

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
  - 1.1 ความหมายของความเสี่ยง
  - 1.2 ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
  - 1.3 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง
  - 1.4 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
  - 1.5 ปัญหา อุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
  - 1.6 บทบาทผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยง
2. เครื่องมือพัฒนาคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง
3. การบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวคิดหรือทฤษฎีการจัดการใหม่ๆ เช่น การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การเกิดขึ้นมามากมาย อย่างไรก็ตามแนวคิดหรือเทคนิคการบริหารใหม่ๆ มีการพัฒนาออกมาอย่างต่อเนื่องทั้งจากโลกตะวันตกและโลกตะวันออก ปัจจุบันแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อ การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ทำให้สถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้ได้รับรองคุณภาพ (quality accreditation) ด้วยการนำเอากระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการบริหารและพัฒนาระบบการทำงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริหาร

ความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพการบริการที่จะนำไปสู่รับรองคุณภาพมีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

### ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยง (risk) มีผู้ให้ความหมาย หรือคำจำกัดความของความเสี่ยงไว้ ดังนี้

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่างๆ ซึ่งเป็น สิทธิส่วนบุคคล (กฤษดา แสงวงค์, 2542)

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่จะเกิดการสูญเสีย (พัฒนา บุญมี, 2543)

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543ข)

ความเสี่ยง หมายถึง สิ่งซึ่งค้นพบได้จากการปฏิบัติงานว่าอาจมีผลให้เกิดการสูญเสียมาก เกินกว่าข้อจำกัดปกติของการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Kirk, 1986)

ความเสี่ยง หมายถึง สิ่งที่มีความเป็นไปได้หรือทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นซึ่งเป็นสิ่งที่มีผล ในทางลบ (Young & Hayne, 1988)

ความเสี่ยง หมายถึง สิ่งที่มีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดขึ้น หรือมีความเป็นไปได้ว่าจะพบ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และมักเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ต่างๆ ที่มีอันตราย (Farnsworth, 1994)

กล่าวโดยสรุปความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดหรือโอกาสที่จะ ทำให้บุคคลได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บ มีความสูญเสียเกิดขึ้นทั้งชีวิต จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม ทรัพย์สินและชื่อเสียงของบุคคลหรือองค์กร

### ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยทั่วไปอันตรายหรือความสูญเสียหรือ สิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้ทั้ง ต่อบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและทรัพย์สินของโรงพยาบาลซึ่งสูญเสียหรือสิ่ง ไม่พึงประสงค์เหล่านี้มี 7 ประการที่สำคัญ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543ข) ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้อ การตัดอวัยวะหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย

1.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่มองไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้หรือความไม่เป็นส่วนตัว

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การเปิดเผยผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับของผู้ป่วยรวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

1.4 ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ ไม่ว่าจะรายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินนี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ ของเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่ 3 ซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุน การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

สำหรับ สิทธิศักดิ์ พฤษย์ปิติกุล (2544) ได้พิจารณามุมมองของผู้มีโอกาสรับความเสี่ยงในโรงพยาบาล พบว่า ความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็นกลุ่ม 4 กลุ่มได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
  - 1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ เช่น การบาดเจ็บในโรงพยาบาล การเกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น
  - 1.2 ความเสี่ยงทางด้านอารมณ์ เช่น ความไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกอับอายหรือถูกทำร้ายจิตใจ เป็นต้น
  - 1.3 ความเสี่ยงทางด้านสังคม เช่น การถูกเปิดเผยความลับ การถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วย การเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นหรือสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล ทรัพย์สินเงินทองสูญหาย เป็นต้น
  - 1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบทบัญญัติของศาสนา หรือความเชื่อ เป็นต้น
2. ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอง
  - 2.1 ความเสี่ยงทางด้านกายภาพ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บจากการทำงาน การเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น
  - 2.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอับอายเสียหน้า หรือ ไม่เป็นที่ยอมรับ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น
  - 2.3 ความเสี่ยงด้านสังคม เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกขี้ใบประกอบโรคศิลป์ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทรัพย์สินสูญหาย เป็นต้น
  - 2.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบทบัญญัติทางศาสนา หรือความเชื่อ เป็นต้น
3. ความเสี่ยงที่เกิดกับโรงพยาบาล
  - 3.1 การสูญหายหรือเสียหายของทรัพย์สิน
  - 3.2 การเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล
  - 3.3 การเสื่อมสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ก่อนเวลาอันควร
  - 3.4 เครื่องมืออุปกรณ์ใช้การไม่ได้กะทันหัน
  - 3.5 การทำผิดบทบัญญัติของกฎหมาย
  - 3.6 การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย
  - 3.7 ไฟไหม้
  - 3.8 น้ำท่วม
4. ความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชน
  - 4.1 การกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม



#### 4.2 การทำลายสิ่งแวดล้อม

สรุปแล้วการแบ่งประเภททั้งของ อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และสิทธิศักดิ์ พงษ์ปิติกุล เป็นความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีทั้งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บุคลากรของโรงพยาบาล โรงพยาบาล และชุมชน ซึ่งความเสี่ยงในโรงพยาบาลล้วนมีความสำคัญ และง่ายต่อความเข้าใจ ซึ่งการจัดแบ่งประเภทดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษาสามารถแบ่งประเภทของความเสี่ยงได้เพื่อการป้องกัน ความสูญเสียและสามารถควบคุมความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาล

#### ความหมายของการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

การบริหารความเสี่ยงเป็นแนวคิดที่เริ่มมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1854 โดย ฟลอเรนซ์ ในดิงเกล ได้ให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการลดการเกิดอุบัติเหตุ และการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสำหรับ ความหมายของการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ในงานบริการสุขภาพ ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) กล่าวว่า ความหมายของการบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

แซก (Sax as cited in Kinloch, 1982) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ ศิลปะของการ คาดหวังและลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงซึ่งทำให้นुकคลประสบกับความล้มเหลว ในขณะที่การจัดการความเสี่ยงไม่สามารถกำจัดความเสี่ยงได้ทุกอย่าง แต่สามารถช่วยจัดระบบการป้องกันความล้มเหลวของบุคคล ที่อาจเกิดจากการทำนายหรือคาดหวัง ป้องกันการเกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ในลักษณะเดียวกัน จุดเน้นที่สำคัญคือ ลดความเป็นไปได้ที่จะเกิดความบกพร่องในการปฏิบัติงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพของบริการ

โปทิต (Potet, 1983) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ ระบบการป้องกันซึ่งถูกออกแบบ มาจากการทำนายความล้มเหลว หรือความผิดพลาดอันเนื่องมาจากระบบการปฏิบัติงานของบุคคล และเป็น การป้องกันความผิดพลาดมิให้เกิดขึ้น

พิลเล่ย์ (Pelle, 1988) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ การปรับปรุงพัฒนาและการหา กลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ลดการสูญเสียค่าใช้จ่าย และรักษาทรัพย์สินของ โรงพยาบาล โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ การประกันคุณภาพของบริการ การจัดให้มี ความปลอดภัยและความมั่นคงแก่บุคลากร ผู้ป่วย และญาติ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วย และการจัดระบบการควบคุมความรับผิดชอบทางกฎหมาย

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดงานวิจัย	
วันที่.....	16 10ย. 2555
เลขทะเบียน.....	248778
เลขเรียกหนังสือ.....	

วิลสัน (Wilson, 1992) กล่าวถึง การบริหารความเสี่ยงว่า หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนและความรุนแรงของอุบัติเหตุ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการสูญเสียทรัพย์สิน และจำกัดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อบุคลากร ระบบการปฏิบัติงานและผู้รับบริการ รวมทั้งลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร

กล่าวโดยสรุป การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การจัดการกับสิ่งที่จะทำให้เกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บ เพื่อลดจำนวนและความรุนแรงของอุบัติเหตุและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เป็นการป้องกันการสูญเสียทรัพย์สิน และจำกัดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อบุคลากร ผู้รับบริการ ระบบการปฏิบัติงาน รวมทั้งลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กรซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) คือ การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาส และปริมาณของ ความสูญเสียที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

### กระบวนการบริหารความเสี่ยง

ได้มีผู้เสนอแนวคิด และกระบวนการในการบริหารความเสี่ยงไว้ดังนี้

กฤษฎา แสงวงดี (2542) กล่าวว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 3 ประการ คือ การค้นหาความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง ดังรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยง ซึ่งมีหลักในการดำเนินงาน 2 ประการ คือ

1.1.1 การวิเคราะห์ระบบบริการ เป็นการค้นหาว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลักของงานบริการนั้นมีความเสี่ยงอะไรอยู่บ้าง ทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ หรือในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพ

1.1.2 การประเมินความเสี่ยง โดยใช้การรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบเกี่ยวกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมของอุบัติการณ์ รวมทั้งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และประเมินว่าอุบัติการณ์นั้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บ อันตราย ความเสียหายแก่ผู้ป่วยรุนแรงเพียงใด นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องที่เป็นอันตรายต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

1.2 การจัดการแก้ไขความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล คือ การมุ่งลดผลกระทบที่จะเกิดจากความเสี่ยงนั้นในทันที เช่น การให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ การเอาใจใส่พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการรายงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือ

1.3 การประเมินผลความเสี่ยง โดยการติดตามประเมินผลของการจัดการกับความเสี่ยง ว่าลดลงหรือไม่ หากยังมีความเสี่ยงอยู่ต้องปรับปรุงวิธีการจัดการกับความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันความเสี่ยง คือ การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทั้งโรงพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง ร่วมกับการดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ซึ่งกระทำโดย

2.1 การเฝ้าระวังความเสี่ยง และคุณภาพในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง จากการติดตามรายงานเฝ้าระวัง

2.2 การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง และสม่ำเสมอ

2.3 การกำหนดแนวทาง หรือวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เป็นประเด็นทางจริยธรรม หรือเรื่องที่มีเกิดความผิดพลาดเพราะมีวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย จึงต้องมีการกำหนดให้ชัดเจน และประเมินว่าแนวทางที่กำหนดนั้นมีความเหมาะสม หรือประสบความสำเร็จหรือไม่ เพียงใด

3. การลดความเสี่ยง (risk reduction) มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยจำกัด หรือควบคุมการสูญเสียต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งได้เกิดขึ้นแล้ว ความผิดพลาด หรือความบกพร่อง จะสามารถลดลงไปได้หากสามารถค้นพบความเสี่ยงต่างๆ ได้รวดเร็ว กิจกรรมที่ควรดำเนินการที่สามารถลดความเสี่ยงได้ มีดังนี้

3.1 การสร้างจิตสำนึกให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญที่จะลดความขัดแย้งต่างๆ ที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยง หรือความเสียหาย เพราะความเสี่ยงส่วนใหญ่มักเกิดจากความไม่ไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ

3.2 การฝึกอบรมบุคลากรให้มีทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการจัดการความเสี่ยง เนื่องจากการมีทักษะการสื่อสารที่ดี บวกกับการมีความรู้เพียงพอในการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจ

3.3 การจัดระบบการรายงาน และเฝ้าระวังความเสี่ยงให้ไวต่อปัญหา และพร้อมที่จะแก้ไขทันที

3.4 การสร้างระบบที่จะตอบสนองต่อคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ที่รวดเร็วเพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าความคิดเห็นของเขามีค่า

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543ข) ได้อธิบายถึงแนวคิดและขั้นตอนในกระบวนการบริหารความเสี่ยงกับ วิลสัน (Wilson, 1992) ที่ว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยง คือกระบวนการหรือระบบ

บริหาร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล รายละเอียดขั้นตอนมีดังนี้

### 1. การค้นหาความเสี่ยง

การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย เราอาจค้นพบความเสี่ยงได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่มีในหน่วยงาน และแหล่งอื่นๆ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ เวชระเบียนผู้ป่วย นโยบายและระเบียบปฏิบัติ การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หรือจากความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา ซึ่งสามารถทำได้โดยอาศัยการเรียนรู้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เป็นการค้นหาความเสี่ยงโดยการศึกษา

1.1.1 ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่ในหน่วยงาน ซึ่งหน่วยงานควรนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน เช่น รายงานอุบัติการณ์ บันทึกประจำวัน รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอยู่ในกระบวนการควบคุมคุณภาพ

#### 1.1.2 ประสบการณ์ของบุคคล

1.2 การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น อาจทำได้จากการค้นหาวารสารวิชาการทั้งของไทย และต่างประเทศ ทางอินเทอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุมทางวิชาการที่จัดขึ้น โดยองค์กรวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ การติดตามข่าวจากหนังสือพิมพ์ และการสร้างเครือข่ายวิชาชีพ

1.3 การเรียนรู้ในระหว่างปฏิบัติงาน มีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญคือเพื่อการป้องกันปัญหาในอนาคต เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากการเผชิญกับความเสียหาย และจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทันที และเมื่อพบอันตราย หรือความเสียหายเกิดขึ้น ต้องรายงานเหตุการณ์ให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปรวมทั้งคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงขององค์กรได้รับทราบ ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1.3.1 การรายงานอุบัติการณ์ (incident reporting) หรือการรายงานเหตุการณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด และนำไปสู่การจัดการ เป็นรายงานที่ใช้กันมากที่สุด บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับการเกิดเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ และนำเสนอผู้บังคับบัญชา

1.3.2 การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening) เป็นการรายงานความเสี่ยงที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ค่าใช้จ่ายสูง เพราะเป็นลักษณะของการวิจัย จะมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48-72 ชั่วโมง โดยทีมผู้คัดกรอง หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยก็จะถูกส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อตัดสินใจว่าจำเป็นต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่ จากนั้นจะถูกส่งไปยังหัวหน้าแผนกเพื่อทบทวนและดำเนินการตามความเหมาะสม

1.3.3 การรายงานเหตุการณ์ (occurrence reporting) เป็นระบบรายงานซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนถูกสอนให้ตระหนักและรายงานเหตุการณ์ที่ระบุไว้จำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ (occurrence) บัญชีรายการเหตุการณ์นี้จะต้องเป็นที่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่จะรายงาน มีจำนวนเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะจำได้ ทุกคนต้องรับทราบและได้รับการคาดหวังว่าจะรายงานเหตุการณ์เหล่านี้

นอกจากนี้การค้นหาความเสี่ยงสามารถทำได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ จากบันทึก และรายงานอุบัติการณ์ การระดมสมอง การทบทวนคู่มือ การปฏิบัติงาน หรือการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน สิ่งสำคัญคือ การทำให้บุคลากรมีความเข้าใจว่า การค้นหาความเสี่ยงนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้รู้ว่ามีความเสี่ยงใดเกิดขึ้น และให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ และที่สำคัญคือ ต้องเกิดทัศนคติที่ถูกต้องต่อการค้นหาความเสี่ยงว่าเป็นการหาสาเหตุไม่ใช่การค้นหาเพื่อตำหนิผู้กระทำ

## 2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk assessment or risk analysis)

เป็นกระบวนการที่ค้นหาโอกาสเกิดความเสี่ยงของความสูญเสียจากความเสี่ยงที่ค้นหาได้ และความเป็นไปได้ที่ความสูญเสียจะเกิดขึ้น สามารถทำได้ทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินในปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้า ในขั้นตอนของการประเมินความเสี่ยงประกอบด้วยกิจกรรมย่อย คือ การควบคุมความเสียหาย การจัดทำเพิ่มบัญชีรายงานความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน และการปรับปรุงแบบรายงานความเสี่ยง

2.1 การควบคุมความเสียหาย คือการประเมินขั้นต้น และตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในเหตุการณ์ และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น และเมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วต้องมีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นต้องพิจารณาหาสาเหตุ ผลลัพธ์ที่มีต่อบุคลากร หน่วยงาน และองค์กร ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ลักษณะของการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บริหาร หรือคณะกรรมการการเฝ้าระวังความเสี่ยง ให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรที่ต้องการให้ช่วยแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

2.2 การจัดทำเพิ่มบัญชีรายงานความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน เป็นการรวบรวมความเสียหาย อันตราย หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาที่จะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน โดยรายชื่อความเสี่ยงนี้ต้องครอบคลุมความเสี่ยงทั้งสองลักษณะ คือความเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปในหน่วยงาน และความเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะของการทำงานที่แตกต่างไปจากหน่วยงานอื่น ข้อมูลที่รวบรวมในเพิ่มบัญชีรายชื่อความเสี่ยงในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

ชนิดของอันตราย การบาดเจ็บ หรือความเสียหายที่มีต่อบุคลากร ความดี และความรุนแรงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์แต่ละชนิด

2.3 การปรับปรุงแบบรายงานความเสี่ยง ซึ่งจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งความเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อหน่วยงาน ไม่ควรให้ความเสี่ยงที่ได้จากการค้นพบใหม่มาบดบังการจัดการกับความเสี่ยงที่มีมาแต่เดิมซึ่งยังคงมีความสำคัญ และส่งผลกระทบสูง

การประเมินความเสี่ยง ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การจัดการความเสี่ยง และเมื่อทำการประเมินความเสี่ยงได้แล้ว ควรนำความเสี่ยงเหล่านั้นมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการควบคุมหรือแก้ไข และนำไปสู่การจัดการที่ดีต่อไป ซึ่งจะมีการประเมินความเสี่ยงตามระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยกำหนดไว้ตั้งแต่ระดับ A ถึง I (คู่มือการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลนครพิงค์, 2553) ดังนี้

ระดับ A ด้านอุบัติการณ์ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน เช่น เกือบทำหัตถการผิดคนแต่ตรวจพบก่อน เนื่องจากมีการย้ายเตียงผู้ป่วยและแพทย์คิดว่าอยู่เตียงเดิม เขียนการรักษาไม่ตรงคนแต่ตรวจพบก่อนแพทย์สั่งการรักษาผ่านทางเดินเปียกเสี่ยงต่อการลื่นล้ม med error พบความผิดพลาดขณะตรวจสอบการดยา หรือ double check พบว่าจัดยาผิดเป็นต้น

ระดับ B ด้านอุบัติการณ์เกิดความคลาดเคลื่อนและอุบัติการณ์ขึ้น แต่ไม่ส่งผลถึงผู้ป่วย เช่น ส่งผู้ป่วยไป x-ray ผิดคน แต่ยังไม่ทันได้ x-ray จ่ายเลือดผิดแต่ตรวจสอบพบก่อนที่จะให้ผู้ป่วย แพทย์ set ผ่าตัดผิดคน / ผิดข้างแต่ทราบก่อนที่ห่อผู้ป่วยจะเตรียมผ่าตัดผู้ป่วย med error เภสัชกรจ่ายยาผิดแต่ดักจับพบก่อน เป็นต้น

ระดับ C ด้านอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ได้รับอันตราย เช่น แพทย์ set ผ่าตัดผู้ป่วยผิดราย ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดผิดไปแล้วแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด x-ray ผู้ป่วยผิดข้าง/ผิดคน แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย, เจาะเลือดผู้ป่วยผิดราย แต่ทราบก่อนที่จะส่งไป med error ให้ยารับประทาน MTV ผิดเวลาให้แล้วแต่ไม่เกิดอันตราย เป็นต้น

ระดับ D ด้านอุบัติการณ์เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย และต้องการการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย หรือต้องมีการบำบัดรักษา เช่น ผู้ป่วยตกเตียงแล้วต้องมีการสังเกตอาการ/เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological signs) แต่ไม่มีการรักษาอื่นเพิ่มเติม, การเกาะปอด/พลิกตัวในผู้ป่วยที่มีข้อห้าม ต้องสังเกตอาการต่อ med error ให้ยาผิดกับผู้ป่วย ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นต้น

ระดับ E ด้านอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เช่น ผู้ป่วยตกเตียง ศีรษะแตก ต้องให้แพทย์เขียนแผล med error ให้ยากับผู้ป่วย แล้วเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว

ระดับ F ด้านอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยเป็นอันตรายจนทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เช่น การให้ยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้ซ้ำ ส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการแพ้ยานานขึ้น

ระดับ G ด้านอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น การผ่าตัดผิดข้าง การให้ยาอะมิโนไกลโคไซด์ค่านานเกิน ส่งผลให้ไตวาย

ระดับ H ด้านอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต เช่น การแพ้ยาปฏิชีวนะจนเกิดภาวะช็อก (shock)

ระดับ I ด้านอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเสียชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

### 3. การดำเนินการจัดการความเสี่ยง (action to manage risk)

กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงมีหลายวิธี ขึ้นกับการเลือกของทีมผู้บริหารระดับสูง โดยเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความสามารถของหน่วยงาน และงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการความเสี่ยง กลยุทธ์ในการจัดการมีดังนี้

3.1 การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) เป็นการกำหนดมาตรการที่จะควบคุมความเสี่ยง สามารถทำได้โดย การฝึกอบรม การให้ความรู้เรื่องของการบริหารความเสี่ยงเพื่อพัฒนาบุคลากร ส่งเสริมให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอนและข้อตกลงในการทำงาน กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ใช้บริการ และต้องมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ เพื่อให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา มีการวางแผนป้องกันอุบัติเหตุภัยความเสียหายที่รุนแรง ผลกระทบที่อาจตามมา

3.2 การยอมรับความเสี่ยง (risk acceptance) เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นองค์กรได้มีการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อรองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการที่จะต้องทำประกันภัยกับบริษัทประกันภัย

3.3 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยการใช้กลวิธีต่างๆ ในการจัดการ เมื่อพบว่าใช้กลวิธีต่างๆ แล้วความเสี่ยงก็ไม่อาจยุติได้อาจมีความหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ โดยไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดการสูญเสีย เช่น ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า



3.4 การลดความเสี่ยง (risk reduction) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อไม่สามารถที่จะควบคุมยอมรับ หลีกเลี่ยง หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นต้องทำให้ความเสี่ยงนั้นเกิดความรุนแรงหรือผลเสียหายน้อยที่สุด เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดใช้ การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชีวิต การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

3.5 การถ่ายโอนความเสี่ยง (risk transfer) การถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น โดยการยอมจ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกัน เพื่อเป็นการจำกัดค่าใช้จ่ายจะต้องสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย โดยบริษัทประกันเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติกิจกรรมบริหารความเสี่ยงขององค์กรทำให้ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ลดลงได้

การเลือกกลยุทธ์การดำเนินการจัดการความเสี่ยงเพื่อจัดการกับภาวะเสี่ยงแต่ละชนิด ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับเป้าหมายของการดำเนินการจัดการภาวะเสี่ยง และความสามารถของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ช่วยลดความเสียหาย ลดค่าใช้จ่าย และลดโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น บุคลากรทางการแพทย์ได้รับบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ผู้จัดการภาวะเสี่ยงใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะเสี่ยงด้วยการจัดให้มีการดูแลและบำรุงรักษาโดยบริษัทผู้ให้บริการอุปกรณ์ดังกล่าว และจัดอบรมบุคลากรให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมืดังกล่าวปีละครั้งเป็นต้น เมื่อเลือกแนวทางในการปฏิบัติได้แล้ว ผู้จัดการความเสี่ยงต้องมีการติดต่อสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับได้รับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรมีความตระหนักต่อการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ของหน่วยงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย จัดเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้แก่บุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือและจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานของหน่วยงานรวมทั้งคอยควบคุมและตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่บุคลากรให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างสะดวกและถูกต้อง

#### 4. การประเมินผล (risk evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่จะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งถูกผูกพันกับความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงนั้นขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ และการติดตามผลของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็วและให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงนั้น ความเสี่ยง

ลดลงหรือไม่ ถ้ายังไม่ลดลงหรือยังไม่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ก็จะต้องทำการทบทวนปรับปรุงแก้ไขใหม่

กิจกรรมการประเมินผลความเสี่ยงได้แก่

4.1 การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

4.2 การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน

4.3 การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

จากกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ได้ทบทวนในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล เป็นแนวทางในการศึกษาเนื่องจากพิจารณาเห็นว่าแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ได้กล่าวถึงกระบวนการปฏิบัติในการจัดการภาวะเสี่ยงที่มีความชัดเจน ต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์เป็นความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ประกอบกับเป็นแนวคิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้ศึกษาอย่างกว้างขวาง และมีความครอบคลุมกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ด้านคือ ด้านการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

### ปัญหา อุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลอาจพบปัญหาอุปสรรคได้หลายประการที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง หรือไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาขอนำเสนอผลของการศึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ด้านผู้บริหารมีผู้ศึกษาปัญหาด้านนี้ ได้แก่ วิมลพร ไสยวรรณ (2545) พบว่า ผู้บริหารไม่ได้มีการศึกษาถึงความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในหน่วยงานจึงทำให้มีจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกเกิดขึ้นมีเกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย ส่วน อภิญญา ทิท่า (2546) พบว่า ผู้บริหารไม่มีกลยุทธ์ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยง

ไปใช้และดำเนินการอย่างจริงจัง และ (วิสัย คตะดา, 2547) พบว่า ผู้บริหารไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง

2. ด้านผู้ปฏิบัติงาน มีปัญหาหลากหลาย ได้แก่ ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการบริหารความเสี่ยงเนื่องจากมีภาระงานมาก (ชโล น้อยเผ่า, 2544) ขาดความตระหนักต่อการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (วิมลพร ไสยวรรณ, 2545) ให้ความร่วมมือในการรายงานอุบัติการณ์น้อย และขาดการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง (วิสัย คตะดา, 2547) มีความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (พัชฌิตา สุภิสุทธิ์, 2550) บุคลากรไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (ฉัฐนียา ธรรมสุนทร, 2552) การรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า การสื่อสารไม่พอเพียง การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ (อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, 2553) การรายงานอุบัติการณ์ลดลง การประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงไม่ถูกต้อง แนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่พอเพียง การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การสื่อสารไม่พอเพียง และการติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพ (อนงค์ จันทร์หอม, 2554)

3. ด้านนโยบายที่เป็นปัญหาอุปสรรค ได้แก่ นโยบายของการบริหารความเสี่ยงมีการติดต่อสื่อสารที่ไม่ทั่วถึงภายในหน่วยงาน (ชโล น้อยเผ่า, 2544) ไม่มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนในการพัฒนากิจกรรมคุณภาพเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (วิสัย คตะดา, 2547; อภิญญา ทิท่า, 2546)

### บทบาทผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยง

บทบาทผู้บริหารในการพัฒนาคุณภาพบริการทางสุขภาพ ผู้บริหารของโรงพยาบาลสามารถนำแนวความคิดการบริหารความเสี่ยงไปใช้ดำเนินงานเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการกับความปลอดภัยในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ เนื่องจากการจัดการภาวะเสี่ยงเป็นแนวคิดที่สามารถนำไปผสมผสานกับแนวคิดของการประกันคุณภาพบริการสุขภาพในโรงพยาบาลให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (Sullivan & Decker, 1997)

### บทบาทผู้บริหารโรงพยาบาล

ในการบริหารความเสี่ยง เป็นบทบาทของผู้บริหาร โรงพยาบาลที่จะต้องมีกระบวนการบริหารให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความสูญเสียและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

ผู้ให้บริการ และองค์กร ซึ่ง อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543ข) ได้กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงดังนี้

1. การจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมในแต่ละส่วน
2. นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอนมาสู่การปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติงานที่ชัดเจน เน้นการบริหารความเสี่ยงในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ
3. การจัดระบบรายงาน ฐานข้อมูลของความเสี่ยงและความเสียหายทั้งหมดของโรงพยาบาล
4. การประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเข้าด้วยกันด้วยการ
  - 4.1 ให้มีผู้แทนคร่อมสายงานในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และการประกัน/พัฒนาคุณภาพ
  - 4.2 ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และการเรียกร้องค่าเสียหายเพื่อเลือกประเด็นสำหรับนำมาศึกษาเชิงลึก
  - 4.3 บูรณาการการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน
5. การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งควรประกอบด้วยสมาชิกหลายวิชาชีพ ได้แก่ ผู้บริหารของโรงพยาบาล ผู้จัดการความเสี่ยง หัวหน้าหน่วยงาน บุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมและทบทวนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและความสูญเสีย สร้างหลักประกันว่าความเสี่ยงที่สำคัญได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม
6. จัดให้มีหน่วยเลขานุการกิจและฐานข้อมูลสนับสนุนแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการความเสี่ยง และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543ข)
  1. ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่เป็นงานประจำวัน และการระบุความเสี่ยง
    - 1.1 การรายงานอุบัติการณ์ ต้องมีการออกแบบ ดำเนินการรักษาระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติได้รายงานอุบัติการณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หรือต่อโรงพยาบาล ซึ่งควรครอบคลุมถึงคำร้องเรียนของผู้ป่วย และรายงานการตรวจสอบ
    - 1.2 การวิเคราะห์และพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเสี่ยงนั้น ๆ
  2. การบริหารระบบ
    - 2.1 จัดให้มีการเก็บสถิติเกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
    - 2.2 รักษาความลับของข้อมูลซึ่งได้มาระหว่างการสืบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์
    - 2.3 รวบรวม ประเมินข้อมูล และกระจายข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง

- 2.4 จัดทำรายงานทุก 3 เดือนให้แก่ผู้อำนวยการ และคณะกรรมการ โรงพยาบาล
  - 2.5 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
  - 2.6 ทบทวนนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ รวมทั้งข้อเสนอแนะ และติดตามให้ได้รับการดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ
3. การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก
    - 3.1 ช่วยในการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของแต่ละแผนก
    - 3.2 ทบทวนประสิทธิผลของระบบป้องกันความเสี่ยง
    - 3.3 วางแผน และดำเนินการให้การฝึกอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรทางการพยาบาล
    - 3.4 ร่วมในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่
  4. การประสานงานด้านกฎหมาย
    - 4.1 ตรวจสอบว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายในเวลาที่เหมาะสม
    - 4.2 ตอบสนองต่อคำถามของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการฟ้องร้อง
    - 4.3 ทบทวนสัญญาต่างๆที่โรงพยาบาลทำกับบุคคล หรือหน่วยงานภายนอก

#### บทบาทผู้บริหารทางการพยาบาล

บทบาทผู้บริหารทางการพยาบาลในงานบริการพยาบาล เป็นงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยตรง มีลักษณะของการให้บริการที่หลากหลายทำให้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ ตลอดเวลา ในการปฏิบัติงานจึงต้องมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจึงจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย จะต้องอาศัยบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับร่วมกันการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. ระดับฝ่ายการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ได้แก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จะต้องมีการศึกษา การเรียนรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, รจกร กัลป์ยางกูร, อารีย์ ฟองเพชร, สิริเกศ สวัสดิ์วัฒนากุล, และ รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, 2548) ดังนี้

- 1.1 การกำหนดนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงระดับฝ่ายการพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการและระบบบริหารความเสี่ยง

ให้เกิดความปลอดภัย ทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

1.2 การดำเนินการจัดการความเสี่ยง มีแต่งตั้งผู้รับผิดชอบทุกหน่วยบริการพยาบาลในการบูรณาการบริหารความเสี่ยงโดยการค้นหา วิเคราะห์และจัดการความเสี่ยง อีกทั้งการพัฒนากระบวนการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่สำคัญ จัดทำคู่มือของหน่วยงาน นำไปสู่ปฏิบัติและติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และการพัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงาน รวมทั้งฐานข้อมูลของความเสี่ยงในระดับฝ่ายการพยาบาล

1.3 แนวทางปฏิบัติด้านความเสี่ยง จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยงานในการจัดการ แก้ไข ป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานที่มีระบบประสิทธิภาพ อีกทั้งการสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในหน่วยงาน ได้แก่

1.3.1 ส่งเสริมให้เข้าใจว่าความปลอดภัยต้องเป็นหน้าที่ของทุกคน บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต้องรับรู้ว่าการปฏิบัติงานของตนอาจเกิดความเสี่ยงอะไรได้บ้าง เพื่อให้มีความระมัดระวัง ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

1.3.2 กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารที่เปิดเผยระหว่างหัวหน้าทีมงาน และผู้ป่วย เรื่องความตระหนักต่อความปลอดภัย ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิ เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น โดยหาแนวทางแก้ไขจากระบบ

1.3.3 เสริมพลังบุคลากรให้ซบ่ง และหาทางลดความเสี่ยง เพื่อความปลอดภัย เช่น การตรวจสอบป้ายผูกข้อมือผู้ป่วย พร้อมสอบถามชื่อ เพื่อป้องกันการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการทำการตรวจเพื่อวินิจฉัยผิดคน เป็นต้น

1.3.4 จัดสรรทรัพยากร เพื่อความปลอดภัย วิเคราะห์อัตราค่าลง ให้เพียงพอตามเกณฑ์ มาตรฐานอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอ มีระบบการดูแลรักษาเชิงป้องกัน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

1.3.5 ให้ความรู้บุคลากรโดยเน้นความปลอดภัย บุคลากรต้องได้รับการพัฒนาได้รับการศึกษาอบรมเพื่อให้มีความรู้ในการบริหารจัดการความเสี่ยง รู้จักการเฝ้าระวัง รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไขหรือป้องกันความเสี่ยง

2. ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยการควบคุมดูแลให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงงานด้านบริหารหอผู้ป่วยรวมถึงบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการจัดการภาวะเสี่ยงประกอบด้วย การปรับปรุงคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยของหน่วยงาน การกำหนดแนวทางปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับความปลอดภัย ปรับปรุง

การปฏิบัติงานของบุคลากร ปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมภาวะเสี่ยง จัดระบบบันทึก รายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ ให้ความรู้และ จัดอบรมความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จัดระบบ ป้องกันอัคคีภัย ตรวจสอบความเรียบร้อยในหน่วยงานและให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรเมื่อเกิด ปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันอันตรายให้แก่บุคลากร และจัดระบบ การบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือให้มีสภาพที่ดีในการใช้งาน สวานเบิร์ก (Swansburg, 1996)

3. ระดับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ส่วนใหญ่พยาบาลจะมี บทบาทเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในการควบคุม การลดและขจัดข้อผิดพลาดก่อนที่จะ เกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากในงานการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลต้อง สัมผัสกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยตรง โดยเฉพาะพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การประเมินผลความเสี่ยงรวมถึงการวางแผนการป้องกันความเสี่ยงที่จะ เกิดขึ้น จะต้องมีการจัดการความปลอดภัย ทบทวนอุบัติการณ์และมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง เพื่อลดความรุนแรงหรือความถี่ของการเกิดความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและ บุคลากร (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) และหน้าที่ตามกฎหมายของพยาบาลจะต้องมีการรายงานอุบัติการณ์ (Cherry & Jacob, 2002) ดังนี้

3.1 พยาบาลหัวหน้าเวร มีหน้าที่รับผิดชอบในการสังเกต ประเมินผลและรายงาน ถึงสิ่งที่บกพร่องในกระบวนการรักษาพยาบาล

3.2 การรายงานถึงสิ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

3.3 จัดแฟ้มสำหรับจัดเก็บรายงานอุบัติการณ์ที่ลงบันทึกเรียบร้อยแล้ว

3.4 หัวหน้าเวรควรมีการสืบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเตรียมการสำหรับการ รักษาพยาบาลที่บกพร่อง

3.5 หัวหน้าเวรควรให้ความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานว่า การรายงานอุบัติการณ์ใช้ในการ ป้องกันการฟ้องร้องและให้ความมั่นใจในคุณภาพบริการ ไม่ใช่เพื่อการจัดผิด ลงโทษหรือประเมินผล การปฏิบัติงาน

ในงานบริการพยาบาล การบริหารความเสี่ยงนั้นนับวันมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้บริหารการพยาบาลยุคใหม่ ต้องเป็นผู้มีความรู้ และความเป็นผู้นำ เพื่อชี้นำองค์การพยาบาล ส่งเสริมพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการ ป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการจัดการความเสี่ยงนั้นควรจะเป็นการจัดการตามกรณีที่เกิด ตามพื้นที่ที่ให้บริการ แม้ว่าจะมีการประกันคุณภาพในทุกสาขาวิชาชีพอยู่แล้ว แต่การบริหาร ความเสี่ยงจะครอบคลุมกว้างมากกว่า โดยครอบคลุมการสูญเสียทุกแง่ทุกมุม ทั้งนี้ควรจะต้องเชื่อมโดย

การทำกิจกรรมประกันคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ มาผสมผสาน และประยุกต์ใช้ในการป้องกันความเสี่ยงต่อไป (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

### เครื่องมือพัฒนาคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ที่ช่วยในการทำความเข้าใจกับปัญหา และเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา ฝึกการคิดอย่างเป็นระบบ และช่วยให้การสื่อสารเข้าใจมากขึ้น เพื่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กร พัฒนาการผลิต หรือพัฒนาคุณภาพในแต่ละกระบวนการ ซึ่งกิจกรรมของการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยกระบวนการค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้น เพื่อลดโอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยในการให้บริการสุขภาพจะต้องอาศัยเครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงระบบของการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล (2543ก) ได้กล่าวว่า เครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพ มี 2 ประเภทได้แก่ เครื่องมือสำหรับการทำงานเป็นทีม และเครื่องมือสำหรับการจัดการกับข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาขอเสนอรายละเอียด ดังต่อไปนี้

#### เครื่องมือพัฒนาคุณภาพสำหรับการทำงานเป็นทีม

1. การระดมสมอง (brainstorming) เป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหาหรือข้อเสนอแนะ จำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และเกิดการมีส่วนร่วมของทีมงานมากที่สุด ซึ่งจะใช้ในทุกระดับขั้นตอนที่ต้องการความคิดที่หลากหลายได้แก่ ขั้นตอนการกำหนดปัญหาหรือหาโอกาสพัฒนา ขั้นตอนค้นหาสาเหตุ ขั้นตอนการค้นหาทางเลือกเพื่อการแก้ไข ขั้นตอนกำหนดข้อมูลที่ต้องการเก็บขั้นตอนการวางแผนขั้นตอนของโครงการ มีขั้นตอนดังนี้

##### 1.1 ขั้นเตรียมการ

1.1.1 กำหนดประเด็นในการระดมสมอง ทำความเข้าใจให้ชัดเจน เขียนหัวข้อบนกระดาษพลิก (flip chart) ควรกำหนดประเด็นด้วยการตั้งคำถามที่เริ่มต้นด้วย “ทำไม” “อย่างไร” หรือ “อะไร”

1.1.2 กำหนดเวลาและวิธีการ ควรกำหนดให้สมาชิกแต่ละคนคิด โดยอิสระ 2-5 นาทีและเวลาที่จะนำเสนอความคิด 15-20 นาที

1.1.3 กำหนดผู้รับผิดชอบทำหน้าที่ผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) หรือผู้บันทึก ทำหน้าที่บันทึกความคิดทั้งหมดลงบนกระดาษพลิก (flip chart) เพื่อให้ทุกคนสามารถมองเห็นได้และกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายใต้กฎกติกาที่วางไว้

1.1.4 ทบทวนกฎกติกา มารยาทในการระดมสมอง เช่น การเสนอได้ครั้งละ 1 ความเห็น ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นของผู้อื่น หรือไม่มีการอภิปรายความเห็น

1.1.5 การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นได้แก่ กระดาษพลิก ปากกาเมจิก

## 1.2 ระดมความคิด

1.2.1 สร้างความคิด ให้สมาชิกสร้างความคิดของตัวเองอย่างเงียบๆ ตามประเด็นที่กำหนด

1.2.2 เสนอความคิด โดยให้สมาชิกเสนอความคิดของตนเอง ผู้นำทีมต้องเน้นกฎกติกาการระดมสมองอย่างเคร่งครัด และต้องกระตุ้นให้สมาชิกฟังความคิดของผู้อื่น

1.3 ทำความกระจ่าง ให้สมาชิกเข้าใจความคิดที่เขียนไว้ หากไม่เข้าใจควรให้เจ้าของความคิดอธิบายสั้นๆ และปรับปรุงข้อความให้ชัดเจนขึ้น

1.4 ประเมิน ตรวจสอบความซ้ำซ้อนหรือความเห็นไม่ตรงประเด็น โดยอาจใช้เกณฑ์เพื่อคัดกรองร่วมด้วย

2. การใช้เทคนิคเดลฟี (delphi technique) เป็นวิธีการขอให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นหรือการตัดสินใจอย่างอิสระ โดยไม่ต้องระบุชื่อ มีการให้ความเห็นซ้ำหลังจากได้รับทราบความคิดเห็นของเพื่อสมาชิก เมื่อครบ 3 รอบ ทีมควรจะได้รับความเห็นร่วม เทคนิคนี้จะใช้เมื่อต้องการได้รับความคิดเห็นที่หลากหลายจากสมาชิก โดยไม่มีอุปสรรคเนื่องจากการทราบว่าใครมีความเห็นอย่างไร หรือสมาชิกทีมไม่อยู่ในสถานที่เดียวกัน หรือเป็นเรื่องราวที่ต้องให้สมาชิกทุกคนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของผลการตัดสินใจและผลกระทบที่ตามมา ต้องการหลีกเลี่ยงสมาชิกบางคน มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ระบุการตัดสินใจหรือปัญหาที่ต้องขอความเห็นจากสมาชิก เป็นการเขียนที่ต้องการขอความเห็นให้ชัดเจนรวมทั้งขอความเห็นชอบจากสมาชิกในกระบวนการที่เกิดขึ้น

2.2 ขอความเห็นจากสมาชิกในรอบแรก โดยให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็นของตนในกระดาษ ขั้นตอนนี้สมาชิกอาจจะอยู่คนละสถานที่ก็ได้ ซึ่งสมาชิกจะไม่ทราบความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของใคร

2.3 สรุปความเห็นในรอบแรก แล้วขอความคิดเห็นในรอบที่ 2 โดยผู้ประสานจะต้องสรุปความเห็นรอบแรกออกมาเป็นประเด็น ซึ่งความเห็นรอบที่ 2 อาจจะเป็นการลงคะแนนหรือเป็นการเรียบเรียงข้อความใหม่ซึ่งมีความเห็นร่วมกันของทีม

2.4 สรุปความเห็นในรอบที่ 2 แล้วขอความคิดเห็นในรอบที่ 3 ขั้นตอนนี้หากสรุปความเห็นในรอบที่ 2 ได้ อาจจะไม่มีความเห็นในรอบที่ 3 ซึ่งการสรุปความเห็นให้รอบที่ 3 เป็นรอบสุดท้ายผู้ประสานจะต้องแจ้งให้สมาชิกในทีมทราบเพื่อจะได้ให้ความเห็นที่มุ่งสู่การตัดสินใจของทีม

2.5 สรุปความคิดเห็นในรอบที่ 3 ขั้นนี้ความเห็นจากสมาชิกจะเข้าใกล้ความเห็นร่วม ควรจะชัดเจนว่า จุดยืนของทีมอยู่ตรงไหน ผู้นำทีมควรจะเสนอกระบวนการอื่นเข้ามาประกอบการตัดสินใจ เช่น การลงคะแนน โดยใช้เกณฑ์

2.6 กิจกรรมต่อเนื่อง นำเสนอสรุปผลให้สมาชิกทุกคนทราบ จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำการตัดสินใจนั้นไปปฏิบัติ

### เครื่องมือพัฒนาคุณภาพสำหรับการจัดการกับข้อมูลอย่างเป็นระบบ

การใช้ข้อมูลเป็นหัวใจของการพัฒนาคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการกับข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือในการนำเสนอข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

1.1 การกำหนดคำจำกัดความเพื่อการเก็บข้อมูล (operational definition) คือ เป็นคำจำกัดความของการวัดที่ชัดเจน กระชับและมีรายละเอียดที่จำเป็น มีเป้าหมายเพื่อการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนสำหรับทุกคน เหมาะสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ สามารถใช้ทุกโครงการในการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพ

1.2 การสุ่มตัวอย่าง (sampling) เป็นเครื่องมือสำหรับการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณในระบบ สาเหตุที่ต้องมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย และเพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

1.3 แบบบันทึกข้อมูลง่าย ๆ (check sheet) เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียว ทำให้เก็บข้อมูลได้ง่ายและมีแบบแผน โดยจัดตารางที่แสดงรายการรายละเอียดต่าง ๆ ของข้อมูลออกแบบให้ง่ายต่อการจดบันทึกข้อมูล สะดวกต่อการจำแนกข้อมูล และวิเคราะห์ผล

#### 2. เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 แผนภูมิพาเรโต (pareto diagram) เป็นแผนภูมิที่ใช้สำหรับแสดงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเรียงลำดับปัญหาตามความถี่ที่พบจากมากไปหาน้อย และแสดงขนาดความถี่มากที่สุดน้อยด้วยกราฟแท่งควบคู่ไปกับการแสดงค่าสะสมของความถี่ด้วยกราฟเส้น ซึ่งแกนนอนแสดงประเภทของปัญหาและแกนตั้งแสดงค่าร้อยละของปัญหาที่พบ

2.2 แผนภูมิการกระจาย (scatter diagram) เป็นแผนผังที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ว่าสัมพันธ์กันในลักษณะใด ซึ่งจะสามารถหาสหพันธ์ (correlation) ของตัวแปรทั้งสองตัวที่แสดงด้วยแกน x และแกน y ของกราฟ ว่าสหพันธ์เป็นบวกคือ ตัวแปรมีความสัมพันธ์แปรตามกัน หรือมีสหพันธ์เป็นลบคือตัวแปร มีความสัมพันธ์แปรผกผันต่อกัน ซึ่งการพัฒนาคุณภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ซึ่งบ่อยครั้งที่หาสาเหตุแล้วนำสาเหตุนั้น ไปแก้ไขแล้วไม่ได้ผล เพราะสิ่งนั้นไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริง ดังนั้นจะนำตัวแปรที่สันนิษฐานว่า จะมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ข้อมูลจริง จะทำให้สรุปความสัมพันธ์และนำหนักได้มั่นใจ

### 3. เครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการนำเสนอข้อมูล

3.1 กราฟเส้นแสดงการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (run chart) เป็นกราฟเส้นจุดบันทึกไปตามเวลา ข้อมูลที่นำมาเสนออาจเป็นข้อมูลจากการวัดหรือการนับ จัดทำขึ้นเพื่อดูพฤติกรรมของระบบในช่วงเวลาหนึ่ง ใช้ในการตัดสินใจเพื่อปรับปรุงระบบ ซึ่งหน่วยควรสร้างกราฟต่อเนื่องสำหรับข้อมูลที่สำคัญตามรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน แล้วติดไว้ให้ทุกคนเห็นทั่วกัน

3.2 กราฟควบคุม (control chart) เป็นกราฟเส้นแสดงระดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพตามลำดับที่เกิดเหตุการณ์พร้อมกับค่าสถิติที่เป็นค่าเฉลี่ย และค่าควบคุมของระบบ ซึ่งจะมีประโยชน์เพื่อนำเสนอข้อมูลทุกเหตุการณ์นำมาเสนอ ทำให้มองเห็นภาพความไม่แน่นอนของระบบได้ชัดเจน และสามารถแยกแยะเหตุการณ์ผิดปกติออกจากเหตุการณ์ปกติได้ สามารถนำไปสู่การตัดสินใจว่าจะแก้ปัญหาหรือจะปรับปรุงระบบ

จากการทบทวนศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า เครื่องมือพัฒนาคุณภาพช่วยวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงซึ่งจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพควบคู่กันไปกับการประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่ง อนุวัฒน์ สุภชุตินกุล (2543ก) ได้กล่าวถึงเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่ช่วยเสริมการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้บรรลุผลสำเร็จในการบริหารความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1. แผนภูมิเหตุและผล (cause and effect diagram) ส่วนใหญ่จะเรียกแผนภูมินี้ว่าแผนภูมิก้างปลา (fishbone diagram) เป็นเครื่องมือคุณภาพที่มีการใช้กันมากชนิดหนึ่ง เนื่องจากสามารถมองเห็นภาพได้ง่าย สามารถรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มได้อย่างเป็นระบบ ทำให้มีความเข้าใจและนำไปใช้วินิจฉัยปัญหาได้ในที่สุด

หลักการเบื้องต้นของแผนภูมิแกงปลา คือการใส่ชื่อของปัญหาที่ต้องการวิเคราะห์ลงทางด้านขวาสุดของแผนภูมิ โดยมีเส้นหลักตามแนวยาวของกระดูกสันหลัง จากนั้นใส่ชื่อของปัญหาย่อย ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาหลัก 3-6 หัวข้อ โดยลากเป็นเส้นแกงปลา (sub-bone) ทำมุมเฉียงจากเส้นหลัก เส้นแกงปลาแต่ละเส้นให้ใส่ชื่อของสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหานั้นขึ้นมา ระดับของปัญหาสามารถแบ่งย่อยลงไปได้อีก ถ้าปัญหานั้นยังมีสาเหตุที่เป็นองค์ประกอบย่อยลงไปอีก โดยทั่วไปมักจะมีการแบ่งระดับของสาเหตุย่อยลงไปมากที่สุด 4-5 ระดับ เมื่อมีข้อมูลในแผนภูมิที่สมบูรณ์แล้ว จะทำให้มองเห็นภาพขององค์ประกอบทั้งหมด ที่จะเป็นสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น แผนภูมิแกงปลาสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในกรณีของบุคคลหรือกลุ่มงาน การใช้งานโดยทั่วไป หัวหน้าที่มักจะเขียนแผนภูมิแกงปลาบนกระดานดำ โดยใส่หัวข้อของปัญหาหลักลงไปก่อน แล้วจึงปรึกษากับทีมงานถึงสาเหตุหลักของปัญหา เพื่อเขียนต่อลงไปจากแนวแกนของปัญหาหลัก ทีมงานจะช่วยกันเสนอปัญหาทั้งหมด และช่วยกันตัดสินใจในการระบุปัญหาหลัก และอาจจะเขียนวงกลมเพื่อแสดงแต่ละหัวข้อ โดยทำเป็นลำดับจนได้แผนภูมิที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2. การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากลึกของปัญหา (root cause analysis) คือ การค้นหาปัจจัยรากของปัญหา หรือสาเหตุพื้นฐานของความผันแปรในการปฏิบัติงาน โดยมุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ ไม่ใช่ตัวคน เพื่อหาโอกาสปรับปรุง เริ่มจากสาเหตุพิเศษ (special cause) ในกระบวนการไปยังสาเหตุเชิงระบบ (common cause) อันนำไปสู่การลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ มีขั้นตอนดังนี้

### 2.1. จัดตั้งทีม

- 2.1.1 ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดและมีความรู้กับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี
- 2.1.2 ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง
- 2.1.3 ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ
- 2.1.4 ผู้ที่จะมีส่วนต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง
- 2.1.5 ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์

2.2. ระบุปัญหาได้แก่ การบรรยายอย่างชัดเจนและเจาะจงว่า “เกิดอะไรขึ้น” เพื่อช่วยให้ทีมมีจุดเน้นในการวิเคราะห์และปรับปรุง ข้อความปัญหาควรเป็นใจประโยคสั้นๆ ตัวอย่างการระบุปัญหา

- 2.2.1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผิดข้าง
- 2.2.2 ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังตกเตียง

2.3. ศึกษาปัญหา จากคำบอกเล่าและข้อสังเกตจากผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ หลักฐานทางกายภาพ หลักฐานเอกสาร

2.4. วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้ข้อมูลที่ทีมควรเก็บรวบรวมซึ่งควรกระทำโดยเร็ว เพื่อป้องกันการหลงลืม ได้แก่

2.4.1 คำบอกเล่าและข้อสังเกตของผู้ใกล้ชิดเหตุการณ์ และผู้เกี่ยวข้อง

2.4.2 หลักฐานทางกายภาพ

2.4.3 หลักฐานทางเอกสาร

2.5 วิเคราะห์สาเหตุเบื้องหลัง (system analysis) กรอบแนวคิดต่อไปนี้ เป็นคำถามที่ใช้กระตุ้นทีม

2.5.1 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวข้อง หรือไม่ (patient factors)

2.5.2 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ เกี่ยวข้อง หรือไม่ (provider factors)

2.5.3 มีปัจจัยเกี่ยวกับงานที่มอบหมาย เกี่ยวข้อง หรือไม่ (task factors)

2.5.4 มีปัจจัยเกี่ยวกับทีมงาน เกี่ยวข้อง หรือไม่ (team factors)

2.5.5 มีปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้อง หรือไม่ (environment factors)

2.5.6 มีปัจจัยเกี่ยวกับองค์กร เกี่ยวข้อง หรือไม่ (institutional factors)

3. การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิก (clinical tracer) อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543ก) ได้กล่าวถึง การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกเป็นการใช้สภาวะทางคลินิกเพื่อติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ องค์กรประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพเช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคนั้นๆ หรือกระบวนการทำงานนั้นๆ ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีนวัตกรรมต่างๆ เนื่องจากการทำการย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกต้องทำเป็นทีม จึงทำให้มองเห็น โอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งมีกรอบในการเขียนประกอบด้วย บริบทประเด็นสำคัญ เครื่องชี้วัดสำคัญและการใช้ประโยชน์ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การใช้การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกช่วยให้ทีมงานสามารถหยิบจับสิ่งที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมาพิจารณาคุณภาพที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่าการพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมักจะมีลักษณะกว้างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยหลายประเภท ด้วยความชัดเจนกับสิ่งที่สัมผัสในชีวิตการทำงานประจำวัน การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกจึงเป็นการง่ายที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะเข้ามาร่วมพิจารณา ทบทวน และเมื่อทบทวนแล้วเห็น โอกาสพัฒนา ก็จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกได้โดยง่าย

4. เครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (trigger tool) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2005) ได้กล่าวว่า เครื่องมือ

การค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือตัวส่งสัญญาณ เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการวัดระดับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในภาพรวมของโรงพยาบาลและใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบและพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการค้นหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ สามารถคำนวณอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อพันวันนอน โรงพยาบาล หรือ ร้อยละของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่นอน โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้น มีกฎเกณฑ์และวิธีการในการใช้เครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยการทบทวนเวชระเบียน การจัดกลุ่มเหตุการณ์เป็นกลุ่มตามลักษณะเฉพาะของการดูแลหรือหน่วยงาน ซึ่งเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ควรจัดหัวข้อให้ตามประเภท และระดับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้น และนำมาใช้ในการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ

จากการทบทวนเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยงพบว่า โรงพยาบาล นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และกลุ่มการพยาบาลมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่างๆ มาใช้เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เช่น การระดมสมอง แบบบันทึกราคาความถี่ และแผนภูมิเหตุและผล โดยใช้ค่าสถิติช่วยวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงาน และเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่นำมาใช้ควบคู่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากลึกของปัญหา (root cause analysis) ผังงานแสดงกระบวนการโดยละเอียด และการย้อนรอยคุณภาพทางคลินิก (clinical tracer) และกำลังดำเนินการศึกษาการใช้เครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (trigger tool) มาใช้ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

## การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด จังหวัดเชียงใหม่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเปิดบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ระดับ 3.1 ขนาด 519 เตียง และคาดว่าจะในปีงบประมาณ 2555 จะขยายขีดความสามารถรองรับการให้บริการผู้ป่วยในได้ประมาณ 800-820 เตียง (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2551ก) โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันด้านคุณภาพสำหรับผู้รับบริการ โดยโรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO 9002 ระบบงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเมื่อเดือนตุลาคม 2544 ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital accreditation) เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2547 และผ่านการประเมินซ้ำ (Hospital Re-accreditation) การดำเนินงานของโรงพยาบาล ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากุณภาพโรงพยาบาล 5 แผน ได้แก่ แผนพัฒนากุณภาพบริการ แผนพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร แผนเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย แผนสร้างเสริมสุขภาพ และประกันสุขภาพ แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการดำเนินงานของโรงพยาบาลในด้านการบริหารความเสี่ยงซึ่งจัดอยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีเป้าหมายในการดำเนินงานคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีความปลอดภัย และมีระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง ร่วมกับผู้ช่วยผู้อำนวยการหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้ง ซึ่งจะร่วมกันวางกรอบนโยบายในการทำงานเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และมอบหมายให้แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานของตน ซึ่งแผนกลยุทธ์หลักของโรงพยาบาลในการดำเนินงานในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยประจำปี 2551-2553 ได้แก่ การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ครอบคลุมทั้งองค์กร การกำกับติดตามให้มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งองค์กร การกำกับติดตามให้มีระบบบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมกำกับติดตามให้มีการจัดทำกิจกรรมการตามรอยเพื่อพัฒนาคุณภาพ (tracers/clinical tracers) เพิ่มขึ้น โดยมีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการป้องกันอุบัติภัยและอัคคีภัย คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้ (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2551ก)

1. คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพ รับผิดชอบสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและงานวิจัยตามนโยบายของโรงพยาบาล เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง ระบบบริการสุขภาพ ประสานและเพิ่มพูนทักษะในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

2. คณะกรรมการป้องกันอุบัติภัยและอัคคีภัย รับผิดชอบในการจัดระบบป้องกันอุบัติภัยและอัคคีภัย รวมทั้งความเสี่ยงหรือภัยอันตรายที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและการจัดให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้โดยปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้เมื่อเกิดอุบัติภัยและอัคคีภัย

3. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล รับผิดชอบในการสร้างมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่บุคลากรในการป้องกันอุบัติเหตุจากการใช้ของมีคม การติดตามบุคลากรที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อวัณโรค รวมทั้งการให้วัคซีนและยาเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากร

4. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล รับผิดชอบในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวโน้มของภาวะเสี่ยง ทบทวนอุบัติการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นและวางแนวทางแก้ไข บริหารระบบ รวบรวมรายงาน สถิติและผลการดำเนินงาน เสนอแนะแนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยงโดยมอบหมายให้ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการต่อไป ประเมินผลการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาลและสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันและการลดภาวะเสี่ยง

#### การดำเนินงานของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบบริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย แบ่งการบริหารงานออกเป็น 7 งานการพยาบาลและ 30 หน่วยงาน/หอผู้ป่วย และในการดำเนินงานของฝ่ายการพยาบาลได้กำหนดจุดเน้นคือ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีระบบบริหารความเสี่ยง และให้มีการทบทวนปรับปรุงเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้ระบบบริการมีความปลอดภัยสูงสุด (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2550ข)

ฝ่ายการพยาบาลได้เข้าร่วมปฏิบัติงานกับคณะกรรมการของโรงพยาบาลได้แบ่งหน่วยงานในความรับผิดชอบออกเป็นหอผู้ป่วยและหน่วยงาน โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าหน่วยเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นรับผิดชอบดูแลเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ให้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาล โดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงานมีบทบาทเป็นผู้จัดการความเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้ในขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง

หน้าที่หลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยมี 4 ด้าน คือ ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และด้านสารสนเทศ (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2550) ดังนี้โดยการรับนโยบายบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายโดยแจ้งให้ผู้ได้บังคับบัญชาทราบนโยบาย มีการรายงานสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ จัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติ สำหรับการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน ตามเกณฑ์ของพัฒนาปรับปรุงการประสานงานในระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้วให้เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ในระหว่างดำเนินงานหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และควบคุมเหตุการณ์ไม่ได้ สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้บริหารระดับสูงจนกว่าจะควบคุมเหตุการณ์ได้ จากนั้นรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้บริหารระดับสูงได้รับทราบ และรับฟังข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขวิธีการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการป้องกันและแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการค้นหาความเสี่ยง โดยเฉพาะการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดที่ยังไม่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้ป่วย ซึ่งมักมีจำนวนมากกว่าความเสียหายจริง การรายงานอุบัติการณ์ด้วยใบแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ/อุบัติการณ์ (FR-HA-003) เป็นการรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป ตามขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์รุนแรง ดังแผนภูมิที่ 1

#### แนวทางการบริหารจัดการเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น

กรณีความรุนแรง/เร่งด่วน (เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับและผู้ให้บริการ) ความรุนแรงระดับ 4 ขึ้นไป ผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะฟ้องร้อง/ร้องเรียนต่อสื่อมวลชน/องค์กรภายนอก

1. หน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงแก้ไขปัญหาและควบคุมผลเสียที่จะเกิดขึ้นทันที
2. รายงานหัวหน้า/ผู้บริหารฯ ทันที
3. หัวหน้า/ผู้บริหารฯ แก้ไขปัญหาและจัดการเรื่องความเสียหายทันที
4. กรณีที่ผู้รับบริการมีแนวโน้มจะฟ้องร้อง/ร้องเรียน ทีมรับและแก้ไขข้อร้องเรียนดำเนินการไกล่เกลี่ยเพื่อระงับ/ลดความรุนแรง

5. ทีมบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลได้รับข้อมูลภายใน 1 วันทำการและพิจารณาให้หน่วยงานรับผิดชอบทำการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากลึกของปัญหา (root cause analysis)

กรณีไม่ร้ายแรง/ไม่เร่งด่วน (ความรุนแรง ระดับ 1-3)

1. หน่วยงานที่เกิดความเสี่ยงแก้ไขปัญหาละเอียดและควบคุมผลเสียที่จะเกิดขึ้น
2. รายงานหัวหน้า/ผู้บริหารฯ ตามลำดับชั้น
3. วิเคราะห์ประเมินความเสี่ยงและทำการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากลึกของปัญหา

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วย

1. ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
2. ผู้ช่วยผู้อำนวยการ (หัวหน้าทีมบริหาร)
3. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพและหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม

บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลนครพิงค์

1. ประเมิน ติดตาม ปัญหาความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. วางมาตรการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่มีความสำคัญ
3. ทบทวนนโยบาย มาตรการ วิธีปฏิบัติในการจัดการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
4. ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวกับความเสี่ยงตามที่ผู้อำนวยการมอบหมาย

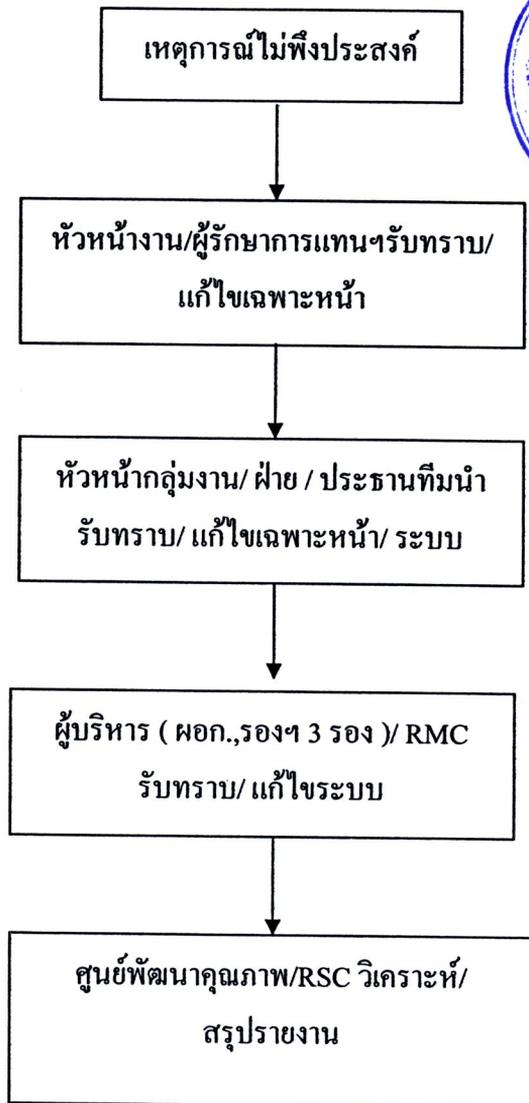
คณะกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วย

1. QMR
2. เลขานุการทีมรับและแก้ไขข้อร้องเรียน IC ENV Medication Team และ Blood Team
3. ทีมสนับสนุนคุณภาพ

บทบาทหน้าที่คณะกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรงพยาบาลนครพิงค์

1. กำหนดรูปแบบและแนวทางในการเฝ้าระวังความเสี่ยงทุกประเภท
2. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง
3. ประเมินผลการเฝ้าระวังความเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไขปรับปรุง
4. นำเสนอข้อมูลการเฝ้าระวังความเสี่ยงแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## การรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลนครพิงค์



## แผนภูมิที่ 1 การรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลนครพิงค์

- หมายเหตุ. - ชื่อผู้คีย์ข้อมูลให้เฉพาะ ผอก. และ QMR รับทราบ
- แต่ละงาน/หน่วยงาน รับทราบข้อมูลเฉพาะภาพรวมที่
  - กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นผู้รวบรวมส่ง

### คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงานและหอผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. หัวหน้าหน่วยงาน/หอผู้ป่วย
2. กรรมการของหน่วยงาน/หอผู้ป่วย
3. เลขานุการหน่วยงาน/หอผู้ป่วย

### บทบาทหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

1. ค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยวิเคราะห์กระบวนการหลักและบันทึกรายงานอุบัติการณ์
2. ประเมินความเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไขป้องกันความเสี่ยง (FMEA, RCA)
3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงและจัดทำ risk profile
4. นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับ PCT/ระดับโรงพยาบาล

### การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีหน้าที่และเป้าหมายในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรมเพศชายตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว ปลอดภัย เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ มีขอบเขตบริการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรมเพศชายที่รับไว้จนถึงจำหน่ายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ยกเว้นสามเณรรับไว้ไม่จำกัดอายุ กลุ่มโรคที่สำคัญคือ AMI CVA COPD UGHI CRF มีศักยภาพและมีข้อจำกัด โดยรับผู้ป่วยทางอายุรกรรมได้จำนวนรวม 45 คน และสามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ 6 เตียง ในกรณีหอผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรมเต็ม และมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อวัน โรคปอดที่มีผลตรวจเสมหะบวก จำนวน 2 ห้อง ส่วนประเด็นคุณภาพคือ มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน การวางแผนจำหน่าย การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามได้มีการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยโดยมีการนำนโยบายของโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติใน 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน หอผู้ป่วยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหอผู้ป่วยขึ้น ซึ่งงานบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยคณะกรรมการประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพแต่งตั้งพยาบาลพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหอผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบดูแลเรื่องจรรยาบรรณการบันทึกอุบัติการณ์ รวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วย แต่ละเดือนส่งหัวหน้า

หอผู้ป่วยและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งแต่งตั้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICWN) เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการเกิดติดเชื้อในโรงพยาบาล นอกจากนี้บุคลากรพยาบาลแต่ละคนจะมีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ เช่น กรรมการพัฒนาคุณภาพ กรรมการการป้องกันความผิดพลาดในการให้ยา กรรมการการระงับตัวผู้ป่วย กรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของหอผู้ป่วย กรรมการ 5 ส. กรรมการงานสุขศึกษา กรรมการสารสนเทศ กรรมการวิชาการ กรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ กรรมการป้องกันการตกเตียง กรรมการการบำบัดความเจ็บปวด กรรมการโครงการการดูแลผู้ป่วย 7 อันดับโรคแรก (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2552) หน้าที่ของกรรมการแต่ละฝ่ายมีดังนี้ เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการของโรงพยาบาลทุกเดือน เก็บตัวชี้วัดทุกเดือน สรุปทุก 3 เดือน ส่งฝ่ายการพยาบาล นำตัวชี้วัดมาวิเคราะห์หาปัญหาและแนวทางแก้ไขเพื่อนำมาแจ้งให้ที่ประชุมทุกเดือน

**ลักษณะที่ 2** การนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ การนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในหอผู้ป่วยโดยมีการปฏิบัติตามขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอนตามนโยบายของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งได้กำหนดแนวปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2550x) นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลคือ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goal) รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นตามการไหลของการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลให้ไปบริหารจัดการในเชิงระบบเมื่อเกิดอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยและมีการนำกิจกรรมการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (C3THER) มาทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2551ข) โดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้ตั้งคำถาม และให้สมาชิกทีมมาร่วมทบทวนตามแนวทาง C3THER ซึ่งประกอบด้วย การดูแลอย่างเต็มความสามารถ (Care) การสื่อสารข้อมูลที่จำเป็น (Communication) ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Continuity) ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ (Team) ความรู้และทักษะของทีม (Human Resource Development) สิ่งแวดล้อม (Environment) เครื่องมือ (Equipment) สถานะทางเศรษฐกิจ (Economic) ความสมบูรณ์ของการบันทึก (Record)

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลิน (Lin, 2006) ศึกษาเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศไต้หวัน เพื่อศึกษาถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของการบริหารความเสี่ยงในแต่ละประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริหารความเสี่ยงในประเทศสหรัฐอเมริกามีความสมบูรณ์แบบ แต่ก็พบว่า ในขั้นตอนของการรายงานอุบัติการณ์มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากมีความหลากหลายของแบบฟอร์มการรายงาน ซึ่งการรายงานจะขึ้นอยู่กับว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย หรือบุคลากรพยาบาล การรายงานอุบัติการณ์จะแสดงรายละเอียดมากในแต่ละเหตุการณ์ แต่ก็มีข้อดีคือ ง่ายต่อการค้นหา และติดตาม แต่ทำให้พยาบาลผู้มีหน้าที่รายงานอุบัติการณ์มีภาระงานที่มากขึ้น โดยเฉพาะถ้าไม่คุ้นเคยกับนโยบายของการรายงานอุบัติการณ์ จึงทำให้พยาบาลไม่บันทึกทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยจะเลือกเฉพาะเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงเท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในระบบความปลอดภัยได้ ส่วนในประเทศไต้หวันกลับพบว่าระบบการรายงานอุบัติการณ์มีความเรียบง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งช่วยส่งเสริมให้มีการรายงานตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่จุดอ่อนของการบริหารความเสี่ยงในประเทศไต้หวันก็คือ บุคลากรได้รับการพัฒนาไม่เพียงพอ กระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ภายใต้การดูแลของผู้บริหารทางการแพทย์ด้านการประกันคุณภาพซึ่งมีความสามารถเฉพาะทางด้านการบริหารความเสี่ยงน้อย เมื่อเกิดคดี หรือเหตุการณ์การฟ้องร้องเกิดขึ้น ผู้บริหารต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากองค์กรภายนอก ทำให้เวลาในการดูแลเอาใจใส่หน่วยงานลดลง

ชวไล ชุ่มคำ (2545) ทำการวิจัยแบบการทดลองเบื้องต้น โดยศึกษาในกลุ่มเด็ววัดก่อน และหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง แนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยและแบบตรวจเยี่ยมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามดัชนีประยุต์ (เอ็ม อี คิว) วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.746 ค่าดัชนีความยากของแบบสอบถามเท่ากับ 0.43 ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.75 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่ ผลการวิจัยสรุปได้ว่าความสามารถในการ

จัดการความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการฝึกอบรมการป้องกันความเสี่ยงด้านการบริหารยา และเวชภัณฑ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัชฌิตา สุทธิสุทธิ์ (2550) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพปรับทราบนโยบายในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรพยาบาลจากการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับ โรงพยาบาลและการประชุมหน่วยงาน 2) องค์กรพยาบาลนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลและนำกระบวนการมาใช้ในการปฏิบัติงานตามแนวทางของคณะกรรมการความเสี่ยงกำหนด 3) พยาบาลวิชาชีพรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการบริหารความเสี่ยง 2 ด้านคือ ด้านกระบวนการ เรื่อง การไม่เขียนใบอุบัติการณ์ และการไม่ได้รับการตอบสนองจากการรายงานอุบัติการณ์และด้านบุคลากรเรื่อง การขาดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง การไม่ให้ความร่วมมือและความรู้สึกละเลยและกำลังใจ และ 4) พยาบาลวิชาชีพให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงดังนี้ ควรมีการอบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนและทุกระดับ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ ควรมีการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องทันที และแจ้งข่าวก้าวหน้าในการดำเนินการ ควรมีการส่งเสริมและให้กำลังใจโดยผู้บริหารมารับฟังปัญหาและเข้าใจบุคลากรเมื่อเกิดปัญหา

โรงพยาบาลหาดใหญ่ (2551) ศึกษาโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วย รวมทั้งศึกษาปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ แบบบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยงของหอผู้ป่วย 17 หอ จำนวน 136 ฉบับ และผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 160 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) คู่มือการบริหารความเสี่ยง 2) แผนการดูแลผู้ป่วย 3) แบบบันทึกการเฝ้าระวังความเสี่ยง และ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง กระบวนการศึกษาเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์วางแผน ปฏิบัติ และสังเกต พร้อมรวบรวมข้อมูลสะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไขโดยใช้กระบวนการวิจัยใน 3 วงจร ประกอบด้วย วงจรการกำหนดมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติ วงจรการปรับวิธีการที่เหมาะสมและพัฒนาคุณภาพงาน และวงจรระบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการศึกษาพบว่า 1) การใช้คู่มือ

การบริหารความเสี่ยง และแผนการดูแลผู้ป่วยมีการปรับปรุงให้เหมาะสมทุกวงจร 2) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ส่วนใหญ่ลดลง ได้แก่ การได้รับยา/สารน้ำ/เลือดผิด การให้การพยาบาลผิดคน การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 การกลับเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อาบน้ำ การเกิดข้อร้องเรียน และการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนอุบัติการณ์ที่ไม่ลดลง ได้แก่ การหนีกลับ และการตกเตียง/ลื่นล้ม 3) บุคลากรพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงก่อนและหลังการศึกษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 และ 4) ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ภาวะผู้นำทางการพยาบาล ความร่วมมือของบุคลากรในองค์กรการบริหารแบบกระจายอำนาจ บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางระบบ ให้การสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยมากและระดับของความเจ็บป่วย ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และทัศนคติของบุคลากรต่อการรายงานอุบัติการณ์กลยุทธ์หลักที่ใช้ คือ 1) การทำงานเป็นทีม 2) การประชุมปรึกษาและให้ความรู้ 3) การจัดระบบสนับสนุน 4) การสร้างความเชื่อถือ และ 5) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล (2553) ทำการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการรวบรวมข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธีประกอบด้วยการศึกษาจากเอกสาร และข้อมูลสารสนเทศ การสัมภาษณ์รายบุคคลแบบกึ่งโครงสร้าง และการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2552 ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ จำนวน 1 คน ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 4 คน และบุคลากรพยาบาลทุกระดับของหอผู้ป่วย จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์รายบุคคลและสำหรับการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง ลักษณะแนวคำถามเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนของ อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน พร้อมแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ รวบรวมข้อมูลโดยผู้ศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์และดำเนินการประชุมกลุ่มระดมสมองด้วยตนเอง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลประกันคุณภาพและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของหอผู้ป่วยเป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล และกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) การค้นหาความเสี่ยง โดยจาก การรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของหอ

ผู้ป่วยอื่น และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย แต่การศึกษาพบปัญหาในขั้นตอนของการรายงานอุบัติการณ์คือ การรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า ซึ่งเนื่องมาจากบุคลากรพยาบาลไม่มีเวลาเขียนรายงานอุบัติการณ์ ในช่วงเวลาที่ปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้เขียนในทางลบ และบุคลากรพยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ 2) การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง ประกอบด้วย การควบคุมความเสียหาย ได้แก่ การแก้ไขเหตุการณ์เบื้องต้น การประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ การวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ และการจัดทำแผนบัญชีรายชื่อความเสี่ยง จากการศึกษา พบปัญหาในขั้นตอนการร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของเหตุการณ์ คือ การสื่อสารไม่พอเพียง เนื่องจากการสื่อสารช่องทางเดียวในช่วงเวลาการประชุมปรึกษาหารือตอนเช้าวันราชการ ซึ่งมีความจำกัดทางด้านเวลา และจำนวนบุคลากรที่ร่วมรับฟัง 3) การจัดการความเสี่ยง ได้แก่ การป้องกันความเสี่ยงโดยการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน การมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยง การจัดทำแผนการดำเนินงาน การสื่อสารข้อมูลความเสี่ยง การให้ความรู้แก่บุคลากร และการลดความเสี่ยงโดยการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ด้วยความเอาใจใส่ และการรายงานรายละเอียดของเหตุการณ์ ซึ่งมีการดำเนินการใน 2 ลักษณะคือกรณีที่เกิดขึ้นได้เองในหน่วยงาน และกรณีที่ต้องแก้ไขพร้อมสายงาน จากการศึกษาพบปัญหาคือ การสื่อสารไม่พอเพียง การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ และ 4) การประเมินผลโดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยพบว่ามีปัญหาด้านการสื่อสารที่ไม่พอเพียง

อนงค์ จันทร์หอม (2554) ทำการศึกษาเพื่ออธิบายสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง และศึกษาแนวทางในการแก้ไขปัญหาคือเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย ทีมคณะกรรมการของบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและพนักงานประจำห้องคลอด จำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพของงานห้องคลอดและงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 8 คน รวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาจากเอกสารข้อมูลสารสนเทศ การสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย 1) การรายงานอุบัติการณ์ลดลง 2) การประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงไม่ถูกต้อง 3) แนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุม 4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่พอเพียง 5) การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 6) การสื่อสารไม่พอเพียง และ 7) การติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง โดย

- 1) การพัฒนากลยุทธ์ในการกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลเขียนรายงานอุบัติการณ์
- 2) การจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงให้ครอบคลุม
- 3) การให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพ
- 4) การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 5) การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงาน และ
- 6) การมอบหมายให้บุคลากรพยาบาลติดตามประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ

### กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้น คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลตลอดจนการศึกษาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการบริหารความเสี่ยงเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง