การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

นางยุพดี ยิ่งคำแหง

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2556

Development of a Risk Management Model for In-patient Units at Selaphum Hospital in Roi Et Province

Mrs Yupadee Yingkumhaeg

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for

the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2013

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ชื่อและนามสกุล	นางยุพดี ยิ่งคำแหง
แขนงวิชา	การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2557

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชราพร เกิดมงคล)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้ศึกษา นางยุพดี ยิ่งคำแหง **รหัสนักศึกษา** 2545100261 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
ปีการศึกษา 2556

บทคัดย่อ

การศึกษาอิสระนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน โดยการทบทวนวรรณกรรม การทบทวนรายงานอุบัติการณ์ และการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน (2) พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในจำนวน 8 คน รวม 2 ครั้ง (3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยในเป็นเวลา 4 เดือน ประเมิน และปรับปรุงรูปแบบโดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน และนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเสลภูมิทุก 1 เดือน รวม 4 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม แบบประเมินรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน แบบทบทวนการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเสลภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ ประกอบด้วย (1) การดำเนินการให้สามารถบันทึกรายงานอุบัติการณ์ในคอมพิวเตอร์ของหอผู้ป่วย (2) การจัดทำแผนนิเทศติดตามและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการจำแนกความเสี่ยง และวิธีการบันทึก (3) การมอบหมายผู้บันทึกรายงานอุบัติการณ์ในระบบ 4) จัดทำแนวทางการบันทึก และ 5)การกำหนดแนวการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า มีการระบุชื่อ เหตุการณ์ และสถานที่เกิดเหตุ ครบถ้วนร้อยละ 100 และการบันทึกวัน เวลาที่เกิด ของหอผู้ป่วยในหญิงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.7

คำสำคัญ การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ

Independent Study title: Development of a Risk Management Model for In-patient Units at Selaphum Hospital in Roi Et Province
Author: Mrs. Yupadee Yingkumheang; **ID:** 2545100261; **Degree**: Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Independent Study advisor:** Dr. Somjai Puttapitukpol, Associate Professor; **Academic year**: 2013

Abstract

This research and development aimed to develop a risk management model for In-patient Units at Selaphum Hospital in Roi Et Province.

This research was divided into three phases. *First*, a situational analysis of risk management for In-patient Units at Selaphum Hospital in Roi Et Province was done by literature review, review of incident reports, and in-depth interview with six professional nurses. *Second*, the preliminary model was developed based on focus group discussions of eight professional nurses for two times. *Third*, the risk management model was implemented for four months, and then it was evaluated and improved by the results of focus group of professional nurses from In-patient Units before presenting to the risk management committee of Selaphum Hospital every month for four months. The research instruments included the in-depth interview and focus group discussion guidelines, the evaluation form of the risk management model, and the record form of the incidence report developed by the researcher. This record form was approved by risk management committee of the hospital. Data were analyzed by using percentage, mean, and content analysis.

The results revealed that the risk management model for In-patient Units at Selaphum Hospital in Roi Et Province comprised five main characteristics. (1) All incidences of risk must be able to be recorded in the computers at the In-patient Units. (2) Supervision plan must be established in order to follow up and learning exchange of risk identification and record in the system. (3) Risk incident recorders must be assigned. (4) Guidelines for risk record must be offered. Finally, (5) specify guidelines for reviewing the incident report. After the model was implemented, all risks were recorded and places were specified completely (100%). Risks in terms of date and time of the Female In-patient Unit were recorded and this record was increased 72.7%.

Keywords: Risk management, In-patient Unit, Selaphum Hospital

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และความปรารถนาดีต่อผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชราพร เกิดมงคล กรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระร่วมที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ คณะกรรมการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้าหอผู้ป่วยในและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่อนุญาตให้ความกรุณาใช้เครื่องมือวิจัยในการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุม ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ให้กำเนิดที่ให้สติปัญญาและสิ่งดีงาม ขอขอบคุณ สามี บุตร ธิดาที่อยู่เคียงข้าง ให้กำลังใจและสนับสนุนในการศึกษาด้วยดีตลอดมา สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกัลยาณมิตรผู้ร่วมสถาบันทุกท่านที่ทำให้ผู้วิจัยได้มีประสบการณ์ที่ดีที่สุดในช่วงหนึ่งของชีวิต คุณค่าและประโยชน์อื่นใดที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษานี้

ยุพดี ยิ่งคำแหง

พฤษภาคม 2557

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญตาราง ..... ฌ
สารบัญภาพ ..... ญ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์การวิจัย 3
กรอบแนวคิดในการวิจัย 3
ประเด็นปัญหาการวิจัย 4
ขอบเขตของการวิจัย 5
นิยามศัพท์เฉพาะ 5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 7
แนวคิดการบริหารความเสี่ยง 7
การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการการพยาบาล 22
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา 27
การศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Parcitipation Action Research:PAR) 28
บริบทโรงพยาบาลเสลภูมิ 31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 40
ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน 40
การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 41
การปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด 42

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 43
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การลงรายงานความเสี่ยงและการทบทวนการรายงานความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ 43
ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง มกราคม – เมษายน 2557 48
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 53
สรุปการวิจัย 53
อภิปรายผล 56
ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ 61
บรรณานุกรม 62
ภาคผนวก 66
ก หนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ 67
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 70
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 72
ประวัติผู้ศึกษา 75

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 การรายงานอุบัติการณ์ของกลุ่มการพยาบาล 33
ตารางที่ 4.1 ร้อยละของการลงรายงานอุบัติการณ์ หลังการปรับปรุง ครั้งที่ 1 50
ตารางที่ 4.2 ร้อยละการลงรายละเอียดรายงานอุบัติการณ์ หลังการปรับปรุง ครั้งที่ 2 51

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย 4
ภาพที่ 2.1 วงจรการเรียนรู้อุบัติการณ์และการพัฒนาระบบความปลอดภัย 26
ภาพที่ 2.2 วงจรเดมิ่ง PDCA 27

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า แต่โรคภัยใหม่ๆที่เกิดขึ้นก็มีความรุนแรงมากขึ้นเช่นกัน ทำให้การรักษาพยาบาลในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้นทุกที ในขณะที่การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพ (health care reform) เกิดขึ้นทั่วโลก ทำให้เกิดการสร้างกรอบกติกาใหม่ๆเข้ามาดูแลการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ในขณะที่ประชาชนมีช่องทางการรับรู้ข่าวสารสาธารณสุขมากขึ้น มีความคาดหวังที่จะได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานตามสิทธิที่ประกาศไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปี 2540 ในระดับสูง ทำให้เกิดกระแสการตรวจสอบคุณภาพงานบริการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ดังจะเห็นได้จากคดีการฟ้องร้องโรงพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากขึ้นทั้งภายในและภายนอกประเทศ (วีณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550: 1) จึงส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารงานในองค์กรทุกแห่ง รวมทั้งการบริหารจัดการในโรงพยาบาลด้วย

ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกิจกรรมลำดับแรกๆที่จะต้องดำเนินการคือการบริหารความเสี่ยงเพราะ ไม่เป็นเพียงการแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้นแต่ยังรวมถึงการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันจะเกิดขึ้นได้ในระบบบริการทำให้โรงพยาบาลค้นพบโอกาสพัฒนาได้อย่างกว้างขวางและครอบคลุม งานบริการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการสุขภาพที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูง เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ใช้บริการมากกว่าวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่งโมงเมื่อปริมาณงานมากตามจำนวนและอาการของผู้ใช้บริการ แต่จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลมีอยู่อย่างจำกัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรและอาจกลายเป็นปัญหาความเสี่ยงได้ จากความเหนื่อยล้า งานหนัก งานมาก การที่ต้องเร่งรีบหรือการปฏิบัติงานนานเกินไป ทำให้มีโอกาสที่จะผิดพลาดพลั้งเผลอในขณะปฏิบัติงานได้ (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2547) นอกจากนี้รูปแบบการจัดบริการพยาบาล โดยใช้บุคลากรทางการพยาบาลที่มีทักษะต่างๆกัน (Staff skill mix) เช่น พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ร่วมกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ และยังมีการหมุนเวียนพยาบาลใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทำให้มีข้อจำกัด ด้านความรู้และขาดประสบการณ์ในการทำงาน (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ 2550) สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดความผิดพลาดจาก

การปฏิบัติงานจนเป็นสาเหตุให้เกิดความสูญเสีย หรือความไม่ปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ การพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนควรตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ระบบการรักษาพยาบาลมีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้รับบริการและผู้ให้การบริการ ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงในระดับหอผู้ป่วยจะเป็นกลไกสำคัญสำหรับการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลความเสี่ยง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล: 2543) การบริหารความเสี่ยงแบ่งเป็น 3 ประเภทได้แก่ 1) ความเสี่ยงทางด้านคลินิกหมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่มีประสิทธิภาพ 2) ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคหมายถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการรักษาเฉพาะโรค หรือหัตถการนั้นๆ เช่นHypoglycemiaในผู้ป่วยเบาหวาน 3) เป็นความเสี่ยงทั่วๆไปได้แก่ความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม ทรัพย์สินสูญหาย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน ความปลอดภัยกับการพยาบาล: 2548) การให้บริการที่มีคุณภาพบริการที่ดี ให้มีความเสี่ยงน้อยที่สุด อีกทั้งยังช่วยป้องกัน บุคลากรในทีมสุขภาพ(สาลี บุญศรีรัตน์ และคณะ, 2544)

โรงพยาบาลชุมชน เป็น สถานบริการที่ให้บริการระดับทุติยภูมิ หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) จำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับต้น หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลมีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common problem)ไม่ซับซ้อนมากนักโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา ทำหน้าที่ดูแล กำหนดเป็นระดับ 2.1 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สาขาสูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ กำหนดเป็นระดับ 2.2 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขารอง นอกจากแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลัก

โรงพยาบาลเสลภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิของรัฐระดับ 2.2 บริการระดับทุติยภูมิระดับสูง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 60 เตียง มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลตั้งแต่รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลบันไดขั้นที่ 1พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน และเมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2555ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้รับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเรื่องการรายงานความเสี่ยง กระตุ้นการรายงานให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร ควรมีการทบทวนการจำแนกประเภทและระดับความรุนแรงของความเสี่ยง/อุบัติการณ์ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อนำมาวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหา (root caused analysis) การวางแนวทางแก้ไข/ป้องกันการเกิดเหตุซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นความเสี่ยงระดับ G, H, I ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยทรุดลง ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เป็นต้น

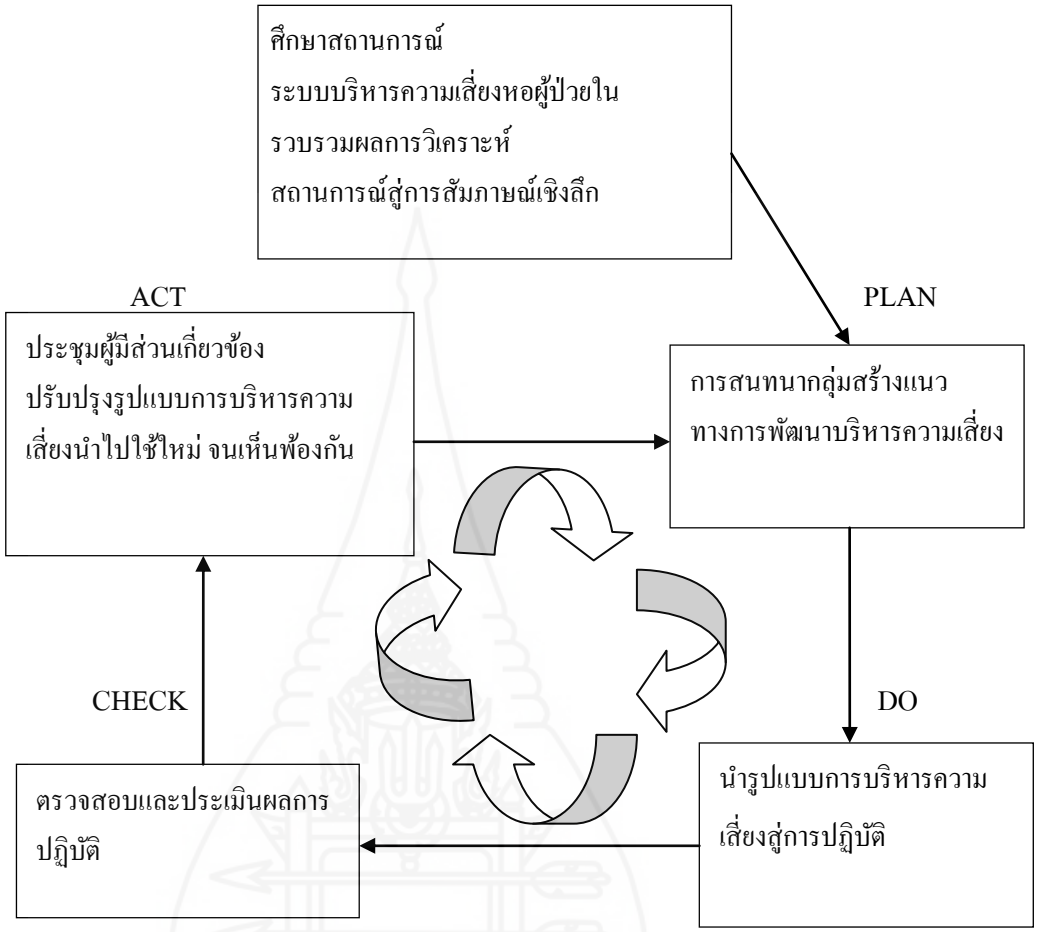
จากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานกลุ่มการพยาบาล ตั้งแต่ ตุลาคม 2555 ถึงมีนาคม 2556 พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์น้อยลง การลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ไม่ชัดเจน การจำแนกระดับความเสี่ยงไม่ถูกต้อง แนวทางการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน แม้โรงพยาบาลเสลภูมิจะมีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบในหน่วยบริการและระบบงานต่าง ๆ แต่ยังมีโอกาสปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพและเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ กระตุ้นให้หน่วยงานมีการค้นหาความเสี่ยง รายงานความเสี่ยง จัดการความเสี่ยง ทบทวนประเมินผลและจัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยง จึงสนใจศึกษาการปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยงมีความสมบูรณ์ และเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ใช้บริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไปยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงโดยการดำเนินการตามวงจรการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้การบริหารความเสี่ยง การรายงานความเสี่ยงและการทบทวนความเสี่ยง ที่มีมาตรฐานเพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถนำไปขยายเพื่อพัฒนาในหน่วยงานอื่นต่อไป



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย

4. ประเด็นปัญหาการวิจัย

การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานนำร่อง ในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดควรเป็นอย่างไร

5. ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2556 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2557

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ความเสี่ยงหมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน ชื่อเสียง ความสูญเสียต่อร่างกาย ได้แก่บาดเจ็บ การได้รับอันตรายและเกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต ในวิชาชีพการพยาบาลความเสี่ยงอาจรวมไปถึง ภาวะที่เกิดกับจิตวิญญาณและอารมณ์ ทั้งนี้การเกิดภาวะความเสี่ยง สามารถเกิดขึ้นได้จาก สภาวะแวดล้อม ภูมิศาสตร์ การจัดการ การให้บริการ การปฏิบัติพยาบาล การบริการจัดการที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับปัญหา โอกาสเกิดกรณีที่ทำให้ผิดพลาด เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง

6.2 รูปแบบการบริหารความเสี่ยง หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและลดความเสี่ยงในโรงพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่

6.2.1 การค้นหาความเสี่ยง เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันการสูญเสีย สามารถค้นหาความเสี่ยงได้หลายวิธี โดยการค้นหาความเสี่ยงในเชิงรุกและเชิงรับศึกษาจากอดีตและการศึกษาจากสภาพปัจจุบัน

6.2.2 การประเมินและการวิเคราะห์ความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ ว่ามีโอกาสเกิดความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด ความเสี่ยงขณะเกิดเหตุ ได้แก่กระบวนการบันทึกและปรึกษาซึ่งเริ่มต้นทันทีที่พบว่ามีความเสียหายเกิดขึ้น

6.2.3 การจัดการความเสี่ยงคือการควบคุมการสูญเสีย ได้แก่ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การผ่องถ่ายความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดความสูญเสียหลังการเกิดเหตุการณ์ การแบ่งแยกความเสี่ยง

6.2.4 การประเมินผล หมายถึงการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง เชื่อมโยงกลับไปที่เครื่องชี้วัดและระบบประกันคุณภาพ

6.3 การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง หมายถึงการดำเนินการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ระดมความคิดและการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ

7. ประโยชน์ที่จะได้รับ

เป็นตัวแบบในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเสลภูมิ และหน่วยงานอื่น ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการบริหารความเสี่ยง
2. การบริหารความปลอดภัย ในระบบบริการพยาบาล
3. วงจรการทำ PDCA
4. การศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research)
5. บริบทโรงพยาบาลและการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการบริหารความเสี่ยง

1.1 ความหมายและประเภทของความเสี่ยง

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ร่วมกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการศึกษา ทำให้ประชาชน มีช่องทางการรับรู้และสนใจข้อมูลข่าวสารในเรื่องสุขภาพมากขึ้น ต่างมีความคาดหวังสูงที่จะได้รับบริการอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานตามสิทธิของแต่ละคนที่ควรจะได้รับ จึงทำให้เกิดกระแสการตรวจสอบคุณภาพงานบริการและการฟ้องร้องขึ้น ด้วยเหตุนี้บุคลากรด้านสุขภาพจึงมีความตระหนักในเรื่องคุณภาพของงานบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัยและมีความพึงพอใจ แต่จากความซับซ้อนของระบบและสิ่งแวดล้อมในการรักษาพยาบาลรวมถึงรูปแบบงานบริการที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้งานบริการสุขภาพในแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมากมาย การหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความเสี่ยงในงานบริการสุขภาพเป็นไปได้ยาก การบริหารความเสี่ยงจึงจำเป็นที่บุคลากรในทีมสุขภาพควรนำมาปฏิบัติเพื่อประกันและพัฒนาคุณภาพงานบริการ มีผู้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยง (Risk management) ไว้ดังนี้ คือ

วิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle 1999: 15) ได้ให้ความหมายของความเสี่ยงว่า หมายถึงโอกาสของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการประกอบด้วยความไม่พึงพอใจ การไม่ได้รับ

ข้อมูลข่าวสาร การรักษาที่ผิดพลาด เช่น การผ่าตัดผิด ความทุกข์ทรมาน ความพิการ หรือความตายอย่างไม่คาดคิด

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543: 2) ได้อธิบายว่าความเสี่ยง หมายถึงโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การถูกทำร้ายทั้งทางร่างกายและจิตใจ หรือการบาดเจ็บ เหตุร้ายภัยอันตราย การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่แน่นอนและถูกเปิดเผยทั้งทางกายภาพ ความลับ รวมทั้งการแปลความที่ผิดพลาด วีณา จีระแพทย์ (2549: 27) กล่าวว่าความเสี่ยง คือ โอกาสของการเกิดความเสียหายหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นในองค์กรโดยความเสี่ยงจะแทรกซึมอยู่ในทุกขณะของการปฏิบัติงาน

จากคำจำกัดความเบื้องต้นอาจสรุปได้ว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่ต้องการหรือสิ่งไม่พึงประสงค์อันก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ชื่อเสียง ตลอดจนทรัพย์สินต่างๆ

1.1.2 ประเภทของความเสี่ยง ความเสี่ยงในโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า ความเสี่ยง คือ ความสูญเสีย หรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากงานบริการในโรงพยาบาล มี 7 ประเภท ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล

2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ ไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยง ในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูงการบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึง ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหา

7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

ความเสี่ยงต่อผู้ป่วย เฉพาะความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจแยกออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้อ การตัดอวัยวะผิดหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย

2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่มองไม่เห็น หรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว

3. ความเสี่ยงด้านสังคม (Social Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม (Social interaction) กับผู้ป่วย เช่นการ Expose ผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

ประเภทความเสี่ยงที่ต้องรายงาน (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน2548:62)

1. ความเสี่ยงทั่วไปได้แก่ความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม ทรัพย์สินสูญหาย เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากการทำงาน

2. ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายได้ เช่น ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม การให้เลือดผิด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

3. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค หมายถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการรักษาพยาบาล เฉพาะโรคหรือหัตถการนั้นๆ เช่น Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM, Brain hematomaจากStroke

1.2 วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง

วัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของการบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้ 2 แนวทาง คือ การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk financing) (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543)

1.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk management process) เป็นรูปแบบของการบริหารจัดการ เพื่อให้งานบริการมีคุณภาพ มุ่งเน้นความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ (Wilson and Tingle 1999) ดังนี้

1.3.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) การค้นหาความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่องค์กรด้านสุขภาพมีความตระหนักถึงความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพจนกลายเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นกับองค์กร การค้นหาและการประเมินความเสี่ยงเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ซึ่งหวังผลให้เกิดการเพิ่มการป้องกัน การควบคุม และยับยั้งความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงสามารถใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ รายงานอุบัติการณ์เป็นหลักฐานสำคัญในระบบการบริหารความเสี่ยง การจัดการอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับการค้นหาอุบัติการณ์ความผิดพลาดและเหตุการณ์เกือบเกิดความผิดพลาด (Near misses) ได้ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์เหล่านั้น พร้อมทั้งรีบดำเนินการแก้ไขผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากอุบัติการณ์ดังกล่าวโดยเร็วและเป็นไปในเชิงบวกหรือสร้างสรรค์การบริหารความเสี่ยง

1) วิธีการค้นหาความเสี่ยงในโรงพยาบาลทำได้ 4 วิธี คือ

(1) เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต อาจเป็นกลไกที่ใช้ร่วมกับกิจกรรมประกัน / พัฒนาคุณภาพ เช่น การทบทวนเวชระเบียน การทำ Peer review การทบทวนภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์ คำร้องเรียนของผู้ป่วย รายงานการตรวจสอบด้านความปลอดภัยด้านโครงสร้าง รายงานการฝึกซ้อมอุบัติภัยหรืออัคคีภัย การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย นอกจากนั้นยังอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ หรือสนทนากลุ่ม โดยใช้คำถามตัวอย่างดังนี้ 1) อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้ในหน่วยงานของเรา 2) ในประสบการณ์ของพวกเรา เคยมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อะไรเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีความรุนแรงสูงหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง 3) ในช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่ทำให้การทำงานของเรามีความเสี่ยงสูง 4) มีการแก้ปัญหาอะไรที่ทำอยู่ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

(2) เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น ได้แก่ การค้นหาในวารสาร หรือ Internet โดยใช้ Key word ต่อไปนี้ Occurrence, incident, Claim, complaint, Misadventure หรือข้อมูลจากการประชุมสมาคม เครือข่าย หนังสือพิมพ์ นำมาทำเป็นบัญชีความเสี่ยงไว้

(3) เรียนรู้จากการสำรวจของจริง ได้แก่ การสำรวจสิ่งแวดล้อมทางภาพ สังเกตความเคลื่อนไหวของคน สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร สังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับผลงานและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับผลงาน

(4) เรียนรู้ระหว่างการทำงาน ได้แก่ การเฝ้าระวังข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมี 3 ลักษณะคือ Incident report, Occurrence screening, Occurrence report

ก. Incident report หรือ รายงานอุบัติการณ์ เป็นการเฝ้าระวังที่นิยมใช้กันมากที่สุด แต่สามารถครอบคลุมเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงได้น้อยที่สุดคือเพียง 5 – 30 %

สาเหตุเนื่องจากเป็นรายงานเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนมากพยาบาลจะเป็นผู้รายงานและผู้เกี่ยวข้อง อาจจะไม่กล้าเขียนรายงานหากไม่เข้าใจจุดมุ่งหมายที่แท้จริง รายงานอุบัติการณ์เป็นการระบุเหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น และผลที่ตามมาโดยไม่แทรกความคิดเห็น ควรทำความเข้าใจว่าการเขียนรายงานอุบัติการณ์ไม่ได้เป็นการตำหนิหรือกล่าวโทษเพื่อนร่วมงาน ไม่ได้เป็นการยอมรับว่าละเลย แต่เขียนขึ้นเพื่อนำไปสู่การตั้งคำถามต่อวิธีปฏิบัติ งานที่อาจเป็นปัญหา ระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่ดีควรมีการบันทึกทันทีโดยผู้อยู่ในเหตุการณ์ให้หัวหน้ามีโอกาสทบทวน บันทึกเพิ่มเติม และดำเนินการในสิ่งที่เร่งด่วน แบบบันทึกควรจะอยู่ในหน้า เดียวและควรมีหลาย copy เพื่อให้สามารถส่งให้ผู้เกี่ยวข้องได้ครบถ้วน เช่น หัวหน้างาน ผู้จัดการคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูง

ข. Occurrence screening เป็นการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายทุก 2 – 3 วัน โดยมีเกณฑ์ที่ชัดเจน เช่น การรับไว้รักษาภาวะแทรกซ้อนของการรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การเกิด cardiac arrest หรือ respiratory arrest ในโรงพยาบาล การนอนโรงพยาบาลนานเกินกว่า 90th percentile ของโรคนั้น ๆ แม้ว่าวิธีการนี้จะได้ผลครอบคลุมได้สูงถึง 80 – 85 % แต่ก็กินเวลาและค่าใช้จ่ายมาก

ค. Occurrence report เป็นการรายงานที่ครอบคลุมทุกหน่วยงานและทุกวิชาชีพ ที่จะต้องรายงานตามบัญชีเหตุการณ์ที่กำหนดไว้ วิธีนี้จะได้ผลครอบคลุม 40 – 60 % ตัวอย่างความเสี่ยงมีดังนี้

1. ความเสี่ยงทั่วไป ปัญหาด้านความปลอดภัย ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยรักษาความปลอดภัย เช่น การลักขโมย การทำร้ายร่างกาย การคุกคาม การทำลายทรัพย์สิน การพลัดตกหกล้ม ความพยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเองปัญหาสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งแวดล้อม เป็นพิษ การปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม เครื่องมือขัดข้อง ชำรุด จนเกิดอันตราย การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย อัคคีภัย ไฟช็อต ตึกถล่ม

2. ความเสี่ยงทางคลินิก เหตุการณ์ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นความผิดพลาดความไม่เหมาะสม ผลข้างเคียงจากการรักษา การแก้ไขปัญหาหรือผลลัพธ์ซึ่งไม่พึงประสงค์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการให้สารน้ำ /เลือดผิดพลาด การรักษาผิดคน คำสั่งการรักษาที่ไม่ชัดเจน หรือในเวลาที่ไม่เหมาะสม การบาดเจ็บต่ออวัยวะหรือตัดอวัยวะออกโดยไม่ได้วางแผน ผลการตรวจสูญหาย

ผลข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ ปฏิกิริยาจากยาหรือการให้เลือด, ทำหัตถการโดยไม่จำเป็น, ล่าช้าในการรักษาทำให้อาการกำเริบ, เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ การรับไว้รักษาเพราะผลข้างเคียงจากการรักษาที่ ICU/CCU โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน,

การผ่าตัดเพราะภาวะแทรกซ้อนจาก invasive procedure, การผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ปัญหาแทรกซ้อน, การเลื่อนหรือต้องทำ diagnostic procedure ซ้ำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา ผลที่จากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยานั้นอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ ผู้ป่วย หรือผู้บริโภคอาจจะเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์ กระบวนการ และระบบ อันได้แก่ การสั่งใช้ การสื่อสารคำสั่ง การเขียนฉลาก/บรรจุ/ตั้งชื่อผลิตภัณฑ์ การผสม การจ่าย การกระจาย การให้ยา (หรือการบริหารยา) การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้

2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นกระบวนการตัดสินความรุนแรงของความสูญเสียและจำแนกความเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดความสูญเสียขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการค้นหาความเสี่ยงและโอกาสของการเกิดความเสี่ยง การกำหนดระบบการรับเรื่องร้องทุกข์และการเรียกร้องค่าเสียหายจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อจัดให้มีการสำรวจการร้องทุกข์และการเรียกร้องสิทธิ์ ซึ่งระบบที่กำหนดจะทำให้สามารถลดค่าใช้จ่าย ความเครียดของผู้ปฏิบัติงานและความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ใช้บริการ ปัจจัยเหล่านี้จะก่อให้เกิดความรุนแรงของความเสี่ยง และเป็นแนวทางให้องค์กรด้านสุขภาพเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการบริหารจัดการความเสี่ยงดังกล่าวได้ขั้นที่ตอน 2 : การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

การประเมินความเสี่ยง เป็นสิ่งที่ต้องกระทำทั้งในระดับแผนกและในระดับโรงพยาบาล ซึ่งสอดแทรกอยู่ในขั้นตอนต่างๆของการทำงาน ดังนี้

- เมื่อเกิดความเสียหาย ⟶ ทบทวนจากอดีตสู่อนาคต
- ระดับศูนย์ต่างๆ/ หน่วย/งาน ⟶ ประเมินเพื่อควบคุม/ แก้ไขปัญหา จัดทำ Risk Profile
- ระดับโรงพยาบาล การจัดการกับคำร้องเรียน การบริหารข้อมูลข่าวสาร ⟶ ประเมินน้ำหนักความเสี่ยง (Risk Weighing)

มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. การประเมินควบคุมแก้ไข / ปัญหา

การประเมินขั้นแรกสุดทำโดยผู้ประสบเหตุการณ์คนแรกซึ่งเข้าไปช่วยเหลือหรือป้องกัน ไม่ให้ได้รับอันตรายมากขึ้น เป็นเรื่องของการใช้สามัญสำนึกว่ากำลังมีการสูญเสีย หรือความเสียหายอะไร ก็ต้องได้รับการช่วยเหลือ จะเกิดปัญหาอะไรขึ้นกับใคร ในลำดับต่อไป ควรจำทำอะไรในทันที เจ้าหน้าที่จะช่วยผ่อนคลายสถานการณ์ได้อย่างไร

การประเมินขั้นต่อมา ทำในระดับแผนก/ หน่วยงาน เมื่อหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าหน่วยงาน ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและตัดสินใจว่าจะต้องรายงานต่อขึ้นไปให้ผู้บริหารระดับสูง และผู้รับผิดชอบ ในส่วนกลางหรือไม่ การทบทวนนี้ควรกระทำภายใน 24 ชั่วโมง

2. การจัดทำ Risk Profile

เป็นการจัดทำภาพรวมของความเสี่ยงซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นในแต่ละหน่วยงาน ซึ่งจะมีทั้งความเสี่ยงทั่วไปที่พบร่วมกัน และความเสี่ยงเฉพาะของหน่วยงานนั้น การจัดทำ profile เริ่มด้วยการทำบัญชีความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบ บัญชีนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้าง สิ่งสำคัญคือต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง

3. การประเมินเพื่อจัดการกับคำร้องเรียน

สิ่งนี้เป็นหน้าที่ของผู้บริหารระดับสูงหรือผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง กิจกรรมที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ การรายงานให้ผู้รับผิดชอบ รับทราบโดยทันที การแจ้งให้บริษัทประกันภัยทราบ (ในกรณีที่มีการประกัน) การรวบรวมข้อมูลและหลักฐานต่างๆ เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริง และการเก็บรักษา เอกสารทั้งหมดไว้ในที่ปลอดภัยพร้อมทั้งล็อคกุญแจ การทำความเข้าใจกับผู้ร้องเรียน การสืบค้นอย่างละเอียด สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องโดยให้ความมั่นใจกับเจ้าหน้าที่ว่าโรงพยาบาลจะช่วยเหลือ

4. ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารความเสี่ยง

การเกิดความสูญเสียในเรื่องซ้ำๆกัน แสดงว่าความเสี่ยงนั้นไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม โรงพยาบาลจะต้องเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยจัดระบบข้อมูลข่าวสารซึ่งครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้

1. การรวบรวมและนำเสนอรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา

2. การวิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์ในแง่มุมต่างๆ เช่น ประเภทของอุบัติการณ์ สถานที่เกิดเหตุ บุคคลที่เกี่ยวข้อง

3. ค่าเสียหายหรือความรุนแรง

4. การติดตามสถานการณ์ของคำร้องเรียนแต่ละเรื่อง

5. การประเมินน้ำหนักความเสี่ยง (Risk Weighing)

การประเมินน้ำหนักความเสี่ยงจะช่วยจัดลำดับความสำคัญว่า ควรจะดำเนินการในเรื่องนั้นต่อไปอย่างไร สมการในการประเมินคือ

น้ำหนักความเสี่ยง = โอกาสหรือความถี่ x ผลกระทบหรือความรุนแรง

Risk = Probability (Frequency) x Impact (Severity)

ผลกระทบนั้นมีทั้งในส่วนที่เป็นตัวเงินซึ่งนำมาคำนวณได้ และส่วนที่วัดเป็นตัวเลขไม่ได้ เช่น ผลกระทบทางด้านจิตใจ

การประเมินน้ำหนักความเสี่ยงนำมาสู่กลยุทธ์ในการจัดการกับความเสี่ยง แต่ละเรื่อง ดังนี้

- ผลกระทบต่ำ/ ไม่รุนแรง ⟶ ผลกระทบสูง/ รุนแรงมาก
- โอกาสสูง/ เกิดบ่อย ⟶ สร้างความตื่นตัว จัดการโดยเร่งด่วน
- โอกาสต่ำ/ เกิดไม่บ่อย ⟶ ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องกำหนดมาตรการที่รัดกุม ทำความเข้าใจ

ขั้นตอนที่ 3 : การจัดการกับความเสี่ยง

การจัดการกับความเสี่ยงมี 3 ลักษณะคือ การป้องกันหรือควบคุมความเสียหาย การชดเชยความเสียหาย และ การจัดการกับความเสี่ยงของบริการทางการแพทย์

1. การป้องกัน/ ควบคุมความเสียหาย

กลยุทธ์ในการป้องกัน/ ควบคุมความเสียหายอาจทำได้ 5 วิธีคือ

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) เช่น การลดห้องผ่าตัดเนื่องจากวิสัญญีพยาบาลไม่เพียงพอ

2. การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) เช่น การส่งต่อผู้ป่วยที่ซับซ้อนไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าการส่งตรวจชันสูตรซึ่งมีราคาสูงที่ห้องปฏิบัติการอื่น

3. การป้องกันความเสี่ยง (Risk Prevention) ได้แก่ การมีมาตรการป้องกันอันตราย การบำรุงรักษาเครื่องมือเชิงป้องกัน การมีระเบียบปฏิบัติที่รัดกุมในกระบวนการทำงาน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ

4. การลดความสูญเสีย (Loss Reduction) เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว การแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน การใส่ใจดูแล การให้ความสะดวกสบาย เพื่อลดความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้มากที่สุด หรือเพื่อควบคุมไม่ให้ความเสียหายลุกลาม

5. การจัดแบ่ง / สำรองทรัพย์สิน (Asset Segregation) ทรัพย์สินที่สำคัญคือ เงิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรบุคคล สาธารณูปโภค สารสนเทศ ต้องมีการจัดแบ่งหรือสร้างระบบสำรองให้รัดกุม

2. การชดเชยความเสียหาย

1. การชดใช้ค่าเสียหายโดยโรงพยาบาลซึ่งอาจจะเป็นการจ่ายจากบัญชีเงินสดหรือกองทุนสำรองเฉพาะ

2. การถ่ายโอนความรับผิดชอบทางการเงินให้องค์กรอื่น เช่น การทำประกัน การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk financing) มีเป้าหมายที่จะจ่ายเงินชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล การจ่ายเงินชดเชยความสูญเสียอาจเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลหรือผ่องถ่ายไปให้ผู้อื่น การประกันภัยเป็นวิธีการหนึ่งของการผ่องถ่ายความรับผิดชอบในการจ่ายชดเชยการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย ไม่ใช่ทางเลือกเพื่อทดแทนการควบคุมความเสี่ยง แต่ควรตระหนักว่าการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียเป็นกลยุทธ์ที่เสริมกันและกัน ซึ่งควรนำมาใช้กับความเสี่ยงทุกอย่างที่พบ นอกจากนี้การบริหารความเสี่ยงยังเป็นระบบที่ต้องจัดการกับจุดอ่อนของค่าเสียหายที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลมักจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายสำหรับค่าชดเชยจำนวนไม่มาก ด้วยการจ่ายจากงบประมาณดำเนินการหรือตั้งเป็นกองทุนสำรอง โรงพยาบาลอาจเข้าร่วมในโปรแกรมประกันตนเอง (Self - insurance) ซึ่งมีลักษณะผสมระหว่างการคงความรับผิดชอบและการผ่องถ่ายความรับผิดชอบให้ผู้อื่นหรืออีกนัยหนึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงในกลุ่มสมาชิก บุคลากรและองค์กรให้ครอบคลุมทุกส่วน จึงจำเป็นสำหรับผู้รับผิดชอบทุกฝ่ายนำไปปฏิบัติและพัฒนา แม้ว่าจะไม่อาจขจัดความเสี่ยงให้หมดสิ้นไปแต่ความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สามารถจัดการผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้

3. การจัดการกับความเสี่ยงของบริการทางการแพทย์

1. การปรับปรุงกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์ และการกำหนดสิทธิในการดูแล รักษาผู้ป่วย (Privilege) สำหรับแพทย์แต่ละคน

2. การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการประกัน/ พัฒนาคุณภาพกับการกำหนดสิทธิในการ ดูแลรักษาผู้ป่วย

3. การเพิ่มความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

4. การใช้กฎข้อบังคับขององค์กรแพทย์

5. การแต่งตั้งหัวหน้าแผนกที่เข้มแข็ง

6. การสนับสนุนการดำเนินงานของหัวหน้าแผนก

7. การปรับปรุงความสัมพันธ์และความรับผิดชอบระหว่างคณะแพทย์กับกรรมการบริหาร

4. การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) จากการรับรู้เราไม่สามารถจัดการหรือกำจัดความเสี่ยงได้ทั้งหมดดังนั้นการควบคุมความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการป้องกันและ ลดโอกาสที่จะ

เกิดเหตุการณ์ความสูญเสียหรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์อันเกิดจากงานบริการรักษาพยาบาล การควบคุมเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงจะประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องได้นั้นต้องติดตามผลการปฏิบัติการ การลดหรือควบคุมความเสี่ยงเบื้องต้นจะต้องติดตามประเมินผลกิจกรรม (Wilson and Tingle 1999: 55) ดังนี้

1) การพัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยงอย่างสมบูรณ์ ครอบคลุม (Comprehensive)

2) การพัฒนาโปรแกรมการศึกษาและอบรมในการจัดการความเสี่ยงในงานบริการรักษาพยาบาล

3) การใช้ประโยชน์จากนโยบาย วิธีการ แผนปฏิบัติการ(Protocol) ขั้นตอนการดำเนินการ (Pathway) และแนวทางการดูแล (Clinical guideline) สิ่งเหล่านี้จะต้องมีการทบทวนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ ให้เป็นปัจจุบันพร้อมประกาศใช้อย่างเป็นทางการจะเป็นช่องทางช่วยให้ผู้ปฏิบัติกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการซึ่งมีความเชื่อถือและเชื่อมั่นได้ เอกสารหรือนโยบายเก่าๆจะถูกเก็บไว้ส่วนกลางเพราะอาจจำเป็นต้องใช้สำหรับการป้องกันแก้ไขผลกระทบจากการปฏิบัติที่ด้อยประสิทธิภาพในอดีต

4) การวางแผนรับภัยพิบัติและเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน (Contingency) ซึ่งมีความสำคัญในการลดอุบัติการณ์ภายในที่รุนแรงได้

5. การยอมรับความเสี่ยง (Risk acceptance) เป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งสำหรับการจัดการค้นหาความเสี่ยงที่ยอมรับได้ซึ่งรวมถึงการประเมินความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยงและจัดทำแผนให้ครอบคลุมการชดเชยความเสียหายที่ตามมา การยอมรับความเสี่ยงสามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมที่สุดสำหรับกรณีความเสี่ยงที่ไม่สามารถลด ย้าย หรือหลีกเลี่ยงได้ และเมื่อความเสี่ยงนั้นมีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมายและผลที่ตามมาอาจเกินความสามารถขององค์กรสุขภาพที่จะจ่ายค่าชดใช้ความเสียหายได้เอง

6 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เป็นทางเลือกอย่างหนึ่งในกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยงที่มีความรุนแรงจนยากแก่การแก้ไข โดยไม่สามารถลดหรือการถ่ายโอนความเสี่ยงได้ จึงอาจมีดำเนินการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง โดยไม่ทำกิจกรรมที่อาจนำมาซึ่งความสูญเสีย เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

7 การลดความเสี่ยง (Risk reduction or minimization) การลดความเสี่ยงมีความเกี่ยวพันกับกลยุทธ์การลดความสูญเสียหลาย ๆ วิธีการโดยมีเป้าหมายเพื่อจำกัดผลที่เกิดจากความเสี่ยงโดยไม่มีการยอมรับหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การลดความเสี่ยงถือเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับองค์กรด้านสุขภาพและมีความสำคัญสำหรับกิจกรรม

ต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติ การปรับปรุงนโยบายและหาวิธีการใหม่ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ทั้งหมด

8 การผ่องถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) เทคนิคการผ่องถ่ายความเสี่ยงเป็นการเปลี่ยนผ่านความเสียหายไปยังหน่วยงานอื่นซึ่งเป็นพันธะคู่สัญญากันหรือองค์กรสุขภาพอื่นที่จัดเตรียมไว้แล้ว เช่น CNST, WRP การจะมีกองทุนสะสมเงินได้ต้องมีความเชี่ยวชาญในการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีทำให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้นโดยไม่ต้องพยายามหาแหล่งช่วยเหลืออื่นและจ่ายเบี้ยประกันภัยน้อยลงด้วย การจัดการความเสี่ยง ที่เกิดจากการปฏิบัติที่ด้อยคุณภาพ อาจจำเป็นต้องมีการสาธิตวิธีการลดความเสี่ยง ซึ่งจะช่วยลดการจ่ายเบี้ยประกันและความเสียหายที่เกิดขึ้น องค์กรสุขภาพ ควรรวบรวมกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยง สำหรับการค้นหาความเสี่ยงเพื่อจะได้จัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีที่สุด การวางแผนป้องกันภัยพิบัติและสิ่งที่ไม่คาดฝันเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอุบัติการณ์ภายใน และโอกาสที่จะเกิดการสูญเสียของบริการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 : การประเมินผลและติดตามความเสี่ยง

ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง คือการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้วยการวัดและประเมินประสิทธิผลของวิธีการการค้นหา วิเคราะห์และจัดการกับความเสี่ยงการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้บริหารองค์กรที่ดูแลสุขภาพ คณะแพทย์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งผู้ป่วย / ผู้เสียหายกับทนายความ แบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง ทำให้แน่ใจว่ากิจกรรมบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ถูกวัดหรือประเมินอย่างแม่นยำจากผลของการจัดการความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินการภายใต้บรรยากาศของความซื่อสัตย์และโปร่งใส ควบคุม/ป้องกันความผิดพลาด เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการหรือไม่คาดฝันจะต้องถูกค้นพบโดยเร็วพร้อมทั้งรีบจัดการด้วยวิธีที่นุ่มนวล และมีประสิทธิภาพการรายงานอุบัติการณ์โดยปราศจากบทลงโทษหรือข้อตำหนิถือเป็นการแก้ไขปัญหา และเป็นวิธีการที่ควรนำมาใช้เพื่อสนับสนุน / เอื้ออำนวยให้กระบวนการประเมินการบริหารความเสี่ยงเป็นไปได้ด้วยดี ดังนั้นศูนย์พัฒนาคุณภาพจึงจำเป็นที่จะต้องรายงานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงประจำปีแก่ผู้เกี่ยวข้อง

การประเมินผลกิจกรรมบริหารความเสี่ยง มีเป้าหมายที่จะทำให้กิจกรรมบริหารความเสี่ยง ครบวงจร และเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการมีกิจกรรมนี้ ว่าเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่

การประเมินผลระดับแผนกจะเชื่อมโยงกลับไปที่เครื่องชี้วัดและระบบประกันคุณภาพ, กิจกรรมประเมินได้แก่

1. การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

2. การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่ดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง (Risk management strategy)

กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงสำหรับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ได้มีการเตรียมวางกรอบการทำงานไว้อย่างเข้มงวด เพราะเป็นที่ยอมรับกันว่าการดูแลสุขภาพเป็นงานที่มีความเสี่ยงในงานอยู่แล้ว จึงต้องคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในวงกว้าง เช่น เกิดอุบัติเหตุสถานการณ์ร้ายที่เกิดจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ นอกจากนี้อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์อาจเกิดจากการไม่ได้วางนโยบายไว้ แนวทางปฏิบัติยังไม่มีความชัดเจน การกำหนดภาระงานไม่มีความครอบคลุม การติดต่อสื่อสารยังไม่ดีพอ หรือระบบการทำงานที่ล้มเหลว ดังนั้นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของผู้บริหาร แพทย์ผู้รักษา หรือแม้แต่บุคลากรผู้ให้บริการ คือการจัดการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้น้อยลง เพื่อทำให้สถานการณ์ดีขึ้นการจัดการดังกล่าวนี้ คือการบริหารความเสี่ยงนั่นเองการดำเนินการตามกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงไม่ใช่เรื่องง่าย ถ้าไม่มีการจัดหาผู้จัดการความเสี่ยงคอยติดตามข้อร้องเรียนที่เกิดจากสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ การบริหารความเสี่ยงจัดเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพ จึงต้องวางแผนให้มีความครอบคลุมชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ดีต้องกระทำสำหรับการพัฒนาองค์กร (Wilson and Tingle 1999: 50) โดยแยกเป็นประเด็นเฉพาะได้ดังนี้

1) การค้นหาโอกาสพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วย

2 การค้นหาโอกาสพัฒนาความพึงพอใจของผู้ป่วย

3) การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ให้บริการ

4) การจัดให้มีการดูแลที่สามารถบอกได้ว่ามาจากทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

5) การค้นหาโอกาสพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารในการดูแลและประสานทีมงาน

6) การค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

7) การจัดทำแผนปฏิบัติงานเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย

ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การพัฒนาคุณภาพงานบริการเพื่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การค้นหาความเสี่ยงเป็นกระบวนการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่ปลอดภัย

เพื่อดำเนินการจัดการอย่างเหมาะสมในอนาคต ดังนั้นหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยงานจึงต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่นหรือหน่วยงานอื่น และเรียนรู้ระหว่างการทำงาน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต สามารถเรียนรู้ได้จาก

1.1 ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว แม้ว่าโรงพยาบาลจะยังไม่มีระบบบริหารความเสี่ยงในภาพรวม แต่ละหน่วยงานก็จะมีการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในหน่วยงานของตนอยู่แล้วในระบบการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานควรจะนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน

1.2 ประสบการณ์ของบุคคล อาจเรียนรู้ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล หรือการระดมสมองในกลุ่มแล้วนำมารวบรวม และสอบทานอีกรอบพร้อมบันทึกไว้ เพื่อเป็นข้อมูลจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile)ในหน่วยงาน

2. การเรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น การเรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่นอาจทำได้จากการค้นหาวารสาร วิชาการ / Internet การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดโดยองค์กรวิชาชีพ การติดตามข่าวสารในหน้าหนังสือพิมพ์ การสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมอาชีพวิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือไม่ต้องลงทุนด้วยความสูญเสียในการค้นหาความเสี่ยงจากวารสารวิชาการ คำที่จะใช้ค้นหาคือ occurrence, incident, claim, misadventure, adverse patient occurrence (APO) และควรค้นหาวารสารในช่วง 3-5 ปี เลือกทั้งวารสารที่เฉพาะเจาะจงสำหรับวิชาชีพของตน รวมทั้งวารสารทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลและคลินิกบริการ แหล่งที่ค้นหาง่ายที่สุดในปัจจุบันคือ การใช้ดัชนีซึ่งอยู่ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ โดยเป้าหมายสำคัญของการเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น คือ การสร้างบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน

3. การเรียนรู้ระหว่างการทำงาน การค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานมีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความสูญเสีย และที่สำคัญเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต วิธีการที่ใช้ได้แก่ การรายงานผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย (Adverse patient occurrence) ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ คือการรายงานอุบัติการณ์ (Incident reporting) การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence screening) และการรายงานเหตุการณ์ (Occurrence reporting) การค้นหาความเสี่ยงจึงสามารถทำได้จากการวิเคราะห์ระบบบริการและค้นหาว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลักของงานบริการนั้นมีความเสี่ยงอะไรอยู่บ้าง ทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ หรือในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพประเด็นนี้มีความหมายเหมือนการค้นหาโอกาสในการพัฒนา

3.1 การรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) เป็นรายงานที่ใช้กันมากที่สุด บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับการเกิดเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ และนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา การบันทึกรายงานอุบัติการณ์เป็นรูปแบบที่ดีที่สุดของการบริหารความเสี่ยง (Wilson and Tingle 1999: 54) การเขียนรายงานที่ดีควรเขียนทันทีที่เกิดเหตุการณ์ โดยผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์เป็นผู้เขียน

3.2 การคัดกรองเหตุการณ์ (Occurrence screening) เป็นการรายงานความเสี่ยงที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ใช้ค่าใช้จ่ายสูง เพราะเป็นลักษณะของการวิจัย จะมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48-72 ชั่วโมง โดยทีมผู้คัดกรองซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับคุณภาพ ความเสี่ยงและเครื่องชี้วัด หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยก็จะถูกส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อตัดสินใจว่าจำเป็นต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่ จากนั้นจะถูกส่งไปยังหัวหน้าแผนกเพื่อทบทวนและดำเนินการตามความเหมาะสม

3.3 การรายงานเหตุการณ์ (Occurrence report) เป็นระบบรายงานซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนถูกสอนให้ตระหนักและรายงานเหตุการณ์ที่ระบุไว้จำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ (Occurrence) บัญชีรายการเหตุการณ์นี้จะต้องเป็นที่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่รายงาน มีจำนวนเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะจำได้ ทุกคนจะต้องรับทราบและได้รับการคาดหวังว่าจะรายงานเหตุการณ์เหล่านี้ โดยผู้บริหารต้องพิจารณาว่าจะใช้ระบบที่มีอยู่ให้เต็มศักยภาพได้อย่างไร เช่น การทำแบบฟอร์มให้ง่ายขึ้น การแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่รายงานไปนั้นได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ การให้ข้อมูลกลับ (Feedback) มายังเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น วิธีการแนะนำให้ทำคือ การสร้าง Occurrence report system หรือ Structured incident report system ซึ่งเป็นของโรงพยาบาลโดยรวบรวมบัญชีรายการอุบัติการณ์จากทุกหน่วยงานมาเป็นบัญชีเดียวกัน และให้ทุกหน่วยงานมีหน้าที่รายงานตามแบบบันทึกที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น หน่วยงานอาจจะเพิ่มเติมบัญชีรายการอุบัติการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงและไม่ปรากฏในบัญชีรายการของโรงพยาบาลด้วยก็ได้อย่างไรก็ตามการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกเมื่อดำเนินการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแล้วควรนำความเสี่ยงที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์ตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง จัดประเภทและเรียงลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ความสูญเสีย นำมาวางแผนจัดการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติไว้ใช้ในสถานบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความถี่ (Probability) ความรุนแรง (Severity) และค่าใช้จ่าย (Cost) ของเหตุการณ์ความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิด / เกิดขึ้นภายในสถานบริการสุขภาพ การวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นการกระทำทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินไปข้างหน้า และการประเมินในปัจจุบันโดยปฏิบัติทั้งในระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาล

(อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543) รูปแบบของการวิเคราะห์ความเสี่ยงปัจจุบันในระดับหน่วยงานเป็นการวิเคราะห์เพื่อควบคุมความเสียหาย ขณะที่การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากอดีตไปอนาคตจะเป็นลักษณะของบัญชีความเสี่ยง ส่วนรูปแบบการวิเคราะห์ความเสี่ยงปัจจุบันในระดับโรงพยาบาลเป็นการบริหารคำเรียกร้องค่าเสียหาย และการวิเคราะห์จากอดีตไปอนาคตจะเป็นการประเมินน้ำหนักของความเสี่ยงเพื่อดำเนินการแก้ไขดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การควบคุมความเสียหาย การควบคุมความเสียหาย คือ การประเมินความเสี่ยงขั้นต้นด้วยสัญชาตญาณ และการตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น ซึ่งจะเกิดขึ้นภายในเวลาเป็นนาทีและจะต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อทบทวนในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ในขณะเจ้าหน้าที่กำลังเข้าไปแก้ไขเหตุการณ์ ควรจะมีคำถามเหล่านี้ขึ้นในใจอย่างต่อเนื่องว่า เกิดอะไรขึ้น อะไรเป็นสาเหตุ (Cause) ผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร (Outcome) เราจะจัดการเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือ (Severity) เมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วก็จะกลับไปที่คำถามว่าอะไรเป็นสาเหตุของความเสียหายนำไปสู่การสืบค้นเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีอันตรายเพิ่มขึ้นหรือเหตุการณ์ความเสียหายซ้ำขึ้นอีก กิจกรรมสุดท้าย คือการรายงานให้ผู้บังคับบัญชาที่อยู่สูงขึ้นไปรับทราบ กิจกรรมเหล่านี้เป็นการจัดการกับความเสี่ยงซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องทำด้วยความรับผิดชอบกับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า

2. บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) บัญชีรายการความเสี่ยง คือ การวาดภาพให้เห็นว่าหน่วยงานมีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งจะมีทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงที่เป็นเฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน การจัดทำบัญชีรายการ เริ่มด้วยการทำบัญชีความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบ บัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้างแต่ไม่มากนัก สิ่งที่สำคัญก็ คือ จะต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบสูง การวิเคราะห์ความรุนแรงและความถี่ ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การวางแผนจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป

การบริหารความเสี่ยงจะต้องมีการค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงวางแผนและนำไปปฏิบัติจึงต้องกำหนดตัวชี้วัดกำกับ (ด้านกายภาพ ด้านคลินิก การเงิน และวัฒนธรรม) เพื่อลดหรือผ่องถ่ายความเสี่ยงที่สะท้อนถึงความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในองค์กร ดังนั้นการประเมินผลในระดับแผนกจะเชื่อมโยงกลับไปที่เครื่องชี้วัดและระบบประกันสุขภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543: 26) โดยมีกิจกรรมประเมินดังนี้คือ

1. การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

2. การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังและเครื่องชี้วัดที่เกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกันมากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ คำถามที่ต้องถาม คือ อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว อุบัติการณ์นี้เป็นเหตุการณ์เดี่ยว (Isolated incident) หรือเป็นเรื่องของระบบมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีกได้หรือไม่

3. การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment)

นำความเสี่ยงที่สำคัญ ๆ จากการจัดลำดับมาพิจารณากำหนดแนวทางป้องกันที่เหมาะสมด้วยกลยุทธ์ ดังนี้คือ

(1) จัดทำแนวทางปฏิบัติในแต่ละเรื่อง

(2) ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

(3) ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

(4) บำรุงรักษาเครื่องมือเชิงป้องกัน

การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation)

4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

2. การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล

ความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและการบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญในทุกมิติของการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูลผู้ป่วยและบุคคลต่างๆเกี่ยวกับความเสี่ยงและการลดความเสี่ยง ทำให้เกิดความปลอดภัยในการบริการและการรายงานอุบัติการณ์ (วีณา จีระแพทย์ : การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล,11-5)

วิธีการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล

การสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการพยาบาลให้ประสลความสำเร็จต้องอาศัยการบูรณาการการบริหารแบบธรรมาภิบาล การจัดการความเสี่ยง การประกันความปลอดภัย โดยมีองค์ประกอบของวีการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน(National Patient Safety Agency,2004อ้างใน) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 นำและสนับสนุนการทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ผสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายอุบัติการณ์ การสนับสนุนการายงานอุบัติการณ์ จึงต้องจัดทำระบบและรายงานได้ง่าย ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. ลักษณะของงานบริการที่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น (การพยาบาลทั่วไป การพยาบาลวิกฤต ฉุกเฉิน เฉียบพลันหรือเรื้อรัง การพยาบาลสุขภาพจิต)

2. สถานที่/ตำแหน่งที่เกิด (location)

3. ขอบเขตของการบริการ (service area)

4. วันและเวลา

5. ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดอุบัติการณ์เช่น ตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ลักษณะงาน รูปแบบการสื่อสาร ข้อจำกัดด้านการศึกษาอบรม เครื่องมือ สนับสนุนในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

6. รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยลักษณะข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสิ่งที่พบ ไม่ใช่ข้อมูลผ่านการตีความตามความคิดเห็นของผู้รายงาน

7. แผนปฏิบัติการหรือสิ่งที่ทำเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

8. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยเช่น อายุ วัน เดือน ปีเกิด เพศ เชื้อชาติ ความพิการ การวินิจฉัยโรค/ความเจ็บป่วย

9. ระดับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย เช่น ไม่เกิดอันตราย เกิดระดับปานกลาง รุนแรงมาก หรือเสียชีวิต

10. กิจกรรมที่ทำเพื่อป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์มาถึงผู้ป่วย

11. กิจกรรมเพื่อบรรเทาอันตราย /ความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วย

12. ผลกระทบของอุบัติการณ์ที่มีต่อผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจและการเงิน

ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย

เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น สิ่งสำคัญไม่ได้อยู่ที่การค้นหาคนผิด แต่เป็นการค้นหาและเรียนรู้ว่าอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างไรและอะไรคือสาเหตุ องค์กรพยาบาลจึงต้องส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยต้องรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องรายงาน ข้อมูลอะไรที่จำเป็นที่จำเป็นและควรใช้เมื่อใด วิธีการวิเคราะห์และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ Root Cause Analysis คือเทคนิคของระบบการตรวจสอบ เพื่อค้นหาและทำความเข้าใจในสาเหตุและ

บริบทของสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยในการดูแลรักษา โดยย้อนกลับไปสืบสวนหาสาเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจในสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์ องค์กรพยาบาลสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและวางมาตรการเพื่อป้องกันลดโอกาสเกิดซ้ำ (วีณา จีระแพทย์: การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล,11-35) ขั้นตอนของ RCA ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาและชี้บ่งเกี่ยวกับอุบัติการณ์ เน้นที่ระดับความรุนแรงและโอกาสการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. การรวบรวมข้อมูลจากบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย ผลการวินิจฉัย ผลการตรวจต่างๆ อุปกรณ์และสถานการณ์แวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องบันทึกทางการพยาบาล นโยบายขององค์กรและมาตรการที่กำหนดให้บุคลากรปฏิบัติ แบบรายงานอุบัติการณ์ และรายชื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้เขียนรายงาน

3. การทำแผนของเหตุการณ์ (map) ทำโดยทีม RCA และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ร่วมกันพิจารณา นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาผูกโยงเข้าด้วยกัน ตามลำดับเวลาก่อน – หลังของการเกิดเหตุการณ์ที่น่าจะเป็น ค้นหาข้อมูลและประเด็นสำคัญของปัญหาในกระบวนการดูแลที่ยังขาดหายไปโดยอาจใช้เอกสารในการสรุปความเชื่อมโยงเหตุการณ์ ในการช่วยจำ ดังนี้

หัวข้อ	ข้อคิดเห็น
วัน-เวลาที่เกิดอุบัติการณ์	
ลักษณะของเหตุการณ์	
ข้อมูลแวดล้อม/ข้อมูลสนับสนุน	
การปฏิบัติที่พึงกระทำ	
ปัญหาในการให้การดูแล	
สาเหตุของอุบัติการณ์	
ความเสียหาย/ระดับความรุนแรง	

4. การวิเคราะห์ข้อมูลนำข้อมูลที่รวบรวมและจัดลำดับเหตุการณ์ของการเกิดอุบัติการณ์แล้วมาวิเคราะห์สาเหตุและบทเรียนที่ได้รับ โดยพิจารณาสถานการณ์แวดล้อมก่อนและขณะเกิดเหตุการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ การวิเคราะห์อาจใช้เทคนิคการระดมสมอง (brainstorming และการตั้งคำถาม “ทำไม” แต่ปัญหาแต่ละปัญหาจึงเกิดขึ้น จนกว่าจะสามารถค้นพบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เป็นต้น

5.การวิเคราะห์ปราการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย สิ่งของหรือองค์กรที่ไม่มีประสิทธิภาพ และล้มเหลวในการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนั้น โดยอาจตั้งคำถาม เช่น ทำไมปราการป้องกันจึงล้มเหลวในการทำหน้าที่ ควรใช้ปราการป้องกันอย่างไรที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้นอีก ชนิดของปราการป้องกันอันตราย ได้แก่6.5.1 ปราการทางกายภาพ เช่น รหัสรูปเส้นตรง (bar code) ติดที่ป้ายชื่อผู้ป่วย/ใบติดบรรจุภัณฑ์เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติ โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อสั่งยา/ส่งผ่าตัด การแยกเก็บกุญแจล็อก 2 ดอก เพื่อป้องกันการเข้าถึงและใช้ยาอันตรายโดยไม่ตั้งใจ

5.1 ปราการตามธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับระหว่าง เวลา หรือ ตำแหน่ง เช่น การใช้บุคลากร 2 คน ในการยืนยันการเตรียมยาและก่อนเวลาที่จะให้ผู้ป่วย ระบบการตรวจนับจำนวนสำลีผ้าก๊อสที่ใช้ในระยะก่อนกับเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด

5.2ปราการที่ใช้การจัดกระทำโดยมนุษย์ เช่น การระบุตัวผู้ป่วย (patient's identification) ก่อนผ่าตัด โดยพยาบาลตรวจสอบกับตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือญาติ

5.3ปราการทางการบริหารจัดการ เช่น การจัดทำมาตรการแบบตรวจสอบ (checklist) ป้ายเตือนอันตราย การขึ้นทะเบียนบุคลากร

6. การพัฒนาและใช้แนวทางการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย (รายละเอียดแสดงในขั้นตอนที่ 6.7)

7. สรุปรายงาน RCA ต้องสรุปให้เร็วที่สุดภายหลังการสอบสวน โดยปฏิบัติ ดังนี้

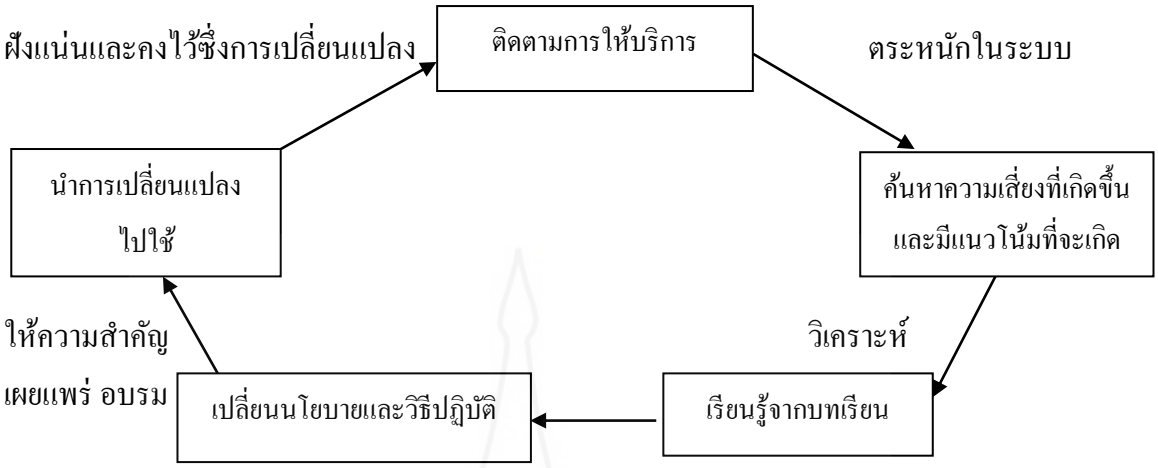
7.1 เขียนให้อ่านเข้าใจได้ง่าย เริ่มจากภาพรวมของการสืบสวน อธิบายลำดับและลักษณะของการสืบสวน ข้อค้นพบและคำแนะนำ

7.2 เขียนหัวข้อและเนื้อหารายงานตามขั้นตอนของ RCA ระบุว่าเป็นเอกสารฉบับร่างหรือฉบับสมบูรณ์ ชื่อเรื่องของเอกสาร เลขหน้า วัน-เดือน-ปีที่จัดทำ อักษรย่อชื่อของผู้สรุป และใช้เอกสารที่สรุปรายงานเพื่อการเรียนรู้ไม่ใช่เพื่อการกล่าวโทษ

7.3ห้ามระบุชื่อ-สกุลของผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ในการเขียนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ แต่ให้ใช้รหัสแทน เช่น "พยาบาล A" หรือ "แพทย์ B"

7.4 คำแนะนำเพื่อการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินการและระยะเวลาที่จะดำเนินการเสร็จสิ้น ตลอดจนรายการเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการในกระบวนการ RCA คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงต้องดำเนินการติดตามผลการแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุกไตรมาส

การดำเนินการตามขั้นตอนของ RCA จึงเป็นวงจรของการเรียนรู้อุบัติการณ์ที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้พัฒนาระบบความปลอดภัยขององค์กรต่อไป



ภาพที่ 2.1 วงจรการเรียนรู้อุบัติการณ์และการพัฒนาระบบความปลอดภัย

ในขั้นนี้เป็นการส่งเสริมการถ่ายโอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติการณ์ ไปสู่การเปลี่ยนแปลงระยะยาวในการปฏิบัติงานบริการที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรและกลายเป็นสิ่งที่บุคลากร พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำในการทำงาน (routine)โดยมีหลักการบริหารที่สำคัญคือ

1. ออกแบบระบบที่ช่วยให้บุคลากรพยาบาลทำสิ่งที่ถูกได้ง่าย

2. ออกแบบโดยนำปราการป้องกันมาทางกายภาพมาใช้ในระบบมากกว่าการใช้ปราการป้องกันแบบอื่นๆ ซึ่งเป็นวิธีที่ต้องพึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขึ้นกับการกระทำของผู้ปฏิบัติงาน

3. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าวิธีที่จะนำมาใช้จัดทำแผนการเปลี่ยนแปลงได้ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิภาพการป้องกัน และทำให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้จริง

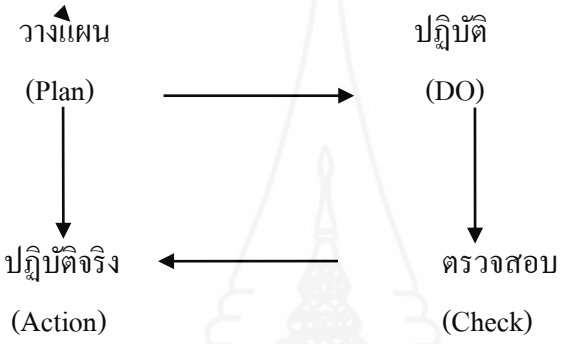
The joint Commission on Accreditation of Health Organization(JCAHO)ได้วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis) ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลผิดพลาดที่พบบ่อย ได้แก่ การจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสม การปฐมนิเทศและการฝึกอบรมไม่เหมาะสม ขาดการประเมินสมรรถนะที่เป็นปัจจุบันและขาดการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมในการยอมรับแบ่งปันความรับผิดชอบและการสื่อสารความเข้าใจระหว่างบุคคลทั้งวิชาชีพเดียวกันและในสหสาขาวิชาชีพ

4. นำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา

แนวทางพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย

แนวคิดการศึกษาครั้งนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดคุณภาพซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) ของเอ็ดเวิร์ด เดมมิง (DrW Edwards Deming) โดยเริ่มต้นเผยแพร่แนวคิดในประเทศญี่ปุ่นในปี คศ. 1950 และแพร่หลายไปทั่วโลกโดยเน้นความเข้าใจในการควบคุมกระบวนการทำงานโดยผ่านวงจรเดมิ่ง วงจรเดมิ่ง (Deming cycle) คือวงจรในการควบคุมคุณภาพ ดังแผนภาพ



ภาพที่ 2.2 วงจรเดมิ่ง PDCA

วงจรเดมิ่ง (Deming Cycle) PDSA or PDCA Cycle ประกอบด้วยขั้นตอนหลักๆ ดังนี้ ชูฮาร์ด วอลเตอร์ แอนดรู (1939อ้างถึงใน สุมิตรา มิ่งมิตร 2554:20-21) ได้อธิบายวงจรเดมิ่งประกอบด้วย

1. P = Plan วางแผน หมายถึงการวางแผนดำเนินงานอย่างรอบคอบครอบคลุม วางแผน หมายถึงการวางแผนดำเนินงานอย่างรอบคอบครอบคลุมถึงการกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง รวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานอาจประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน การวางแผนการจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน ระยะเวลาการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินการและกำหนดงบประมาณทีจะใช้ การเขียนแผนดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของลักษณะ การดำเนินงาน การวางแผน ยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตและช่วยลดความสูญเสียต่างๆที่เกิดขึ้น

2. ปฏิบัติตามแผน D = Do หมายถึง การดำเนินตามแผน อาจประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับ การดำเนินการ การปฏิบัติ เป็นการนำเอาแผนไปปฏิบัติ และลงมือปฏิบัติ

3. ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน C = Check หมายถึงการตรวจสอบ เป็นการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงาน

4. ปรับปรุง A = Act หมายถึง การนำผลการประเมินมาพัฒนาแผน การปรับปรุง เป็นการกำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานใหม่เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในอนาคต วงจร PDCA ที่สมบูรณ์จะเกิดขึ้นเมื่อเรานำผลที่ได้จากขั้นตอนการดำเนินการที่เหมาะสม (A) มาดำเนินการให้เหมาะสมในกระบวนการวางแผนอีกครั้ง (P) และเป็นวงจรอย่างนี้เรื่อยๆไม่มีที่สิ้นสุด จนกระทั่งเราสามารถใช้วงจรนี้กับทุกกิจกรรมที่คล้ายกันได้อย่างเป็นปกติธรรมดาไม่ยุ่งยากอีกต่อไป

วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลง เมื่อหมุนครบรอบ แต่วงล้อ PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อยๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหาในระดับที่สูงขึ้น ซับซ้อนขึ้นและยากขึ้นหรือเป็นการเรียนรู้ที่ไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หัวใจสำคัญของวงจร Deming ไม่ได้ขึ้นอยู่กับPDCA เท่านั้น แต่อยู่ที่คนที่มีคุณภาพและเข้าใจคุณภาพอย่างแท้จริง หรือที่เรียกว่า คุณภาพอยู่ที่ใจ (Quality at Heart)ที่พร้อมจะเปิดใจเรียนรู้ และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลาอย่างมุ่งมั่นและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์และคณะ 2446:80)ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำวงจรเดมิ่งมาพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผน (Plan) มีการรวบรวมข้อมูล จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาสถานการณ์ สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์หาปัญหา สนทนากลุ่มและแนวทางปรับปรุงโดยการมีส่วนร่วม

2. การทดลองปฏิบัติในหน่วยงาน (Do)

3. ตรวจสอบและประเมินผลการใช้ นำมาวิเคราะห์ใหม่ (Check)

4. นำผลการประเมิน ปรับปรุง วางแผนเพื่อปฏิบัติใหม่อีกครั้ง (Act)

4. การศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นแบบการวิจัยที่มุ่งค้นหาวิธีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพัฒนาการปฏิบัติหรือดำเนินงานในบริบทเฉพาะ มีการลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัตินั้นต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดหรือมีส่วนร่วมอย่างสำคัญระหว่างระหว่างนักวิจัยกับผู้ปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าผู้วิจัยได้รวมขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไว้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานต่อไปได้ แม้โครงการวิจัยจะสิ้นสุดลงแล้วแต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะคงอยู่ก่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการในหน่วยงาน (ศิริพร จิรวัฒน์กุล 2552:52)

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(บัญชร แก้วส่อง, 2454:259-262;วิจิตร ศรีสุพรรณ 2545;148)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจแนวทางแก้ไขปัญหาขององค์การ ซึ่งมักมีกระบวนการที่สำคัญคือ การวินิจฉัยเบื้องต้น เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน การสำรวจข้อมูลโดยผู้ปฏิบัติงาน การวางแผนการปฏิบัติงานโดยผู้ปฏิบัติงานและดำเนินการโดยสมาชิกกลุ่มผู้ปฏิบัติ

กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติเพื่อพัฒนาองค์การนั้นเริ่มจากผู้บริหารระดับสูงขององค์กรรับรู้และตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมปัญหาวินิจฉัยองค์การ วางแผนปฏิบัติ ปฏิบัติตามพฤติกรรมใหม่ วงจรเหล่านี้จะหมุนไปอย่างต่อเนื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(ทวีศักดิ์ นพเกสร การวิจัยเชิงคุณภาพ :39) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยประยุกต์ที่ใช้ข้อมูลข้อมูลเชิงคุณภาพมาก แต่มีปรัชญาการวิจัยเฉพาะของตนเองภายใต้กระบวนทัศน์การวิพากษ์ (critical paradigm) โดยใช้การวิภาษวิธี (dialectic method) ซึ่งหมายถึงการอภิปรายถกเถียง (debate) เพื่อแก้ไขหาข้อยุติจากความเห็น 2 ฝ่ายที่แตกต่างกันเพื่อนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่าปรัชญาการวิจัยแบบ PAR มีความมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าไปศึกษามีสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม โดยกลุ่มตัวอย่างที่นักวิจัยเข้าไปศึกษามีส่วนร่วมกับนักวิจัยทุกขั้นตอนอย่างเท่าเทียม มีการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการปฏิบัติในสนามการวิจัยที่ไม่ยึดกับทฤษฎี (praxis) ด้วยความเชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อตัดสินใจ และกระทำอย่างเท่าเทียมทั้งที่มีความแตกต่างกัน นักวิจัยจึงมิใช่มีบทบาทเป็นเพียงผู้วิจัยเท่านั้นหากแต่ยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ (Researcher as Learner) ไปกับกลุ่มตัวอย่างในการปรับปรุงสภาวะที่เห็นพ้องต้องกันให้ดีขึ้น รวมทั้งบทบาทการเป็นผู้กระตุ้น (facilitator) ให้เกิดการสะท้อน (reflection) การปฏิบัติไปสู่การเรียนรู้และปรับปรุงการปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

ขั้นตอนการวิจัยแบบPAR

1. ศึกษาบริบทโจทย์วิจัยและบริบทชุมชนที่เกี่ยวข้องกับบริบทโจทย์วิจัย
2. ค้นหาปัญหาสำคัญในโจทย์วิจัยนั้นและระบุความต้องการที่จำเป็น
3. นำปัญหาที่แท้จริงและความต้องการที่จำเป็นไปร่วมกันสร้างแผนปฏิบัติการ
4. นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติร่วมกัน
5. มีการกำกับติดตาม
6. นำข้อมูลและข้อสังเกตต่างๆ มาสะท้อนร่วมกันเพื่อให้เกิดการวิพากษ์
7. ดำเนินการประเมินผล

วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยที่ใช้กันมากมี 3 วิธี การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์

1. การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม มี 2 ประเภท ดังนี้ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล 2552:130)

1.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับบุคคล ชุมชนที่ศึกษา มีกิจกรรมร่วมกับผู้คนในชุมชนจนเกิดการยอมรับว่านักวิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งในชุมชนนั้นๆ นักวิจัยเฝ้าสังเกตใช้ชีวิตประจำวันและกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือสังคมนั้นๆโดยผู้ถูกสังเกตไม่รู้สึกกว่าตนเองถูกเฝ้าดู จึงมีพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ

1.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) เป็นการเก็บข้อมูลจากการที่วิจัยเข้าไปสังเกตโดยตรง แต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์ใดๆกับเหตุการณ์/กิจกรรมที่สังเกต ผู้วิจัยอาจเข้าไปสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตรู้ตัวว่าจะมีคนเข้าไปสังเกตหรือไม่รู้ตัวว่าถูกสังเกตเลย (ทวีศักดิ์ นพเกสร 2551:73)

2. การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นระเบียบการวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มขนาดเล็ก 6-8 คน อภิปรายโต้ตอบแสดงความคิดเห็น/เล่าเรื่องประสบการณ์ ตามประเด็นที่ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) กำหนดขึ้นมาอย่างเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลหลั่งไหล(Flow) ออกจากการมีปฏิสัมพันธ์ในแนวราบระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเอง และระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้ดำเนินการ (ทวีศักดิ์ นพเกสร การวิจัยเชิงคุณภาพ :129)

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย เตรียมโครงสร้างการสนทนากลุ่ม กำหนดลักษณะคุณสมบัติร่วมของผู้ที่ร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มสนทนา ค้นหาและติดต่อผู้ประสานงานในพื้นที่ คัดเลือกสถานที่ที่ปราศจากการรบกวน เตรียมทีมงาน เตรียมและตรวจสอบวัสดุ อุปกรณ์ ได้แก่เครื่องบันทึกเทป แบตเตอรี่ สมุดบันทึก

2. ขั้นดำเนินการสนทนานักวิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่มโดยเริ่มแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดโดยไม่กังวลถูกผิด การรักษาความลับ การนำใช้ข้อมูล การขออนุญาตบันทึกการสนทนา นักวิจัยจุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางการสนทนา (ศิริพร จิรวัฒน์กุล 2552:139)

3. ขั้นสรุปการสนทนากลุ่ม ภายหลังสิ้นสุดการสนทนากลุ่มทุกครั้ง นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบการบันทึกเทป สรุปบรรยากาศโดยรวม บริบทของกลุ่มและปฏิกิริยากลุ่มลงในบันทึกกลุ่ม ถอดเทปการสนทนาคำต่อคำ บันทึกลงในกระดาษ

3. การสัมภาษณ์ เป็นการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เป็นการสนทนาอย่างมีจุดหมายเพื่อรวบรวมข้อมูล(เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย 2550:42)

ความหมายของการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการโดยการใช้ประเด็น/ แนวคำถามกว้างๆ เพื่อกระตุ้นให้คู่สนทนาเล่าเรื่องราวต่างๆอย่างมีเป้าหมาย (conversation with a purpose ผู้สัมภาษณ์มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ถูกสัมภาษณ์ในลักษณะเป็นคู่สนทนา (conversation partnership – Rubin and Rubin 1995,10) โดยผู้ถูกสัมภาษณ์ใช้ทักษะการสื่อสาร (communication skills) สร้างการสนทนาอย่างมีเป้าหมาย การสัมภาษณ์เชิงลึกจึงแตกต่างจากการสัมภาษณ์เชิงสำรวจ (standardized survey interview) ในการทำวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นการถามเพื่อให้ตอบมากกว่าการสนทนาและผู้ตอบจะให้ข้อมูลไปตามโครงสร้างคำถามที่เตรียมไว้แล้วเท่านั้น ขณะที่การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการใช้คำถามนำไปสู่การสนทนาซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทกำหนดทิศทางการสนทนาร่วมกับผู้สัมภาษณ์เพื่อบรรลุเป้าหมายในการทำความเข้าใจประเด็นคำถามร่วมกัน การสนทนาเช่นนี้ ผู้สัมภาษณ์จะไม่ทำหน้าที่เพียงอ่านคำถามอธิบายความหมายของคำถาม แล้วบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามเท่านั้น แต่ละร่วมสนทนาให้ได้เรื่องราวมากขึ้นไปตามการเล่าเรื่องของผู้ให้ข้อมูลภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลายสบายๆ และเป็นส่วนตัว (ทวีศักดิ์ นพเกสร การวิจัยเชิงคุณภาพ ,118)

5. บริบทโรงพยาบาลเสลภูมิ

โรงพยาบาลเสลภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงระดับทุติยภูมิ ระดับ 2.2 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง ซึ่งขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 450-500 คน ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขั้นที่ 3 จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)วันที่17 กุมภาพันธ์ 2555มีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงดำเนินการผลักดันให้มีการทำงานและกระตุ้นให้มีการดำเนินการโดยมีนโยบายโรงพยาบาลดังนี้

5.1 นโยบายในการบริหารความเสี่ยง

1. ค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานการดำเนินงานในโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทุกส่วนกับทุกหน่วยงาน

2. ควบคุมและป้องกันความเสี่ยงทุกประเภทที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั้งต่อผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ทรัพย์สิน สิ่งของและชื่อเสียงของโรงพยาบาล

3. ทุกหน่วยงานต้องมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยการค้นหาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4. หน่วยงานทุกระดับต้องมีวัฒนธรรมองค์กรด้านความเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการค้นหาและรายงานความเสี่ยง

5. เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ต้องมีระบบการรายงานที่ชัดเจน โดยผู้ประสบเหตุหรือรับทราบเหตุการณ์ต้องรายงานตามลำดับขั้น ซึ่งการรายงานเหตุการณ์เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติโดยไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด แต่จะถือว่ามีความผิดในกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วละเลย ไม่มีการรายงาน

6. เมื่อมีข้อร้องเรียน ไม่ว่าจะเป็นด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร โรงพยาบาลถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญและมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล ต้องมีการรายงาน บันทึกรายงาน และต้องสนองข้อร้องเรียนอย่างเหมาะสมโดยเร็ว

7. มีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร เพื่อตอบสนองและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม

โรงพยาบาลเสลภูมิได้แบ่งโปรแกรมความเสี่ยงเป็น 5 โปรแกรม ได้แก่

1. โปรแกรมความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย ระบบการดูแลผู้ป่วย เอกสารเวชระเบียนรักษาผู้ป่วยประกอบด้วยระบบการดูแลผู้ป่วย เอกสารเวชระเบียน การติดต่อสื่อสาร ความคลาดเคลื่อนทางยา การติดเชื้อ เครื่องมือ อุปกรณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย

2. โปรแกรมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วยอาชีวอนามัย ความปลอดภัย ภาวะเสี่ยงโรคเรื้อรัง

3. โปรแกรมโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ประกอบด้วย อาคารสถานที่ สาธารณูปโภค ชุมชน ความปลอดภัย เครื่องมือ อุปกรณ์ทั่วไป

4. โปรแกรมวิชาชีพ องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล

5. โปรแกรมข้อร้องเรียน/การบริการทั่วไป/การเงิน ประกอบด้วย ข้อร้องเรียน การบริการล่าช้า/ไม่สมัครใจอยู่พฤติกรรมการบริการไม่เหมาะสม การเงิน

5.2 แนวทางการรายงานอุบัติการณ์โรงพยาบาลเสลภูมิ

คณะกรรมการความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้ติดตามการรายงานอุบัติการณ์จากการบันทึกรายงานในใบรายงานอุบัติการณ์ ได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยการรายงานในโปรแกรม Hos-xp ซึ่งเป็นระบบการลงข้อมูลการบริการของโรงพยาบาล มีโปรแกรมการรายงานความเสี่ยง โดยเริ่มดำเนินการ ตุลาคม 2553 การติดตามการรายงานความเสี่ยงหลังรับการรับรองสถานพยาบาลพบว่ามีแนวโน้มลดลง การทบทวนเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำยังน้อย ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลจากใบรายงานอุบัติการณ์กลุ่มการพยาบาล ตุลาคม 2555 –มีนาคม 2556โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ตารางที่ 2.1 การรายงานอุบัติการณ์ของกลุ่มการพยาบาล

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวนรายงานอุบัติการณ์	คิดเป็นร้อยละ
1	หอผู้ป่วยในหญิง	45	24.45
2	หอผู้ป่วยในชาย	46	25.00
3	อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	46	24.45
4	ผู้ป่วยนอก	18	9.78
5	ห้องคลอด	5	2.71
6	ห้องผ่าตัด	11	5.97
7	จ่ายกลาง	9	4.89
8	รวม	184	100

ปัญหาที่พบจากใบรายงานอุบัติการณ์

1. การเขียนรายละเอียดไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถให้ระดับความรุนแรงได้

2. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินจะเขียนใบรายงานสั้นๆไม่ทราบความเป็นมา เช่น ให้ยาผิดผู้ป่วยตกเตียง

3. งานผู้ป่วยในจะบรรยายยาว มักให้ระดับต่ำกว่าเป็นจริง เช่นผู้ป่วยอาการทรุดลงต้องใส่ET-Tubeส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด ให้ระดับความรุนแรงระดับD ซึ่งระดับที่ควรเป็นคือระดับF ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องถึงการส่งรายงาน ซึ่ง คณะกรรมการความเสี่ยงได้กำหนดให้ความเสี่ยงระดับ A,B,C,D ส่งรายงานภายใน 7 วัน ถ้าเป็นระดับE,F,G,H,I ส่งรายงานภายใน 24 ชม.เพื่อนำเข้าทบทวนตามคณะกรรมการรับผิดชอบจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยพบว่าหอผู้ป่วยในชาย

และหญิงมีจำนวนรายงานอุบัติการณ์มาก จำนวนการทบทวนยังน้อยผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัญหาและร่วมหาแนวทางการพัฒนาร่วมกัน จากการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น พบว่าอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในมีดังนี้ ด้านนโยบายไม่ชัดเจน ด้านบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์การบริหารความเสี่ยง และบุคลากรพยาบาลมีน้อยและในด้านวิธีการพบว่าไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน (อภิญญา ทิทำ :2546)

โรงพยาบาลเสลภูมิมีหอผู้ป่วยในชายและผู้ป่วยในหญิง หอผู้ป่วยในทั้ง 2 หอผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานละ 10 คนและ หัวหน้าหอผู้ป่วยในหน่วยละ 1 คน รวมมีพยาบาลวิชาชีพ 22 คน การทำงานแบ่งเป็น 3 เวร จำนวนผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยเฉลี่ย 25-30 คน/วัน หอผู้ป่วยทั้งชายและหญิงมีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล มีหน้าที่ติดตามรายงานอุบัติการณ์ ให้มีการรายงานตามแนวทางที่กำหนดเช่น รายงานความเสี่ยงภายใน 7 วัน เป็นความเสี่ยงระดับ a, b, c, d รายงานความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมง เป็นความเสี่ยงระดับ e, f, g, h และรายงานทันที่ระดับI โดยมีหัวหน้าหน่วยควบคุมกำกับอีกครั้งและติดตามลงผลการทบทวนในหน่วยเมื่อมีการทบทวนแล้ว มีการแบ่งระดับความเสี่ยงด้านสนับสนุนบริการ (Non – Clinic) เป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 0 : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิด ความคลาดเคลื่อน (Near miss)

ระดับ 1: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ไม่มีผลกระทบ/มีผลกระทบเล็กน้อย แต่ไม่เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงและทรัพย์สิน

ระดับ 2 : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น มีผลกระทบ/มีผลกระทบความเสียหายต่อชื่อเสียงและทรัพย์สิน มูลค่าไม่เกิน 50,000 บาท

ระดับ 3 : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น มีผลกระทบ/มีผลกระทบความเสียหายต่อชื่อเสียง อาจนำไปสู่การร้องเรียน/แจ้งความ/ฟ้องร้อง มูลค่ามากกว่า 50,000 บาท

ความเสี่ยงทางคลินิก มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ ระดับความรุนแรง 9 ระดับ ดังนี้ ไม่มีความคลาดเคลื่อน (No Error)

ระดับ A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน (Near miss) มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย (Error, No Harm)

ระดับ B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจาก

ความคลาดเคลื่อนไม่ถึงตัวผู้ป่วย

ระดับ C : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ความคลาดเคลื่อนจะไปถึงตัวผู้ป่วยแล้ว

ระดับ D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย (Error, Harm)

ระดับ E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือ แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ระดับ G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

ระดับ H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงชีวิต มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายจนเสียชีวิต (Error , Death)

ระดับ I : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกรียงศักดิ์ ลางคุลานนท์ (2552) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ปัจจัยค้ำจุนด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านแผนกที่ปฏิบัติงาน (กลุ่มภารกิจปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา (ปริญญาตรี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 กล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้ร้อยละ60.40

กันยารัตน์ ม้าวิไล (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า 1) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ องค์ประกอบด้านพฤติกรรมและองค์ประกอบด้านอารมณ์ตามลำดับ 2)ทักษะเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมมีค่าอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาตามประเภทการติดต่อสื่อสารพบว่าการติดต่อสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการติดต่อแบบไม่ใช้ถ้อยคำ

3) วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและการได้รับการอบรมไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 4) เจตคติทุกด้านต่อการบริหารความเสี่ยงมีสัมพันธ์ปานกลางกับพฤติกรรมความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .005 5)ทักษะการสื่อสารมีสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 เมื่อพิจารณาตามประเภทการติดต่อสื่อสารพบว่าทักษะการติดต่อสื่อสารทั้งแบบใช้ถ้อยคำและแบบไม่ใช้ถ้อยคำมีสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง

ประมวล ไชยคง (2554) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานใน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น พบว่าผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่นในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.55) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน รายได้ ประสบการณ์ฝึกอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงและแผนกที่ปฏิบัติงาน (กลุ่มการพยาบาล)มีความสัมพันธ์ต่ำกับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 206,p-value= 0.012 ,r = 0.215 p-value=0.009 และr=0.246,p-value0.003 ตามลำดับ) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.693,p-value=<0.001)ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ได้แก่แรงจูงใจด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติ ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านการปกครองบังคับบัญชาและด้านความสำเร็จในการทำงานมีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง6ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 61.0

อนงค์ จันทร์หอม (2554) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบปัญหาเกี่ยวกับงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ประกอบด้วย 1)การรายงานอุบัติการณ์ลดลง 2) การประเมินความเสี่ยงไม่ถูกต้อง 3) แนวทางป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม 4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่เพียงพอ 5)การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 6) การสื่อสารไม่เพียงพอและ 7) การติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขโดย 1) การพัฒนากลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคลากรพยายามเขียนรายงานอุบัติการณ์ 2) การจัดแนวทางความเสี่ยงให้ครอบคลุม 3) การให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับความ

รุนแรงของความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพ4) การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 5) การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงานและ 6) ให้บุคลากรพยาบาลติดตามประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ

เอื้อมพร ชมภูมิ (2551) การศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า 1)ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ (1) ความรู้ความเข้าใจ (2) ความตระหนักและทัศนคติต่อกาปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง (3) การสื่อสารในทีมผ่าตัด (4) บทบาทของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (5) การทบทวนการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันความเสี่ยง 2) รูปแบบการบริหารความเสี่ยงห้องผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ประกอบด้วย (1) การทำงานแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบคณะกรรมการความเสี่ยง (2) การกำหนดวัตถุประสงค์ (3) การกำหนดแนวการสื่อสารทีมผ่าตัด (4) การให้ความรู้และกระตุ้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ ทัศนคติ และตระหนักในเรื่องการบริหารความเสี่ยง (5) แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกกันความเสี่ยงที่สำคัญในขณะให้การพยาบาลผ่าตัดคือผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดประเภท การลืมสิ่งตกค้าง 3) การประเมินผลหลังการใช้รูปแบบพบว่าผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดประเภทและการลืมสิ่งของตกค้าง พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและผู้เกี่ยวข้องกับงานผ่าตัดส่วนใหญ่มีความ พึงพอใจต่อรูปแบบ

ภัทรวรรณ ชัยสวัสดิ์ (2553) การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน โรพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 1) การกำหนดบทบาท และหน้าที่รับผิดชอบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน 2)การกำหนดแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วย 3)การกำหนดมาตรการจัดการเมื่อมีอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง สามารถจัดการความเสี่ยงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาการำเนินงานบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมอง ร่วมกันกำหนดแนวทางจัดการกับภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยใน สามารถพัฒนาความรู้ และการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยควรวางแผนในการนิเทศ ติดตามให้มีหารปฏิบัติที่ได้วางไว้ เพื่อให้เกิดผลดีในแต่ละกระบวนการของการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน

อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล (2553) การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ประกอบด้วย การรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า การสื่อสารไม่พอเพียง การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยการกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานของการบริการความเสี่ยง ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ซึ่งผู้บริการของโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยแห่งนี้

กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์และประจักร บัวผัน (2554) ศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธิ์ พบว่าการมีส่วนร่วมของยุคลกรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธ์ อยู่ระดับมากและปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรได้แก่ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานภาพของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การด้านการใช้เวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพ การสนับสนุนจากองค์การด้านบริหาร คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านตำแหน่งและปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพยากรณ์ได้ร้อยละ 66.4

พัฑฒิดา สุภีสุทธิ์ (2550) การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัด ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพอธิบายประสบการณ์ในการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยงใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพรับทราบนโยบายในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรพยาบาลจากการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และการประชุมในระดับหน่วยงาน

2. องค์กรพยาบาลนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาลและนำกระบวนการบริหรความเสี่ยงมาใช้ในการปฏิบัติงานตามแนวทางที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด

3. พยาบาลวิชาชีพรู้ถึงปัญหา และอุปสรรคของการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง 2 ด้านคือ 1) ด้านกระบวน พบปัญหาในเรื่องของการไม่เขียนรายงสนอุบัติการณ์ และการไม่ได้รับ

การตอบสนองจากการรายงานอุบัติการณ์ 2) ด้านบุคลากร พบปัญหาในเรื่องการขาดความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง การไม่ให้ความร่วมมือ และความรู้สึกขาดขวัญ และกำลังใจ

4. พยาบาลวิชาชีพให้ขอเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขกระบวนการบริหารความเสี่ยงไว้ 4 ประการคือ 1) อบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน และทุกระดับ 2) มีการแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ 3) มีการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์ ทุกเรื่องทันที และแจ้งความก้าวหน้าในการดำเนิน 4)มีการส่งเสริม และให้กำลังใจโดยผู้บริหารโดยการรับฟังและเข้าใจบุคลากรเมื่อเกิดปัญหาผู้วิจัยเสนอแนะ ให้คณะกรรมการบริหารกลุ่มสี่ยงเลือกรูปแบบการจัดอบรม หรือความรู้ที่เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม ปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติให้มีความชัดเจน และ ง่ายต่อการปฏิบัติทั้งในเรื่องของการวิเคราะห์ความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ และการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์ สำหรับผู้บริหารทุกระดับควรมีบทบาทที่ชัดเจนในการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนด และสร้างขวัญกำลังใจของบุคลากร ด้วยการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยพบว่าหอผู้ป่วยใน ชายและหญิงมีจำนวนรายงานอุบัติการณ์มาก จำนวนการทบทวนยังน้อยผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัญหาและร่วมหาแนวทางการพัฒนาร่วมกัน จากการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น พบว่าอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในมีดังนี้ ด้านนโยบายไม่ชัดเจน ด้านบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์การบริหารความเสี่ยง และบุคลากรพยาบาลมีน้อยและในด้านวิธีการพบว่าไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน (อภิญญา ทิทำ : 2546)

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นการวิจัยแบบปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการส่วนร่วมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ชายและหญิง จำนวน 22 คน

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ การบริหารจัดการการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการบริหารความเสี่ยง ณ หอผู้ป่วยใน ชาย และหญิง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ทักษะที่ใช้ในการวิจัยและรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาระบบการจัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเสลภูมิ โดยดำเนินการดังนี้

1.1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1.2 ทบทวนรายงานอุบัติการณ์ ในระบบ Hos- xp ในส่วนที่ฝ่ายการพยาบาลรับผิดชอบ

1.1.3 ประเมินความครบถ้วน และถูกต้องของการบันทึก ซึ่งรวมถึงการนำรายงานอุบัติการณ์ไปทบทวน รวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และจัดลำดับหน่วยงานที่ต้องแก้ไขตามลำดับ

1.2 สัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการบริหารความเสี่ยง ซึ่งรวมทั้งการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ และการทบทวนในหน่วยงาน หอผู้ป่วยใน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 คน ตามแนวคำถามหลักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ภาคผนวก) นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ และสรุปเป็นสถานการณ์ของระบบบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน

1.3 นำข้อสรุปที่ได้มาทบทวนในการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยใน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจากหอผู้ป่วยในชายและหญิง จำนวนเท่า ๆ กัน โดยมีการบันทึกเสียงและถอดเทปแบบคำต่อคำ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา

1.4 ในการสรุปข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวม วิเคราะห์ และสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนวรรณกรรม ได้ข้อสรุปของการปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงใน 5 ประเด็นหลัก เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในประเด็นในการดำเนินการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ต่อไป

การพิทักษ์สิทธ์ผู้ร่วมวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนดังนี้

1. โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2. การดำเนินการวิจัยเกิดขึ้นเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เกิดขึ้นเป็นไปตามความสมัครใจทั้งสิ้น โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะได้รับทราบสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

4. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจะแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และการการเก็บรวบรวมข้อมูล และการบันทึกเสียงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้ให้ข้อมูล หลัก/ผู้เข้าร่วมให้คำยินยอมเท่านั้น

5. การนำเสนอข้อมูล ไม่มีการระบุนามผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยนำข้อมูลสรุปประเด็นที่ได้จากระยะที่ 1 มาจัดทำข้อสรุปประเด็นในการปรับปรุงและนำ (ร่าง) ประเด็นการปรับปรุงมาใช้ในการ การสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยใน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจากหอผู้ป่วยในชายและหญิง จำนวนเท่า ๆ กัน โดยมีการบันทึกเสียงและถอดเทปแบบคำต่อคำ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปประเด็นในการปรับปรุงร่วมกัน ดังนี้

1. จัดสรรโปรแกรม (software) ในเครื่องคอมพิวเตอร์ประจำหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง ที่ใช้ในการบันทึกรายงานในระบบ Hos-xp ให้มีจำนวนเพียงพอ

2. กำหนดรูปแบบและวิธีการมอบหมายผู้บันทึกรายงานอุบัติการณ์ในระบบ Hos-xp

3. การเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้บันทึกรายงานเกี่ยวกับวิธีการจำแนกระดับความเสี่ยง

4. การสร้างแนวทางปฏิบัติการลงรายงานอุบัติการณ์ให้ครบถ้วน ถูกต้อง

5. การสร้างแนวทางปฏิบัติในการทบทวนรายงานอุบัติการณ์สำหรับหอผู้ป่วยใน

ระยะที่ 3 การปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 ผู้วิจัยได้นำข้อสรุปประเด็นการปรับปรุงทั้ง 5 ประเด็นมาดำเนินการในหอผู้ป่วยในระหว่างมกราคม - กุมภาพันธ์ 2557 หลังจากนั้นนำผลการดำเนินการในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาล พบว่า ใน 5 ประเด็นมีผลการปรับปรุงเป็นที่น่าพอใจ ยกเว้นในประเด็นที่ 5 การสร้างแนวทางปฏิบัติในการทบทวนรายงานอุบัติการณ์สำหรับหอผู้ป่วยในที่ยังพบว่ามีปัญหาความครบถ้วนในเรื่องระยะเวลา และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

3.2 ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าในการปรับปรุงการบริหารความเสี่ยง โดยการทบทวนรายละเอียดของการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ในระหว่าง มีนาคม - เมษายน 2557 และจัดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาล เพื่อรายงานย้อนกลับ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล มีการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ดังนี้

3.3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ

3.3.2 ข้อมูลคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด การดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1) วิเคราะห์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ ระยะที่ 2) พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ และระยะที่ 3) นำรูปแบบการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ โดยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การลงรายงานความเสี่ยงและการทบทวนการรายงานความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ

ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์โดยทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์กระบวนการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่การลงรายงานความเสี่ยง การทบทวนความเสี่ยง โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การลงรายงานความเสี่ยงพบว่า

1.1 การลงรายงานความเสี่ยงเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ลงในระบบรายงานความเสี่ยงในคอมพิวเตอร์ ระบบ Hos-xp ของโรงพยาบาล การลงรายงานบริหารความเสี่ยงโดยผู้พบเหตุการณ์จากข้อมูลผู้ให้ข้อมูลบางส่วนการลงข้อมูลทันทีที่พบเหตุการณ์ บางส่วนให้ข้อมูลว่าลงภายหลังและบางครั้งก็ไม่ได้ลง ทำให้การรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นยังน้อย การไม่มีการมอบหมายหน้าที่ชัดเจน หัวหน้าตึกเป็นผู้การตรวจสอบการลงรายงานโดยการสอบถามในแต่ละเวร

1.2 การลงข้อมูลการรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลกำหนดให้ลงในคอมพิวเตอร์โปรแกรม Hos-xp มีปัญหาพบว่าเครื่องคอมพิวเตอร์ บางเครื่องไม่สามารถลงข้อมูลได้ ทำให้ผู้พบเหตุการณ์ไม่สามารถลงทันที จะนำมาลงภายหลังทำให้บางครั้งลืมลงรายงาน

1.3 การลงรายละเอียดการลงรายงานความเสี่ยง ไม่มีรูปแบบการลงที่ชัดเจน ส่งผลถึงการนำไปทบทวน หากไม่ทราบรายละเอียดที่ชัดเจนการทบทวนก็ไม่สามารถทำได้

1.4 การจำแนกระดับความเสี่ยง การให้ระดับความเสี่ยงยังไม่ถูกต้อง

จากข้อมูลการลงรายงานความเสี่ยงทางคลินิกที่ลงโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาความสมบูรณ์ของการรายงานความเสี่ยง โดยการลงรายละเอียดต้องลงข้อมูล ให้ครอบคลุม เรื่องที่เกิดเหตุ เรื่องอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพื่อสามารถนำไปทบทวนได้

การลงรายงานความเสี่ยงการเขียนรายละเอียดเพื่อนำไปทบทวนป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ทำให้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุงการลงรายละเอียด สามารถนำไปทบทวนได้ผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลและสนทนากลุ่มคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิงตั่งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. อุปสรรคในการบันทึกข้อมูลในระบบ

1.1 การบันทึกในระบบ Hos-xp ต้องอาศัยเครื่องคอมพิวเตอร์ในหน่วยงานที่มีโปรแกรมการบันทึก แต่พบว่า เครื่องคอมพิวเตอร์บางเครื่องในหน่วยงานไม่มีโปรแกรมบันทึก หรือบางหน่วยงานไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมในการบันทึกเลย

“ถ้าเป็นเครื่องคอมใหม่จะลงไม่ได้ ต้องลงเครื่องเก่าถึงจะลงได้.. ยิ่งลงยากก็ลืมไปเลย”

พยาบาลคนที่ 1

“จ่ายกลางไม่มีโปรแกรมลงข้อมูล เลยไม่ทราบว่าข้อมูลงอย่างไร”

พยาบาลคนที่ 2

“การลงข้อมูลที่บอก computer ไม่สามารถลงได้ทันที บางทีก็ลืม”

พยาบาลคนที่ 3

“คอมพิวเตอร์ไม่เสถียร Hos- xp มีปัญหาก็ล่มไปเลย”

พยาบาลคนที่ 4

“เครื่องคอมไม่มีโปรแกรมให้ลง หาที่ลงไม่เจอ”

พยาบาลคนที่ 5

1.2 ผู้บันทึกไม่เข้าใจระบบการจำแนกความเสี่ยง

"ปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือความเสี่ยงเรื่องยา ยังสับสน เพราะห้องยาจะเก็บข้อมูลเอง ระดับ A,B,C ทำให้งง่ะ ร่วมทั้งการจำแนกความเสี่ยงไม่ทราบว่าถูกหรือไม่"

พยาบาลคนที่ 1

"การจำแนกระดับบางส่วนยังจำไม่ได้.. หากมีแนวทางไว้ให้ดูจะลงระดับได้"

พยาบาลคนที่ 2

"บางที.. เจ้าหน้าที่ก็ไม่ทราบว่าเป็นความเสี่ยงค่ะ"

พยาบาลคนที่ 3

2. ขาดระบบการลงบันทึก การมอบหมายผู้บันทึก และการตรวจสอบว่ามีการลงบันทึกหรือไม่

"การลงข้อมูล ก็คงใช่ค่ะ เพราะบางทีบอกน้อง ๆ ให้ลงข้อมูลความเสี่ยงไม่ทราบว่าน้องลงหรือยัง เราก็ลืมก็มี"

พยาบาลคนที่ 1

"ที่ตึกบางครั้งเห็นว่าเป็นเรื่องเล็ก ๆ แล้วไม่ลงเรื่องความเสี่ยงที่ไม่ลงจึงไม่ทราบว่าเท่าไร"

พยาบาลคนที่ 2

"ไม่ชัดเจนในเรื่องใครเป็นคนลงรายงาน"

พยาบาลคนที่ 3

"ความเข้าใจในแบบฟอร์มรายงาน คนที่เจอต้องลง จุดที่เกิดต้องลง ที่ผ่านมาบางเหตุการณ์ไม่แน่ชัดว่าใครจะลง ฉันจะลง หรือ จุดไหนจะลง"

พยาบาลคนที่ 4

"ปัญหาของหน่วยคือ การลงข้อมูล ซึ่งไม่ทราบว่าน้องลงหรือไม่ ไม่ทราบว่าเพราะหัวหน้างานได้บอกให้ลง แต่ไม่ได้ตามดูว่าลงจริงหรือไม่"

พยาบาลคนที่ 5

"ยังมีการลงไม่เหมือนกันทุกคน ยังไม่ลงก็มี ทำให้ความเสี่ยงไม่ครบ"

พยาบาลคนที่ 6

"ไม่มีเวลาลง ทำงานเป็น Total case ระยะเวลาหมดไป ขี้เกียจลงแล้วลืม"

พยาบาลคนที่ 7

“computer ไม่สามารถลงได้ทันที บางทีก็ลืม”

พยาบาลคนที่ 8

3. ขาดแนวปฏิบัติในการทบทวนความเสี่ยงที่เข้าใจตรงกัน

3.1 ขาดความเข้าใจร่วมกันเรื่องการต้องพิมพ์รายงานทางกระดาษแล้วนำมาพิจารณาทบทวนร่วมกันในหน่วยงาน

“ปัญหาต่อคือการทบทวน ถ้ากรรมการ Print รายงานช้า จะทำให้การทบทวนช้า”

พยาบาลคนที่ 1

“หนูไม่ทราบจุดต้อง Print เอง”

พยาบาลคนที่ 2

“บางทีน้อง ๆ ก็ทบทวนกันเอง แล้วลงข้อมูลทบทวนการไปเลย หัวหน้าไม่ทราบก็มี”

พยาบาลคนที่ 3

“แนวปฏิบัติยังไม่เหมือนกัน ตึกผู้ป่วยในหญิงรอทีมความเสี่ยงลงใบรายงานมายังหน่วย และมีส่วนหนึ่งที่น้องทบทวนกับเองแล้วน้องที่รับผิดชอบความเสี่ยงลงข้อมูลเลย ทำให้หัวหน้าไม่ทราบจุดนั้น แต่ผู้ป่วยในชายได้มีการ print ใบรายงานอุบัติการณ์มารวมไว้แล้วนำมาทบทวนร่วมกัน”

พยาบาลคนที่ 4

“บางส่วนอาจทบทวนแล้ว แต่ยังไม่ลงข้อมูล จึงไม่ทราบว่ามีการทบทวนหรือไม่”

พยาบาลคนที่ 5

3.2 ขาดตัวกลางในการร่วมกันทบทวนความเสี่ยงและแนวปฏิบัติกรณีที่เกี่ยวข้องกันหลายหน่วยงาน

“มีเรื่องในตึกเราจะ print มาทบทวน แต่ถ้าเรื่องไปจุดอื่น เช่น ER ซึ่งเราเขียนไว้ว่าเป็นอย่างนี้ เช่น เมื่อเร็ว ๆ นี้นี่การลง lab เจาะปอด ห้อง ER เป็นคนเขียน แต่ห้อง lab ไม่ทราบว่ามาจากจุดไหน จึงฉีกใบทิ้ง พอตึกถามก็บอกไม่ทราบ ทำให้เหตุการณ์นี้ไม่ทราบว่าจุดไหน จะเขียนใบรายงาน หรือถ้าให้ตึกเขียน ลงรายงานแล้ว การทบทวนไม่ทราบว่ามีการทบทวนหรือไม่”

พยาบาลคนที่ 1

“การทบทวนน่าจะมีผู้เกี่ยวข้องร่วมด้วย” “เชิญทุกครั้งแต่ก็ไม่มา”

พยาบาลคนที่ 2

“บางทีได้รับการแก้ไขในหน่วยแล้วแต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ทราบ ไม่ได้ระบุหน่วย จึงไม่ได้รับการแก้ไขร่วมกัน”

พยาบาลคนที่ 3

“การทบทวนบางอย่างเรามีแนวทางไว้แล้ว ไม่ต้องรอทบทวนร่วมกันหรือบางทีที่เกี่ยวข้องกับงานอื่นเช่น ห้องชันสูตรก็โทรคุยกัน แล้วก็ลงทบทวนได้ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยก็ต้องรอทบทวนร่วมกัน บางทีก็ไม่ไดรับการแก้ไข”

พยาบาลคนที่ 4

“ถ้ากรรมการPrint ช้า จะทำให้การทบทวนช้า”

พยาบาลคนที่ 5

“การทบทวนควรมีคณะกรรมการกลางในการทบทวน เช่นให้มีผู้จัดแล้วเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นแต่ละเดือน เพื่อหน่วยงานอื่นจะได้รับทราบร่วมกัน”

พยาบาลคนที่ 6

4. ความเสี่ยงสูง ยิ่งมีขั้นตอนมาก การดำเนินการยิ่งล่าช้า

“ถ้าระดับ a,b,c เราจะคุยกันได้ แต่ในระดับที่สูงขึ้น ต้องรอเข้าคณะกรรมการจึงช้าค่ะ ถ้ารอข้อมูลก็ช้า บางทีหน่วยงานที่วงเล็บไว้เราก็มองไม่เป็น”

พยาบาลคนที่ 1

“เราจะรู้เฉพาะหน่วยงานของเรา แต่ถ้าเกิดหน่วยงานอื่นเผื่อมาเกิด ที่จุดเรา เราจะทำอย่างไร ต้องมีแนวทางแก้ไขระดับโรงพยาบาล บางเรื่องก็สามารถเกิดกับเราได้ เหมือน PCT ต้องมีการเชื่อมโยงกัน ถ้าระดับสำคัญต้องแจ้ง PCT แต่ RM ไม่เคยเห็นประชุมเลย ประชุมแต่คณะกรรมการ เราจึงไม่ทราบว่าเกิดอะไร อย่างไร ไม่สามารถค้นหนังสือได้ย้อนหลังเหมือน PCT หมายถึงต้องสื่อให้ทราบทุกหน่วยงาน”

พยาบาลคนที่2

6. รายละเอียดการลงรายงานความเสี่ยง ยังไม่มีแนวทางการลงรายละเอียดที่ชัดเจน ทำให้มีปัญหาการทบทวน

“การลงรายงานมีโปรแกรมให้เลือก รายละเอียดหนูไม่ทราบว่าลงได้มากน้อยแค่ไหน”

พยาบาลคนที่ 1

“การลงข้อมูล ยังมีการลงไม่เหมือนกัน”

พยาบาลคนที่ 2

“การลงรายงานแล้วแต่อคติแต่ละคน บางครั้งก็อยากลง บางครั้งก็ลงเกินความจริง บางครั้งก็อยากสะท้อนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ”

พยาบาลคนที่ 3

“ตอนนี้ที่ลงจะมีส่วนข้อมูลเบื้องต้น ยังสับสนในเรื่องหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยที่เจอ คือไม่ทราบว่าจะลงหน่วยงานไหนเกี่ยวข้องอย่างไร”

พยาบาลคนที่ 4

“บางครั้งหน่วยงานอื่นที่ส่งมาให้เรา บางครั้งก็อ่านไม่เข้าใจ”

พยาบาลคนที่ 5

“การไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้เราไม่รู้จะลงอะไร บางทีอ่านที่เขียนมาก็ไม่เข้าใจ”

พยาบาลคนที่6

“ถ้าเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปจะดี คือมีชื่อ HN เวลา เหตุการณ์ที่สำคัญจริงๆ ผลกระทบอย่างไร วิธีการแก้ไขหรือเสนอแนวทางอะไร”

พยาบาลคนที่7

ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยได้นำมาพัฒนาบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในชาย-หญิง

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง มกราคม -เมษายน 2557 ดังนี้

สรุปการดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในจำนวน 6 คนและการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง พบปัญหา-อุปสรรคในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ได้นำเข้าการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2556และวันที่ 14 มกราคม 2557 ได้แนวทางปรับปรุงการแก้ไขปัญหา ดังนี้

2.1 อุปสรรคในการบันทึกข้อมูลในระบบ

2.1.1 เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่สามารถลงข้อมูลได้ทุกเครื่อง

แนวทางปรับปรุง ประสานงาน IT ในการลงโปรแกรมทุกเครื่อง ทำให้เครื่องคอมทุกเครื่องสามารถลงรายงานอุบัติการณ์ได้ครบ

2.1.2 ผู้บันทึกไม่เข้าใจระบบการจำแนกความเสี่ยง

แนวทางปรับปรุง มีแผนการนิเทศติดตามงาน และ การทำ แลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.2 ขาดระบบการลงบันทึก การมอบหมายผู้บันทึกและการตรวจสอบว่ามีการบันทึกหรือไม่แนวทางปรับปรุง

ประสานกับหัวหน้างานหอผู้ป่วยในหญิงและหอผู้ป่วยชายในการดำเนินการแก้ไข เนื่องจากปัจจุบันผู้พบเหตุการณ์จะเป็นผู้ลงรายงาน แต่บางครั้งก็ลืม ไม่ได้ตรวจสอบว่ามีการลงรายงานความเสี่ยงหรือไม่

2.3 ขาดแนวทางปฏิบัติในการทบทวนความเสี่ยงที่เข้าใจกัน

แนวทางปรับปรุง ได้ปรับการทบทวนระดับ A-Cและความเสี่ยงด้านสนับสนุนทุกระดับ มีคณะกรรมการความเสี่ยงส่งข้อมูลให้หน่วยที่เกี่ยวข้องไปทบทวนประเมินผลการทบทวนหลังการดำเนินการ มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557 จากเดิมการทบทวนภาพรวมทั้งโรงพยาบาลมีการทบทวน30% เพิ่ม เป็น 70

2.4 ความเสี่ยงสูง ยิ่งมีขั้นตอนมาก การดำเนินการล่าช้า

แนวทางปรับปรุง ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ D-E (ระดับD เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/รพ.ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย /ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/รพ.และระดับEเป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียเป็นการชั่วคราวหรือต้องมีการรักษาแก้ไข หรืออาจเกิดการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล)คณะกรรมการความเสี่ยงมีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันทุก 1 เดือน ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ F,G,H,I (เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/รพ. เป็นการชั่วคราว ต้องรับไว้นอนโรงพยาบาล หรือสูญเสียอวัยวะ / เกือบเสียชีวิต/เสียชีวิต)ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น PCT ในการทบทวนให้เป็นตามมาตรฐานการทบทวน

2.5 รายละเอียดการลงรายงานความเสี่ยง ยังไม่มีแนวทางชัดเจน

แนวทางปรับปรุง ได้จัดทำแนวทางการรายงานความเสี่ยง

แนวทางการลงรายละเอียดรายงานความเสี่ยง โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.1 รายละเอียดรายงานความเสี่ยง โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

หัวเรื่อง	รายละเอียดการลงรายงาน
1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- ให้ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใส่วงเล็บไว้ด้านหน้าของชื่อเรื่องความเสี่ยงนั้นๆ เช่น เรื่อง(OPD) การสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคอมพิวเตอร์ไม่ถูกต้อง หมายถึง หน่วยงานที่ต้องทบทวนคือ OPD - หากพบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานให้ลงทุกหน่วยเช่น ER และ LABให้บันทึกเป็น (ER+LAB) - หากพบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการระดับกลาง ให้ระบุในช่องโปรแกรมความเสี่ยง ซึ่งจะมีให้เลือก 5 โปรแกรม ประกอบด้วยPCT,IC,ENV,วิชาชีพ,ข้อร้องเรียนการบริการ/การเงิน
2. หน่วยงานที่รายงาน	- ให้ระบุหน่วยงานที่เขียนรายงานความเสี่ยงทุกครั้ง เพื่อนำไปวิเคราะห์รายงานความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล
3.วันที่ เวลา ที่เกิดเหตุการณ์	- ระบุวัน เดือน ปี เวลา ที่เกิดเหตุการณ์ หากยังไม่สามารถลงทันทีที่ทีเกิดเหตุ เนื่องจากระบบโปรแกรมจะบันทึกวันเดือนขณะที่ลงข้อมูล
4. รายละเอียดของเหตุการณ์	บรรยายเหตุการณ์ที่เกิดตามลำดับคร่าวๆ ที่สามารถนำไปทบทวนได้
5. ผลกระทบ	-ผลกระทบต่อผู้รับบริการอย่างไร -ผลต่อวิชาชีพหรือผลเสียต่อระบบอย่างไร
6. การแก้ไขเบื้องต้น	-ได้ดำเนินการแก้ไขอย่างไร -ผลการดำเนินการแก้ไขเป็นอย่างไร

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

หัวเรื่อง	รายละเอียดการลงรายงาน
7.การจำแนกระดับความเสี่ยง	-จำแนกระดับความเสี่ยงทางคลินิก 9 ระดับจาก A-I -ถ้าเป็นทางสนับสนุนบริการให้จำแนกตามประมาณค่า 4ระดับ จาก ระดับ 1.ไม่มีความรุนแรง 2.รุนแรงน้อย 3.รุนแรงปานกลาง 4.รุนแรงมาก ใส่วงเล็บด้านรายละเอียดเหตุการณ์ เนื่องจากในโปรแกรมไม่มีช่องบันทึก

การประเมินผลการนำใช้แบบรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกครั้งที่ 1 หลังการนำใช้ที่หอผู้ป่วยในทั้งชายและหอผู้ป่วยในหญิง มกราคม – กุมภาพันธ์ 2557 ผลดังนี้

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของการลงรายงานอุบัติการณ์ หลังการปรับปรุงครั้งที่ 1

		จำนวนเรื่องที่ระบุในรายงาน							
หอผู้ป่วย	จำนวนทั้งหมด	หน่วยงานที่รายงาน		หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		เวลาที่เกิด		การอธิบายเหตุการณ์	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	10	10	100%	10	100%	7	70	10	100.0%
ชาย	6	6	100%	6	100%	4	66.66	6	100.0%

จากตารางพบว่า การลงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกพบว่า มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ ในเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2557 หอผู้ป่วยในหญิงมีการรายงานอุบัติการณ์จำนวน 10 เรื่อง ลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ100 ลงเวลาที่เกิดเหตุ ร้อยละ 70 อธิบายเหตุการณ์ร้อยละ 100 หอผู้ป่วยในชาย มีการรายงานอุบัติการณ์จำนวน 6 เรื่อง ลงชื่อหน่วยงานที่รายงานร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ 100 ลงเวลาที่เกิดเหตุ ร้อยละ 66.66 อธิบายเหตุการณ์ร้อยละ 100 ได้นำผลการศึกษามาวิเคราะห์พบว่า ยังต้องปรับปรุงเรื่องการระบุเวลาที่เกิด เพื่อการทบทวนหารากเหง้าของปัญหาที่แท้จริง

แนวทางพัฒนาในการดำเนินการครั้งที่ 1

1. นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุงแนวทางการลงรายละเอียดที่ชัดเจน

2. ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อชี้แจงเป็นแนวการปฏิบัติทั้งโรงพยาบาลนำมาดำเนินการ การลงรายงานอุบัติการณ์ครั้ง 2 ในเดือน มีนาคม-เมษายน 2557

ตารางที่ 4.2 ร้อยละการลงรายละเอียดรายงานอุบัติการณ์ หลังการปรับปรุง ครั้งที่ 2

		จำนวนเรื่องที่ระบุในรายงาน							
		หน่วยงานที่รายงาน		หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		เวลาที่เกิด		การอธิบายเหตุการณ์	
หอผู้ป่วย	จำนวนทั้งหมด	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	5	5	100	5	100	4	80	5	100
ชาย	6	6	100	6	100	4	66.66	6	100

จากตารางที่ 4.2 การปรับปรุงครั้งที่ 2 พบว่า การลงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ พบว่า มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ ในเดือนมีนาคม-เมษายน 2557 หอผู้ป่วยในหญิงมีการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 5 เรื่อง ลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100 ลงเวลาที่เกิดเหตุ ร้อยละ 80 อธิบายเหตุการณ์ร้อยละ 100 หอผู้ป่วยในชายมีการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 6 เรื่อง ลงหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100 ลงเวลาที่เกิดเหตุ ร้อยละ 66.66 อธิบายเหตุการณ์ร้อยละ 100

สรุปผลการวิจัยทั้ง 2 ครั้ง พบว่า

การลงรายละเอียดรายงานอุบัติการณ์ แนวทางการลงรายละเอียดมีการจัดทำแนวทางการลงและนำใช้ในหอผู้ป่วยชายและหญิงเริ่มดำเนินการใช้ มกราคม – เมษายน 2557 พบว่าทั้งหอผู้ป่วยในชายและหญิง มีการลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100 อธิบายเหตุการณ์ที่เกิด ร้อยละ 100 ส่วนการลงเวลาที่เกิด หอผู้ป่วยในหญิง ครั้งที่ 1 ร้อยละ 70 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 80 หอผู้ป่วยในชาย การลงเวลาร้อยละ 66.66 ทั้งสองครั้ง

บทที่ 5
สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพัฒนาการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานหอผู้ป่วยใน เพื่อพัฒนาการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วนในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งได้ดำเนินการศึกษา เมษายน 2556 – เมษายน 2557

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน เมษายน 2556 – เมษายน 2557 การดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1.1.1 ศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน ประเมินผลการลงรายงานความเสี่ยง และการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในชายและหญิง

1.1.2 พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยในเพื่อปรับปรุงการบริหารความเสี่ยง และการลงบันทึกรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยใน

1.1.3 นำรูปแบบการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง การลงรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนรายงานอุบัติการณ์ นำผลประเมินการทบทวน การลงรายงานอุบัติการณ์เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำมาใช้ได้ และสนทนากลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อหาข้อปัญหาและร่วมกันพัฒนางานสามารถได้รูปแบบการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ กลุ่มเป้าหมายได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

2. การลงรายงานอุบัติการณ์ตามแนวทางการลงรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งการระบุแนวทางการลงรายงานอุบัติการณ์ให้มีรายละเอียดที่ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การทบทวน แบบรายงาน

อุบัติการณ์ให้พัฒนาตามหลักการที่ควรบันทึก ตั้งแต่ ลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน วันที่เกิด เวลาที่เกิด บรรยายเหตุการณ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เกิดอุบัติการณ์ ดังกล่าว

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลจากผลการลงรายงานอุบัติการณ์ให้ครบถ้วนประกอบ การลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วันที่ เวลาที่เกิด บรรยายเหตุการณ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเหตุการณ์ที่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว

วิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน ชายและหญิง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวบรวมจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ จาก เมษายน 2555 ถึงเดือน มีนาคม 2556 และการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน จำนวน 6 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในโดยจัดสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 ผลที่ได้รวบรวมการลงรายละเอียดรายงานอุบัติการณ์และแนวทางการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ นำแนวทางการลงรายละเอียดลงรายงานอุบัติการณ์ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยใน ประเมินผลการลงรายละเอียดรายงานอุบัติการณ์ มีการประเมินทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนมกราคม -กุมภาพันธ์ 2557 ประเมินผลและปรับปรุง นำใช้ ครั้งที่ 2 มีนาคม-เมษายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงประมาณโดยใช้ร้อยละ ผลการวิจัย

1. อุปสรรคในการบันทึกข้อมูลในระบบ

1.1 เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่สามารถลงข้อมูลได้ทุกเครื่อง

แนวทางปรับปรุง ประสานงาน IT ในการลงโปรแกรมทุกเครื่องหากหน่วยงานใดมีปัญหาให้ประสานงาน IT ทำให้สามารถลงรายงานได้ครบทุกเครื่อง

1.2 ผู้บันทึกไม่เข้าใจระบบการจำแนกความเสี่ยง

แนวทางปรับปรุง มีแผนการนิเทศติดตาม และการทำแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง

1.3 ขาดระบบการลงบันทึก การมอบหมายผู้บันทึกและการตรวจสอบว่ามีการบันทึกหรือไม่

แนวทางปรับปรุง ประสานกับหัวหน้างานหอผู้ป่วยในหญิงและหอผู้ป่วยชาย ในการดำเนินการแก้ไข ในการมอบหมายหน้าที่ในการลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์และลงข้อมูลหลังจากได้ทบทวนรายงานอุบัติการณ์แล้ว เนื่องจากปัจจุบันผู้พบเหตุการณ์จะเป็นผู้ลงรายงาน แต่บางครั้งก็ลืมไม่ได้ตรวจสอบว่ามีการลงความเสี่ยงหรือไม่

1.4 ขาดแนวทางปฏิบัติในการทบทวนความเสี่ยงที่เข้าใจกัน

แนวทางปรับปรุง ได้ปรับการทบทวนระดับ A-C และความเสี่ยงด้านสนับสนุนทุกระดับ มีคณะกรรมการความเสี่ยงส่งข้อมูลให้หน่วยที่เกี่ยวข้องไปทบทวน ประเมินผลการทบทวนหลังการดำเนินการ มกราคม - กุมภาพันธ์ 2557 จากเดิมการทบทวนภาพรวมทั้งโรงพยาบาล มีการทบทวน 30% เพิ่ม เป็น 70

1.5 ความเสี่ยงสูง ยิ่งมีขั้นตอนมาก การดำเนินการล่าช้า

แนวทางปรับปรุง ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ D-E (ระดับ D เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่/รพ.ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ รพ. และ ระดับ E เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียเป็นการชั่วคราวหรือต้องมีการรักษาแก้ไข หรืออาจเกิดการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล) คณะกรรมการความเสี่ยงมีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันทุก 1 เดือน ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ F,G,H,I (เป็นความเสี่ยง อุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ รพ. เป็นการชั่วคราว ต้องรับไว้นอนโรงพยาบาล หรือสูญเสียอวัยวะ เกือบเสียชีวิต/เสียชีวิต) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น PCT ในการทบทวนให้เป็นตามมาตรฐานการทบทวน

2. รูปแบบการลงรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิโดยมุ่งเน้นการลงรายละเอียดการรายงานอุบัติการณ์ ครบถ้วน เพื่อสามารถนำไปทบทวนป้องกันการเกิดเหตุซ้ำได้

3. การลงรายงานอุบัติการณ์การประเมินผลหลังการพัฒนา จำนวน 2 ครั้ง มกราคม - เมษายน 2557 ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2557 ผลการลงรายละเอียด ได้ผลดังนี้ การลงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกพบว่า มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ ในเดือน มกราคม -กุมภาพันธ์ 2557 หอผู้ป่วยในหญิงมีการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 10 เรื่อง ลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ 100 ลงเวลาที่เกิดเหตุ ร้อยละ 70 อธิบายเหตุการณ์ร้อยละ 100 หอผู้ป่วยในชาย มีการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 6 เรื่อง ลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ 100 ลงเวลาที่เกิดเหตุ ร้อยละ 66.66 อธิบาย

เหตุการณ์ร้อยละ 100 ได้นำผลการศึกษามาวิเคราะห์พบว่า ยังต้องปรับปรุงเรื่องการระบุเวลาที่เกิดเพื่อการทบทวนหารากเหง้าของปัญหาที่แท้จริง

3.2 ครั้งที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2557 พบว่า การลงรายละเอียดของรายงานอุบัติการณ์พบว่า มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ ในเดือนมีนาคม-เมษายน 2557 หอผู้ป่วยในหญิงมีการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 5 เรื่อง ลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100 ลงเวลาที่เกิดเหตุ ร้อยละ 80 อธิบายเหตุการณ์ร้อยละ100 หอผู้ป่วยในชายมีการรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 6 เรื่องลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ 100 ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ 100 ลงเวลาที่เกิดเหตุ ร้อยละ 66.66 อธิบายเหตุการณ์ร้อยละ 100

3.3 เปรียบเทียบรายข้อจากการประเมินความบูรณ์ของการลงรายละเอียดรายงานรายงานอุบัติการณ์เป็นรายข้อดังนี้

1) ลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ100

2) การระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ100

3) การลงเวลาที่เกิดเหตุ หอผู้ป่วยในหญิงมีการลงเวลาที่เกิดเหตุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เพิ่มเป็นร้อยละ80 หอผู้ป่วยในชายมีการลงเวลาที่เกิดเหตุเท่าเดิมร้อยละ 66.66

4) การอธิบายเหตุการณ์ผลกระทบการดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น ร้อยละ100

2. การอภิปรายผล

จากผลการ พัฒนาระบบ การบริหารความเสี่ยงความหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน การพัฒนารายละเอียดข้อมูลของรายงานอุบัติการณ์สามารถนำไปทบทวนได้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มเป้าหมายวิชาชีพที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยในมีอายุอยู่ในช่วง 23-49 ปีทั้งหมด สำเร็จระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในหอผู้ผู้ป่วยในมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 59.09 และน้อยกว่า 5 ปีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ40.91 จากผลการวิจัยของสารนิติ บุญประสพ (2548) พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานและปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาโดยรวมไม่แตกต่างกัน

2.2 การพัฒนาการบริหารความเสี่ยง

อุปสรรคในการบันทึกข้อมูลในระบบ

2.2.1 เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่สามารถลงข้อมูลได้ทุกเครื่อง

แนวทางปรับปรุง ประสานงานIT ในการลงโปรแกรมทุกเครื่อง หากหน่วยงานใดมีปัญหาให้ประสานงาน IT ทำให้สามารถลงรายงานได้ครบทุกเครื่อง สอดคล้องกับแนวคิด ของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่กำหนดให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ จำเป็นต้องมีการสร้างระบบบริหารความเสี่ยงในองค์กรที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ เพื่อยกระดับบริการ เป็นการรักษามาตรฐานของงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ และแผนพัฒนาฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) กำหนดแผนพัฒนาสุขภาพไว้ 10 ประการ ซึ่ง 1ใน 10 ประการนั้นคือ การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีพอประมาณตามหลักวิชาการที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.2.2 ผู้บันทึกไม่เข้าใจระบบการจำแนกความเสี่ยง

แนวทางปรับปรุง มีแผนการนิเทศติดตาม และ การทำแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุเมธ ชำนิ (2546) ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ในการดำเนินงาน มีภาระงานมากและเวลาปฏิบัติงานไม่ตรงกัน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้และ การศึกษาของประภัสสร นาวเนียว (2550) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนความปลอดภัยและการบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา ทิทำ (2546) ทีพบว่า การที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน การปฏิบัติกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงโดยรวมสูงแต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ส่งศรี รัตนมาลาวงศ์และคณะ (2550) ที่พบว่าการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.2.3 ขาดระบบการลงบันทึก การมอบหมายผู้บันทึกและการตรวจสอบว่ามีการบันทึกหรือไม่แนวทางปรับปรุง ประสานกับหัวหน้างานหอผู้ป่วยในหญิงและหอผู้ป่วยชายในการดำเนินการแก้ไข ในการมอบหมายหน้าที่ในการลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์และลงข้อมูล หลังจากได้ทบทวนรายงานอุบัติการณ์แล้ว เนื่องจากปัจจุบันผู้พบเหตุการณ์จะเป็นผู้ลงรายงาน แต่บางครั้งก็ลืม ไม่ได้ตรวจสอบว่ามีการลงความเสี่ยงหรือไม่สอดคล้องการศึกษาของสรรธวัช อัศวเรืองชัย (2546) การค้นหาความเสี่ยงในระบบรายงานส่วนใหญ่จะมี การปฏิบัติค่อนข้างน้อย เนื่องจากความ

ยุ่งยากในการรายงาน เช่นต้องใช้เวลาในการบันทึก ในเอกสารเป็นจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจในความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ กลัวข้อมูลถูกเปิดเผย ทำให้เสียชื่อเสียงหรือถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย หรือไม่ได้รับการตอบสนองจากหน่วยที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาอภิญญา ทิทำ (2546) การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น พบว่าอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในมีดังนี้ ด้านนโยบายไม่ชัดเจน ด้านบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์การบริหารความเสี่ยง และบุคลากรพยาบาลมีน้อยและในด้านวิธีการพบว่าไม่มีรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษา พร บุญมีและเฉลิมพันธ์ เฒมลอย (2545) พยาบาลวิชาชีพว่าการเขียนรายงานอุบัติการณ์ เสมือนการรายงานความผิด กลัวถูกตำหนิและการลงโทษ มีเพียง 10-20 % ของความผิดพลั้งที่ถูกรายงานและ 90 -95 % มิได้ก่ออันตรายใดๆแก่ผู้ป่วยและมีความไม่ปลอดภัยด้านความเสี่ยงทางคลินิกจำนวนมากไม่ถูกรายงาน เนื่องจากแพทย์ถือว่าเป็นเรื่องปกติ หรือเกรงว่าอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้

2.2.4 ขาดแนวทางปฏิบัติในการทบทวนความเสี่ยงที่เข้าใจกัน

แนวทางปรับปรุง ได้ปรับการทบทวนระดับ A-C และความเสี่ยงด้านสนับสนุนทุกระดับ มีคณะกรรมการความเสี่ยงส่งข้อมูลให้หน่วยที่เกี่ยวข้องไปทบทวน ประเมินผลการทบทวนหลังการดำเนินการ มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557 จากเดิมการทบทวนภาพรวมทั้งโรงพยาบาล มีการทบทวน30% เพิ่ม เป็น 70 สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของ สุพัตรา ใจโปร่ง (2553) พบว่าพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การวิเคราะห์หรือสังเคราะห์เหตุการณ์และอุบัติการณ์เพื่อดูแนวโน้มและทำความเข้าใจกับสาเหตุที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาของอนงค์ จันทร์หอม การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและงานอุบัติเหตุฉุกเฉินการบริหารความเสี่ยงในงานห้องคลอด พบปัญหาประกอบด้วย 1)การงานอุบัติการณ์ลดลง 2) การประเมินความเสี่ยงไม่ถูกต้อง 3) แนวทางป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม 4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่เพียงพอ 5)การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 6) การสื่อสารไม่เพียงพอและ 7) การติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางแก้ไขโดย 1) การพัฒนากลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคลากรพยายามเขียนรายงานอุบัติการณ์ 2) การจัดแนวทางความเสี่ยงให้ครอบคลุม 3) การให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพ4) การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 5) การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงานและ6) ให้บุคลากรพยาบาลติดตามประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ

2.2.5 ความเสี่ยงสูง ยิ่งมีขั้นตอนมาก การดำเนินการล่าช้า

แนวทางปรับปรุง แบ่งหน้าที่การทบทวนตามระดับความรุนแรงดังนี้ ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ D-E ให้คณะกรรมการความเสี่ยงมีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทุก 1 เดือน (ระดับD เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/รพ.ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย /ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/รพ.และ ระดับEเป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้เกิดความสูญเสียเป็นการชั่วคราวหรือต้องมีการรักษาแก้ไข หรืออาจเกิดการเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล)

ความเสี่ยงทางคลินิกระดับ F,G,H,I (เป็นความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/เจ้าหน้าที่/รพ. เป็นการชั่วคราว ต้องรับไว้นอนโรงพยาบาล หรือสูญเสียอวัยวะ / เกือบเสียชีวิต/เสียชีวิต) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care team) ในการทบทวนให้เป็นตามมาตรฐานการทบทวนและคณะกรรมการไกล่เกลี่ยหากมีแนวโน้มถูกร้องเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของพัฑฒิดา สุภีสุทธิ์ (2550) การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล อุปสรรคของการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง 2 ด้านคือ 1) ด้านกระบวน พบปัญหาในเรื่องของการไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ และการไม่ได้รับการตอบสนองจากการรายงานอุบัติการณ์ 2)ด้านบุคลากร พบปัญหาในเรื่องการขาดความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง การไม่ให้ความร่วมมือ และความรู้สึกขาดขวัญ และกำลังใจ พยาบาลวิชาชีพให้ขอเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขกระบวนการบริหารความเสี่ยงไว้ 4 ประการคือ 1)อบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน และทุกระดับ 2)มีการแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ 3)มีการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์ ทุกเรื่องทันที และแจ้งความก้าวหน้าในการดำเนิน 4)มีการส่งเสริม และให้กำลังใจโดยผู้บริหารโดยการรับฟัง และเข้าใจบุคลากรเมื่อเกิดปัญหาผู้วิจัยเสนอแนะ ให้คณะกรรมการบริหารกลุ่มสี่ยงเลือกรูปแบบการจัดอบรม หรือความรู้ที่เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม ปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติให้มีความชัดเจน และ ง่ายต่อการปฏิบัติทั้งในเรื่องของการวิเคราะห์ความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ และการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์ สำหรับผู้บริหารทุกระดับควรมีบทบาทที่ชัดเจนในการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนด และสร้างขวัญ กำลังใจของบุคลากร ด้วยการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ

2.3 รูปแบบการลงรายงานอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ โดยมุ่งเน้นการลงรายละเอียดการรายงานอุบัติการณ์ ครบถ้วน เพื่อสามารถนำไปทบทวนป้องกันการเกิดเหตุซ้ำได้

การลงรายงานอุบัติการณ์การประเมินผลหลังการพัฒนา จำนวน 2 ครั้ง มกราคม – เมษายน 2557 ดังนี้

เปรียบเทียบรายข้อจากการประเมินความบูรณ์ของการลงรายละเอียดรายงาน รายงานอุบัติการณ์เป็นรายข้อดังนี้

1) ลงชื่อหน่วยงานที่รายงาน ร้อยละ100

2) การระหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ100

3) การลงเวลาที่เกิดเหตุ หอผู้ป่วยในหญิงมีการลงเวลาที่เกิดเหตุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ80 หอผู้ป่วยในชายมีการลงเวลาที่เกิดเหตุเท่าเดิมร้อยละ 66.66

4) การอธิบายเหตุการณ์ผลกระทบการดำเนินการแก้ไขเบื้องต้น ร้อยละ100

จากการบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล (วีณา จีระแพทย์: 2548) การสนับสนุนการายงานอุบัติการณ์ จึงต้องจัดทำระบบและรายงานได้ง่าย ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้. ลักษณะของงานบริการที่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น (การพยาบาลทั่วไป การพยาบาลวิกฤต ฉุกเฉิน เฉียบพลันหรือเรื้อรัง การพยาบาลสุขภาพจิต)สถานที่/ตำแหน่งที่เกิด (location) ขอบเขตของการบริการ (service area) วันและเวลา ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดอุบัติการณ์เช่น ตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ลักษณะงาน รูปแบบการสื่อสาร ข้อจำกัดด้านการศึกษาอบรม เครื่องมือ สนับสนุนในการปฏิบัติงาน เป็นต้น แผนปฏิบัติการหรือสิ่งที่ทำเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ระดับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย เช่น ไม่เกิดอันตราย เกิดระดับต่ำ ปานกลาง รุนแรงมาก หรือเสียชีวิต กิจกรรมที่ทำเพื่อป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์มาถึงผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมพร ชมพูมี (2551) พยาบาลห้องผ่าตัดยังมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงไม่เพียงพอในการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมแม้ว่าพยาบาลทุกคนจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทั้งในเรื่องค้นหาความเสี่ยง การประเมินระดับความรุนแรง การเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง วิธีการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนประเมินผลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสรรธวัช อัศวเรืองชัย (2546) การค้นหาความเสี่ยงในระบบรายงานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย เนื่องจากความยุ่งยากในการรายงานเช่นต้องใช้เวลาในการบันทึกเอกสารจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจในความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ กลัวข้อมูลถูกเปิดเผย หรือไม่ได้รับการตอบสนองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

3.1 เสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การ ศึกษาอิสระ ครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วมหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด การประยุกต์ใช้ สามารถประยุกต์ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงสอดคล้องกับบริบทของแต่ละหน่วยงานได้ดังนี้

3.1.1 ระดับหน่วยงานในโรงพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางช่วยค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงตามความเหมาะสม โดยการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมเพื่อความยั่งยืนต่อไป

3.1.2 ผู้บริหารสามารถนำอุปสรรคในการพัฒนา

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยการบริหารความเสี่ยงไปกำหนดเป็นแผนในการพัฒนาโรงพยาบาลในเรื่องการพัฒนาบุคลากรในเรื่องความรู้การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาเทคโนโลยีให้เหมาะสม การกำหนดนโยบายการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงให้เป็นวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาล

3.2.1 ควรทำวิจัยการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในการมีส่วนร่วมของในหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาล

3.2.2 ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการลงรายละเอียด รายงานอุบัติการณ์ที่ครบถ้วนโดยเทคโนโลยีที่เหมาะสม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กฤษณ์ ขวัญเงิน 7กลยุทธ์สวนดอก บอกลาความเสี่ยง HA Forum Guidebook ปลุกชีวิตให้องค์กร เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 11-14 มีนาคม 2551 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

เกรียงศักดิ์ ลางคุลานนท์ (2552) “การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น”วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยวิทยาลัยขอนแก่น

กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์และประจักร บัวผัน(2554) “การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธิ์ KKuRes.J.Sci Tech.2011;16(5): 563-574

กันยารัตน์ ม้าวิไล (2552) “ปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ประชวลไชยคง(2554) “การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปาริชาติ นิลประยูร (2555) “การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผ่องพรรณ จันทนสมบัติและนีนธิดา พันธุศาสตร์ (2555) “ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ”วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 35, 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 118-124

พัฑฒิดา สุภีสุทธิ์ (2550) “การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ(2548) *การจัดการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย พิมพ์ครั้งที่ 2* กรุงเทพมหานคร สุขุมวิทการพิมพ์

พร บุญมีและเฉลิมพรรณ เฆมลอย (2554) “ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ” *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 4, 3 (กันยายน-ธันวาคม) : 59

ภัทรวรรณ ชัยสวัสดิ์ (2553) “การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม” การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วีณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2550) การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย กรุงเทพมหานคร ด่านสุทธาการพิมพ์

ศุภลักษณ์ หิริวัฒนวงส์ การบริหารจัดการความเสี่ยงของห้องผ่าตัดแบบ FAME HA Forum Guidebook ปลุกชีวิตให้องค์กร เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 11-14 มีนาคม 2551 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

วิมลพร ไสยวรรณ (2548)“การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิชาการประจำปี 11-14 มีนาคม 2551 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สรรธวัช อัศวเรืองชัย (2546) “บทความทบทวนวิชาการ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย” ใน *Patient Safety CONCEPT AND PRACTICE* สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หน้า 1-25

สารนิติ บุญประสพ (2548) “ เจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรธรรมราช” วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่งศรี รัตนมาลาวงศ์และคณะ (2550) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยง ของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 19 (3): 1-12

สถาบันพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ฉบับภาษาไทย (2551) นนทบุรี

สุมิตรา มิ่งมิตร (2554)" การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อนงค์ จันทร์หอม (2554) "การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอื้อมพร ชมภูมิ (2551) "การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี" วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาลัยวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล (2553) "การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่"การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อรัญญา สกุลอิสริยาภรณ์ Risk Management information system:Faster, Easier…More EffectiveHA Forum Guidebook ปลุกชีวิตให้องค์กร เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 11-14 มีนาคม 2551 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร ดีไซร์

_____. (2544) การบริหารความเสี่ยง:ในเส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพ คู่การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ดีไซร์

Joint Commission Resources.Issues and strategies for nursing leader:Meeting hospital challenges today.lllinois:Lippincott Wiliams&Wilkins, Inc; 2005.

Kyungeh An , Minach Kang Kim andSook Hee yoon (2007). Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea.Western *Journal of Nursing Research*, 29 (7) : 827-844 ; 2007.

Vincent C, Taylor-Adam S, Stanhope N (1998). Frameworkfor analysis risk and safety in clinical medicine.BMJ.

Wilson,J.and Tinggle,J. (1999). Clinical Risk Modification : A Route to Clinical Governance. Oxford:Butterworth-Heinemann.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลค้นคว้าอิสระ

ที่ ศธ 0522.26/ว 1357

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

20 กันยายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

ด้วย นางยุพดี ยิ่งคำแหง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง "พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คนโรงพยาบาลเสลภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร 0-2504-8036-7
โทรสาร : 0-2503-2620
โทรศัพท์ :086-2423982 (นางยุพดี ยิ่งคำแหง)

ที่ ศธ 0522.26/ว 1357

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

20 กันยายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเสลภูมิ

ด้วย นางยุพดี ยิ่งคำแหง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง "พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน โรงพยาบาลเสลภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร 0-2504-8036-7
โทรสาร : 0-2503-2620
โทรศัพท์ :089-2229078 (นางยุพดี ยิ่งคำแหง)

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood,
Pakkred, Nonthaburi 11120
Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 38 / 2556

ชื่อโครงการวิจัย	การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
เลขที่โครงการ/รหัส	ID 2545100261
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	นางยุพดี ยิ่งคำแหง
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 45120

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม .....
(อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข)
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วันที่รับรอง 16 กรกฎาคม 2556

ภาคผนวก ค

เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เครื่องมือชุดที่ 1

แนวคำถามหลักการสัมภาษณ์

สรุปประเด็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์: ต้องการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน เพื่อค้นหา ประเด็นที่ต้องการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกสัมภาษณ์

1.1 มีประสบการณ์การทำงานหอผู้ป่วยในระยะเวลา……..ปี

1.2 อายุ……ปี

เก็บรวบรวมวันที่……เวลา……..……..

สถานที่……..……..…….

ตอนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์

2.1 ท่านคิดว่ารูปแบบระบบบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยในที่ผ่านมาเป็นอย่างไร โปรดอธิบาย

2.2 ท่านคิดว่าบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงหรือไม่ อย่างไร

2.3 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการรายงานอุบัติการณ์ในปัจจุบันโปรดอธิบาย

2.4หน่วยงานของท่านมีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงหรือไม่อย่างไร

2.5 ท่านคิดว่าการรายงานอุบัติการณ์ในปัจจุบันต้องปรับปรุงเรื่องใด อย่างไร

2.6 ท่านคิดว่าการลงรายงานอุบัติการณ์ที่ถูกต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง อย่างไร

2.7 ท่านคิดว่าระบบบริหารความเสี่ยงโดยภาพรวมต้องการพัฒนาอะไร โปรดอธิบาย

เครื่องมือชุดที่ 2

แนวคำถามหลักการการสนทนากลุ่ม(Focus Group Guideline)

สรุปประเด็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประเด็นข้อคำถามในการสนทนา

1. ความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มต่อผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ขอให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาและอุปสรรคการบริหารความเสี่ยงในงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ผ่านมา

3.ขอให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นจากผลการสัมภาษณ์และแนวทางการพัฒนาการระบบรายงานอุบัติการณ์ ในหัวข้อ

3.1 แนวทางการลงรายงานอุบัติการณ์

3.2 แนวทางการทบทวนรายงานอุบัติการณ์

4.ขอให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและสรุปหัวข้อร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาระบบบริหารความ เสี่ยงหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางยุพดี ยิ่งคำแหง
วัน เดือน ปี	6 มิถุนายน 2506
สถานที่เกิด	อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2535
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ