

การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ Situational Analysis of Incident Reporting in Medical Intensive Care Unit 1 Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

บังอร	เชื่อนคำ *	Bangon	khuenkum *
สมใจ	ศิริกมล **	Somjai	Sirakamon **
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี **	Bunpitcha	Chitpakdee **

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัยซึ่งการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นขั้นตอนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยงเพื่อการเรียนรู้และหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นรวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีกการศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและนำเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 21 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2003) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์

ผลการวิจัยพบว่า

1. ด้านโครงสร้าง หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 มีนโยบายเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ในระดับโรงพยาบาลมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ ส่วนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ประสานงานด้านคุณภาพและบุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วยมีหน้าที่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีสิ่งสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้แก่ เอกสารแบบฟอร์มบันทึกการรายงานอุบัติการณ์และระบบคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ ช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 3 ช่องทาง ได้แก่ ทางวาจา ทางแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล และทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ปัญหาด้านโครงสร้างที่พบ คือ มีการสื่อสารนโยบายเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงน้อยเกินไป หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการระดมบุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการจัดเก็บเอกสารไม่เอื้อต่อการใช้ ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการทบทวนและพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มากขึ้นบุคลากรควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และควรมีระบบจัดเก็บเอกสารให้เป็นระเบียบ สะดวกใช้

* หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

* Head nurse of Medical Intensive care Unit 1, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 26 ธันวาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 15 พฤษภาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 7 สิงหาคม 2560

2. ด้านกระบวนการ พบขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ที่สอดคล้องกับแนวทางของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ความเสี่ยง 2) ขั้นตอนการรายงาน 3) ขั้นตอนการบันทึกรายงานและ 4) ขั้นตอนการส่งรายงาน ปัญหาที่พบ คือ บุคลากรประเมินระดับความรุนแรง และบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ถูกต้องครบถ้วน การส่งรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเส้นทางเดินของรายงาน และเวลาที่กำหนด ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรมีการนิเทศติดตามและตรวจสอบเกี่ยวกับกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด สม่่าเสมอ ผู้บริหารการพยาบาล ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลในด้านความรู้และทักษะในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

3. ด้านผลลัพธ์ พบว่า ร้อยละของจำนวนการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และร้อยละของจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

ผลการศึกษารังนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้บริหารของโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนากลยุทธ์ในการพัฒนาการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วย และโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

Abstract

Risk management is an important tool for managing the quality and safety of healthcare service. Incident reporting is a step of risk management process for gaining lessons learned and ways to address and prevent risks. This descriptive study sought to describe the situation of incident reporting and to propose ways to solve incident reporting problems at the Medical Intensive Care Unit 1 at Nakhonping Hospital, Chiang Mai Province. The study population included 21 registered nurses involved in reporting incidence. The data were collected using semi-structured interviewing, focus group discussion, and document review. Data were analyzed using content analysis according to the conceptual framework of Donabedian (2003)'s quality assessment which includes: 1) structural aspect, 2) processing aspect, and 3) outcome aspect.

The study results were as follows:

1. Structure. The Medical Intensive Care Unit (ICU) had policies regarding incident reporting which were consistent with those of the hospital that were integrated into the hospital risk policies. At the hospital level, the hospital risk management committee was responsible for incident reporting. However, for the Medical ICU, the head nurse, nurse coordinator for quality assurance at the unit, and all personnel were responsible for reporting risk incidents. Items that supported incident reporting were the incident report recording form, a computer, as well as an information technology system for incident reporting. Ways to report incidents included verbal reports, submitting the form, and reporting through the computer program. Problems identified were: insufficient communication regarding the incidence reporting policy; overwork load for the head nurse; lack of skills and experience in incident reporting among the personnel; and the filing system was not

convenient to use. Suggestion included: discussion and sharing experiences regarding the incident reporting policy; personnel should be trained on incident reporting; and the unit should organize the filing system.

2. Process. It was revealed that the incident reporting process corresponded to the hospital's process which consisting of 4 steps: 1) assessing the severity of the incident; 2) reporting incidents; 3) recording; and 4) submitting the report. The following problems were found: nursing personnel assessed the severity of incidents incorrectly and incident reporting was incomplete and inaccurate. Submitting the incident report was not in accordance with the guide to submit the report in both paths and the time frame. Therefore, the head nurse should monitor and supervise her staff about the incident reporting process closely. Nurse administrators should support the development of personnel's competencies regarding their knowledge and skills of incident reporting.

3. Outcome. It was found that the percentage of incident reporting and of reports that were recorded correctly were low.

The results of this study could provide the hospital and nurse administrators with basic information about incident reporting in Medical Intensive Care Unit 1 at Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. They could apply these findings to generate the strategies for improving incident reporting in the Medical Intensive Care Unit 1 and in the hospital, accordingly.

Key words: Situational Analysis, Incident reporting

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้นานาประเทศทั่วโลก ร่วมกันพัฒนาและกำหนดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย อย่างปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 2005) สำหรับประเทศไทย ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายในการเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพโดยมุ่งพัฒนาระบบให้มีคุณภาพและเกิดความปลอดภัย (Ministry of Public Health, 2017) อีกทั้ง กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อบรรลุตามเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (Nursing Division, Ministry of Public Health, 2008) อย่างไรก็ตาม สถาบันการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute

of Medicine: IOM) ได้ตีพิมพ์รายงานครั้งแรกถึงข้อผิดพลาดของมนุษย์ พบว่ามีผู้ป่วยได้รับผลกระทบจาก ความผิดพลาดทางการแพทย์ ในสหรัฐอเมริกาจำนวนถึงประมาณ 98,000 คนในแต่ละปี (Connie & Mary, 2010) ส่วนในประเทศไทยพบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นด้าน ความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 68.89 และความเสี่ยงทางคลินิก ร้อยละ 38.12 (Thaidamrong, 2015) และจากการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหาร ความเสี่ยงในโรงพยาบาล พบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นในหลาย ลักษณะทั้งอุบัติการณ์ทางคลินิก (Wiboonma, 2013; Srivichai, 2014) และอุบัติการณ์ที่ไม่ใช่ด้านคลินิก (Photikul, 2014)

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการองค์กรให้มีคุณภาพ กระบวนการบริหาร ความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหา ความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการความ

เสี่ยง และ 4) การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ทั้งนี้ การค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อนำไปสู่การป้องกันไม่ให้ความเสี่ยงเกิดขึ้นซ้ำอีก และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (incident report) เป็นวิธีการสำคัญในขั้นตอนนี้ (Suphachutikul, 2000) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง หมายถึงการรายงานด้วยการเขียนและการรายงานด้วยวาจาเกี่ยวกับเหตุการณ์ใด ๆ ที่ไม่สอดคล้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามปกติ หรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (McCloskey & Bulechek, 2000) ซึ่งรวมถึงการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามนโยบาย ขั้นตอน หรือมาตรฐานของโรงพยาบาล หรืออาจเป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เยี่ยม และทรัพย์สินของโรงพยาบาลก็ได้ (Winship, 1989) ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ๆ คือ การเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการส่งรายงาน (WHO, 2005; Victorian Government, 2011) รวมถึงการรายงานต่อผู้บังคับบัญชาในระดับต่อไป และส่งรายงานภายในเวลากำหนด (Victorian Government, 2013)

การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบขนาดและแนวโน้มปัญหาของระบบ เป็นการกระตุ้นให้ทำงานด้วยความระมัดระวัง รวมทั้งทำให้ได้รู้มาตรการป้องกัน และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก (Suphachutikul, 2000) เป็นข้อมูลที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สามารถตรวจสอบ และวิเคราะห์หาข้อบกพร่องเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ (Nurse Ausmed, 2014) เป็นการช่วยให้เกิดการป้องกัน และปรับปรุงการทำงานก่อนที่จะส่งผลกระทบให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ตลอดจนช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยงานได้ (Pham, Girard, & Pronovost, 2013) เป็นตัวชี้วัดนำไปสู่การบรรลุวัฒนธรรมความปลอดภัย สามารถช่วยให้เกิดการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลง (WHO, 2005) ดังนั้นการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญและควรอยู่บนพื้นฐาน

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างแท้จริง การวิเคราะห์สถานการณ์นับว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง

การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์ของระบบนั้น ๆ ซึ่งจะต้องทำอย่างลึกซึ้งและครอบคลุมในปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (WHO, 2017) การศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงควรศึกษาให้ครอบคลุมทั้งระบบ หรือประเมินให้ครอบคลุมประกอบทั้ง 3 ด้าน คือด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) ซึ่งจะนำไปสู่การหาข้อสรุปหรือการตัดสินใจปัญหาหรือปรับปรุง องค์ประกอบในระบบนั้น ๆ ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลายประการด้านโครงสร้าง เช่น พบว่านโยบายในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ชัดเจน ไม่มีระบบการนิเทศติดตามของผู้บังคับบัญชา บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์ และไม่เข้าใจในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Wiboonma, 2013; Photikul, 2014; Srivichai, 2014) นอกจากนี้ยังเกิดจากการขาดความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hwang, Lee, & Park, 2012) การประเมินระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง การเขียนลำดับของเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง รวมถึงมีการรายงานอุบัติการณ์ผิดช่องทางหรือเส้นทางเดินของการรายงานและการรายงานไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด (Wiboonma, 2013; Photikul, 2014; Srivichai, 2014) ซึ่งปัญหาอุปสรรคดังกล่าวกระทบต่อด้านผลลัพธ์ คือมีการรายงานน้อยกว่าจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การเขียนรายงานเหตุการณ์ไม่ตรงกับความเป็นจริง ตลอดจนไม่สามารถนำข้อมูลที่เก็บได้มาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างครอบคลุม (Tansirisittikul et al., 2012) อย่างไรก็ตาม ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ยังทำให้พบกลยุทธ์ที่มีผลต่ออัตราการเขียนรายงาน คือการให้ข้อเสนอแนะและการตอบสนองต่อการรายงาน

อุบัติการณ์ของผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้อง การมีช่องทางในการรายงานอุบัติการณ์ที่หลากหลายและง่ายต่อการปฏิบัติ (Hwang et al., 2012) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และการให้ความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นต้น (Nakamura, Yamashita, Tanihara, & Maeda, 2014)

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ได้นำระบบการพัฒนารายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation [HA]) มาปรับใช้ ในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยใช้กลยุทธ์ “SIMPLE” ฝ่ายการพยาบาลรับผิดชอบในการนำนโยบายและกลยุทธ์ของโรงพยาบาลด้านการบริหารความเสี่ยงมากำหนดเป็นแผนการดำเนินงานเพื่อนำสู่การปฏิบัติ สำหรับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้มีการกำหนดให้บุคลากรทุกคนทุกหน่วยงานมีหน้าที่ในการรายงานอุบัติการณ์ที่พบโดยระบุความรุนแรงของอุบัติการณ์ตามแนวทางการจัดระดับความรุนแรงของสถานการณ์ประสานการรายงานและการป้องกันข้อผิดพลาดด้านยาแห่งชาติ (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: NCCMERP) ตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) โดยมีการจัดลำดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์ 9 ระดับ กำหนดบุคลากรผู้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามแนวทางของโรงพยาบาล รวมถึงมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานติดตามประเมินผลลัพธ์ของการรายงาน อย่างไรก็ตามในระดับฝ่ายการพยาบาล และในระดับโรงพยาบาลไม่พบการบันทึกสถิติข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับข้อมูลการไม่ได้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ชัดเจน (Nakornping Hospital Chiang Mai, 2014)

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรม ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป รับนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาล จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ

2558 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดของหน่วยงาน (Medical Intensive Care Unit 1, 2016) ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีการบันทึกในแบบบันทึกประจำวันของหอผู้ป่วย เปรียบเทียบกับข้อมูลจากงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลพบว่าจำนวนบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงน้อยกว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และพบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2557, 2558 และ 2559 มีจำนวนลดลงคือ 50, 16 และ 9 ฉบับ (Nakornping Hospital Risk Management Team, 2016) และจากการวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงระดับสูงจำนวน 3 ฉบับ พบปัญหาอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในทุกขั้นตอนของกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Medical Intensive Care Unit 1, 2016)

จากที่กล่าวมา ประกอบกับยังไม่มีผู้ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยแห่งนี้ โดยประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดในการศึกษาของ Donabedian (2003) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาก็คือจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับหอผู้ป่วยฝ่ายการพยาบาล และโรงพยาบาลนครพิงค์ ในการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ประกอบด้วยอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อศึกษากระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ศึกษาปัญหาอุปสรรค และการแก้ไขปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) ซึ่งประกอบด้วยด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การสัมภาษณ์รายบุคคลและการสนทนากลุ่มบุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ.2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลและของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 รวมทั้งข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และ 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 21 คน ประกอบด้วยผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 4 คน ประธานกรรมการ งานความเสี่ยงโรงพยาบาลจำนวน 1 คน และ

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 จำนวนทั้งหมด 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามจำนวน 3 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์รายบุคคลของผู้บริหารทางการแพทย์ ชุดที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประธานกรรมการงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล ชุดที่ 3 แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ซึ่งแนวคำถามแต่ละชุดมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงานและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประกอบด้วยด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งด้านโครงสร้างจะประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ นโยบายการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง คณะทำงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่น แบบฟอร์มการรายงาน คอมพิวเตอร์ คู่มือการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับ ตัวชี้วัดคุณภาพของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่น อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ที่มีความถูกต้อง สมบูรณ์ รวมทั้งข้อคำถามเกี่ยวกับ ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยผู้ศึกษาใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูล มีอิสระในการตอบคำถาม และผู้ศึกษาได้ปรับเนื้อหาคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ตอบในแนวคำถามทั้ง 3 ชุด ซึ่งผู้ศึกษา

พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003)

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความเป็นปรนัยของแนวคำถามที่ใช้สำหรับการสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางพยาบาล จำนวน 3 ท่าน เกี่ยวกับความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถามในการสัมภาษณ์ (sequence the question) ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการค้นคว้าอิสระได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในการรวบรวมข้อมูล ได้ขอ อนุญาตและขอความร่วมมือในการศึกษา อธิบายถึง วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้ง ชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม การศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีการบังคับการตอบรับหรือ ปฏิเสธ ในส่วนการสนทนากลุ่มก่อนเริ่มการสนทนา ผู้ศึกษาชี้แจงและให้ความมั่นใจว่าการให้ข้อมูลจะไม่ผล ต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมการศึกษา แต่อย่างไร จะไม่มีการบันทึกชื่อในข้อมูลที่รวบรวมได้ และในรายงานการศึกษา และผู้เข้าร่วมการศึกษามีสิทธิ ที่จะไม่ตอบคำถามที่รู้สึกว่าจะไม่สบายใจที่จะตอบ สามารถ ขอยุติการศึกษาได้ตลอดเวลาที่ต้องการ รวมทั้งสามารถ ขอข้อมูลกลับคืนได้ทั้งหมด โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ ผู้เข้าร่วมการศึกษา การนำเสนอข้อมูลของการศึกษาใน รายงานการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม จากนั้นผู้เข้าร่วม การศึกษาลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ศึกษาทำการศึกษาข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ของโรงพยาบาลนครพิงค์ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และดำเนินการสัมภาษณ์รายบุคคล และสนทนากลุ่ม

โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามวัน เวลาที่นัดหมายจากนั้นนำ ข้อมูลที่ได้ มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา จัดเป็นหมวดหมู่ ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มผู้บริหารมีอายุระหว่าง 46- 56 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาล นครพิงค์ ในช่วง 21-30 ปี และใน ช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 40 เท่ากัน กลุ่มประชากรพยาบาล ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.75 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.50 และมี ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 7.68 ปี โดยอยู่ระหว่าง 1-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.50

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ด้านโครงสร้าง

สถานการณ์ด้านโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีความสอดคล้องกันทั้ง ในระดับโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล และระดับหอ ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 มีนโยบายเกี่ยวกับการรายงาน ความเสี่ยงโดยพบว่าเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีการนำนโยบายการรายงาน อุบัติการณ์ความเสี่ยงสู่การปฏิบัติผ่าน 3 ช่องทาง คือ การสื่อสารผ่านโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพ การสื่อสาร ผ่านโครงสร้างตามสายบังคับบัญชา และการ ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ

ปัญหาอุปสรรคด้านนี้คือ มีการสื่อสารนโยบาย เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงน้อยเกินไป มีการชี้แจงเกี่ยวนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ความ เสี่ยงไม่ละเอียด ชัดเจน และทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรมีการพูดคุย ทบทวนและ พุดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับนโยบายการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง และขั้นตอนในการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงให้มากขึ้น

สถานการณ์ด้านคณะกรรมการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่าในระดับโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลเป็นคณะกรรมการเดียวกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่วนในระดับหอผู้ป่วย ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ประสานงานด้านคุณภาพประจำหอผู้ป่วยและบุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วยทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระงานมาก ไม่มีผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย ช่วยนิเทศเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวมถึงบุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง สื่อสารข้อมูลพื้นฐานต่อฝ่ายการพยาบาลเพื่อพิจารณาให้มีผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อช่วยนิเทศเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

สถานการณ์ด้านสิ่งสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่ามีสิ่งสนับสนุนทั้งด้านเอกสารและด้านระบบคอมพิวเตอร์ รวมถึงเทคโนโลยีทางสารสนเทศ

ปัญหาอุปสรรค คือ ระบบจัดเก็บเอกสารในหอผู้ป่วยไม่เอื้อต่อการค้นหาเมื่อจำเป็นต้องใช้ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เร่งรีบ

ข้อเสนอแนะคือควรมีระบบจัดเก็บเอกสารให้เป็นระเบียบ ง่าย หยิบใช้สะดวก รวมถึงมีผู้รับผิดชอบจัดเตรียมเอกสารให้พร้อมใช้งาน

สถานการณ์ด้านช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่าประกอบด้วย 3 ช่องทาง คือการรายงานทางวาจา การรายงานทางเอกสารแบบฟอร์มการรายงานของโรงพยาบาลและการรายงานทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ปัญหาอุปสรรคด้านนี้คือ ระบบการใช้งานโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง

คอมพิวเตอร์ ยุ่งยาก ซับซ้อน ไม่มีกลไกตรวจสอบการได้รับข้อมูลการรายงาน โปรแกรมรายงานทางคอมพิวเตอร์ใช้ประโยชน์ได้น้อย ไม่พร้อมใช้ มีการปรับเปลี่ยนบ่อย รวมถึงสัญญาณระบบอินเทอร์เน็ตช้า ข้อเสนอแนะคือควรปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถเข้าถึงและใช้งานง่าย สามารถนำข้อมูลที่รายงานมาใช้ประโยชน์ให้ได้มากขึ้นและควรจัดอบรมเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์แก่บุคลากรให้ทั่วถึง

ด้านกระบวนการ

สถานการณ์ด้านกระบวนการ พบว่าโรงพยาบาลมีขั้นตอนในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งในระดับโรงพยาบาล ระดับฝ่ายการพยาบาล และระดับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของเอ็น ซี ซี เอ็ม อี อาร์ พี (NCCMERP) ซึ่งมี 9 ระดับ ขั้นตอนที่ 2 ต้องรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น หรือสื่อสารให้ผู้บังคับบัญชาและผู้เกี่ยวข้องทราบถึงเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยการรายงานด้วยวาจา หรือการรายงานทางโทรศัพท์ ซึ่งต้องพิจารณาความเร่งด่วนในการรายงานตามระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในระดับฝ่ายการพยาบาลและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 มีการกำหนดขั้นตอนการรายงาน กรณีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนอกเวลาราชการ โดยต้องรายงานผ่านผู้ตรวจการนอกเวลาราชการก่อน ขั้นตอนที่ 3 ต้องมีการบันทึกรายงาน โดยบันทึกในเอกสารตามแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งได้กำหนดให้ทุกหน่วยงานใช้แบบฟอร์มเดียวกันและการบันทึกรายงานต้องให้ครบทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ชนิดของอุบัติการณ์ความเสี่ยง การเขียนบรรยายเหตุการณ์การสรุปข้อบกพร่องรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และการดำเนินการแก้ไขปัญหามา ขั้นตอนที่ 4 การส่งแบบฟอร์มบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไปยังงานความเสี่ยงโรงพยาบาล โดยพิจารณาความเร่งด่วนในการ

ส่งรายงานจากระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คืออุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับไม่รุนแรง เอถึงดี (A-D) ให้ส่งรายงานได้ภายในเวลา 7 วัน อุตบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรงปานกลางระดับอี ถึง เอฟ (E-F) ส่งรายงานภายใน 3 วัน อุตบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง จี เอช ไอ (G,H,I) ต้องส่งรายงานภายในเวลา 24 ชั่วโมงอย่างไรก็ตาม

ปัญหาและอุปสรรค คือ บุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทำให้มีการเขียนรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง และการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ถูกต้องครบถ้วน ผิดเส้นทางเดินของรายงาน และไม่ปฏิบัติตามกำหนดเวลา

ข้อเสนอแนะ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรมีการนิเทศติดตาม ตรวจสอบเกี่ยวกับกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ ควรปรับปรุงแบบการเขียนบันทึกการรายงานเป็นแบบ S-BAR และควรมีตัวอย่างเส้นทางเดินการรายงานที่ชัดเจนให้บุคลากรดูเป็นตัวอย่าง

ด้านผลลัพธ์

ด้านผลลัพธ์ พบว่าร้อยละของจำนวนการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ส่งไปยังงานความเสี่ยงโรงพยาบาล และร้อยละของจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

การอภิปรายผล

ด้านโครงสร้างของระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์ จากการศึกษาพบว่านโยบายเกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นวิธีการหนึ่งในขั้นตอนการค้นหาความเสี่ยงในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ดังนั้นนโยบายดังกล่าวจึงเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายระบบบริหารความเสี่ยง (Suphachutikul, 2000) ในด้านนี้พบปัญหาอุปสรรคคือ มีการชี้แจงเกี่ยวนโยบายไม่ละเอียด ชัดเจนและทั่วถึง อาจเนื่องมา

จากการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ส่วนใหญ่จะถูกถ่ายทอดจากหัวหน้าหน่วยงานในที่ประชุมประจำเดือน และเป็นการสื่อสารแบบเป็นทางการโดยไม่มีการเน้นย้ำ เป็นการสื่อสารทางเดียว และลักษณะงานที่ต้องสลับเปลี่ยน หมุนเวียนกันขึ้นปฏิบัติงานทำให้บุคลากรไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ครบถ้วน ซึ่งการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจน แก่บุคลากรให้ครบทุกคน และการอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะทำให้บุคลากรทุกคนรับทราบนโยบายเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเกิดความเข้าใจระบบการรายงานได้มากขึ้น ด้านโครงสร้างกรรมการพบว่ามีคณะกรรมการเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นคณะเดียวกันกับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งจำเป็นต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และหาแนวทางป้องกันความเสี่ยง มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดูแลควบคุม งานด้านการบริหารความเสี่ยงซึ่งรวมถึงการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ส่วนในระดับหอผู้ป่วย บุคลากรทุกคนมีทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหอผู้ป่วย สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่ากิจกรรมที่เป็นการจัดการกับความเสี่ยงถือเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทุกคน (Suphachutikul, 2000) จากการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระงานมาก ทำให้การนิเทศติดตามเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่ทั่วถึง เนื่องจากลักษณะงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นจะต้องปฏิบัติภารกิจที่หลากหลาย เช่น การบริหารและการนำองค์กร การบริหารและฟื้นฟูด้านวิชาการ การวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ และการให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน (Nursing Organization of Nakornping Hospital, 2014) ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่าควรมีผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยในการช่วยนิเทศ ติดตาม ด้านการสื่อสารนโยบาย มีการสื่อสารนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ 3 ช่องทาง คือการสื่อสารผ่านสายการบังคับบัญชาเนื่องจากเป็นรูปแบบการสื่อสาร

หลักในองค์กรของรัฐซึ่งมีโครงสร้างการสื่อสารโดยทั่วไป เป็นการสื่อสารจากผู้บังคับบัญชาไปยังผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นช่องทางที่บุคลากรจะได้ทราบนโยบายได้อย่างทั่วถึง (Srisatidnarakul, 2008) ส่วนการสื่อสารนโยบาย ผ่านช่องทางโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากโรงพยาบาลนครพิงค์มีระบบการบริหารความเสี่ยงอยู่ภายใต้การพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนั้นการสื่อสารนโยบาย ที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยอาศัยโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพจึงนับว่าเป็นช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม (Healthcare Accreditation Institute, 2015) และการสื่อสารโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ รวมถึงสารสนเทศของโรงพยาบาล นับว่าเป็นช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว ทันเวลา สามารถช่วยให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ (Srisatidnarakul, 2008) ส่วนสิ่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมากขึ้นได้แก่การปรับปรุงด้านเอกสารและระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้่าย สะดวกต่อการรายงาน มีช่องทางการรายงาน 3 ช่องทางทำให้บุคลากรสามารถมีทางเลือกในการรายงานได้หลายช่องทาง (Atchalee & Tosing, 2003) สอดคล้องกับ NPSA (2004) ที่แนะนำว่าควรมีการวางระบบการรายงานความเสี่ยงทั้งขั้นตอนวิธีการรายงาน รวมถึงมีการสนับสนุนด้านเอกสารที่เกี่ยวข้องคล้ายคลึงกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบรายงานอุบัติการณ์ออนไลน์เพื่อสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลบ้านตาก พบว่าการพัฒนาระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ (Maakchoo, 2014)

ในด้านกระบวนการของการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลกำหนดให้ทุกหน่วยงานและบุคลากรทุกคน มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามขั้นตอนในการรายงานของโรงพยาบาล โดยใช้แบบฟอร์มในการบันทึกรายงานแบบเดียวกัน โดยมีการประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ 9 ระดับ และมีการรายงานด้วยวาจา หรือรายงาน

ทางโทรศัพท์ ซึ่งพิจารณาตามความเร่งด่วนของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากตามนโยบายระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์ กำหนดให้มีการประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อให้หน่วยงานทราบแนวโน้มของการเกิดความเสี่ยง และทราบลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในหน่วยงาน รวมทั้งทราบจุดเริ่มต้นของการวางแผนป้องกัน หรือแก้ไขปัญหา และสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม (Nakornping Hospital Chiangmai, 2014) เพื่อวางแผนในการจัดการได้อย่างถูกต้องโดยมีมาตรฐานเดียวกัน (Suphachutikul, 2000) คล้ายคลึงกับการศึกษาที่พบว่าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลลำพูนได้มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการประเมินความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมีการกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์ไว้อย่างชัดเจนตั้งแต่ระดับ A ถึง I ขั้นตอนต่อจากนั้นส่งแบบฟอร์มที่บันทึกการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงไปยังงานความเสี่ยงโรงพยาบาลตามเวลาที่กำหนด ตามนโยบายระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (Wiboonma, 2013) ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรได้ปฏิบัติขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามนโยบายการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวทางและกำหนดเวลาในการส่งการรายงานในลักษณะเดียวกัน (Nakornping Hospital Chiangmai, 2014) อย่างไรก็ตาม พบว่าบุคลากรยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการประเมินระดับความรุนแรง และการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยอาจเนื่องจากบุคลากรดังกล่าวไม่ได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง คล้ายคลึงกับการศึกษาของจิรกุล ต้นวัฒนากุล และศรีทวน วิบูลย์มา ที่พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานบางคนขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ เนื่องจากบุคลากรไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหาร ความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

รวมถึงไม่มีตัวอย่างการประเมิน ซึ่งควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างทั่วถึง (Tanwattanakun, 2012; Wiboonma, 2013)

ส่วนด้านผลลัพธ์ จากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผลลัพธ์ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คือ รายงานน้อยกว่าความเป็นจริง และบันทึกการรายงานไม่ถูกต้องสมบูรณ์ น่าจะเป็นผลมาจากดำเนินการและปัญหาอุปสรรคทั้งด้านโครงสร้าง และด้านกระบวนการ ดังที่ปรากฏในเนื้อหาที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian (2003) ที่กล่าวว่า คุณภาพด้านโครงสร้างการให้บริการที่ดีจะส่งผลต่อกระบวนการให้บริการมีคุณภาพและเมื่อกระบวนการให้บริการมีคุณภาพจะส่งผลให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีคุณภาพตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในแต่ละด้านดังนี้

ด้านโครงสร้าง

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรส่งเสริมการรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแก่บุคลากรให้มากยิ่งขึ้น โดยเน้นย้ำ รมณรงค์ สนับสนุนการปฏิบัติ และติดตามประเมินผล
2. ควรส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาความรู้ทักษะ ประสบการณ์ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
3. นำเสนอปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค ต่อผู้บริหารเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ

พัฒนาและปรับปรุงระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้เข้าถึงและใช้งานได้ง่าย

4. ส่งเสริมและสร้างบรรยากาศความปลอดภัยในการรายงานอุบัติการณ์

5. ติดตามมาตรการกระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ด้านกระบวนการ

1. เสนอปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาปรับแบบฟอร์มการรายงานโดยไม่ระบุชื่อผู้รายงาน

2. ให้ข้อเสนอแนะต่อฝ่ายการพยาบาลเพื่อพิจารณาจัดทำคู่มือเกี่ยวกับ กระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พร้อมตัวอย่างที่ชัดเจน และเข้าใจได้ง่ายและแจกจ่ายให้ทั่วถึง

ด้านผลลัพธ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการทบทวนติดตามข้อมูลจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงกับหน่วยงานอื่น เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการรายงานของฝ่ายการพยาบาลและโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานอื่น ๆ โรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงเพื่อให้ใช้ประโยชน์จากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Atchalee, R., & Tosing, A. (2003). *Nurses with risk management in surgical patients*. Bangkok: LT Press. (In Thai)
- Connie R. C., & Mary, K. T. (2010). Quality, Patient safety and the Board. *Nursing Economic*. 28(4), 273-5.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press.

- Hwang, J. I., Lee, S., & Park, H. (2012). Barriers to the Operation of Patient Safety Incident Reporting Systems in Korean General Hospitals. *Healthcare Informatics Research*, 18(4), 279-286.
- Maakchoo, P. (2014). *The Development of online incidence reporting system to support Ban-Tak Hospital risk management* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Mccloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2000). *Nursing Interventions Classification: Incident reporting*. (3rd ed). Toronto: A Harcourt Health Sciences company.
- Medical Intensive Care Unit 1. (2016). *The unit performance with service profile in 2016*. Chiang Mai: Nakorping Hospital. (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2017). *National Health Development Plan 2017-2021* (12th ed.). Retrieved from http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf (In Thai)
- Nakamura, N., Yamashita, Y., Tanihara, S., & Maeda, C. (2014). Effectiveness and Sustainability of Education about Incident Reporting at a University Hospital in Japan. *Healthcare Informatics Research*, 20(3), 209-215. doi:10.4258/hir.2014.20.3.209
- Nakorping Hospital, Chiang Mai. (2014). *Risk Management System Policy*. Chiang mai: Nakorping Hospital. (In Thai)
- Nakorping Hospital Risk Management Team. (2016). *The result of Nakorping Hospital Risk Management*. Chiang mai: Department of quality development in Nakorping Hospital. (In Thai)
- National Patient Safety Agency (NPSA). (2004). *Seven steps to patient safety*. Retrieved from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections>.
- Nurse Ausmed. (2014). *How to Write an Incident Report*. Retrieved from <http://www.ausmed.com.au/blog/entry/how-to-writean-incident-report>.
- Nursing Division, Ministry of Public Health. (2008). *The development of nursing quality for worthiness* (2nd ed.). Bangkok: Sam Charoen Panit Company. (In Thai)
- Nursing Organization of Nakorping Hospital. (2014). *Administration guidelines for Nursing Organization*. Chiang mai: Nakorping Hospital. (In Thai)
- Pham, J. C., Girard, T., & Pronovost, P. J. (2013). What to do with healthcare Incident Reporting Systems. *Journal of Public Health Research*, 2(e27), 154-159.
- Photikul, R. (2014). *The Analysis of risk management in Medical unit: Maharaj Nakorn Chiang mai Hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2008). *Leadership and Strategy for the 21st Century of Nursing Organization Management*. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Srivichai, S. (2014). *The Analysis of risk management in Sub-NICU: Nakorping Hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)

- Suphachutikul, A. (2000). *Hospital Risk Management System*. Bangkok: Design. (In Thai)
- Tansirisittikul, R. (2012). *The Report of Patient safety system development review*. Retrieved from <http://www.shi.or.th>. (In Thai)
- Tanwattanakun, J. (2012). *The Analysis of risk management in Outpatient chemotherapy units: Maharaj-Nakorn-Chiangmai Hospital* (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Thaidamrong, P. (2015). *The development of risk management strategy in regional and general hospitals, 17th inspection areas* (Master's thesis, Kamphaeng Phet Rajabhat University). (In Thai)
- Victorian Government. (2011). *Victorian health incident management policy guide*. Retrieved from <http://www.health.vic.gov.au/clinrisk/vhims>
- Victorian Government. (2013). *Incident reporting instruction*. Retrieved from <http://www.dhs.vic.gov.au/funded-agency-channel>
- Wiboonma, S. (2013). *The Analysis of risk management in Outpatient Medical unit: Lamphun Hospital*. (Independent Study, Chiangmai University). (In Thai)
- Winship, D. (1989). *Nurses's perception of incident reporting*. Canada: Department of Educational Administration.
- World Health Organization. (2005). *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems*. Retrieved from <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/lit/further>
- World Health Organization.(2017). *Situation analysis and priority setting*. Retrieved from <http://www.who.int/nationalpolicies/processes/priorities/en>