

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุคโลกาภิวัตน์เป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รุนแรงและกว้างขวางในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น การเมือง สังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาการทางด้านเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารรุดหน้าไปมาก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทุกองค์การจึงมีการใช้กลยุทธ์ทุกวิถีทางเพื่อให้ความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการในขณะที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแนวคิดหรือทฤษฎีการจัดการใหม่ๆ เช่น การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การเกิดขึ้นมามากมาย อย่างไรก็ตามแนวคิดหรือเทคนิคการบริหารใหม่ๆ มีการพัฒนาออกมอย่างต่อเนื่องทั้งจาก โลกตะวันตกและ โลกตะวันออก ขณะที่เครื่องมือใหม่ๆ เช่น หลักการไคเซ็น กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ การผลิตแบบลีน (Lean Manufacturing) การบริหารความสัมพันธ์กับลูกค้า (CRM: Customer Relationship Management) หรือ การบริหารจัดการความรู้ (Knowledge Management) ก็ยังเป็นเครื่องมือที่ทรงประสิทธิภาพและเหมาะสมของแต่ละองค์กรที่นำมาใช้อาจกล่าวได้ว่าองค์กรที่ประสบผลสำเร็จในการใช้เครื่องมือทางการบริหารเข้ามาจัดการต้องมีความพร้อม เทคนิคนั้นต้องสอดคล้องกับแนวคิด ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร และที่สำคัญที่สุดคือภาวะผู้นำของผู้บริหาร (คู่มือการบริหารความเสี่ยงของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย, 2549) ไม่มีองค์กรใดที่ไม่อยู่ในสถานะแวดล้อมจากความเสี่ยง ทุกคน ทุกองค์กรจะอยู่ภายใต้ความเสี่ยงทั้งนั้น ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับองค์กรทุกแห่ง จะพบว่าการบริหารความเสี่ยงเปรียบเสมือนเป็นการคิดอย่างรอบคอบ หาทางป้องกันไว้ก่อนที่จะเกิดปัญหาเกิดขึ้น หรือ การคิดล่วงหน้าในสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ (พสุ เดชะไพรินทร์, 2550)

ผู้บริหารทางการแพทย์จึงต้องให้ความสำคัญมากที่สุดในด้านความเสี่ยงซึ่งการบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนาคุณภาพทุกระดับของโรงพยาบาลโดยมีผู้ที่กล่าวว่า สิ่งที่นักบริหารความเสี่ยงและเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องรู้ (โรงพยาบาลวังน้อย, 2551) คือ 1) เข้าใจความหมายของความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ระบบบริหารความเสี่ยง 2) ค้นเคยกับความเสี่ยงประเภทต่างๆ และสามารถวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานตนเองได้ 3) สามารถกำหนดแนวทาง

การป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานตนเองได้ 4) ตระหนักในความสำคัญและมีเจตคติที่ดีต่อการรายงานอุบัติการณ์ และ 5) ทราบแนวทางการบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาลและวิเคราะห์ส่วนขาดในโรงพยาบาลของตนได้ ดังนั้นถ้าผู้บริหารทางการแพทย์เข้าใจการบริหารความเสี่ยงขององค์กรอย่างแท้จริงดังกล่าวข้างต้นซึ่งถือได้ว่าเป็นนักบริหารที่มีประสิทธิภาพสามารถดำรงบทบาทที่สอดคล้องกับความต้องการผู้มีส่วนได้เสียขององค์กร เพราะความเสี่ยงอาจนำไปสู่ผลเสียหรือความสูญเสียต่อองค์กรได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้บริหารทางการแพทย์ขององค์กรจึงต้องเข้าใจประเภทของความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญอยู่เพื่อที่จะได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมในการบริหารความเสี่ยงเหล่านั้นได้อย่างระดับที่องค์กรสามารถรองรับได้ และทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วยเหตุนี้การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ทำให้เกิดความมั่นใจและแน่ใจของผู้รับบริการว่าได้รับการพยาบาลอย่างปลอดภัยและถูกหลักวิชาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพของการพยาบาล (มังกร ประพันธ์วัฒน์, 2549)

การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน จะเป็นการพิสูจน์ว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หรือรับประกันได้ว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงต่างๆ ตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในคลินิก หมายถึงเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่วิธีการหรือกระบวนการให้บริการ หรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยอาจเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง (sentinel events) การบาดเจ็บจากการรักษาของแพทย์ (iatrogenic injury) การรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือข้อบกพร่องจากการปฏิบัติการดูแล (malpractice) ความคลาดเคลื่อนหรือความล้มเหลวของการรักษาจากแผนการรักษาที่วางไว้ (medical errors) โดยเฉพาะภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการดูแลรักษาที่ไม่ตั้งใจ (complications) ซึ่งพบว่าร้อยละ 69.6 ของภาวะไม่พึงประสงค์สามารถป้องกันได้ (เฉลิมพงษ์ สุคนธผล, 2548) หรือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังมีโอกาที่จะประสบกับความสูญเสีย เป็นต้น ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดจากสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้าย การเกิดอันตราย เกิดความไม่แน่นอน หรือเสียดังค์ศรีหรือเกิดความสูญเสียจนต้องมีการชดเชยค่าเสียหาย (กฤษดา แสงวงดี, 2543; ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี, 2550; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543ข) สำหรับความเสี่ยงจากกระบวนการทางการแพทย์ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง เป็นความเสี่ยงที่พบเสมอ ที่มักนิยมนรวบรวมไว้เป็นข้อมูล เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา การติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) การเกิดแผลกดทับ (bed sore) ลื่นล้ม ตกเตียง วันนอนนาน ความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล เป็นต้น (เฉลิมพงษ์ สุคนธผล, 2548) เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแล้ว นอกจากทำให้ไม่เป็นไปตามความคาดหมาย และก่อให้เกิดความสูญเสียกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ของโรงพยาบาลแล้ว ยังทำให้เกิดการเสื่อมเสียชื่อเสียง และการสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน การสูญเสียรายได้ที่ควรจะได้รับ ซึ่งมีผลให้เกิดความชะงักงัน

ในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ การสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หรือการสูญเสียทรัพยากรบุคคล เป็นภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาลเป็นต้น

ข้อมูลความเสี่ยงที่พบบ่อยมากทั่วโลกมักจะเป็นเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา การพลัดตกหกล้ม และการเกิดแผลกดทับ ในต่างประเทศ สถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine [IOM], 2000) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รายงานความผิดพลาดของมนุษย์ที่สามารถป้องกันได้ในความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นอันดับ 8 ที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกามีจำนวนมากถึง 44,000 - 98,000 คนต่อปี คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียถึง 17-29 พันล้านเหรียญสหรัฐ และสถาบันรับรองคุณภาพบริการด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 2001) พบว่า 1 ใน 3 ของประชากรผู้ใหญ่เคยประสบปัญหาเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางการรักษาทางการแพทย์มาแล้ว ในจำนวนนี้มีร้อยละ 28 เป็นความคลาดเคลื่อนในการให้ยา และจากการสำรวจความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,116 แห่ง พบความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5.07 (Bond, Raehl, & Franke, 2001) นอกจากนี้องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Food and Drugs Administration [FDA]) กล่าวว่า มีการตายเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 คนต่อวันและประมาณ 1.3 ล้านคนที่ได้รับบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุความคลาดเคลื่อนทางยา รวมทั้งมีการยื่นข้อกล่าวหาการศึกษามากมายว่ามีจำนวนอุบัติการณ์มากกว่า ร้อยละ 50 ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงมากที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้ยา (Kaushal et al., 2001) สำหรับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่าร้อยละ 3 ของความคลาดเคลื่อนในการให้ยาขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และร้อยละ 30 พบในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปซึ่ง 1 ใน 3 ของเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ (Roughead, Semple, & Adams, 2003) ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 12,000 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละปี เช่น เลือดออก ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และเป็นไข้ และพบการตาย ร้อยละ 6 ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการสูงอายุและเพศหญิง (Hooft, Sturkenboom, Groothoest, Kingma, & Stricker, 2006)

นอกจากนี้สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ยุพา วิภาสวัชร โยธิน และคณะ (2551) ได้ศึกษาผลกระทบของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อผู้ป่วย พบว่า จากการวิเคราะห์ใบสั่งยา 443,303 ใบ (100%) และผลของความเสี่ยงมีระดับความรุนแรงจาก A รุนแรงน้อยที่สุดถึง I รุนแรงมากที่สุด (A-I) พบความรุนแรงจัดอยู่ในประเภท B, C (มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย) ร้อยละ 64.74, 22.89 ตามลำดับ และพบ 1 ราย (ร้อยละ 0.21) ที่จัดอยู่ในประเภท F

(มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย) และพบว่าความรุนแรงของการเกิด ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาจัดอยู่ในประเภท B มากที่สุด คือ ร้อยละ 84.87 และ 62.90 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา จัดอยู่ใน ประเภท C มากที่สุด ร้อยละ 48.89

สำหรับการพลัดตกหกล้ม ในการศึกษาเกี่ยวกับการล้มนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการล้ม ซึ่ง ได้แก่ อายุ เพศ การได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน สภาวะทางจิตใจ เป็น โรคเรื้อรังและสิ่งแวดล้อม การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของอายุมีการศึกษาของ พลาคิ, ลานารา และ แมนทาส (Plati, Lanara, & Mantas, 1992) และการศึกษาของกูควิน และ เวสบรูค (Goodwin & Westbrook, 1993) ที่พบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อการล้มในขณะที่ป่วยอยู่ใน โรงพยาบาลมักเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่การศึกษาของ อัช, แมคเลียด และ คลาร์ค (Ash, Macleod, & Clark, 1998) พบ เฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปเท่านั้น สาเหตุที่พบบ่อยของการหกล้มของผู้สูงอายุที่กำลังนอน ป่วยอยู่ใน โรงพยาบาล ได้แก่ ความบกพร่องของสภาวะจิตใจ อาการสับสนและไม่สามารถควบคุม พฤติกรรมได้ (Ash et al., 1998; Bates, Pruess, Souney, & Platt, 1995; Gluck, Wientjes, & Rai, 1996; Tsai, Witte, Radunzel, & Keller, 1998; Tutuarima, Meulen, De Haan, Wan Straten, & Limburg, 1997) ปัจจัยทางกายภาพอื่นๆ เช่น การควบคุมการทรงตัวบกพร่อง ภาวะง่วงซึม อาการผิดปกติของระบบ ประสาทและการอ่อนแรง (Robbins et al., 1989, Tay et al., 2000; Tsai et al., 1998) นอกจากนี้ ในการทบทวนวรรณกรรมศึกษาความเสี่ยงต่อการล้มได้พบว่าการใช้ห้องน้ำของผู้ป่วยเป็นสาเหตุ สำคัญในการล้ม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ท้องเสีย (Ash et al., 1998; Gluck et al., 1996; Oliver, Britton, Seed, Martin, & Hopper, 1997; Stevenson, Mills, Welin, & Beal, 1998; Tutuarima et al., 1997) โดยพบว่าผู้ป่วยที่จำเป็นต่อการใช้ห้องน้ำแล้วหกล้ม ส่วนใหญ่ มักมีปัญหาด้านภาวะการรับรู้และการควบคุมการเคลื่อนไหวที่บกพร่อง ส่วนการศึกษาของ เกลส์ และ มีนาร์ค (Gales & Menard, 1995) และของ ทูทัวริมา และคณะ (Tutuarima et al., 1997) ได้ รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มักมีความเสี่ยงต่อการล้มได้ มากกว่า เช่นเดียวกับโรงพยาบาลของประเทศออสเตรเลีย พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 38 ที่เกิดการหกล้ม ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้แก่ การบาดเจ็บ โรคที่ทำให้อ่อนแรง สภาพแวดล้อมที่ กีดขวางเป็นอันตราย อายุ สภาพจิตใจ ระยะเวลาที่รักษาตัวใน โรงพยาบาล และเพศ จากการศึกษา ดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลอีกเหตุการณ์หนึ่งที่ไม่พึง ประสงค์

ส่วนการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาใน โรงพยาบาลซึ่งผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วและเป็น

โรคเรื้อรังมานาน จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 589 คนและในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 580 คน เกิดแผลกดทับในปี พ.ศ. 2550 ทั้งหมด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 และในปี 2551 มี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 และที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่พบในผู้ป่วยที่สูญเสียการรับรู้สีกร่วมกับมีไข้สูงและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ จึงทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้นเกินความจำเป็นแต่ก็สามารถป้องกันได้ ถ้าให้การพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด (ชนะใจ จรูญพิพันกุล, วารุณี ฮาวีรส, และ พรรณนิภา เกตมาลา, 2553)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้พบว่าการแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงมี 2 แนวคิดหลักคือ แนวคิดเชิงบุคคลเป็นแนวคิดแบบดั้งเดิม คือเมื่อมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น บุคคลที่กระทำผิดมักจะถูกตำหนิจากบุคคลรอบข้าง หรือ ถูกลงโทษ หรือต้องได้รับการฝึกอบรมใหม่ ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลปกปิดหรือกลบเกลื่อนความผิดของตนเอง จึงทำให้เสียโอกาสที่จะนำเอาความผิดนั้นมาวิเคราะห์ เพื่อหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคต และเป็นบทเรียนให้ผู้อื่นเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น ส่วนอีกแนวคิดหนึ่งเป็นแนวคิดเชิงระบบ แนวคิดนี้เชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์แต่ควรเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่า จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานและองค์กร จะช่วยเป็นหลักประกันในระดับหนึ่งว่าการดำเนินการต่างๆ ขององค์กร จะมีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากการบริหารความเสี่ยงเป็นการทำนาขอนาคตอย่างมีเหตุมีผล มีหลักการและหาทางลดหรือป้องกันความเสียหายในการทำงานแต่ละขั้นตอนไว้ล่วงหน้า (ธวัช ชาญชยานนท์ และคณะ, 2552)

ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการองค์กร เป็นเรื่องส่วนรวมที่ทุกคนในองค์กร ตั้งแต่คณะกรรมการ ผู้บริหารระดับสูง จนถึงพนักงานทุกคนควรมีส่วนร่วมในการ วิเคราะห์ในเชิงลึก เชิงบูรณาการ และเชื่อมโยงสัมพันธ์กับการกำหนดกลยุทธ์ นโยบาย แผนงาน แผนปฏิบัติการ กิจกรรมขององค์กร ซึ่งการบริหารความเสี่ยงที่ดีจะเป็นการวัดความสามารถและการดำเนินงานของบุคลากรภายในองค์กร วิลสัน (Wilson, 1992) ได้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงว่า หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนและความรุนแรงของอุบัติเหตุและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการสูญเสียทรัพย์สิน และจำกัดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อบุคลากร ระบบการปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ รวมทั้งลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร ส่วน อนุวัฒน์ สุขชุติกุล (2543) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงหมายถึง การรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นหาความเสี่ยง หมายถึง การค้นหาปัญหาต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยง โดยอาศัยจากการรายงานอุบัติการณ์ การทบทวน

โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ จากคำร้องเรียนของผู้ป่วย และจากการสำรวจ/สัมภาษณ์หน่วยงาน 2) การประเมินความเสี่ยง หมายถึง การประเมินความถี่ ความรุนแรง และความสำคัญของเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์และผลที่เกิดขึ้น 3) การดำเนินการจัดการความเสี่ยง หมายถึง การกำหนดแนวทางในการจัดการความเสี่ยง เป็นการหาแนวทางแนวทางหลายแนวทางในการจัดการภาวะเสี่ยงแต่ละชนิด แล้วคัดเลือกแนวทางที่ดีที่สุดนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความสามารถของหน่วยงาน และงบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินงานและ 4) การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ต้องเชื่อมโยงผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการความเสี่ยงกับตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน โดยการติดตามผลการจัดการความเสี่ยง นำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับข้อมูลเดิมของหน่วยงานและประเมินประสิทธิผลของวิธีการปฏิบัติ ซึ่งได้ปฏิบัติไปแล้วเพื่อการปรับปรุงแก้ไข

โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 687 เตียง มีเป้าหมายในปี 2555 ขนาด 820 เตียง มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและได้กำหนดนโยบายที่เน้นการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ โดยจัดตั้งคณะทำงานในโครงการประกันคุณภาพและการประเมินคุณภาพการพยาบาล เรื่องการป้องกันความผิดพลาดในการให้ยาผู้ป่วย ที่มาจากตัวแทนพยาบาลในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยละ 1 คน รวมทั้งหมด 23 หอผู้ป่วย จัดกิจกรรมการประชุมของกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง มีการร่วมกันแสดงความคิดเห็น และวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของการเกิดความผิดพลาดในการให้ยาของพยาบาล และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ซึ่งได้มีการสร้างแนวปฏิบัติในการให้ยา 4 แนวปฏิบัติ ได้แก่ แนวปฏิบัติในการการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ แนวปฏิบัติในการให้ยาผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีด แนวปฏิบัติในการให้ยาผู้ป่วยที่ได้รับยารับประทาน แนวปฏิบัติในการให้ยาผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่น หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติในการให้ยาแก่หอผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น แต่ยังคงพบว่าอัตราการให้ยาผิดพลาดของพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 0.53 ซึ่งเป็นความผิดพลาดของขั้นตอนการบริหารยาของพยาบาล (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2550ก) ปี 2551 อัตราการให้ยาผิดพลาดของพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 0.33(โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2551) ปี 2552 อัตราการให้ยาผิดพลาดของพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 0.24 (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2552) จะเห็นได้ว่าแม้จะมีการจัดทำแนวปฏิบัติในการให้ยาเพิ่มเติมแต่อัตราการให้ยาผิดพลาดยังคงมีอยู่

จากการรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาล การพลัดตกหกล้ม ตกเตียง อัตราการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การกลับเข้ามารับการรักษาค้ำด้วยโรคเดิมอาการเดิมภายใน 28 วัน ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และการเกิดแผลกดทับในช่วงปีงบประมาณ 2550 – 2554 ไม่เป็นไปตามเป้าหมายยังพบ

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ตั้งไว้เบื้องต้นเท่ากับ 0 คือไม่เกิดความผิดพลาดเลย ส่วนการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ ปี พ.ศ. 2550-2554 โดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง จากผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น แม้ว่าทางฝ่ายการพยาบาลได้พยายามค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วก็ตามแต่ยังพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่วิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์เพื่อค้นหาปัญหาเชิงลึกอันเป็นประโยชน์ต่อความปลอดภัยผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงาน โรงพยาบาลนครพิงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

1. สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
2. แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีอะไรบ้าง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ รวมทั้งข้อมูลด้านการบริหารความเสี่ยง ในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ระยะเวลาที่ศึกษาคือ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง สถานะการณ์ของ กระบวนการดำเนินงานในการรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลด โอกาส และปริมาณของความ สูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหา ความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล ของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543)

แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง หมายถึง วิธีการหรือ แนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่