

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล เป็นงานที่ซับซ้อนและต้องเกี่ยวข้องกับ การดูแลร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นงานบริการที่สังคมไม่อาจยอมให้เกิดการ กระทำผิดพลาดได้ เพราะความผิดพลาดนั้นอาจกระทบถึงชีวิต ร่างกายหรือจิตใจของผู้รับบริการ โดยตรง (ชาลววิทย์ ทรัพย์ และคณะ, 2549) คุณภาพการรักษาพยาบาลจึงมีความสำคัญและเป็น ที่ ต้องการของผู้รับบริการ นอกจากนี้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 ยังกำหนดให้ระบบ บริการสุขภาพต้องให้บริการอย่างเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ทั้งในแง่การเข้าถึงและการให้บริการที่มี คุณภาพ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพที่ได้กำหนดทิศทางสุขภาพซึ่งเน้นการ รักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเช่นกัน (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, รจกร กัลยาณกุล, อารีย์ ฟองเพชร, สิริเกตุ สวัสดิ์วัฒนากุล, และ รุ่งนภา ป้อมเกียรติชัย, 2549) ทั้งนี้เพื่อสนองตอบความคาดหวังและการเรียกร้อง สิทธิของประชาชนในการรับบริการ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) ยิ่งกว่านั้นการขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการหลักในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขยังทำให้ สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนต่าง ๆ จำเป็นต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการรับรอง คุณภาพ โรงพยาบาลตามเงื่อนไขที่ได้กำหนดไว้ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, 2551) สถานบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อให้บริการที่ดี มี คุณภาพและ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย

แม้ว่าเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาลคือ การให้บริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมี ความปลอดภัย และพึงพอใจต่อบริการ และแม้จะมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม ยังคงปรากฏเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ และความเสียหายอยู่ตลอดเวลา (สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2551) ซึ่งความเสี่ยง (risk) ดังกล่าว หมายถึง เหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอน และหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร (ไพรัชวอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส, 2547) หรืออาจทำให้ประสบกับความสูญเสียหรือเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2543ก) ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่แฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงาน โดยเฉพาะใน โรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานบริการที่ มีโอกาสเกิดความเสียหายได้สูง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใน โรงพยาบาล สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) ความเสี่ยงที่เกิดต่อผู้รับบริการ 2) ความเสี่ยงที่เกิดต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 3) ความเสี่ยงต่อโรงพยาบาล และ 4) ความเสี่ยงต่อชุมชน (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล, 2544) หรืออาจแบ่งเป็น 1) ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) 2) ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) 3) ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) และ 4) ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) (อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล, 2543ก)

ความเสี่ยงมีโอกาสเกิดขึ้นได้มากในโรงพยาบาลเนื่องจากระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยและให้บริการที่มีความซับซ้อน มากขึ้น เบเกอร์ และ นอร์ตัน (Baker & Norton, 2002) รายงานว่ามีการผิดพลาดทางการแพทย์และการพยาบาลตั้งแต่ 70,000-185,000 ครั้งต่อปีในประเทศแคนาดา (O'Byrne, 2008) ส่วนในประเทศสเปน เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยที่สัมพันธ์โดยตรงกับการดูแลในโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 8.5 (Aranaz-Andrés et al., 2007) และในประเทศอังกฤษ (Baker et al., 2004) พบว่าผู้รับบริการที่เข้ารับบริการประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประมาณร้อยละ 7.5 (สถาบันสุขภาพแห่งชาติอังกฤษ อ้างใน อรพินท์ จันทรปัญญาสกุล, 2553) นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยหนักประเทศสหรัฐอเมริกา จากการสำรวจพบว่าอาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นมากกว่า 2 เหตุการณ์ต่อผู้ป่วย 1 คนต่อ 1 วัน (Wu, Pronovost, & Morlock, 2002) สำหรับในประเทศไทย ในปี 2545 ได้มีการศึกษาถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลพบว่า ร้อยละ 5 ของผู้ป่วย 5.4 ล้านคนหรือ 2.71 แสนคนในแต่ละปี เคยประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และมีการสูญเสียเงินเนื่องจากเหตุดังกล่าวถึงปีละ 1,108 ล้านบาท (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2546)

การเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและบางครั้งอาจทำให้รุนแรงถึงพิการหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง และเสียงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้การประกันด้านสุขภาพและความพึงพอใจต่อผู้รับบริการลดลงรวมทั้งลดโอกาสในการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ทำให้การพัฒนาผลงานขององค์กรเป็นไปได้ยากมากขึ้น (ชัยเสกฐ์ พรหมศรี, 2550) เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็น (สุคยินดี อภิสุข และ กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิชย์, 2553) แนวคิดในการบริหารความเสี่ยงจึงได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่กำหนดให้การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพเป็นระบบงานหลักที่สำคัญระบบหนึ่งของโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2551) ซึ่งการบริหารความเสี่ยง (risk management) เป็นการรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2546) การบริหารความ

เสี่ยงหรือการจัดการความเสี่ยงยังเป็นการป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น และสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ (วิมา จิระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2550) ส่วนกระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543ก)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมาพบว่า การบริหารความเสี่ยงมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (วิสัย คะตา, 2547; อภิญา ทิธรรม, 2546) บุคลากรขาดความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง ภาระงานมากทำให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยงน้อย และขาดการมีส่วนร่วม (ชลอ น้อยเผ่า, 2544; วิมลพร ไสยวรรณ, 2545; อภิญา ทิธรรม, 2546) ส่วนกระบวนการบริหารความเสี่ยง ด้านการค้นหาความเสี่ยง พบปัญหาการไม่เห็นความสำคัญของการรายงานความเสี่ยงมีการรายงานความเสี่ยงล่าช้า ก่อให้เกิดผลกระทบจากการรายงาน ด้านการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง พบปัญหาเรื่องการสื่อสารทางเดียว การประสานงานและการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การขาดความรู้ความเข้าใจในการวิเคราะห์ ด้านการจัดการความเสี่ยง พบปัญหาการมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ การไม่ปฏิบัติและการปฏิบัติไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่สำคัญคือมีปัญหาเรื่องการสื่อสารไม่ชัดเจน ส่วนด้านการประเมินผล พบปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนเช่นกัน (ชลอ น้อยเผ่า, 2544; วิสัย คะตา, 2547; อภิญา ทิธรรม, 2546; อรพินท์ จันทรปัญญาสกุล, 2553) ปัญหาส่วนใหญ่เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริหารความเสี่ยงกับการพัฒนาคุณภาพมีส่วนเกี่ยวพันกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543ก)

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีขนาด 685 เตียง ให้บริการผู้ป่วยที่ค่อนข้างซับซ้อน และรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดใกล้เคียง เป็นสถาบันร่วมในการฝึกปฏิบัติสำหรับนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 และได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 4 ครั้งใน ปี พ.ศ. 2547, 2550, 2554 และ 2556 ทั้งนี้โรงพยาบาลได้นำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543ก) มาใช้ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีการจัดระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน ร่วมกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ในปี 2555 หลังการปรับเปลี่ยนผู้บริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลนครพิงค์ได้เน้นกลยุทธ์การ

บริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางคลินิกเป็นหลัก โดยมีเข็มมุ่งคือผู้ป่วยปลอดภัย (patient safety goal) และ การระบุความเสี่ยง (risk identification) ฝ่ายการพยาบาลเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในด้านบริการพยาบาลโดยการนำนโยบายและกลยุทธ์ของโรงพยาบาลด้านการบริหารความเสี่ยงมา กำหนดเป็นแผนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาบริการซึ่ง ประกอบด้วย คณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาล คณะทำงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล คณะทำงานตรวจสอบควบคุมภายใน คณะทำงาน 5 ส. และคณะทำงานมาตรฐานและ อนามัยสิ่งแวดล้อมขึ้นเพื่อดำเนินการในด้านนี้

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นหอผู้ป่วยดูแลทารกตั้งแต่แรกเกิด ถึงอายุ 1 เดือน ที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจทั้งรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และไม่ใช้เครื่องช่วย หายใจ แต่ต้องการความเข้มข้นของออกซิเจนในปริมาณสูงและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด รับผิดชอบ ทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์และส่งต่อมารับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนภายใน จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน จากสถิติการรับผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2553, 2554, และ 2555 ตามลำดับมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 441, 587, และ 773 ราย เป็นทารกที่คลอดใน โรงพยาบาลนครพิงค์ ร้อยละ 43, 47, และ 48 ส่งต่อมารับการรักษา ร้อยละ 57, 53, และ 52 ในจำนวน ทั้งหมด เป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 79, 68, และ 72 และมีน้ำหนักตัวน้อยตั้งแต่ 700 กรัม ขึ้นไป มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง คือ การค้นหา ความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง สอดคล้องกับ นโยบายของโรงพยาบาล โดยมีการแต่งตั้งพยาบาลประจำการเป็นคณะทำงานคุณภาพประจำหอผู้ป่วย มีหน้าที่เข้าร่วมประชุมรับนโยบายงานคุณภาพ ซึ่งแจ้งต่อผู้ร่วมงานในหอผู้ป่วย รวมทั้งรวบรวมข้อมูล คุณภาพตามตัวชี้วัดหลักของกลุ่มการพยาบาล มีการรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงแก่คณะกรรมการ ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ตามช่องทางการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล

จากการดำเนินการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิดที่ผ่านมา พบว่ามีความ เสี่ยงเกิดขึ้นต่อทารกแรกเกิดหลายประการในปี พ.ศ. 2553, 2554, และ 2555 จากการสำรวจสถิติ อุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่ามีความเสี่ยงหลายอย่างเกิดขึ้นมากเกินกว่าเป้าหมาย โดยเฉพาะความเสี่ยง ที่ไม่ควรเกิดขึ้นเลย (เป้าหมาย 0 ครั้ง/1000 วันนอน) ดังปรากฏตามลำดับดังนี้ อัตราการให้ยาผิดพลาด เกิดขึ้น 14, 15, และ 17 ครั้ง อัตราผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อ้างแผนล่วงหน้า 11, 3, และ 4 ครั้ง อัตราการระบุตัวผู้ใช้บริการผิดพลาด 2 ครั้งในปี พ.ศ. 2553 และ 1 ครั้งในปี พ.ศ. 2555 และอุบัติการณ์ การตายอย่างไม่คาดคิด 1 ครั้งภายใน 3 ปี นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเสี่ยงอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยง ด้านการติดเชื้อเกิดขึ้น ซึ่งเป้าหมายคืออัตราการติดเชื้อต้องลดลงจาก ปีก่อนหน้าอย่างน้อย ร้อยละ 25

อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการติดเชื้อลดลงไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือลดลงร้อยละ 20.8 และ 8.7 ในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 (สรุปรายงานการบันทึกคุณภาพหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด ประจำปี พ.ศ. 2553-2555) ปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ทารกต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และความพึงพอใจของบิดามารดาลดลง (ชัยเสถียร พรหมศรี, 2550)

ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิดได้มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) และตามนโยบายของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 แล้วก็ตาม ปัญหาดังกล่าวยังคงเกิดขึ้น จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทารกดังที่ได้กล่าวแล้ว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษา และทำการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) แนวคิดดังกล่าวเป็นการประเมินคุณภาพทั้งระบบ ซึ่งเชื่อว่าความสำเร็จหรือผลลัพธ์ตามเป้าหมายมาจากกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและโครงสร้างที่ดี ประโยชน์จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลนครพิงค์เกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ในการปรับปรุงแก้ไขการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่ออธิบายสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์

คำถามการศึกษา

1. สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นอย่างไร
2. แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นอย่างไร

นิยามศัพท์

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การดำเนินการ และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลด โอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การศึกษาปัญหาหรือข้อมูลรายละเอียดเชิงลึกเกี่ยวกับความเป็นมา สาเหตุ ระดับความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านบวกและด้านลบของความน่าจะเป็นหรือโอกาสที่ความสูญเสียจะเกิดขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ประเมินโดยใช้แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์รายบุคคลและสำหรับการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมองเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด ซึ่งพัฒนาโดยผู้ศึกษา

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด หมายถึง หอผู้ป่วยหนึ่งของโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งให้บริการการดูแลทารกตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 1 เดือนที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจซึ่งรวมทั้งรายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจแต่ต้องการความเข้มข้นของออกซิเจนในปริมาณสูงและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด