

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การใช้การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรยายการรับรู้เกี่ยวกับการใช้การบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติ การพยาบาล ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข การดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ การดำเนินการวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบธรรมชาติวิทยา และใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ที่มีประสบการณ์ตรงในการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง เป็นวิธีหลัก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับการสังเกต การสนทนอย่างไม่เป็นทางการ และศึกษาเอกสาร แบบบันทึกต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ศึกษาได้ ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน เมษายน 2546 ถึง กุมภาพันธ์ 2547 จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (Theoretical Saturation) สำหรับผลการวิจัย ผู้วิจัยแยกนำเสนอใน 4 ส่วน ไปพร้อมกับการอภิปรายผลการวิจัยในส่วนที่ 3 และ 4 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ที่ทำการศึกษา

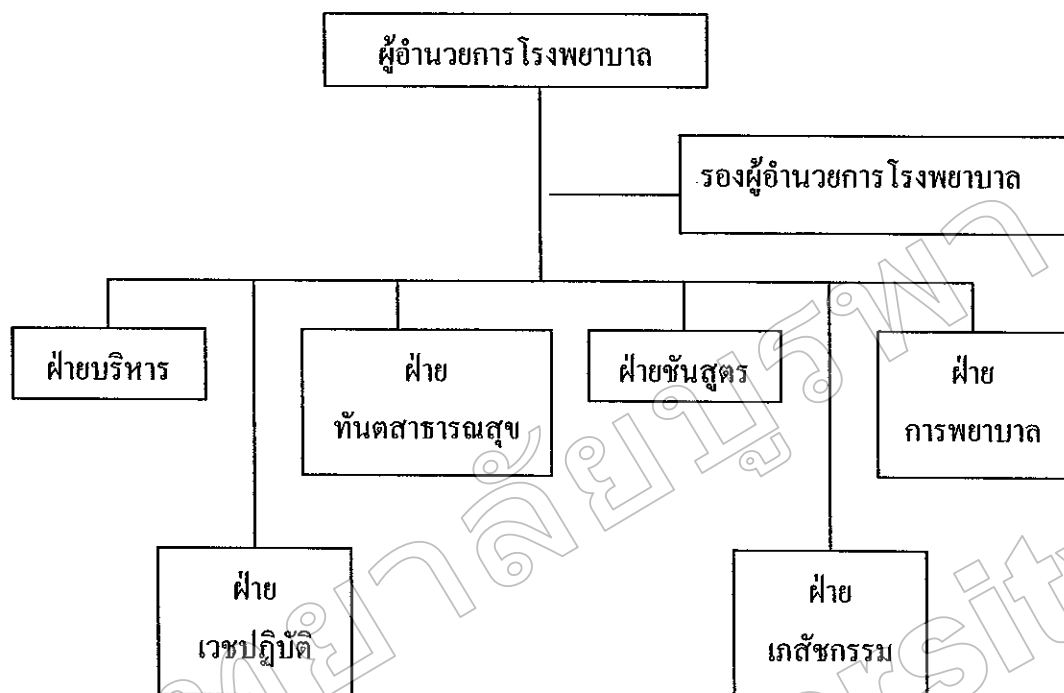
ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 3 โครงสร้างของการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง

ส่วนที่ 4 ประสบการณ์ในการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ที่ทำการศึกษา

พื้นที่ที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ ขนาด 120 เตียง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการกีดกันขอบในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในเขตอำเภอซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล รวมทั้งอำเภอใกล้เคียง ครอบคลุมพื้นที่กว่า 700 ตารางกิโลเมตร และประชาชนกว่า 130,000 คน มีบุคลากรจำนวนทั้งสิ้น 399 คน โรงพยาบาลจัดเป็นสถานบริการหลักเครือข่ายปฐมภูมิ ให้บริการรักษาพยาบาลทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยแบ่งการบริหารงานของโรงพยาบาลเป็น 6 ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายทันตสาธารณสุข ฝ่ายเวชปฏิบัติ และฝ่ายชันสูตร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาล

ในส่วนของกลุ่มงานการพยาบาลนั้นได้แบ่งหน่วยงานในความรับผิดชอบออกเป็น 5 หน่วยงาน คือ

1. งานผู้ป่วยนอก ซึ่งจะครอบคลุมงานตรวจโรคผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน
2. งานสูติกรรม และห้องคลอด
3. งานห้องผ่าตัด และวิสัญญี
4. งานผู้ป่วยใน สามารถรับผู้ป่วยได้ 120 เตียง โดยแบ่งออกเป็น 4 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยหลังคลอด และกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยพิเศษซึ่งจะรับผู้ป่วยอายุรกรรม และกุมารเวชกรรมทั้งชาย และหญิง

5. งานหน่วยจ่ายกลาง และซักฟอก

ในแต่ละงานจะมีหัวหน้าหน่วยงานดำเนินการบริหารงาน และมีหัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลเป็นหัวหน้างานการรักษายาบาล มีปรัชญาของกลุ่มงาน คือ การให้บริการอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย) อย่างเป็นองค์รวม ด้วยมาตรฐาน จริยธรรมของวิชาชีพ และเคารพสิทธิของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัย เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เมื่อมีการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน แยกเป็นพยาบาลจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 คน ศัลยกรรม 1 คน หอผู้ป่วยพิเศษ 1 คน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 คน ห้องคลอด 1 คน ห้องผ่าตัด 1 คน งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 1 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน ผู้ร่วมวิจัย มีอายุตั้งแต่ 22-42 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-40 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และปริญญาโท จำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะ	จำนวน (n = 10)
อายุ (ปี)	
< 30 ปี	2
30-40 ปี	6
40 ปีขึ้นไป	2
วุฒิการศึกษา	
ปริญญาตรี	6
ปริญญาโท	4
สถานภาพสมรส	
โสด	4
คู่	6
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ	
1-5 ปี	2
5-10 ปี	3
10 ปีขึ้นไป	5
การเข้ารับการอบรม เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	
เคย	2
ไม่เคย	8

ส่วนที่ 3 โครงสร้างการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษานี้มีนโยบายที่จะเข้าสู่ระบบการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งจะสังเกตเห็นข้อความ “มุ่งมั่นสู่ระบบคุณภาพโรงพยาบาล” เป็นการประกาศจุดยืนนี้ไว้อย่างชัดเจนบนป้ายโฆษณาขนาดใหญ่บริเวณตึกตรวจโรค และได้กำหนดวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลว่า “โรงพยาบาล...จะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพในปี 2547 ” ผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า ในปี 2544 โรงพยาบาลเริ่มการพัฒนาคุณภาพ ตามแนวทางของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยในเรื่องของการบริหารความเสี่ยง เริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร

ความเสี่ยงขึ้น ซึ่งในระยะแรกนั้นคณะกรรมการประกอบด้วยหัวหน้าฝ่าย และหัวหน้าหน่วยงาน ทุกหน่วย จากการศึกษาเอกสารการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และการให้ข้อมูล ของผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบว่า ในระยะแรกรูปแบบ ของการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน และเป็นไปอย่างล่าช้า ภายหลังจากการดำเนินงานมาได้ 1 ปี จึงได้มีการ เปลี่ยนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงใหม่ ซึ่งจากการศึกษาเอกสารรายงานการประชุม ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 ในเดือนตุลาคม 2545 และจาก การสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย พบว่า คณะกรรมการประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลได้มีการปรับ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลใหม่ เนื่องจาก คณะกรรมการเดิมมีจำนวนมาก เกินไป และบางคนเป็นคณะกรรมการซ้ำซ้อนกันหลายงาน มีหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่าง มีผลให้ การนัดหมายเพื่อประชุมในวาระต่าง ๆ เป็นไปได้ยาก เกิดความไม่คล่องตัวในการดำเนินงาน ทำให้งานไม่มีประสิทธิภาพ

ในปี 2546 จึงได้มีการปรับโครงสร้างคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงให้มีจำนวน น้อยลง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงาน ซึ่งผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยการเลือกตัวแทนจากฝ่ายต่าง ๆ ทั้ง 5 ฝ่าย คือ ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายทันตกรรม ฝ่ายบริหาร ฝ่ายเวชปฏิบัติ และฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบ และดูแลงาน การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานที่ตนรับผิดชอบ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงงานจาก คณะกรรมการของโรงพยาบาลไปถึงทุกฝ่ายได้ง่ายขึ้น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของ โรงพยาบาลมีจำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้จัดการความเสี่ยง รองผู้จัดการความเสี่ยง กรรมการ เลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงโดยตำแหน่ง สำหรับการแต่งตั้งผู้จัดการความเสี่ยงนั้น พิจารณาจากผู้ที่มีศักยภาพ และ สามารถที่จะตัดสินใจแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ ส่วนรองผู้จัดการความเสี่ยง กรรมการ เลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการนั้น ผู้จัดการความเสี่ยงเป็นผู้คัดเลือก โดยพิจารณาจากผู้ที่เคย ปฏิบัติงานในเรื่องการบริหารความเสี่ยงมาก่อน หรือเป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการ บริหารความเสี่ยง และเป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้มาก และจากฝ่าย เวชปฏิบัติ โดยไม่มีการระบุจำนวนจากแต่ละฝ่าย แต่จะครอบคลุมการบริหารงานทั้ง 5 ฝ่ายของ โรงพยาบาล คณะกรรมการประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และ ตัวแทนจากฝ่ายบริหาร ดังนี้

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. ทันตแพทย์ | เป็นผู้จัดการความเสี่ยง |
| 2. แพทย์ | เป็นรองผู้จัดการความเสี่ยง |
| 3. เจ้าหน้าที่การเงิน | เป็นกรรมการ |

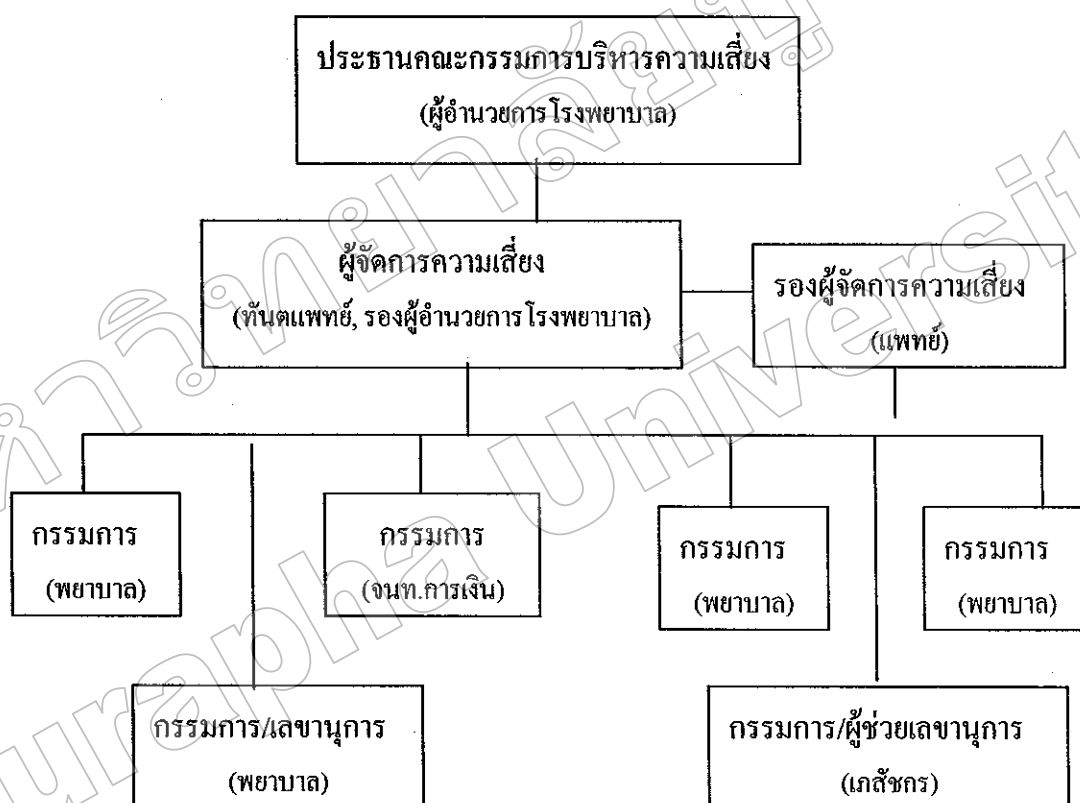
4. พยาบาล

เป็นกรรมการ และเลขานุการ

5. เกษักร

เป็นกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

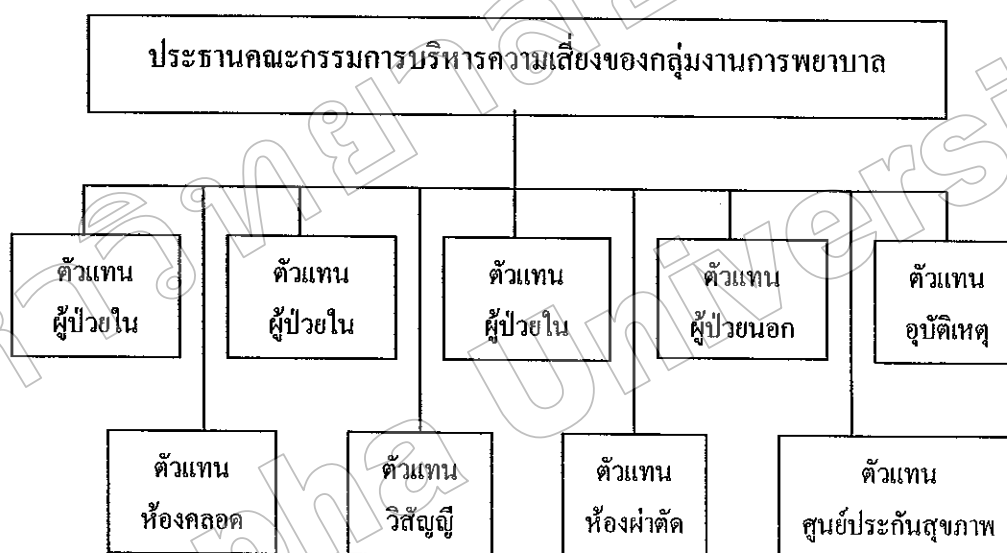
สำหรับพยาบาลที่คัดเลือกมานั้น เป็นพยาบาลจากงานผู้ป่วยนอก 1 คน งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 1 คน งานเวชปฏิบัติ 1 คน และจากงานผู้ป่วยใน 1 คน ส่วนเจ้าหน้าที่การเงินเป็นตัวแทนจากฝ่ายบริหาร สำหรับโครงสร้างของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอสรุปเป็นแผนภูมิ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงโครงสร้างคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

นอกจากนี้เพื่อให้การดำเนินงานสามารถเชื่อมโยงจากคณะกรรมการของโรงพยาบาลไปยังหน่วยงานต่าง ๆ จึงได้มีการแต่งตั้งตัวแทนจากทุก ๆ หน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อเป็นกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน โดยจะรับผิดชอบการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน สำหรับโครงสร้างของคณะกรรมการระดับหน่วยงานนี้ผู้วิจัยขอเสนอเฉพาะในส่วนของกลุ่มงานการพยาบาล คือ แต่ละหน่วยงานจะเลือกพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นหัวหน้า หรือรองหัวหน้าหน่วยงาน และไม่จำเป็นต้องผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบริหาร

ความเสี่ยง แต่จะพิจารณาที่ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นทราบได้ และพิจารณาหน้าที่รับผิดชอบที่ทำอยู่ โดยจะไม่ให้มีหน้าที่ซ้ำซ้อน หรือรับผิดชอบหลายด้านมากเกินไป แต่จะเป็นในลักษณะของการกระจายหน้าที่รับผิดชอบ คือ ให้ทุกคนมีส่วนในการรับผิดชอบงานต่าง ๆ ของหน่วยงาน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการเป็นคณะกรรมการ คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงระดับหน่วยงานของกลุ่มงานการพยาบาลมีจำนวน 10 คน ประกอบด้วยประธาน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล และกรรมการซึ่งเป็นตัวแทนจากหอผู้ป่วยใน จากงานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด วิทยาลัย และจากศูนย์ประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปเป็นแผนภูมิ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงโครงสร้างคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานขององค์กรพยาบาล

จากการศึกษาเอกสารรายงานการประชุม พบว่า ในระยะแรก (ปี 2545) ของการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อแนวทางในการดำเนินงานมีความชัดเจนมากขึ้นจึงปรับแผนการประชุมโดยเลื่อนระยะเวลาออกไปเป็นเดือนละ 2 ครั้ง และในการประชุมเมื่อเดือนมิถุนายน 2546 คณะกรรมการได้กำหนดให้มีการประชุมเดือนละ 1 ครั้งจนถึงปัจจุบัน จากการศึกษาดูเอกสารการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง พบว่า ได้มีการกำหนดแผนในการดำเนินงานตามขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง และประกาศให้บุคลากรทุกคนทราบโดยการชี้แจงในการประชุม

2. กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน คือ

2.1 หน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล

2.1.1 สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยการจัดประชุม หรือการอบรม

2.1.2 รับเรื่อง และทบทวนอุบัติการณ์ที่เป็นปัญหาของฝ่ายต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ที่ประสบเหตุการณ์ เพื่อจัดการแก้ไขปัญหา หรือข้อร้องเรียนนั้นอย่างเหมาะสม และทันทั่วทั้งใน และนอกเวลาราชการ

2.1.3 ร่วมกับผู้จัดการความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง และดำเนินการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยง

2.1.4 ค้นหาความเสี่ยงที่หน่วยงาน หรือฝ่ายต่าง ๆ ไม่เคยประสบมาก่อน ซึ่งเป็นกิจกรรมเชิงรุก เพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

2.1.5 รวบรวมข้อมูลความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ต่าง ๆ และนำมาวิเคราะห์ เพื่อค้นหาแนวโน้มของความเสี่ยง

2.1.6 กำหนดมาตรการ หรือเสนอแนะแนวทาง เพื่อป้องกัน หรือลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในโอกาสต่อไปพร้อมทั้งเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ทราบทั่วทั้งโรงพยาบาล พร้อมทั้งติดตาม ควบคุม และประเมินผลให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทาง หรือมาตรการที่กำหนดไว้

2.1.7 จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงทุก 3 เดือน เสนอต่อผู้อำนวยการ และคณะกรรมการประสานคุณภาพโรงพยาบาล

2.2 หน้าที่รับผิดชอบของกรรมการระดับหน่วยงาน

2.2.1 ค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน

2.2.2 รวบรวม และวิเคราะห์ความเสี่ยง

2.2.3 ควบคุม และจัดการความเสี่ยง

2.2.4 ประเมินผล

2.2.5 รวบรวมรายงานอุบัติการณ์ และข้อร้องเรียน ส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทุก 3 เดือน

2.2.6 ปรับปรุงการจัดการความเสี่ยง

3. กำหนดแผนปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล คือ

3.1 ออกแบบระบบการบริหารความเสี่ยง คือ

3.1.1 ปรับปรุงแบบฟอร์มใบรายงานอุบัติการณ์

3.1.2 การเก็บรวบรวมรายงานอุบัติการณ์

3.1.3 การจัดทำบัญชีรายชื่อความเสี่ยง

3.1.4 จัดทำแนวทางการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล

3.1.5 การวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน

3.1.6 จัดทำแนวทาง หรือมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน

3.2 นำระบบการบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ โดย

3.2.1 การให้ความรู้ และทำความเข้าใจระบบแก่บุคลากร

3.2.2 ทดลองใช้ระบบการบริหารความเสี่ยง

3.2.3 ปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยง

3.3 การเฝ้าระวังระบบ โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน

3.4 การสรุปรายงานผลการดำเนินงานเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการนโยบายคุณภาพ โรงพยาบาล

จากผลการวิจัย ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลที่ศึกษา กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อเข้าสู่ระบบการพัฒนา และรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายไว้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพในปี 2547 การดำเนินการเพื่อการพัฒนาคุณภาพนั้น เป็นไปตามแนวคิดของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งระบบบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในประเด็นหลักในการรับรอง เนื่องจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ต้องผ่านการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ต้องผ่านการตรวจสอบจึงต้องมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงของ พรพ. เช่นกัน ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย ผู้บริหารจึงได้ประกาศนโยบายให้มีการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ และมีการจัดโครงสร้างการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบวางแผน และแนวทางในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน

การประกาศนโยบายของผู้บริหาร ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการกำหนดทิศทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนให้กับบุคลากร เนื่องจากการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบงาน ดังนั้นผู้บริหารระดับสูงจึงต้องมีส่วนร่วมเป็นกลไกในการชี้นำ และ

ตัดสินใจให้กับผู้ปฏิบัติได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2544) นโยบายที่ชัดเจนจะช่วยให้ผู้บริหาร และคณะกรรมการตลอดจนบุคลากรในองค์กรเกิดความเข้าใจที่ตรงกันต่อการบริหารความเสี่ยง สามารถมองความเสี่ยงในทิศทางเดียวกัน และเมื่อทุกหน่วยงานในองค์กรมีวิธีการในทางเดียวกัน ก็จะส่งผลต่อการบริหารความเสี่ยงเกิดประสิทธิผลสูงสุด (ไพรัชวอเตอร์เฮาส์เปอร์ส, 2546) จากผลการวิจัย พบว่า การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงได้มีการจัดโครงสร้างใน 2 ระดับ คือ ระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน ซึ่งได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ และแผนการดำเนินงานของ ทั้ง 2 ระดับอย่างชัดเจน โดย หน้าที่ของผู้บริหาร พบว่า รายละเอียดของเอกสารประกาศนโยบาย ของโรงพยาบาล ได้ระบุถึงบทบาทหน้าที่ของฝ่ายบริหาร รวมถึงการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง และสิ่งที่จะต้องทำ ที่สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล และคณะ (2544) คือ การจัดให้มี ระบบการบริหารความเสี่ยง และการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลในภาพรวม และแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

1. การจัดให้มีระบบการบริหารความเสี่ยง พบว่ามีการกำหนดให้มีการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอนมาปฏิบัติเหมือนกัน มีการจัดทำคู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานที่ชัดเจน เน้นในเรื่องการบริหารความเสี่ยงในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ โดยให้มีการค้นหาความเสี่ยงในทุกหน่วยงานและมีการกำหนดมาตรการในการป้องกัน และแก้ไข

นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบรายงาน ฐานข้อมูลของความเสี่ยงทั้งหมดของโรงพยาบาล โดยได้จัดให้มีระบบของการรายงานอุบัติการณ์ การนำบัญชีรายการความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานมารวบรวม และจัดทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

2. การกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวม และในแต่ละส่วน พบว่ามีการแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน พร้อมทั้งกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็น ประธาน มีองค์กรแพทย์ พยาบาลในหน่วยงานพิเศษ เช่น จากแผนกฉุกเฉิน ด้านบริการ สนับสนุนจากแผนกการเงิน และด้านบริการวิชาชีพจากฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งมีความแตกต่างจาก ข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (The Risk Management Committee) ของ พรพ. ที่เสนอว่า คณะกรรมการควรประกอบด้วยผู้อำนวยการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หรือหัวหน้าพยาบาล ผู้บริหารด้านบริการวิชาชีพ ด้านบริการสนับสนุน ด้านการเงิน ด้านทรัพยากรบุคคล ประธานคณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ พยาบาลในหน่วยงานพิเศษ เช่น ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน หัวหน้าแผนกซ่อมบำรุง หัวหน้าแผนกเวชระเบียน และผู้ประสานงานคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2543) เนื่องจาก แนวทางในการดำเนินงานของ พรพ. นั้นเป็นการเสนอในภาพกว้างเพื่อเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลต่าง ๆ จะนำไปปรับใช้ ให้เหมาะสมกับโครงสร้าง

และขนาดขององค์กร ซึ่งในส่วนนี้โรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการปรับโครงสร้างของคณะกรรมการให้ครอบคลุมทุกฝ่ายของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการแต่ละคนจะรับผิดชอบในการดูแลแต่ละฝ่าย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับวินเซนต์ (Vincent, 2001) ที่ว่า การตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับขนาด และคุณสมบัติเฉพาะ (Specialties) ของบุคลากรของโรงพยาบาล แต่ตำแหน่งของการปฏิบัติงานควรประกอบด้วย 1) ประธาน ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ 2) หัวหน้ากลุ่มงานจากสหสาขาวิชาชีพ 3) ผู้รับผิดชอบด้านการเงิน 4) ผู้จัดการความเสี่ยง 5) หัวหน้าพยาบาล และ 6) ผู้ที่มีประสบการณ์ และความรู้ด้านกฎหมาย และการประกันภัย

ในส่วนของการบริหารความเสี่ยง พบว่า สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ (2544) ที่ระบุว่า องค์ประกอบของแผนบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลประกอบด้วย นโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องความปลอดภัยของโรงพยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง สิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงจะทำการส่งเสริมความปลอดภัยและรายงานที่ต้องการ การกำหนดโครงสร้าง หรือการสื่อสารสำหรับการบริหารความเสี่ยง โดยระบบบทบาทของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ในประเด็นนี้เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่าสอดคล้องกับข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของกรรมการบริหารความเสี่ยง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543) ซึ่งระบุถึงหน้าที่รับผิดชอบไว้ว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงต้องมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้สร้างความตื่นตัวเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงให้กับบุคลากรทั่วทั้งองค์กร มีการประชุมของคณะกรรมการ ร่วมกันทบทวนอุบัติการณ์ที่สำคัญเพื่อค้นหาจุดอ่อนในระบบ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อดูแนวโน้ม หรือค้นหาความเสี่ยง และเสนอแนวทางการป้องกัน หรือควบคุมความเสี่ยง รวมทั้งการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงาน และกลไกการป้องกันที่มีอยู่ และจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยง เสนอผู้อำนวยการ และคณะกรรมการ โรงพยาบาล

สอดคล้องกับไพรัชวอเดอร์เฮาส์เปอร์ส (2546) ที่ว่า กรอบของการบริหารความเสี่ยงควรมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละองค์กร ซึ่งควรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ

1. วัฒนธรรมองค์กร (Culture) คือ มีวัฒนธรรมในการบริหารความเสี่ยงในทุกๆ ระดับขององค์กร โดยผู้บริหารควรกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยง และชี้แจงสิ่งเหล่านี้ให้ทุกคนในองค์กรได้รับทราบ เพื่อจะได้ตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง

2. โครงสร้างการบริหารความเสี่ยง (Structure) คือ มีการกำหนดโครงสร้าง

การบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม และระบุถึงหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อการบริหารความเสี่ยงอย่างชัดเจน โดยถือว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบของทุกคนในองค์กร ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูง และพนักงาน

3. กระบวนการ (Process) คือ มีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง โดยมีการปรับปรุงกระบวนการให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานขององค์กรอยู่เสมอ

4. ปัจจัยพื้นฐาน (Infrastructure) คือ มีปัจจัยพื้นฐานที่ดี ได้แก่ มีบุคลากรที่มีความสามารถ มีการวัดผลการดำเนินงาน มีการให้ความรู้ และฝึกอบรม มีช่องทางในการสื่อสารทั้งภายใน และภายนอกองค์กร และมีวิธีการสอบทานคุณภาพเพื่อให้มั่นใจได้ว่าองค์กรสามารถดำเนินการบริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

นอกจากนี้การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การมีแนวทางปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้บริหาร และทีมงานโดยการฝึกอบรมให้มีความรู้ ในการบริหารความเสี่ยง ร่วมกับการติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้สะดวกมากขึ้น ส่วนเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติตามกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงบรรลุเป้าหมายได้ สอดคล้องกับ ชะตอ น้อยเผ่า (2544) ซึ่งได้ทำการศึกษากำหนดการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาสารคาม นครเชียงใหม่ พบว่า การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายที่ชัดเจน และหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะเสี่ยงอย่างทั่วถึง

การจัดการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ต้องอาศัยทักษะ เทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร และทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุ หรือพยากรณ์ความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น คือ ความมั่นใจในด้านการให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ควบคุมความสูญเสียด้านต่าง ๆ และช่วยป้องกันการปฏิบัติที่ผิดพลาด ไม่เหมาะสม (Malpractice Prevention) อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพของการบริการ

จากการศึกษาเอกสารแผนปฏิบัติการ พบว่า มีรายละเอียดของแผน รวมทั้งการกำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมจากแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ดังนี้

การกำหนดนโยบาย

ในการกำหนดนโยบายในการบริหารความเสี่ยงนั้น ผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นคณะกรรมการ

บริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และผู้ประสานงานคุณภาพ กล่าวว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จะประชุมกำหนดนโยบาย แล้วเสนอไปยังฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล ขอความเห็นชอบ แล้วจึงประกาศนโยบาย จากการศึกษาเอกสารประกาศนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมีนโยบายในการจัดการความเสี่ยงโดยมีกระบวนการ และระบบบริหารความเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัยทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ เพื่อให้การจัดการความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับฝ่าย และหน่วยงาน กระจายความรับผิดชอบ และให้ทุกหน่วยงานเกิดความคล่องตัว โดยรายละเอียดของนโยบายในเอกสารระบุ ดังนี้

1. กำหนดให้ทุกหน่วยงานจัดการบริหารความเสี่ยง โดยการค้นหา จัดทำบัญชีความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง มีการวางแผนป้องกัน ติดตามประเมินผล เพื่อการปรับปรุงได้ อย่างเป็นระบบ โดยจะเน้นความเสี่ยงทางด้านคลินิก
2. ฝ่ายบริหารมีหน้าที่จัดระบบบริหารความเสี่ยงโดยกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวม รวมทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงาน
3. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อดูแลปัญหา ประสานงานด้านความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับทราบ
4. มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีคู่มือ และมีแนวทางการปฏิบัติ
5. พัฒนาระบบการป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยงที่สำคัญ และเกิดบ่อย เพื่อเป็นคู่มือของหน่วยงาน นำไปสู่การปฏิบัติ และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
6. การรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้ดำเนินการในลักษณะที่เป็นการบรรยาย เหตุการณ์สั้น ๆ และไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิด และข้อขัดแย้งภายในองค์กร
7. พัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึก วิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาล

กำหนดหน้าที่รับผิดชอบ

การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และระดับหน่วยงานนั้น ผู้ร่วมวิจัยระบุว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้กำหนดเอง โดยอาศัยแนวทางจากการได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง และประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง โดยแยกหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับ โรงพยาบาล และระดับหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน ซึ่งจะแสดงไว้ในแผนภูมิการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

จากการศึกษาแผนภูมิการบริหารความเสี่ยง และการให้ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย พบว่า การดำเนินงานตามหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีรายละเอียด คือ

1. การสร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กร ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ประกาศนโยบาย ผ่านการประชุม และสื่อสารข้อมูลไปยังบุคลากรทุกระดับ มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงแก่พยาบาล ในเรื่อง กฎหมายวิชาชีพ และความเสี่ยงทางการพยาบาล มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติงานทั้งพยาบาล และผู้ช่วยเหลือทางการพยาบาล โดยผ่านทางหัวหน้าหน่วยงาน หรือกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน เป็นผู้ให้ความรู้ในขั้นตอนของการปฏิบัติ โดยยังไม่มีการอบรมให้ความรู้ในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการส่งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการบริหารความเสี่ยงไปศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพแล้ว จากการศึกษารายงานการประชุม พบว่า มีแผนในการให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงให้กับพยาบาล โดยจัดอบรมร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาล ประมาณเดือนธันวาคม 2546

2. การค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง และดำเนินการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยง รวมถึงการกำหนดมาตรการป้องกัน และการติดตามประเมินผล

ผู้วิจัยขอสรุปรวมเป็นการดำเนินการตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งกล่าวว่า การค้นหาความเสี่ยง จะเป็นลักษณะของการค้นหาความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาล โดยรวบรวมจากบัญชีรายการความเสี่ยงของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ให้ผู้รับผิดชอบ คือ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่รับผิดชอบดูแลหน่วยงานต่าง ๆ ติดตาม และให้คำแนะนำในการค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงาน รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ต่าง ๆ จากการรายงานอุบัติการณ์ นำมาวิเคราะห์ หรือประเมิน เพื่อดูแนวโน้มของการเกิดความเสี่ยง ทุก 3 เดือน โดยการนำรายการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลมาพิจารณา ระดับความถี่ที่เกิด และความรุนแรง เพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงนั้น ๆ โดยจะพิจารณาว่าความเสี่ยงนั้นสามารถแก้ไขได้ในหน่วยงาน หรือต้องมีการประสานการแก้ไขแบบคร่อมสายงาน และหากสามารถแก้ไขได้ในหน่วยงานจะให้หน่วยงานดำเนินการแก้ไขเอง พร้อมทั้งส่งมาตรการในการแก้ไขป้องกันให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งจะสามารให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้ ส่วนการดำเนินการแก้ไขปัญหาในกรณีคร่อมสายงาน คณะกรรมการฯ จะให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลรายละเอียดของปัญหา และแนวทางในการแก้ไขป้องกัน แล้วนำมาประชุมเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงร่วมกัน และประกาศให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยผ่านทางหัวหน้าหน่วยงาน

จากการศึกษาเอกสารการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในปี 2546 พบว่า เมื่อมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลแล้ว สามารถแบ่งความเสี่ยงที่พบได้เป็น 5 ประเภท ซึ่งในรายละเอียดของความเสี่ยงที่เกิด หรือจำนวนครั้งของการเกิด ผู้วิจัยไม่ขอกล่าวไว้ ณ ที่นี้ แต่จากการศึกษาเอกสารรายงานการประชุม และการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย พบว่า มีตัวอย่างของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างหน่วยงาน และเมื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ประชุมหน่วยงานที่เกิดปัญหา ทำให้ได้ข้อสรุปถึงแนวทางในการปฏิบัติ และป้องกันการเกิดความเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัย ระบุว่า หลังการประชุมแก้ไขปัญหมาแล้ว ปัญหาดังกล่าวก็ไม่เกิดขึ้นอีก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า ยังคงมีความเสี่ยงบางเรื่องที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ เนื่องจากหน่วยงานที่เกิดปัญหาไม่มีการประชุมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนี้จากเอกสารรายงานการประชุม ยังพบว่า หลังจากการดำเนินการแก้ไข และกำหนดมาตรการป้องกันแล้ว คณะกรรมการฯ จะติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง หรือมาตรการที่กำหนดไว้ โดยการสุ่มตรวจการปฏิบัติงาน และการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงในแต่ละเรื่อง หากพบข้อผิดพลาดก็จะแจ้งให้มีการดำเนินการแก้ไข ส่วนการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงนั้น จากการสังเกต พบว่า มีการเก็บข้อมูลความเสี่ยงประจำเดือน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่เฝ้าระวังของแต่ละหน่วยงานลงในแบบเฝ้าระวังความเสี่ยง และมีการแสดงผลลัพธ์ของแต่ละตัวชี้วัดในแต่ละเดือน เป็นกราฟติดไว้ที่บอร์ดหน้าหน่วยงาน เช่น เรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3. การรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาล จากการสังเกต พบว่า มีตู้รับเรื่องร้องเรียนอยู่ที่บริเวณหน้าหอผู้ป่วยทุกหอ รวมทั้งในทุกแผนกที่มีการให้บริการ โดยที่เมื่อผู้รับบริการเดินเข้าไปในอาคารจะสามารถเห็นได้อย่างชัดเจน เป็นตู้เล็ก ๆ สีแดงคล้ายตู้รับจดหมาย มีกุญแจล็อกตู้ไว้ และมีตัวหนังสือเขียนไว้หน้าตู้ว่า “ตู้รับเรื่องร้องเรียน” ซึ่งผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า ตู้รับเรื่องร้องเรียนจะติดตั้งไว้ทุกแผนก และเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้รับบริการในการส่งเรื่องร้องเรียนผ่านตู้ หรือบางครั้งผู้รับบริการรับรู้เองจากการสังเกตเห็นตู้ ส่วนการเปิดตู้เพื่อรับเรื่องร้องเรียนของทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลจะมีเจ้าหน้าที่ 2 คน ซึ่งเป็นคณะกรรมการคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ กรณีที่มีเรื่องร้องเรียนจะนำเข้าไปประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อหาข้อสรุป และการแก้ไข แล้วแจ้งให้หัวหน้าหน่วยงานที่เกิดเรื่องร้องเรียนทราบ เช่น ได้รับใบร้องเรียนเรื่องห้องน้ำไม่สะอาด ที่ประชุมได้ข้อสรุปโดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดนอกเวลาเพิ่ม 2 คน และจากการที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับญาติผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยแห่งหนึ่ง พบว่า ญาติผู้ป่วยทราบจากเจ้าหน้าที่ว่าสามารถเสนอข้อคิดเห็น หรือร้องเรียนเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจได้ โดยเขียนข้อที่

ต้องการร้องเรียนใส่ตู้ไว้ และได้กล่าวถึงผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา ดังตัวอย่างคำพูดของญาติผู้ป่วยรายหนึ่ง คือ .

“เค้ามีใบนะ ให้เราเขียนว่าเราเจออะไร เราไม่ชอบอะไร เราเขียนได้เลย แล้วเดี๋ยวนี้คือห้องน้ำสะอาด พื้นสะอาด ไม่สกปรกเหมือนเมื่อก่อน”

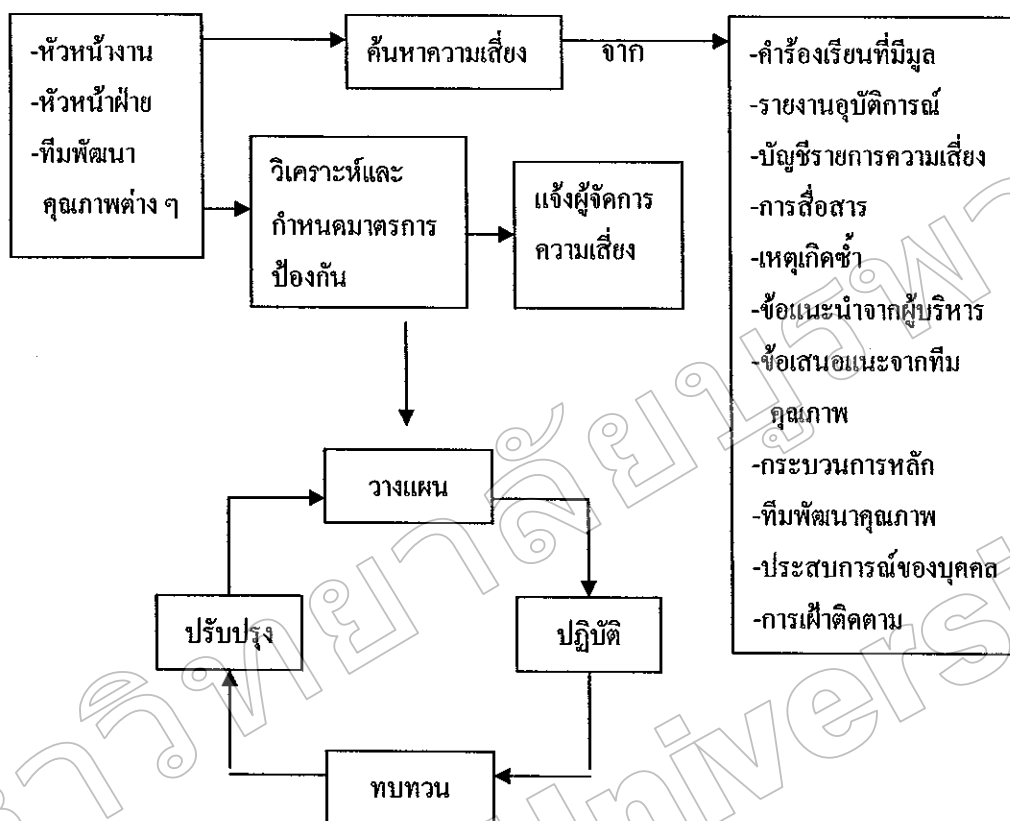
การดำเนินงานตามหน้าที่รับผิดชอบของกรรมการระดับหน่วยงาน

เอกสารรายงานการประชุม ระบุว่า การค้นหาความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน ให้รวบรวมทำบัญชีความเสี่ยงตามแนวทางเอกสาร HA และจากการรายงานอุบัติการณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า กรรมการความเสี่ยงของหน่วยงาน จะดูแลเรื่องระบบรายงาน เรื่องการบันทึกอุบัติการณ์ การบันทึกเหตุการณ์โดยใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังความเสี่ยง แล้วรวบรวมข้อมูลเป็นรายเดือน เสนอหัวหน้ากลุ่มงาน หรือฝ่าย และสรุปยอดการเกิดเหตุการณ์ใน 3 เดือน ส่งประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน นอกจากนี้ กรรมการความเสี่ยงของหน่วยงานจะเป็นตัวแทนในการประชุมของกลุ่มงาน เพื่อชี้แจงถึงปัญหาข้อขัดข้องต่าง ๆ ที่พบ เช่น จาการรายงานการประชุมตัวแทนความเสี่ยงของหน่วยงาน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่า คณะกรรมการระบุถึงปัญหาเรื่อง แบบฟอร์มบันทึกไม่ชัดเจน ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุได้ ระบบการส่งรายงานยังไม่ชัดเจน และไม่เป็นความลับ และการไม่เก็บข้อมูลความเสี่ยง ซึ่งปัญหาข้อขัดข้องเหล่านี้ ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน จะนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาเอกสารรายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ครั้งที่ 5 พบว่า ผลการประชุมได้ระบุถึง การแก้ปัญหา คือ มีการกำหนดให้เก็บใบรายงานอุบัติการณ์เป็นความลับ กำหนดผู้เข้าถึงข้อมูล คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้จัดการความเสี่ยง และประธานคุณภาพของโรงพยาบาล และให้เก็บใบรายงานอุบัติการณ์ร่วมกันไว้ที่เดียว โดยไม่เก็บไว้ที่หน่วยงาน นอกจากนี้ในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานจะมีการนำข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง และทำการควบคุมป้องกันความเสี่ยงโดยการทำการมาตรการป้องกัน ซึ่งจะเลือกทำใน 5 อันดับแรกที่สำคัญก่อน แล้วกำหนดตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน เพื่อติดตามผลการปฏิบัติ

กำหนดแผนปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

จากเอกสารรายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 ระบุว่า ให้คณะกรรมการ ฯ กำหนดแผนในการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารแผนปฏิบัติการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล พบว่า คณะกรรมการฯ ได้กำหนดกิจกรรม และช่วงเวลาในการปฏิบัติไว้ คือ

1. การออกแบบระบบการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การปรับปรุงแบบฟอร์มใบรายงานอุบัติการณ์ การเก็บรวบรวมรายงานอุบัติการณ์ การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน จัดทำแนวทางการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล การวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน และการจัดทำแนวทาง หรือมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน ซึ่งเริ่มในเดือนตุลาคม 2545 ผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล กล่าวว่า ให้ทุกหน่วยงานมีการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยให้หน่วยงานดำเนินการเอง และจะมีทีมผู้ช่วยเหลือ (Facilitator) หรือคณะกรรมการฯ เข้าไปช่วยดูแล ให้แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงานที่เกิดขึ้นจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ หรือจากบัญชีรายการความเสี่ยง และให้กำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ 5 อันดับแรก และจากการศึกษาเอกสารระเบียบปฏิบัติ พบว่า คณะกรรมการฯ ได้ออกระเบียบปฏิบัติในการค้นหาความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการป้องกัน ซึ่งระบุถึงวิธีปฏิบัติ แผนภูมิการไหลของการค้นหาความเสี่ยง รวมถึงแบบฟอร์มมาตรการป้องกันความเสี่ยง สำหรับแผนภูมิของการค้นหาความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการป้องกัน ดังภาพที่ 4

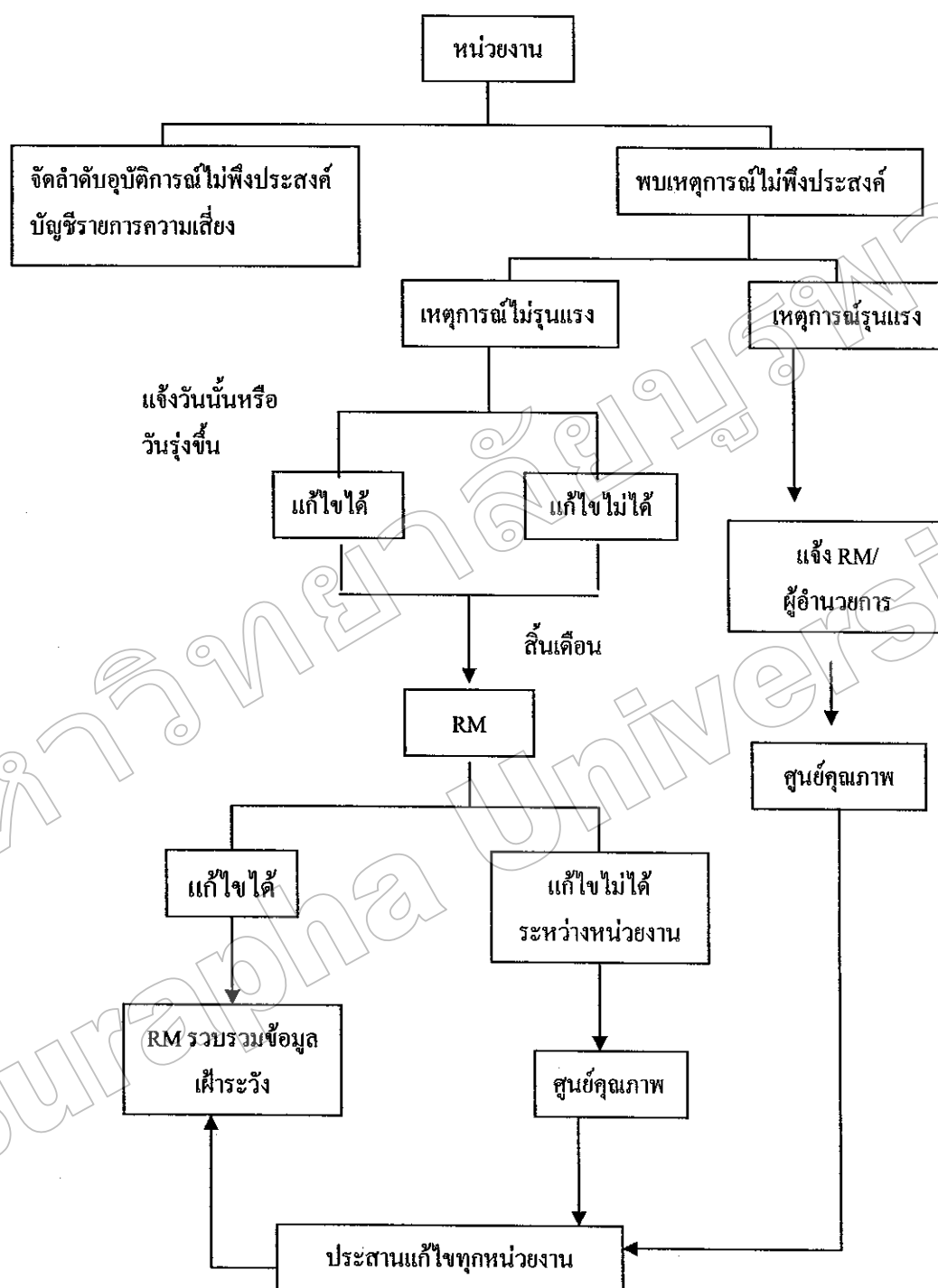


ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงการค้นหาความเสี่ยงและการกำหนดมาตรการป้องกัน

(ระเบียบปฏิบัติ เรื่องการค้นหาความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการป้องกัน, 2546, หน้า 4)

สำหรับการเก็บรวบรวมรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ร่วมวิจัยระบุว่า คณะกรรมการฯ ได้ออกแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ ตุลาคม 2545 โดยปรับปรุงจากแบบฟอร์มของสำนักการพยาบาล หรือกองการพยาบาลในปัจจุบัน เมื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติ คณะกรรมการฯ พบว่า ยังมีปัญหาในการเก็บข้อมูลเนื่องจากแบบฟอร์มไม่สมบูรณ์ จึงได้มีการปรับให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของงาน และสายการบังคับบัญชาของโรงพยาบาล และนำมาใช้เมื่อเดือน ธันวาคม 2545 จากการศึกษาเอกสารรายงานการประชุม และการให้ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นคณะกรรมการคุณภาพของโรงพยาบาล พบว่า แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ได้มีการปรับปรุงอีกครั้งเมื่อ เดือน ตุลาคม 2546 เพื่อให้แบบฟอร์มมีความเหมาะสมกับทุกหน่วยงาน เนื่องจากได้รับข้อมูลย้อนกลับของหน่วยงานเกี่ยวกับความสะดวก และครอบคลุมในการเขียน และแบบฟอร์มนี้ได้ใช้มาจนถึงปัจจุบัน สำหรับข้อมูลความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน คณะกรรมการ

บริหารความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นผู้รวบรวมส่งผ่านหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย และประธานความเสี่ยงของกลุ่มงาน แล้วเสนอข้อมูลให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งจะนำความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานมาวิเคราะห์สาเหตุ และแยกประเภทของความเสี่ยงที่เกิดทุก 3 เดือน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข และกำหนดมาตรการป้องกัน โดยพิจารณาว่า หากเป็นปัญหาของหน่วยใดให้คณะกรรมการฯ ที่รับผิดชอบหน่วยนั้นเป็นผู้รับผิดชอบนำไปแจ้งในกลุ่มงาน นอกจากนี้คณะกรรมการฯ ได้จัดทำเอกสารแนวทางการรายงานความเสี่ยง โดยกำหนดขั้นตอนการไหลของข้อมูลความเสี่ยง ดังที่แสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงการไหลของข้อมูลเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

(แผนภูมิการไหลของข้อมูลเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์, 2546, หน้า 1)

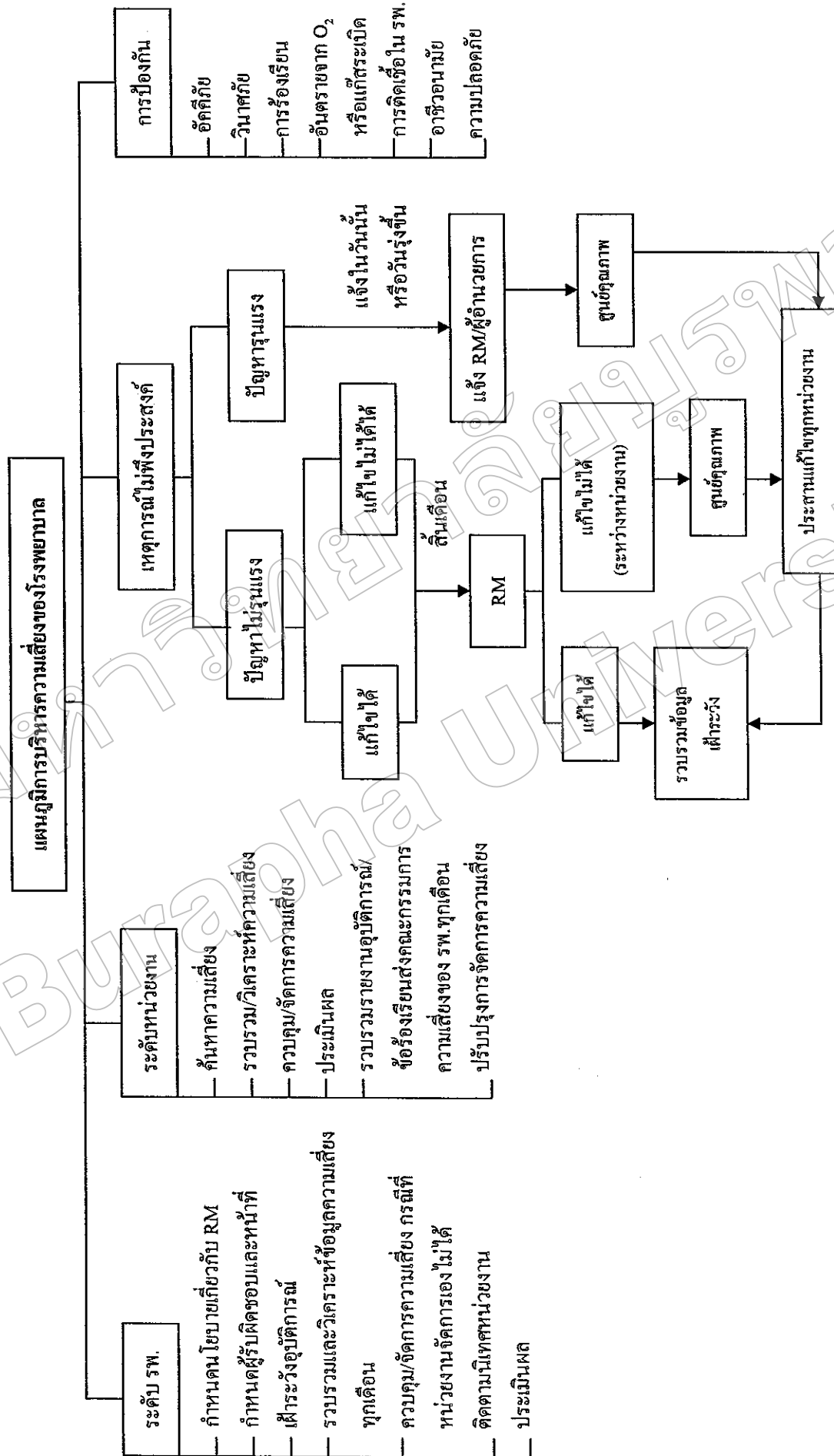
หมายเหตุ หน่วยงาน หมายถึง แผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เช่น หอผู้ป่วย แผนกเภสัชกรรม

RM หมายถึง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

และมีการกำหนดระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ และแจ้งให้ทุกหน่วยงานทราบ และปฏิบัติ ซึ่งจะพบเอกสารระเบียบปฏิบัติการรายงานอุบัติการณ์ และแผนภูมิการไหลของข้อมูล เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในแฟ้มการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน จากการศึกษารายงาน การประชุม พบว่า มีการแก้ไขปรับปรุงแบบฟอร์มใบรายงาน หรือขั้นตอนการไหลของข้อมูล ความเสี่ยงของโรงพยาบาล รวมถึงแผนภูมิการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัย กล่าวว่า การปรับปรุงแบบฟอร์มต่าง ๆ รวมทั้งขั้นตอน หรือแนวทางปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงนั้น จะเป็นไปตามการรับข้อมูลย้อนกลับจากผู้ปฏิบัติ รวมทั้งจากแนวคิดที่ได้จากการศึกษาดูงาน และข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาของ พรพ.

การนำระบบบริหารความเสี่ยงมาสู่การปฏิบัติ

ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเน้นการให้ความรู้ และสร้างให้เกิดความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลแก่บุคลากร โดย กรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน หรือหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้อธิบายให้เจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานทราบ ทั้งในเรื่องของสำคัญของกระบวนการบริหารความเสี่ยง ขั้นตอนหลัก ๆ ของกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่สำคัญ และต้องปฏิบัติ เช่น การรวบรวมบัญชีรายการ ความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง การทำความเข้าใจ เรื่องการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มต่าง ๆ เรื่องแนวทางในการรายงานเมื่อเกิดความเสี่ยง รวมถึง หน้าที่ของกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงของ หน่วยงาน และทำความเข้าใจแผนภูมิการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แผนภูมิการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (แผนภูมิการบริหารความเสี่ยง, 2546, หน้า 1)

การทดลองใช้ระบบ

ผู้ร่วมวิจัย ระบุว่า มีการดำเนินการให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการฯ ให้ไว้ และมีการปรับปรุงระบบให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของการปฏิบัติงาน โดยคณะกรรมการฯ รับข้อมูลปัญหาข้อขัดข้องจากคณะกรรมการระดับหน่วยงาน และจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติโดยตรง โดยผู้จัดการความเสี่ยง และคณะกรรมการฯ จะเข้าเยี่ยมหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อขัดข้อง และให้ข้อเสนอแนะ รวมทั้งการให้ความรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยงกับเจ้าหน้าที่เดือนละ 2 ครั้ง นอกจากนี้จากการที่คณะกรรมการฯ ได้ไปศึกษาดูงานเรื่องการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพแล้ว และจากคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาของ พรพ. นั้น คณะกรรมการฯ ได้นำข้อมูลทั้งหมดมาประชุมเพื่อปรับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ดังที่เอกสารรายงานการประชุมของกรรมการความเสี่ยงของหน่วยงาน ระบุว่า ระบบการส่งรายงานยังไม่ชัดเจน ตรงกับที่ผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลไว้เช่นกัน คือ บางครั้งรายงานอุบัติการณ์ส่งไปถึงคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลโดยไม่ผ่านหัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าฝ่าย คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจึงได้มีการปรับระบบ และโครงสร้างการรายงานให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยระบุว่า มีการปรับแบบบันทึกใบรายงานอุบัติการณ์ โดยด้านหลังจะให้ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ ตั้งแต่หัวหน้าเวร หรือหัวหน้างาน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้จัดการความเสี่ยง ได้รับทราบเหตุการณ์จากการรายงานตามสายการบังคับบัญชา โดยมีการบันทึกแนวทางแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ ในขั้นตอนสุดท้ายผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้จัดการความเสี่ยงจะเป็นผู้ให้ข้อสรุปการพิจารณา และส่งให้ผู้เกี่ยวข้องเช่นรับทราบผลสรุปของการจัดการความเสี่ยง นอกจากนี้จากการศึกษาเอกสารการประชุม และจากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย พบว่า ได้มีการปรับแผนภูมิของระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมาเป็นรูปแบบตามแผนภูมิที่ 6 ดังที่ได้กล่าวถึงแล้วข้างต้น ซึ่งเป็นแผนภูมิที่ได้มีการปรับเปลี่ยนจากระยะแรกของการดำเนินการ และได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมในเรื่องของขั้นตอนการรายงานปัญหาที่รุนแรง จากเดิมที่ให้รายงานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล มาเป็น รายงานผ่านหัวหน้างาน และหัวหน้าฝ่ายภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนจึงรายงานไปยังคณะกรรมการฯ แต่การที่ผู้วิจัยนำเสนอแผนภูมิเดิมนั้น เนื่องจาก เอกสารที่ศึกษายังเป็นแผนภูมิเดิมอยู่ ข้อมูลที่ได้เป็นการเขียนเพิ่มไว้ และผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลก็ได้ให้ข้อมูลไว้ตรงกันว่า จะมีการปรับขั้นตอนการรายงานให้เป็นไปตามสายการบังคับบัญชาด้วย

นอกจากการปรับปรุงระบบ และขั้นตอนแล้ว คณะกรรมการฯ ได้มีการประชุมพิจารณาความเหมาะสม และข้อขัดข้องของการใช้แบบฟอร์มบันทึกต่าง ๆ จากการศึกษาเอกสารรายงาน

การประชุม และแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบว่า มีการทบทวนความเหมาะสม และปัญหาของการใช้ใบรายงานอุบัติการณ์ และใบร้องขอให้แก้ไขปัญหา

การเฝ้าระวังระบบ

จากเอกสารแผนปฏิบัติการ และรายงานการประชุม พบว่า คณะกรรมการฯ จะมีการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 3 เดือน โดยติดตามดูว่าความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้น และแก้ไขได้แล้วลดลงหรือไม่ นอกจากนี้จากการศึกษารายงานการประชุม พบว่า คณะกรรมการฯ มีการนำปัญหาที่พบในระบบการเก็บข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไข และวางแผนในการดำเนินการใหม่ จากการศึกษาดูแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการฯ ในปี 2547 พบว่า มีการทบทวนบัญชีรายการความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานจากที่ได้ทำไว้เมื่อปี 2546 ซึ่งผู้ร่วมวิจัยที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ระบุว่า มีการทบทวนให้ครอบคลุมกระบวนการหลักของงานให้มากขึ้น ให้มีการจัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน ส่วนข้อมูลความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่รวบรวมได้ในแต่ละเดือน คณะกรรมการฯ จะนำมาวิเคราะห์เพื่อดูแนวโน้มของความเสี่ยงทุก 6 เดือน และเมื่อสิ้นปีงบประมาณ คณะกรรมการฯ จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการฯ เสนอต่อคณะกรรมการนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่า การดำเนินการตามระบบบริหารความเสี่ยง สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ที่ว่า การจัดการกับความเสี่ยงเริ่มต้นที่คณะกรรมการ โรงพยาบาล และผู้บริหารระดับสูง ซึ่งจะต้องร่วมกันวางกรอบนโยบายในการทำงานเกี่ยวกับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมในผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสนับสนุน และตัดสินใจร่วมกัน เปลี่ยนการแก้ไขปัญหามาไปสู่การจัดการ และเตรียมการสำหรับอนาคต และมีระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล รวมทั้งมีการรายงานให้ผู้ในระดับสูงได้รับทราบ เนื่องจากความเสี่ยงไม่ใช่เพียงงานบริหารประจำวัน แต่เป็นประเด็นของกระบวนการ และอำนาจในการปกครอง (Governance) คณะกรรมการโรงพยาบาลจึงต้องมีหน้าที่ให้ความเห็นชอบต่อนโยบาย รับทราบรายงาน ตอบสนอง และประเมินผลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ในส่วนของแผนการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง และรายละเอียดของการปฏิบัติที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับแนวทางที่ พรพ. กำหนดไว้ คือ เมื่อมีการจัดระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ผู้บริหารจะต้องกำหนด ผู้รับผิดชอบดูแลทั้งในภาพรวม และแต่ละส่วน นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีการจัดระบบรายงาน ฐานข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดของโรงพยาบาล รวมถึงการกำหนดแบบรายงานข้อมูล และจัดทำแผนของการดำเนินงาน

ซึ่งควรประกอบด้วยนโยบายเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทั้งในเรื่องของ การค้นหา และกำหนด มาตรการป้องกัน การรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง ซึ่งแผนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล นี้จะรวมไปถึงความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในการจัดการกับความเสี่ยงในหน่วยงาน ของตน และรับผิดชอบในระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลด้วยการค้นหา และป้องกัน ความเสี่ยง (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล และคณะ, 2544)

แผนปฏิบัติการดังกล่าว พบว่า สามารถจะประเมินความสมบูรณ์ของแผน และ กระบวนการได้ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การออกแบบระบบ และวางแผนทางปฏิบัติ (Plan) ซึ่งจะมี การประเมินว่าระบบมีความซับซ้อนเกินไปหรือไม่ วิธีการทำงานรัดกุม และมีประสิทธิภาพ เพียงพอหรือไม่ การทำตามระบบ (Do) ได้แก่ การที่ผู้ปฏิบัติงานรับทราบระบบ และแนวทางที่ กำหนดไว้ ควรมีการฝึกอบรมอะไรเพิ่มเติม แนวทางปฏิบัติใดที่ยาก หรือเป็นไปได้ใน การปฏิบัติซึ่งผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ทำให้เกิดการรับรู้ และจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรค ออกไป ส่งผลให้ระบบ และแนวทางที่กำหนดไว้ได้รับการปฏิบัติมากขึ้น การตรวจสอบระบบ (Check) และแก้ไข ปรับปรุง (Act) โดยการติดตามตัวชี้วัด และพิจารณาว่ามาตรการแก้ไขปัญหามี ด้พอหรือไม่ มีการพิจารณาถึงต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง มีความร่วมมือในการแก้ปัญหาเป็น อย่างไร การแก้ปัญหาคืบหน้าสมบูรณ์หรือไม่ ซึ่งกิจกรรมที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับแนวทางใน การเยี่ยมชมสำรวจ และประเมิน เพื่อการรับรองโดยองค์กรภายนอก ซึ่งจะเน้นกิจกรรมสำคัญเกี่ยวกับ การบริหารองค์กร และการดูแลผู้ป่วย มีการออกแบบ หรือจัดระบบงานไว้อย่างเหมาะสม มีแนวทางในการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดไว้ มีแนวทางในการประเมินผลกระบวนการ และสามารถแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีการปรับปรุงการปฏิบัติงาน

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่า กระบวนการในการจัดการระบบบริหารความเสี่ยง แสดง ให้เห็นถึงกรอบแนวทางในการจัดระบบบริหารความเสี่ยงที่เริ่มจากผู้บริหารขององค์กร และขยาย ต่อมายังผู้ปฏิบัติงานในระดับต่าง ๆ ทั่วทั้งองค์กร โดยการกำหนดนโยบาย กระบวนการ และ ปังจยสนับสนุน ร่วมกับการติดตามให้เกิดการปฏิบัติ สอดคล้องกับปัจจัยความสำเร็จในการบริหาร ความเสี่ยงของ ไพร์สวอเตอร์เฮาส์เปอร์ส (2546) คือ

ปัจจัยที่ 1 การสนับสนุนจากผู้บริหาร คือ การที่ผู้บริหาร และคณะกรรมการต้องให้ ความสำคัญในคุณค่าของการบริหารความเสี่ยงต่อองค์กร โดยเริ่มต้นจากความต้องการให้ระบบนี้ เกิดขึ้น กำหนดนโยบายให้มีการปฏิบัติ และใช้ข้อมูลความเสี่ยงในการตัดสินใจ และบริหารงาน

ปัจจัยที่ 2 การใช้คำเพื่อให้เข้าใจแบบเดียวกัน หมายถึง การใช้คำนิยามเกี่ยวกับ ความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงในแบบเดียวกัน เพื่อใช้ในการบ่งชี้ และประเมินความเสี่ยง และกำหนดวิธีการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม

การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงขององค์กร จะประสบความสำเร็จเพียงใด ขึ้นอยู่กับเจตนาจริงใจ การสนับสนุน การมีส่วนร่วม และความเป็นผู้นำของผู้บริหารในองค์กร ร่วมกับการผลักดันให้กระบวนการเหล่านี้ได้รับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยให้ถือเป็นส่วนหนึ่ง ของการดำเนินงานปกติ จึงจะสามารถมั่นใจได้ว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยงขององค์กร โดยรวมสามารถสร้างประโยชน์ให้แก่องค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพในการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (เดือนเมษายน 2546 - กุมภาพันธ์ 2547) พบว่า งานด้านการบริหารความเสี่ยงได้มีการดำเนินงานมาประมาณ 1 ปี และแผนในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในปี 2546 นี้การบริหารความเสี่ยงเป็นจุดเน้นของการพัฒนา สำหรับผลการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ร่วมวิจัยได้กล่าวถึงการบริหารความเสี่ยงในองค์กร โรงพยาบาลใน 4 ลักษณะ คือ การรับทราบนโยบาย การนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

1. การรับทราบนโยบาย

การรับทราบนโยบาย เป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง เพราะนโยบายจะเป็นแนวทางการปฏิบัติงานซึ่งระบุจุดยืน หรือสิ่งที่ต้องกระทำ เพื่อให้บุคลากรทุกคนทราบขอบเขตความรับผิดชอบของตน และมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นการสื่อสารนโยบายไปยังบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลจึงเป็นแนวทางที่จะทำให้บุคลากรทราบถึงนโยบาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติ

จากการศึกษาเอกสารระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การค้นหาความเสี่ยงและการกำหนดมาตรการป้องกัน ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ประกาศใช้ในเดือนกุมภาพันธ์ 2546 โดยได้แจกจ่ายให้กับทุกกลุ่มงาน และทุกฝ่ายของโรงพยาบาล ระเบียบปฏิบัตินี้ได้อธิบายรายละเอียดถึง ขอบข่ายของระเบียบปฏิบัติ นิยามศัพท์ วิธีปฏิบัติ ตัวชี้วัด รวมถึงแบบฟอร์มมาตรการป้องกันความเสี่ยง และแผนภูมิการค้นหาความเสี่ยง และกำหนดมาตรการป้องกัน (Flow Chart) โดยได้กำหนดนโยบายในการค้นหาความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการป้องกันไว้ว่า ความเสี่ยงทุกประเภทของโรงพยาบาลจะต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ และมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีการค้นหา และหามาตรการป้องกันความเสี่ยงทุกประเภท ภายใต้ความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย และทีมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังพบว่า การสื่อสารนโยบายต่าง ๆ จากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ไปยังบุคลากรของโรงพยาบาลนั้น ได้มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติสำหรับการสื่อสารข้อมูลไว้อย่างชัดเจน เช่นเดียวกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานรับทราบข้อมูลผลการประชุมของคณะกรรมการบริหารอย่างรวดเร็ว สามารถเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในระเบียบปฏิบัติได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการสื่อสารข้อมูลไว้ดังนี้

1. จัดส่งรายงานการประชุมให้กับคณะกรรมการบริหาร และหัวหน้าหน่วยงานทั้งหมดในโรงพยาบาลภายใน 3 วันหลังจากการประชุม
2. หัวหน้าฝ่ายประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ หรือหัวหน้างานทราบภายใน 5 วันหลังการประชุมคณะกรรมการบริหาร
3. หัวหน้างานนำรายงานการประชุมพร้อมทั้งผลการประชุมจากหัวหน้าฝ่าย มาประชุมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

4. ในกรณีที่เป็นเรื่องด่วนต้องดำเนินการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทันทีหลังจากประชุม

5. เก็บรวบรวมรายงานการประชุมใส่แฟ้มไว้ประจำทุกหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่สามารถเสนอความคิดเห็นมายังคณะกรรมการบริหารได้โดยผ่านขั้นตอนสายการบังคับบัญชา

6. หัวหน้าฝ่ายรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานต่อผู้อำนวยการ

แนวทางปฏิบัติในการสื่อสารข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการสื่อสารข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่ทุกคนได้อย่างชัดเจน ซึ่งผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่าในเรื่องของนโยบายในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรพยาบาลนั้น เมื่อมีการกำหนดนโยบายจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลแล้ว และประกาศให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทราบ ประธานความเสี่ยงของกลุ่มงานพยาบาลนำนโยบายมาประชุมชี้แจงให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานทราบถึงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ ซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนในการดูแลเรื่องความเสี่ยงของหน่วยงาน ในส่วนของหน่วยงานนั้น ผู้ร่วมวิจัยทุกคนกล่าวว่า หัวหน้าหน่วยงานจะประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อชี้แจงนโยบายให้ทุกคนทราบในวาระการประชุมประจำเดือน และมีการติดประกาศไว้ที่หน่วยงาน หรือเก็บไว้ในแฟ้มการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ซึ่งจากการสังเกต พบว่า แต่ละหน่วยงานจะมีแฟ้มเก็บเอกสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง เช่นระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การค้นหาความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการป้องกัน ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แผนภูมิการไหลของข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แผนภูมิการไหลของระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

รวมถึงรายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถเปิดอ่านได้ตลอดเวลา

ในส่วนของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงานในส่วนต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ เช่น งานควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานการบริหารความเสี่ยง งาน 5 ส หรือในส่วนอื่น เช่น งานประกันสังคม งานประกันสุขภาพ งาน PCU งานการรักษาพยาบาล รวมทั้งการเป็นคณะกรรมการดำเนินงานในส่วนต่าง ๆ ของการพัฒนาคุณภาพ เช่น คณะกรรมการเวชระเบียน คณะกรรมการอุบัติเหตุ คณะกรรมการส่งเสริมกิจกรรม และสันทนาการ ซึ่งทั้งหมดนี้จะเป็นลักษณะของการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ดังนั้น การรับทราบนโยบายในเรื่องต่าง ๆ จะเป็นไปตามแนวทางการสื่อสารข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ระบุว่า ได้รับทราบนโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยงจากการประชุมชี้แจงใน 2 ลักษณะ คือ รับทราบจากการประชุมของคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล และรับทราบจากการประชุมในหน่วยงาน ดังรายละเอียด คือ

ลักษณะที่ 1 รับทราบจากการประชุมของคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ได้มีการพัฒนาโครงสร้างของทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ และตามลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาล ประกอบด้วยทีมำในการดำเนินงานในส่วนต่าง ๆ ของการพัฒนาคุณภาพ และทีมำด้านยุทธศาสตร์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านคุณภาพบริการ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ซึ่งจะมีคณะกรรมการรับผิดชอบในการดำเนินงาน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพบริการ การดำเนินงานของคณะกรรมการฯ และทีมำจะเป็นไปในลักษณะของการเชื่อมต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับการบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้สามารถเห็นภาพรวมของการพัฒนาของโรงพยาบาล และเป็นการส่งเสริมให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ภายใต้การนำของทีมนำบริหารระดับสูงของโรงพยาบาล ในส่วนของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล หลังจากเสนอนโยบายเรื่องการบริหารความเสี่ยงต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลแล้ว ได้สื่อสารนโยบายดังกล่าวไปยังบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลตามแนวทางของการสื่อสารข้อมูลของคณะกรรมการบริหาร ดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้น เพื่อให้มีการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ร่วมวิจัย 4 ราย (ร้อยละ 40) กล่าวว่า รับทราบนโยบายจากการประชุมของคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล โดยผู้ร่วมวิจัย 2 ใน 4 รายนี้ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และผู้ประสานงานคุณภาพ ระบุว่า รับทราบ

คณะกรรมการระดับโรงพยาบาล สำหรับผู้ร่วมวิจัยอีก 2 ราย ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน ระบุว่า ได้รับทราบนโยบายจากการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด 2 ตัวอย่างของกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน และกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลตามลำดับ ต่อไปนี้

“ฝ่ายการ (ฝ่ายการพยาบาล) จะให้แต่ละหน่วยงานมีการจัดตั้งคณะกรรมการความเสี่ยงในตึก (แต่ละหน่วยงาน) ขึ้นมา พี่ก็จะเป็นหนึ่งในคณะกรรมการของหน่วยงาน ก็จะเข้าประชุมกับแกนนำของงานการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล จะรับทราบจากตรงนั้น”

P 1

“พี่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของ โรงพยาบาล ก็จะประชุมรับทราบนโยบายกับคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล”

P 9

ลักษณะที่ 2 รับทราบจากการประชุมในหน่วยงาน

ส่วนผู้ร่วมวิจัยที่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หรือคณะกรรมการคุณภาพ โรงพยาบาลรับทราบนโยบายจากการประชุมชี้แจงในหน่วยงาน โดยหัวหน้าหน่วยงาน หรือตัวแทนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานซึ่งรับทราบนโยบายจากหัวหน้าฝ่าย หรือจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลเป็นผู้แจ้งให้ทราบในวาระการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“กรรมการตึก (ตัวแทนของหน่วยงานที่เป็นกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน) รับนโยบายจากที่ประชุมมาถ่ายทอดให้หัวหน้าตึก และชี้แจงในที่ประชุมของตึก พี่ก็ทราบจากน้องที่เค้าเป็นกรรมการความเสี่ยงของตึกไปประชุมมา”

P 3

“นโยบายก็จากหัวหน้าตึกเป็นคนที่ลงมาบอกว่าเราต้องคอยดูเรื่องของความเสี่ยง”

P 2

“มีตัวแทนของตึกเป็นฝ่ายการบริหารความเสี่ยงขึ้นประชุมกับกลุ่มประธานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (คณะกรรมการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล) เค้าไปรับนโยบายของโรงพยาบาล มาว่าจะให้ทำอะไร แล้วมาเผยแพร่ในที่ประชุมตึก”

P 6

จากผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนด และประกาศนโยบายในเรื่องการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลไปยังบุคลากรทุกคน เพื่อชี้แจงรายละเอียดขั้นตอน และแนวทางใน

การดำเนินงานให้ทุกคนทราบ โดยที่นโยบายดังกล่าวได้มีการเขียนบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีเนื้อหาที่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวทางในการบริหารความเสี่ยงของ พรพ. คือ การที่ผู้บริหารต้องกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เนื่องจากในการสร้างระบบบริหารความเสี่ยงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่คณะผู้บริหาร หรือทีมนำจะต้องมีการวางระบบนโยบายที่ชัดเจน และประกาศให้บุคลากรทราบ ซึ่งการดำเนินการในเรื่องนี้นับว่ามีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องใดก็ตาม เพราะนโยบายซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ จะสะท้อนถึงจุดยืนของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบขอบเขตความรับผิดชอบของตน และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544) นโยบายที่เขียนอย่างชัดเจน และรัดกุมจะลดความเสี่ยงในการแปลความหมายผิด และจะใช้ป้องกันหรือแก้ไขความเสี่ยงในการปฏิบัติ นอกจากนี้ควรจัดไว้ให้หยิบอ่านในหน่วยงานได้สะดวก เพราะถ้าบุคลากรไม่ทราบว่า มีนโยบายอยู่ก็จะไม่นำมาใช้ (Marriner, 1992)

การสื่อสารนโยบายผ่านการประชุม จะทำให้เจ้าหน้าที่ทราบข่าวสารขององค์กร เข้าใจถึงกฎ เงื่อนไขต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาอุปสรรคในการทำงาน (สมชาติ กิจยรรยง, 2546) โดยที่การสื่อสารตามสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่ง คือ จากระดับบริหารผ่านมายังหัวหน้างาน หรือหัวหน้าฝ่าย และในแนวราบ คือ จากหัวหน้าฝ่ายมายังคณะกรรมการระดับหน่วยงาน โดยการประชุมชี้แจงในแต่ละระดับ ถือได้ว่าเป็นการดำเนินการที่สอดคล้องกับแนวทางในการบริหารองค์กร เพื่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติทุกขั้นตอน เพราะการสื่อสารตามแนวดิ่ง จะช่วยเพิ่มความสามารถของโครงสร้างในการเคลื่อนย้ายข้อมูลตามลำดับชั้น ในขณะที่การสื่อสารตามแนวราบ จะช่วยให้ข้อมูลระหว่างหน่วยต่าง ๆ ในระดับล่างเป็นไปโดยคล่องตัว และทั่วถึงยิ่งขึ้น (ธงชัย สันติวงษ์, 2541) ซึ่งในระดับนี้จะเป็นเรื่องของผู้บริหารในการที่จะโยงมาถึงกลุ่มผู้บริหารระดับกลาง คือ หัวหน้ากลุ่มงาน หรือฝ่าย ซึ่งเป็นระดับที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร เนื่องจากผู้บริหารระดับกลางจะต้องทำการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ โดยจะต้องสามารถนำเอาทิศทาง และนโยบายที่กำหนดขึ้นจากผู้บริหารระดับสูง มาถ่ายทอดให้เป็นรูปธรรมของแผนงาน ก่อนที่จะไปถึงผู้บริหารระดับต้น คือ หัวหน้างาน หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่จะเป็นผู้ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และเมื่อมีการกระจายนโยบายลงไปในทุกระดับ จะทำให้บุคลากรเกิดความตระหนัก และทราบชัดเจนถึงงานที่ต้องทำ และผู้รับผิดชอบ นอกจากนี้การกำหนดแนวทางในการสื่อสารข้อมูลจากฝ่ายบริหารไปยังบุคลากร จะช่วยให้การสื่อสารนโยบาย ได้รับการนำมาปฏิบัติอย่างถูกต้อง เพราะการสื่อสารถึงรายละเอียดของแผนการปฏิบัติ และการให้ความรู้แก่ผู้ที่จะต้องทำงานนั้น จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจ และยอมรับ (ฮิโตมิ คูเมะ, 2542)

2. การนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ

ภายหลังจากที่ได้รับทราบนโยบายในการนำการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในโรงพยาบาล องค์การพยาบาลมีการตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าว โดยนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติใน 2 ลักษณะ คือ แต่งตั้งกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน และนำการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์การพยาบาล ดังรายละเอียด คือ

ลักษณะที่ 1 แต่งตั้งกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า องค์การพยาบาลได้ดำเนินการที่สอดคล้องกับนโยบายของ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในเรื่องของการกำหนดผู้รับผิดชอบ โดยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาลขึ้น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ระบุว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน เพื่อรับผิดชอบงาน ด้านการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 คน ประกอบด้วย ประธานงานบริหาร ความเสี่ยงของกลุ่มงาน และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานซึ่งเป็นตัวแทนจากแต่ละ หน่วยงาน ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น สำหรับการเลือกประธาน ฯ ของกลุ่มงานนั้น ผู้ร่วมวิจัย กล่าวว่า กลุ่มงานการพยาบาลพิจารณาผู้ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และมี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ของกลุ่มงาน เป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงมาแล้ว ซึ่งครั้งนั้นเป็นการจัด อบรมโดยกองการพยาบาล และในอีกบทบาท คือ เป็นกรรมการ และเลขานุการของคณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการบริหาร ความเสี่ยง ส่วนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงอีก 9 คน เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าตึก ให้เป็นกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน (ตัวแทนความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน) ซึ่ง อาจจะเป็นหัวหน้าตึก รองหัวหน้าตึก หรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกก็ได้ ซึ่งในจำนวนนี้มี ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 2 ราย เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติงานที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของ กลุ่มงานการพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“แกนนำ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง) ในส่วนของฝ่ายการ (ฝ่ายการพยาบาล) ก็จะเป็นการคัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพ 7 ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และมี ความสามารถตั้งให้เป็นแกนนำของฝ่ายการ แล้วก็ให้มีการจัดตั้งกรรมการความเสี่ยงของเราเองใน ตึกขึ้นมา ก็จะมีกรรมการของแต่ละตึก (ตัวแทนความเสี่ยงของหน่วยงาน) อีกระดับ”

P 1

“กลุ่มงานเห็นว่าความเสี่ยงเป็นเรื่องสำคัญ เค้าเลยตั้งให้มีกรรมการความเสี่ยงของ กลุ่มงาน ก็ให้พี่เป็นประธาน เพราะพี่เคย อบรมการบริหารความเสี่ยงมาแล้ว และตอนนี้พี่เป็น

เลขาฯ (เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับ รพ.) อยู่แล้ว จะได้เชื่อมั่นงานง่าย”

P 9

“เรามีกรรมการความเสี่ยงของเราในแต่ละตึก แต่ละตึกจะมีตัวแทนที่จะประชุมกับระดับโรงพยาบาล ไม่ต้องเป็นหัวหน้าตึก เพราะเค้าจะให้ทุกคนแบ่งความรับผิดชอบกันไป”

P 3

ประธานการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการรวบรวมงานบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน ได้แก่ อุบัติการณ์ หรือความเสี่ยงของกลุ่มงาน แนวทางในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน เพื่อรายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลสำหรับหัวหน้ากลุ่มงานในการวางแผนการปฏิบัติงานการแก้ไขปัญหา เพื่อเสนอต่อที่ประชุมของโรงพยาบาล ส่วนกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานซึ่งเป็นตัวแทนจากแต่ละหน่วยงาน หรือแต่ละตึก รับผิดชอบดูแลเรื่องระบบรายงานการบันทึกอุบัติการณ์ของหน่วยงาน สรุปยอดของการเกิดอุบัติการณ์ในแต่ละเดือนส่งหัวหน้าตึก และประชุมร่วมกับคณะกรรมการของกลุ่มงาน นอกจากนี้จากการศึกษาเอกสารรายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล ครั้งที่ 2 เมื่อ พฤศจิกายน 2546 พบว่า กลุ่มงานได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานไว้ ดังนี้

1. การสร้างความตื่นตัวในองค์กรพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยการจัดประชุม หรืออบรม โดยในขั้นตอนแรกได้มีการประสานขอความร่วมมือทั้งจากหัวหน้างาน หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยรวมทั้งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง โดยการเชิญวิทยากรจากภายนอกมาบรรยาย เรื่องกฎหมายและความเสี่ยงทางการพยาบาล หรือในการประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานซึ่งประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานจะเป็นผู้อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการ และรายละเอียดของการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงให้บุคลากรทราบ หรือมีการสอบถามเพื่อประเมินความเข้าใจภายในหน่วยงาน รวมถึงการกำหนดให้เป็นหัวข้อหนึ่งของการนิเทศผู้มาปฏิบัติงานใหม่
2. จัดทำแบบฟอร์มเฝ้าระวังความเสี่ยงประจำวันของหน่วยงานต่าง ๆ แบบฟอร์มสำหรับบันทึกอุบัติการณ์ซึ่งพัฒนาให้เหมาะสมกับองค์กร โดยปรับจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของกองการพยาบาล
3. รวบรวมความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากหน่วยงานต่าง ๆ ของกลุ่มงานการพยาบาล มาจัดทำรายการความเสี่ยง เพื่อทำมาตรการในการควบคุมป้องกันความเสี่ยงแต่ละเรื่อง โดย

กลุ่มงานให้แต่ละหน่วยงานทำบัญชีรายการความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเอง มาส่งที่ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน จากการศึกษาเอกสารผู้วิจัย พบว่า หน่วยงานต่าง ๆ ได้ทำบัญชีรายการความเสี่ยง และนำมาส่งให้กับประธานฯ ของกลุ่มงานแล้ว ซึ่งพบว่าบางหน่วยงานจะพิมพ์ แต่บางหน่วยใช้การเขียนมาส่ง โดยที่ยังไม่ได้มีการแบ่งเป็นหมวดหมู่ของความเสี่ยง ซึ่งในส่วนนี้ประธานความเสี่ยงกล่าวว่าจะทำมาในรูปแบบใดก็ได้แต่ขอให้มีการรวบรวมให้ครอบคลุมกระบวนการหลักของงานให้ครบเท่านั้น ส่วนการทำมาตรการในการควบคุมป้องกันความเสี่ยงแต่ละเรื่องจะให้หน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการเอง

4. รับรายงานอุบัติการณ์ที่เร่งด่วน มีความเสี่ยงสูงที่หน่วยงานจัดการแก้ไขเองไม่ได้ เพื่อดำเนินการแก้ไข และเสนอหัวหน้ากลุ่มงานภายใน 24 ชั่วโมง รวมทั้งมีการติดตามสอบถามข้อเท็จจริงตามที่ได้รับรายงาน และทำการแก้ไขเบื้องต้น

5. สรุปรวมรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นประจำเดือน รวบรวม และเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลทุก 3 เดือน

6. จัดทำมาตรฐานวิธีปฏิบัติงาน

จากการศึกษาเอกสารแนวทางปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน พบว่า ได้มีการเขียนแนวทางปฏิบัติสำหรับความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อย ๆ และความเสี่ยงที่มีความรุนแรง ซึ่งแนวทางปฏิบัติดังกล่าว พบว่า บางเรื่องได้มีการจัดทำเป็นเอกสารประจำหน่วยงานไว้เรียบร้อยแล้ว แต่บางเรื่องยังคงเป็นการร่างไว้ในกระดาษ รอการจัดทำภายหลัง สำหรับมาตรฐานวิธีปฏิบัติงานที่ได้มีการจัดทำ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์และการแก้ไขปัญหา การระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการรักษาพยาบาลผิดคน การให้ยา การให้เลือด และส่วนประกอบของเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการป้องกัน และแก้ไขปัญหาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

7. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี และวางแผนปฏิบัติงานตลอดจนกิจกรรมการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลในปีต่อไป

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของแต่ละตึก ทั้งประเภทของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และการแก้ไข ซึ่งได้รวบรวมไว้ในแต่ละเดือน จะมีการนำเสนอในวาระการประชุมกลุ่มงานการพยาบาลทุกเดือน เพื่อที่จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และทำแนวทางปฏิบัติร่วมกัน หลังจากนั้นที่ประชุมสรุปผลส่งให้ประธานบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานต่อไป

จากผลการวิจัย อธิบายได้ว่า ผู้บริหารในองค์กรพยาบาลมีการบริหารนโยบาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ คือ มีการจัดทำแผน ปฏิบัติตามแผน ติดตามตรวจสอบผลลัพธ์ และมีการปฏิบัติการแก้ไขอย่างเป็นระบบ ซึ่งการนำเทคนิคทางการบริหารดังกล่าวมาใช้ ถือเป็นบทบาทพื้นฐานของฝ่ายบริหาร ที่จะต้องมีการสร้างระบบเพื่อการสื่อสารภายในองค์กร ทำให้สามารถมั่นใจได้ว่า

เจ้าหน้าที่เข้าใจ และสามารถร่วมมือกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายผ่านการให้ความรู้ การฝึกอบรม การให้ทิศทาง และผ่านลำดับขั้นการบังคับบัญชาที่เป็นรูปธรรม (อิโตมิ คูเมะ, 2542) โดยมีการมอบหมายให้บุคลากรทางการพยาบาลรับผิดชอบในการดำเนินการในส่วนขององค์กร พยาบาล ในรูปของการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล พร้อมทั้ง การกำหนดบทบาทหน้าที่ จึงเป็นการดำเนินการขั้นต้นในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับ หน่วยงาน สอดคล้องกับ เรณู อาจสาติ และอรพรรณ โตสิงห์ (2546) ที่ว่า องค์ประกอบหนึ่งของ ระบบบริหารความเสี่ยง คือ การมอบหมายให้บุคคล หรือคณะบุคคลรับผิดชอบในการดำเนินการ นอกจากนี้ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ยังได้ระบุไว้ว่า ในการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงนั้น ผู้บริหารจะต้องกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลระบบบริหารความเสี่ยงทั้งใน ภาพรวม และแต่ละส่วนของงาน (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, 2544)

ลักษณะที่ 2 การนำการบริหารความเสี่ยงมาใช้

เป็นการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในหน่วยงานโดยมีการปฏิบัติตาม ขั้นตอน พื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานถือเป็นกิจกรรม ประจำวันของหัวหน้าหน่วยในการจัดการกับความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยอาศัยกระบวนการบริหาร ความเสี่ยงในระดับหน่วยงานตามขั้นตอนพื้นฐาน จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า การบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ใช้ตามแนวทางของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งได้ระบุถึง การค้นหาความเสี่ยง การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การดำเนินการ แก้ไขป้องกันความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล ในส่วนของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้ระบุถึงการดำเนินการตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงไว้ในเอกสารที่กำหนดบทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการฯ คือ การค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง และดำเนินการแก้ไขป้องกัน นอกจากนี้ในระเบียบปฏิบัติ เรื่องการค้นหาความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการป้องกัน ได้กำหนด ไว้ว่า ความเสี่ยงทุกประเภทของโรงพยาบาล จะต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่ง หมายความว่า ทุกหน่วยงานจะต้องมีการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ ดังที่รายงาน การประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ระบุว่า ให้แต่ละหน่วยงานค้นหา ความเสี่ยงของหน่วยงาน แล้วนำข้อมูลความเสี่ยงมาวิเคราะห์ หรือประเมินความถี่ ความรุนแรง เพื่อดูแนวโน้มของความเสี่ยง พร้อมทั้งกำหนดมาตรการ หรือเสนอแนะแนวทางในการป้องกัน ความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน รวมทั้งการติดตามประเมินผลมาตรการที่ได้วางไว้แล้วว่า ยังมี เหตุการณ์เกิดขึ้นซ้ำหรือไม่ กรณีที่ยังเกิดเหตุการณ์ซ้ำต้องนำมาตรการนั้นมาวิเคราะห์ และทบทวน เพื่อนำมาปรับปรุงมาตรการที่เหมาะสม

ในส่วนของกลุ่มงานการพยาบาล จากการสัมภาษณ์ พบว่า ได้มีการแจ้งให้หน่วยงานต่าง ๆ ของกลุ่มงาน รวบรวมความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในหน่วยงาน มาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อจัดลำดับความสำคัญ และนำมาจัดทำมาตรการควบคุมป้องกันของแต่ละความเสี่ยง โดยจะพิจารณาความเสี่ยงที่รุนแรงก่อน จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย ระบุว่า การนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้นั้น จะเป็นไปตามแนวทางที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนด ในที่นี้พบว่าผู้ร่วมวิจัย 2 ราย (ร้อยละ 20) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และผู้ประสานงานคุณภาพ รับรู้ถึงขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยงใน 4 ลักษณะ คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง ทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยอธิบายว่า การค้นหาความเสี่ยงได้จากการเก็บบันทึกรายงานความเสี่ยง และการที่แต่ละหน่วยงานรวบรวมรายการความเสี่ยงของหน่วยงานทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว ยังไม่เคยเกิด หรือมีโอกาสดังกล่าว จัดทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานทุก 3 เดือน และจัดลำดับความเสี่ยงที่สำคัญ 5 อันดับแรกโดยการให้คะแนนน้ำหนักความถี่ ความรุนแรง โดยกรณีที่อุบัติการณ์มีคะแนนสูงสุดเท่ากันให้นำมาพิจารณาในแง่ของความเสี่ยงของการเกิดอีกครั้ง และนำมาแก้ปัญหาและหามาตรการป้องกันก่อน หลังจากนั้นจะมีการประเมินผลโดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง หรือการสุ่มตรวจความสมบูรณ์ ความถูกต้องของการปฏิบัติ ซึ่งจากการศึกษาเอกสารรายงานการประชุม พบว่า การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดความเสี่ยง บางหน่วยยังเก็บได้ไม่ครอบคลุม คือ ไม่มีรายละเอียดของเหตุการณ์ มีแต่จำนวนตัวเลขความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์ ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อแก้ปัญหาได้

ส่วนผู้ร่วมวิจัยอีก 8 ราย (ร้อยละ 80) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน 2 ราย และเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน 6 ราย รับรู้ขั้นตอนในการดำเนินงานดังกล่าวใน 4 ลักษณะ คือ รวบรวมรายการความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง การรายงานความเสี่ยง และการจัดการกับความเสี่ยง จะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าการรับรู้ขั้นตอนของกระบวนการบริหารความเสี่ยงจะมีความแตกต่างกันในด้านของการใช้คำ ซึ่ง 2 รายแรกนั้นเป็นลักษณะของการรับรู้กระบวนการในเชิงทฤษฎี ในขณะที่อีก 8 รายเป็นลักษณะของการรับรู้ในเชิงการปฏิบัติ แต่ในรายละเอียดของการปฏิบัตินั้นผู้ร่วมวิจัยให้ความหมายที่เหมือนกัน ในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอโดยใช้ตามคำพูดของผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ ดังรายละเอียด คือ

1. รวบรวมรายการความเสี่ยง

ผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า มีการรวบรวมรายการความเสี่ยง จากการค้นหาความเสี่ยงที่

เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเกิดขึ้นในหน่วยงาน มาจัดทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ซึ่งตามแนวทางของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ระบุว่า การค้นหาความเสี่ยงสามารถทำได้หลายวิธี เช่น ได้จากบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน จากประสบการณ์ของบุคคล จากเอกสารต่าง ๆ และจากการเรียนรู้ระหว่างการทำงาน โดยการเฝ้าระวัง และมีระบบการรายงานอุบัติการณ์ จากการศึกษาเอกสารรายงานการประชุม และการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย พบว่า เอกสารบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ระบุให้ คณะกรรมการฯ มีหน้าที่ในการค้นหาความเสี่ยงร่วมกับผู้จัดการความเสี่ยง และให้มีการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ต่าง ๆ จากทุกหน่วยงาน ทุกวันพุธที่ 2 ของเดือน

จากการศึกษาเอกสารระเบียบปฏิบัติในการค้นหาความเสี่ยง พบว่า ได้ระบุถึงวิธีการค้นหาความเสี่ยง โดยที่เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถค้นหาความเสี่ยงได้จาก คำร้องเรียนที่มีมูล อุดบัติการณ์บัญชีรายการความเสี่ยง การเฝ้าติดตาม การสื่อสาร เหตุเกิดซ้ำ ข้อเสนอแนะจากผู้บริหาร ข้อเสนอแนะจากทีมต่าง ๆ จากกระบวนการหลัก การบันทึกรายงานอุบัติการณ์เดิมที่มีอยู่ และประสบการณ์ของบุคคล นอกจากนี้จากรายงานการประชุมยังระบุเพิ่มเติมว่า การค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงานนั้นอาจได้จากการที่บุคคลภายนอกหน่วยงานมองปัญหา หรือความเสี่ยงในหน่วยงานแล้วเขียนเพิ่มให้ก็ได้เช่นกัน ในส่วนของผู้ร่วมวิจัย ระบุว่า ให้แต่ละหน่วยงาน รวบรวมความเสี่ยงของหน่วยงาน และเขียนออกมาเป็นบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน ซึ่งรายการความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานที่รวบรวมได้ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน และระดับโรงพยาบาลจะนำไปรวบรวมเป็นบัญชีรายการความเสี่ยงของกลุ่มงาน และของโรงพยาบาลตามลำดับ วิธีปฏิบัติในการค้นหาความเสี่ยงดังกล่าวเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานในการดำเนินการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ได้กล่าวถึง การค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานว่า มีการรวบรวมรายการความเสี่ยงโดยการทำบัญชีรายการความเสี่ยง การเก็บข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานในแต่ละวัน การรายงานเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ ซึ่งได้มีการรวบรวมบัญชีรายการความเสี่ยงในหน่วยงานครบทุกหน่วยงานแล้ว ในส่วนนี้ผู้ร่วมวิจัย 8 ราย (ร้อยละ 80) ระบุว่า ในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนจะมาประชุมระดมสมอง ค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงานโดยให้เขียนออกมา และมีเอกสารตัวอย่างบัญชีรายการความเสี่ยงของ พรพ. เป็นแนวทาง เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนทางแก้ไขป้องกัน หรือทำแนวทางปฏิบัติสำหรับปีต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ดูความเสี่ยงต่าง ๆ ให้ลิสต์ (list) ออกมาทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยง เพื่อเอาไปเป็นข้อมูลว่ามีความเสี่ยงอะไร อันไหนเสี่ยงมาก หรือน้อย มีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร”

P 2

“ให้แต่ละตึกดูว่าบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงานทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว ยังไม่เคยเกิด และมีโอกาสเกิด ให้รวบรวมออกมา เขาก็จะทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยงเก็บไว้”

P 9

จากแนวทางในการรวบรวม หรือค้นหาความเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น จากการสังเกตพบว่า ที่หอผู้ป่วย จะมีกล่องสำหรับรับเรื่องราวร้องเรียนซึ่งทั้งผู้ป่วย และญาติสามารถเขียนใส่ไว้ได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ป่วยรายหนึ่ง คือ

“เดี๋ยวนี้เค้ามีใบนะ ให้เราเขียนว่า เราเจออะไร เราไม่ชอบอะไร เราเขียนได้เลย”

นอกจากนี้ ผู้ร่วมวิจัย 2 ราย (ร้อยละ 20) ระบุว่า หัวหน้าหน่วยงานได้จัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงานไว้ ซึ่งนำมาจากตัวอย่างในเอกสารของ พรพ. นำมาเลือกเฉพาะรายการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับของหน่วยงาน แล้วทำเป็นบัญชีรายการความเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยเห็นว่าความเสี่ยงบางเรื่องที่เกิดขึ้น ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ไม่ทราบว่าเป็นความเสี่ยงซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหา หรือความเสี่ยงเกิดซ้ำขึ้นได้ จึงควรให้สมาชิกทุกคนในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการรวบรวมรายการความเสี่ยง ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่า บางหน่วยงานอาจจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงโดยที่สมาชิกไม่ได้มีส่วนร่วมในการค้นหา หรือแสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หัวหน้าหน่วยงานได้มีการรวบรวมเรื่องของความเสี่ยงต่าง ๆ ไว้แล้ว จะรับรู้ส่วนที่เป็นของพยาบาลมากกว่า ของคนงานก็อาจมีความเสี่ยงของเค้า แต่บางทีเค้าไม่รู้ คือ ทุกคนน่าจะมีส่วนร่วมในการกำหนดความเสี่ยงในหน่วยงาน”

P 2

“ที่มีรายการความเสี่ยงอยู่ไม่รู้ที่.....(หัวหน้าตึก) เค้าเอามาจากไหน คิดว่าน่าจะดูมาจากของกระทรวง กับของที่ท่า HA มารวมกัน ก็เอามาดูว่าอันไหนที่เกี่ยวกับงานของเรา แต่พี่ยังไม่ถูกใจ พอมาดูจริง ๆ บางเรื่องมันไม่มี พี่กำลังคิดจะปรับอยู่”

P 7

การรวบรวมรายการความเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น เป็นการเก็บข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงาน หรือการเฝ้าระวังความเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ระบุว่า ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการเกิดความเสี่ยงต่าง ๆ ในทุก ๆ หน่วยงานในแต่ละวัน โดยที่เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น จะต้องบันทึกลงในแบบฟอร์มการเฝ้าระวังความเสี่ยง พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียด

ของการเกิดความเสี่ยง แล้วกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานจะเป็นผู้รวบรวมรายงาน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือนส่งให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อ รวบรวมสถิติของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น แต่ในปัจจุบัน ผู้ร่วมวิจัย 1 รายให้ข้อมูลว่า ได้มีการปรับให้ ส่งสรุปรายงานความเสี่ยงประจำเดือนที่หัวหน้าหน่วยงาน เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานรับทราบก่อน แล้วจึงนำมาเสนอในที่ประชุมของกลุ่มงาน แล้วจึงสรุปส่งให้ประธานคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของกลุ่มงาน เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“จะมีแบบฟอร์มให้ทำเป็นสถิติทุกวันว่ามีความเสี่ยงอะไรเกิดขึ้นบ้าง สรุปเป็นยอด ประจำวันว่าตลอดทั้งวันที่ผ่านมามีความเสี่ยงอะไรบ้าง พอสิ้นเดือนคนที่เป็นตัวแทนความเสี่ยง (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน) จะเก็บรวบรวมเป็นเดือน ๆ แล้วทำรายงานส่ง กลุ่มใหญ่ของโรงพยาบาล (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล)”

P 6

“จะมีการเก็บข้อมูลความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีแบบบันทึกเมื่อเกิดปัญหาหรือความเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์”

P 8

จากผลการวิจัย พบว่า ในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ ขององค์กรพยาบาล มีการปฏิบัติโดยให้แต่ละหน่วยมีการรวบรวมความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยการค้นหาความเสี่ยง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำหรับวิเคราะห์แนวโน้มของการเกิดความเสี่ยง อีกทั้งยังได้มีการกำหนดแผนภูมิ ในการค้นหาความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการป้องกัน สอดคล้องกับคำกล่าวของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2544) ที่ว่า หัวใจสำคัญของเรื่องความเสี่ยง คือ การเริ่มต้นด้วยการมองหาโอกาสของ การเกิดปัญหา การค้นหาความเสี่ยงด้วยวิธีการต่าง ๆ นั้นมีเป้าหมาย เพื่อนำมาสร้างบัญชีรายการ ความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานสามารถวิเคราะห์ภาพรวมของ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน หรือในองค์กรของตนแล้วสามารถนำมาประเมินระดับ ความรุนแรง และโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงดังกล่าว เพื่อนำมาวางมาตรการป้องกัน และจัดการเมื่อ เกิดปัญหาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546) ซึ่งได้ระบุว่า การค้นหาความเสี่ยง เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อ ป้องกันความสูญเสีย ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลอ น้อยเผ่า (2544) ที่พบว่า การจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยในขั้นตอนของการค้นหาภาวะเสี่ยง มีการปฏิบัติกิจกรรมของการค้นหาความเสี่ยงในระดับสูง

2. วิเคราะห์ความเสี่ยง

การวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษจะทำทั้งในระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาล จากการศึกษาเอกสารหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลซึ่งระบุถึงหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ต่าง ๆ และนำมาวิเคราะห์ เพื่อดูแนวโน้มของความเสี่ยงนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารการวิเคราะห์ความเสี่ยง พบว่า คณะกรรมการฯ ได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงทุก 3 เดือน โดยวิเคราะห์จากรายงานการบริหารความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน ว่ามีความเสี่ยงประเภทใดเกิดขึ้นบ้าง ความถี่ของการเกิดความเสี่ยงแต่ละเรื่อง มีกี่เรื่องที่เกี่ยวข้องได้ และมีกี่เรื่องที่เกี่ยวข้องไม่ได้ สำหรับความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องได้ และได้ผล ให้นำหน่วยงานส่งแนวทางปฏิบัติ ส่วนความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องไม่ได้ให้นำหน่วยงานระบุเหตุผลที่เกี่ยวข้องไม่ได้มาด้วย และจะนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลต่อไป

สำหรับการวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน พบว่า เอกสารรายงานการประชุม ระบุให้หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ในหน่วยงานของตน โดยการให้คะแนนความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยงแต่ละเรื่อง ในการพิจารณาความรุนแรงของความเสี่ยงนั้นได้ระบุระดับคะแนนไว้ในตารางการจัดลำดับความเสี่ยง (ตารางที่ 2) คือ กรณีที่ความเสี่ยงนั้นทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ชื่อเสียง และทรัพย์สินของผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาลมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน และน้อยให้ 1 คะแนน ส่วนคะแนนความถี่ของการเกิดก็เช่นเดียวกัน คือ ความถี่มากให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน และความถี่น้อยให้ 1 คะแนน และเมื่อรวมคะแนนของแต่ละเรื่องแล้ว หากคะแนนความรุนแรงเท่ากันให้นำเรื่องของความถี่ของการเกิดมาพิจารณาอีกครั้ง โดยที่ข้อมูลความเสี่ยงในแต่ละเดือนนั้นจะนำมาวิเคราะห์ในที่ประชุม เพื่อจัดลำดับความถี่ความรุนแรง และจัดการเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญก่อน คือ การทำมาตรการป้องกันหรือแนวทางปฏิบัติ

ตารางที่ 2 การจัดลำดับความเสี่ยง

รายการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น	คะแนนความถี่	คะแนนความรุนแรง	รวมคะแนน
1.	3	3	6
2.	3	2	5
3.	2	2	4
4.	2	1	3
5.	1	1	2

การทำการมาตรการควบคุมป้องกันความเสี่ยงนั้นจะเน้นให้ทำในเรื่องที่รุนแรง หรือสำคัญ ก่อน โดยตัวชี้วัดของการทำการมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดไว้ คือ ให้จำนวนความเสี่ยงที่ไม่มีมาตรการป้องกันเป็น 0 % ผู้ร่วมวิจัย 1 ราย ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า นโยบายจะเน้นให้มีการแก้ไขปัญหาตนเอง โดยให้แต่ละหน่วยงานช่วยกันเขียนมาตรการป้องกันความเสี่ยงขึ้นมาโดยที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะกระตุ้น และให้คำแนะนำในการเขียน ซึ่งในปัจจุบันนี้มาตรการป้องกันสำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ 5 เรื่องแรกของหน่วยงานนั้นทุกหน่วยงานได้มีการกำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว สำหรับผู้ที่รับผิดชอบในการทำแนวทางปฏิบัตินั้นได้กำหนดไว้ว่า ความเสี่ยงที่เป็นลักษณะเฉพาะงาน ให้แต่ละหน่วยงาน หรือแต่ละตึกทำการมาตรการควบคุมป้องกัน หรือแนวทางปฏิบัติเอง ส่วนความเสี่ยงที่เป็นเรื่องเดียวกันจะมารวมกันทำพร้อมกันทีเดียว และใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งนี้ในการทำการมาตรการป้องกันนั้นจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การทำการมาตรการป้องกันในอุบัติการณ์ที่แก้ไขได้ภายในหน่วยงาน หรือในกลุ่มงานการพยาบาล และการทำการมาตรการป้องกันอุบัติการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยคร่อมสายงานซึ่งในกรณีหลังนี้ จะให้เวลาแต่ละหน่วยงานในการหาแนวทางปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน แล้วศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาลจะเป็นผู้นัดหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันอีกครั้ง และในกรณีที่เกิดเหตุซ้ำในความเสี่ยงที่ได้วางมาตรการป้องกันไว้แล้ว จะต้องนำมาตรการนั้นมาวิเคราะห์บทบทวน เพื่อปรับปรุง และหามาตรการที่เหมาะสม

จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ระบุว่า ข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือนจะนำมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดมาตรการป้องกัน หรือแนวทางปฏิบัติของแต่ละ

หน่วยงานในการประชุมของหน่วยงาน โดยเขียนหัวข้อความเสี่ยงขึ้นกระดานแล้วให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไข เมื่อได้ข้อสรุปแล้ว หัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าตึก จะนำข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน มานำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานว่า แต่ละตึกมีความเสี่ยงใดเกิดขึ้น มีเรื่องใดที่สามารถแก้ไขได้ มีแนวทางอย่างไร หรือเรื่องใดที่แก้ไขไม่ได้จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และทำแนวทางปฏิบัติร่วมกัน แล้วจึงสรุปส่งให้ประธาน บริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับ โรงพยาบาล ต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดคือ

“ฝ่ายการ (กลุ่มงานการพยาบาล) จะมีการประชุมประจำเดือนทุกเดือน จะแจ้งในที่ประชุมถ้าใครมีความเสี่ยงเรื่องอะไรก็จะมาบอกกันตรงนั้น (ในที่ประชุม) มาร่วมวิเคราะห์กัน ตรงนั้นอีกที หรือความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขแล้ว หรือไม่แก้ไข ก็จะแจ้งในที่ประชุม”

P 7

“ประธานความเสี่ยงของกลุ่มงานจะแจ้งว่า ความเสี่ยง (งานการบริหารความเสี่ยง) ให้ทำอะไรบ้าง มีการรวบรวม การวิเคราะห์ แต่ละหน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเอง แล้วเรียงลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในหน่วยงานออกมาเมื่อก่อนประเมินทุก 3 เดือน ปีนี้ประเมินทุกเดือนว่ามีความเสี่ยงอะไร เรียงลำดับ 1-5 อันไหนรุนแรงจัดการก่อน ถ้ายังไม่มีมาตรการก็จัดทำมาตรการ ถ้ามีอยู่แล้วให้เข้มงวดในการปฏิบัติตามมาตรการ”

P 9

“ในตึกจะมาประชุมกำหนดแนวทางปฏิบัติแต่ละเรื่อง ก็จะขึ้นมาเขียนกัน คือ โฟส (post) ขึ้นกระดานว่าถ้าเป็นอย่างนี้จะแก้ไขกันยังไง จะทำตอนวันมี HA ของตึก ก็จะทำเฉพาะเรื่องที่มีความเสี่ยงขึ้นมาก่อน”

P 6

“หน่วยงานจะทำแนวทางปฏิบัติเอง ช่วยกันเขียนของตัวเองถ้าเป็นเรื่องเร่งด่วนก็ทำทันที ถ้าไม่เร่งด่วนอาจนัดมาทำร่วมกัน”

P 9

จากแนวทาง และการปฏิบัติในการวิเคราะห์ และจัดลำดับความเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น ถึงแม้ว่าคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้มีการกำหนดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไว้ในระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์เป็น 4 ระดับ และกำหนดแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงโดยการให้น้ำหนักคะแนนความเสี่ยงแต่ละเรื่อง เพื่อนำมาพิจารณาในการกำหนด มาตรการป้องกันไว้แล้วก็ตาม จากการศึกษาเอกสารการประชุมของคณะกรรมการบริหาร

ความเสี่ยง พบว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีความคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่ยังจัดลำดับความเสี่ยงไม่ถูกต้อง และไม่ตรงกัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย 2 ราย (ร้อยละ 20) ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน 1 ใน 2 ราย ระบุว่า ไม่ทราบเกี่ยวกับการแบ่งระดับความรุนแรง การตัดสินใจว่าความเสี่ยงเรื่องใดมีระดับความรุนแรง หรืออันตรายมากน้อยกว่ากันนั้นเป็นการตัดสินใจโดยใช้ความรู้สึกของตนเอง ในขณะที่อีก 1 ราย ระบุว่า ทราบถึงการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงว่าแบ่งเป็น 4 ระดับ แต่ไม่ทราบว่าความเสี่ยงแต่ละเรื่องอยู่ในระดับใด ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“ไม่ทราบเกี่ยวกับการแบ่งระดับความรุนแรง ใช้ความรู้สึกในการตัดสินใจว่าความเสี่ยงนี้รุนแรง อันตราย”

P 2

“เค้า (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง) แบ่งระดับความรุนแรงออกมา แต่รายละเอียดก็ยังไม่รู้ว่าอันไหนระดับไหน เค้าไม่ได้แจ้งให้ทราบ”

P 6

จากผลการวิจัย อธิบายได้ว่า ตามที่แนวทางการวิเคราะห์ความเสี่ยงของ พรพ. ได้อธิบายถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยง หรือประเมินความเสี่ยง ว่าเป็นการประเมินความเสี่ยงในช่วงก่อนเกิดเหตุ โดยการนำบัญชีรายการความเสี่ยงมาประเมินความถี่ของการเกิด และความรุนแรงของความเสี่ยง เพื่อให้ทราบว่าโอกาสของการเกิดความเสี่ยงมีมากเพียงใด บ่อยเท่าใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก โดยใช้การจำแนกความเสี่ยงออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความถี่ต่ำและความรุนแรงต่ำ 2) กลุ่มที่มีความถี่ต่ำและความรุนแรงสูง 3) กลุ่มที่มีความถี่สูง และความรุนแรงต่ำ และ 4) กลุ่มที่มีความถี่สูง และความรุนแรงสูง ตามน้ำหนักคะแนน สอดคล้องกับ เรณู อาจสาลี และอรพรรณ โตสิงห์ (2546) ที่ว่า การประเมินความเสี่ยง จะช่วยให้สามารถกำหนดได้ว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ปัญหาเรื่องใดมีความสำคัญก่อน หลัง โดยประเมินน้ำหนักจากทั้งความถี่ที่เกิดความเสี่ยง และความรุนแรงของความเสี่ยงนั้น ๆ นำมาคำนวณเป็นน้ำหนักตามลำดับของความเสี่ยง ดังนี้

ลำดับความสำคัญของความเสี่ยง = ความถี่ x ความรุนแรง

โดยอาจกำหนดน้ำหนักคะแนนความถี่และความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง และให้น้ำหนักคะแนน เท่ากับ 1 ในกรณีที่ความถี่หรือความรุนแรงต่ำ น้ำหนักคะแนน เท่ากับ 2 ในกรณีที่ความถี่หรือความรุนแรงปานกลาง และน้ำหนักคะแนน เท่ากับ 3 ในกรณีที่ความถี่หรือความรุนแรงสูง

การมีคำตอบเหล่านี้จะทำให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง เพื่อนำไปสู่การจัดการที่เหมาะสม จากผลการศึกษาซึ่งพบว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้มีการแบ่งระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความรุนแรง และความถี่โดยการให้เป็นค่าคะแนนความถี่ ความรุนแรงตามที่กำหนดนั้น เพื่อเป็นการกำหนดแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ในการพิจารณาระดับ และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง เพื่อจัดทำเป็นแผนงานในการแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์ด้วยวิธีดังกล่าว เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ซึ่งสิ่งสำคัญ คือ ผู้วิเคราะห์ต้องเข้าใจแนวคิดของกระบวนการวิเคราะห์ สอดคล้องกับ ไพรัชวอเตอร์เฮาส์กรุ๊ป (2546) ที่ว่า เมื่อองค์กรสามารถระบุความเสี่ยงได้แล้ว ควรทำการประเมิน หรือวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งในด้านของโอกาสที่อาจเกิดขึ้น ว่ามีมากน้อยเพียงใด และผลกระทบหากมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ทั้งนี้ในการกำหนดแนวทางดังกล่าว อาจมีการแบ่งระดับที่แตกต่างกันไป แต่สิ่งที่เหมือนกันก็คือ การใช้วิธีการให้คะแนนความถี่ ความรุนแรง และนำมาคำนวณหาน้ำหนักคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามน้ำหนักคะแนน หรืออาจกำหนดเป็นรายละเอียดดังตัวอย่างตาม ตารางที่ 3 เพื่อช่วยในการพิจารณาการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับความเสี่ยง (University of London, 2004)

ผลที่ตามมา (Consequence)	โอกาสที่อาจเกิดขึ้น (Likelihood)				
	ไม่เคยเกิด	ไม่มีโอกาส	มีโอกาส	เคยเกิดขึ้น	เกิดขึ้นบ่อย
ผลต่อกัน					
1 การบาดเจ็บต้องให้ การช่วยเหลือเบื้องต้น	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง
2 การบาดเจ็บต้องให้ การรักษา	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง
3 การบาดเจ็บใช้เวลา รักษาน้อยกว่า 7 วัน	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง
4 การบาดเจ็บใช้เวลา รักษามากกว่า 7 วัน	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง
5 เสียชีวิตจำนวนมาก	สูง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง
ผลต่อทรัพย์สิน					
1 เสียหายเล็กน้อย	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง
2 ต้องซ่อมหรือเปลี่ยน ส่วนประกอบ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง
3 ต้องซ่อมหรือเปลี่ยน อุปกรณ์	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง
4 เสียหายในระดับ หน่วยงาน	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง
5 เสียหายหลายหน่วยงาน	สูง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลที่ตามมา (Consequence)	โอกาสที่อาจเกิดขึ้น (Likelihood)				
	ไม่เคยเกิด	ไม่มีโอกาส	มีโอกาส	เคยเกิดขึ้น	เกิดขึ้นบ่อย
ผลต่อสิ่งแวดล้อม					
1 มีผลเล็กน้อย	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง
2 มีผลบางส่วน	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง
3 มีผลเฉพาะพื้นที่	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง
4 มีผลเป็นส่วนใหญ่	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง
5 มีผลเป็นวงกว้าง	สูง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง
ผลต่อชื่อเสียงองค์กร					
1 มีผลกระทบเล็กน้อย	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง
2 มีผลกระทบในวงแคบ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง
3 มีผลกระทบภายในท้องถิ่น	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง
4 มีผลกระทบในวงกว้าง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง
5 มีผลกระทบระดับชาติ	สูง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง
ผลต่อการเงินขององค์กร					
1 ผลกระทบเล็กน้อย	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง
2 รายได้ลดลงบางส่วน	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง
3 unit off line < 4 ชม.	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง
4 unit off line > 4 ชม. รักษามากกว่า 7 วัน	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง
5 unit off line หลายหน่วย	สูง	สูง	รุนแรง	รุนแรง	รุนแรง

ตัวอย่างจากตารางที่ 3 จัดเป็นอีกหนึ่งแนวทางในการแบ่งระดับความเสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรมีความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงได้ถูกต้อง และมีความเข้าใจที่ตรงกันได้มากขึ้น

แต่จากผลการวิจัย ในกรณีที่พบว่าเจ้าหน้าที่ยังวิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงไม่ตรงกัน หรือการตัดสินใจเรื่องใดสำคัญกว่าโดยใช้ความรู้สึกนั้น อาจยังไม่ใช่ปัญหา และไม่ใช่ว่าสิ่งที่ผิด เพราะจากคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัยทราบว่าการวิเคราะห์ความเสี่ยงนั้นเป็นไปเพื่อการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง ในการวางแผนการป้องกัน สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2545) ที่ว่าความสำคัญของการวิเคราะห์ความเสี่ยงไม่ได้อยู่ที่การแบ่งเป็นกี่กลุ่ม หรือกี่ระดับ แต่อยู่ที่ว่าเจ้าหน้าที่รู้ หรือไม่ว่าอะไรคือความเสี่ยงที่สำคัญ และวิธีการป้องกันเหมาะสมกับความรุนแรงกับความถี่หรือไม่ และหากมีการวิเคราะห์ผิด ก็จะไม่เกิดความเสียหาย เพราะจะต้องมีการนำวางแผนการป้องกันอยู่แล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าหลาย ๆ โรงพยาบาลก็พบปัญหาในลักษณะเดียวกัน คือ ไม่ทราบว่าจะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจเป็นความเสี่ยงระดับใด หรือควรแบ่งเป็นกี่ระดับ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2545) ซึ่งปัญหาในเรื่องนี้ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2545) กล่าวไว้ว่า การตัดสินใจความเสี่ยงว่าเป็นระดับใดนั้น อาจแยกกันได้ด้วยประสบการณ์ และสามัญสำนึก เพราะ การใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจนั้น จะต้องมีการทบทวนเหตุผลที่ตัดสินใจในแต่ละกรณีว่ามีเกณฑ์อย่างไร คิดถึงผลกระทบต่อใคร ในลักษณะใด และให้คุณค่าต่อเรื่องอะไร และสามารถทบทวนความถี่ ความรุนแรงได้หลังจากการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ต่าง ๆ ไปแล้วระยะหนึ่ง ส่วนการที่ พรพ. แบ่งเป็น 4 ระดับดังที่ได้กล่าวไว้แล้วนั้นเป็นแนวทางง่าย ๆ ที่ใช้สำหรับช่วยในการตัดสินใจ เพราะความสำคัญของการวิเคราะห์ หรือประเมินความเสี่ยงอยู่ที่การสามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม และการพยายามป้องกันมิให้ความเสี่ยงเกิดขึ้น สอดคล้องกับวินเซนต์ (Vincent, 2001) ซึ่งกล่าวถึงการจัดลำดับความเสี่ยง (Rating the Level of Risk) ไว้ว่า การจัดลำดับความเสี่ยงพิจารณาได้จากความเป็นไปได้ของการเกิดเหตุการณ์ หรือความถี่ และความรุนแรงของผลที่เกิดขึ้นต่อบุคคล หรือองค์กร โดยเสนอวิธีการจัดลำดับความเสี่ยงโดยการให้คะแนนความถี่ และความรุนแรงของความเสี่ยง ซึ่งพัฒนาโดยหน่วยงานการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก แห่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเวลส์ (Clinical Risk Management Department at the University Hospital of Wales) โดยแบ่งระดับคะแนนของความถี่ และความรุนแรงของความเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับ ดังตารางที่ 4 แล้วจึงนำคะแนนความเสี่ยงที่ได้จากผลคูณของคะแนนความถี่กับคะแนนความรุนแรง มาจัดลำดับความเสี่ยงตามกลุ่มคะแนน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การแบ่งระดับความถี่ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ (Incident Risk Level Estimator Risk Rating Chart)

ความถี่	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ความรุนแรง	4	3	2	1
รุนแรงมาก 4	16	12	8	4
รุนแรง 3	12	9	6	3
รุนแรงน้อย 2	8	6	4	2
ไม่รุนแรง 1	4	3	2	1

ตารางที่ 5 การกีดคะแนนความเสี่ยง (Risk Rating Calculation)

คะแนนความถี่ x คะแนนความรุนแรง = คะแนนความเสี่ยง (Risk Rating Number: RRN)

คะแนนความเสี่ยง	สถานการณ์ความเสี่ยง
16-12	ยอมรับไม่ได้
6-9	ความเสี่ยงสูงมาก
3-4	ความเสี่ยงปานกลาง
1-2	ความเสี่ยงต่ำ หรือยอมรับได้

อย่างไรก็ดี วินเซนต์ (Vincent, 2001) ยังได้กล่าวไว้ว่า การใช้ระบบการให้คะแนน เพื่อจัดลำดับ หรือจัดกลุ่มความเสี่ยงดังกล่าว เป็นเพียงแนวทางกว้าง ๆ ในการแบ่งระดับความเสี่ยงเท่านั้น ซึ่งไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นหลักการที่เป็นวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546) ที่ว่า เมื่อทุกหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงแล้วต้องนำมาประเมิน และวิเคราะห์ ทั้งในช่วงก่อนเกิดเหตุ หรือในขณะที่เกิดเหตุด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น การวิเคราะห์ในเรื่อง

ของความสำคัญร่วมกับความถี่ของการเกิด แล้วจัดแบ่งเป็นกลุ่มตามแนวคิดของตนเอง และทีมงาน แล้วให้มีการดำเนินการเพื่อการแก้ไข และป้องกัน นอกจากนี้มีการวิเคราะห์ด้วยรูปแบบอื่น ๆ เช่น การวิเคราะห์ความเสียหายที่เกิดขึ้นทันทีในขณะที่เกิดเหตุ การวิเคราะห์สาเหตุ และการแก้ไขที่เหมาะสม หรือการวิเคราะห์มุมมองโดยรวม เพื่อให้ทราบว่ามีโอกาสเกิดความเสียหายมากน้อยเพียงใด บ่อยเท่าใด จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด และในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสจะเกิดมาก จะทำให้สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยในเรื่องของการประเมิน หรือวิเคราะห์ภาวะเสี่ยง ของชลอ น้อยเผ่า (2544) ซึ่งพบว่า มีการปฏิบัติกิจกรรมในการประเมินภาวะเสี่ยงในระดับสูง

3. รายงานความเสี่ยง

จากการศึกษาเอกสาร พบว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลได้กำหนดระเบียบปฏิบัติเรื่องการรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยใช้กับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกประเภทในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรสามารถรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ถูกต้องครบถ้วน โดยได้ให้นิยามของการรายงานความเสี่ยง หรือการรายงานอุบัติการณ์ว่า เป็นการบันทึกเหตุการณ์ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายทางร่างกาย หรือจิตใจ ต่อผู้รับบริการ หรือผู้ปฏิบัติงาน และมีนโยบายในการรายงานอุบัติการณ์ คือ อุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกประเภทที่เกิดขึ้นจะต้องได้รับการรายงานไปยังผู้จัดการความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติสำหรับการรายงานอุบัติการณ์นี้ได้กำหนดให้บุคลากรผู้ประสบเหตุการณ์เป็นผู้บันทึกรายงานอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยเขียนรายงานในแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล ซึ่งในแบบบันทึกนี้ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อหน่วยงานที่รายงาน วันที่รายงาน บุคคล หรือหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบ โดยระบุว่าเป็นผู้ป่วย หรือญาติ หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สถานที่ และวันเวลาที่เกิดเหตุ รวมทั้งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ นอกจากนี้การบันทึกจะต้องระบุประเภทของเหตุการณ์ หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยทำเครื่องหมายหน้ารายการความเสี่ยงในแบบฟอร์ม

แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ใช้ตามแบบของกองการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยรายการความเสี่ยง และการบรรยายสรุปเหตุการณ์ของผู้ที่ประสบเหตุการณ์ จากการศึกษาดูเอกสาร แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ และการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ร่วมวิจัย 2 ราย ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 1 ราย และเป็นคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาล 1 ราย ระบุว่า ในปัจจุบัน (กรกฎาคม 2547) ได้มีการจัดทำแบบฟอร์มสำหรับลงรายการความเสี่ยง หรือแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ใหม่ เพื่อให้สะดวกในการรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้รับเสียงสะท้อนจากหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ว่า

ในแบบบันทึกมีรายการความเสี่ยงไม่ครบทุกหน่วยงานทำให้ไม่สะดวกในการบันทึก
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจึงให้แต่ละหน่วยงานส่งรายการความเสี่ยงที่ต้องการให้เพิ่มเติม
ขึ้นมา เพื่อที่คณะกรรมการจะนำมาเป็นข้อมูลในการปรับแบบบันทึกให้เนื้อหาครอบคลุม
กับความเสี่ยงของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล และเพื่อให้ขั้นตอนการรายงานผ่านตาม
สายการบังคับบัญชา ตามลักษณะ โครงสร้างของระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์จะแยกประเภทของรายการความเสี่ยงไว้เป็นหมวดหมู่ คือ ความเสี่ยง
ด้านอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัย ด้านอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน
ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านสิทธิผู้ป่วย ด้านปัญหาของผู้ให้บริการ ด้านปัญหาของผู้รับบริการ
ด้านการเกิดโรคและพัฒนา และช่องอื่น ๆ สำหรับความเสี่ยงที่ไม่มีในรายการดังกล่าว โดยที่จะมี
รายการประเภทของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแยกอยู่ในหมวดหมู่ต่าง ๆ ส่วนด้านหลังของแบบฟอร์ม
เป็นการเขียนบันทึกบรรยายเหตุการณ์ การดำเนินการแก้ไข ผลลัพธ์ และข้อเสนอแนะ ของ
หัวหน้าแหว หรือหัวหน้างาน บันทึกของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงาน บันทึกของ
หัวหน้ากลุ่มงาน และบันทึกของผู้จัดการความเสี่ยง สุดท้ายจะเป็นการพิจารณาของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล หรือผู้จัดการความเสี่ยง แล้วแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบผลสรุปของการจัดการ
ความเสี่ยงในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

สำหรับขั้นตอนในการรายงานอุบัติการณ์ หรือความเสี่ยงนั้น จากเอกสารรายงาน
การประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล พบว่า คณะกรรมการบริหาร
ความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้มีการปรับขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ หรือความเสี่ยงตามระดับ
ของความเสี่ยง เพื่อสะดวกต่อการส่งรายงาน โดยได้แบ่งระดับของความเสี่ยงเป็น 4 ระดับ
ตามความถี่ของการเกิด และผลกระทบของเหตุการณ์ที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่ และ
ผลต่อชื่อเสียง หรือทรัพย์สินของโรงพยาบาล ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แนวทางการรายงานความเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง

ระดับ	ความถี่	ผลกระทบต่อ		การรายงาน
		ชีวิตบุคคล	องค์กร	
1	สูง / ต่ำ	สูง	สูง	ทันที
2	สูง	ต่ำ	สูง / ต่ำ	ทันที
3	สูง	ต่ำ	ต่ำ	รวบรวมส่ง
4	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	รวบรวมส่ง

จากตารางที่ 6

ความเสี่ยงระดับที่ 1 และ 2 ให้รายงานผู้จัดการความเสี่ยงทันที ถ้าตรงกับวันเสาร์ หรือ วันอาทิตย์ ให้รายงานวันจันทร์

ความเสี่ยงระดับ 3 และ 4 รวบรวมให้หัวหน้างาน และส่งทั้งใบรายงานอุบัติการณ์ และ สถิติของการเกิดความเสี่ยงให้กับประธานบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อนำส่งให้ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลต่อไป

สำหรับวิธีปฏิบัติของการรายงานอุบัติการณ์ มีการกำหนดขั้นตอนของการรายงาน ตั้งแต่ ผู้ประสบปัญหาจนถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล คือ ให้ผู้ประสบเหตุการณ์บันทึกรายงานอุบัติการณ์ ส่งหัวหน้าเวร หรือหัวหน้างาน แล้วหัวหน้าเวร หรือหัวหน้างานวิเคราะห์เหตุการณ์ กรณีที่ เหตุการณ์มีความรุนแรงระดับ 1-2 ให้รายงานหัวหน้ากลุ่มงาน หรือหัวหน้าฝ่ายทันที กรณี เหตุการณ์มีความรุนแรงระดับ 3-4 ถ้าแก้ไขได้ รวบรวมรายงานส่งหัวหน้ากลุ่มงาน หรือ หัวหน้าฝ่ายทุกสิ้นเดือน ถ้าแก้ไขไม่ได้ให้รายงานหัวหน้ากลุ่มงาน หรือหัวหน้าฝ่าย และถ้า หัวหน้ากลุ่มงาน หรือหัวหน้าฝ่ายวิเคราะห์เหตุการณ์แล้ว ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ให้แจ้งผู้จัดการ ความเสี่ยงทันที แต่ถ้าสามารถแก้ไขได้จะแจ้งให้หัวหน้างานดำเนินการ แล้วรวบรวมรายงาน ทั้งหมดส่งผู้จัดการความเสี่ยงทุกสิ้นเดือน หลังจากนั้นผู้จัดการความเสี่ยงรวบรวม และวิเคราะห์ รายงานความเสี่ยง แจ้งกรรมการบริหาร โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่าการรายงาน อุบัติการณ์จะช่วยให้ทราบถึงข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน รวมทั้งสาเหตุของการเกิด ความเสี่ยง และทุกครั้งที่เกิดความเสี่ยงขึ้น ผู้ที่ประสบเหตุการณ์จะเป็นผู้เขียนรายงานอุบัติการณ์ ลงในแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ โดยเขียนรายละเอียดสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ การดำเนินการ แก้ไขปัญหา การให้การช่วยเหลือ และผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วรายงานหัวหน้า หน่วยงาน และกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานทราบ หรือจะบันทึกลงสมุดบันทึกเวร ไว้ก่อนว่ามีปัญหาอะไรในเวรของตนเองเกิดขึ้น แล้วจึงมาเขียนรายงานภายหลังก็ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ร่วมวิจัย 6 ราย ระบุว่า การเขียนรายงานอุบัติการณ์นั้น อาจจะเป็นผู้ประสบเหตุการณ์เขียนเอง หรือหัวหน้าเวรเป็นผู้เขียนก็ได้ ในกรณีที่หัวหน้าเวรอยู่ในเหตุการณ์ด้วย ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัย 1 ใน 6 รายนี้ เห็นว่าผู้ประสบเหตุการณ์ควรเขียนรายงานเองเนื่องจากผู้ประสบเหตุจะทราบถึง รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“มีความเสี่ยงก็ให้เขียนรายงาน เขียนทุกเรื่องที่เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแบบรายงาน ให้เขียนรายละเอียดว่า ความเสี่ยงมาจากอะไร เนื่องจากอะไร แล้วช่วยแก้ปัญหาอย่างไร ดำเนินการอย่างไร”

P 6

“เกิดอุบัติการณ์ ก็จะต้องเขียนรายงาน มีใบบันทึกเก็บเอาไว้ เช้าก็รายงานหัวหน้าตึก ถ้าควมมากก็รายงานใน 24 ชั่วโมง หรือรอเช้า ก็เค้ามีแผนภูมิของการรายงาน”

P 7

“จริง ๆ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดว่า ต้องเขียนทั้งหมด ถ้าน้อง (ผู้ประสบเหตุการณ์) ไม่เขียนหัวหน้าเวรต้องเขียน แต่ควรเน้นให้เจ้าตัว (ผู้ประสบเหตุการณ์) เขียนเอง ไปเขียนแทนไม่รู้หรอก”

P 3

จากผลการศึกษา จะพบว่า ได้มีการกำหนดแนวทางสำหรับการรายงานอุบัติการณ์ไว้ อย่างชัดเจน โดยที่ผู้ร่วมวิจัยทุกคนทราบว่าในกระบวนการบริหารความเสี่ยงนั้น ต้องมีการเก็บ ข้อมูลความเสี่ยงโดยการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ สอดคล้องกับแนวทางของ พรพ. ซึ่งระบุว่า แผนบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลต้องมีนโยบายในการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544) ในทางปฏิบัติกรรายงานความเสี่ยง หรือการรายงานอุบัติการณ์ เป็น เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง ทำให้ทราบแนวโน้มของปัญหา เป้าหมายสำคัญ ของการรายงานจึงอยู่ที่การที่องค์กรสามารถรู้สถานการณ์ของตนเองอย่างครบถ้วน และพยายาม ป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคต โดยที่ระบบการรายงานจะเป็นตัวช่วยในการเฝ้าระวังแนวโน้มของ ปัญหา (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2545) สำหรับแนวทางการจัดระบบรายงานอุบัติการณ์ที่มี ประสิทธิภาพควรเริ่มจากการสร้างความเชื่อมั่นว่า อุบัติการณ์ที่รายงานนั้น จะไม่มีผลกระทบเชิงลบ ต่อผู้รายงาน แต่จะมีผลเพื่อป้องกันการผิดพลาดในการปฏิบัติครั้งต่อไป และจะมีผลต่อการพัฒนา ระบบในภาพรวม และควรมีกกลไกเพื่อเสริมความเชื่อมั่นของบุคลากรในองค์กรว่า เมื่อมีการรายงาน อุบัติการณ์แล้ว จะมีการจำแนกข้อมูล มีการใช้หลักการวิเคราะห์ข้อมูล และสถานการณ์เพื่อ ให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา นอกจากนี้หน่วยงานควรกำหนดสิ่งจำเป็นที่ต้องรายงาน และ รายละเอียดให้ชัดเจน เช่น ระบุเหตุการณ์ทั้งหมด ระบุผลที่จะเกิดตามมา โดยไม่ทอดแหรก ความคิดเห็น หรือข้อวิจารณ์ใด ๆ และไม่จำเป็นต้องระบุความถูก ผิด นอกจากระบุเพียงว่าเกิดอะไร ขึ้น นอกจากนี้ระบบการรายงาน ควรสร้างให้มีความสะดวก ง่าย ประหยัดเวลาและนำไปสู่ การป้องกัน และแก้ไขปัญหาย่างทันทั่วทั้งที่ (เรณู อาจสาธิต และอรพรรณ โตสิงห์, 2546)

อย่างไรก็ดี การที่ผู้ร่วมวิจัยระบุว่า การรายงานความเสี่ยงเป็นหนึ่งในขั้นตอนในกระบวนการบริหารความเสี่ยง อาจเป็นเพราะว่าโรงพยาบาลเน้นให้บุคลากรทราบถึงสิ่งหลัก ๆ ที่ต้องปฏิบัติจริง การที่บุคลากรทราบว่าต้องมีการปฏิบัติในเรื่องใดบ้างนั้น ทำให้ในแต่ละขั้นตอนมีการปฏิบัติที่มีความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลถึงความสมบูรณ์ของขั้นตอนต่อไป

4. การจัดการกับความเสี่ยง

การจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล เริ่มจากการที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้วางกรอบนโยบายในการทำงานให้มีระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยมอบหมายให้แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ในการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยจัดทำระเบียบปฏิบัติสำหรับการบริหารความเสี่ยง รับรายงาน และสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ สำหรับการจัดการความเสี่ยงในส่วนของกลุ่มงานการพยาบาล พบว่า เป็นการใช้กลยุทธ์ในการป้องกัน และลดความเสี่ยง โดยการมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน มีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา และการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ โดยเอกสารที่ผู้วิจัยศึกษาระบุถึงการจัดทำมาตรการควบคุม ป้องกันความเสี่ยงแต่ละเรื่องตามแบบฟอร์มมาตรการป้องกันความเสี่ยง ซึ่งหน่วยงานที่จัดทำต้องระบุถึงการเตรียมคน อุปกรณ์ หรือเครื่องมือ และข้อมูลข่าวสารในการป้องกันความเสี่ยง พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติงานที่รัดกุม และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา โดยแต่ละหน่วยงานดำเนินการจัดทำในส่วนของตนเอง หรือกลุ่มงาน หรืออาจมอบหมายให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นผู้ทำ สำหรับกรณีที่เป็นความเสี่ยงที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง เช่น ความเสี่ยงเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มงานการพยาบาล โดยงานวิชาการของกลุ่มงานจะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการทำมาตรฐานวิธีปฏิบัติงาน หรือมาตรการป้องกัน และให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นมาตรฐานแนวทางเดียวกัน หรืออาจมอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพในด้านต่าง ๆ เป็นผู้ทำ เช่น ความเสี่ยงเรื่องเจ้าหน้าที่ถูกขโมยมีคม ทิ่มตำ สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง ให้คณะกรรมการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อรับผิดชอบ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้ และสร้างความตื่นตัวให้กับบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการป้องกันความเสี่ยง โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะเข้าไปเยี่ยมหน่วยงาน (RM Round) เพื่อให้คำแนะนำ ตอบข้อซักข้อ หรือข้อสงสัยของเจ้าหน้าที่ ทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน และเมื่อมีการประชุมของกลุ่มงาน หรือการนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยได้ระบุหัวข้อเรื่องการบริหารความเสี่ยงไว้เป็นหัวข้อหนึ่งของการนิเทศ

ในกรณีที่ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ผู้ประสบเหตุการณ์เป็นผู้จัดการกับความเสี่ยงเบื้องต้น โดยผู้ที่ประสบเหตุการณ์ต้องแก้ปัญหาทันทีด้วยความเอาใจใส่ ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ให้แจ้งผู้จัดการความเสี่ยงทันที ซึ่งในเอกสารรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล ระบุว่า กลุ่มงานแบ่งวิธีการจัดการต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

เป็น 2 กลุ่ม คือ อุบัติการณ์ที่แก้ไขได้ภายในหน่วยงาน หรือกลุ่มงาน และอุบัติเหตุการณ์ที่ต้องแก้ไขโดยคร่อมสายงาน

จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ระบุว่า การจัดการความเสี่ยงเป็น การจัดการ หรือการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความเสี่ยง หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น และผู้ที่ ประสบเหตุการณ์จะต้องแก้ไขปัญหานั้นทันที โดยผู้ร่วมวิจัยรับรู้เกี่ยวกับการจัดการ ความเสี่ยงใน 2 ลักษณะ คือ เหตุการณ์ที่แก้ไขได้เองในหน่วยงาน และเหตุการณ์ที่หน่วยงาน แก้ไขเองไม่ได้ ดังรายละเอียด คือ

ลักษณะที่ 1 เหตุการณ์ที่แก้ไขได้เองในหน่วยงาน

ผู้ร่วมวิจัย ระบุว่า เป็นการจัดการกับความเสี่ยง หรือการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายใน หน่วยงาน หรือปัญหาระหว่างหน่วยงาน และหน่วยงานนั้น ๆ สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ นั่นคือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ หรือความเสี่ยงขึ้นผู้ประสบเหตุการณ์ หรือหัวหน้าเวร หรือหัวหน้างาน สามารถแก้ไขเหตุการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาระหว่างหน่วยงานเกิดขึ้น หากสามารถประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ให้ดำเนินการได้โดยหัวหน้าหน่วยงาน หรือ หัวหน้าเวรที่รับผิดชอบต่อเหตุการณ์ในขณะนั้น เป็นผู้ประสานแนวทางการแก้ไขปัญหาทันที โดยตรง ในกรณีที่ความเสี่ยงนั้นไม่รุนแรงจะรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง หรือปัญหาที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์ในที่ประชุม เพื่อหาสาเหตุของการเกิดปัญหา และหน่วยงานร่วมกันกำหนดแนวทาง ปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“ถ้าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ภายในตึก (หน่วยงาน) ก็จะปล่อยให้ทางตึกแก้ไขกันเอง คือ ฝ่ายการ (ฝ่ายการพยาบาล) ก็จะรับรู้ จะอยู่ที่ฝ่ายการอย่างเดียว ไม่ส่งคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ก็จะตั้งแนวทางปฏิบัติขึ้นมา”

P 1

“บางเรื่องเป็นความผิดพลาดเล็ก ๆ น้อย ๆ บางทีเคลียร์กันได้เอง แก้ปัญหาได้ก็จัดการ กันเอง ถึงแม้คร่อมสายงานก็จัดการไปเลย”

P 4

“ถ้าแก้ไขเองได้คณะกรรมการความเสี่ยงก็ไม่ทำอะไร หน่วยงานก็แก้”

P 10

ลักษณะที่ 2 เหตุการณ์ที่หน่วยงานแก้ไขเองไม่ได้

ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ระบุว่า เหตุการณ์ที่หน่วยงานแก้ไขเองไม่ได้ คือ เหตุการณ์ที่มีความรุนแรง หรือเหตุการณ์ที่ต้องมีการแก้ไขโดยคร่อมสายงาน ในกรณีที่

เหตุการณ์ที่มีความรุนแรง ผู้บริหารระดับกลาง และระดับสูงตั้งแต่หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าฝ่าย ผู้จัดการความเสี่ยง หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเป็นผู้ที่เข้าช่วยเหลือในการจัดการแก้ไขปัญหาล้วนในกรณีที่เป็นปัญหาระหว่างหน่วยงานจะเป็นหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าตึก หรือหัวหน้าฝ่าย มาประชุมเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน หรือหากยังหาข้อยุติไม่ได้ ศูนย์คุณภาพซึ่งได้รับรายงาน ความเสี่ยงจะเป็นผู้นัดหมายกำหนดการประชุม ซึ่งจากการศึกษาเอกสารยังพบว่า ได้มีการระบุถึง บทบาทของผู้บริหารในการจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยง คือ การศึกษาข้อมูล และวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงจากเวชระเบียน และจากการบันทึกอุบัติการณ์ จากผู้ปฏิบัติ จากหัวหน้าเวร หรือหัวหน้าหน่วยงาน และให้มีการดำเนินการแก้ไขในระยะแรก หลังจากนั้นรายงานให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ สำหรับการดำเนินการแก้ไขในระยะแรกนั้นให้กันเจ้าหน้าที่ที่เป็นคู่กรณีออก และต้องเข้าถึงผู้ป่วย หรือญาติทันทีด้วยความเอาใจใส่ พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อลดความรุนแรง แสดงความเห็นใจ ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง และอำนวยความสะดวก ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“ถ้าเกิดเหตุการณ์อย่างในเรื่องคนไข้ตกเตียง เราก็จะดูในตัวของคนไข้ก่อน คือ ดูในส่วนที่เราสามารถดูแลได้ check vital sign (ตรวจวัดสัญญาณชีพ) ดูบาดแผล แล้วก็นักที่จะไปอยู่กับคนไข้ในตอนนั้น แล้วเราก็จะดูแลช่วงนี้อย่างใกล้ชิด”

P 8

“มีปัญหาระหว่างตึก จะให้ทั้ง 2 ตึกมาคุยกันแล้วหาข้อตกลงแนวทางปฏิบัติร่วมกัน แต่ถ้ามันรุนแรงไม่มีใครสามารถแก้ไขให้เราได้ จนกระทั่งเดือดร้อนถึง ผอ. เค้าจะจับไปคุยกัน เพื่อให้ได้ข้อปฏิบัติร่วมกัน”

P 7

“ถ้าเกิดมีความเสี่ยงระดับรุนแรง เราจะมา conference กันก่อนสิ้นเดือน ถ้า (ฝ่ายการพยาบาล) จะเข้ามาแก้ไขพร้อมกับส่งรายงานไปที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และอาจให้เจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมแก้ไขด้วย”

P 1

จากผลการวิจัย จะพบว่า มีการจัดการความเสี่ยงในลักษณะของการเตรียมการก่อนเกิดเหตุ และการลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ โดยใช้การป้องกันความเสี่ยง ได้แก่ การมีระเบียบปฏิบัติ หรือแนวทางปฏิบัติในการปฏิบัติงาน มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และการลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ โดยมีการดูแลแก้ปัญหาทันทีด้วยความเอาใจใส่ รวมถึงการระบุให้ทุกหน่วยงานต้องมีการจัดการกับความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน สอดคล้องกับแนวทางในการจัดการกับความเสี่ยงของเพียจันท์ แสนประสาน และคณะ (2546) และ

อนวัณน์ ศุภสุทธิกุล และคณะ (2544) ซึ่งระบุว่าจัดการกับความเสี่ยง คือ การควบคุม ความสูญเสีย ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งวิธีการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การป้องกัน ความเสี่ยง ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เป็นต้น และการลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์ โดยการดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลัน ด้วยความเอาใจใส่ ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสาร และความเข้าใจที่ดีต่อกัน เพื่อช่วยป้องกันปัญหาการฟ้องร้อง

ปัญหา และอุปสรรค

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการศึกษาเอกสารรายงานการประชุม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังจากการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยง มาใช้ในองค์กรพยาบาล ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่ทำให้การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถ บรรลุตามจุดมุ่งหมาย พบว่า ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) รับรู้ปัญหาและอุปสรรคของ การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงใน 2 ด้าน คือ ปัญหาด้านกระบวนการ และปัญหาด้าน บุคลากร

ด้านที่ 1 ปัญหาด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ปัญหาด้านกระบวนการบริหารความเสี่ยง เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติตามแนวทาง ของกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งการดำเนินงานตามกระบวนการ บริหารความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลนั้น การเกิดปัญหาในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของ กระบวนการอาจมีผลต่อเนื่องไปสู่ดำเนินงานในขั้นตอนอื่น ๆ ได้ จากการศึกษาเอกสารรายงาน การประชุม และการสัมภาษณ์ ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) พบปัญหาในเรื่องของระบบ การรายงานอุบัติการณ์ คือ การไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ และไม่มีการตอบสนองต่อรายงาน อุบัติการณ์

1. การไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์

การรายงานอุบัติการณ์เป็นวิธีหนึ่งในการค้นหาความเสี่ยง และเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะ ทำให้เราทราบแนวโน้มของปัญหา คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ออกระเบียบปฏิบัติ การรายงานอุบัติการณ์ โดยระบุถึงวิธีปฏิบัติสำหรับการรายงานไว้ชัดเจน คือ ให้เจ้าหน้าที่ ผู้ประสบเหตุการณ์เป็นผู้บันทึกรายงานอุบัติการณ์โดยเขียนรายงานตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล ส่งหัวหน้าเวร หรือหัวหน้างาน แต่จากการศึกษาเอกสารการประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง พบว่า ยังขาดการเก็บข้อมูล หรือการไม่บันทึกรายงาน อุบัติการณ์ ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยเองก็มีความคิดเห็นว่าในปัจจุบันยังต้องมีการกระตุ้นให้เขียน

รายงานอุบัติการณ์ สำหรับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงก็มีความเห็นว่า ควรกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติบันทึกอุบัติการณ์ให้มากขึ้น โดยให้มีการประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทราบ หรือจะเป็นการบันทึกเตือนความจำไว้ก่อน แล้วจึงเขียนรายละเอียดในรายงานภายหลัง

จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) พบว่า ปัญหาของการดำเนินงานในตอนนี้ คือ การเก็บรายงานอุบัติการณ์ได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ โดยผู้ร่วมวิจัย ระบุว่า บางครั้งเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ หรือผู้ที่อยู่ร่วมในเหตุการณ์ไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ บางคนจะแจ้งให้หัวหน้าหน่วยงานทราบด้วยวาจา แต่ไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงาน ให้ข้อมูลว่า ได้พยายามเน้นถึงความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ว่าเป็นวิธีที่จะช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ก็ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดการบันทึกรายงานอุบัติการณ์อยู่ ซึ่งตรงจุดนี้จะส่งผลให้การเก็บข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไม่ได้ครบถ้วน และปัญหาที่เกิดขึ้นจะไม่ได้รับการแก้ไข ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ปฏิบัติ และกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล คือ

“บางทีไม่ได้ลงบันทึก ไม่เขียนรายงาน ทำให้ไม่ได้ข้อมูลที่จะนำมาแก้ไข การเก็บข้อมูลไม่ได้ครอบคลุม พี่ว่าตรงนี้นั้นสำคัญนะ คือ ถ้าไม่บันทึกก็เหมือนกับว่า ไม่มีข้อมูลตรงนั้นที่จะมาแก้ไข”

P 8

“ในวาระการประชุมสิ้นเดือน พี่จะบอกให้บันทึก ช่วยกันเขียนโน้ต (note) ไว้ก็ได้ถ้าไม่อยากบันทึก เดี่ยวพี่จะมาดูให้ ส่วนใหญ่ก็จะไม่ค่อยเขียน บางทีเล่าให้เราฟัง พอให้กลับไปเขียนไม่เขียนหรอก”

P 9

อนึ่ง ปัญหาของการไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์นั้น พบว่า มีปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยแต่ละท่านได้ให้เหตุผลทั้งที่เหมือนกัน และต่างกัน โดยส่วนใหญ่ ระบุว่า ไม่มีเวลาในการเขียนรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น ในระหว่างการปฏิบัติงาน และหากไม่มีการบันทึกเตือนความจำไว้ก็จะลืมเขียนรายงาน รองลงมา คือ กลัวเป็นความผิด ความคิดที่ว่าเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็ก สามารถจัดการแก้ปัญหาได้ รวมทั้งมีความเห็นว่าไม่มีการแก้ไขปัญหาหลังจากการรายงานอุบัติการณ์ไปแล้ว และการเกิดผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติ ดังรายละเอียด คือ

1.1 ไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ ผู้ร่วมวิจัย 7 ราย (ร้อยละ 70) ระบุว่า ไม่มีเวลา หรือลืมเขียนเนื่องจากภาระงานมาก หรือมีผู้ป่วยอาการหนัก ยุ่งมาก จนกระทั่งการทำงาน

เลยเวลาของการปฏิบัติงานปกติไปแล้ว และไม่ได้จัดเป็นบันทึกเตือนความจำไว้ จึงทำให้ลืม และไม่ได้เขียนรายงาน ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“บางทีงานยุ่ง ทำให้ลืม คนใช้หนักบางทีทำงานเกินเวลาแล้วก็เลยลืม ลงเวยไปเลย”

P 9

“บางทีลืม ถ้าไม่ได้ลงบันทึกเดี๋ยวนั้นก็ลืม คือ บางช่วงยุ่งมาก คนใช้เยอะแค่ทำงานในเวรยังไม่เสร็จเลย เดียวลงเวยจะเขียน แต่กว่าจะลงเวยตีหนึ่งแล้วก็ไม่ไหวแล้ว ก็ไม่ได้เขียนกัน”

P 8

1.2 กลัวเป็นความผิด ผู้ร่วมวิจัย 4 ราย (ร้อยละ 40) ระบุว่าเนื่องจากกลัวเป็นความผิด โดยให้เหตุผลว่ากลัวว่าเมื่อเขียนรายงานไปแล้วตนเองจะมีความผิด จะต้องมีการสอบสวน และรู้สึกรู้ว่าเป็นการเสียความน่าเชื่อถือของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“คนไม่เขียน เพราะกลัวว่าเขียนแล้วตัวเองผิด จะ ไม่อยากเขียน อย่างเจาะเลือดผิดคนเค้าไม่อยากเขียน เหมือนประจานเค้า”

P 3

1.3 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อย ผู้ร่วมวิจัย 3 ราย (ร้อยละ 30) ให้เหตุผลว่าคิดว่าปัญหา หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อย เป็นปัญหาเล็ก ๆ ในหน่วยงาน บุคลากรเองก็ปฏิบัติงานด้วยกัน แล้วปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ หรืออาจไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ทั้งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ หรือต่อโรงพยาบาล หรือเป็นปัญหาที่ไม่รุนแรง แต่อาจมีโอกาสของการเกิดสูง และความเสี่ยงนั้นได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติไว้อยู่แล้ว จึงไม่น่าจะต้องเขียนรายงาน โดยผู้ร่วมวิจัย 2 ใน 3 รายนี้กล่าวว่า เป็นเรื่องที่ทำให้เสียเวลา ต้องมีการบันทึกมากเกินไป ทั้งการเขียนรายงาน และบันทึกในใบรายการ (Check List รายการความเสี่ยง) และเบื่อกว่าที่จะต้องเขียนรายงานทุกวัน แต่จะยังคงมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงตามรายการอยู่ และเก็บเป็นข้อมูลสถิติความถี่ของการเกิดในแต่ละเดือนตามแบบฟอร์มการเฝ้าระวังความเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยเห็นว่าประเด็นสำคัญอยู่ที่ความตระหนักถึงความสำคัญของการเก็บข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ แล้วนำมาแก้ไขมากกว่าการบรรยายเหตุการณ์ในทุกเรื่อง และในบางครั้งผู้ร่วมวิจัยจะให้การเขียนเตือนความจำไว้ แล้วนำเหตุการณ์มาทบทวนภายหลัง แต่ในกรณีที่เป็ความเสี่ยงที่รุนแรง หรือต้องการให้เกิดการแก้ไข และเป็นเรื่องที่จะต้องอธิบายรายละเอียดของเหตุการณ์ ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่าก็ยังคงจำเป็นต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์ ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“ถ้าเรื่องที่เกิดขึ้นยังไม่เป็ปัญหาใหญ่ ก็ยังไม่ต้องเขียน จริง ๆ แล้วต้องเขียนหมด แต่ส่วนใหญ่ปัญหาเล็ก ก็คือเราตัวเอง เราก็จะไม่ค่อยเขียนกัน”

P 2

“การรายงาน บันทึกรายงานอย่างเป็นไปไม่ได้ ตัวเองยังไม่บันทึกเลยถ้าเป็นเรื่องจิปาถะ จ้อย ๆ มีเช็คลิส (Check List หรือรายการความเสี่ยง) ก็ไม่น่าต้องบันทึก บางเรื่องที่มีแหล่งข้อมูล (แนวทางปฏิบัติ) ชัดเจนอยู่แล้ว แล้วเจอทุกวัน พิจารณามันเพื่อที่ต้องบันทึกทุกวัน ต้องมาเขียนอุบัติการณ์ทั้งที่มีแหล่งข้อมูลอยู่แล้ว”

P 10

1.4 ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ร่วมวิจัย 3 ราย (ร้อยละ 30) ระบุว่า ไม่อยากเขียนรายงานอุบัติการณ์ เนื่องจาก อุบัติการณ์ หรือปัญหาที่เขียนรายงานส่งไปไม่ได้รับการแก้ไข ยังคงเกิดปัญหาเดิม ต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์ซ้ำ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่เกิดประโยชน์จากการเขียน ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“เราไม่อยากเขียนขึ้นไปเพราะเขียนไปก็ไม่ได้รับการแก้ไข อย่างงานที่มีความเสี่ยงอยู่ เราคิดว่าควรจะได้รับการแก้ไขได้แล้ว แต่เหตุผลที่ไม่แก้ไข.....เค้าให้เหตุผลว่าอาจเป็นส่วนน้อย ถ้าก็บอกกว่าให้เขียนบ่อยๆ ก็เหมือนมีความเสี่ยงเกิดขึ้นมาก เกิดหลายครั้ง น่าจะต้องแก้ไข แต่ถ้าถึงจะเข้าไปจัดการให้ มันทำให้เรายังต้องอยู่กับความเสี่ยง เขียนไปก็ไม่ได้อะไรขึ้นมา ครั้นต่อไปเราก็ไม่รู้ว่าจะให้เราทำอะไร เราก็รู้สึกหมดกำลังใจเอง บางครั้งพอเกิดเหตุการณ์เดิมเราก็ไม่รู้ว่าจะต้องเขียนรายงานอีกมั๊ย”

P 2

“พอเราเขียน (เขียนรายงานอุบัติการณ์) พอเอาเข้าระบบสห (สหสาขาวิชาชีพ ; ความเสี่ยงที่ต้องการการแก้ไขครอบคลุมสายงาน) มันก็หายไป ไม่มีการแก้ไข มันเป็นอะไรที่ค่อนข้างจะเรื้อรัง ปัญหายังอยู่ เหมือนต้องยอมรับโดยปริยาย”

P 7

1.5 เกิดผลกระทบต่อผู้เขียน ผู้ร่วมวิจัย 3 ราย (ร้อยละ 30) ระบุว่า ไม่อยากเขียน เพราะจะเกิดผลกระทบต่อผู้ที่ประสบเหตุการณ์ และเขียนรายงานอุบัติการณ์ โดยผลกระทบนั้น อาจอยู่ในรูปของการกล่าวถึงผู้ที่ประสบเหตุการณ์ในทางลบ หรือกลัวว่าการเกิดผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับการรายงาน รวมถึงการเกิดปัญหาส่วนตัวกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเขียนรายงานของเรา ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“กรณีครอบคลุมสายงาน ก็จะมีเสียงกระทบบ้าง เสียงกระทบก็จะออกมาในแนวลบทำให้คนไม่กล้าเขียน ไม่กล้าบันทึก”

P 1

“เวลามีปัญหากับฝ่ายอื่น จะมีปัญหาในเรื่องของคนที่กระทบกับเรา ถ้าเค้าค่อนข้างมีอิทธิพลมากกว่าเรา ในความรู้สึกของเราก็คือรายงานไป มันก็จะทำให้เข้าตัวเรา แล้วก็ทำให้เกิดความขัดแย้งกับเค้า”

P 2

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ของการไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ ได้แก่ ความไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ของเจ้าหน้าที่ และความกลัวว่ารายงานอุบัติการณ์จะไม่เป็นความลับ จากเหตุผล หรือปัจจัยที่ทำให้ไม่เกิดการเขียนรายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารรายงานการประชุม พบว่า เกี่ยวกับการเก็บใบรายงานอุบัติการณ์ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเสนอให้เก็บใบรายงานอุบัติการณ์เป็นความลับ โดยเก็บรวบรวมไว้ที่ศูนย์คุณภาพที่เดียว จะไม่เก็บไว้ที่หน่วยงาน โดยเสนอให้มีผู้เก็บเอกสารเฉพาะ และมีกุญแจล็อกพร้อมกันนี้ ยังได้กำหนดผู้เข้าถึงข้อมูล คือ ผู้บังคับบัญชาตามสายงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้จัดการความเสี่ยง และประธานคุณภาพโรงพยาบาล

ในกรณีที่ผู้ประสบเหตุการณ์ไม่อยากเขียนรายงานอุบัติการณ์ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม หัวหน้าவர் หรือหัวหน้าหน่วยงานสามารถเขียนรายงานแทนได้หากอยู่ในเหตุการณ์ หรือผู้ประสบเหตุการณ์แจ้งให้ทราบ หรือหากผู้ประสบเหตุการณ์เป็นผู้เขียนรายงานอุบัติการณ์เองแล้วไม่ประสงค์จะลงชื่อก็สามารถทำได้เช่นกัน นอกจากแนวทางดังกล่าวแล้วผู้ร่วมวิจัย ระบุว่าผู้จัดการความเสี่ยง และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล จะเข้าไปตรวจเยี่ยมหน่วยงาน แต่ละหน่วยทุกเดือน โดยจะเดินไปตามตึก หรือหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสอบถามถึงปัญหาข้อขัดข้อง และความเข้าใจของบุคลากรในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง รวมถึงการอธิบายและตอบข้อซักถามต่าง ๆ เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง และพยายามที่จะเน้นให้บุคลากรทราบถึงจุดประสงค์ของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ ว่าเป็นการเขียนบันทึกเพื่อการแก้ไขปัญหา จะไม่มีการจับผิดตัวบุคคล โดยในปัจจุบันจะพยายามเน้นที่หัวหน้าหน่วยงานด้วย เพื่อให้มีการลงโทษ หรือกล่าวโทษเกิดขึ้น และเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรอีกด้วย

จากผลการวิจัย อาจกล่าวได้ว่าปัญหาเรื่อง การไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้น เมื่อได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะพบว่า ถือเป็นปัญหาที่พบได้ ในหลาย ๆ โรงพยาบาลที่ใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง และด้วยเหตุผลที่คล้ายคลึง เช่น ไม่กล้าบันทึกเพราะเป็นการผูกมัดตนเองในทางกฎหมาย ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ค่อยให้ความสำคัญกลัวว่าจะเป็นภาระของตนเอง ลืมเขียน กลัวเป็นความผิด บุคลากรบางคนไม่ทราบว่าเรื่องใดที่ต้องรายงาน เรื่องใดไม่ต้องรายงาน (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล, 2545) ซึ่งจะทำให้ขาดข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพราะการรายงานอุบัติการณ์ เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหา หรือความเสี่ยง เพื่อให้

หน่วยงาน หรือองค์กรรับรู้เหตุการณ์ทั้งหมด เป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์ หรือมาตรการในการลดความผิดพลาด ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการ และปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัย เพื่อให้เกิดคุณภาพสูงสุดในการดูแลผู้รับบริการ และป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นในอนาคต (เรณู อาจสาธิต และอรพรรณ โตสิงห์, 2546) การที่จะสร้างให้เกิดวัฒนธรรมในการเขียนรายงานอุบัติการณ์นั้น ต้องใช้เวลา และความเข้าใจของผู้บริหาร ต้องทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่รู้สึกว่าคุณถูกถาม และทำให้มีบรรยากาศของความไว้วางใจภายใน เพื่อให้เจ้าหน้าที่กล้าที่จะรายงาน โดยทำให้เห็นเป็นรูปธรรมว่าการรายงานส่งผลให้เกิดความพยายามในการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหา และต้องกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลว่า จะไม่ทำให้ผู้รายงานต้องได้รับโทษ หรือถูกสอบสวน เพราะคนจะเขียนรายงานเมื่อรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกลงโทษ สบายใจ และเห็นว่าทำแล้วเกิดประโยชน์จริง ๆ ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นนี้ต้องใช้เวลา และขึ้นอยู่กับความจริงใจของผู้บังคับบัญชา (อนวัชน์ สุภชุตikul, 2545) ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จะต้องให้ความสำคัญกับปัญหา และให้ความรู้กับบุคลากรพยาบาลที่จะให้ความสำคัญกับการเขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์ เพื่อที่จะได้ทราบสถานการณ์อย่างแท้จริง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำให้เห็นเป็นรูปธรรมว่า การรายงานนั้นส่งผลให้เกิดความพยายามในการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหา มากกว่าการกล่าวโทษกัน หรือหาตัวผู้กระทำมาลงโทษ ทำให้เกิดความตระหนักว่าการรายงานทำให้เรารู้สถานการณ์ของตัวเราเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (อนวัชน์ สุภชุตikul และคณะ, 2544)

จากผลการวิจัยที่พบว่า เกิดผลกระทบทางลบต่อผู้ที่เขียนรายงานอุบัติการณ์ทั้งความขัดแย้งระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น หรือในลักษณะของทัศนคติในทางลบต่อผู้เขียนทำให้ไม่อยากเขียนรายงานอุบัติการณ์นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเอลเลียต (Elliott, 1997 อ้างถึงใน พัดดาว นิยมาศ, 2545) ซึ่งพบว่า สาเหตุที่บุคลากรพยาบาลไม่มีการบันทึกรายงานเหตุการณ์ เนื่องจากการรับรู้ว่ามีรายงานแล้วจะเกิดทัศนคติในทางลบจากหลาย ๆ ฝ่ายที่มีต่อตนเอง ได้แก่ เป็นความสะเพร่าในการทำงาน เป็นผลจากการปฏิบัติงานที่ไม่มีคุณภาพ เป็นผลจากบุคลิกภาพ และการวางตัวไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นสิ่งที่ผู้รับผิดชอบควรสร้างให้เกิดขึ้น คือ การสร้างความเชื่อมั่นว่า อุตการณ์ที่ถูกรายงานนั้น จะไม่มีผลกระทบเชิงลบต่อผู้รายงาน แต่จะมีผลเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติครั้งต่อไป และจะมีผลต่อการพัฒนาระบบในภาพรวม (เรณู อาจสาธิต และอรพรรณ โตสิงห์, 2546)

สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ระบบการรายงานอุบัติการณ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ การให้ความรู้กับบุคลากรในเรื่องของเป้าหมาย และความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ การประกาศให้บุคลากรทุกระดับทราบอย่างเป็นทางการว่าทุกคนมีหน้าที่ในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ ต้อง

ระบุแนวทางในการเขียนรายงานที่ชัดเจนทั้งในเรื่องของการกำหนดนิยามของความเสียหาย มีรายการความเสียหายที่ต้องรายงาน มีการสนับสนุนให้กำลังใจบุคลากรในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ มีการตอบสนองถึงผลจากการรายงานอุบัติการณ์ และที่สำคัญคือ ความรู้สึกไว้วางใจในนโยบายของการรายงานอุบัติการณ์ คือ ต้องไม่มีการตำหนิ และไม่มีปฏิกิริยาทางลบจากสหวิชาชีพ (No Blame and No Disciplinary) (Vincent, 2001)

2. ไม่มีการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ลักษณะปัญหาที่ไม่มีการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์มักจะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยงาน ในลักษณะของการที่คณะกรรมการบริหารความเสียหายซึ่งได้รับการรายงานความเสียหายที่เกิดขึ้นไปแล้ว แต่ไม่มีการตอบข้อมูลย้อนกลับมามีการดำเนินการอย่างไร มีการแก้ไขปัญหา หรือความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างไร หรืออยู่ในขั้นตอนใดของการดำเนินการ ทำให้ผู้ปฏิบัติ หรือผู้ที่เขียนรายงานอุบัติการณ์รู้สึกว่าไม่มีการนำปัญหามาแก้ไข ไม่มั่นใจในระบบการรายงาน ซึ่งจะส่งผลต่อการเก็บข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์

จากการสัมภาษณ์ ผู้ร่วมวิจัย 3 ราย (ร้อยละ 30) ระบุว่า บางครั้งรายงานอุบัติการณ์ที่ส่งไป เจ้าหน้าที่ไม่ได้ข้อมูลย้อนกลับมาในเรื่องของแนวทางในการจัดการแก้ไข และเมื่อเกิดความเสียหาย ทำให้บุคลากรรู้สึกว่ายังต้องอยู่กับปัญหาเดิม ๆ เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข รู้สึกว่าหมดกำลังใจ ท้อแท้ เกิดความเครียดในการทำงาน ไม่มั่นใจในขั้นตอนของการรายงาน และไม่อยากเขียนรายงาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การเก็บข้อมูลการเกิดความเสี่ยง และการวางมาตรการป้องกัน ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“อย่างเรื่องที่เราคิดว่ามันเสี่ยง พอเราเขียนไป (เขียนรายงานอุบัติการณ์) เอาเข้าระบบสห (เป็นปัญหาระหว่างหน่วยงาน หรือเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น) เรื่องก็หายไป ไม่มีการย้อนกลับมามีจะต้องมีวิธีการแก้ไขอย่างไรลงมา คือยังมีไม่เต็มที่ พอนาน ๆ หนัก ๆ เข้าเหมือนชักท้อ กลายเป็นว่าพอเจอปัญหาที่ใกล้เคียงกัน เราต้องมาคิดหาทางป้องกันเองเพื่อเซฟ (Safe) ตัวเรา เจ้าหน้าที่ก็เครียดเวลาทำงาน”

P 7

“คือ มีว่าความเสียหายอย่างนี้ พอเราแจ้ง (เขียนรายงานอุบัติการณ์) ขึ้นไป บางครั้งเราไม่ได้รับการตอบสนอง หนูก็ไม่ได้ติดตามว่าปัญหามันถูกแก้ไขไปแล้วหรือยัง”

P 5

จากการที่ผู้ร่วมวิจัยระบุถึงปัญหาของการที่รายงานอุบัติการณ์ไม่ได้รับการตอบสนอง ดังกล่าว ในทางตรงกันข้ามจากการศึกษาเอกสาร และสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ร่วมวิจัย 2 ราย (ร้อยละ 20) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า ในทางปฏิบัติตามระบบการส่งข้อมูลย้อนกลับ เมื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้รับรายงานอุบัติการณ์ ผู้จัดการความเสี่ยงจะพิจารณาว่าความเสี่ยงนั้นเกี่ยวข้องกับหน่วยงานใดบ้าง จะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเขียนข้อมูลในใบร้องขอให้แก้ไข และป้องกันปัญหา (Corrective and Preventive Action Request; ใบ CAR) ซึ่งจะอธิบายถึงสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด สาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไข และแนวทางป้องกัน โดยให้หน่วยงานตอบกลับมาที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงภายใน 1 สัปดาห์ เมื่อได้รับข้อมูลแล้วศูนย์คุณภาพจะประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาประชุมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข แล้วจึงนำเข้าสู่ที่ประชุมฝ่ายการพยาบาลเพื่อแจ้งให้หัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้าตึกทราบ และนำไปชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของตนเองทราบต่อไป นอกจากนี้ในแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์จะมีส่วนที่เป็น การพิจารณาของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หรือผู้จัดการความเสี่ยงในการที่จะให้หน่วยมีการดำเนินการต่ออย่างไร เช่น ให้หัวหน้าหน่วยงานนิเทศเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หรือให้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการแก้ไข หลังจากนั้นจึงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ความเสี่ยงเซ็นรับทราบผลสรุปของการจัดการ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งหมายถึงรวมถึงหัวหน้าหน่วยงานก็จะสามารถรับทราบผลสรุปได้ ซึ่งในทางปฏิบัติหัวหน้าหน่วยงานจะเป็นผู้ดำเนินการต่อ รวมถึงการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนทราบ ในทางกลับกันหากการปฏิบัติตามระบบการรับรายงาน และการส่งข้อมูลย้อนกลับไม่เป็นไปตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น ก็จะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่จะทำให้การรายงานไม่ได้รับการตอบสนอง หรือล่าช้า ดังที่รายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ระบุว่า ได้ส่งใบร้องขอให้แก้ไข และป้องกันปัญหา (ใบ CAR) ให้หน่วยงานแก้ไขอุบัติการณ์จำนวน 10 เรื่อง คณะกรรมการฯ ได้รับกลับคืนมาไม่หมด ซึ่งจะทำให้คณะกรรมการฯ และศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไปดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นได้ นอกจากนี้การเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานที่ไม่ครอบคลุม เช่น เป็นข้อมูลที่มีแต่ตัวเลขของการเกิดอุบัติการณ์ โดยไม่ได้ระบุรายละเอียดของเหตุการณ์นั้น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาได้

อย่างไรก็ดี ผู้ร่วมวิจัย 1 รายซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมจากกรณีนี้ว่า การที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ไม่มีข้อมูลย้อนกลับต่อการรายงานอุบัติการณ์ (Feedback) นั้นอาจเนื่องมาจากการที่ผู้จัดการความเสี่ยงเห็นว่า เหตุการณ์ความเสี่ยงนั้น ๆ แก้ไขได้เองในหน่วยงาน หรือคณะกรรมการฯ เห็นว่าได้มีการเรียกประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาไปแล้วจึงไม่มีการตอบกลับแนวทางการแก้ไข เนื่องจากคิดว่าหน่วยงานนั้น ๆ จะทราบผลการจัดการแล้ว นอกจากนี้การที่คณะกรรมการบริหาร

ความเสี่ยงเข้าไปนิเทศในหน่วยงานทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน จะทำให้คณะกรรมการฯ ได้มีโอกาสทราบถึงปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบจากผู้ปฏิบัติโดยตรง และยังสามารให้ข้อเสนอแนะ และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อรายงานอุบัติการณ์ที่ส่งขึ้นไปด้วย นอกจากนี้กรณีที่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และส่งรายงานมา แต่ยังไม่มข้อมูลรายละเอียด อาจต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวม หรือศึกษาข้อมูล ซึ่งจะทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขใด ๆ ได้ เพราะหากข้อมูลไม่ครบถ้วนจะไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงได้ ดังนั้นความเสี่ยงหรือปัญหาบางเรื่องอาจต้องใช้เวลาในการดำเนินการมาก ผู้ปฏิบัติก็อาจรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการตอบสนองต่อการรายงาน ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“บางที่ผู้จัดการความเสี่ยงเห็นว่าอันนี้ (ความเสี่ยง) แก้ไขได้ก็ไม่ได้ฟีดแบ็ค (Feedback) กลับไป หรือเป็นไปได้ว่าผู้จัดการความเสี่ยงยังไม่เน้นถึงเรื่องนี้ บางทีเห็นว่าเราเรียกประชุมตัวแทนแต่ละหน่วยงานมาช่วยกันแก้ไขแล้ว ก็คิดว่าเค้ารู้แล้ว ก็ไม่ได้ตอบกลับไป คือพวกเราไม่ได้ตระหนักถึงตรงนี้”

P 9

“ที่ไปคอนแทค (Contact) โดยตรงเค้าจะบอกว่า เรื่องที่ส่งแบบคร่อมทีม (ระหว่างหน่วยงาน) ไม่เห็นเค้าแก้กันเลย ทำไมมันช้า แต่บางเรื่องต้องใช้ข้อมูล เราต้องให้หน่วยเค้าไปเก็บข้อมูลก่อน หรือเอาข้อมูลย้อนหลังมา ต้องสรุปมาเลยว่าสาเหตุที่แท้จริงคืออะไร เพราะบางเรื่องส่งมาเราไม่รู้ว่าจะอะไร ไม่รู้สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงก็จะทำอะไรไม่ได้ อันนี้ก็เลยเป็นปัญหาว่าเรายังไม่ได้ฟีดแบ็ค (Feedback) กลับไป”

P 10

จากผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะทราบว่าระบบของการตอบสนองต่อการรายงานนั้นมีขั้นตอนในการปฏิบัติที่ชัดเจน แต่การที่เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติไม่ทราบถึงขั้นตอนดังกล่าว และรู้ว่าการรายงานอุบัติการณ์ไม่ได้รับการตอบสนอง อาจเป็นเพราะไม่ได้มีการติดตามถึงผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอาจไม่มีการปฏิบัติตามขั้นตอนหลังจากได้รับรายงานอุบัติการณ์ หรืออาจเป็นความล่าช้าของการปฏิบัติ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความล่าช้าอาจเนื่องจากการไม่ทราบสาเหตุของปัญหา และไม่มีตัววัดผลย้อนกลับที่เหมาะสมเพื่อตรวจสอบ (ฮิโตมิ กุเมะ, 2542) ทางออกของปัญหานี้ คือ การที่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการตอบรับต่อการรายงานอุบัติการณ์ โดยนำเข้าสู่กระบวนการตามขั้นตอนอย่างจริงจัง และมีการอธิบายถ้ายังไม่สามารถปฏิบัติ หรือแก้ไขได้ จะทำให้ผู้เสนอรายงานไม่เกิดความรู้สึกว่าการรายงานของตนถูกละเลย (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2544) นอกจากนี้หากผู้รับผิดชอบมองแต่เพียงอาการของปัญหาโดยไม่เอาใจใส่ต่อการค้นหาสาเหตุของปัญหา จะทำให้เจ้าหน้าที่เริ่มเคยชิน

กับสถานการณ์นั้นจนเป็นเรื่องปกติ และเชื่อว่าไม่สามารถแก้ไขได้ หรือไม่มีประโยชน์ที่จะพยายาม ผลที่ตามมา คือ ไม่มีการทุ่มเทเพื่อการปรับปรุงแก้ไขปัญหา แต่หากสาเหตุของปัญหาได้รับการแก้ไข งานก็จะสามารถดำเนินต่อไปได้ เพราะความสามารถของมนุษย์จะได้รับการพัฒนาโดยการที่มนุษย์ได้เห็นถึงความผิดพลาด และมีการปฏิบัติในการแก้ไขที่ถูกต้อง รวมถึงการป้องกันมิให้ความผิดพลาดนั้นเกิดขึ้นอีก และเมื่อใดก็ตามที่สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาไม่ชัดเจน มนุษย์มักกล่าวโทษผู้อื่น แทนที่จะโทษตัวเอง และหากเกิดทัศนคติแบบนี้ในองค์กร ก็จะไม่ผลทำให้องค์กร หรือเจ้าหน้าที่มีการพัฒนาให้ก้าวหน้าขึ้นได้ (อิโตมิ กุเมะ, 2542) สอดคล้องกับวินเซนต์ (Vincent, 2001) ที่ว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการส่งใบรายงานอุบัติการณ์แล้วรู้สึกว่าการรายงานอุบัติการณ์ถูกเก็บไว้ในกล่องดำ (Black Box) ซึ่งในเรื่องนี้ผู้จัดการความเสี่ยงควรมีการจัดการตอบสนองต่อข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น เพราะเห็นว่าทำให้เกิดการพัฒนาระบบ

ด้านที่ 2 ปัญหาด้านบุคลากร

ความพร้อมของบุคลากรในทุกระดับถือเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงขององค์กรพยาบาล นั่นคือ การทำให้บุคลากรรู้ว่าทำอะไร มีการดำเนินการอย่างไร ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยการศึกษาหาความรู้ และทำความเข้าใจเป็นอย่างมาก การเริ่มต้นที่ดีจึงควรให้ผู้ปฏิบัติทุกคนรู้ และเข้าใจ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ระบุว่า ปัญหาการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านบุคลากร คือ การที่บุคลากรบางส่วนไม่ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง ทำให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ยังไม่ชัดเจน การที่บุคลากรไม่ได้รับความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา และการที่เจ้าหน้าที่ขาดขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติ เนื่องจากได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ดังรายละเอียด คือ

1.เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัย 9 ราย (ร้อยละ 90) ระบุว่า ปัญหาของการบริหารความเสี่ยงในขณะนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนในการปฏิบัติอย่างแท้จริง ซึ่งอาจส่งผลให้ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ บางครั้งไม่มั่นใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความเสี่ยงหรือไม่ ซึ่งจะทำให้การดำเนินการของงานการบริหารความเสี่ยงไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยผู้ร่วมวิจัย 3 ใน 9 รายนี้กล่าวว่า ตนได้ศึกษาเรื่องการบริหารความเสี่ยงด้วยตนเองโดยการอ่านจากเอกสาร ตำรา แต่ตำราก็ไม่สามารถช่วยให้เข้าใจกระบวนการได้ทั้งหมด ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“พี่ไม่ได้อบรมความเสี่ยง ก็ไม่ค่อยรู้หรอก จะลักษณะเหมือนงม ๆ ถามว่าเข้าใจเต็มที่หรือไม่ ก็ไม่เต็มที่ (เข้าใจในงานการบริหารความเสี่ยง) เรียกว่าไม่กระจ่าง ถ้าเข้าใจมากกว่านี้ ก็จะทำให้เราทำงานตรงนี้ได้เต็มที่ อย่างการปฏิบัติบางคนยังไม่เข้าใจว่าอะไรคือความเสี่ยง จะต้องทำอย่างไร”

P 7

“เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการอบรม 100 % เราไม่ทราบว่ามันขั้นตอนของการทำการบริหารความเสี่ยงทั้งหมดมีอะไร บางคนคิดว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่บางคนไม่ทราบ ถ้าก็จะไม่ตระหนักว่าเค้าต้องมีส่วนร่วม ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันปัญหาก็จะทำงานไปอย่างนั้น”

P 2

“บางหน่วยงานยังไม่ค่อยเวิร์ค (Work; ไม่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน) คือ อาจจะขาดความรู้ เราก็ต้องให้ทีมผู้ช่วยเหลือเข้าไปช่วย”

P 9

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้ร่วมวิจัย 1 ราย ซึ่งเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง กล่าวว่า ได้ไปอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงจากการจัดอบรมของกองการพยาบาล ซึ่งในส่วนนี้ผู้ร่วมวิจัยต้องการให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทั้งพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือทางการพยาบาล พนักงานรักษาความสะอาด ได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้วย ในเรื่องนี้ผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า สำหรับเจ้าหน้าที่ในส่วนอื่นนั้น โรงพยาบาลมีแผนในการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยการให้หัวหน้างานเป็นผู้อธิบาย นอกจากนี้การที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีการเข้าเยี่ยม (RM Round) หน่วยงานเดือนละครั้ง การที่ทีมผู้ช่วยเหลือซึ่งเป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรมการเป็นทีมผู้ช่วยเหลือ และมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี เข้าไปช่วยในการให้คำแนะนำ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติ จะเป็นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคนได้อีกทางหนึ่ง สำหรับเจ้าหน้าที่ในระดับพยาบาลวิชาชีพนั้น ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า ได้จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง ความเสี่ยงทางการพยาบาล และกฎหมายวิชาชีพไปแล้ว แต่ยังไม่ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า การจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาลแบบ 100% นั้นต้องใช้งบประมาณค่อนข้างมาก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเห็นว่า ให้เน้นการให้ความรู้ การทำความเข้าใจในเรื่องหลัก ๆ ที่ต้องปฏิบัติ เช่น การค้นหาความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การเฝ้าระวัง การทำแนวทางปฏิบัติ ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“มี ฟา (Facilitator) เข้าไปช่วยดูแลเกี่ยวกับเรื่องการบริหารความเสี่ยง เข้าไปช่วยดูแลเรื่อง การทำบัญชีรายการความเสี่ยง บางทีก็ต้องช่วยเขียนให้”

P 9

นอกจากนี้จากการสนทนอย่างไม่มีเส้นทางกับผู้ร่วมวิจัย 1 รายซึ่งเป็น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบว่า คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีแผน ในการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่โดยการใส่ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการแจ้งข้อมูลข่าวสาร ความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงผ่านทาง Intranet ของโรงพยาบาล ประมาณเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2547

2. ไม่ได้รับความร่วมมือ

พบว่า ผู้ร่วมวิจัย 5 ราย (ร้อยละ 50) ระบุว่า การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง ของ องค์กรพยาบาลทั้งในส่วนที่ต้องเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น และในองค์กรพยาบาล บางครั้งไม่ได้รับความร่วมมือในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ทำให้มีโอกาสในการเกิดความเสี่ยงซ้ำขึ้น เนื่องจาก ปัญหาเดิมที่ไม่ได้รับการแก้ไข หรือหากมีการแก้ไขปัญหาลงแล้ว แต่บุคลากรละเลย ไม่ปฏิบัติตาม แนวทางที่ได้ตกลงร่วมกันไว้ ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“พอช่วงที่มีปัญหาเกิดขึ้น ก็ทำตามแนวทางดีขึ้น แต่พอสักพักก็จะเหมือนเดิม ถอยลงมา อีก (ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และมีความเสี่ยงเกิดขึ้นซ้ำ) บางทีแพทย์ก็ไม่ค่อยร่วมมือ”

P 8

“แพทย์ยังไม่เข้าร่วมมือในการวางแผนแนวทางในการปฏิบัติในกรณีที่จะเกิด ความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ไม่ใช่ให้เราคิดเองว่าปัญหาอย่างนี้ต้องรายงานแพทย์หรือไม่ หรือบางที พอเราเขียนความเสี่ยงขึ้นไป เรื่องเกี่ยวกับของแพทย์ กลุ่มแพทย์ก็รับไป (รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่ เกิดขึ้น) รับไปก็เงียบ ไม่มีการย้อนกลับมาว่าจะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร คือ องค์กรแพทย์กับพยาบาล ไม่ค่อยมาร่วมมือกัน”

P 7

อนึ่ง ปัญหาที่เกิดจากการไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้นั้น พบว่า บางเรื่องนั้นมีปัจจัยเงื่อนไขด้าน โครงสร้างทางกายภาพขององค์กร ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ไม่เอื้อให้เกิด การปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงกันไว้ได้ ได้แก่ เรื่องของจำนวนเตียง จำนวนของผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการ และลักษณะของความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“บางทีระเบียนการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ของแต่ละตึกก็ไม่แน่นอนตาม ระเบียนที่ออกมา อย่างตึกนี้ไม่รับเด็ก แต่สุดท้ายไม่มีเตียงก็ต้องรับเข้ามา มันมีข้อจำกัดตรงนี้”

P 8

นอกจากนี้ปัญหาของการไม่ได้รับความร่วมมือในส่วนของการพยาบาลเอง คือ การไม่ร่วมมือที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน หรือแนวทางของการบริหารความเสี่ยงที่กำหนดไว้ ดังที่ผู้ร่วมวิจัย 3 ราย (ร้อยละ 30) ระบุว่า การที่บุคลากรบางส่วนไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลจากบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ทั้งในแง่ของลักษณะนิสัยและความใส่ใจในสิ่งที่ทำ การขาดความเอาใจใส่ ซึ่งอาจทำให้เจ้าหน้าที่ไม่มีการติดตามข้อมูลการดำเนินงานของการบริหารความเสี่ยงที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าเหตุผลจะเป็นการที่บุคลากรไม่ได้เข้าร่วมประชุมเนื่องจากงานปฏิบัติงาน หรืออยู่ในห้วงของการลาพักผ่อนก็ตาม แต่ปัญหาจะอยู่ที่เจ้าหน้าที่ไม่มีการติดตามความก้าวหน้า หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในบันทึกการประชุม สำหรับบุคลิกลักษณะที่ผู้ร่วมวิจัยกล่าวถึงจะเป็นลักษณะของบุคคลที่เป็นคนใจร้อน ไม่ยอมคน เมื่อเกิดปัญหาแล้วไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน ซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรขึ้นได้ ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“เมื่อมีการตกลงกัน (ข้อตกลงในการแก้ปัญหา) ในที่ประชุมของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะแจ้งไปตามตึกต่าง ๆ บางทีเจ้าหน้าที่ก็ไม่ทราบ เพราะชั้นเวรก็ไม่ได้มาประชุม บางทีมีบันทึกการประชุมก็อาจจะไม่ได้อ่าน ก็จะไม่ว่าจะมีการตกลงกันใหม่ ยังยึดถือระเบียบเดิมอยู่ เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ขัดแย้งกันไป”

P 8

“บางคนใช้อารมณ์ในการตัดสินใจเรื่องราวดังนั้น (ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น) คือ เป็นคนไม่ยอมคน บางทีเรื่องยังไม่ได้เข้าคณะกรรมการ (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง) ก็ปะทะกันก่อน”

P 4

จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ถึงการไม่ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือการจัดทำมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง ซึ่งในบางเรื่องต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น เมื่อมีการเสนอรายงานถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล ปัญหาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มักไม่ได้รับการแก้ไข รายงานอุบัติการณ์ที่ส่งไปไม่ได้รับการตอบสนองจากองค์กรแพทย์ ทำให้ต้องปฏิบัติงานในภาวะเครียด กลัวถูกแพทย์ตำหนิหากความคิดเห็น หรือการตัดสินใจในการปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่ตรงกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการตัดสินใจนั้น ๆ ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์ดังกล่าวจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการที่ต้องอาศัยการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในการทำงานเป็นทีมสุขภาพซึ่งมุ่งเน้นคุณภาพบริการแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับคำกล่าวของ

ซัลลิแวน (Sullivan, 1998 อ้างถึงใน นัยนา เตโชพาร, 2542) ที่ว่าพยาบาล และแพทย์เป็นศูนย์กลางของทีมดูแลสุขภาพ และต้องทำงานสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน และการปฏิบัติในวิชาชีพทั้งสองส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพรสคอต และคณะ (Prescott et al., 1991 อ้างถึงใน นัยนา เตโชพาร, 2542) ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความร่วมมือของพยาบาลกับแพทย์ที่ส่งผลต่อการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีสภาพเสื่อมช้าลง อัตราการตายลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพน้อยลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาในหน่วยผู้ป่วยหนักของแบ็ก (Bagg, 1994 อ้างถึงใน นัยนา เตโชพาร, 2542) พบว่า การทำงานร่วมกันของพยาบาลกับแพทย์สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตได้ดีกว่าเดิม ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในหน่วยผู้ป่วยหนัก ผู้ให้บริการทั้งแพทย์ และพยาบาลต่างมีความพึงพอใจในกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน

โรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรที่ประกอบไปด้วยบุคลากรหลายระดับ และหลากหลายวิชาชีพ ความแตกต่างของแต่ละบุคคล แต่ละวิชาชีพมักก่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาความร่วมมือในหลายระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล และแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นการที่แพทย์ และพยาบาลขาดการประสานงานเพื่อการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระบบของการรักษาพยาบาล ย่อมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยได้ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดเนื่องจากขอบเขตงาน หรือแนวทางในการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน ซึ่งในส่วนนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องของการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อวิชาชีพ ต่อเพื่อนร่วมงาน บุคลากรต่างวิชาชีพ โดยเฉพาะมีปัญหการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งโคลลิงค์ และวิลค็อก (Coeling & Wilcox, 1994 อ้างถึงใน นัยนา เตโชพาร, 2542) กล่าวว่า ความร่วมมือจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารของทั้งสองฝ่าย โดยทั้งสองฝ่ายต่างให้ความสำคัญต่อเนื้อหาสาระที่สำคัญของการสื่อสารนั้น และสามารถที่จะนำข้อมูลมาใช้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลประสบความสำเร็จได้ ซึ่งจะต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อคุณภาพในการจัดการปัญหา หรือความขัดแย้ง ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานดีขึ้น

จากผลการวิจัยที่พบว่า การไม่ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างพยาบาลกับพยาบาลได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของทริยาพรรณ สุภามณี (2541) และมณฑิกา แก้วทองคำ (2539) ซึ่งได้ทำการศึกษาความขัดแย้ง การจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า สาเหตุของความขัดแย้งที่พบบ่อยที่สุด คือ การที่ผู้ร่วมงานมีบุคลิกลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งหลักของพฤติกรรมบุคคล กล่าวว่า พฤติกรรมบุคคลประกอบขึ้นมาจากลักษณะส่วนบุคคล (Characteristics of Individuals) และลักษณะสภาพแวดล้อมของงาน

(Characteristics of the Work) (ธงชัย สันติวงษ์, 2541) สอดคล้องกับมณฑิกา แก้วทองคำ (2539) ที่ว่า บุคลิกภาพเป็นลักษณะทุกสิ่งทุกอย่างของบุคคล ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออก กิริยาท่าทางการพูด และการแสดงความรู้สึกภายในของบุคคล เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลจากพันธุกรรม สรีรวิทยาและสิ่งแวดล้อม จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรม การแสดงออก สภาพอารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ และการกระทำที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้บริหารในทุกระดับขององค์กรพยาบาลจึงมีภาระในการที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกต่าง ๆ ในองค์กรอย่างครบถ้วน และที่สำคัญ คือ การศึกษาพฤติกรรมองค์กร โดยเริ่มจากการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่จะช่วยให้เข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคลในการทำงาน และควรสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เป็นไปในลักษณะของการสนับสนุน เกื้อกูลกัน ซึ่งจะช่วยกระตุ้น หรือส่งเสริมให้ผู้ทำงานเกิดความคิดริเริ่ม และมีความเข้มแข็งอดทนแม้กับงานหนัก ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิพร พงศ์สวัสดิ์ (2538) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลในวิชาชีพของเพื่อนร่วมงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวก ระดับปานกลาง เพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม การที่ทุกคนทำงานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยกันคิดพัฒนาให้งานประสบความสำเร็จ จะทำให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข และเกิดความยึดมั่นผูกพันได้ด้วยปฏิริยาสัมพันธ์ของพยาบาล

ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ความรู้สึกถึงความไม่ร่วมมือ หรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากการสื่อสาร และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับความรู้สึกขัดแย้งของบุคลากรต้องอาศัยทักษะของผู้นำทั้งในด้านการสื่อสาร และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพทั้งภายในองค์กรพยาบาล หรือหน่วยงานสหสาขาวิชาชีพ เพราะ การสื่อสารจะช่วยส่งความคิด หรือความรู้สึก เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การสื่อสารที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการประสานงานที่ดีด้วย ดังนั้นเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานการบริหารความเสี่ยง ซึ่งต้องมีการทำงานเป็นทีม ผู้บริหารทางพยาบาลทุกระดับต้องอาศัยความเป็นผู้นำในตัวเองที่จะต้องสื่อสาร และประสานงานในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในองค์กรพยาบาล และกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้ และถึงแม้จะมีอุปสรรคบ้าง แต่ก็จะสามารถแก้ไขได้ ถ้าทุกคนทุกฝ่ายหันมาร่วมมือประสานงานกันอย่างจริงจัง

3. เจ้าหน้าที่ขาดขวัญ และกำลังใจ

จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย 5 ราย (ร้อยละ 50) ระบุว่า การขาดขวัญ และกำลังใจของเจ้าหน้าที่นั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับความเห็นใจ และความเข้าใจเมื่อเกิดปัญหา บางครั้งเป็นการระบุตัวผู้กระทำ ทำให้รู้สึกว่าเป็นการตำหนิ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจ

ในระบบของการรายงานอุบัติการณ์ นอกจากนี้เสียงกระทบในเชิงลบกลับมายังผู้ประสบเหตุการณ์ หรือเกิดความขัดแย้งกันระหว่างบุคคลจากการรายงานอุบัติการณ์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อขวัญ และกำลังใจของผู้ปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“บางทีกลายเป็นกระหน่ำซ้ำเติมเรา จากคนภายนอกก็มี (ผู้บริหารจากส่วนอื่น) จากฝ่ายการพยาบาลเองก็มี แทนที่จะให้กำลังใจ ใครก็ไม่อยากทำผิด พอมีเรื่องร้องเรียน (จากผู้ป่วย) ไม่ฟังเราเลย บางทีมองแต่คนว่าใครผิด ผู้บริหารไม่เข้าใจเหมือนเราต้องผิด เลยไม่มีใครอยากจะบอก อยากจะเขียน (เขียนรายงานอุบัติการณ์) เราารู้สึกว่าเราไม่มีกำลังใจ”

P 3

“วิชาชีพของเรา ถ้าถูกร้องเรียนโดยประชาชน เราเป็นผู้ผิดตลอด คือ ถึงเราจะปฏิบัติงานหนัก เช่น ช่วงปฏิบัติงานคนไข้ยุ่ง ซึ่งบางทีคนไข้ไม่พอใจ ญาติไม่พอใจในการเข้าไปให้บริการ เล็กก็จะร้องเรียนขึ้นมา แล้วคณะกรรมการ โรงพยาบาลเล็กก็จะไม่สนใจในเราว่าอยู่ตรงไหน ทำงานหนักแค่ไหน เล็กจะเรียกเจ้าตัวขึ้นไปตาม ซึ่งมันไม่สร้างสรรค์นะ คือ มันทำให้เจ้าตัวรู้สึกเหมือนถูกดำเนินคดี”

P 2

นอกจากนี้บทบาทของผู้บริหารบางท่านทำให้บุคลากรรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ไม่ให้กำลังใจ ไม่เข้าใจ ไม่แสดงความเห็นใจผู้ปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา โดยผู้ร่วมวิจัย 4 ราย (ร้อยละ 40) ระบุว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ หรือความเสี่ยงขึ้นบางครั้งผู้บริหารไม่แสดงบทบาทในการที่จะเข้ามาช่วยเหลือปัญหา บางครั้งการแสดงออกเป็นการตำหนิการทำงานของผู้หน้าที่ไม่รับฟังเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง หรือข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย หรือญาติ ผู้บริหารไม่รับฟังเหตุผลของผู้ที่ นอกจากนี้การเรียกขึ้นสอบสวน ทำให้รู้สึกเสียขวัญ และกำลังใจของผู้ปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“เราปฏิบัติตามแนวทางเต็มที่แล้วยังโดนว่า อย่างพี่เคยเจอ ญาติมาร้องเรียนเอาเลย ว่าใคร....ก็คือพี่ ทำไม่.....ไม่ฟังเรา ฟังแต่คนไข้ เหมือนเราต้องผิดอย่างเดียว เราก็ดูแลเต็มที่ อย่างนี้เรารู้สึกว่า เราไม่มีกำลังใจ มันเหนื่อย ไม่อยากให้ใครรู้เลยว่าเราทำอะไรผิด”

P 3

“บางครั้งมันทับซ้อนใจเหมือนกัน เหมือนมีความรู้สึกที่เรารู้สึกว่า เราคิดว่าตรงนี้ (ปัญหา หรือ ความเสี่ยง) มันควรจะแก้ไขซะที งานก็ไม่ค่อยเป็นระบบ พอเราแจ้งขึ้นไป เล็ก (ฝ่ายการพยาบาล) ลงมาดูในลักษณะมาพูด มาจีเรา ตรงนี้คุณควรจะทำนะ กลายเป็นแบบคุณควรจะทำ

ระเบียบปฏิบัติตรงนี้ให้ดีขึ้น ให้รัดกุมซะก่อน ปัญหาตรงนี้นั้นอาจจะไม่เกิด แต่ก็ไม่ได้มาช่วยเราแก้ปัญหา”

P 7

ข้อมูลข้างต้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น และเป็นประสบการณ์ที่ผู้ร่วมวิจัยบางท่านได้รับจากการที่ผู้บริหารบางท่านมีการปฏิบัติต่อเจ้าหน้าที่ที่เกิดปัญหาไม่เป็นไปตามแนวทางที่คณะกรรมการระบุไว้ ผู้ร่วมวิจัย 2 ราย ระบุว่า ผู้จัดการความเสี่ยงจะพูดในที่ประชุมรวมทั้งหมด และเน้นที่หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย ถึงเรื่องนี้ว่า ไม่ให้เป็นการกล่าวโทษผู้ที่ประสบปัญหา และการที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงให้ความเชื่อมั่นกับผู้ปฏิบัติว่า การรายงานอุบัติการณ์จะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ประสบเหตุการณ์ จะเป็นการหาโอกาสในการพัฒนา เป็นการแก้ไขที่ระบบการปฏิบัติงาน ในขณะที่การปฏิบัติของผู้บริหารบางท่านอาจไม่เป็นไปตามที่กล่าวไว้ ดังนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นการสะท้อนข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติขาดความเชื่อมั่นในระบบ ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“อาจมีผู้บริหารบางคน ใช้เทคนิคหรือคำพูดที่ทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกถูกลดค่าhani เรื่องนี้มีการทบทวนในที่ประชุมตลอด แต่อย่างที่บอกจะให้เป็นไปพูดว่า อย่าพูดอย่างนี้ เป็นไปไม่ได้”

P 10

จากผลการศึกษาที่พบว่า เจ้าหน้าที่รู้สึกขาดขวัญ และกำลังใจในการทำงาน อาจเนื่องจากเมื่อเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน พยาบาลมักจะมีความรู้สึกเสียขวัญ และท้อแท้ หรือคับข้องใจ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อรวมกับความรู้สึกว่าถูกลดค่าhani หรือมีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างบุคลากรด้วยกัน และความรู้สึกว่าไม่ได้รับความเห็นใจ หรือความเข้าใจเมื่อเกิดปัญหา อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดบรรยากาศที่ทำให้เกิดการบั่นทอนขวัญกำลังใจในการทำงาน ซึ่งมีผลสำคัญต่อความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญ และมีพลังมากที่สุดในการส่งเสริมให้กำลังใจกับบุคลากร ได้ก็คือ การกระตุ้นให้กำลังใจ และการสร้างให้บุคลากรเกิดความรู้สึกมีคุณค่า (สมชาติ กิจยรรยง, 2546) โดยผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงานสามารถแสดงออกให้ผู้ปฏิบัติรับรู้ได้ด้วย การฟังความคิด ความเดือดร้อนของผู้ร่วมงาน วิเคราะห์ผลเสียหากไม่ทำอะไร หรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งติดตามในการให้กำลังใจ และช่วยแก้ปัญหา (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, 2545) สอดคล้องกับฟาริดา อิบราฮิม (2542) ที่ว่า ผู้บริหารเป็นกุญแจสำคัญเมื่อเกิดเหตุการณ์ซึ่งให้ผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย และพยาบาล และเป็นจุดมุ่งถึงเมื่อต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดการร้องเรียน ผู้บริหารต้องวางตนให้เป็นกลาง ให้ความคุ้มครองแก่ทุกฝ่ายที่จะเกิดการเสียหาย ต้องอยู่เคียงข้างพยาบาล และแนะนำการปฏิบัติที่เหมาะสม ไม่ให้เกิดความเปลี่ยนแปลง หรือปล่อยให้พยาบาลเกิดความรู้สึกอ้างว้าง

ขาดขวัญกำลังใจที่ต้องแก้ปัญหาแต่ผู้เดียว โดยการเตรียมความพร้อมของพยาบาลให้รู้เท่าทัน ความเสี่ยงทั้งหลาย เรียนรู้การเผชิญปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์ จัดอบรม ฝึกหัดการตัดสินใจใน สถานการณ์ต่าง ๆ

การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคลากรพยาบาลดังกล่าว ผู้บริหารทางการพยาบาล จะต้องทราบถึงปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และให้ความสำคัญในการบริหารจัดการอย่าง ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ และถึงแม้ว่าในบางครั้งถ้าความผิดพลาดนั้นเกิดขึ้นเป็น ประจำ ก็อาจจำเป็นต้องนำปัญหามาพูดคุยกัน แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการ และมติเห็น ด้วยความหวังดี โดยอาจใช้การขอร้องให้ผู้ที่ปฏิบัติผิดพลาดมาพบ แทนการออกคำสั่ง ไม่จู้จี้ ใจ ด้วยคำพูดในลักษณะถูก และผิด ควรแสดงท่าทีของความเมตตา สุภาพ ร่วมกับการใช้ภาษา ทำทาง เช่น การสัมผัสตัว การมองตา หรือแสดงออกทางสีหน้า จะให้ผลที่ดีกว่า (Houten et al., 1982 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) เพราะความอ่อนโยน และเป็นมิตรนั้นเข้มแข็งกว่า กำลังของความโกรธ แต่ถ้าหากการตำหนิที่จำเป็นต้องเกิดขึ้น เป็นไปเพื่อการสร้างสรรค์ คนที่มี ความสนใจในการพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง จะสามารถยอมรับการตำหนิได้ดี และพร้อมที่จะ ยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทาง และนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นกุญแจสู่ความถูกต้อง ของการพัฒนา (ธรรมบุญ โรจนแพทย์, 2547)

จากผลการวิจัยที่พบว่า เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และการปฏิบัตินั้นอธิบาย ได้ว่า ถึงแม้ว่าการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงจะได้มีการวางแผน และกำหนดแนวทาง ในการปฏิบัติไว้แล้วก็ตาม แต่ประสิทธิภาพของการปฏิบัตินั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านคน ที่จะมี ความสามารถ ความทุ่มเท หรือความพอใจเพียงใดในการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับ สภาพแวดล้อมของงาน บรรยากาศการทำงาน เงื่อนไขความพร้อมของระบบงาน และการติดต่อสื่อสาร ความไม่พร้อมของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาในขั้นตอน ของการปฏิบัติได้

แนวทางในการปรับปรุง แก้ไข

จากการที่ผู้ร่วมวิจัยได้ระบุถึงปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อองค์กรพยาบาลได้นำ การบริหารความเสี่ยงมาใช้ดังที่ได้กล่าวถึงในตอนต้นนั้น จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ที่หลากหลาย อันจะก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อผู้ปฏิบัติ และต่อการดำเนินงานขององค์กรพยาบาล ดังนั้นการที่จะ พัฒนาการดำเนินการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล จึงควรมีการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผู้ร่วมวิจัยจึงได้เสนอแนวทางใน การปรับปรุงแก้ไขปัญหาในระบบงานการบริหารความเสี่ยงขององค์กรพยาบาลในปัจจุบันไว้ ซึ่ง จะเห็นว่ามีความสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. อบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัย 7 ราย (ร้อยละ 70) ระบุว่า เจ้าหน้าที่ทุกคนควรได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง หรือมีโอกาสได้ศึกษาดูงาน เพื่อเป็นการเปิดโลกทัศน์ใหม่ให้กับผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสเรียนรู้จากผู้ที่มีความรู้ และเชี่ยวชาญ รวมถึงการที่ได้มีโอกาสศึกษาระบบการบริหารความเสี่ยงจากโรงพยาบาลอื่น ในแง่มุมของปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการ แนวทางในการแก้ไข และวิธีการดำเนินการเพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กรมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ทุกคนมีความเข้าใจในแนวคิด และกระบวนการอย่างแท้จริง ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“พี่ไม่ได้อบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง พอมาทำงาน (รับผิดชอบงานการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน) ต้องศึกษาเอง พี่อยากให้มีการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงให้ทุกคน เพราะ พี่ว่าการฟังคนที่มีความรู้มาชี้แนะ มาสอน เราก็คงจะได้มากขึ้น ทุกคนจะได้แนว แล้วพอเรามีปัญหาซักถาม ก็สามารถแก้ปัญหาให้เราได้ ทำให้เรากระจ่าง”

P 7

“น่าจะมีการจัดประชุมขึ้นมา (จัดอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง) ให้ทุกคนได้รับฟังเหมือนกัน มันจะชัดเจนกว่า เพราะวิธีการชี้แจง หรืออธิบายที่แตกต่างกัน คนฟังอาจตีความไปอีกอย่าง หรือมีการสื่อสารรับข้อมูลผิดพลาด”

P 4

นอกจากการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงแล้ว ผู้ร่วมวิจัยยังมีความคิดเห็นว่าการสร้างองค์ความรู้ หรือฝึกทักษะในด้านอื่น ๆ ที่จำเป็น หรือมักเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ให้กับบุคลากรอีกด้วย ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“เรามีปัญหาเรื่องใด เราก็จัดให้มีการอบรมในเรื่องนั้น ๆ ก็คือการพัฒนาการทำงาน”

P 1

ในเรื่องของการจัดอบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในทุกระดับทุกคนนั้น ผู้ร่วมวิจัย 1 ราย ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า พยาบาลทุกท่านจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมาย และความเสี่ยงทางการแพทย์ แต่ไม่ได้รับการอบรมเรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเองก็เล็งเห็นถึงความสำคัญในส่วนนี้ และได้เคยวางแผนจะให้มีการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับของโรงพยาบาล แต่ในการจัดอบรมแบบ 100 % นั้นจะต้องใช้งบประมาณค่อนข้างมาก คณะกรรมการฯ จึงมีความเห็นให้แจ้งในเรื่องหลัก ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติ เช่น การเขียนรายงานอุบัติการณ์ โดยให้หัวหน้าหน่วยงาน หรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานจะเป็นผู้อธิบาย และให้ความรู้

แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในส่วนของกลุ่มงานการพยาบาล ก็จะมีการพูดเรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยงในการประชุม โดยประธานความเสี่ยงของกลุ่มงานจะเป็นผู้ให้ความรู้ แล้วให้หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้อธิบายให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบ นอกจากนี้จะทำในลักษณะของการนิเทศ โดยในปีนี้อธิบายเรื่องการบริหารความเสี่ยงจะเป็นหนึ่งในหัวข้อการนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ของกลุ่มงานการพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“เคยวางแผนว่าจะอบรมทั้งโรงพยาบาล แต่มันใช้งบประมาณค่อนข้างเยอะ เค้า (ผู้จัดการความเสี่ยง) บอกให้หัวหน้าบอกแค่หลัก ๆ ก็พอ ให้หัวหน้าช่วยกระตุ้น ในที่ประชุม หัวหน้าหน่วยงาน ก็จะมีพูดเรื่องความเสี่ยง หัวหน้าหน่วยงานก็จะไปผ่อง (แจ้ง) ต่อให้ลูกน้องในตึก พี่ก็ไม่ว่ามันจะเต็มร้อยแค่ไหน มันแล้วแต่ใครรับไปได้มากน้อยแค่ไหน”

P 9

การอบรมให้ความรู้ มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร เพราะการให้ความรู้จะเป็นการให้บุคคลได้รับรู้ข้อเท็จจริง ทฤษฎี หรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อที่จะนำความรู้ที่ได้รับนั้นไปเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ และทำให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถ ทักษะ และพฤติกรรม จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เจริญงอกงาม (จริยา พันธุ์วิทยาคุณ, 2543) สอดคล้องกับ สมชาติ กิจยรรยง (2546) ที่ว่า การฝึกอบรมทำให้เจ้าหน้าที่เกิดมุมมองใหม่ ได้เห็นแง่มุมใหม่ จะทำให้มีความมั่นใจ มีความรู้มากขึ้น มีทักษะ ทักษะ ความเชื่อมั่น มีขวัญ กำลังใจ และความสามารถเพิ่มขึ้น

จากเหตุผลในเรื่องของงบประมาณในการจัดการอบรมให้ความรู้ทั้งองค์กรนั้น การที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเลือกที่จะเน้นให้หัวหน้างาน หรือกรรมการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องหลัก ๆ ร่วมกับการตรวจเยี่ยมของคณะกรรมการฯ อาจกล่าวได้ว่าเป็นหนึ่งในแนวทางการให้ความรู้ นั่นคือการเลือกรูปแบบในการให้ความรู้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ลักษณะปัญหาพฤติกรรมของบุคคล สถานะการเงินของโรงพยาบาลนั้น ๆ และต้องเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้เรียนซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ง่าย และสะดวกที่สุด นอกจากนี้ บุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ เชียรศรี วิวิธศิริ (2541) กล่าวว่า ลักษณะการเรียนรู้ในผู้ใหญ่จะเน้นวิธีการแก้ไขปัญห และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที หรือโดยเร็วที่สุด โดยสามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจด้วยตนเอง เพราะผู้ใหญ่จะชอบการแนะนำมากกว่าการสอน ต้องการการตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่ใช่การคอยรับคำสั่งอย่างเดียว ผู้ใหญ่ต้องการความเป็นอิสระ และเป็นตัวของตัวเอง ดังนั้นบรรยากาศที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ จึงอาจเป็นบรรยากาศที่ไม่เป็นทางการ และการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความแตกต่างในความต้องการ ความสนใจ ความพร้อมในการที่จะรับฟัง ดังนั้น

การให้ความรู้โดยการซักถามเป็นรายบุคคลในการเยี่ยมชมหน่วยงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นอีกวิธีที่จะช่วยกระตุ้น และส่งเสริมให้ผู้ฟังได้มีโอกาสซักถาม พร้อมแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ โดยที่ไม่ต้องใช้การอบรมแบบ 100 % ก็ได้ สอดคล้องกับอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2545) ที่ว่า โดยหลักการของการอบรม คือ ต้องการให้เกิดการเรียนรู้ของบุคลากรทุกคน แต่การให้ความรู้กับบุคลากรนั้นอาจไม่จำเป็นต้องใช้รูปแบบการอบรมเสมอไป อาจใช้การเรียนรู้ผ่าน การทำกิจกรรมจริง เนื่องจาก การเรียนรู้อยู่ที่การปฏิบัติ การเริ่มลงมือทำ แล้วเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานรู้ เข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ อาจสร้างการเรียนรู้ ด้วยการพูดคุยกัน โดยมีคนที่มีความรู้เป็นอย่างดีเป็นผู้ช่วยเหลือกระบวนการเรียนรู้ และเป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามได้

2. มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ผู้ร่วมวิจัย 5 ราย (ร้อยละ 50) ระบุว่า ในการจัดการ หรือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในองค์กร สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จคล่องไปด้วยดี ก็คือความสามัคคี และความร่วมมือของคนในองค์กร เพราะทุกคนต่างต้องพึ่งพิงกันในการทำงาน การแก้ไขปัญหาร่วมกันจะทำให้เกิดการเรียนรู้ และยอมรับกันและกัน แต่ละหน่วยงานจะมีโอกาสในการพูดคุยเพื่อหาข้อสรุปของปัญหา และการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต ดังนั้นในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงควรเป็นการนำมาพิจารณาาร่วมกันในทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้แก้ปัญหา การประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการ ปัญหา และข้อจำกัดของแต่ละฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน หรือระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยให้ข้อตกลง และแนวทางปฏิบัติที่กำหนดร่วมกันนั้นเป็นที่พึงพอใจของทั้ง 2 ฝ่าย ดังตัวอย่างคำพูดคือ

“องค์กรแพทย์กับพยาบาลไม่ค่อยมาเม็ช (Match) กัน พอมีปัญหากับองค์กรแพทย์เรื่องก็จะหายไป อยากให้ 2 องค์กรนี้มารวมกัน สามัคคีกัน ทำงานร่วมกันดี ๆ ให้เกียรติกัน งานเรื่องความเสี่ยงจะไม่มีปัญหาเลย”

P 7

“การแก้ไขปัญหามิให้เกิดซ้ำ อยากให้มีการทบทวนความเสี่ยงบ่อย ๆ บางเดือนแทบไม่มีขึ้นมายุกันเลย และควรเป็นการมาคุยกันระหว่างสาขา (สหสาขาวิชาชีพ) ถ้าแก้ไขในฝ่ายการพยาบาลอย่างเดียว บางทีสายงานอื่นไม่รู้เราต้องการอย่างไร”

P 8

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า ระบบการบริหาร และพัฒนาคุณภาพบริการส่งเสริมให้เกิดความต้องการในการสร้างสรรคงานบริการที่มีคุณภาพ เนื่องจากระบบการพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิดของการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งมุ่งเน้น การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และผู้รับผลงานนั้น ส่งผลให้เกิดการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่น ต่อคุณภาพของบุคลากร (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544) สอดคล้องกับคำกล่าวของนายแพทย์ ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ที่ว่า “ระบบบริหารความเสี่ยงที่ตั้งอยู่บนฐานของวัฒนธรรมการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ จะเอื้อให้เกิดการรายงาน การจดบันทึก การพบปะพูดคุย และการนำบันทึกนั้น ไปใช้ นอกจากนี้ การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยกำจัดปัญหาที่ไม่ควรเกิด ช่วยปรับปรุง การบริหารทรัพยากรให้เกิดความสมดุล” และที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่า การทำงานในที่แอ่ง จะช่วยให้เราไม่พลั้งเผลอทำการที่ไม่สมควร การทำงานในที่ลับ แม้ว่าจะเจตนาดี แต่ก็มักเกิด เหตุผิดพลาดได้ง่าย การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพจึงเหมือนการทำงานในที่แอ่ง ทุกคนช่วยกันคิด จึงมองเห็นปัญหาที่ไม่จำเป็นต้องเกิด รวมทั้งเห็นโอกาสพัฒนาจำนวนมาก ในทางตรงกันข้าม การทำงานคนเดียว หรือหน่วยงานเดียว หรือวิชาชีพเดียว จึงเหมือนการทำงานในที่ลับ แม้ว่า เจตนาดี แต่ก็ยากที่จะมองเห็นโอกาสพัฒนา (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544) สิ่งสำคัญจึงอยู่ที่ การสร้างให้เกิดวัฒนธรรมของการร่วมมือ การทำงานเป็นทีม โดยการสร้างสภาวะแวดล้อมที่ หน่วยงานต่าง ๆ จะสามารถทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน โดยผู้บริหารของหน่วยงานต่าง ๆ มีบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงาน รับผิดชอบในการปฏิบัติงานร่วมกับ หน่วยงานอื่นทั้งที่เป็นการติดต่อโดยตรงของผู้บริหาร (Direct Contact) หรือการติดต่อระหว่าง หน่วยงาน (Interdepartmental Liaison Roles) โดยผู้บริหารแต่ละหน่วยงานอาจพบกันทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือนตามความจำเป็น วัฒนธรรมของความร่วมมือที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมวิธีที่ แต่ละคนจะมีปฏิกิริยาตอบต่อกัน (อดุลย์ จาตุรงค์กุล, 2547)

3. มีการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์

เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับมายังหน่วยงานที่เกิดปัญหา หรือผู้ที่เขียนรายงานอุบัติการณ์ ร่วมวิจัย 3 ราย (ร้อยละ 30) ระบุว่า ต้องการให้ผู้บริหารให้ความสำคัญกับรายงานอุบัติการณ์ มีการตอบสนองต่อการรายงาน โดยการจัดการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยเร็วกับทุกส่วนที่เกิดปัญหา และมีระบบในการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ปัญหที่ชัดเจน รวมถึงการติดตาม ความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญห และกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“ส่วนที่ต้องการแก้ไข (ปัญหา) น่าจะได้รับการแก้ไขโดยเร็ว ไม่ใช่ปล่อยให้เขียนริส (Risk: เขียนรายงานอุบัติการณ์) ไปหลาย ๆ ครั้ง แล้วจึงแก้ไข แล้วควรมีการโพสต์ (post) ให้คู่ด้วยว่า ความเสี่ยงของแต่ละตึกมีอะไร”

P 2

“ควรจะบอกว่าเรื่องนี้ (อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น) แก้ไขแล้ว ให้ทำอะไร ปรับปรุงแบบไหน ถ้าเรื่องไหนแก้ไข ไม่ได้ก็น่าจะขึ้นไปข้างบน (เสนอผู้บริหาร) ให้เค้ารับทราบ เค้าจะได้มีแผนมาให้เรา”

P 5

“ถ้ามีปัญหา คณะกรรมการน่าจะมีการฟีดแบ็ค (Feedback) กลับมามีแนวทางให้เราทำแบบไหน มันจะดีกว่า เราทำงานไป ก็สบายใจ”

P 7

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ร่วมวิจัย 2 ราย (ร้อยละ 20) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาล และคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาล ระบุว่า ระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์ที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้รับนั้น ผู้จัดการ ความเสี่ยงจะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาเขียนแนวทางปฏิบัติในการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยงลงในใบร้องขอให้แก้ไข และป้องกันความเสี่ยงเอง แล้วส่งกลับมาที่คณะกรรมการฯ ภายใน 1 สัปดาห์ เมื่อได้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกิดปัญหาคลับแล้ว ศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาลจะนัดให้ทุกฝ่ายมาประชุมเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน และจะมีการแจ้งให้ทุกหน่วยงานทราบในวาระการประชุมหัวหน้าหน่วยงานทุกเดือน ซึ่งในจุดนี้หัวหน้าหน่วยงานจะเป็นผู้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบ ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“พอมีความเสี่ยงขึ้นมา (มีรายงานอุบัติการณ์) ผู้จัดการจะฟีดแบ็ค (Feedback) กลับไป โดยจะดูว่าความเสี่ยงนั้นเกี่ยวข้องกับใครบ้าง เค้าจะให้เขียนใบร้องขอให้แก้ไขความเสี่ยง และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตอบกลับมาภายใน 1 อาทิตย์ แล้วค่อยมานัดคุยกัน”

P 9

จากผลการวิจัย ที่พบว่า ผู้ร่วมวิจัยต้องการให้มีการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์ โดยมีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นเมื่อมีการรายงาน หรือให้ข้อมูลความก้าวหน้าในการดำเนินการแก้ไขปัญหา ส่วนผู้ร่วมวิจัยที่เป็นคณะกรรมการในระดับโรงพยาบาลจะให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าในระบบจะมีขั้นตอนในการให้ข้อมูลย้อนกลับของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมายังหน่วยงานที่เกิดปัญหา อาจเป็นเพราะไม่มีการติดตามผล หรือไม่ทราบถึงแนวทางการตอบสนองต่อ

การรายงานอุบัติการณ์ แต่การที่บุคลากรต้องการให้มีการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์นั้น แสดงให้เห็นว่า บุคลากรมีความเข้าใจ ยอมรับ และเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดจากการรายงานอุบัติการณ์ และต้องการให้เกิดการแก้ไขในทุกปัญหาที่เกิดขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่าเกิดวัฒนธรรมใหม่ขึ้นในองค์กรจากการนำระบบบริหารความเสี่ยงมาใช้ เมื่อองค์กรสามารถพัฒนาให้บุคลากรส่วนใหญ่ยอมรับได้ จะส่งผลให้บุคลากรมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ผลการปฏิบัติงานก็จะสูง และจะก่อให้เกิดผลบวกทางการบริหารงาน เพราะวัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เสริมแรงจิตใจในการทำงาน และร่วมมือกันเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายขององค์กร (เสนาะ ดิยาว, 2546) สอดคล้องกับ วิเชียร ทวีลาภ (2527) ซึ่งกล่าวว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการย้อนกลับของความคิดเห็น การรับรู้เหตุการณ์ เพื่อให้บุคคลเกิดความตระหนักในตนเองอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิบบ์, ฮิลล์, โครเรล, และบรานท์ (Gibb, Hill, Choresl & Brant, 1997 อ้างถึงใน จริยา พันธุ์วิทยากุล, 2543) ซึ่งได้ทำการศึกษาลถึงการปนเปื้อนของเลือดที่ส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลฟูธิลล์ (Foothill Hospital) ในประเทศแคนาดา พบว่าเลือดที่ส่งมาตรวจมีการปนเปื้อนของเชื้ออื่น ร้อยละ 2.61 ภายหลังการให้ข้อมูลย้อนกลับพบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องมากขึ้น ทำให้อัตราการปนเปื้อนของเชื้ออื่นลดลงเหลือร้อยละ 1.4

4. มีการส่งเสริม และให้กำลังใจโดยผู้บริหาร

ผู้ร่วมวิจัย 5 ราย (ร้อยละ 50) ระบุว่า ต้องการให้ผู้บริหารเป็นผู้ที่สร้างความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่ในกรณีที่เกิดปัญหาขึ้น ผู้บริหารพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ รับฟังด้วยความเข้าใจ ให้กำลังใจ และเป็นที่พักของเจ้าหน้าที่ได้ ซึ่งจะทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความมั่นใจในระบบมากขึ้น ในส่วนขององค์กรพยาบาลผู้ร่วมวิจัย 1 ราย ระบุว่า ฝ่ายการพยาบาลควรเข้ามาดูแลบุคลากรเมื่อเกิดปัญหาทั้งในเรื่องของการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และการเข้ามาพูดคุยสอบถามรายละเอียด ข้อเท็จจริงของปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่เป็นความเสี่ยงที่รุนแรง ไม่ต้องการให้ผู้บริหารที่ไม่ได้อยู่ในส่วนของการพยาบาลเข้าร่วมสอบสวน เพราะเจ้าหน้าที่รู้สึกว่ามีผู้ที่เข้ามาพูดคุยถึงปัญหา ควรจะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในการทำงาน และความรู้ลึกของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลอย่างแท้จริง ดังตัวอย่างคำพูด คือ

“อยากให้ผู้บริหารออกมาให้ความมั่นใจเองเลยว่าจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ให้ความมั่นใจว่าเป็นการวางแผนทางแก้ไขร่วมกัน”

P 1

“ปัญหาที่รุนแรง และมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย อยากให้อยู่เฉพาะในส่วนของผู้พยาบาล ซึ่งเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติงานของเรา ก่อน ควรจะมีคณะกรรมการที่จะเข้ามาคุยกับเราที่ไม่ใช่คนอื่นนอกหน่วยมาคุย (กรรมการที่เป็นพยาบาล) เพราะคนอื่นเค้าอาจไม่เข้าใจ

สภาพการทำงานของเรา”

P 2

“อยากให้เค้า (ผู้บริหาร) ให้กำลังใจ เข้าใจคนที่ทำงาน แก้ไขปัญหาร่วมกัน และมองที่ระบบเท่านั้น ไม่โทษคนผิด”

P 3

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า บุคลากรมีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติ และการเผชิญกับปัญหาโดยที่สามารถมั่นใจได้ว่าจะมีคนที่จะอยู่เคียงข้าง เข้าใจถึงสถานการณ์ ให้กำลังใจ และช่วยเหลือเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับทฤษฎีในเรื่องของความต้องการของมนุษย์ ซึ่งกวี วงศ์พุด (2539) อธิบายว่า ในทัศนะของนักจิตวิทยาสังคม มนุษย์มีความต้องการความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ ต้องการที่จะมีชัยชนะต่ออุปสรรค มีความมั่นคงปลอดภัย และได้รับความยุติธรรม ซึ่งจัดว่าเป็นความต้องการทางด้านจิตใจของมนุษย์ เพราะมนุษย์มีความต้องการที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่นให้ดีที่สุด และหวังผลตอบแทนในลักษณะของความมั่นคงปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ดังนั้นหากความต้องการดังกล่าวได้รับการตอบสนองแล้ว ก็จะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจ มีกำลังใจ ความรับผิดชอบ และเกิดความร่วมมือ ร่วมใจในการทำงานมากขึ้น ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องทราบ และเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ เพื่อจะได้ใช้ให้เป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมงานด้านจิตใจ และเป็นการสร้างขวัญ และกำลังใจแก่ผู้ได้บังคับบัญชา ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริม และให้กำลังใจของผู้บริหารจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับองค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง การที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในหน่วยงานในเรื่องใดก็ตาม พฤติกรรมการแสดงออกถึงภาวะผู้นำเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกถึงความเสียสละ และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยการให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาให้กับสมาชิกในองค์กร จะต้องเป็นผู้ชี้แนะแนวทางสนับสนุน ช่วยเหลือ และส่งเสริมในการตอบรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ของทั้งองค์กร และผู้ร่วมงาน รวมทั้งให้กำลังใจผู้ร่วมงาน และร่วมกันสร้างเสริมงานจนทำให้เกิดความสำเร็จให้ได้ พฤติกรรมของผู้นำดังกล่าวจะส่งผลให้บุคลากรพยายามเกิดความพึงพอใจในงาน

นอกจากนี้ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลของวัตสัน (Watson, 1985 อ้างถึงใน รุจิพร พงศ์สวัสดิ์, 2538) ซึ่งกล่าวว่า การสร้างค่านิยมด้านความมีมนุษยธรรม และความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเป็นองค์ประกอบสำคัญอันดับแรกของศาสตร์การดูแล เพราะแนวคิดของการดูแลเป็นเสมือนหัวใจของการพยาบาลไม่เฉพาะการดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติบริการที่ต้องพบกับปัญหา และสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด และเบื่อหน่ายต่อการบริการ ดังนั้นหากผู้บริหารทางการพยาบาลนำศาสตร์ของการดูแลมาใช้ในการดูแลพยาบาลวิชาชีพด้วยตนเอง ก็จะสามารถทำให้เกิดความเข้าใจ และความพึงพอใจในงาน ดังที่ ลีออคค์ และ

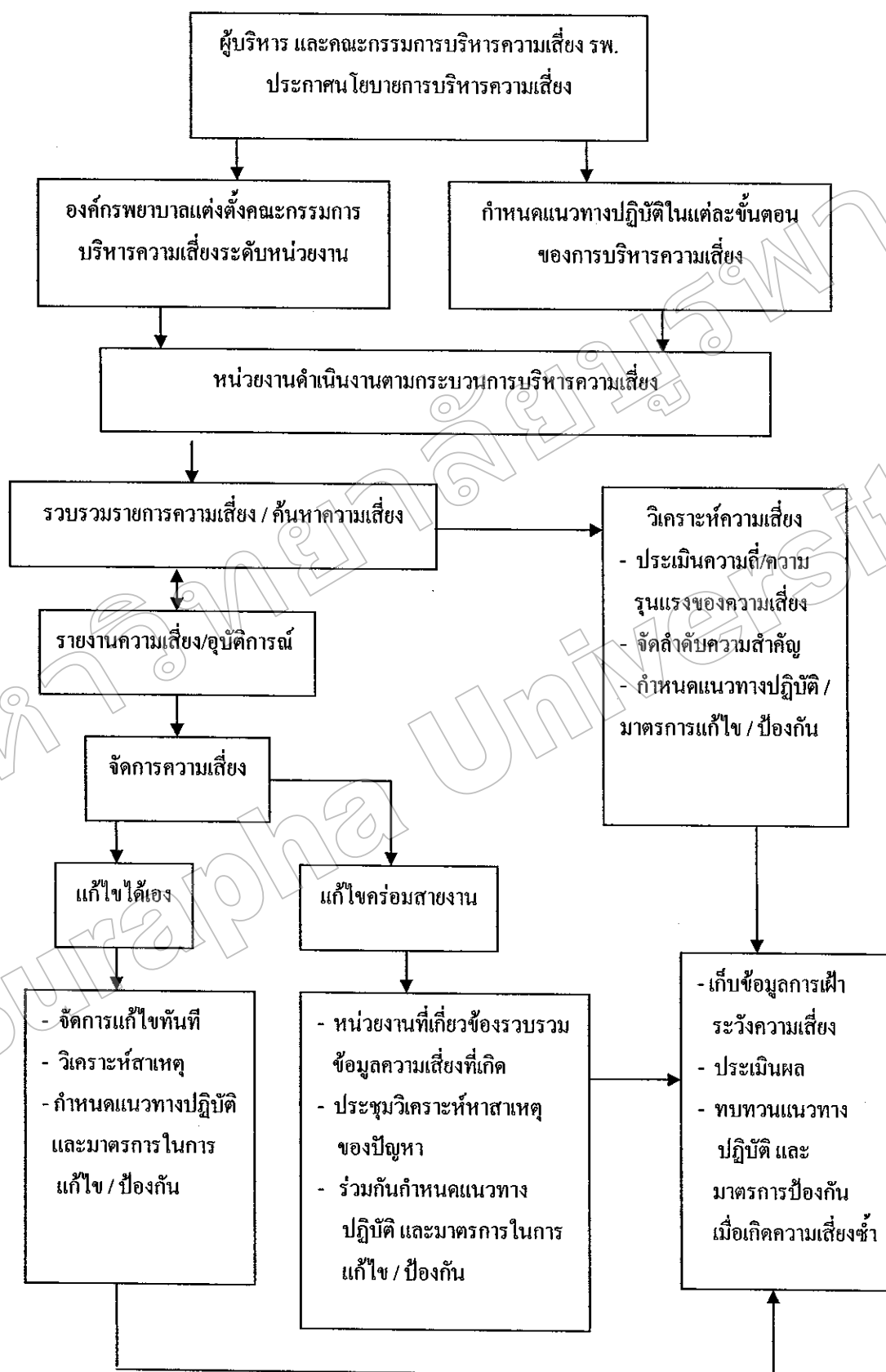
ร็อบบิน (Locke & Robbins, 1989 อ้างถึงใน รุจิพร พงศ์สวัสดิ์, 2538) กล่าวว่า ถ้าผู้ปฏิบัติงานได้รับความเป็นมิตร ได้รับความเข้าใจ ทั้งได้รับความช่วยเหลือเอาใจใส่ สนับสนุน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงานได้ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรมีการดูแลผู้ร่วมวิชาชีพด้วยความรู้สึกรัก ความเอาใจใส่ และการแสดงออกซึ่งความมีมนุษยธรรม และความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการดูแลเชิงวิชาชีพที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิพร พงศ์สวัสดิ์ (2538) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการดูแลในวิชาชีพที่ได้รับจากหัวหน้าหอผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีความเอาใจใส่ ยอมรับ เอื้ออาทรต่อกัน และมีเหตุผลโดยเป็น การกระทำที่มีขอบเขตของความรู้ ความเข้าใจในพื้นฐานความต้องการของมนุษย์

สิ่งสำคัญอีกประการที่ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นในองค์กรพยาบาล คือ การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เต็มไปด้วยความรัก และไว้วางใจในองค์กรพยาบาล รวมถึงการสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจ เคารพ เชื่อมมั่นในเหตุผล ซึ่งจะทำให้บุคลากรมีขวัญ และกำลังใจในการทำงาน สอดคล้องกับการกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข คือ การเป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน (ชนินฐา กัวยศรีนนท์, 2540) สอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าวถึงความเป็นเลิศในการบริหารงานของผู้บริหารทางการพยาบาลของ คีบบัณณิก และสโลน (Dubnicki & Sloan, 1991) ซึ่งพบว่า สมรรถนะที่สำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาล คือ มีความเข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่น หมายถึง สามารถที่จะเข้าใจ และแปลความหมายในความรู้สึกหรือความกังวลของผู้อื่น และมีความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่ม ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ลดความขัดแย้งภายในกลุ่ม ให้การดูแลอย่าง ยุติธรรม และเท่าเทียม ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีทั้งสมรรถนะของผู้บริหาร มีภาวะผู้นำ และต้องมีการนำศาสตร์ต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลบุคลากร การที่ผู้บริหารมีการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานได้อย่างเหมาะสมในทุกด้าน จะทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ มั่นใจ และถึงแม้จะประสบกับความยุ่งยาก ได้รับแรงกดดันบางอย่าง มีความเครียด หรือมีปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน ก็จะสามารถฟันฝ่าอุปสรรค และแก้ไขปัญหา นั้นได้ เพราะสภาพการทำงานเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจ และขวัญในการปฏิบัติงานของบุคลากร และยังเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มผลผลิตแก่องค์กรด้วย

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่าพยาบาลมีบทบาทเกี่ยวข้องในเรื่องการบริหารความเสี่ยงโดยตรง เพราะในการปฏิบัติงานล้วนมีปัจจัยเสี่ยงมากมาย ที่ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ซึ่งเกี่ยวข้อง และสิ่งที่จะต้องเกี่ยวข้อง ต้องให้ความเป็นกันเอง ให้ความรู้สึกที่ดี ต้องระวังในท่าที และการสื่อสารที่จะไม่ก่อให้เกิดผลเสียหาต่อองค์กรพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารด้วยการเขียน หรือด้วยวาจา เช่น ระบบบันทึก ต้องป้องกัน

การคุกคามจากกฎหมาย และจริยธรรมที่จะให้ผลกระทบต่อผู้ป่วย ต้ององค์กร หรือตัวพยาบาลเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างพยาบาล แพทย์ และบุคลากรในสาขาวิชาชีพอื่น รวมทั้งผู้ป่วย และครอบครัว การศึกษาหาความรู้ให้ต่อเนื่องในงานที่ปฏิบัติ ความท้าทายของการบริหาร ความเสี่ยงทางการพยาบาลจึงอยู่ที่ การลดความผิดพลาด หรือขจัดข้อผิดพลาดก่อนที่จะเกิดผลเสีย ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการหาวิธีการใหม่ ๆ ในการลดข้อผิดพลาดซึ่งอาจเกิดขึ้น เพื่อควบคุมคุณภาพ การพยาบาล และไม่ให้เกิดผลกระทบต่อบทบาทของวิชาชีพ โดยสิ่งที่พยาบาลจะทำได้ คือ การผสมผสานแนวคิดในเรื่องการบริหารความเสี่ยงเข้ากับการบริหารคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ พยาบาลสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทด้วยความมั่นใจ ไม่ประมาท และไม่ต้องกลัวข้อผิดพลาด จนเกินจำเป็น

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยขอสรุปภาพรวมของการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ขององค์กรพยาบาล ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 แผนภูมิการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงขององค์กรพยาบาล