการสำรวจข้อมูลด้านโครงสร้างที่เป็นปัจจัยของการบริหารความเสี่ยงผลการศึกษาพบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนมีนโยบายในการบริหารความเสี่ยง การกำหนดนโยบาย มีขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอทั่วทั้งองค์กร ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยงที่กำหนดขึ้น และเป็นไปในทิศทางเดียวกันสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ และภารกิจหลักของโรงพยาบาลที่วางไว้ วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยง คือ สนับสนุนให้โรงพยาบาลสามารถกำหนดวิธีการในการบริหารความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาลมีความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และประสานสอดคล้องกันตลอดจนให้เจ้าหน้าที่บุคลากรมีความตระหนักถึงการเขียนรายงานความเสี่ยงเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ และเป็นแนวทางในการจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นให้แก่หน่วยงาน มีการกำหนดทีมผู้บริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแนวทาง การประเมินและดูแลผู้ป่วยระหว่างแผนกในและนอกเวลาราชการ แนวทางการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาของระบบการคัดกรองคือขาดการประสานงานระหว่างจุดคัดกรองและระดับคนนำส่ง ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาล่าช้าและอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ปัญหาด้านโครงสร้างขององค์กรมีความคับแคบไม่มีที่สำหรับรถนั่งหรือเปลนอนเข็นไม่สะดวกอยู่ติดกับห้องตรวจเด็กทำให้มีเสียงร้องของเด็กรบกวนห้องตรวจข้างๆมีห้องน้ำไม่พอและอยู่ไกล ผู้ปฏิบัติบางคนไม่ทราบนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมความเสี่ยงและการแบ่งระดับความรุนแรงผู้ปฏิบัติเห็นว่าผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงไม่เพียงพอเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์จำนวนคอมพิวเตอร์ คอมพิวเตอร์ไม่พอและโปรแกรมไม่สามารถลงรายงานความเสี่ยงผ่านทาง Internetที่บ้านได้และมีคอมพิวเตอร์บางเครื่องที่มีโปรแกรมความเสี่ยง เก้าอี้นั่งรอตรวจไม่เพียงพอบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ

การดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง และข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

1. การค้นหาความเสี่ยง

ผลการศึกษาที่พบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ได้มีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยง ในหลายวิธี ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าโรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลที่ได้

เข้าร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามแนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ปัจจุบันมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่จะได้รับการรับรอง ซึ่งการบริหารความเสี่ยง เป็นกิจกรรมหลักหนึ่งที่ต้องผ่านการตรวจสอบเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยดิกุล, 2544) และเพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าว บรรลุเป้าหมาย ผู้บริหารของโรงพยาบาล จึงได้มีนโยบายที่มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยงานมีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน โดยในขั้นตอนแรกคือการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งการที่หอผู้ป่วยได้มีการค้นหาความเสี่ยงในหลายวิธีดังกล่าว นั้น สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ สุขชาติกุล (2543) ที่ระบุว่า การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เพื่อช่วยให้การค้นหาความเสี่ยงมีความสมบูรณ์ และถูกต้อง สำหรับการจัดการที่เหมาะสม สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546) ซึ่งได้ระบุว่า การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี และเช่นเดียวกันกับ นฤมล สะอาดโหม (2550) ที่ระบุว่า ขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพราะถ้าหากการค้นหาความเสี่ยงไม่ได้รับการศึกษาอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้ว ความเสี่ยงที่ไม่ปรากฏในขั้นตอนนี้จะกลายเป็นความเสี่ยง ที่เหลืออยู่กับองค์กรโดยที่ไม่ได้รับการวิเคราะห์วางแผนการจัดการใดๆ ซึ่งอาจนำมาซึ่งความสูญเสีย ต่อองค์กร ได้ทั้งนี้ ผู้ศึกษาขออภิปรายผล การดำเนินงานในการค้นหาความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ในแต่ละวิธี ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาที่พบว่า ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน มีการค้นหาความเสี่ยงจากการรายงานอุบัติการณ์นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน ประกอบกับฝ่ายการพยาบาลได้มีการกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง และแนวปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ไว้อย่างชัดเจน โดยเน้นให้พยาบาล ผู้ประสบเหตุการณ์มีการบันทึกและรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกชนิดในแต่ละเวร จึงให้ความสำคัญกับการรายงานอุบัติการณ์เป็นอย่างมาก เพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน และการวางมาตรการในการป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงจิตต์ คณากุล และ สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย (2545) ซึ่งได้อธิบายถึงการรายงานอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลศิริราชว่า ได้เริ่มดำเนินการ โดยสร้าง และประกาศใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ และได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในลักษณะการพัฒนา และสร้างไว้ซึ่งคุณภาพของระบบโดยมีการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่พบบ่อย หรือมีผลกระทบรุนแรง นำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง และนำไปสร้างแนวทางในการป้องกันความเสียหาย การดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้สามารถดำเนินการ

แก้ปัญหาได้อย่างตรงประเด็น และสามารถบ่งชี้ได้ว่ารายงานอุบัติการณ์สามารถนำไปสู่การพัฒนา และเป็นประโยชน์อย่างมากต่อหน่วยงานที่รายงาน

ผลการศึกษาที่พบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนมีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงจากข้อร้องเรียน ของผู้รับบริการนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ทางโรงพยาบาลได้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการที่ได้รับ โดยการเขียนส่งผ่านทางกล่องรับความคิดเห็นที่ได้วางไว้ ตามจุดต่างๆของโรงพยาบาล ร่วมกับการที่หน่วยงานได้มีการดำเนินการประเมินความพึงพอใจ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดง ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการที่ได้รับขณะเข้ารับบริการ จึงทำให้หน่วยงานได้รับทราบถึงปัญหา รวมทั้งความคิดเห็นในด้านต่างๆจากผู้รับบริการ และนำมาปรับปรุง แก้ไขเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ ซิลลิแวน และ เดคเคอร์ (Sullivan & Decker, 1997) ที่กล่าวว่าข้อร้องเรียนของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรคำนึงให้มาก เพราะความไม่พอใจของผู้รับบริการเป็นสาเหตุสำคัญของการฟ้องร้อง ข้อร้องเรียนจะทำให้ผู้บริหาร ได้รู้ข้อมูลและทราบปัญหาที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษาที่พบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน มีการค้นหาความเสี่ยงจากการทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยโดยผู้บริหารทางการแพทย์ของงานการพยาบาล และนำผลที่ได้จากการค้นหาความเสี่ยงมาเฝ้าระวังเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำในหอผู้ป่วยนั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการ ที่โรงพยาบาลมีนโยบายในการพัฒนาระบบการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกโดยระบุ ให้ ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการใช้ เครื่องมือคุณภาพคือ trigger tool ในการทบทวน เวชระเบียน ผู้ป่วย (คณะกรรมการความเสี่ยง โรงพยาบาลลำพูน, 2552) และนำผลที่ได้จากการทบทวนมาพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งใน ระดับหน่วยงานพบว่าการปฏิบัติในกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง ดังกล่าวแต่ยังไม่ครอบคลุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ว่า การนำ เครื่องมือคุณภาพ trigger tool มาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงนั้น ต้องอาศัยทักษะ และเวลา มากในการปฏิบัติอีกทั้งกิจกรรมนี้ไม่ได้มีการ กำหนดอย่างชัดเจนในแนวทางการจัดการภาวะเสี่ยง ในระดับหน่วยงาน โดยเป็นเพียงการระบุให้ นำผลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน มาปรับปรุง แก้ไขการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาที่พบว่า การดำเนินการค้นหาความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน มีปัญหา ในส่วนของขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์คือ มีการรายงาน อุบัติการณ์น้อยและล่าช้า อันเนื่องจาก ภาระงานมาก ผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้บุคลากรพยาบาล ไม่สามารถเขียนรายงานในเวลาที่ปฏิบัติงาน ได้ และบางครั้งลืมเขียนรายงานอุบัติการณ์นั้น จาก การศึกษาบริบทของแผนกผู้ป่วยนอกมีผู้มารับบริการ เฉลี่ยวันละ 1,200คน (โรงพยาบาลลำพูน, 2555ข) มีห้องตรวจครบทุกแผนกมี 23 ห้องตรวจ ผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ ที่มารับ บริการมีห้องตรวจอายุรกรรม 4 ห้อง และมีผู้รับบริการมากที่สุด เฉลี่ย 500 รายต่อวันมีแพทย์ออก

ตรวจรักษา 4-5 คน อัตรากำลังทางการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบห้องตรวจ 8 คน แยกเป็นพยาบาลซักประวัติ 6 คน พยาบาลหลังพบแพทย์ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน (สถิติงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน, 2556) จากภาระงานดังกล่าวจะ เห็นได้ว่าบุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลค่อนข้างมากในแต่ละเวร และ ต้องเร่งรีบปฏิบัติงานประจำและงานที่เร่งด่วนกว่าเพื่อให้เสร็จทันเวลาจึงอาจส่งผลให้บุคลากรพยาบาล ละเลยและไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์เท่าที่ควรการรายงานอุบัติการณ์ เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหา หรือความเสี่ยงเพื่อให้ หน่วยงาน รับรู้เหตุการณ์ทั้งหมด และเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์ หรือมาตรการในการลด ความผิดพลาด ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการ และปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัย เพื่อให้เกิดคุณภาพ สูงสุดในการดูแลผู้รับบริการ และป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นในอนาคต (เรณู อาจสำลี และ อรพรรณ โดสิงห์, 2546)

ผลการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวกับ ปัญหาการไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้น สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น ปัทมา นนทริย์ (2555) มีผลการศึกษาสอดคล้องกับ พัทธิดา สุภิสุทธ (2550) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาลโรงพยาบาล ชุมชนที่คัดสรรพบว่า การที่บุคลากรไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์นั้นเนื่องจาก ไม่มีเวลาเขียนรายงาน อุบัติการณ์ กลัวเป็นความผิด ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อย ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และ เกิดผลกระทบต่อผู้เขียน ลิน (Lin, 2006) ได้ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าพยาบาลไม่รายงานทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยจะเลือกรายงานเฉพาะเหตุการณ์ที่รุนแรงเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากขั้นตอนในการรายงานอุบัติการณ์มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความหลากหลายของ แบบฟอร์มการรายงาน แมนโน, โฮแกน, เบอร์เลน, ฉียคิติ, และ มี (Manno, Hogan, Heberlein, Nyakiti, & Mee, 2006) ได้ศึกษาโดยการสำรวจการรับรู้ของพยาบาลจำนวน 4,826 คน ในประเทศ สหรัฐอเมริกา และแคนาดาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าบรรยากาศของการดำเนินเมื่อ เกิดความผิดพลาดทำให้พยาบาลไม่ยอมเขียนรายงานอุบัติการณ์และผลการศึกษาที่พบว่าบุคลากร ไม่อยากเขียนรายงานอุบัติการณ์เนื่องจากกลัวเกิดผลกระทบทางลบต่อผู้เขียน และกลัวไม่ถูกต้อง ตามกฎหมายนั้นพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ทิธรรม (2546) และ วิสัย ะดา (2547) ที่ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพล และ โรงพยาบาล พระอาจารย์พิน อจาโร พบว่า ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงคือ ผู้ปฏิบัติมีปัญหาในเรื่องของการขาดทักษะในการเขียนรายงานอุบัติการณ์เพื่อป้องกันตัวเองไม่ให้มีความผิดทางกฎหมายและการที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะ **แนวทางแก้ไขปัญหาการรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า และปัญหาการไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากร**คือการกระตุ้นให้บุคลากร

พยาบาลเขียนรายงาน อุบัติการณ์ โดยการการเน้นย้ำและติดตามบุคลากรพยาบาลในการเขียนรายงาน การให้บุคลากรพยาบาลมองการรายงานอุบัติเหตุให้เป็นเชิงบวกว่าเพื่อการแก้ไขปัญหา และการให้บุคลากร พยาบาลหลีกเลี่ยงการเขียนรายงานอุบัติเหตุที่เป็นเชิงตำหนิตัวบุคคลนั้น สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2544) ที่ระบุว่าผู้บริหารทางการแพทย์จะต้องให้ความสำคัญกับ ปัญหา และให้บุคลากรพยาบาลให้ความสำคัญกับการเขียนรายงานอุบัติเหตุเพื่อที่จะได้ทราบ สถานการณ์อย่างแท้จริง และใช้เป็นแนวทางในการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และ สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2545) ที่ระบุว่า การเขียนรายงานอุบัติเหตุ นั้น ผู้บริหารต้องทำ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่รู้สึกว่าคุณคลุม และทำให้มีบรรยากาศของความไว้วางใจภายใน เพื่อให้ บุคลากรกล้าที่จะ รายงาน โดยทำให้เห็นเป็นรูปธรรมว่าการรายงานจะส่งผลในการปรับปรุงระบบ เพื่อป้องกันปัญหา และต้องกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลว่า จะไม่ทำให้ผู้รายงานต้องรับ โทษ หรือถูกสอบสวน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ แมส และ คอเทสโซ (Maass & Cortezzo, 2000) ที่พบว่า การที่ ผู้บริหารสร้างความมั่นใจให้ผู้รายงานว่าจะไม่ได้รับผลกระทบจากการรายงาน อุบัติการณ์ทำให้บุคลากร รายงานอุบัติเหตุมากขึ้น

2. การประเมิน หรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง

ผลการศึกษาที่พบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการนำ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ถึงความถี่ ความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการ ประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงนั้นจะ ทำให้ทราบแนวโน้มของการเกิดความเสี่ยง และลำดับ ความสำคัญของความเสี่ยง ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้น ในการดำเนินการจัดการป้องกันแก้ไข ประกอบกับ ฝ่ายการพยาบาลได้มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมี การประเมินความรุนแรงของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น โดยมีการกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับ ความ รุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุไว้อย่างชัดเจนตั้งแต่ ระดับ A ถึง I (โรงพยาบาลลำพูน, 2552) จึงเป็นแนวทางให้บุคลากรในการตัดสินใจ และมีการ ปฏิบัติไปใน ทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม และผล จาก การศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผู้ช่วยเหลือ คนไข้ไม่ทราบถึงระดับการแบ่งความรุนแรงของอุบัติเหตุ นั้น อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2545) กล่าวว่า ความสำคัญของการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงอยู่ที่การสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยง ได้ อย่างเหมาะสมและการพยายามป้องกันมิให้ความเสี่ยงเกิดขึ้น และหากมีการวิเคราะห์ผิด ก็จะไม่ เกิดความเสียหายเพราะจะต้องมีการนำมาวางมาตรการป้องกันอยู่แล้วผลการศึกษาที่พบว่าห้อง ตรวจผู้ป่วยนอกอายุกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้ดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ โดย การนำอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมาร่วมกันพิจารณาในช่วงเวลาการประชุมประจำเดือน ทั้งนี้อาจ

เนื่องมาจากว่า หน่วยงานต้องการให้บุคลากรพยาบาลทุกคนได้รับทราบ และ มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง ตามแผนยุทธศาสตร์ของฝ่ายการ พยาบาลที่ได้เน้น และให้ความสำคัญกับการบริหารแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลทุกระดับ ในการทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ (โรงพยาบาลลำพูน, 2552) ผลการศึกษาที่พบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนได้มีการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วยรายการความเสี่ยงสำคัญทางคลินิกและ ความเสี่ยงสำคัญทาง non คลินิก รวมทั้งรายการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งหมดในระหว่างการปฏิบัติงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า หน่วยงานต้องการให้บุคลากรรับรู้ถึงความเสี่ยงของหน่วยงาน และมีความตระหนักถึงความเสี่ยงที่มี โอกาสเกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตราย หรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นสอดคล้องตาม นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลที่กำหนดให้ทุกหอผู้ป่วยมีการจัดทำบัญชีรายชื่อความเสี่ยงของตนเอง

ผลการศึกษาการดำเนินการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนที่พบว่า มีปัญหาในด้านการสื่อสารที่ไม่พอเพียง อันเนื่องมาจากการดำเนินการในช่วงเวลาของการประชุมประจำเดือน มีความจำกัดทางด้านเวลา และจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ได้รับฟังและมีส่วนร่วม อีกทั้งบุคลากรพยาบาลบางคนไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นการสื่อสารเพียงช่องทางเดียวจึงทำให้บุคลากรทุกคนไม่สามารถรับทราบข้อมูลได้อย่างทั่วถึง ซึ่งการที่การที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อคิดเห็นถึงแนวทางในการแก้ไขว่าควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้หลากหลายสอดคล้อง กับการศึกษาของ อรพินท์ จันทรปัญญากุล (2553) ที่พบว่า การสื่อสารในช่วงตอนเช้าไม่เพียงพอในทำนองเดียวกัน นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ที่ระบุว่า การสื่อสารที่ชัดเจน ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การสื่อสารโดยวิธีการเขียนหรือการใช้ลายลักษณ์อักษร การบันทึก ข้อมูลต่างๆ และการอบรมสัมมนา อาจจะเป็นกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มย่อยหรือรายบุคคล เป็นการพูดคุยถึงวิธีปฏิบัติงาน ปัญหาต่างๆ หรือ ประชุมเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น จะช่วยลดระยะทางการสื่อสารทำให้ การสื่อสาร ได้ผลดีมากขึ้น นอกจากนี้ ดูแรน (Duran, 1980) และ สวานเบิร์ก (Swanberg, 1996) ระบุว่า องค์กร ควรมีการจัดระบบการสื่อสารและประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันหัวหน้าหน่วยงาน ต้องเป็นผู้มีทักษะ การติดต่อสื่อสาร และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จึงจะช่วยให้การจัดการ ภาวะเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และในระบบของการสื่อสารในการดำเนินงานนั้น โรแลนด์ และ โรแลนด์ (Rowland & Rowland, 1984) ได้แนะนำให้มีการแต่งตั้งผู้ประสานงาน เพื่อทำหน้าที่ ติดต่อสื่อสารและประสานงานกับ

บุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะเสี่ยง จะ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานได้

ผลการศึกษาที่พบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูนยังพบปัญหาเรื่องบุคลากรขาดทักษะการแบ่งระดับความรุนแรง โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานเปลทั้งหมดไม่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ได้ต้องให้พยาบาลวิชาชีพเป็นคนบอกความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานเปลไม่มีองค์ความรู้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์มาโดยตลอด อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล (2545) กล่าวว่า ความสำคัญของการวิเคราะห์ความเสี่ยงไม่ได้อยู่ที่การแบ่งเป็นกี่กลุ่มหรือกี่ระดับแต่อยู่ที่ว่าเจ้าหน้าที่รู้หรือไม่ว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญและวิธีการป้องกันเหมาะสมกับความรุนแรงกับความถี่หรือไม่

ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา เรื่องบุคลากรขาดทักษะการแบ่งระดับความรุนแรงกลุ่มประชากร และกลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าการให้ความรู้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรทุกระดับในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานได้สอดคล้องกับ สมชาติ กิจขรรจง (2546) ที่กล่าวว่า การฝึกอบรมทำให้บุคลากรเกิดมุมมองใหม่ ได้เห็นแง่มุมใหม่ ทำให้มีความมั่นใจ มีความรู้มากขึ้นมีทักษะทัศนคติ ความเชื่อมั่นมีขวัญกำลังใจและความสามารถเพิ่มขึ้น

3. การจัดการความเสี่ยง

ผลการศึกษาที่พบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน มีการดำเนินการจัดการความเสี่ยง ใน 2 ลักษณะ คือการป้องกันความเสี่ยง และการลดความเสี่ยงหลังเกิดเหตุการณ์ ซึ่งการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงโดยการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน การมีมาตรการป้องกันความเสี่ยง การจัดทำแผนการดำเนินงาน การจัดการสื่อสารข้อมูลความเสี่ยง และการให้ความรู้แก่บุคลากรใน ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าหน่วยงานได้รับนโยบายจากโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลให้มีการบริหารความเสี่ยงในเชิงรุก อีกทั้งได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การมีนโยบายให้มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานคือ พยาบาลที่มีตำแหน่งเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงาน มีการจัดทำมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งและให้ทุกหน่วยงานนำไปใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการป้องกันความเสี่ยง มีการจัดการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง การจัดทำแผนการ ดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงในแต่ละปีเพื่อให้ทุกหน่วยงานทราบทิศทางในการดำเนินงานเพื่อนำไปวางแผนการปฏิบัติงานในหน่วยงานของตน รวมทั้งมีระบบการสื่อสารเพื่อให้

บุคลากรทราบ การดำเนินงานอย่างทั่วถึง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการในการป้องกัน ความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาพบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ได้มีการดำเนินการลดความเสี่ยงเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น แล้ว โดยการให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นทันทีด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งการบันทึกรายละเอียด ของเหตุการณ์และการให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้น อาจส่งผลทำให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ รวมทั้งชื่อเสียงและ ความน่าเชื่อถือของหน่วยงาน (ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี, 2550) ดังนั้นการดำเนินการในการลดความเสี่ยง ของหอผู้ป่วยดังกล่าว จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ และช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้องสำหรับการจัดการความเสี่ยงในลักษณะอื่นตามที่ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ระบุไว้ ในวิธีการจัดการความเสี่ยงซึ่งได้แก่ การยอมรับความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง และการถ่ายโอนความเสี่ยงนั้น พบว่าไม่มีการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า การยอมรับความเสี่ยงเป็นการดำเนินการโดยการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อ รองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงเป็นกลวิธีโดยไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดความ สูญเสีย เช่น ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และการถ่ายโอนความเสี่ยงโดยการยอม จ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกัน เพื่อเป็นการจำกัดค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการ จัดการความเสี่ยงใน 3 ลักษณะดังกล่าวนี้จะเป็นการดำเนินการบริหารความเสี่ยงในระดับ โรงพยาบาลโดยผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ผลการศึกษากการดำเนินการจัดการความเสี่ยงของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำพูน ที่พบว่า มีปัญหาซึ่งอาจทำให้การดำเนินการบริหารความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมายคือ บุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการจัดการความเสี่ยง การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการมีความรู้ ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ซึ่งผู้ศึกษาขออภิปรายผลของการศึกษาในแต่ละ ประเด็นดังต่อไปนี้

บุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการจัดการความเสี่ยง

ผลการศึกษาจากกลุ่มผู้ปฏิบัติที่พบว่าบุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยง ทั้งนี้ในการบริหารความเสี่ยงขึ้นอยู่กับหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการตั้งแต่การกระตุ้นการค้นหาค่าความเสี่ยง ประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงเลือกความเสี่ยงที่สำคัญมาจัดการ และประเมินแก้ไขปัญหาจึงทำให้บุคลากรไม่มีทักษะในการเป็นผู้จัดการความเสี่ยงดังนั้นการอบรมให้ความรู้มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อนำความรู้

ไปเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ (จริยา พันธุ์วิทยากุล, 2543) สำหรับข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาประชากรและกลุ่มตัวอย่างเสนอว่าควรใช้จิตตปัญญาในการจัดการตนเอง

การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการศึกษาการดำเนินการจัดการความเสี่ยงในขั้นตอนของการนำมาตรการ หรือแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ ที่พบว่าบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ อีกทั้งยังมีการปฏิบัติตามที่ไม่ต่อเนื่องโดยจะมีการปฏิบัติตามในระยะแรกๆ ส่วนในระยะหลังมักจะละเลยไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหามูลกรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ว่า ต้องการได้รับการกระตุ้น และติดตามให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติจาก ผู้บริหารทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ นั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า การกระตุ้น และติดตามอย่าง เหมาะสมจากผู้บริหารจะช่วยให้บุคลากรแต่ละคนมีความตื่นตัว มีความรับผิดชอบพร้อมที่จะรับ การตรวจสอบ และทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสนใจในหน้าที่ มีความมั่นใจและมีโอกาสได้รับการ พัฒนาให้มีความรู้ความสามารถสูงขึ้น การควบคุมติดตามที่ดี จะทำให้สามารถติดตามความผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นในการทำงาน และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา (สาคร สุขศรีวงศ์, 2550)

ผลการศึกษาจากกลุ่มผู้บริหารพบว่าบุคลากรไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยได้ อันเนื่องมาจากภาระงานมาก ทำงานไม่ทันนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีผู้มารับบริการจำนวนมากต่อวัน ทำให้ต้องมีการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลจำนวนมาก ดังได้กล่าวไว้แล้วในข้างต้น ซึ่ง กาญจนา คงแก้ว (2550) ระบุว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร โดยการจัดอัตรากำลังในปริมาณที่พอเหมาะ มี การใช้บุคลากรต่างระดับความสามารถ และทักษะที่เหมาะสมกับลักษณะการดูแล และการมี บุคลากรไว้อย่างเพียงพอตลอดเวลา จะสร้างความมั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการดูแล และตอบสนองภายใต้บริบทการทำงานที่มีความปลอดภัย

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลได้ให้ความเห็นว่า ควรมีการนำแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมาทบทวนบ่อยๆ เพื่อให้บุคลากรเพิ่มความ ระมัดระวัง และเป็นการสร้างความตระหนักในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้น สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แส่นประสาน และคณะ (2548) ที่ระบุว่าผู้บริหารทางการพยาบาลต้องสร้างความตระหนัก ถึงความปลอดภัยในองค์กร โดยการส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนเข้าใจว่าความปลอดภัยต้องเป็น หน้าที่ของทุกคน เพื่อให้มีความระมัดระวัง และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับ แมน โน และคณะ (Manno et al., 2006) ซึ่งได้ศึกษาโดยการสำรวจการรับทราบการกระตุ้นของพยาบาลจำนวน 4,826 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันความ

ผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการดูแล พบว่า 77% ของผู้ร่วมการศึกษา กล่าวว่า การได้รับการกระตุ้นให้มีการพูดคุยกันทุกวันในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการช่วยพัฒนาการดูแล คงไว้ซึ่งความปลอดภัย และยังเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้มีขึ้นในหน่วยงาน

การมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ

ผลการศึกษาจากกลุ่มบริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติ พบว่า บุคลากรพยาบาลเกือบทั้งหมดมีความรู้ที่ไม่พอเพียง เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่างๆ เช่น Trigger C3THER, FMEA, tracer ตามที่ระบุไว้ในแผน การดำเนินงานสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วยเพื่อการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า แนวคิดเกี่ยวกับการนำเครื่องมือคุณภาพต่างๆมาใช้นั้น เป็นแนวคิดใหม่ที่นำมาใช้ ในการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง การที่บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมให้มี ความรู้ในหลักการ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง อาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ และถึงแม้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลบางคนจะได้รับการอบรมในหลักการ และแนวทางปฏิบัติแล้วก็ตาม ก็อาจพบปัญหาอุปสรรคจากความรู้ความสามารถได้เช่นกัน เพราะการอบรมที่ได้รับครั้งนี้เป็นการอบรมในระยะสั้น กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับความรู้ไม่มาก พอที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชะลอ น้อยเผ่า (2544) อภิญญา ทิธรรม (2546) และ วิสัย คะตา (2547) ที่พบว่าปัญหา อุปสรรคของการบริหารจัดการ ความเสี่ยง คือการที่บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง **ข้อเสนอแนะของประชากรและกลุ่มตัวอย่างในปัญหานี้** คือผู้บริหารควรมีการให้ ความรู้โดยการจัดให้บุคลากรพยาบาล โดยเฉพาะหัวหน้าหน่วยงานเข้ารับการอบรมการใช้เครื่องมือ พัฒนาคุณภาพตามที่ทางโรงพยาบาลจัดทำขึ้น ร่วมกับการให้คำแนะนำ และสาธิตถึงวิธีปฏิบัติ ทั้งนี้บุคลากรพยาบาลควรเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการทำ ซึ่งทางหน่วยงานอาจ เชิญวิทยากรมาให้ความรู้เพิ่มเติม และนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และ ควรมีการให้ ความรู้แก่บุคลากรทุกคนใน การนำเครื่องมือคุณภาพต่างๆ สู่การปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง การใช้โปรแกรมรวมทั้งชี้แจงรายละเอียดถึง ความสำคัญ เหตุผล และขั้นตอนในการทำก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ

ผลลัพธ์

ผลการศึกษาพบว่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน มีการดำเนินการประเมินผลการ บริหารความเสี่ยงใน 2 ลักษณะคือ การติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า ตัวชี้วัดจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดำเนินงาน ประกอบกับนโยบายของฝ่ายการพยาบาลที่ให้ทุกหน่วยงานมีการประเมินผล

การบริหารความเสี่ยง โดยการติดตามตัวชี้วัดและสรุปอุบัติการณ์เป็นรายเดือน รวมทั้งวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นและปรับปรุง แก้ไขเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอีก (โรงพยาบาลลำพูน, 2552) และ ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานเปล ส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงตัวชี้วัด ความเสี่ยงที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงาน รวมทั้งไม่ทราบถึง ผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า หัวหน้าหน่วยงาน และคณะกรรมการ ความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการประเมินผลการบริหารความเสี่ยง โดยมีการสื่อสารให้ บุคลากรพยาบาลทุกคนได้รับทราบไม่พอเพียง จึงอาจส่งผลให้บุคลากรพยาบาลขาดความ ระมัดระวังในการป้องกันไม่ให้เกิด ความเสี่ยง รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ บริหารความเสี่ยง ซึ่ง คอทตอน (Cotton, 1997) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของความ ร่วมมือ อาจเกิดจากการที่บุคคลได้ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพร่วมกัน ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความ มุ่งมั่นที่จะนำองค์กร ไปสู่ความสำเร็จ สอดคล้องกับ พงณา จารุชาติ, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, ดวงฤดี ห่อทอง, และ หทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ (2548) ที่ได้ศึกษาโดยการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับ ได้มี ส่วนร่วมในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง พบว่าการที่บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และ บริหารจัดการทำให้บุคลากรรู้สึกมีพลังอำนาจ มีแรงจูงใจในการพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยง

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่า พยาบาลมีบทบาทเกี่ยวข้องในเรื่องการบริหารความเสี่ยง โดยตรง เพราะในการปฏิบัติงานส่วนมีปัจจัยความเสี่ยงมากมายที่ต้องระมัดระวัง ไม่ให้เกิดความ ผิดพลาด ความ ทำทหายของการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลจึงอยู่ที่ การลดความผิดพลาด หรือลดข้อผิดพลาด ก่อนที่จะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย รวมทั้งหาวิธีการใหม่ๆ ในการลดข้อผิดพลาดซึ่ง อาจเกิดขึ้น เพื่อควบคุม คุณภาพการพยาบาล โดยสิ่งที่พยาบาลจะทำได้คือการผสมผสานแนวคิดใน เรื่องการบริหารความ เสี่ยงเข้ากับการบริหารคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงาน ตามบทบาทได้อย่างมั่นใจการจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสมและการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ มีส่วนเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการบริหารความเสี่ยง