

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฟ้องร้องในคดีละเลย (negligence) และทุรเวชปฏิบัติ (malpractice) เป็นการฟ้องร้ององค์กรสุขภาพ บุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ในโรงพยาบาล (Poteet, 1983 : 457) Payne (1994 : 20) กล่าวว่า ใน ค.ศ. 1947 National Health Service (NHS) ช่วยจัดการคดีให้พยาบาลทั้งหมด 49 คดี และคดีเพิ่มขึ้นเป็น 92 คดีในอีก 10 ปีต่อมา ในค.ศ.1976-1985 มีคดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 400 The Medical Defence Union กล่าวว่าสมาชิกซึ่งเป็นพยาบาลมากกว่า 5,000 คนมีคดีการละเลยทุกคน Wyatt company (cited in Blouin and Brent, 1993 : 8) รายงานว่าพยาบาลต้องจ่ายเงินให้โจทก์เป็นจำนวนเงินที่สูงขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีค.ศ.1983-1992 มีทั้งหมด 673 คดี ค่าใช้จ่าย 3.26 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Strader and Decker (1995 : 327) ว่าในช่วงหลายปีที่ผ่านมาพยาบาลตกเป็นจำเลยจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ผิดพลาดทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ Geoff Roberts (cited in David Payne, 1994 : 20) กล่าวว่าถ้าพยาบาลต้องชดใช้เงิน 1.5 ล้านดอลลาร์ พวกเขาต้องจ่ายเงิน 18,600 ปอนด์ต่อปี เป็นเวลานานกว่า 10 ปี

ในต่างประเทศ มีการตื่นตัวเรื่องการถูกผู้ป่วยและญาติฟ้องร้องในเรื่องการละเลยหรือทุรเวชปฏิบัติมาก บุคลากรและองค์กรสุขภาพต้องมีการประกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน (Green,1999 : 57-59) การที่มีคดีฟ้องร้ององค์กรสุขภาพเกี่ยวกับการละเลยหรือทุรเวชปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลมากขึ้น ประกอบกับเบี้ยประกันที่สูงขึ้นถึงร้อยละ 200 ในช่วง 10 ปี จึงมีความพยายามที่จะลดเบี้ยประกันและค่าใช้จ่ายในการถูกฟ้องร้อง รวมทั้งมีการเรียกร้องจากบริษัทประกันให้โรงพยาบาลมีการจัดทำโครงการบริหารความเสี่ยงขึ้น (Monagle,1980 : 572 ; Poteet,1983 : 457) เพื่อป้องกันการสูญเสีย(Loss prevention)และควบคุมปัญหาทางกฎหมาย (Liability control) (Brown,1979 : 1 ; Strader and Decker, 1995 : 326 ; Swansburg, 1996 : 608) เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแล (Mitchell and Grippando, 1993 : 355) การที่องค์กรมีการประกันคุณภาพจะช่วยลดความเสี่ยง การประกันคุณภาพจึงเป็นพื้นฐานของการบริหารความเสี่ยง (Sullivan and Decker, 1988 : 497)

จากคำพิพากษาศาลฎีกา ตั้งแต่ พ.ศ. 2467 ถึง พ.ศ. 2527 มีคำพิพากษาที่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องตกเป็นจำเลยเพียง 5 คดี ซึ่งในความเป็นจริงนั้น มีข้อพิพาทอยู่ไม่น้อย แต่สามารถยุติกันก่อนที่จะนำคดีขึ้นสู่ศาล หรือถ้ามีการนำคดีขึ้นศาลก็อาจยุติได้ก่อนถึงศาลฎีกา ทำให้คำพิพากษาศาลฎีกามีจำนวนน้อย(สุรชาติ ณ หนองคาย,2538 : 88-90) อ้างถึงใน

พรหมมินทร์ หอมหวล, 2542) จากสถิติของแพทยสภาพบว่ามิดิตีที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาเรื่องการไม่รักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเป็นอันดับหนึ่ง โดยในปีพ.ศ. 2538 มีกรณีความผิดจากการไม่รักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม 7 กรณี พ.ศ. 2539 เพิ่มเป็น 25 กรณี โดยเพิ่มเป็น 3.5 เท่า และจากการศึกษาของพรหมมินทร์ หอมหวล (2542) เรื่องการร้องเรียนแพทย์กรณีทุเวชปฏิบัติ : ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ พ.ศ. 2533-2540 มีจำนวน 75 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปีพ.ศ. 2540 เพิ่มเป็น 2.7 เท่า สำหรับประเทศไทยหากพิจารณาปัญหาเรื่องความเสียหายเป็นตัวเงินซึ่งเกิดจากถูกฟ้องร้องแล้ว ในปัจจุบันอาจจะยังไม่มากนัก แต่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย แต่ความเสียหายในด้านชื่อเสียงและความเชื่อมั่นของประชาชนเป็นสิ่งที่ควรตระหนักให้มาก (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, 2541 : 98)

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ระบบสาธารณสุขไทยมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของจำนวนเตียงและเครื่องมือแพทย์ อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เริ่มออกมาในรูปของธุรกิจ มีการดำเนินการทางการแพทย์และบริการต่างๆ อย่างดีสำหรับผู้ป่วย โดยคิดค่าบริการสูง (วิสูตร ฟองศิริไพบุลย์, 2540 : 346) ประกอบกับประชาชนมีการศึกษา มีการรับข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัย ทำให้ประชาชนมีความต้องการบริการสาธารณสุขที่เป็นเลิศ รวดเร็วและมีความคาดหวังจากระบบบริการเพิ่มขึ้น (สายสมร พลเชื้อ และศิริวรรณ แสงทองทิพย์, 2541 : 709) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรักษาพยาบาลที่สำคัญคือ 1) การแข่งขันที่รุนแรง (Fierce competition) 2) การเพิ่มค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็ว (Escalation of cost) 3) การร้องเรียนของผู้บริโภค (Consumers dissatisfactions) การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ชาติรี ดวงเนตร, 2541 : 1-2) มีการออกกฎหมายควบคุมบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จึงต้องมีการคุ้มครองผู้บริโภคและเกิดการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลเพื่อเป็นการกำกับการดูแลแทนการควบคุม (ไพโรจน์ นิงสานนท์, 2540 : 5) ผู้รับบริการต้องการบริการที่มีคุณภาพและมีโอกาสเลือกสถานบริการทางสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ตนเองคาดหวัง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพร้อยละร้อยเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โดยการนำหลักการและวิธีการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มาเป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน (วิฑูร แสงสิงแก้ว, 2538) การนำแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาใช้ โดยรับรองว่าโรงพยาบาลนั้นๆ มีระบบงานที่เป็นมาตรฐานและมีระบบการตรวจสอบตนเองที่เชื่อถือได้ ซึ่งไม่ได้รับรองว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัยแต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้เริ่มดำเนินการเมื่อเดือนมกราคม 2540 โดยก่อตั้งเป็นภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (CHIA : Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation) ในปัจจุบันเป็นช่วงที่ 1 ของโครงการซึ่งเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2543 มีโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนเข้าร่วมโครงการ 35 แห่ง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541:20) การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะให้ความสำคัญในเรื่องคุณภาพ มีการประสานกิจกรรมคุณภาพบริการ โดยมีกิจกรรมหลักได้แก่ การบริหารความเสี่ยง (Risk management) การประกันคุณภาพ (Quality assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพและต้องได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารระดับสูง (Poteet, 1983 : 458 ; Sullivan and Decker, 1997 : 136) มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและต้องได้รับการรับรองนโยบายโดยผู้บริหาร (Dankmyer and Groves , 1977 : 60 ; Orlikoff and Lanham , 1980 : 60) ปัจจัยที่ทำให้โครงการ TQM ประสบความสำเร็จ 1 ใน 3 อันดับแรก คือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินการที่มีโอกาสจะประสบความสำเร็จ ต้องมีการดำเนินนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพที่ชัดเจน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ , 2540 : 72) การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่จะบอกว่า โรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือเพียงใดสามารถพิสูจน์ให้ผู้อื่นเห็นและยอมรับได้และมีสิ่งที่เน้น คือ กระบวนการคุณภาพ ซึ่งมีความเป็นพลวัตและเกิดจากใจของทุกคนร่วมกัน(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล , 2543 : 3-4) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะแสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีน้อยมากในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (วิชาญ เกิดวิชัย, 2541 : 12)

หน่วยงานที่มีการพัฒนาคุณภาพก่อนและมากในโรงพยาบาลได้แก่ฝ่ายการพยาบาล (ชาติรี บานชื่น, 2541:36) สอดคล้องกับ Gruendemann and Fernsebner(1995 : 92) ที่กล่าวว่าพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะทราบถึงความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง และควรเป็นคนสำคัญที่อยู่ในทีมบริหารความเสี่ยง เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสุขภาพ (Peteet, 1983:458) หัวหน้าหอเป็นผู้เชื่อมโยงงานระดับนโยบายกลุ่มงานการพยาบาลสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงานหอผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล ให้คำปรึกษาและวินิจฉัยสั่งการโดยเฉพาะกรณีที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ (กองการพยาบาล, 2539 :38)และมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ติดตามประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทมากในการป้องกันการถูกฟ้องร้อง ประมาณ 90% ของความไม่พอใจของผู้ป่วยและญาติจะได้รับการแก้ไขและระงับที่หัวหน้าหอ (Sullivan and Decker, 1988 : 509)

โรงพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย การให้บริการของโรงพยาบาลในแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยงซึ่งต้องการระบบการจัดการที่ครอบคลุมทุกแง่มุมและทั้งโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2541: 94) มาตรฐานโรงพยาบาลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขด้านโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยขององค์กร ประกอบไปด้วย 1)โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม 2)การกำจัดของเสีย 3)การป้องกันอัคคีภัย 4)การจัดการด้านความปลอดภัย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2540) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยเพราะหอผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของงานบริการทุกประเภท มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง และเป็นจุดแห่งการสร้างสรรค์คุณภาพการพยาบาลได้อย่างดีที่สุด ความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจต่องานบริการพยาบาลจึงเกิดขึ้นได้ที่หอผู้ป่วยมากที่สุด (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2540 : 30) ความพอใจหรือความผิดหวังที่เกิดขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยฟ้องร้องโรงพยาบาลได้และพยาบาลจะเป็นบุคคลกลุ่มใหญ่ที่ถูกฟ้องร้องด้วย (Poteet ,1983 : 485 ; Luquire, 1989 : 56)

ความเสี่ยงของสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดการฟ้องร้องได้ จากการศึกษาของประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2538 : 52) พบว่า ลักษณะหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิตี มีการจัดเตียงเรียงกันและเป็นการรวมกลุ่มผู้ป่วยไว้ด้วยกัน อาณาจักรของแต่ละคนชิดกัน ระยะห่างระหว่างเตียง 1 เมตร โอกาสการปนเปื้อนระหว่างคนเกิดขึ้นได้มาก จึงมีการติดเชื้อเป็นอันดับสองของโรงพยาบาล Morse และ คณะ (1989 cited in Taunton, 1994) กล่าวว่า ผู้ป่วยมักเกิดอุบัติเหตุในห้องพักผู้ป่วยหรือห้องอาบน้ำขณะที่พยาบาลไม่อยู่ ค่าเฉลี่ยที่โรงพยาบาลต้องจ่ายสำหรับผู้ป่วยตกเตียงและบาดเจ็บคือ 11,800 ดอลลาร์ต่อผู้ป่วย 1 คน รวมค่าใช้จ่ายประมาณหมื่นล้านดอลลาร์ต่อปี รวมทั้งยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล (McConnell, 1998 : 75)

มูลฝอยทุกชนิดจากผู้ป่วยรวมทั้งสารคัดหลั่งต่างๆ เป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (สถาพร มานิสสถิตย์, 2535 : 28) จากการวิจัยของพริ้มเพรา สาครชัยพิทักษ์ (2536 : 93) ยังถึงใน พัชรี ภาคเจริญ, 2540 : 3) พบว่า โรงพยาบาลมีการทิ้งมูลฝอยปะปนกัน โดยเฉพาะมูลฝอยมีคม และการศึกษาของพรทิพย์ ชนะภัย (2536) พบว่า การเสี่ยงต่อการติดเชื้อของบุคลากรนั้นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัส หรือถูกเข็มตำจากวัสดุทางการแพทย์ เช่น จากเข็มตำ ของมีคม จากการสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยและมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค มีผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น รวมทั้งโรงพยาบาลจะต้องเพิ่มจำนวนของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่ม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยสูง เพราะมีการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าประเภทต่าง ๆ มากมายรวมทั้งออกซิเจน และก๊าซทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดเพลิงไหม้ขึ้นได้ รวมทั้งมีผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จำนวนมาก ถ้าหากเกิดอัคคีภัยขึ้นในโรงพยาบาล จะทำให้เกิดการสูญเสียแก่ชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมาก จากการสำรวจระบบป้องกันอัคคีภัยในโรงพยาบาลศิริราชและสำนักงานมหาวิทยาลัยมหิดล ของธาวา ตรีตระการ และคณะ (2542) พบว่า อาคารหลายหลังมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัคคีภัย และหน่วยงานทั้งสองมีอุปกรณ์และระบบป้องกันอัคคีภัยค่อนข้างครบตามกฎหมายกำหนดแต่ขาดการตรวจสอบและซ่อมบำรุง ทำให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานไม่ได้จำนวนมาก เจ้าหน้าที่ขาดการฝึกซ้อมการดับเพลิงและการอพยพหนีไฟ

ความคาดหวังในบริการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การได้รับบริการที่มีความปลอดภัยและไม่เกิดความเสียหาย การฟ้องร้ององค์กรสุขภาพและเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เกิดจากการละเลยหรือทรวะปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย (Young and Hayne, 1988 : 323 ; Mitchell and Grippando, 1993 : 356 ; Fiesta, 1999 : 12) การบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ยังเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง เพราะจากการรายงานของ The Audit Commissions (1998 cited in Wilson , 1999 :617) กล่าวว่า Health and Safety in Acute Hospital Trusts ศึกษาพบว่า หนึ่งในสี่ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเกิดกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีผลทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มาก

การบริหารความเสี่ยงที่ได้ผลดีต้องมีการฝึกอบรมการบริหารความเสี่ยงที่ทันต่อเหตุการณ์ (Swansburg,1996:609) การอบรมเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ เพราะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นสาเหตุของการฟ้องร้องได้ ถ้าหากไม่เคยได้รับการอบรม หรือช่วยลดการสูญเสียของโรงพยาบาลได้ถ้าหากเคยได้รับการอบรม (Oppman,1979 :16) สอดคล้องกับคำกล่าวของ Jones (1980 : 40) ที่ว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดของเครื่องมือน้อยกว่าความผิดพลาดของมนุษย์ การฝึกอบรมที่ดีและการให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะลดการบาดเจ็บของผู้ป่วย

จากการศึกษาของอาภา นิตยศักดิ์ (2533) พบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลทุก ๆ ด้านต่างกัน โดยพบว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์การบริหารตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปมีคะแนนการจัดการสูงกว่าผู้บริหารกลุ่มที่มีประสบการณ์การบริหาร 5 ปีหรือต่ำกว่า และผู้บริหารการพยาบาลให้คะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามสังกัด ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การบริหาร วุฒิการศึกษาและการได้รับการอบรมทางการบริหาร

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและโรงพยาบาล เพราะถ้ามีแนวทางในการบริหารความเสี่ยงที่ดี ผู้รับบริการจะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย อีกทั้งโรงพยาบาลสามารถนำแนวคิดไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับใด
2. หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีการบริหารความเสี่ยงดีกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือไม่
3. หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมากกว่ามีการบริหารความเสี่ยงดีกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยน้อยกว่าหรือไม่
4. หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัยมีการบริหารความเสี่ยงดีกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัยหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงในด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม การกำจัดของเสีย การป้องกันอัคคีภัย และการจัดการด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและการได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัย

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรงพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย แต่การให้บริการของโรงพยาบาลในแต่ละวันต้องเผชิญกับความเสี่ยงมากมาย บางครั้งแม้ระมัดระวังเป็นพิเศษก็ยังเกิดปัญหาขึ้น เนื่องจากความเสี่ยงนั้นแฝงอยู่ในระบบ หรือไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ บางครั้งปัญหาเกิดจากความประมาทหรือความไม่ระมัดระวัง โรงพยาบาลจึงเป็นแหล่งสะสมความเสี่ยงที่ต้องการระบบจัดการที่รัดกุม การค้นหาและป้องกันความเสี่ยงควรเป็นกิจกรรมคุณภาพที่ทำในอันดับแรกๆ เพราะเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาไม่มากแต่ได้ผลในการป้องกันปัญหาได้มาก (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542 : 1) การให้บริการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม ทุกขั้นตอนจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยี รวมทั้งระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นมาก ทำให้ผู้รับบริการเรียกร้องคุณภาพบริการ จึงได้เกิดแนวคิดการกำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาลขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ มีกระบวนการดำเนินการโดยกำหนดมาตรฐาน และพัฒนาให้บรรลุมาตรฐาน รวมทั้งมีการตรวจสอบประเมินโดยบุคคลภายนอก ประกอบกับตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 หมวด 5 มาตรา 82 กล่าวว่า "รัฐ ต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง" (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2542:1) โรงพยาบาลต้องมีแผนการบริหารความเสี่ยงและส่งเสริมความปลอดภัย (ชิตา นิงสานนท์, 2541 : 3)

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีแนวคิดในการให้บริการที่มีคุณภาพ มีการประสานกิจกรรมคุณภาพ โดยมีกิจกรรมหลักได้แก่ การบริหารความเสี่ยง (Risk management) การประกันคุณภาพ (Quality assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) การประกันคุณภาพการพยาบาลเป็นการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและคุณภาพการพยาบาลยังเป็นสิ่งที่สามารถลดการฟ้องร้องได้อย่างยอดเยี่ยม [Yong and Hayne, 1988 : 338 ; Fiesta (1991 cited in Gruendemann and Fernsebner, 1995 : 92) ; Stoeckmann , 1992 : 162] ในขณะที่ Sullivan and Decker (1988 : 497) กล่าวว่า การประกันคุณภาพเป็นพื้นฐานของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งตรงกับการศึกษาบทบาทและความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทและความรับผิดชอบของผู้จัดการความเสี่ยง (Risk manager) ในการบริหารความเสี่ยงตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยคือการเพิ่มคุณภาพบริการ

ความแตกต่างของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ คือโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องมีกิจกรรมคุณภาพ เพื่อเป็นตัวกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล มีการพัฒนาคุณภาพโดยการทบทวนว่า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงอะไรกับผู้ป่วย โดยหาวิธีดำเนินการและแนวทางปฏิบัติที่จะป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้น หรือหากว่าเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นจะดำเนินการอย่างไร โดยเขียนเป็นคู่มือปฏิบัติงาน (ชิตา นิงสานนท์ , 2541) มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการแสดงให้เห็นว่า

มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีน้อยมากในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (วิชาญ เกติวิชัย, 2541:12) รวมทั้งมีสิ่งที่มองไม่เห็นและสำคัญที่สุดคือ ระบบบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นหัวใจในการช่วยป้องกันการฟ้องร้องได้มากมายมหาศาล ผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ผิดจากที่คาดมีโอกาสดังกล่าวกันทุกโรงพยาบาล (ชาติรี ดวงเนตร, 2541 : 13)

ประสบการณ์ในตำแหน่งบริหารเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดทักษะในการบริหาร อันเกิดจากการได้พบและได้แก้ปัญหาบ่อยๆ ช่วยให้สามารถป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ทันเวลา สอดคล้องกับ Boyd (1995) ที่ศึกษาบทบาทและความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการสืบสวนเหตุการณ์ (occurrence investigate) จะรับรู้บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการความเสี่ยง (risk manager) และการศึกษาของอาภา นิตยศักดิ์ (2533) พบว่า ผู้บริหารที่มีประสบการณ์ต่างกันมีคะแนนการจัดการต่อความเสี่ยงแตกต่างกัน ผู้ที่มีประสบการณ์มากมีการจัดการต่อความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการบริหารน้อย

การอบรมเป็นกระบวนการที่จะช่วยพัฒนาความคิด พฤติกรรมและการกระทำที่เหมาะสมในการทำงาน การอบรมจะต้องจัดให้มีแบบเฉพาะเจาะจงและทั่วๆไป (Oppman, 1979 : 95) เพราะจะทำให้การจัดการความเสี่ยงได้ผลดี (Monagle, 1980 : 58) สอดคล้องกับการศึกษากิจกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่ Maryland จำนวน 40 โรงพยาบาล ของ Hudson (1991:34-40) ที่รวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในค.ศ.1980-1981 และแก้ปัญหาในปีค.ศ.1984 พบว่าคดีฟ้องร้องจะไม่รุนแรงถ้ามีการจัดอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่แพทย์และพยาบาล Rakich and et.al. (1985:308) กล่าวว่า การให้ความรู้ในเรื่องความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่จะช่วยลดความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการความเสี่ยงที่จะต้องได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัย (safety training) (Swansburg, 1996 : 609)

จากแนวคิดและเหตุผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการบริหารความเสี่ยงดีกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งบริหารมากกว่ามีการบริหารความเสี่ยงดีกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งบริหารน้อยกว่า

3. หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยมีการบริหารความเสี่ยงดีกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย

ขอบเขตของการวิจัย

1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2 ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น คือ

2.1.1 ประสบการณ์ในตำแหน่งบริหาร

2.1.2 การได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย

2.1.2.1 เคยได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย

2.1.2.2 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย

2.1.3 การเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล

2.1.3.1 โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการ

2.1.3.2 โรงพยาบาลศูนย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ

2.2 ตัวแปรตาม คือ การบริหารความเสี่ยง มี 4 ด้าน คือ

2.2.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

2.2.2 การกำจัดของเสีย

2.2.3 การป้องกันอัคคีภัย

2.2.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง กระบวนการในการจัดการเพื่อควบคุมและลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นกับทรัพย์สินและผลประโยชน์ของโรงพยาบาล โดยมีการระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การบำบัดความเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยง อันเกิดจากความผิดพลาดของพยาบาล ภัยธรรมชาติ เพื่อเป็นการลดความถี่ ความรุนแรงจากความเสียหายที่เกิดขึ้น ทำให้โรงพยาบาลลดความเสียหายด้านการเงิน ด้านชื่อเสียง และปัญหาทางกฎหมาย ในการวิจัยครั้งนี้ การบริหารความเสี่ยงจะครอบคลุมเรื่องต่างๆดังนี้

1.1 การบริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินการในเรื่องการกำหนดระเบียบและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ มีการบำรุงรักษาอุปกรณ์ ระบบสื่อสาร ไฟฟ้า ถังก๊าซและสารเคมี

การฝึกอบรม พัฒนาและการประเมินการจัดการด้านกายภาพเกี่ยวกับการใช้สถานที่และสิ่งแวดล้อมอย่างปลอดภัยภายในหอผู้ป่วย

1.2 การบริหารความเสี่ยงด้านการกำจัดของเสีย หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินการในเรื่องการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดของเสีย การจัดให้มีเครื่องมือ อุปกรณ์และระบบกำจัดของเสีย จัดให้มีการฝึกอบรม ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการกำจัดของเสียภายในหอผู้ป่วย

1.3 การบริหารความเสี่ยงด้านการป้องกันอัคคีภัย หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินการป้องกันอัคคีภัย โดยมีนโยบายการป้องกันอัคคีภัยเป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดผู้รับผิดชอบ จัดให้มีเครื่องมืออุปกรณ์และจัดระบบการป้องกันอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การตรวจสอบและการป้องกันอัคคีภัย มีวิธีปฏิบัติและการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัยภายในหอผู้ป่วย

1.4 การบริหารความเสี่ยงการจัดการด้านความปลอดภัย หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินการในเรื่องการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ วางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัย มีการให้ความรู้ ฝึกอบรม แจ้งข่าวและคำเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งจัดทำรายงานด้านความปลอดภัยภายในหอผู้ป่วย

2. ประสิทธิภาพในตำแหน่งบริหาร หมายถึง จำนวนระยะเวลาเป็นปีของการปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3. การได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยผ่านการอบรมในหลักสูตรเกี่ยวกับความปลอดภัยในด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม การกำจัดของเสีย การป้องกันอัคคีภัย และการจัดการด้านความปลอดภัย โดยมีโครงการอบรมที่ชัดเจน และมีระยะเวลาดังแต่ 1 วันขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1 เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการจัดการหรือลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงไปใช้ในการร่วมวางแผนกับหน่วยงานอื่นในการลดปัญหาความเสี่ยงของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพบริการ

2 เป็นข้อมูลสำหรับให้ฝ่ายการศึกษาและบริการใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนและการอบรมให้แก่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลประจำการ

3 เป็นแนวทางให้ผู้บริหารระดับสูงนำไปใช้ในการจัดโปรแกรมการเฝ้าระวังความเสี่ยงและฝึกอบรมแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยง