

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย อายุรกรรม 1 โรงพยาบาลลำพูน ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของความเสี่ยง
 - 1.2 ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 - 1.3 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง
 - 1.4 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
2. การบริหารความเสี่ยงกับการประกัน/พัฒนาคุณภาพ
3. เครื่องมือคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง
4. บทบาทผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
5. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง
6. ปัญหา อุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
7. การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน

แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยง เป็นแนวคิดที่เริ่มขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1854 โดยฟลอเรนซ์ นิติงเกล เป็นหนึ่งในผู้ริเริ่มการพัฒนาคุณภาพในกาสดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการลดการเกิดอุบัติการณ์ และการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย ในช่วงสงครามไครเมีย (Cherry & Jacob, 2002) และแนวคิดการบริหารความเสี่ยงได้เริ่มมีการนำมาใช้ในธุรกิจประกันภัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เพื่อใช้ในการประเมินและคำนวณเบี้ยประกันภัย หรือความเสี่ยงที่จะสามารถรับผู้ทำประกัน ต่อมาแนวคิดของการบริหารความเสี่ยงได้เริ่มนำมาใช้ในองค์กรทางด้านสุขภาพในปี ค.ศ. 1958 โดย สมาคมโรงพยาบาลของอเมริกา (The American Hospital Association) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้

ตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงาน (Koch & Fairly, 1993) และในปี ค.ศ. 1970 เกิดวิกฤตการณ์การฟ้องร้องเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ในวงการแพทย์ขึ้นอย่างมากในประเทศสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลต่างๆ จึงได้ดำเนินการเพื่อป้องกัน และลดความเสียหายที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการบริหารความเสี่ยงในองค์กรสุขภาพ จะมุ่งเน้นที่การลดความเสี่ยงทางการเงินที่ต้องถูกเรียกหรือให้ชดใช้แก่ผู้ร้องเรียนเท่านั้น กิจกรรมที่ใช้ในการลดความสูญเสียทางการเงินประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) การยอมรับความเสี่ยง (risk retention) และการถ่ายโอนความเสี่ยง (risk transfer) (กฤษดา แสงวงศ์, 2543) แต่การจัดการความเสี่ยงดังกล่าวก็ไม่สามารถที่จะลดความสูญเสียลงได้ เนื่องจากการรักษาในโรงพยาบาลมีความสลับซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาช่วยในการรักษา ซึ่งมีขั้นตอนการบริการที่มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิซึ่งมีความสลับซับซ้อนในการให้บริการ จึงทำให้บริษัทประกันภัยหลายแห่งได้ยกเลิกการประกันภัย หรือบริษัทประกันบางแห่งได้เพิ่มเบี้ยประกันที่สูงมาก หรือมีการสร้างเงื่อนไขให้โรงพยาบาลที่จะซื้อประกันจะต้องมีระบบการบริหารความเสี่ยงที่ดีและมีมาตรฐานก่อน จึงจะพิจารณาให้ทำประกันภัยต่อไป ในปี ค.ศ. 1991 ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยการรวมกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันคุณภาพให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) เพื่อที่จะสามารถลดความเสี่ยงต่างๆ ลงได้ ในปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงจึงมีขอบเขตที่ขยายกว้างขึ้น และครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ ส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือการทำหัตถการ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่ พัฒนาศักยภาพมนุษย์และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การค้นหาเฝ้าระวัง และจัดการเพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยง เพื่อลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้น และสร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ (อนุวัฒน์ สุขชุติกุล, 2545)

ดังนั้นการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นข้อกำหนดส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่จะได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงมีบทบาทมากขึ้นในโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นการป้องกันการสูญเสียทุกแง่มุมในโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ สุขชุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดการปฏิบัติงานในหน่วยงาน การที่จะดำเนินการให้ความเสี่ยงหมดไปจากองค์กรจึงเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ค่อนข้างยาก สิ่งที่สำคัญคือบุคลากรต้องมีความตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน มีแนวทางการป้องกันและควบคุมความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความเสี่ยงน้อยที่สุดใ้องค์กร มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเสี่ยงไว้ดังนี้

กฤษดา แสงวดี (2543) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสี่ยหาย เหตุร้ายอันตราย ความสูญเสี่ย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอนหรือการเปิดเผยต่างๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสี่ยหรือสิ่งไม่พึงประสงค์

ไพรัชวอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส (2547) ให้ความหมายว่า ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ซึ่งหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบในเชิงลบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร

ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2550) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่บางสิ่งบางอย่างอาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของสิ่งที่เป็นอันตรายหรือคุกคามที่ส่งผลต่อกิจกรรม หรือแผนการต่างๆ ทั้งนี้ความเสี่ยงเกิดจากความไม่แน่นอน ซึ่งสามารถวัดได้จากความน่าจะเป็นของสิ่งที่เกิดขึ้น หรือผลลัพธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้น

ยัง และเฮน (Young & Hayne, 1988) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง สิ่งที่มีความเป็นไปได้หรือทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลในทางลบ

ฟาร์นสเวิร์ธ (Farnsworth, 1994) ให้ความหมายว่า ความเสี่ยง หมายถึง สิ่งที่มีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดขึ้น หรือมีความเป็นไปได้ว่าจะพบความรุนแรงของการบาดเจ็บ และมักเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ต่างๆที่มีอันตราย

ริดเลย์ และแซนนิ่ง (Ridley & Channing, 1999) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง ความเป็นไปได้ของการเกิดอันตราย หรือความเสี่ยหายในสภาพที่เป็นอยู่จริง ซึ่งอันตรายที่เกิดขึ้นนั้น มีทั้งผลเสี่ยเล็กน้อยจนถึงผลเสี่ยหายอย่างใหญ่หลวง

วิลสัน (Wilson, 1999) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง แนวโน้มของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ และไม่คาดหวังที่อาจเป็นอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดี หรือสุขภาพที่ดี อันตรายต่อทรัพย์สินขององค์กรและบุคคล

โดยสรุป ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่บางสิ่งจะเกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอน และจะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย ความสูญเสีย ซึ่งส่งผลกระทบต่อในเชิงลบกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร

ประเภทของความเสียหายในโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า ความเสี่ยงหรือความเสียหายในโรงพยาบาลมี 7 ประเภท ได้แก่

1. ความเสี่ยงหรือความเสียหายที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้ การตัดอวัยวะผิดหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย

1.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่มองเห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การเปิดเผยผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

1.4 ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ ของเจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจ ในโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานที่มีฝีมือที่ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานหมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหา

7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อย หรือมหาศาล

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลทั้ง 7 ประการข้างต้น ล้วนมีความสำคัญเท่าเทียมกัน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่อาจจะส่งผลให้โรงพยาบาลต้องจ่ายชดเชยค่าเสียหาย การฟ้องร้องของผู้ป่วยอาจจะทำให้โรงพยาบาลต้องเสียชื่อเสียงในชุมชน การบริหารความเสี่ยงจึงต้องคำนึงถึงความเสียหายทุกรูปแบบที่เกิดขึ้น

กฤษฎา แสงวงศ์ (2543) จำแนกประเภทความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาลตามผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านร่างกาย ได้แก่ การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียงหรือจากที่สูง การติดเชื้อมหาโรค การตัดอวัยวะ การระงับตัวผู้ป่วยผิดคน การให้การรักษายาผิดผู้ป่วยผิดคน การให้ยาผิด การชอกช้ำหรือบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง การละเลยผู้ป่วยที่มีคำสั่ง การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้อง หรือการประเมินปัญหาล่าช้า

2. ความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การละเลยความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย ครอบครัว การทำให้เสียหน้าอับอาย การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น การไม่ยินยอมรับการรักษา การไม่ดูแลความเป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไมเพียงพอแก่การตัดสินใจ

3. ความเสี่ยงด้านสังคม เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคม ได้แก่ การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว การเก็บรักษาทรัพย์สินหรือของมีค่า รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

4. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยวิกฤตถูกเงิน หรือผู้ป่วย/ครอบครัวที่ประสบความสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต การให้ข้อมูลที่ไมเพียงพอไม่คงเส้นคงวา ซึ่งก่อให้เกิด



ความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ ตัดสินใจไม่ได้ หรือการกระทำใดๆซึ่งเป็นการทำลายความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย/ครอบครัว

สิทธิศักดิ์ พุทภัยปีติกุล (2544) พิจารณามุมมองของผู้มีโอกาสรับความเสี่ยงในโรงพยาบาลพบว่า ความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งเป็นกลุ่มๆ ได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ เช่น การบาดเจ็บในโรงพยาบาล การเกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น

1.2 ความเสี่ยงทางด้านอารมณ์ เช่น ความไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกอับอาย หรือถูกทำร้ายจิตใจ เป็นต้น

1.3 ความเสี่ยงทางด้านสังคม เช่น การถูกเปิดเผยความลับ การถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วย การเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นหรือสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล ทรัพย์สินเงินทองสูญหาย เป็นต้น

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดทบัตยัญติของศาสนาหรือความเชื่อ เป็นต้น

2. ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของโรงพยาบาลเอง ได้แก่ ความเสี่ยงด้านกายภาพ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ความเสี่ยงด้านอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอับอายเสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ความเสี่ยงด้านสังคม เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกยึดใบประกอบโรคศิลป์ การเสื่อมเสียชื่อเสียงทรัพย์สินสูญหาย ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดทบัตยัญติทางศาสนาหรือความเชื่อ เป็นต้น

3. ความเสี่ยงที่เกิดกับโรงพยาบาล เช่น การสูญหายหรือเสียหายของทรัพย์สิน การเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล การเสื่อมสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ก่อนเวลาอันควร เครื่องมืออุปกรณ์ใช้การไม่ได้กะทันหัน การทำผิดทบัตยัญติของกฎหมาย การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ไฟไหม้ น้ำท่วม เป็นต้น

4. ความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชน เช่น การกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม การทำลายสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

โดยสรุป ประเภทของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมี 7 ประการ ได้แก่ ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้รับบริการมี 4 ประเภท คือ ความเสี่ยงด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียรายได้ ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อ



เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม และภาระในการชดใช้ค่าเสียหาย และในมุมมองของผู้ที่มีโอกาสรับความเสี่ยงของโรงพยาบาลแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ได้ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ความเสี่ยงที่เกิดกับโรงพยาบาล และความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชน

ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงในงานบริการทางสุขภาพมีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

โปเทิต (Poteet, 1983) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง ระบบการป้องกันซึ่งถูกออกแบบมาจากการทำนายความล้มเหลว หรือความผิดพลาดอันเนื่องมาจากระบบการปฏิบัติงานของบุคคลและเป็นการป้องกันความผิดพลาดมิให้เกิดขึ้น

ฟิลเล (Pelle, 1988) ให้ความหมายว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การปรับปรุงพัฒนา และการหากลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ลดการสูญเสียค่าใช้จ่าย และรักษาทรัพย์สินของโรงพยาบาล โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ การประกันคุณภาพของบริการ การจัดให้มีการปลอดภัยและความมั่นคงแก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วย และการจัดระบบการควบคุมความรับผิดชอบทางกฎหมาย

วิลสัน (Wilson, 1992) ให้ความหมายว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนและความรุนแรงของอุบัติเหตุ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเสียชีวิต และจำกัดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อบุคลากร ระบบการปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ รวมทั้งการลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย และการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร

กฤษดา แสงวดี (2542) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการค้นหาความเสี่ยง และการมีกระบวนการ การป้องกัน หรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอันตรายหรือเหตุร้ายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการและเพื่อลดโอกาสที่จะสูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาส และปริมาณของ ความสูญเสียที่เกิดขึ้น

ไพรัชวอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส (2547) ให้ความหมายว่า การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการที่ปฏิบัติโดยคณะกรรมการบริษัท ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนในองค์กรเพื่อช่วยในการกำหนดกลยุทธ์และดำเนินงาน โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้รับการออกแบบเพื่อให้สามารถบ่งชี้เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อองค์กร และสามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่

ในระดับที่องค์กรยอมรับ เพื่อให้ได้รับความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่องค์กรกำหนดไว้

ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี (2550) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการที่เป็นระบบ และได้รับการวางแผน เพื่อใช้ในการลด หรือจัดความน่าจะเป็น หรือ โอกาสที่ความสูญเสียจะเกิดขึ้นในสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง อาจกล่าวได้ว่า การบริหารความเสี่ยง คือ หลักเกณฑ์ที่ใช้รับมือกับความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ในอนาคตที่เป็นสาเหตุของภัย และอันตรายต่างๆ

โดยสรุป การบริหารความเสี่ยง หมายถึง ระบบการป้องกันที่ถูกรื้อถอนแบบมาจากการทำนาย ความล้มเหลว ความพยายามที่จะลดจำนวนและความรุนแรงของอุบัติการณ์ เป็นการรับรู้และจำกัดความเสี่ยง ค้นหาความเสี่ยงที่เป็นระบบและได้รับการวางแผน เพื่อให้สามารถบ่งชี้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อการปรับปรุงพัฒนา จำกัดความเสียหาย และลด โอกาสการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย บุคลากรในองค์กร รวมทั้งลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย การเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร และการสูญเสียด้านการเงิน เพื่อสามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ทั้งหมดหรือได้เสมอไป ความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเช่นเดียวกับส่วนหนึ่งของชีวิตคนเรา จุดมุ่งหมายของการบริหารความเสี่ยงคือการรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงอาจทำได้ 2 แนวทางคือ การควบคุมความเสี่ยง (risk control) และการบริหารเงินชดเชย (risk financing) ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, 2543)

1. การควบคุมความเสี่ยง เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหายซึ่งสามารถทำได้ โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ คือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การผ่อนถ่ายความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดความสูญเสีย และการแบ่งแยกความเสี่ยง ดังนี้

1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง คือ การที่บุคคลหรือองค์กรยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การที่สูติแพทย์ยุติการคลอด

1.2 การผ่อนถ่ายความเสี่ยง คือ การที่มอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเอกซเรย์นอกสถานที่ ก็เป็นการผ่อนถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปให้ด้วย

1.3 การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟและการฝึกร่วมเมื่อเกิดอัคคีภัย

1.4 การลดความสูญเสีย (loss reduction) คือกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดเชย การให้ข้อมูล

ที่ตรงไปตรงมาเพื่อลดความสูญเสียคือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

1.5 การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่างๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ผลกระทบต่อบุคคลลดลง

2. การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล โรงพยาบาลอาจจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายไว้เองหรือฟ้องถ่ายไปให้ผู้อื่น การประกันภัยเป็นวิธีการหนึ่งของการฟ้องถ่ายความรับผิดชอบในการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้น การบริหารเงินชดเชยความสูญเสียไม่ใช่ทางเลือกเพื่อทดแทนการควบคุมความเสี่ยง ควรตระหนักว่าการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสียเป็นกลยุทธ์ที่เสริมกันและกันซึ่งควรใช้กับความเสียหายทุกอย่างที่พบ นอกจากนั้นการบริหารความเสี่ยงยังเป็นระบบที่ต้องจัดการกับจุดอ่อนของบุคคลและองค์กรให้ครอบคลุมทุกส่วน การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้รับผิดชอบทุกฝ่าย แม้ว่าจะไม่อาจจัดการความเสี่ยงให้หมดสิ้นไป แต่ความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สามารถจัดการผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้

โดยสรุป การบริหารความเสี่ยงอาจทำได้ 2 แนวทาง คือ การควบคุมความเสี่ยง โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ คือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การฟ้องถ่ายความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดความสูญเสีย การแบ่งแยกความเสี่ยง และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย เช่น การประกันภัยก็เป็นวิธีการฟ้องถ่ายความรับผิดชอบในการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

มีผู้เสนอแนวคิด และกระบวนการในการบริหารความเสี่ยง ไว้ดังนี้

แนวคิดของวิลสัน (Wilson, 1992) กล่าวว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีกระบวนการปฏิบัติ ดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญ ผู้จัดการความเสี่ยงต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และการเรียนรู้ในระหว่างการทำงาน เพื่อช่วยให้การค้นหาความเสี่ยงมีความครอบคลุมและถูกต้อง สำหรับการจัดการที่เหมาะสมในอนาคต ซึ่งถ้าผู้จัดการความเสี่ยงไม่สามารถค้นหาความเสี่ยงบางชนิดได้ก็ไม่สามารถกำจัดหรือควบคุมความเสี่ยงชนิดนั้นได้

2. การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) เป็นขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงที่รวบรวมได้จากการค้นหา ทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินในปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้า ด้วยการพิจารณาความเสียหาย หรือ อันตรายที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงเหล่านั้น

3. การกำหนดแนวทางในการจัดการความเสี่ยง (action to manage risk) เป็นขั้นตอนการหาแนวทางหลายแนวทางที่สามารถจะช่วยจัดการกับความเสี่ยงแต่ละชนิดที่ได้จากการค้นหา ตามลำดับความสำคัญของความเสี่ยงให้ได้มากที่สุด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความสามารถของหน่วยงานและงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการกับความเสี่ยง

4. การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้บริหารต้องเชื่อมโยงผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการความเสี่ยงกับตัวชี้วัดของหน่วยงานและระบบการประกันคุณภาพ

อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการหรือระบบบริหารซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวิลสัน (Wilson, 1992) รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ตามแนวคิดของ อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) มีดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification)

การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา อาจเรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น วิธีการที่ซับซ้อนน้อยที่สุด คือ การเฝ้าระวังและมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อให้เกิดการประสานงานและการตอบสนองอย่างเหมาะสม หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น และเรียนรู้ระหว่างการดำเนินงานไปข้างหน้า

1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต ได้แก่ ระบบบันทึกความเสี่ยงที่มีอยู่แล้ว หน่วยงานควรจะนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน เช่น บันทึกการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย รายงานยาเสพติด รายงานด้านอาชีวอนามัย อุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ ความผิดพลาดในการให้ยา รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล บันทึกประจำวันของหน่วยงาน เป็นต้น และเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคล โดยการใช้นิวคำถามเพื่อค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน เช่น ในแผนกของท่าน อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้ ในประสบการณ์ของท่าน เกิดมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอะไรเกิดขึ้น (ที่พบบ่อย หรือที่รุนแรง) ช่วงเวลา

หรือสถานการณ์ใดที่การทำงานของหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงมากที่สุด มีข้อมูลปัญหาหรือความเสียหายที่ได้รับรายงานจากระบบประกันคุณภาพ การเฝ้าระวัง หรือการตรวจสอบอื่นๆอะไรบ้าง เป็นต้น

1.2 เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น อาจทำได้จากการค้นหาวารสารวิชาการทั้งของไทย และต่างประเทศ ทางอินเทอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุมทางวิชาการที่จัดขึ้น โดยองค์กรวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ การติดตามข่าวจากหนังสือพิมพ์ และการสร้างเครือข่ายวิชาชีพ

1.3 เรียนรู้ในระหว่างการทำงาน มีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญคือเพื่อการป้องกันปัญหาในอนาคต วิธีการที่ใช้ได้แก่ การรายงานผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย (adverse patient occurrence) ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ (incident reporting) การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening) หรือการรายงานเหตุการณ์ (occurrence reporting)

1.3.1 การรายงานอุบัติการณ์ (incident reporting) วัตถุประสงค์สำคัญของการรายงาน คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ เฝ้าระวังอันตรายใดๆที่จะเกิดขึ้น และติดตามผลของการป้องกันภัยที่โรงพยาบาลได้จัดทำไว้ หากระบบการรายงานดังกล่าวได้รับการส่งต่อไปภายนอกให้โรงพยาบาลอื่นได้เรียนรู้ก็จะเป็นประโยชน์ในการเตือนโรงพยาบาลอื่นถึงอันตรายที่อาจพบ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบรายงานส่วนใหญ่เป็นระบบสมัครใจ อย่างไรก็ตามระบบการรายงานส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติค่อนข้างน้อย สาเหตุได้แก่ ความยุ่งยากในการเขียนรายงาน เช่น ต้องใช้เวลาลงบันทึกในเอกสารจำนวนมาก ผู้รายงานไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยที่ตนจะได้รับ กลัวข้อมูลของตนจะถูกเปิดเผยทำให้เสียชื่อเสียง หรือถูกฟ้องเรียกค่าเสียหาย นอกจากนี้ผู้รายงานยังไม่ได้ประโยชน์อะไรจากการรายงาน หรือไม่มีการตอบสนองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ ดังนั้น การศึกษาของเลปเป้ (Leape, 1994 อ้างในสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) จึงได้รวบรวมคุณสมบัติของการรายงานที่ประสบความสำเร็จไว้ดังนี้ ระบบรายงานที่ดีต้องทำให้ผู้รายงานไม่รู้สึกลัวการลงโทษ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เสียเวลา ข้อมูลที่รายงานต้องได้รับการรักษาความลับไม่ให้บุคคลที่สามทราบ หน่วยงานที่รับรายงานต้องเป็นอิสระจากอำนาจบริหารที่อาจลงโทษผู้รายงานได้ รายงานจะได้รับการวิเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ได้จริง และได้รับการตอบสนองอย่างทันเวลา โดยเฉพาะหากเป็นอันตรายที่รุนแรง ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขมุ่งที่การปรับปรุงระบบ ไม่ใช่ตัวบุคคล และหน่วยงานที่รับรายงานต้องประสานงานให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบได้อย่างเป็นรูปธรรม

1.3.2 การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening) เป็นการรายงานความเสียหายที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ค่าใช้จ่ายสูง เพราะเป็นลักษณะของการวิจัย จะมีการทบทวนเวช

ระเบียบของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48 - 72 ชั่วโมง โดยทีมผู้คัดกรอง หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยก็จะถูกส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อตัดสินใจว่าจำเป็นต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่ จากนั้นจะถูกส่งไปยังหัวหน้าแผนกเพื่อทบทวนและดำเนินการตามความเหมาะสม

1.3.3 การรายงานเหตุการณ์ (occurrence reporting) เป็นระบบรายงานซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนถูกสอนให้ตระหนักและรายงานเหตุการณ์ที่ระบุไว้จำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ บัญชีรายการเหตุการณ์นี้จะต้องเป็นที่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่จะรายงาน มีจำนวนเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะทำได้ ทุกคนต้องรับทราบและได้รับการคาดหวังว่าจะรายงานเหตุการณ์เหล่านี้

การค้นหาความเสี่ยง เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการรวบรวมความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในองค์กร จัดทำบัญชีความเสี่ยง เพื่อใช้ในการติดตามและเฝ้าระวัง โดยมีระบบการรายงานเหตุการณ์ที่มีความชัดเจน บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการรายงานความเสี่ยง และผู้บริหารต้องสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติเมื่อต้องเขียนรายงาน เพื่อให้เกิดระบบการค้นหาความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk assessment)

การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงจะทำทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินไปข้างหน้า การประเมินในปัจจุบัน โดยทำทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับหน่วยงานประกอบด้วย การควบคุมความเสียหาย และการจัดทำเพิ่มบัญชีความเสี่ยง สำหรับการประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินขั้นต้น (initial assessment) การบริหารเรียกร้องค่าเสียหาย (claim management) และการประเมินความเสี่ยงในอนาคต

2.1 การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับหน่วยงาน ได้แก่ การควบคุมความเสียหาย คือ การประเมินขั้นต้นด้วยสัตยาณและตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น จากนั้นค้นหาสาเหตุเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และรายงานให้ผู้บังคับบัญชารับทราบ หลังจากนั้นจัดทำเพิ่มบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน เพื่อให้เห็นว่าหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งมีทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงที่เป็นเรื่องเฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน การจัดทำเพิ่มบัญชีความเสี่ยง เริ่มตั้งแต่รวบรวมบัญชีความเสี่ยงที่ค้นพบทั้งหมด และประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆ ให้เห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยงที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อสูง

2.2 การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินขั้นต้น (initial assessment) เป็นการเชื่อมต่อระหว่างระบบบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานกับระบบบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล 2) การบริหารคำเรียกร้องค่าเสียหาย (claim management) อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่รุนแรงมีโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจะต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน ถูกต้อง และเป็นความลับ และ 3) การประเมินความเสี่ยงในอนาคต เป็นการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมาพิจารณาว่ามีลักษณะอย่างไร ผลเป็นอย่างไร มีปัจจัยอะไรเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นี้และเหตุการณ์อื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน สิ่งที่น่าสนใจคือ สาเหตุ ปัจจัยเสริม และโอกาสที่จะเกิดซ้ำ การวิเคราะห์นี้จำเป็นต้องพิจารณาเหตุการณ์หลายเหตุการณ์เปรียบเทียบกับกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงที่ดี

การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง เป็นการประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งขณะเกิดเหตุการณ์และหลังเกิดเหตุการณ์ มีการประเมินความสูญเสียที่เกิดขึ้น เพื่อบริหารจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม และนำเหตุการณ์เหล่านั้นมาจัดลำดับความสำคัญความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานและโรงพยาบาล

3. การจัดการความเสี่ยง (action to manage risk)

การจัดการความเสี่ยงมีกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย การจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน คือ การควบคุมความสูญเสีย ส่วนการบริหารเงินชดเชยความเสียหายนั้นเป็นการจัดการในระดับโรงพยาบาล กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วย

3.1 กลยุทธ์ในการควบคุมความเสี่ยง (risk control) ได้แก่ 1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) เช่น การปิดห้องผ่าตัดเนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล 2) การผ่องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) เช่น การจ้างเหมาให้บริการรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน การส่งตรวจพิเศษบางอย่างที่ทำไม่บ่อยไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก 3) การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) เช่น การปกป้อง (protection) การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เป็นต้น 4) การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) ได้แก่ การดูแลแก้ปัญหาโดยเฉียบพลันด้วยความเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นสะกดกสบาย ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสารและความเข้าใจที่ดีต่อกันจะช่วยป้องกันปัญหาความฟ้องร้องได้ และ 5) การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) ได้แก่ การแบ่งแยกหรือจัดให้มีระบบสำรองสำหรับทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน

3.2 กลยุทธ์การบริหารการเงินเพื่อชดเชยความเสี่ยงของโรงพยาบาล (risk financing) มีความยืดหยุ่นน้อยกว่าการควบคุมความเสี่ยง เจ้าหน้าที่การเงินที่ดูแลเรื่องการเงินของโรงพยาบาลจะต้องร่วมอยู่ในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงด้วย

ในการเลือกกลยุทธ์ต่างๆ ที่ผู้บริหารระดับสูงจะต้องเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร ในขณะที่มองจากมุมมองผู้บริหารความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางอย่างเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงอาจจะเป็นสิ่งที่น่ากระทำ แต่พันธกิจของโรงพยาบาลก็ทำให้งดทำกิจกรรมเหล่านั้นไม่ได้ หน้าที่ของผู้บริหารในขั้นตอนนี้คือการกำหนดกลยุทธ์การควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความเสียหายสำหรับความเสี่ยงสำคัญที่ระบุไว้ จากลำดับที่สำคัญที่สุดไปสู่ลำดับรองๆ ไป จนครอบคลุมความเสี่ยงหลักๆ ได้ทั้งหมด

4. การประเมินผล (risk evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นที่บอกถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการความเสี่ยงขององค์กร เป็นการทบทวนอัตราอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย ทบทวนกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปีที่ผ่านมา ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ภายใต้อสมมติฐานว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนคือผู้จัดการความเสี่ยง สำหรับหน่วยงานการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงจะเชื่อมโยงกลับไปเครื่องชี้วัดและระบบประกันคุณภาพ กิจกรรมการประเมิน ได้แก่ 1) การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน 2) การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีก ทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ และ 3) การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

จากกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ได้ทบทวน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2543) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล เป็นแนวทางในการศึกษาเนื่องจากพิจารณาเห็นว่าแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ สุขขุติกุล ได้กล่าวถึงกระบวนการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงที่มีความชัดเจน และมุ่งเน้นในการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ ประกอบกับเป็นแนวคิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ทางโรงพยาบาลลำพูนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ และมีความครอบคลุมกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการค้นหาความเสี่ยง การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

การบริหารความเสี่ยงกับการประกัน/พัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีเป้าหมาย คือ การนำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเกิดจากการทบทวนประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพของประเทศที่พัฒนาแล้วมาประยุกต์เข้ากับการดำเนินงานของโรงพยาบาลในประเทศไทย ผ่านกลไกการกระตุ้นและรับรองคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีทิศทาง นำไปสู่คุณภาพการบริการที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่น่าทำงาน การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และความอยู่รอดของโรงพยาบาล โดยมีการบริหารความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546) จากการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543 (อ้างถึงใน อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ได้ศึกษากลุ่มมิติสำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพในประเทศไทย พบว่า กลุ่มมิติคุณภาพประกอบด้วย

1. ความสามารถ (competence) หมายถึง ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
2. ประสิทธิภาพ (effectiveness) หมายถึง การบริการที่บรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่ต้องการ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และมีความสม่ำเสมอ
3. ความเหมาะสม (appropriateness) หมายถึง ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็นของผู้ป่วยตามหลักวิชาการ
4. ความปลอดภัย (safety) หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางลบ ความผิดพลาด และผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ
5. ความต่อเนื่อง (continuous) หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี
6. ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง โรงพยาบาลให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
7. การเข้าถึงบริการ (accessibility) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ตามข้อบ่งชี้และในเวลาที่เหมาะสม
8. ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (accountability) หมายถึง การบริการเป็นที่ยอมรับ มีความรับผิดชอบต่อสังคมในสิ่งที่ดำเนินการ สามารถตรวจสอบและอธิบายได้
9. ความมุ่งมั่น (commitment) หมายถึง โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งมั่นในการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะในปี พ.ศ. 2543 ครั้งนี้จะเห็นว่าการบริหารความเสี่ยงนั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพจะเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพเหมือนกัน แต่การบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพมีความแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. สิ่งจูงใจและจุดมุ่งหมายในการทำงานแตกต่างกัน คือ การบริหารความเสี่ยงจะตระหนักถึงการดูแลตามที่กฎหมายกำหนด ขณะที่การประกันคุณภาพจะมุ่งเน้นการดูแลตามมาตรฐานที่องค์กรกำหนดไว้
2. การบริหารความเสี่ยงมุ่งเน้นการสูญเสียในระดับโรงพยาบาล ขณะที่การประกันคุณภาพมุ่งเน้นที่การดูแลผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ
3. การบริหารความเสี่ยงจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของกฎหมาย การประกัน และการทำกิจกรรมที่ป้องกันการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นอย่างแท้จริง ในขณะที่การประกันคุณภาพจะต้องเพิ่มมาตรฐานการดูแล โดยเน้นกิจกรรมที่ทำให้เกิดมาตรฐานเพิ่มมากยิ่งขึ้น

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลลำพูนมีการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง เช่น กิจกรรมหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ เครื่องมือเพื่อค้นหาสาเหตุรากของปัญหา เครื่องมือการวิเคราะห์คุณลักษณะของความเสียหายและผลกระทบที่ตามมา เครื่องมือตามรอยทางคลินิก สำหรับตามรอยคุณภาพ รวมถึงมีการใช้เครื่องมือตัวส่งสัญญาณ (trigger tools) เพื่อรวบรวมเวชระเบียนที่มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ศึกษาขอเสนอรายละเอียดของวิธีการที่ใช้ในการค้นหาความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพแต่ละชนิดดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2552)

1.1 การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย ได้แก่ การค้นหาปัญหา โดยทบทวนข้างเตียงผู้ป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วยประจำวัน เลือกผู้ป่วยที่ซับซ้อนวันละราย เพื่อเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์เจ้าของไข้ ทีมการพยาบาล และวิชาชีพอื่นๆ

1.2 การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ โดยมีระบบรับความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อรับฟังความคิดเห็น มีการตามรอยผู้ป่วยไปทุกขั้นตอนเพื่อค้นหาข้อบกพร่องของระบบ และนำมาปรับปรุง เมื่อผู้ป่วยหรือญาติที่คิดว่าจะมีปัญหาหรือข้อร้องเรียน เชิญมาพูดคุยและรับฟังข้อคิดเห็นต่างๆ ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย

1.3 การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ เพื่อหาโอกาสพัฒนา มีการวิเคราะห์สาเหตุ จุดอ่อน หรือโอกาสพัฒนา เพื่อนำมาปรับปรุง กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อเพื่อนำมาปรับปรุง เป็นต้น

1.4 การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า เช่น ส่งเสริมให้มีการทบทวนเป็นปกติในงานประจำ แพทย์ทบทวนการตรวจรักษาของพยาบาลห้องฉุกเฉิน แพทย์เฉพาะทางทบทวนการตรวจรักษาของแพทย์ทั่วไปที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลอาวุโสทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลรุ่นน้อง เกสซ์กรทบทวนการจ่ายยาของพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเกสซ์ เป็นต้น

1.5 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง โดยคาดการณ์ความเสี่ยงที่เป็นไปได้และมีโอกาสเกิดพอสมควรในผู้ป่วยแต่ละรายที่รับไว้ดูแล ในขั้นตอนการประเมินเมื่อแรกรับและในระหว่างการตรวจเยี่ยม และวางแผนป้องกันหรือติดตามเฝ้าระวังตามความเหมาะสม มีการสลับกันไปเยี่ยมหน่วยงานอื่น เพื่อใช้สายตาที่แปลกใหม่ในการมองหาความเสี่ยงของหน่วยงานนั้น

1.6 การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการรับรู้จุดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

1.7 การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา โดยร่วมกันวางแนวทางป้องกันที่รัดกุม เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามวิธีการที่ตกลงกันไว้ หมั่นทบทวนขั้นตอนการทำงานที่อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้

1.8 การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ มีระบบบันทึกอุบัติการณ์ และทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่มีความรุนแรงสูง เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทุกราย เป็นต้น

1.9 การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

1.10 การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ โดยทบทวนจากเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพของการดูแลรักษา

1.11 การทบทวนการใช้ทรัพยากร โดยสังเกตการตรวจรักษาผู้ป่วยว่ามีเรื่องใดบ้างที่ไม่มีความจำเป็น เพื่อพิจารณาโอกาสลดการใช้ทรัพยากร

1.12 การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ มาวิเคราะห์ แปลความหมาย และพิจารณาว่าจะนำไปใช้ประโยชน์อย่างไร มองหาตัวชี้วัดอื่นๆที่อาจจะมีความเหมาะสมมากกว่าและน่าจะนำมาใช้ทดแทน

2. การค้นหารากของปัญหา (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2552)

การค้นหารากของปัญหา เป็นเครื่องมือคุณภาพที่จะช่วยในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพที่มีความยั่งยืน ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก ด้วยการวิเคราะห์เพื่อให้เข้าไปจัดการกับสาเหตุที่เป็นต้นตอของปัญหาจริงๆ มิใช่แก้ปัญหาแค่ปลายเหตุ มีข้อควรพิจารณา 2 ประการ เพื่อให้การทำงานง่ายขึ้น คือ

ข้อพิจารณาประการแรก เมื่อใดจะต้องทำการค้นหารากของปัญหา มีหลักการง่ายๆว่าถ้าเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรง มีผลกระทบสูง ควรจะทำทุกรายเป็นรายกรณี ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำ ให้ติดตามดูแลแนวโน้มและหากพบว่ามีอาการเกิดซ้ำอยู่เรื่อยๆ ก็ให้พิจารณาทำในภาพรวมสำหรับเหตุการณ์นั้น

ข้อพิจารณาประการที่สอง จะใช้วิธีการใดในการทำการค้นหารากของปัญหา อาจทำได้หลายแนวทาง ตั้งแต่แนวทางที่เรียบง่ายไปจนถึงแนวทางที่ซับซ้อน มีวิธีในการทำอย่างน้อย 4 วิธีด้วยกัน สามารถใช้ร่วมกันหรือแยกใช้ก็ได้ ในการใช้ร่วมกัน ควรดำเนินการเป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

2.1 จุดเปลี่ยน (turning point) เป็นการมองย้อนหลังตามขั้นตอนต่างๆ ของการทำงานก่อนที่จะเกิดปัญหาหรืออุบัติการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย การมองย้อนหลังจะทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่าตรงจุดใดบ้างที่อาจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยหากมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ให้บริการ ใช้การเปลี่ยนแปลงที่ความต้องการนี้เป็นจุดที่นำไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก นโยบายหรือแนวทางปฏิบัติ ที่จะให้มีการปฏิบัติที่พึงประสงค์ โดยไม่ต้องตั้งคำถามหรือพยายามขุดคุ้ยสิ่งที่เป็นรากของปัญหา ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือความไม่ร่วมมือตามมา วิธีการนี้สามารถใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน และเป็นจุดเริ่มต้นวิเคราะห์สำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อน

2.2 การย้อนรอยความคิด (cognitive walkthrough) เป็นการย้อนรอยอดีตโดยผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์ พยายามเรียนรู้ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของคนเพื่อนำมาสู่การออกแบบระบบหรือเครื่องอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานใหม่ ที่จะทำให้ข้อจำกัดเหล่านั้นไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

ข้อจำกัดของคนที่ทำให้เกิดปัญหา มีตั้งแต่ข้อจำกัดในการรับรู้ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ข้อจำกัดในการจดจำข้อมูลจำนวนมาก ข้อจำกัดในการประมวลผลและการตัดสินใจ รวมถึงความเหนื่อยล้า และความไม่สะดวกทางกายภาพอีกด้วย

การย้อนรอยอดีตจะทำได้ต่อเมื่อมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีบรรยากาศของการเปิดใจ มีความไว้วางใจ วิธีการ คือ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์ได้ทำการปฏิบัติซ้ำในสถานการณ์จำลอง และให้คิดออกมาดังๆ คือ ระหว่างที่ปฏิบัตินั้นให้พูดออกมาว่าขณะนั้นกำลังคิดอะไร

มีความต้องการอะไร มีความรู้สึกอะไร มีข้อติดขัดอะไร ข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์มากในการที่จะรับทราบข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ตรงประเด็น และสามารถกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมต่างๆ ได้มากมาย เป็นวิธีการที่ทำให้เห็นรากของปัญหา (root cause) ได้ดีกว่าการนั่งโต๊ะอธิบาย การต่อเชื่อมกับเทคนิคจุดเปลี่ยน (turning point) คือการย้อนรอยอดีตตรงจุดหรือขั้นตอนที่เห็นว่ามีโอกาสปรับเปลี่ยนการตัดสินใจหรือการกระทำได้

2.3 การตั้งคำถามว่าทำไม (conventional why) เป็นวิธีการดั้งเดิม คือการถามคำถาม “ทำไม” ต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และถามซ้ำหลายๆ ครั้ง (บางท่านให้สูตรว่าให้ถามไป 5 ครั้ง) จนเห็นคำตอบที่พอใจและนำไปแก้ปัญหาได้ วิธีการในการตอบคำถามทำไม บางท่านอาจจะถนัดตอบตามกรอบซึ่งมีหัวข้อไว้ให้ หรืออาจจะไล่เขียนไปตามแผนภูมิเลขก็ได้ แต่ข้อควรระวังคือ อย่าให้ได้คำตอบที่ไม่เกี่ยวข้องมามากเกินความจำเป็น หรือเป็นคำตอบในเชิงทฤษฎีซึ่งอาจจะไม่ตรงประเด็นกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การเชื่อมต่อกับเทคนิคการตั้งคำถามว่าทำไม คือการนำข้อมูลรายละเอียดจากการย้อนรอยอดีตมาวิเคราะห์ต่อว่าทำไมจึงเกิดเหตุการณ์ พฤติกรรม ความเข้าใจ หรือวิธีการคิดเช่นนั้น

2.4 การมองอย่างครอบคลุม (comprehensive scan) เป็นการใช้หัวข้อที่ครอบคลุมกว้างขวางรอบด้านมาตรวจสอบว่า เหตุการณ์นั้นไปเกี่ยวพันกับปัจจัยในหัวข้อดังกล่าวหรือไม่ เรียกได้ว่าเป็นวิธีที่ซับซ้อนที่สุด เป็นตาข่ายที่มีช่องถี่ที่สุด ดังตัวอย่างดังนี้

หัวข้อที่ใช้ตรวจสอบรากของปัญหาอย่างรอบด้าน ได้แก่ 1) ผู้ป่วย 2) ผู้ให้บริการ 3) งาน ได้แก่การออกแบบและควบคุมกระบวนการทำงาน 4) ทีมงานในเรื่องการสื่อสาร 5) สิ่งแวดล้อม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมทั่วไป สมาร์ท สิ่งรบกวน เครื่องมือและเทคโนโลยี และ 6) องค์กร เรื่องผู้นำและวัฒนธรรม การบริหารความเสี่ยง การให้ความรู้ การฝึกอบรม และการมีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

วิธีการนี้จะใช้เวลามากที่สุด อาจก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายแก่ผู้ปฏิบัติหากจะต้องนำมาใช้ในทุกราย จึงควรพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่มีความซับซ้อน ไม่ว่าจะเลือกใช้วิธีการใด จุดเริ่มต้นคือการเข้าไปในสถานการณ์และเก็บข้อมูลต่างๆ มาให้ได้มากที่สุด จุดตัดสินใจเลือกปัจจัยที่เป็นรากของปัญหา คือการถามว่าเมื่อนำรากของปัญหาดังกล่าวไปปฏิบัติแล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่ ถ้าเรายังไม่มั่นใจว่าปัญหาจะลดลงก็แสดงว่านั้นยังไม่ใช่อะไรของปัญหาที่น่าจะนำไปปฏิบัติ

3. เครื่องมือการวิเคราะห์คุณลักษณะของความเสียหายและผลกระทบที่ตามมา

เครื่องมือในการวิเคราะห์กระบวนการที่อาจเกิดข้อบกพร่อง หาสาเหตุความบกพร่อง โดยทีมงานอย่างเป็นระบบ และหาทางให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด เป้าหมาย คือ การชี้บ่งจุดที่ทำให้

ระบบบกร่อง และโอกาสการเกิดความบกพร่องรวมทั้งป้องกันก่อนเกิดปัญหานั้น (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, รจกร กัลยากร, อารีย์ ฟองเพชร, สิริเกศ สวัสดิ์วัฒนากุล และรุ่งนภา ป็องเกียรติชัย, 2548) การเริ่มใช้กระบวนการควรกำหนดคณะทำงานที่เหมาะสมโดยกำหนดให้มี

1) ผู้ประสานงานที่มีความรู้และเชี่ยวชาญในกระบวนการที่วิเคราะห์ และเข้าใจ เทคนิคการวิเคราะห์กระบวนการได้เป็นอย่างดี

2) หัวหน้าทีมผู้ที่มีความเข้าใจในการทำงานและสามารถสั่งการได้

3) สมาชิกทีม ต้องมีคุณสมบัติที่เหมาะสม เข้าใจการดำเนินงาน และมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับปรุงงาน

คณะทำงานทั้งหมดต้องมีองค์ประกอบสำคัญคือ มีวัฒนธรรมที่ไม่กล่าวโทษ แต่เน้นที่ ความปลอดภัย ทีมบริหารมุ่งมั่นแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) การทบทวนกระบวนการต่างๆ เช่น ขั้นตอนการดำเนินงาน ขอบบกร่อง (สิ่งที่อาจผิดพลาด) สาเหตุขอบบกร่อง และผลที่อาจเกิดจากการบกร่องนั้น

2) การหาสาเหตุรากเหง้าของขอบบกร่องอาจเป็นสิ่งสำคัญ ต้องค้นหาให้พบถึง สาเหตุจากกายภาพ และสาเหตุใหญ่ๆทั่วไป สาเหตุจากการตัดสินใจของคน หรือสาเหตุจากระบบ การทำงานขององค์กร

3) การนำสาเหตุของการเกิดขอบบกร่องมาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหา ความ ผิดพลาด

ประโยชน์ของการทำการวิเคราะห์คุณลักษณะของความเสียหายและผลกระทบที่ตามมา ทำให้การร้องเรียนลดลง การจ่ายเงินจากความผิดพลาดลดลง การทำงานมีผลิตภาพมากขึ้น เป็นการ ป้องกันไม่ให้เกิดบุคลากรทำผิดพลาด ระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยลดลง การใช้จ่ายทรัพยากรลดลง และค้ำค่ามากขึ้น ขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจทำให้พบขั้นตอนที่ บกพร่องต่างๆ ได้ชัดเจน เช่น การดูแลล่าช้า การให้เลือดผิดพลาด เป็นต้น

4. การตามรอยทางคลินิก (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล, 2551)

ตัวตามรอยทางคลินิก คือ สภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่างๆ สภาวะทางคลินิกเหล่านี้ อาจจะเป็นโรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเป้าหมายก็ได้ การตาม รอยคุณภาพให้ครอบคลุม ควรดูทั้งในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือกระบวนการทำงานในเรื่อง นั้น กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ เช่น การพัฒนา บุคลากร ระบบสารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา การทำงานกับชุมชน เป็นต้น เป็นการ

ค้นหาสิ่งดีๆ และค้นหาโอกาสพัฒนา โดยเริ่มจากการค้นหาสิ่งดีๆ ที่มีอยู่แล้วเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงทบทวนเทียบกับเป้าหมายว่ามีอะไรที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้

การตามรอยทางคลินิกเปรียบเสมือนเรื่องเล่าของการพัฒนาคุณภาพที่สะสมเรื่องราวจากอดีตถึงปัจจุบัน เป็นการบันทึกเรื่องราวเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ ที่สำคัญ ซึ่งช่วยให้ผู้จัดทำเข้าใจจุดแข็งจุดอ่อนของตนเอง ช่วยให้ผู้อ่านเกิดความมั่นใจในคุณภาพการดูแล การตามรอยทางคลินิกอาจจะใกล้เคียงกับการบริหารรายกรณี (case management) แต่จะมีรายละเอียดในวิธีการปฏิบัติกับผู้ป่วยน้อยกว่า มุ่งเน้นการตอบคำถามว่าประเด็นสำคัญคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออะไร ทำให้ดีได้อย่างไร ทำได้ดีเพียงใด มุ่งเน้นการประเมินและเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ ในขณะที่การบริหารรายกรณี มุ่งเน้นการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้

การใช้การ ตามรอยทางคลินิกอย่างง่ายๆ ให้พิจารณาตามลำดับขั้นต่อไปนี้เช่นนี้ อย่างเชื่อมโยงกัน คือ

1. โรค/หัตถการ/กลุ่มเป้าหมาย/สิ่งของ/ข้อมูล อะไร
2. เรื่องนี้กับโรงพยาบาลของเรามีอะไรน่าสนใจ
3. ประเด็นสำคัญของเรื่องนี้ 2 - 5 ประเด็น
4. เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้/งานนี้ (ตามประเด็นสำคัญ)
5. ตัวชี้วัดสำคัญ (ตามเป้าหมาย)
6. กระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรลุเป้าหมาย ขั้นตอนใดสำคัญมาก ทำได้ดีหรือไม่ดีอย่างไร จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร
7. กระบวนการพัฒนาคุณภาพใช้แนวคิดและเครื่องมืออะไรไปบ้าง อะไรยังไม่ได้ใช้ ควรจะนำมาใช้หรือไม่ อย่างไร
8. ระบบหรือองค์ประกอบอื่นๆ ที่สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมายมีอะไร ควรปรับปรุงอย่างไร

แนวทางการเขียนสรุปผลการตามรอยทางคลินิก

1. บริบท (context)

บริบทของการตามรอยทางคลินิก สามารถนำเสนอได้อย่างน้อย 3 มุมมอง ได้แก่

- 1.1 ลักษณะสำคัญหรือลักษณะที่น่าสนใจของสภาวะทางคลินิกนี้โดยสรุป ลักษณะเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาล สาเหตุที่สภาวะนี้มีความสำคัญในพื้นที่
- 1.2 ลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการ (เช่น ระดับความรู้ เศรษฐกิจสังคม ความรุนแรง) ความต้องการของผู้รับบริการ ปริมาณผู้รับบริการ

- 1.3 ความสามารถและข้อจำกัดในการจัดบริการของโรงพยาบาล เช่น ระดับการจัดบริการที่โรงพยาบาลสามารถจัดได้ ความสัมพันธ์กับสถานบริการสาธารณสุขอื่น จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่มี เครื่องมือพิเศษหรือเทคโนโลยีที่มีใช้

บริบทอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาเปลี่ยนไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นศักยภาพขององค์กร ซึ่งอาจจะมีบุคลากร ความเชี่ยวชาญ หรือเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง หรือลักษณะของผู้ป่วยที่อาจจะมีมากขึ้น

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ (critical issues/risks)

ระบุว่าสถานะนี้มีประเด็นที่ผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพให้ความสำคัญอะไรบ้าง รวมทั้งมีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรไปปรากฏอยู่ในเป้าหมายเครื่องชี้วัดสำคัญ กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ และการพัฒนาต่อเนื่องด้วย

3. เป้าหมาย เครื่องชี้วัดสำคัญ (purpose & key indicators)

ระบุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย เครื่องชี้วัดที่ทีมใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาและความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งควรจะสอดคล้องกับเป้าหมาย ครอบคลุมประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญด้วย นำเสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดที่ติดตามต่อเนื่องในรูปแบบของกราฟต่อเนื่อง (run chart) หรือ กราฟควบคุม (control chart) และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ (key processes for quality)

เนื้อหาส่วนนี้ควรเป็นส่วนที่ยาวที่สุด อธิบายรายละเอียดให้เกิดความมั่นใจที่สุด ใช้ศัพท์เทคนิคเท่าที่จำเป็น และควรบรรจุความรู้ที่เป็นความรู้จากประสบการณ์ที่อยู่ในตัวคนให้มากที่สุด

4.1 ระบุว่าทีมงานดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจุดสำคัญหรือจุดวิกฤติของกระบวนการดูแล มีการประสานกับหน่วยงานหรือทีมงานอื่นอย่างไร

4.2 ระบุว่ามีการใช้แนวคิดหรือเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง ได้รับบทเรียนอะไรจากการพัฒนา

4.3 ระบุว่าระบบหรือองค์ประกอบสำคัญอื่นๆที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลดีมีอะไรบ้าง และได้มีการปรับปรุงหรือนำมาเกี่ยวพันกันอย่างไร

5. แผนการพัฒนา (plan for continuous improvement)

ระบุว่ามีการพัฒนาในเรื่องนี้ต่อเนื่องอย่างไร มีวัตถุประสงค์และกำหนดระยะเวลาอย่างไร

6. เครื่องมือตัวส่งสัญญาณ (trigger tools) (อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2551)

การค้นหาคความเสี่ยงทางคลินิกเป็นเรื่องไม่ยาก หากแพทย์และพยาบาลมาร่วมกันวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค การเริ่มด้วยโรคทำให้เห็นความเสี่ยงได้ชัดเจน เมื่อเห็นความเสี่ยงชัดเจนแล้ว แนวทางในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็จะมี ความชัดเจนตามมาด้วย การจะรับทราบว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ก็กำลัง จะเป็นเรื่องไม่ยากหากโรงพยาบาลต่างๆ ได้นำเครื่องมือคุณภาพที่เรียกว่า เครื่องมือตัวส่งสัญญาณ มาใช้ เครื่องมือนี้จะช่วยเสริมระบบรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งมักจะพบปัญหาว่าไม่ค่อยครอบคลุม อุบัติการณ์ทางคลินิก

ตัวส่งสัญญาณ หมายถึง ตัวจุดชนวน ตัวกระตุ้น ตัวจุดประกาย ตัวริเริ่ม ตัวส่งสัญญาณ ที่จะนำมาใช้ค้นหาอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางคลินิก คือสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ ง่าย และมักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตัวส่งสัญญาณอาจจะเป็นตัว เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เอง เช่น การฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับ 3 หรือ 4 หรืออาจจะเป็นเหตุการณ์ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้ยากระตุ้นคลอด การใช้ยาแก้แพ้ การใช้ยาแก้อาเจียน หรือการหยุดยาอย่าง กระทันหัน หลักการสำคัญที่ช่วยให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือแต่ลงแรงน้อยคือการสุ่มเวชระเบียนตาม บัญชีรายการตัวส่งสัญญาณขึ้นมาค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มิใช่การทบทวนเวชระเบียนทั้ง ฉบับ โดยมีผู้ทบทวนเวชระเบียนฉบับละ 2 คน และให้แพทย์ยืนยันอีกครั้งว่าเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์หรือไม่ และการพิจารณาจะพิจารณาในมุมมองของผู้ป่วยว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิด อันตรายหรือเสียหายต่อผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ทบทวนจะสบายใจหรือไม่ถ้าเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นกับตนเอง และเหตุการณ์นั้นเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของโรคหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ เกี่ยวข้องกับการรักษา จากนั้นจะจำแนกระดับอันตรายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น เครื่องมือนี้จะ ช่วยให้โรงพยาบาลทราบระดับการเกิดปัญหา และนำไปสู่ความตระหนักและความร่วมมือในการ สร้างระบบที่ปลอดภัยยิ่งขึ้นสำหรับผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพ

บทบาทผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

คณะกรรมการ โรงพยาบาลคือผู้พิทักษ์ชื่อเสียงของโรงพยาบาล เป็นเจ้าของทรัพย์สินและ รายได้ เป็นผู้พิทักษ์ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เป็นผู้แก้ต่างในกรณีที่มีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจาก โรงพยาบาล คณะกรรมการต้องมีหน้าที่ในการให้ความเห็นชอบต่อนโยบาย รับทราบรายงาน ตอบสนอง และประเมินผลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหาร โรงพยาบาลในการบริหารจัดการความเสี่ยง ได้แก่ (อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543)

1. การจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมและในแต่ละส่วน
2. นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอน มาสู่การปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติงานที่ชัดเจน เน้นการบริหารความเสี่ยงในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ
3. การจัดระบบรายงานฐานข้อมูลของความเสี่ยงและความเสียหายทั้งหมดของโรงพยาบาล
4. การประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเข้าด้วยกันด้วยการดำเนินการต่อไปนี้
 - 4.1 ให้มีผู้แทนคร่อมสายงานในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และการประกัน/พัฒนาคุณภาพ
 - 4.2 ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และการเรียกร้องค่าเสียหายเพื่อเลือกประเด็นสำหรับนำมาศึกษาเชิงลึก
 - 4.3 บูรณาการการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน
5. กำหนดแบบรายงานข้อมูลที่เป็นเชิงระบบต่างๆจะต้องสรุปให้ที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงรับทราบ
6. ให้แต่ละโปรแกรมจัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับกิจกรรมและประสบการณ์เสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารระดับสูง
7. การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งควรประกอบด้วยสมาชิกหลายวิชาชีพ ได้แก่ ผู้บริหารของโรงพยาบาล ผู้จัดการความเสี่ยง หัวหน้าหน่วยงาน บุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมและทบทวนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและความสูญเสีย สร้างหลักประกันว่าความเสี่ยงที่สำคัญได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม
8. จัดให้มีหน่วยเลขานุการกิจและฐานข้อมูลสนับสนุนแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ผู้จัดการความเสี่ยงและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบหลักต่อการบริหารความเสี่ยง มีบทบาทและหน้าที่ในการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ การบริหารระบบเพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์และความรุนแรงของเหตุการณ์ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงในองค์กร การให้คำแนะนำในการจัดการความเสี่ยง และประสานด้านกฎหมาย (Wagemarkers, 2002) รวมถึงการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติงานและนโยบายให้มีประสิทธิภาพ (Cherry & Jacob, 2002) อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล (2543) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้จัดการความเสี่ยงไว้ ดังนี้



1. ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่เป็นงานประจำวัน และการระบุนความเสี่ยง

1.1 การรายงานอุบัติการณ์ ต้องมีการออกแบบ ดำเนินการรักษาระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติได้รายงานอุบัติการณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หรือต่อโรงพยาบาล ซึ่งควรครอบคลุมถึงคำร้องเรียนของผู้ป่วย และรายงานการตรวจสอบ

1.2 วิเคราะห์และพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเสี่ยงนั้นๆ

2. การบริหารระบบ

2.1 จัดให้มีการเก็บสถิติเกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 รักษาความลับของข้อมูลซึ่งได้มาระหว่างการสืบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์

2.3 รวบรวม ประเมินข้อมูล และกระจายข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง

2.4 จัดทำรายงานทุก 3 เดือน ให้แก่ผู้อำนวยการ และคณะกรรมการ โรงพยาบาล

2.5 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2.6 ทบทวนนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ รวมทั้งข้อเสนอแนะ และติดตามให้ได้รับการดำเนินแก้ไขอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

3. การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก

3.1 ช่วยในการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของแต่ละแผนก

3.2 ทบทวนประสิทธิผลของระบบป้องกันความเสี่ยง

3.3 วางแผน และดำเนินการให้การฝึกอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร

ทางการพยาบาล

3.4 ร่วมในการประชุมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่

4. การประสานงานด้านกฎหมาย

4.1 ตรวจสอบว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายในเวลาที่เหมาะสม

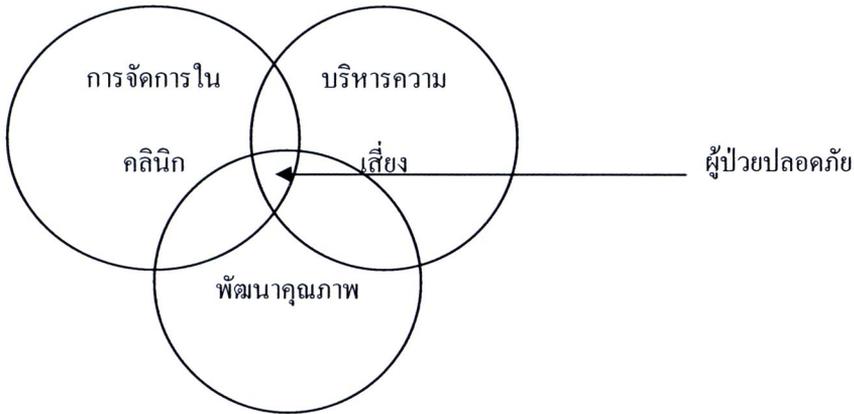
4.2 ตอบสนองต่อคำถามของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการฟ้องร้อง

4.3 ทบทวนสัญญาต่างๆ ที่โรงพยาบาลทำกับบุคคล หรือหน่วยงานภายนอก

ผู้บริหารทางการพยาบาลมีบทบาทในการบริหารความเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการ เนื่องจากงานบริการพยาบาล เป็นงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยตรง มีลักษณะของการให้บริการที่หลากหลายทำให้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ ตลอดเวลาในการปฏิบัติงานจึงต้องมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจึงจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีการจัดระบบของการดูแล โดยให้มีการ

ดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และต้องสร้างให้เกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป็นสำคัญ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

กระบวนการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ มีแนวคิดของการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยนั้น จะมีการประสานการดูแลโดยกระบวนการ 3 ด้านคือ การจัดการในคลินิกที่เหมาะสม การบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการจัดการการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย, โดย เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548, หน้า 4, กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

การมีกระบวนการจัดการที่สอดคล้องกับการบริหารความเสี่ยง และมีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องย่อมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการจัดการในคลินิกมีหลักการสำคัญคือ มีการนำแนวปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพมาดำเนินการ เพื่อพัฒนามาตรฐานให้ทันสมัยสอดคล้องกับผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการดูแลรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม กาย จิต วิญญาณ และสังคม โดยผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นโดยไม่มีความเสี่ยง ดังนั้นการบริหารจัดการความเสี่ยงให้เกิดศักยภาพสูงสุดย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่ดี รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง จะส่งผลให้การเฝ้าระวังความเสี่ยงได้รับการปรับปรุงแก้ไข ลดช่องว่างระหว่างปัญหา ความผิดพลาด และความบกพร่องที่อาจก่อความสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

ผู้บริหารการพยาบาลมีบทบาทในการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้หรือไม่ อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2544) กล่าวว่าจุดเน้นที่สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้คือ การผสมผสานแนวคิดการบริหารความเสี่ยง เชื่อมโยงกลับไปในตัวชี้วัด และระบบประกันคุณภาพ โดยสามารถทำเป็นเรื่องเดียวกันคือ

1. การสำรวจความเสี่ยง มีการวิเคราะห์โอกาส และความรุนแรง วางมาตรการในการป้องกัน วางแนวปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา
2. การฝึกอบรมให้ทุกคนรับรู้ มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
3. ติดตามข้อมูล หรือตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น อัตราการเกิดอุบัติการณ์
4. การแก้ไขเมื่อพบปัญหา ป้องกันมิให้เกิดซ้ำ และปรับปรุงให้ดีขึ้นกว่าความคาดหมายของผู้ที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมในส่วนของการบริหารความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการ มีรายละเอียดดังนี้

1. การติดตามผลของการบริหารจัดการความเสี่ยงจากตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นประจำทุกเดือนด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล และรายงานข้อร้องเรียนของบุคลากรทางการพยาบาล โดยที่การติดตามตัวชี้วัดควรยึดหลักของการได้ประโยชน์ คู่มีค่า และพยายามให้ปัญหาเหลือน้อยที่สุด การอนุญาตให้เกิดความผิดพลาดหรือความบกพร่องได้นั้น มิได้หมายความว่าโรงพยาบาลต้องมีอัตราของการเกิดความผิดพลาดเป็นศูนย์ แต่สิ่งที่ต้องการคือ ความซื่อสัตย์ และรัดกุมในการเก็บข้อมูล การยอมรับว่าหน่วยงานของเรามีปัญหา และต้องพยายามป้องกันปัญหาให้เหลือน้อยที่สุด เพราะในบางกรณีตัวเลขจำนวนการเกิดอุบัติการณ์มีความสำคัญมากกว่าอัตราการเกิด เช่น การเสียชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากการผ่าตัด แม้เพียงรายเดียวก็ถือว่ามีความสำคัญมาก

2. เปรียบเทียบผลการจัดการความเสี่ยงกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมด้วยการทบทวนประสิทธิภาพเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงเป็นประจำทุกเดือน และทุกปี โดยการให้ความสำคัญกับการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ รวมทั้งมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงมากกว่าที่จะดูแลแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ กล่าวคือ ต้องนึกถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ และการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำทั้งที่มีการป้องกันแล้ว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์นั้น

3. ประเมินวิธีการในการจัดการความเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ด้วยการพิจารณาความเหมาะสม ประสิทธิภาพของวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง

หรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่มีการเกิดอุบัติการณ์ชนิดเดียวกันซ้ำอีก

นอกจากนี้ ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่ในการสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในหน่วยงานคือ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

1. ส่งเสริมให้เข้าใจว่าความปลอดภัยต้องเป็นหน้าที่ของทุกคน บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต้องรับรู้ว่าการปฏิบัติงานของตนอาจเกิดความเสี่ยงอะไรได้บ้าง เพื่อให้มีความระมัดระวัง ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

2. กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารที่เปิดเผยระหว่างหัวหน้าทีมงาน และผู้ป่วยเรื่องความตระหนักต่อความปลอดภัย ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิ เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น โดยหาแนวทางแก้ไขจากระบบ

3. เสริมพลังบุคลากรให้ชี้บ่งและหาทางลดความเสี่ยง เพื่อความปลอดภัย เช่น การตรวจสอบป้ายผูกข้อมือผู้ป่วย พร้อมสอบถามชื่อ เพื่อป้องกันการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการทำการตรวจเพื่อวินิจฉัยผิดคน เป็นต้น

4. จัดสรรทรัพยากร เพื่อความปลอดภัย วิเคราะห์อัตราค่าลง ให้เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐานอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอ มีระบบการดูแลรักษาเชิงป้องกัน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

5. ให้ความรู้บุคลากร โดยเน้นความปลอดภัย บุคลากรต้องได้รับการพัฒนา ได้รับการศึกษาอบรมเพื่อให้มีความรู้ในการบริหารจัดการความเสี่ยง รู้จักการเฝ้าระวัง รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขหรือป้องกันความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติเชิงจัดการ เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายหรือลดผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้น้อยที่สุด (Cohen, 1999) และป้องกันโอกาสที่จะเกิดอันตรายและความสูญเสียแก่ผู้ป่วย ระบบปฏิบัติงานและโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการค้นหาประเมินปัญหาอย่างเป็นระบบ (Wilson & Tingle, 1999) ลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล (Wilson, 1992) ในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงและมาตรฐานการพยาบาล ที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2546) ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง

ปัจจัยที่ช่วยให้การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงขององค์กรมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (ไพรัชวอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส, 2547)

1. การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การดำเนินการบริหารความเสี่ยง จะประสบความสำเร็จเพียงใดขึ้นอยู่กับ เจตนาธรรมณ์ การสนับสนุน การมีส่วนร่วม และความเป็นผู้นำของผู้บริหารระดับสูงในองค์กร โดยผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจความสำคัญในคุณค่าของการบริหารความเสี่ยงต่อองค์กร มิฉะนั้นแล้วการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ การบริหารความเสี่ยงต้องเริ่มต้นจากการที่ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรต้องการให้ระบบนี้เกิดขึ้น โดยกำหนดนโยบายให้มีการปฏิบัติ รวมถึงการกำหนดให้ผู้บริหารต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการตัดสินใจและบริหารงาน เป็นต้น

2. การใช้คำให้เกิดความเข้าใจแบบเดียวกัน ซึ่งการใช้คำนิยามเกี่ยวกับความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงแบบเดียวกัน จะทำให้เกิดความมีประสิทธิภาพในการกำหนดวัตถุประสงค์ นโยบาย กระบวนการ เพื่อใช้ในการบ่งชี้และประเมินความเสี่ยง และกำหนดวิธีการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม องค์กรที่ได้มีการจัดทำกรอบและนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่มีคำอธิบายองค์ประกอบในกรอบการบริหารความเสี่ยงอย่างชัดเจน จะทำให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนใช้ภาษาความเสี่ยงไปในทางเดียวกันและมีจุดมุ่งหมายในการบริหารความเสี่ยง

3. การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องขององค์กรที่ประสบความสำเร็จ ในการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง คือองค์กรที่สามารถนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาปฏิบัติอย่างทั่วถึงทั้งองค์กร และกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4. กระบวนการในการบริหารการเปลี่ยนแปลงในการนำเอากระบวนการ และระบบบริหารแบบใหม่มาใช้ องค์กรจำเป็นต้องมีการบริหารการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาการบริหารความเสี่ยงก็เช่นเดียวกันที่จะต้องมีการชี้แจงให้ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนรับทราบถึงการเปลี่ยนแปลง และผลที่องค์กรและแต่ละบุคคลจะได้รับจากการเปลี่ยนแปลงนั้น

5. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ผู้บริหารได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลา และผู้บริหารสามารถจัดการกับความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ หรือตามการเปลี่ยนแปลง หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ นอกจากนี้ ทำให้มีการติดตามแผนการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการบริหารองค์กรและจัดการความเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้องค์กรมีโอกาสในการบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากที่สุด ซึ่งการสื่อสารเกี่ยวกับกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงและวิปฏิบัติมีความสำคัญอย่างมาก เพราะการสื่อสารจะเน้น

ให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างการบริหารความเสี่ยงกับกลยุทธ์องค์กร การชี้แจงทำความเข้าใจต่อบุคลากรทุกคนถึงความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยง จะช่วยให้เกิดการยอมรับในกระบวนการและนำมาซึ่งความสำเร็จในการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง โดยควรได้รับการสนับสนุนทั้งทางวาจา และในทางปฏิบัติจากผู้บริหารระดับสูง

6. การวัดผลการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 2 รูปแบบ

6.1 การวัดผลความเสี่ยงในรูปแบบของผลกระทบและโอกาสที่อาจเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้ความเสี่ยงเหลืออยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

6.2 การวัดผลความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง โดยอาศัยดัชนีวัดผลการดำเนินงาน ซึ่งอาจกำหนดเป็นระดับองค์กร ฝ่ายงาน หรือของแต่ละบุคคล การใช้ดัชนีวัดผลการดำเนินงานนี้อาจปฏิบัติร่วมกับกระบวนการด้านทรัพยากรบุคคล

7. การฝึกอบรม และกลไกด้านทรัพยากรบุคคล ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนในองค์กร ควรต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เข้าใจกรอบการบริหารความเสี่ยง และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลในการจัดการความเสี่ยง และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง การฝึกอบรมในองค์กรควรต้องคำนึงถึงความแตกต่างกันของระดับความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง และความรู้ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงที่มีอยู่แล้วในองค์กร นอกจากนี้ บุคลากรใหม่ทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้มีความเข้าใจในความรับผิดชอบต่อความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้วยเช่นกัน

8. การติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ขั้นตอนสุดท้ายของปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง คือการกำหนดวิธีที่เหมาะสมในการติดตามการบริหารความเสี่ยง การติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

8.1 การรายงาน และการสอบทานขั้นตอนตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง

8.2 ความชัดเจนและสม่ำเสมอของการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นของผู้บริหาร

8.3 บทบาทของผู้นำในการสนับสนุน และติดตามการบริหารความเสี่ยง

8.4 การประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

เสี่ยง

โดยสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพนั้น ผู้บริหารระดับสูงต้องเป็นผู้นำ ให้ความสำคัญและสนับสนุนให้ทุกคนเห็นถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง มีการกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน มีระบบการติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และสื่อสารให้ทุกคนในองค์กรรับทราบอย่างทั่วถึง มีการอบรมให้ความรู้กับ

บุคลากรทุกระดับให้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการจัดการความเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลกระบวนการบริหารความเสี่ยงขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหา อุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลนั้น มีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ ดังต่อไปนี้

1. ระบบการทำงานที่ล้มเหลวหรือบกพร่อง เนื่องจากหน่วยงานขาดความชัดเจนในกระบวนการ นโยบาย ขั้นตอน และแนวทางปฏิบัติ เป็นผลให้เกิดการทำงานผิดพลาด (Wilson & Tingle, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชะลอ น้อยเผ่า (2544) ที่ศึกษาการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบปัญหาเรื่องความไม่ชัดเจนของนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

2. บุคลากรไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีภาระงานมากเกินไป ได้รับความกดดันจากการทำงานทำให้รู้สึกว่าการสนับสนุนจากหน่วยงาน และเกิดความเครียด (Wilson & Tingle, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา ทิธรรม (2546) ที่ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัญหา/อุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงคือ บุคลากรมีน้อยทำให้ภาระงานมาก

3. มีความบกพร่องในการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน (Wilson & Tingle, 1999) และจากการศึกษาของ อรพิน จันทรปัญญาสกุล (2553) ที่ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงคือ การสื่อสารภายในไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชะลอ น้อยเผ่า (2544) ที่พบปัญหาเรื่องระบบการติดต่อสื่อสารและการประสานงานที่ล่าช้า

4. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างแผนกไม่ดี หน่วยงานและบุคลากรไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ไม่พึงพอใจในระเบียบการทำงาน หรือได้รับความกดดันจากงาน (Wilson & Tingle, 1999) และจากการศึกษาของ สารนิต บุญประสพ (2549) ที่ศึกษาเจตคติต่อบรรยากาศการบริหารความเสี่ยงและการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า พยาบาลวิชาชีพระบุปัญหาและอุปสรรคด้านขาดการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชะลอ น้อยเผ่า (2544) ที่พบปัญหาการขาดความร่วมมือจากบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. หน่วยงานกำหนดบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรไม่ชัดเจน ทำให้บุคลากรรู้สึกเครียดในขอบเขตการทำงานของตนเอง ทำให้ปฏิบัติงานบกพร่อง หรือไม่เหมาะสม ในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ (Wilson & Tingle, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ทิธรรม (2546) พบว่าปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงคือ ไม่มีรูปแบบของการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน เช่น การกำหนดบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน การเขียนรายงานอุบัติการณ์ ตลอดจนวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ

6. บุคลากรได้รับการอบรมไม่เพียงพอ ทำให้ปฏิบัติงานโดยที่มิมีความรู้ ความสามารถไม่เพียงพอ (Wilson & Tingle, 1999) และจากการศึกษาของ อภิญา ทิธรรม (2546) พบว่า บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธิดา สุภิสุทธิ์ (2550) ที่ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร ในด้านบุคลากรพบปัญหาในเรื่องของการขาดความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง

7. โรงพยาบาลไม่มีนโยบาย ระเบียบวิธีและแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนแก่บุคลากรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง (Wilson & Tingle, 1999) และจากการศึกษาของ วิสัย คตะตา (2547) ที่ศึกษาการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัญหาในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลประจำการได้แก่ การกำหนดมาตรการในการจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยงไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ทิธรรม (2546) พบว่าปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงคือ การกำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงยังไม่ชัดเจน

8. บุคลากรไม่มีความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน (Wilson & Tingle, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน จันทรปัญญาสกุล (2553) ปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง คือ บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน

การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลำพูน มีขึ้นเพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีความสม่ำเสมอทั่วทั้งองค์กร ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยงที่กำหนดขึ้นอย่างชัดเจน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ และภารกิจหลักของโรงพยาบาลที่วางไว้ โดยวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยง คือ สนับสนุนให้โรงพยาบาลสามารถกำหนดวิธีการในการบริหารความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน ตลอดจนให้เจ้าหน้าที่ บุคลากรมีความตระหนักถึงการเขียนรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเป็นแนวทางในการจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นให้แก่หน่วยงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการต่อไป (คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553)

แนวทางการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน

1. มุ่งส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยงให้แก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในกระบวนการบริหารความเสี่ยง และดำเนินการปฏิบัติงานเพื่อลดความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2. ให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีความรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงทั่วองค์กร โดยผู้บริหารระดับสูงต้องเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการบริหารความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล

3. พัฒนาระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถจัดการบริหารความเสี่ยงให้แก่องค์กร สอดคล้องกับเป้าหมาย พันธกิจหลักขององค์กร และสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง

4. การบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนกลยุทธ์และแผนการปฏิบัติงานภายในองค์กร ทั้งในด้านการปฏิบัติงานและการบริหารการเงิน รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงานและจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

5. ให้มีการติดตามและประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ทบทวนและปรับปรุงแผนการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดทำรายงานการติดตามประเมินผล เสนอต่อศูนย์คุณภาพและคณะที่มนำ

ขั้นตอนกระบวนการบริหารความเสี่ยง

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification)

คณะกรรมการทบทวนความเสี่ยง ได้ดำเนินการศึกษาเพื่อค้นหาว่ามีเหตุการณ์ใดบ้างที่มีผลกระทบเชิงลบต่อวัตถุประสงค์และภารกิจหลักของโรงพยาบาล หลังจากนั้นจะนำมาวิเคราะห์ว่าความเสี่ยงที่ระบุไว้นั้น ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต จะส่งผล

กระทบต่อแผนการดำเนินงานของโรงพยาบาลแล้วนำความเสี่ยงที่ได้นั้นมาจัดตามประเภทความเสี่ยงในด้านต่างๆให้เป็นระบบ ดังนี้

- 1.1 ความเสี่ยงด้านคลินิก
- 1.2 ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ด้านคลินิก
- 1.3 ความเสี่ยงด้านการใช้จ่าย
- 1.4 ชื่อเรื่องเรียนต่างๆ
- 1.5 โปรแกรมงานต่างๆ

2. การประเมินความเสี่ยง (risk assessment)

การประเมินความเสี่ยง โดยนำปัจจัยเสี่ยงที่ได้มา จัดระดับความรุนแรง เพื่อเลือกวิธีการที่จะสามารถรองรับความเสี่ยง ได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อไป สำหรับการประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้กำหนดระดับความเสี่ยง พิจารณาผลกระทบของความเสี่ยงที่คาดว่าจะได้รับ การแบ่งกลุ่มความเสี่ยงตามระดับความเร่งด่วนในการแก้ไข มีดังนี้

2.1 ไม่เร่งด่วน หมายถึง เหตุการณ์เกือบพลาดทั้งหมด ที่มีผลกระทบทางคลินิก ตั้งแต่ระดับ A, B หรือไม่ใช่ด้านคลินิก จัดอยู่ในระดับ 1 และสามารถแก้ไขปัญหาได้ โดยคาดว่าจะไม่เกิดปัญหาตามมาภายหลัง

2.2 เร่งด่วน หมายถึง เหตุการณ์พลาด ที่มีผลกระทบทางคลินิก ตั้งแต่ระดับ C, D หรือไม่ใช่ด้านคลินิก จัดอยู่ในระดับ 2

2.3 เร่งด่วนมาก หมายถึง เหตุการณ์ missed ที่มีผลกระทบทางคลินิก ตั้งแต่ระดับ E, F หรือไม่ใช่ด้านคลินิก อยู่ในระดับ 3-4 และเกิดขึ้นนานๆ

2.4 เร่งด่วนมากที่สุด หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้น (sentinel event) เหตุการณ์ผิดพลาด ที่มีผลกระทบทางคลินิก ตั้งแต่ระดับ G, H, I หรือไม่ใช่ด้านคลินิก อยู่ในระดับ 5 ขึ้นไป

3. การจัดการความเสี่ยง (action to management)

ผู้รับผิดชอบงานด้านความเสี่ยงจะเริ่มจัดการกับความเสี่ยงที่อยู่ในเขตเร่งด่วนมากที่สุดหรือเร่งด่วนมากก่อน เพื่อลดความถี่และความรุนแรงของผลกระทบให้ลงมา มีระบบการตอบกลับข้อมูลความเสี่ยงให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องทราบและดำเนินการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงาน รวมทั้งติดตามประเมินผล เพื่อเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก โดยเฉพาะที่เป็นเหตุการณ์ที่มีระดับความรุนแรงสูง จะมีการวางแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งองค์กร เช่น แนวทางปฏิบัติการให้เลือด หรือแนวทางปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น

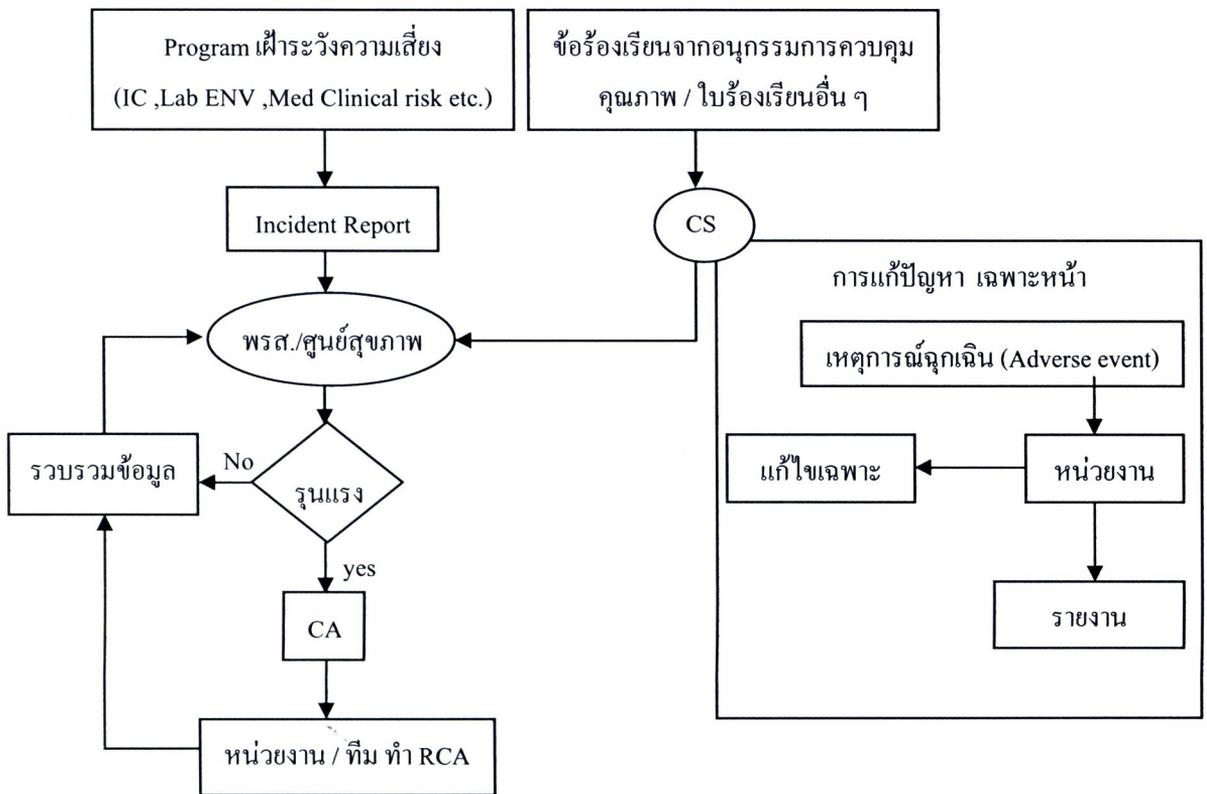
4. การประเมินผล (evaluation)

การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการบริหารความเสี่ยง เป็นขั้นตอนสำคัญในการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง เพื่อให้มั่นใจว่ามีการบริหารความเสี่ยงที่เป็นไปอย่างเหมาะสม เพียงพอ ถูกต้องและมีประสิทธิผล มาตรการหรือกลไกการควบคุมความเสี่ยงที่ดำเนินการสามารถลดและควบคุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้จริงและอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ หรือต้องจัดหามาตรการหรือตัวควบคุมอื่นเพิ่มเติม เพื่อให้ความเสี่ยงที่ยังเหลืออยู่หลังมีการจัดการ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

จากแนวทางการบริหารความเสี่ยง และขั้นตอนกระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลดังกล่าว คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จึงกำหนดกระบวนการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูนขึ้น เพื่อให้บุคลากร โรงพยาบาลรับทราบ และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ดังภาพที่ 2

แผนผังแสดงกระบวนการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลลำพูน

Flow Incident Report + ข้อร้องเรียน



ภาพที่ 2 แผนผังแสดงกระบวนการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลลำพูน

แหล่งที่มาจาก. คู่มือการปฏิบัติงานการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล, คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน, 2553, หน้า 9, ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน.

การบริหารความเสี่ยงของกลุ่มงานอายุรกรรม มีกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยมีการสื่อสารนโยบายการบริหารความเสี่ยงผ่านทางกลุ่มการพยาบาล และกลุ่มการพยาบาลสื่อสารให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบนโยบายในการประชุมประจำเดือน หัวหน้าหอผู้ป่วยจะนำนโยบายไปสื่อสารกับผู้ได้บังคับบัญชาในการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารจัดการความเสี่ยงภายในหน่วยงานของตนเอง เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น จะรายงานตามระบบการรายงานความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น เลือกความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานมาทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานภายในหน่วยงานของตนเอง จัดทำรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านบริหารความเสี่ยง กรณีเป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จะมีการทบทวนกัน

ภายในกลุ่มงานอายุรกรรมและสื่อสารข้อมูลการทบทวนในการประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานอายุรกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน ตามแนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงของอนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543) ซึ่งครอบคลุมในแง่กระบวนการ คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล ตลอดจนการศึกษาถึงปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน