

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
(The Development of Quality Model Risk Management based on Hospital Standard and
Health Service Kalasin Hospital, Kalasin Province.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อภิษฐา อารีเอื้อ¹
Abhichaya Areeauey¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 32 คน และผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลรวม 120 คน ศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม 2566-เดือนกันยายน 2566 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ออกแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความเสี่ยงทางที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการจากการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อกำหนดแผนการพัฒนา 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารความเสี่ยง ,กิจกรรมรณรงค์3P Safety ,มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย, การลง Risk round และ โปรแกรม Dash board 3) สังเกต การปฏิบัติตามแผน ได้แก่ การค้นหา การวิเคราะห์ การจัดการ และการประเมินผลความเสี่ยง 4) สะท้อนผลการปฏิบัติโดย ติดตามประเมินผล นำข้อมูลมาพิจารณาร่วมกัน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired Samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ KLS Model ประกอบด้วย K=Knowledge มีความรู้เรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยง, L=Learning เรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ไม่โทษที่ตัวบุคคลมองเชิงระบบ, S=Sensitive การไวต่อความเสี่ยงมีการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ผลของการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ และวัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้นก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนาคุณภาพ, การบริหารความเสี่ยง , มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to study the development of quality model risk management based on Hospital standard and Hospital service in Kalasin Hospital, Kalasin Province. The study participants included: 32 quality committee and 521 were health personnel in hospital. Data were Collected by questionnaire, observations and focus group discussion during March to September 2023. Research design used PAOR process from Kemmis & McTaggart included 4 steps; 1) Analysis of clinical risk situations that affect quality service from collection of data for the plan 2) Follow the plan by workshops and store relevant risk reports, 3P Safety campaign activities, important standards necessary for safety, Risk round and Dash board programs 3) Observe plan compliance include finding, analyzing, managing, and evaluating risk and 4) Reflect the results by follow up the evaluation, bring information together. The quantitative data analysis applied the descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation and the inferential statistics as paired samples t-test. The qualitative data was analyzed by content analysis.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The results showed that the quality model development of clinical risk management is KLS model which comprised as K-knowledge, L-Learning and E-Error and S-Sensitive. The results of development quality risk management based on hospital standard and hospital service effected to the level of knowledge, practice, participation, and satisfaction of participants were increased from the beginning with the statistically significant (p -value<0.05).

Keyword: Quality development, Risk Management, Hospital standard and hospital service

บทนำ

ระบบการบริหารความเสี่ยงเป็นการทำงานที่สำคัญระบบหนึ่งขององค์กร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย ทั้งจากการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงาน ให้ระดับและขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในระดับที่องค์กรประเมินและควบคุมได้¹ ในปี 2565 ได้มีการรายงานสถิติของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ โดย The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization (JCAHO) พบว่าตลอดปี 2564 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ถึง 1,197 เหตุการณ์ ส่วนใหญ่จะเป็นอุบัติการณ์ ในเรื่องการพลัดตกหกล้ม การลื่นล้มแปลกปลอมในร่างกาย โดยตั้งใจ การผ่าตัดผิด การฆ่าตัวตาย และการให้การรักษาที่ล่าช้า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนี้ บางเหตุการณ์ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การสูญเสียทรัพย์สิน และรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดข้อร้องเรียนมากมาย โดยที่การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดโอกาสในการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ช่วยลดความรุนแรงจากการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง และทำให้เกิดความปลอดภัยได้² และถึงแม้ว่าในการให้บริการสุขภาพจะดำเนินให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพแล้วก็ตาม ก็ยังอาจจะสามารถเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง และความเชื่อมั่นของโรงพยาบาล โดยที่อุบัติการณ์เหล่านั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากภาวะแวดล้อม การให้บริการ การปฏิบัติการทางโรงพยาบาลการบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการตรวจสอบค้นหา และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยป้องกัน และลดความ

รุนแรงของผลกระทบได้³ ดังนั้นการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มีการนำกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล⁴ มีการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน มีระบบการบริหารความเสี่ยงขับเคลื่อนผ่านในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ที่ผ่านมา โรงพยาบาลมีระบบการรายงานความเสี่ยงหลายช่องทาง ได้แก่ เขียนบันทึกรายงาน ตั้รับฟังความคิดเห็น มีศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โปรแกรมบริหารความเสี่ยงผ่าน Intranet จากการขยายบริการในด้านต่าง ๆ จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้พบอุบัติการณ์ที่มากขึ้นไปด้วย ซึ่งเมื่อทบทวนข้อมูลระบบรายงานความเสี่ยง พบจำนวนอุบัติการณ์ปี 2563-2565 ดังนี้ 9,857 อุตการณ์, 12,456 อุตการณ์ และ 16,876 อุตการณ์ ตามลำดับ แยกเป็นอุบัติการณ์ ระดับ E-I ปี 2563-2565 มีจำนวน 95 อุตการณ์ 126 อุตการณ์ และ 215 อุตการณ์ ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ระดับ E-I ที่ได้รับการจัดการเชิงระบบ ปี 2563-2565 พบ ร้อยละ 52,48 และ 58 ตามลำดับ ซึ่งยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ นอกจากนี้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยังได้กำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารความเสี่ยง โดยโรงพยาบาลที่จะผ่านการรับรองและประเมินคุณภาพต้องผ่านมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ⁵ เพื่อ

เป็นการรับรองว่าผู้รับบริการ บุคลากร จะประชาชน จะเกิดความปลอดภัย และได้รับการที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน⁴

ดังนั้นผู้วิจัย ได้เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน มีระบบการบริหารจัดการ ด้านความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และโรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการที่ได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁵ เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัย เป็นผู้สนับสนุน ให้ เกิดการเรียนรู้ (Facilitator) ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนการพัฒนารูปแบบ (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนผล การปฏิบัติ (Reflection) โดยศึกษาในบริบทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพยาบาล จำนวน 32 คน คณะกรรมการ

บริหารความเสี่ยงรวมทั้งสิ้น 120 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารเสี่ยง มี 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่อง การบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 15 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ส่วนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 0-20 ข้อ และส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ในส่วน ที่ 3 เป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ⁶ 2) แนวทางการประชุมกลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) เท่ากับ 0.96 นำเครื่องมือมาทดสอบความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านความรู้ เท่ากับ 0.72 ด้านการปฏิบัติเท่ากับ 0.97 ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย เท่ากับ 0.96 และด้านความพึงพอใจเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ลักษณะทางประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความรู้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ 3) เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติ วัฒนธรรมความปลอดภัย และความพึงพอใจในระบบบริหารความเสี่ยง ใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test และ 4) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยพิจารณาต่าง ๆ ดังนี้ 1) หลักเคารพในตัว

บุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม โดยความสมัครใจ 2) มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำความเข้าใจในรายละเอียดรูปแบบการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ 3) ยึดหลักผลประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย รมั้ดระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือความเดือดร้อนแก่กลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. บริบทของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาพบว่า เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียง มีจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย 1,240 คนต่อวัน⁸ ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้จากการทำ Focus group เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ในปี 2565 บุคลากรมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงน้อย มีสาเหตุจากการเข้าถึงระบบรายงานน้อย ระบบมีความยุ่งยาก หลายหน่วยงานเจ้าหน้าที่ยังไม่รู้วิธีการใช้งานในระบบ เนื่องจากยังไม่มีการจัดอบรมในตัวโปรแกรมใหม่ นอกจากนี้ในการค้นหาความเสี่ยง และเมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้น ระบบบริหารจัดการ ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน และระบบการตอบสนองต่อความเสี่ยงช้า ทำให้ไม่ได้รับการจัดการอย่างทันเวลา ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาในเรื่องโปรแกรมการรายงานให้เข้าถึงง่าย การจัดอบรมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจกับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มีและมีระบบการควบคุมกำกับติดตาม

ลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.72 เพศชาย ร้อยละ 35.28 ส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.62 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 57 ปี ($\bar{x}=36.75$ S.D.=9.46) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.45 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 51.23 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่ 10-20 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.55 ($\bar{x}=34.75$ S.D.=7.46) เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารความเสี่ยงและ 2P safety ในโรงพยาบาล ร้อยละ

71.54 ร้อยละ 79.23 รับทราบนโยบายบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

2. กระบวนการของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Planning) จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้มีการสะท้อนข้อมูลผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริหารความเสี่ยง และได้ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร สาธารณสุข และประชาชน 3P Safety 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการระบบบริหารความเสี่ยงและ 3P Safety 3) พัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง 4) จัดทำคู่มือระบบบริหารความเสี่ยงออนไลน์ 5) ระบบการกำกับติดตาม Dash board 6) การสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล Quality point ระบบบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Action) ดังนี้ 1) ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร สาธารณสุข และประชาชน 3P Safety ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในเวทีกิจกรรมการพัฒนาองค์กร และสื่อสารใน เว็บไซต์ โรงพยาบาล ซึ่งพบว่าบุคลากรมีความเข้าใจ ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัย และกิจกรรมนี้ทำให้บุคลากรรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพด้านความปลอดภัยขององค์กร 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระบบบริหารความเสี่ยงและ 3P Safety โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างความเข้าใจ และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สรุปผลการดำเนินงานพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทั้ง 4 ขั้นตอนมากขึ้น มีความรู้เรื่องการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง มากขึ้น และสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดในหน่วยงานได้ ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้มีการประชุมอย่างต่อเนื่องทุกปี 3) พัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง สรุปผลการดำเนินงานพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมให้ง่ายต่อ

การรายงานและเข้าถึง คือสามารถรายงานผ่านมือถือได้ และมีระบบไลน์แจ้งเตือนให้บุคลากรและหน่วยงานได้รับทราบเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงานเพื่อการแก้ไข และการจัดการความเสี่ยงที่รวดเร็ว 4) จัดทำคู่มือระบบบริหารความเสี่ยงออนไลน์ สรุปผลการดำเนินงานพบว่า มีการจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงออนไลน์ในตัวโปรแกรมความเสี่ยง Prolang risk เพื่อให้บุคลากรง่ายต่อการใช้งาน ผลพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจ ในการใช้งานโปรแกรมเพิ่มขึ้น 89.79% 5)ระบบการกำกับติดตาม Dash board ผลการดำเนินงานพบว่า ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และผู้บริหารสามารถควบคุมกำกับติดตาม อุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงที่มีระดับที่รุนแรง เพื่อการจัดการได้รวดเร็ว ซึ่งพบอัตราการตอบสนองต่อความ

เสี่ยงและข้อร้องเรียน เพิ่มขึ้นจาก 79.45% ในปี 2565 เป็น 89.24% ในปี 2566 6) การสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล Quality point ระบบการบริหารความเสี่ยง ผลการดำเนินงานพบว่า มีการรายงาน อุบัติการณ์ ความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จากมีการสร้างแรงจูงใจในการรายงาน การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ และข้อร้องเรียน จากปี 2565 =6,456 อุบัติการณ์ ปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 14,546 อุบัติการณ์

ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) มีการควบคุมกำกับติดตามในระบบบริหารความเสี่ยง ในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ทุกเดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และมีการสรุปผลการติดตาม ในรายไตรมาส รายปี และสรุปผลหลังการพัฒนา

ตารางที่ 1 ร้อยละของคะแนนความรู้ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

ความรู้ตามกระบวนการบริหาร ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับ	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับ
การค้นหาความเสี่ยง	228	63.34	น้อย	290	80.83	มาก
การประเมินความเสี่ยง	272	75.63	ปานกลาง	335	93.12	มาก
การจัดการความเสี่ยง	280	77.78	ปานกลาง	345	96.05	มาก
การประเมินผลความเสี่ยง	261	72.75	ปานกลาง	333	92.65	มาก
รวม	1,041	72.37	ปานกลาง	1,303	90.66	มาก

เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อน และหลังการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ในเรื่อง การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง

พบว่า ระดับความรู้ของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.37 หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.66 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
การปฏิบัติการ								
การค้นหาคือความเสี่ยง	3.05	0.58	ปานกลาง	3.81	0.54	มาก	10.74*	<0.001
การประเมินความเสี่ยง	3.14	0.55	ปานกลาง	3.85	0.58	มาก	10.10*	<0.001

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐาน
โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

การปฏิบัติตามกระบวนการ บริหารความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
การจัดการความเสี่ยง	3.43	0.37	ปานกลาง	4.25	0.45	มาก	13.76*	<0.001
การประเมินผลความเสี่ยง	3.09	0.44	ปานกลาง	3.92	0.43	มาก	11.44*	<0.001
รวม	3.19	0.35	ปานกลาง	3.97	0.44	มาก	17.87*	<0.001
การมีส่วนร่วม								
การค้นหาความเสี่ยง	2.95	0.59	ปานกลาง	3.54	0.60	มาก	6.89*	<0.001
การประเมินความเสี่ยง	3.02	0.80	ปานกลาง	3.76	0.55	มาก	7.08*	<0.001
การจัดการความเสี่ยง	3.20	0.81	ปานกลาง	3.66	0.73	มาก	7.53*	<0.001
การประเมินผลความเสี่ยง	3.15	0.71	ปานกลาง	3.77	0.56	มาก	8.63*	<0.001
รวม	3.08	0.59	ปานกลาง	3.68	0.56	มาก	14.68*	<0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ในเรื่องการปฏิบัติตามกระบวนการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.19 S.D.=0.35)

หลังการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.97 S.D.=0.44) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.005 และระดับการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.08 S.D.=0.59)หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.68 S.D.=0.56) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐาน
โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา (n=120)

ความพึงพอใจตามกระบวนการ บริหารความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ด้านกระบวนการ	3.23	0.09	ปานกลาง	4.08	0.07	มาก	9.11*	<0.001
ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	3.04	0.48	ปานกลาง	3.97	0.56	มาก	10.28*	<0.001
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.31	0.55	ปานกลาง	3.92	0.47	มาก	7.20*	<0.001
ด้านผลการดำเนินงาน	3.35	0.69	ปานกลาง	4.10	0.61	มาก	7.46*	<0.001
รวม	3.23	0.43	ปานกลาง	4.02	0.45	มาก	11.62*	<0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาความพึงพอใจตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของผู้ร่วมวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง กลาง ($\bar{x}$ =3.23 S.D.=0.43) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.02 S.D.=0.45) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

ผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ พบว่าผู้ร่วมวิจัย มีความรู้ การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) จำนวนการรายงานงานความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากปี 2565 =6,456 อุบัติการณ์ ปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 14,546 อุบัติการณ์ พบร้อยละของ

อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ เพิ่มขึ้นจาก ปี 2565 ร้อยละ 68.45 ปี 2566 เป็นร้อยละ 89.25 พบอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ ของความเสี่ยง ในปี 2566 = 3 อุตการณ์ จากการวิเคราะห์พบว่า เป็นเรื่อง Medication Error ได้มีการทบทวนและหา แนวทางร่วมกันโดยการทำ Root cause analysis และนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการ บริหารจัดการในการป้องกันการเกิดซ้ำ

ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ จากการ สะท้อนข้อมูลผลการศึกษา ให้ทีมคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ร่วมสนทนากลุ่มและ ถอดบทเรียน จึงได้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ที่มีชื่อว่า KLS Model ได้แก่ K=Knowledge การพัฒนาองค์ความรู้ด้านคุณภาพ และบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในองค์กร L= Learning Organization คือการเป็นองค์กรแห่งการ เรียนรู้ รวมถึงการพัฒนาการเรียนรู้ ภาวะการณ์เป็น ผู้นำในหน่วยงาน (Leadership) เพื่อให้เกิดการ ถ่ายทอดแลกเปลี่ยน เกิดการพูดคุย ทบทวน อุตการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ร่วมกัน S= Simple การ บริหารจัดการระบบบริหารความเสี่ยงให้ง่าย และเกิด ความปลอดภัยกับผู้รับบริการ บุคลากร และ ประชาชน

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาบริบทของการพัฒนา คุณภาพ การบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ พบว่า รูปแบบที่การ เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จากการนำ ของผู้นำองค์กรที่ เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดการกำหนด นโยบายการพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง และนำลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน ส่งผลทำให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร ได้แก่การรายงาน อุตการณ์ความเสี่ยง การตอบกลับ ตอบสนองต่อ อุตการณ์ความเสี่ยง เพิ่มสูงขึ้น อย่างเห็นได้ชัด และกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน หลัง

การพัฒนา ทั้งระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วน ร่วม ความพึงพอใจ เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลค่ายสรรพ สิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า หลังการ พัฒนาคุณภาพ ทั้งระดับความรู้ การปฏิบัติ การมี ส่วนร่วม ความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหาร ความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนา⁹

2. จากการพัฒนาคุณภาพการบริหาร ความเสี่ยง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพตาม มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือทำให้ เกิดคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ และโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้เกิดรูปแบบในการ พัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล คือ “KLS Model” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ยอดยศ ที่ศึกษา การพัฒนาระบบรายงาน ความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้ รูปแบบใหม่คือ ROJET Model¹⁰

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา คุณภาพการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือ 1) Leadership คือการนำองค์กรโดยทีมผู้นำของโรงพยาบาล ในการ กำหนดนโยบาย และสนับสนุนการขับเคลื่อนการ พัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง จะเห็นได้จาก มีการลง Leadership walk round และลง Risk round เพื่อกระตุ้นการพัฒนาของทีมผู้นำ 2) Team การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ การบริหาร ความเสี่ยงของทุกหน่วยงาน ทุกสหสาขาวิชาชีพ ซึ่ง พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เชิง สะอาด¹¹ ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำคัญในการพัฒนา รูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตาม มาตรฐานของงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจ สามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด คือ การมีส่วนร่วมของทีม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแผนการพัฒนาด้านบริหารความเสี่ยงสำหรับบุคลากร ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากมีการหมุนเวียน และการรับเข้าทำงานใหม่ของบุคลากร

2. การนำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดระบบ

บริการที่รวดเร็ว ตอบสนองต่อผู้รับบริการและจัดการความเสี่ยงได้รวดเร็ว

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น หรือประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพให้เกิดความต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Supachutikul A. Hospital Risk Management System. 5th edition. Bangkok: Dec Co., Ltd;2001.
2. ผ่องพรรณ จันธสมบัติ .การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในโรงพยาบาล.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. กรุงเทพฯ; 2561.
3. Kemmis & Mc Taggart R. (Eds). The Action Research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University press; 1990.
4. Institute for Hospital Quality Assurance and Development. Patient and Personal safety: Concept and Practice. Bangkok: Dee Co., Ltd;2003.
5. พัทธิดา สุภิสุทธิ. การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture): กรุงเทพฯ;2560.
7. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.ข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน; 2565.
8. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. คู่มือบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์;2565.
9. ภัทรธิดา โกคาพันธ์.การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.วารสารพยาบาลทหารบก;2555.
10. กนกพร ยอดยศ. การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด: วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน;2562.
11. นภัสภรณ์ เชิงสะอาด. การพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด: วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ;2561.