

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
  - 1.1 ความหมายของความเสี่ยง
  - 1.2 ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
  - 1.3 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง
  - 1.4 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารความเสี่ยง
  - 1.5 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
  - 1.6 เครื่องมือพัฒนาคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง
  - 1.7 บทบาทผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ในปี ค.ศ. 1991 การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้น ได้มีการนำเอาการบริหารความเสี่ยงมาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการประกันคุณภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถลดความเสี่ยงต่างๆ ลงได้ ในปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงจึงมีขอบเขตที่ขยายกว้างขึ้น และครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้ (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล, 2545)

1. การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ
2. ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย การใช้จ่าย หรือการทำหัตถการ
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และผู้ให้บริการ

4. การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่
5. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
6. การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในการค้นหา ฝ้าระวัง และจัดการ เพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยง
7. ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้น
8. สร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพ

### ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยง (risk) มีผู้ให้ความหมาย หรือคำจำกัดความของความเสี่ยงไว้หลายท่าน ดังนี้  
 กฤษดา แสงดี (2542) ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่างๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543) ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

โดยสรุป ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีโอกาสที่จะเกิดความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การเกิดอันตราย ความเสียหาย การบาดเจ็บ หรือเกิด ความสูญเสีย ทำให้เกิดการชดใช้ค่าเสียหาย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อ ทั้งทาง กายภาพ ทางอารมณ์ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

### ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใน โรงพยาบาล อาจเกิดขึ้น ได้ทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ รวมทั้งทรัพย์สินของโรงพยาบาล ดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543) ได้จำแนกความเสี่ยงหรือความสูญเสียใน โรงพยาบาลมี 7 ประการ ดังนี้

- 1) ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
- 2) การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3) การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ ไม่ว่าจะรายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4) การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ ของเจ้าหน้าที่หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล

5) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูงการบาดเจ็บไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

6) การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้นรวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

7) ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลทั้ง 7 ประการข้างต้นล้วนมีความสำคัญเท่าเทียมกัน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่อาจจะส่งผลให้โรงพยาบาลต้องจ่ายชดเชยค่าเสียหาย การฟ้องร้องของผู้ป่วย อาจจะทำให้โรงพยาบาลต้องเสียชื่อเสียงในชุมชน การบริหารความเสี่ยงจึงต้องคำนึงถึงความเสียหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้น

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543) ได้จำแนก ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยมี 4 ประเภท ดังนี้

1) ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การถื่นหกล้ม การตกเตียง การดิคเชื้อ การตัดอวัยวะหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น และ การทำร้ายร่างกาย

2) ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่มองไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้หรือความไม่เป็นส่วนตัว

3) ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การเปิดเผยผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

4) ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ทั้งหมดหรือได้เสมอไป ความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเช่นเดียวกับส่วนหนึ่งของชีวิตคนเรา จุดมุ่งหมายของการบริหารความเสี่ยงคือ การรับรู้

และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยง อาจทำได้ 2 แนวทาง คือการควบคุมความเสี่ยง (risk control) และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (risk financing) ดังนี้ (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2543)

1. การควบคุมความเสี่ยง (risk control) เป็นความพยายามที่จะหยุด หรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ดังนี้

1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือ การที่บุคคลหรือองค์กรยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การที่สูติแพทย์ยุติการทำคลอด

2) การฟ้องถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) คือ การที่มอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเอกซเรย์นอกสถานที่ก็เป็นการฟ้องถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดไปให้ด้วย

3) การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้วัสดุทนไฟและการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย

4) การลดความสูญเสีย (loss reduction) คือกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดเชย การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสียคือการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

5) การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่างๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ผลกระทบต่อองค์กรลดลง

2. การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (risk financing) มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล โรงพยาบาลอาจจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายไว้เองหรือฟ้องถ่ายไปให้ผู้อื่น การประกันภัยเป็นวิธีการหนึ่งของการฟ้องถ่ายความรับผิดชอบในการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลมักจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายสำหรับค่าชดเชยจำนวนไม่มาก ด้วยการจ่ายจากงบประมาณดำเนินการหรือตั้งเป็นกองทุนสำรองโรงพยาบาลอาจจะเข้าร่วมใน โปรแกรมประกันตนเอง (self-insurance) ซึ่งมีลักษณะผสมระหว่างการคงความรับผิดชอบ และการฟ้องถ่ายความรับผิดชอบให้ผู้อื่น อีกนัยหนึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงในกลุ่มสมาชิก การบริหารเงินชดเชยความสูญเสียไม่ใช่ทางเลือกเพื่อทดแทนการควบคุมความเสี่ยง ควรตระหนักว่าการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชย

ความสูญเสียเป็นกลยุทธ์ที่เสริมกันและกันซึ่งควรใช้กับความเสียหายทุกอย่างที่พบ นอกจากนี้การบริหารความเสี่ยงยังเป็นระบบที่ต้องจัดการกับจุดอ่อนของบุคคล และองค์กรให้ครอบคลุมทุกส่วน การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้รับผิดชอบทุกฝ่าย แม้ว่าจะไม่อาจขจัดความเสี่ยงให้หมดสิ้นไป แต่ความเสี่ยงก็เป็นสิ่งที่สามารถจัดการผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้

โดยสรุป การบริหารความเสี่ยง เพื่อการรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง ซึ่งอาจทำได้ 2 แนวทางคือ การควบคุมความเสี่ยง โดยการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การผ่อนถ่ายความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดความสูญเสีย การแบ่งแยกความเสี่ยง และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย

### ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง (risk management) มีผู้ให้ความหมาย หรือคำจำกัดความของการบริหารความเสี่ยงไว้หลายท่าน ดังนี้

กฤษฎา แสงวดี (2542) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการค้นหาความเสี่ยงและมีกระบวนการป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อลดอันตรายหรือเหตุร้ายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ และเพื่อลดโอกาสที่จะสูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ให้ความหมาย การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการในการบริหาร เพื่อลดโอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่เกิดจากทฤษฎีปฏิบัติ หรือการละเลย ซึ่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ให้ความหมาย การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

พัชฌดา สุภิสุทธิ (2550) ให้ความหมาย การบริหารความเสี่ยงหมายถึง กระบวนการในการจัดการเพื่อควบคุม ลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ทั้งต่อทรัพย์สิน บุคลากร ระบบการปฏิบัติงาน และต่อผู้รับบริการ รวมทั้งลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย และการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร

กล่าวโดยสรุปการบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกัน และลดโอกาส และปริมาณความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อบุคคล และองค์กร ซึ่งในที่นี้ใช้ความหมายของอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543)



## ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงจะประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้บริหารจะต้องสร้างกระบวนการเพื่อสนับสนุนให้เกิดการบ่งชี้ การประเมิน การจัดการ และการรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ ซึ่งปัจจัยที่ช่วยให้การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงขององค์กรประสบความสำเร็จมีดังนี้ (ไพรัชวอเดอ์เฮาศ์คูเปิร์ต, 2547)

1. การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การดำเนินการบริหารความเสี่ยง จะประสบความสำเร็จเพียงใดขึ้นอยู่กับ เจตนาารมณ์ การสนับสนุน การมีส่วนร่วม และความเป็นผู้นำของผู้บริหารระดับสูงในองค์กร โดยผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจในคุณค่าของการบริหารความเสี่ยงต่อองค์กร มิฉะนั้นแล้วการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ การบริหารความเสี่ยงต้องเริ่มต้นจากการที่ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรต้องการให้ระบบนี้เกิดขึ้น โดยกำหนดนโยบายให้มีการปฏิบัติ รวมถึงการกำหนดให้ผู้บริหารต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการตัดสินใจและบริหารงาน เป็นต้น

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

3. การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องขององค์กรที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง คือองค์กรที่สามารถนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาปฏิบัติอย่างทั่วถึงทั้งองค์กร และกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

4. กระบวนการในการบริหารการเปลี่ยนแปลงในการนำเอากระบวนการ และระบบบริหารแบบใหม่มาใช้ องค์กรจำเป็นต้องมีการบริหารการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาการบริหารความเสี่ยงก็เช่นเดียวกันที่จะต้องมีการชี้แจงให้ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนรับทราบถึงการเปลี่ยนแปลง และผลที่องค์กรและแต่ละบุคคลจะได้รับจากการเปลี่ยนแปลงนั้น

5. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ผู้บริหารได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลา และผู้บริหารสามารถจัดการกับความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ หรือตามการเปลี่ยนแปลง หรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ นอกจากนี้ ทำให้มีการติดตามแผนการจัดการความเสี่ยงต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการบริหารองค์กรและการจัดการ

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ  
ห้องสมุดงานวิจัย  
วันที่..... - 7 พ.ย. 2555  
เลขทะเบียน..... 250655

ความเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้องค์กรมีโอกาสในการบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากที่สุด ซึ่งการสื่อสารเกี่ยวกับกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงและวิธีปฏิบัติมีความสำคัญอย่างมาก เพราะการสื่อสารจะเน้นให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างการบริหารความเสี่ยงกับกลยุทธ์องค์กร การชี้แจงทำความเข้าใจต่อบุคลากรทุกคนถึงความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยง จะช่วยทำให้เกิดการยอมรับในกระบวนการและนำมาซึ่งความสำเร็จในการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง โดยควรได้รับการสนับสนุนทั้งทางวาจา และในทางปฏิบัติจากผู้บริหารระดับสูง

#### 6. การวัดผลการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 2 รูปแบบ

6.1 การวัดผลความเสี่ยงในรูปแบบของผลกระทบและโอกาสที่อาจเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้ความเสี่ยงเหลืออยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

6.2 การวัดผลความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง โดยอาศัยดัชนีวัดผลการดำเนินงาน ซึ่งอาจกำหนดเป็นระดับองค์กร ฝ่ายงาน หรือของแต่ละบุคคล การใช้ดัชนีวัดผลการดำเนินงานนี้อาจปฏิบัติร่วมกับกระบวนการด้านทรัพยากรบุคคล

7. การฝึกอบรม และกลไกด้านทรัพยากรบุคคล ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนในองค์กรควรต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เข้าใจหรือรอบการบริหารความเสี่ยง และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลในการจัดการความเสี่ยง ละสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง การฝึกอบรมในองค์กรควรต้องคำนึงถึงความแตกต่างกันของระดับความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง และความรู้ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงที่มีอยู่แล้วในองค์กร นอกจากนี้ บุคลากรใหม่ทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความเข้าใจในความรับผิดชอบต่อความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้วยเช่นกัน

8. การติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ขั้นตอนสุดท้ายของปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง คือการกำหนดวิธีที่เหมาะสมในการติดตามการบริหารความเสี่ยง การติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

8.1 การรายงาน และการสอนทานขั้นตอนตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง

8.2 ความชัดเจนและสม่ำเสมอของการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นของผู้บริหาร

8.3 บทบาทของผู้นำในการสนับสนุน และติดตามการบริหารความเสี่ยง

8.4 การประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินผลดำเนินงานที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

โดยสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงคือ การที่ผู้บริหารระดับสูงมีการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้บุคลากรทุกคนมีจุดหมายร่วมกันในการบริหารความเสี่ยงและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งมีการสื่อสาร และให้สนับสนุนในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร่วมกับการให้บุคลากรได้รับการอบรมความรู้เพื่อให้เข้าใจกรอบของกา

บริหารความเสี่ยง มีการวัดผลบริหารความเสี่ยง โดยอาศัยดัชนีวัดผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ คือ บทบาทของผู้บริหารในการกำหนดวิธีที่เหมาะสมในการติดตามผลการบริหารความเสี่ยง

### กระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk management process)

มีผู้เสนอแนวคิด กระบวนการในการบริหารความเสี่ยงไว้ดังนี้

อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, 2543 ได้อธิบายการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับวิลสัน (Wilson, 1992) คือกระบวนการหรือระบบบริหารซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล ดังนี้

#### 1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification)

การบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย เปรียบได้กับการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งมีเป้าหมายที่การพัฒนาตนเอง การค้นหาความเสี่ยงเป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหาเพื่อจัดการได้อย่างเหมาะสมในอนาคต หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองด้วยการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น และเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า ดังนี้

##### 1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เช่น

1) ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว แม้ว่าโรงพยาบาลจะยังไม่มีระบบบริหารความเสี่ยงในภาพรวม แต่ละหน่วยงานก็จะมีเก็บข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในหน่วยงานของตนอยู่แล้วในกระบวนการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานควรนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน

2) ประสบการณ์ของบุคคล โดยให้เจ้าหน้าที่ทั้งหมดในหน่วยงานได้มีโอกาสตอบแนวทางคำถาม อาจจะเป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล หรือการระดมสมองในกลุ่มแล้วนำมารวบรวมและสอบถามอีกรอบหนึ่ง เช่น ระบบบันทึกข้อมูลที่ควรนำมาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงาน และคำถามเพื่อการค้นหาความเสี่ยง

##### 1.2 เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นอาจทำได้จากการค้นหาวารสารวิชาการ/ อินเทอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดโดยองค์กรวิชาชีพ การติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ การสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ต้องลงทุนด้วยความสูญเสีย เป้าหมายของการเรียนรู้จากอดีตและการเรียนรู้จากผู้อื่นคือการสร้าง risk profile (บัญชีรายการความเสี่ยง) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงาน

### 1.3 เรียนรู้ในระหว่างการทำงาน

การค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานมีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญคือเพื่อการป้องกันปัญหาในอนาคต วิธีการที่ใช้ได้แก่ การรายงานผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วย (adverse patient occurrence) ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ (incident reporting) การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening) หรือการรายงานเหตุการณ์ (occurrence reporting) ดังนี้

1) รายงานอุบัติการณ์ (incident reporting) เป็นรายงานที่ใช้กันมากที่สุด บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับการเกิดเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์และนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา

2) การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening) เป็นการรายงานความเสี่ยงที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ค่าใช้จ่ายสูง เพราะเป็นลักษณะของการวิจัย จะมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48-72 ชั่วโมง โดยทีมผู้คัดกรอง ซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับคุณภาพความเสี่ยงและเครื่องชี้วัด หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยก็จะถูกส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อตัดสินใจว่าจำเป็นต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่ จากนั้นจะถูกส่งไปยังหัวหน้าแผนกเพื่อทบทวนและดำเนินการตามความเหมาะสม

3) การรายงานเหตุการณ์ (occurrence reporting) หรือรายงานอุบัติการณ์ตามรายการที่กำหนด (structured incident report) เป็นระบบรายงานซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนถูกสอนให้ตระหนักและรายงานเหตุการณ์ที่ระบุไว้จำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ (occurrence) บัญชีรายการเหตุการณ์นี้จะต้องเป็นที่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่จะรายงาน มีจำนวนเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะทำได้ ทุกคนจะต้องรับทราบและได้รับการคาดหวังว่าจะรายงานเหตุการณ์เหล่านี้ ผู้บริหารต้องพิจารณาว่าจะใช้ระบบที่มีอยู่ให้เต็มศักยภาพได้อย่างไร เช่น การทำแบบฟอร์มให้ง่ายขึ้น การแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่รายงานไปนั้นได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ การให้ข้อมูลกลับ (feedback) มายังเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นวิธีการที่แนะนำให้ทำคือการสร้าง occurrence report system หรือ structured incident report system ซึ่งเป็นของโรงพยาบาล โดยรวบรวมบัญชีรายการอุบัติการณ์จากทุกหน่วยงานมาเป็นบัญชีเดียวกัน และให้ทุกหน่วยงานมีหน้าที่รายงานตามแบบบันทึกที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้นหน่วยงานอาจจะเพิ่มเติมบัญชีรายการอุบัติการณ์มีลักษณะเฉพาะเจาะจงและไม่ปรากฏในบัญชีรายการของโรงพยาบาลด้วยก็ได้

## 2. การประเมินความเสี่ยง (risk assessment)

การประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยงที่รวบรวมได้จาก



ค้นหา ทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินในปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้า ด้วยการพิจารณาความเสียหาย หรืออันตรายที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงเหล่านั้นใน ขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยงจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมเหล่านี้ คือ

1) การสืบสวนหาข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด ด้วยการพิจารณาความถี่ ความรุนแรงของอันตรายและความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ต้องพิจารณาหาสาเหตุ ผลลัพธ์ที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานและองค์กร ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดเหตุการณ์และ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ลักษณะของการรายงาน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บริหารหรือคณะกรรมการจัดการภาวะเสี่ยง ความช่วยเหลือที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการในการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2) การจัดทำแฟ้มรายชื่อภาวะเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน เป็นการรวบรวมอันตราย หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาที่จะเกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน โดยรายชื่อภาวะเสี่ยงนี้ต้องครอบคลุมภาวะเสี่ยงทั้ง 2 ลักษณะ คือ ภาวะเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปในหน่วยงาน และภาวะเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่น ข้อมูลที่รวบรวมลงในแฟ้มบัญชีรายชื่อภาวะเสี่ยงในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย ชนิดของอันตราย การบาดเจ็บ หรือความเสียหายที่มีต่อบุคลากร รวมทั้งความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์แต่ละชนิด

3) การปรับปรุงรายชื่อภาวะเสี่ยงต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งภาวะเสี่ยงที่มีความสำคัญของหน่วยงาน ไม่ควรให้ภาวะเสี่ยงที่ได้จากการค้นพบใหม่บดบังการจัดการกับภาวะเสี่ยงที่มีมาแต่เดิมซึ่งมีความสำคัญอยู่ เช่น อันตรายของแผนกรังสีรักษา คือ การได้รับรังสีจึงมีการป้องกันหลายประการในหน่วยงานให้แก่บุคลากร แต่จากการปฏิบัติงานพบว่า มีผู้ป่วยสิ้นหวังหรือตกเตียงบ่อยมาก ซึ่งในการจัดการภาวะเสี่ยงใหม่นี้ ไม่ควรลืมการป้องกันอันตรายจากรังสี ที่เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง การประเมินภาวะเสี่ยงจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การจัดการกับภาวะเสี่ยง เมื่อประเมินภาวะเสี่ยงได้แล้วควรจัดลำดับความสำคัญของภาวะเสี่ยงที่ต้องการควบคุมหรือแก้ไข เพื่อนำไปสู่การจัดการที่ดีต่อไป

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

การจัดการความเสี่ยงเป็นขั้นตอนการหาแนวทางหลายแนวทางที่สามารถจะช่วยจัดการกับภาวะเสี่ยงแต่ละชนิดที่ได้จากการค้นหาตามลำดับความสำคัญของภาวะเสี่ยงให้ได้มากที่สุด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความสามารถของหน่วยงานและงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการกับภาวะเสี่ยง ซึ่งแนวทางในการปฏิบัตินั้น ได้มาจากการเลือกใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการจัดการกับภาวะเสี่ยง ได้แก่

3.1 การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง (risk avoidance) เป็นการเลือกที่จะไม่ปฏิบัติกิจกรรมซึ่งมีโอกาสจะทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงได้ เนื่องจากภาวะเสี่ยงนั้นไม่สามารถกำจัดและส่งต่อให้หน่วยงานอื่นจัดการได้ เช่น การงดใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่มีการชำรุดของข้อต่อหรือสายไฟ การงดใช้สารเคมีที่มีอันตรายร้ายแรงต่อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

3.2 การส่งต่อภาวะเสี่ยง (risk transfer) เป็นการเลือกที่จะไม่จัดการภาวะเสี่ยงด้วยตนเอง แต่ส่งมอบให้หน่วยงานที่มีความสามารถในการจัดการภาวะเสี่ยงได้ดีกว่า เป็นผู้จัดการกับภาวะเสี่ยงนั้น เช่น การจ้างเหมาให้บริการซ่อมบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน เป็นต้น

3.3 การป้องกันภาวะเสี่ยง (risk prevention) เป็นการป้องกันภาวะเสี่ยงเนื่องจากภาวะเสี่ยงไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ โดยการหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น การใส่เสื้อตะกั่วเพื่อป้องกันรังสีเอกซเรย์ การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานหรือการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เป็นต้น

3.4 การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) เป็นการดูแลแก้ปัญหาโดยฉับพลันภายหลังมีเหตุการณ์เกิดขึ้น และมีอันตรายหรือเกิดการบาดเจ็บต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยการให้ความอบอุ่น อำนวยความสะดวกสบาย ให้ข้อมูลแก่บุคลากรหรือผู้ป่วย ด้วยการสื่อสารที่ดี และความเข้าใจที่ดีต่อกัน

3.5 การแบ่งแยกทรัพย์สิน (asset segregation) เป็นการจัดแบ่งทรัพย์สินออกเป็นหลายส่วน เพื่อให้มีระบบสำรองทรัพย์สินไว้ใช้ในกรณีที่มามีภาวะเสี่ยงซึ่งอาจมีอันตราย หรือการสูญเสียมากขึ้นต่อบุคคลหรือระบบการปฏิบัติงาน เช่น การจัดหน่วยสำรองอุปกรณ์การแพทย์ หน่วยสำรองเครื่องมือผ่าตัด เป็นต้น

แต่ละหน่วยงานจะต้องระบุความเสี่ยงและวิธีการจัดการกับความเสี่ยงดังกล่าว การจัดทำรายการสรุปของหน่วยงานดังตัวอย่างข้างล่างจะได้ประโยชน์คือ ทำให้เห็นชัดเจนว่ามีความเสี่ยงอะไร ทำให้หน่วยงานต้องพิจารณาว่ามีมาตรการในการควบคุมหรือป้องกันอย่างไร มาตรการเหล่านั้นเพียงพอหรือไม่ นอกจากนี้การเลือกกลยุทธ์เพื่อจัดการกับภาวะเสี่ยงแต่ละชนิด ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับเป้าหมายของการจัดการภาวะเสี่ยง และความสามารถของบุคลากรหรือหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ช่วยลดความเสียหาย ลดค่าใช้จ่าย และลดโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น บุคลากรทางการแพทย์อาจได้รับบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์ผู้จัดการภาวะเสี่ยงใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะเสี่ยง ด้วยการจัดให้มีการดูแลและบำรุงรักษาโดยบริษัทผู้ให้บริการอุปกรณ์ดังกล่าว และจัดอบรมบุคลากรให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมืดังกล่าวปีละ 1 ครั้ง หรือในกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับบาดเจ็บที่หลังจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเครื่องมือ ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะเสี่ยงด้วยการจัดหาเทคนิควิธีการปฏิบัติที่ดีให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการยก หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

เมื่อสามารถเลือกกลยุทธ์ได้แล้ว ผู้จัดการภาวะเสี่ยงต้องมีการติดต่อสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับได้รับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนักต่อการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย จัดเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ให้แก่บุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ และจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานของหน่วยงานรวมทั้งคอยควบคุม และตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่บุคลากรให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างสะดวก และถูกต้อง

#### 4. การประเมินผล (evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้บริหารต้องเชื่อมโยงผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการภาวะเสี่ยงกับตัวชี้วัดของหน่วยงาน และระบบการประกันคุณภาพโดยกิจกรรมที่ผู้จัดการภาวะเสี่ยงควรปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ได้แก่

4.1 การติดตามผลของการจัดการภาวะเสี่ยง จากตัวชี้วัดภาวะเสี่ยงของหน่วยงานเป็นประจำทุกเดือนด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการภาวะเสี่ยง เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ และรายงานข้อร้องเรียนของบุคลากรทางการแพทย์

4.2 เปรียบเทียบผลการจัดการภาวะเสี่ยงกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ ด้วยการทบทวน ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะเสี่ยงเป็นประจำทุกเดือน และทุกปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติเหตุซ้ำรวมทั้งการมีมาตรการในการป้องกันภาวะเสี่ยงมากกว่าที่จะดูแลแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุ กล่าวคือ ต้องนึกถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ และการเกิดอุบัติเหตุซ้ำทั้งที่มีกา ป้องกันแล้ว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ นั้น

4.3 ประเมินวิธีการในการจัดการภาวะเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ด้วยการพิจารณา ความเหมาะสม ประสิทธิภาพของวิธีปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการภาวะเสี่ยงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่มีการเกิด อุบัติการณ์ชนิดเดียวกันซ้ำอีก

การประเมินผลในระดับแผนกจะเชื่อมโยงกลับไปเครื่องชี้วัดและระบบประกัน คุณภาพ กิจกรรมการประเมิน มีดังนี้

1. การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน
2. การทบทวนประสิทธิภาพเบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดย ให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติเหตุซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแลแนวโน้มของ การเกิดอุบัติเหตุ คำถามที่ต้องถามคือ

- 1) อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว
- 2) อุบัติการณ์นี้เป็นเหตุการณ์เดี่ยว (isolated incident) หรือเป็นเรื่องของระบบ

มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีกได้หรือไม่

3. การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่ เพิ่มขึ้นหรือไม่

ส่วนการอธิบายของกฤษฎา แสงวงศ์ (2542) ได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารความ เสี่ยงที่สอดคล้องกับ ริดลีย์ (Ridley, 1994) คือกระบวนการบริหารความเสี่ยงต้องดำเนินการอย่างเป็น ระบบ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการหลัก 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 ทั้งความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หรือในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพ

1.1.2 การประเมินความเสี่ยง โดยการใช้รายงานอุบัติการณ์ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบเกี่ยวกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมของอุบัติการณ์ รวมทั้งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และประเมินว่าอุบัติการณ์นั้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บ อันตราย ความเสียหายแก่ผู้ป่วยรุนแรงเพียงใด นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องที่เป็นอันตรายต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

1.2 การจัดการแก้ไขความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ คือ การมุ่งลดผลกระทบที่เกิดจากความเสี่ยงนั้นในทันที เช่น การให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ การเอาใจใส่พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการรายงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การรายงานแพทย์ และต้องมีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

1.3 การประเมินผลความเสี่ยง โดยการติดตามประเมินผลของการจัดการกับความเสี่ยงว่าลดลง หรือหมดไปหรือไม่ หากยังมีความเสี่ยงอยู่ต้องปรับปรุงวิธีการจัดการกับความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันความเสี่ยง คือ การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทั้งโรงพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง ร่วมกับการดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ซึ่งกระทำได้โดย

2.1 การเฝ้าระวังความเสี่ยง และคุณภาพในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แลต่อเนื่องจากการติดตามรายงานเฝ้าระวัง

2.2 การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

2.3 การกำหนดแนวทาง หรือวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เป็นประเด็นทางจริยธรรม หรือเรื่องที่มีกจะเกิดความผิดพลาดและมีวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย จึงต้องมีการกำหนดให้ชัดเจน และประเมินว่าแนวทางที่กำหนดนั้นมีความเหมาะสม หรือประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด

3. การลดความเสี่ยง (risk reduction) มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยจำกัด หรือควบคุมการสูญเสียต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งได้เกิดขึ้นแล้ว ความผิดพลาด หรือความบกพร่องจะสามารถลดลงไปได้หากสามารถค้นพบความเสี่ยงต่างๆ ได้โดยเร็ว กิจกรรมที่ควรดำเนินการที่สามารถลดความเสี่ยงได้ มีดังนี้

3.1 การสร้างจิตสำนึกให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญที่จะลดความขัดแย้งต่างๆ ที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยง หรือความเสียหาย เพราะความเสี่ยงส่วนใหญ่มักเกิดจากความไม่วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ

3.2 การฝึกอบรมบุคลากรให้มีทักษะในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพและทักษะการจัดการกับความเสี่ยง เนื่องจากการมีทักษะการสื่อสารที่ดี บวกกับการมีความรู้อย่างเพียงพอในการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจ

3.3 การจัดระบบการรายงาน และเฝ้าระวังความเสี่ยงให้ไวต่อปัญหา และพร้อมที่จะแก้ไขทันที

3.4 การสร้างระบบที่จะตอบสนองต่อคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการที่รวดเร็วเพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณค่าความคิดเห็นของเขามีค่า

จากกระบวนการการบริหารความเสี่ยงที่ได้ทบทวน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกกระบวนการการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543) เป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากพิจารณาเห็นว่าแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล ได้กล่าวถึงกระบวนการปฏิบัติในการจัดการภาวะเสี่ยงที่มีความชัดเจน ต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ประกอบกับเป็นแนวคิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเพื่อขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

### เครื่องมือพัฒนาคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีแผนดำเนินการบริหารความเสี่ยง โดยกำหนดกลยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยงไว้ 3 ข้อ และในกลยุทธ์ข้อที่ 1 ได้แก่ ไม่หยุดใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ และการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายคือ ทุกทีมสหสาขาวิชาชีพ/หน่วยงานมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมทบทวนต่างๆ และสร้างซึ่งเครื่องมือคุณภาพสำคัญ โดยได้กำหนดกิจกรรมหลัก ได้แก่ ส่งเสริมให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการด้านวัฒนธรรมคุณภาพ เช่น การค้นหาความเสี่ยง การใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ เช่น clinical tracer RCA AE/triggle tool proxy diseases การทบทวนต่างๆ และ C3THER (เอกสารแผนดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2553) ผู้ศึกษาขอเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพบางชนิดพอสังเขป ดังต่อไปนี้

### 1. clinical tracer หรือตัวตามรอยทางคลินิก

clinical tracer หรือ ตัวตามรอยทางคลินิก คือ สภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตาม ประเมินผลคุณภาพในแง่มุมต่างๆ เช่น โรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น การตามรอยคุณภาพให้ครอบคลุม ควรดูทั้งในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และกระบวนการทำงาน ในเรื่องสารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา และการทำงานกับชุมชน เป็นต้น (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

#### แนวทางการใช้ clinical tracer

การใช้ clinical tracer ตามรอยคุณภาพ โดยหัวข้อหลักในการทบทวน ได้แก่ บริบท ประเด็นสำคัญ เป้าหมาย และเครื่องชี้วัดสำคัญ กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ และแผนการ พัฒนาต่อเนื่อง ให้พิจารณาตามลำดับขั้นต่อไปนี้อย่างเชื่อมโยง ดังนี้

- 1) โรค/ หัตถการ/ กลุ่มเป้าหมาย
- 2) เรื่องนี้กับโรงพยาบาลของเรามีอะไรน่าสนใจ
- 3) ประเด็นสำคัญของเรื่องนี้ 2-5 ประเด็น
- 4) เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้/ งานนี้ (ตามประเด็นสำคัญ)
- 5) ตัวชี้วัดสำคัญ (ตามเป้าหมาย)
- 6) กระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรลุเป้าหมาย ขั้นตอนใดสำคัญมาก ทำได้ดี หรือไม่ คืออย่างไร จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- 7) กระบวนการพัฒนาคุณภาพใช้แนวคิด และเครื่องมืออะไร ไปบ้าง อะไรยังไม่ได้ใช้ ควรจะนำมาใช้หรือไม่อย่างไร
- 8) ระบบหรือองค์ประกอบอื่นๆ ที่สำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย มีอะไร ควรปรับปรุงอย่างไร แนวทางการทบทวน และเขียนสรุป

#### ประโยชน์ของ clinical tracer

- 1) การใช้ clinical tracer ช่วยให้ทีมงานสามารถนำสิ่งที่ป็นรูปธรรมชัดเจนมา พิจารณาคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ได้ดีกว่าการพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะกว้างๆที่ใช้กับผู้ป่วยหลายประเภท
- 2) เนื่องจากมีความชัดเจนกับสิ่งที่สัมผัสในชีวิตการทำงานประจำวัน การใช้ clinical tracer ช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพเข้าร่วมพิจารณาทบทวน และเห็นโอกาสพัฒนา ที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกได้ง่าย



3) สามารถใช้ clinical tracer ในการตามรอยคุณภาพได้ในทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ เช่น กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบอื่นๆ เป็นต้น

## 2. RCA: root cause analysis

RCA: root cause analysis หมายถึง การวิเคราะห์ต้นเหตุ หรือบ่อเกิดที่ทำให้เกิดปัญหา (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

RCA เป็นการค้นหาปัจจัยที่เป็นรากของปัญหา หรือสาเหตุพื้นฐานของความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง หรือเหตุการณ์เกือบพลาด โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบ และกระบวนการนั้นๆ เพื่อหาโอกาสปรับปรุงระบบ การกำหนดแนวทางป้องกัน เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ

### เทคนิคการทำ RCA มีดังนี้

1) การทำ RCA อย่างง่าย โดยการนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาเข้าตารางวิเคราะห์ร่วมกัน โดยการใช้แผนภูมิต้นไม้แล้วจึงนำไปแก้ปัญหา

2) การวิเคราะห์เชิงระบบตามแนวคิดของ JCAHO โดยการนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาเข้าตารางโดยการตั้งคำถาม why-why ตามกรอบแนวคิดของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

#### 1. ชื่อเหตุการณ์

1.1 บรรยายสรุปเหตุการณ์

#### 2. ภูมิหลังของเหตุการณ์

2.1 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีการวางระบบอย่างไร (ใส่ flow chart ถ้าสามารถทำได้)

2.2 มีการดำเนินการอะไรที่แตกต่างไปจากระบบที่วางไว้จึงทำให้เกิดปัญหา (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าใช่โปรดระบุสิ่งที่ดำเนินการแตกต่างไปจากระบบ และผลที่เกิดขึ้น

2.3 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลที่เกิดจากการกระทำ/ไม่กระทำ ของบุคลากรหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าใช่ โปรดระบุสิ่งที่ทำ และผลที่เกิดขึ้น

2.4 ความบกพร่องของเครื่องมือเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของเหตุการณ์หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าใช่ โปรดระบุเครื่องมือที่บกพร่อง และผลที่เกิดขึ้น

2.5 กิจกรรมหรือการรักษาพยาบาลในเหตุการณ์นี้ดำเนินการในสถานที่ปกติที่ควรเป็นหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าใช่ โปรดระบุเหตุผลว่าทำไมจึงไม่ทำในสถานที่ปกติ

2.6 บุคลากรได้รับอนุญาต/มีความสามารถเพียงพอในการทำกิจกรรมหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าใช่ โปรดระบุความสามารถเพิ่มเติม

2.7 บุคลากรมีจำนวน/คุณสมบัติเพียงพอหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าไม่ โปรดระบุเหตุผล

2.8 บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นประจำหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าไม่ โปรดระบุเหตุผลที่ไม่ได้ประเมินการปฏิบัติงานเป็นประจำ

2.9 บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อรับผิดชอบปฏิบัติการกิจกรรมในการป้องกันเหตุการณ์นั้นๆ หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าไม่ โปรดระบุการอบรมที่ไม่เพียงพอ

### 3. ข้อมูล และการสื่อสาร

3.1 ความสับสนของข้อมูล และการสื่อสาร เป็นสาเหตุของปัญหาหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าใช่ โปรดระบุข้อมูลที่สับสน

3.2 การขาดการติดต่อสื่อสารเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าใช่ โปรดระบุสิ่งที่ขาด

### 4. สิ่งแวดล้อม

4.1 สิ่งแวดล้อมอะไรบ้างที่อาจส่งผลต่อเหตุการณ์หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าใช่ โปรดระบุ

### 5. วัฒนธรรมองค์กร

5.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ มีส่วนร่วมในการตรวจสอบเหตุการณ์หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าไม่ โปรดระบุเหตุผลว่าทำไมจึงไม่

5.2 หัวหน้าฝ่าย/ผู้ตรวจการพยาบาล/แพทย์ มีส่วนร่วมในการทบทวนการตรวจสอบหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าไม่ โปรดระบุบทบาทของแต่ละท่าน

### 6. สาเหตุอื่นๆ

6.1 ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าไม่ โปรดให้รายละเอียด

3) การประยุกต์เทคนิค FMEA และ Six Sigma มาใช้ในการวิเคราะห์โดยการนำกระบวนการทำงานมาทำการวิเคราะห์

#### ประโยชน์ของการทำ RCA

RCA ช่วยให้องค์กรมองเห็นจุดเสี่ยง หรือจุดอ่อนในกระบวนการ การหาสาเหตุที่อยู่เบื้องหลัง และแนวทางแก้ไขปรับปรุง ซึ่งองค์กรที่ทำ RCA อย่างต่อเนื่อง และทบทวนระบบต่างในเชิงรุก จะลดโอกาสการเกิดความเสียหายได้อย่างชัดเจน

### 3. FMEA: Failure Mode and Effect Analysis (การป้องกันข้อบกพร่องเชิงระบบ)

FMEA: Failure Mode and Effect Analysis หมายถึง การวิเคราะห์กระบวนการที่อาจเกิดข้อบกพร่อง หาสาเหตุความบกพร่อง และแนวทางแก้ไขให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

องค์ประกอบสำคัญในการเริ่มใช้กระบวนการ FMEA ควรกำหนดคณะทำงานที่เหมาะสมโดยกำหนดให้มี ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ประสานงาน (facilitator) ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญในกระบวนการที่วิเคราะห์ และเข้าใจเทคนิคการวิเคราะห์กระบวนการได้เป็นอย่างดี
- 2) หัวหน้าทีม (team leader) ผู้ที่มีความเข้าใจในการทำงานและสามารถสั่งงานได้
- 3) สมาชิกทีม ต้องมีคุณสมบัติที่เหมาะสม เข้าใจในการดำเนินงานของ FMEA และมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับปรุงงาน

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) การทบทวนกระบวนการต่างๆ เช่น ขั้นตอนการดำเนินงาน ข้อบกพร่อง (สิ่งที่อาจผิดพลาด) สาเหตุข้อบกพร่อง และผลที่อาจเกิดจากการบกพร่องนั้น
- 2) การหาสาเหตุรากเง้าของข้อบกพร่องอาจเป็นสิ่งสำคัญ ต้องค้นหาให้พบถึงสาเหตุจากกายภาพ และสาเหตุใหญ่ๆ ทั่วไป (component causes) สาเหตุจากการตัดสินใจของคน (decision roots) หรือสาเหตุจากระบบการทำงานขององค์กร (deficiencies in organization)

#### ขั้นตอนการทำ FMEA มีดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการไหลที่เป็นกระบวนการที่ดีที่สุด โดยการสร้างแผนภูมิไหลเพื่อแสดงแนวคิดของกระบวนการซึ่งบ่งชี้ถึงลักษณะ หรือกระบวนการที่สอดคล้องกันในแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติงาน

#### ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติในปัจจุบัน

2.1 โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์หว่าปัจจุบันทำได้ดีหรือไม่ มีบางอย่างที่ไม่จำเป็นต้องกำจัดออกจากกระบวนการที่ไม่สะดวกต้องนำมารวมกัน หรือจัดลำดับใหม่บางกระบวนการที่มีวิธีทำงานซับซ้อน เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย อาจหาวิธีการทำงานที่ง่ายที่สุดมาทดแทนได้

2.2 ประเมินกระบวนการปัจจุบันว่า ทำให้ผลการส่งมอบแต่ละขั้นตอนย่อยเกิดอุปสรรคต่อการทำงาน หรือผลของกระบวนการนั้น ไม่บรรลุตามหน้าที่ที่ต้องการ

#### ขั้นตอนที่ 3 เขียนกระบวนการที่ต้องการวิเคราะห์ และจุดเชื่อมต่อลงในตาราง

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์หา failure mode จากขั้นตอนที่ 3 โดยวิเคราะห์กระบวนการที่ควรทำแต่ยังไม่มีการกระทำ กระบวนการที่ทำไม่ดีพออาจเกิดผลลัพธ์ไม่สอดคล้องกับเป้าหมาย

นำมาวิเคราะห์โดยการเลือกให้เป็น failure mode ซึ่งหมายถึงความไม่สามารถ (inability) ของระบบ กระบวนการบริการ หรือระบบย่อยต่อการกระทำหน้าที่ที่ได้ออกแบบไว้ หรืออาจกล่าวได้ว่า ข้อบกพร่องที่มีผลต่อประโยชน์การใช้งาน (functional defective) ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ และการที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีข้อบกพร่อง

ขั้นตอนที่ 5 นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของข้อบกพร่อง ข้อบกพร่องหนึ่ง อาจจะมีสาเหตุหลายประการตั้งแต่สาเหตุเบื้องต้น (ปฐมภูมิ) สาเหตุระดับรอง (ทุติยภูมิ) จนถึงสาเหตุรากเหง้า (root causes) ซึ่งหมายถึง สาเหตุที่เมื่อมีการแก้ไขหรือควบคุมได้แล้ว จะทำให้ข้อบกพร่องดังกล่าวไม่เกิดซ้ำอีก

ขั้นตอนที่ 6 กำหนดมาตรฐานตอบโต้ โดยการนำสาเหตุของการเกิดข้อบกพร่อง มาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาความผิดพลาด

### ประโยชน์ของการทำ FMEA

ทำให้การร้องเรียนลดลง การจ่ายเงินจากการผิดพลาดลดลง การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นการป้องกันไม่ให้บุคลากรทำผิดพลาด ระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยลดลง การใช้จ่ายทรัพยากรลดลงและคุ้มค่ามากขึ้น ขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น ลดความเครียด สังคม และชุมชนพึงพอใจ นอกจากนี้ยังอาจทำให้พบขั้นตอนที่บกพร่องต่างๆ ได้ชัดเจน เช่น การดูแลรักษาซ้ำ การให้เลือดผิดพลาด เป็นต้น

#### 4. trigger tool

ในกระบวนการรักษาพยาบาลอาจเกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้ป่วยได้ เรียกเหตุการณ์ที่นำอันตรายไปสู่ผู้ป่วยว่าเหตุไม่พึงประสงค์ (adverse events) จึงมีการพัฒนาเครื่องมือที่ค้นหาความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อหาสาเหตุ และนำมาแก้ไข องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดความหมายของเหตุไม่พึงประสงค์ และเหตุน่าที่ก่อให้เกิดความผิดพลาด บางครั้งความผิดพลาดไม่ทำให้เกิดอันตราย หรือบาดเจ็บ เรียกว่า near miss (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

trigger tool เป็นเครื่องมือในการวัด หรือประเมินเหตุการณ์เพื่อค้นหาความเสี่ยง โดยมีการกำหนดขั้นตอนเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทำให้ทราบสาเหตุที่เกิดขึ้น

#### วิธีการใช้ trigger tool

- 1) ทบทวนเวชระเบียนอย่างน้อย 20 ฉบับต่อเดือนเพื่อค้นหาปัญหา และประเมินอัตราค่าลงในการแก้ปัญหา
- 2) สุ่มเลือกเวชระเบียน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยเลือกทุก 10 ฉบับจากเวชระเบียนทั้งหมด

3) ทบทวนเวชระเบียนที่บันทึกข้อมูลครบถ้วน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล โดยเลือกเวชระเบียนที่ผู้ป่วยกลับบ้านไปก่อนหน้า 30 วัน เพราะการ readmission เป็น trigger ประเภทหนึ่ง

4) ทบทวนเวชระเบียนภายใน 20 นาที เพื่อค้นหา trigger tool เท่านั้น ไม่ใช่การอ่านเพื่อสรุปเวชระเบียน

5) ต้องมีการสอนอย่างสม่ำเสมอ โดยประเมินจากการตอบคำถามหลังการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 20 ฉบับ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความเป็นมาตรฐานของกระบวนการ

6) ทบทวนเวชระเบียนตามหัวข้อต่อไปนี้

6.1 discharge codes (เช่น การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรค)

6.2 discharge summary (ค้นหาการประเมินอาการ และการรักษาที่พิเศษระหว่างการพักในโรงพยาบาล)

6.3 บันทึกคำสั่งการรักษา (medical recorded) จากแผนการรักษา และบันทึกการให้ยา (medication administration record)

6.4 ผลการตรวจเลือด

6.5 บันทึกรายการการผ่าตัด

6.6 บันทึกทางการแพทย์

6.7 บันทึกความก้าวหน้าผลของการรักษา (physician progress notes)

7) trigger tool แบ่งกลุ่มตามประเภทของการดูแล ดังต่อไปนี้

7.1 การรักษา (cares)

7.2 ยา (medication)

7.3 การผ่าตัด (surgical)

7.4 การดูแลอย่างใกล้ชิด (intensive care)

7.8 ทารกแรกเกิด (perinatal)

7.9 ห้องฉุกเฉิน (emergency department)

8) เมื่อทบทวนเวชระเบียน และพบ trigger ให้พิจารณาหาสาเหตุ และการแก้ไข

9) เมื่อทบทวนแล้วไม่พบเหตุไม่พึงประสงค์ ให้ค้นหา trigger อื่น เพราะการไม่พบเหตุไม่พึงประสงค์ ไม่ได้หมายความว่าไม่มี trigger

10) ใส่ข้อมูลลงในตาราง trigger หลังการทบทวนเวชระเบียน และสรุปเป็นรายเดือน



11) เหตุการณ์พิเศษให้จัดอยู่ในความเสี่ยง และใช้เป็นประกันคุณภาพในการ

พัฒนา

ขั้นตอนในการดำเนินการ trigger tool (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2551)

- 1) กำหนดช่วงเวลาของการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน ซึ่งควรจะมีการทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 3 เดือน
- 2) กำหนดแหล่งข้อมูลและtrigger หรือเกณฑ์คัดกรองที่จะค้นหารายงานผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่มีความเสี่ยงสูง (high risk chart)
- 3) นำ high risk chart มาทบทวนเพื่อพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่อันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอยู่ในระดับใด
- 4) วิเคราะห์ขั้นตอนที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำ
- 5) สื่อสารผลการทบทวนไปยังทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงระบบงาน โดยใช้แนวคิด

Human Factors Engineering

- 6) สรุปลักษณะการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เพื่อใช้ประโยชน์ในการสร้างความตระหนักและการพัฒนาบุคลากร
- 7) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคำนวณอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อพันวันนอน และวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยที่น่าสงสัยว่ามีเหตุไม่พึงประสงค์ (adverse events) มีดังต่อไปนี้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

- 1) การรับรักษาไว้โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (รวม readmission) ซึ่งเกิดจากกระบวนการรักษาใดๆ ของโรงพยาบาลที่ผ่านมาในช่วง 12 เดือน

- 2) การรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ภายหลังจาก index

Admission

- 3) อุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
- 4) ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction)
- 5) การย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญไปยังหอผู้ป่วยหนัก โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
- 6) การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาอีกโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า
- 7) การผ่าตัด/ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในการรับรักษาไว้ในครั้งนี้
- 8) การตัดอวัยวะโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า หรือการบาดเจ็บระหว่างการผ่าตัด/

ทำหัตถการ

- 9) โรค/อาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา

- 10) ภาวะอาการบกร่องทางระบบประสาทที่มีเพิ่มขึ้น/ไม่ปรากฏแรกรับ
- 11) การเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหวัง
- 12) การจำหน่ายกลับบ้านโดยไม่เหมาะสม
- 13) ภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือการหยุดหายใจ หรือคะแนน appgar ดำในทารกแรกเกิด
- 14) ภาวะแทรกซ้อน หรือการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การแท้งบุตร รวมถึงภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด
- 15) การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 16) การไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติในบริการที่ได้รับ
- 17) ผู้ป่วยขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา เอกสารที่ระบุถึงการร้องเรียน หรือการฟ้องร้อง
- 18) ผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ

การให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน ผู้ใช้บริการมีความต้องการที่หลากหลาย และซับซ้อน ดังนั้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการบริหารความเสี่ยง จะช่วยให้ทีมบริหารการพยาบาล แพทย์ผู้รักษามีความสามารถในการเฝ้าระวังประเด็นปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น และสามารถบ่งชี้ว่าอะไรคือความเสี่ยง และสามารถหาแนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้

### บทบาทผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ในการพัฒนาคุณภาพบริการทางสุขภาพ ผู้บริหารของโรงพยาบาลสามารถนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงไปใช้ดำเนินงานเพื่อปรับปรุงระบบการจัดการกับความปลอดภัยในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ เนื่องจากการจัดการภาวะเสี่ยงเป็นแนวคิดที่สามารถนำไปผสมผสานกับแนวคิดของการประกันคุณภาพบริการสุขภาพในโรงพยาบาลให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (Sullivan & Decker, 1997)

### บทบาทผู้บริหารโรงพยาบาลในการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ (อนุวัฒน์ สุภชุตินกุล, 2543)

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

### บทบาทของผู้จัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ผู้จัดการความเสี่ยง และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบต่อการบริหารความเสี่ยง มีบทบาท และหน้าที่ในการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ การบริหารระบบเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ และความรุนแรงของเหตุการณ์ การให้ความรู้ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงในองค์กร การให้คำแนะนำในการจัดการกับความเสี่ยง และการประสานด้านกฎหมาย (Wagemarkers, 2002) รวมถึงการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติงาน และนโยบายให้มีประสิทธิภาพ (Cherry & Jacob, 2002) อนุวัฒน์ สุขชาติกุล (2543) กล่าวถึงบทบาทของผู้จัดการความเสี่ยงไว้ ดังนี้

1. ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่เป็นงานประจำวัน และการระบุความเสี่ยง

- 1.1 การรายงานอุบัติการณ์ ต้องมีการออกแบบ ดำเนินการรักษาระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติได้รายงานอุบัติการณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หรือต่อโรงพยาบาล ซึ่งควรครอบคลุมถึงคำร้องเรียนของผู้ป่วย จดหมายของทนายความ และรายงานการตรวจสอบ

1.2 วิเคราะห์ และพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติ เพื่อการจัดการกับความเสี่ยงนั้นๆ

## 2. การบริหารระบบ

2.1 จัดให้มีการเก็บสถิติเกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 รักษาความลับของข้อมูลซึ่งได้มาระหว่างการสืบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์

2.3 รวบรวม ประเมินข้อมูล และกระจายข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง

2.5 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2.6 ทบทวนนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ รวมทั้งข้อเสนอแนะ และติดตามให้ได้รับการดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

## 3. การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก

3.1 ช่วยในการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของแต่ละแผนก

3.2 ทบทวนประสิทธิผลของระบบป้องกันความเสี่ยง

3.3 วางแผน และดำเนินการให้การฝึกอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรทางการพยาบาล

3.4 ร่วมในการประชุมพิเศษเจ้าหน้าที่ใหม่

## 4. ประสานด้านกฎหมาย

4.1 ตรวจสอบว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายในเวลาที่เหมาะสม

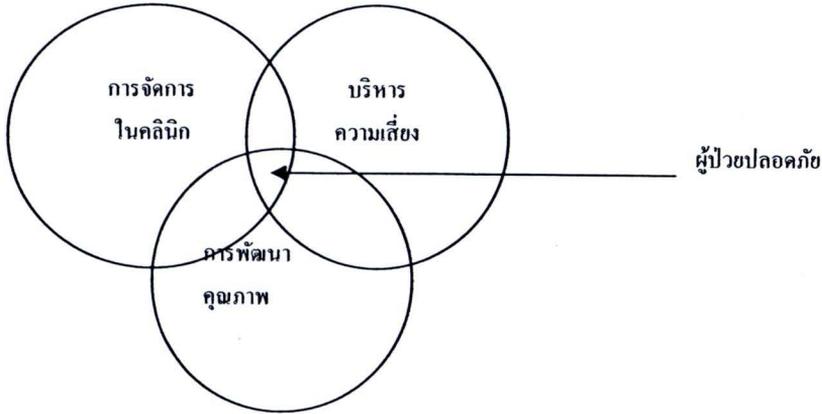
4.2 ตอบสนองต่อคำถามของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องการฟ้องร้อง

4.3 ทบทวนสัญญาต่างๆ ที่โรงพยาบาลทำกับบุคคล หรือหน่วยงานภายนอก

## บทบาทผู้บริหารทางการพยาบาล

งานบริการพยาบาล เป็นงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยตรง มีลักษณะของการให้บริการที่หลากหลายทำให้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ ตลอดเวลา ในการปฏิบัติงานจึงต้องมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจึงจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีการจัดระบบของการดูแล โดยให้มีการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และ ต้องสร้างให้เกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป็นสำคัญ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

การจัดการการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จะมีการประสานการดูแลโดยกระบวนการ 3 ด้านคือ การจัดการในคลินิกที่เหมาะสม การบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1. แสดงการจัดการการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การมีกระบวนการจัดการที่สอดคล้องกับการบริหารความเสี่ยง และมีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องย่อมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการจัดการในคลินิกมีหลักการสำคัญคือ มีการนำแนวปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพมาดำเนินการ เพื่อพัฒนามาตรฐานให้ทันสมัยสอดคล้องกับผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการดูแลรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม กาย จิต วิญญาณ และสังคม โดยผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นโดยไม่มีความเสี่ยง ดังนั้นการบริหารจัดการความเสี่ยงให้เกิดศักยภาพสูงสุดย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่ดี รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง จะส่งผลให้การเฝ้าระวังความเสี่ยงได้รับการปรับปรุงแก้ไข ลดช่องว่างระหว่างปัญหา ความผิดพลาด และความบกพร่องที่อาจก่อความสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ได้เป็นอย่างดี (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549)

การจัดการการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ผู้บริหารการพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญเพื่อคุณศัพท์ว่าบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ อนุวัฒน์ สุภชติกุล (2544) กล่าวว่าจุดเน้นที่สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้คือ การผสมผสานแนวคิดการบริหารความเสี่ยงเชื่อมโยงกลับไปทั่วชีวิต และระบบประกันคุณภาพ โดยสามารถทำเป็นเรื่องเดียวกันคือ

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

กิจกรรมในส่วนของการบริหารความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการมีรายละเอียดดังนี้

1. การติดตามผลของการบริหารจัดการความเสี่ยงจากตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานเป็นประจำทุกเดือนด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง เช่น รายงานอุบัติเหตุ รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ และรายงานข้อร้องเรียน

2. การเปรียบเทียบผลการจัดการความเสี่ยงกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมด้วยการทบทวนประสิทธิผลเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงเป็นประจำทุกเดือน และทุกปี โดยการให้ความสำคัญกับการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ รวมทั้งมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงมากกว่าที่จะดูแลแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุ กล่าวคือ ต้องนึกถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ และการเกิดอุบัติเหตุซ้ำทั้งที่มีกาป้องกันแล้ว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุซ้ำอีก

3. การประเมินวิธีการในการจัดการความเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ด้วยการพิจารณาความเหมาะสม ประสิทธิภาพของวิธีการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่มีการเกิดอุบัติเหตุชนิดเดียวกันซ้ำอีก

นอกจากนี้ ผู้บริหารทางการแพทย์ยังมีบทบาทหน้าที่ในการสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในหน่วยงานคือ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

1. การส่งเสริมให้เข้าใจว่าความปลอดภัยต้องเป็นหน้าที่ของทุกคน บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต้องรับรู้ว่าการปฏิบัติงานของตนอาจเกิดความเสี่ยงอะไรได้บ้าง เพื่อให้มีความระมัดระวัง ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
2. การกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารที่เปิดเผยมะเร็งระหว่างหัวหน้าทีมงาน และผู้ป่วยเรื่องความตระหนักต่อความปลอดภัย ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิ เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น โดยหาแนวทางแก้ไขจากระบบ

3. การเสริมพลังบุคลากรให้ชี้บ่งและหาทางลดความเสี่ยง เพื่อความปลอดภัย เช่น การตรวจสอบป้ายผูกข้อมือผู้ป่วย พร้อมสอบถามชื่อ เพื่อป้องกันการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการทำ การตรวจเพื่อวินิจฉัยผิดคน เป็นต้น

4. การจัดสรรทรัพยากร เพื่อความปลอดภัย วิเคราะห์อัตรากำลัง ให้เพียงพอตาม เกณฑ์ มาตรฐานอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอ มีระบบการดูแลรักษาเชิง ป้องกัน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

5. การให้ความรู้บุคลากร โดยเน้นความปลอดภัย บุคลากรต้องได้รับการพัฒนา ได้รับการ ศึกษาอบรมเพื่อให้มีความรู้ในการบริหารจัดการความเสี่ยง รู้จักการเฝ้าระวัง รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไขหรือป้องกันความเสี่ยง

### การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ ที่ให้บริการ ผู้ป่วยโรคซับซ้อน อยู่ภายใต้การบริหารงานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากคณะบดีคณะแพทยศาสตร์เป็นผู้รับผิดชอบในการ บริหารงาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้เข้าร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลมาตั้งแต่ปลายปี 2541 เป็นต้นมาตามแนวคิดการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (hospital accreditation [HA]) และเป็นโรงพยาบาลที่ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ ปัจจุบันได้มีการดำเนินงาน ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่จะได้รับการรับรองซ้ำ (reaccreditation) ประเด็นหลักหนึ่งในการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลคือ การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และ คุณภาพ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์องค์กร

การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้มีการ ปรับเปลี่ยนเป็นระยะอย่างเหมาะสม ในปี พ.ศ. 2547 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้มีแนวคิด และหลักการบริหารความเสี่ยง คือ การจัดการภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในหน่วยงาน ประกอบด้วย การ ค้นหาความเสี่ยง การวางแผน หรือมาตรการในการป้องกัน การดำเนินการตามแผน/มาตรการที่กำหนด และการติดตามประเมินผล โดยมีแนวทางการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ 1) การบริหารความเสี่ยงระดับ หน่วยงาน และการจัดการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล (คู่มือนโยบายและแนวปฏิบัติการบริหารความ เสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547)

สำหรับการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ ประจำปี พ.ศ. 2551-2553 ได้กำหนดแผนกลยุทธ์หลักของโรงพยาบาลในการดำเนินงาน



ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ครอบคลุมทั้งองค์กร 2) การกำกับติดตามให้มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (saundok's patient safety goal 2008-2009) ให้ครอบคลุมทั้งองค์กร 3) การกำกับติดตามให้มีระบบบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริม กำกับติดตามให้มีการจัดทำกิจกรรมการตามรอยเพื่อพัฒนาคุณภาพ (tracers/clinical tracers) เพิ่มขึ้น (เอกสารประกาศแผนพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551-2553) โดยมีการกำหนดกลยุทธ์ในแผนการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงไว้ 3 ประการ ดังนี้ คือ ไม่หยุดใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ และการค้นหาความเสี่ยง ไม่เปลี่ยน Saundok Safety Goal (I.C.T.) และเรียนรู้วัฒนธรรมคุณภาพ และความปลอดภัยไปด้วยกัน (เอกสารแผนการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2553)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (saundok's patient safety goal 2008-2009) ไว้ 3 ด้านซึ่งเรียกว่า I.C.T (I = Identification ,C = Control context , T=Training & supervision) ดังนี้ (เอกสารประกาศโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2551)

1. I (identification) การระบุผิดตัว ผิดที่ ผิดเวลา เนื่องจากในรอบปีที่ผ่านมาความผิดพลาดต่างๆมีสาเหตุหลักอยู่ที่การระบุตัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในการให้ยา การให้เลือด การรับส่งผู้ป่วย ซึ่งได้มีการวางระบบต่างๆ ไว้อย่างรัดกุมแล้ว ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงได้กำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องมีมาตรการ หรือเน้นย้ำการระบุตัวผู้ป่วย ด้วยตัวบ่งชี้ อย่างน้อย 2 ตัวในระหว่างให้การดูแลรักษา การทำหัตถการ การเก็บส่งตรวจ เช่น การขานชื่อ การดูหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) หรือการดูอายุ และต้องมีระบบการติดตาม ตรวจสอบที่ชัดเจน

2. C (control context) คือ คุณภาพ และความปลอดภัย ที่ทุกหน่วยงาน และทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการทบทวนปัญหาที่เป็นบริบทของตนเอง โดยเน้นที่ผลลัพธ์ เช่น ผลแทรกซ้อนจากการรักษา และหัตถการต่างๆ ต้องมีการทบทวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยใช้กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย (C3THER) ที่ทางคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ออกแบบแนวทางการติดตาม ดังนี้

2.1 การติดตามตัวชี้วัดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.2 การติดตามตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงทางคลินิก ในบริบทของทีมสหสาขา

วิชาชีพ และ หน่วยงาน เช่น เหตุการณ์/โรคสำคัญ ของกลุ่มงาน

2.3 การติดตามตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงทางคลินิก ที่เป็นเหตุการณ์ในโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อ, ความคลาดเคลื่อนทางยา สารน้ำและเลือด, การเลื่อนล้ม ตกเตียง, การดึงท่อและ แผลกดทับ, การบาดเจ็บ, การตาย, ความเสียหายต่างๆ เป็นต้น

2.4 การติดตามตัวชี้วัดที่แสดงความสำเร็จ และมีความเฉพาะเจาะจงของกลุ่มงาน, ผลการรักษาโรคสำคัญในหอผู้ป่วยนั้น, ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนต่างๆ เป็นต้น

3. T (training & supervision) เนื่องจากเป็นสถาบันฝึกอบรมในระดับต่างๆ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องให้ผู้ขาดประสบการณ์เข้าร่วมกระบวนการดูแลรักษา ดังนั้นทางโรงพยาบาล จึงได้กำหนดให้ทุกวิชาชีพมีการทบทวนระบบ และแก้ไขจุดอ่อนในการควบคุม กำกับดูแล ดังนี้

### 3.1 การทบทวน

3.1.1 ระบบปฐมนิเทศของหน่วยงาน

3.1.2 ระบบให้คำปรึกษา และการกำกับดูแล โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลา  
ราชการ

3.1.3 การกำหนดระดับปฏิบัติที่เหมาะสม

3.1.4 ทักษะการสื่อสาร และการกำหนดผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ

3.1.5 แนวทางในการแก้ปัญหาในเหตุการณ์รุนแรงเบื้องต้น

### 3.2 การติดตาม

3.2.1 อุบัติการณ์ซ้ำ โดยเฉพาะจากการไม่ปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้

3.2.2 การนำผลการทบทวนเวชระเบียนไปสู่การแก้ไข

3.2.3 การนำตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่อาจสะท้อนระบบการ  
กำกับดูแลมาทบทวน

3.2.4 ข้อร้องเรียนสำคัญที่วิเคราะห์ว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับระบบการฝึกอบรม  
แต่ต้องการให้เกิดความตระหนัก และการปรับปรุงแก้ไข

## การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบ  
บริการทางการแพทย์ทั้งหมดที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย แบ่งการบริหารงานออกเป็น 11 งานการ  
พยาบาลและ 92 หน่วยงาน/หอผู้ป่วย มีนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยง ดังนี้ 1) ให้ทุกงานการ  
พยาบาลกำหนดผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง 2) มีการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงโดย  
ครอบคลุมกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอน 3) มีการเชื่อมโยงเรื่องของการเสี่ยงกับ

ระบบประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4) มีการดำเนินการตามแผนงานการบริหารความเสี่ยงของฝ่ายการพยาบาล และของคณะแพทยศาสตร์ 5) มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ 6) การรายงานอุบัติการณ์ให้ปฏิบัติตามวิธี และใช้แบบรายงานที่กำหนดไว้ (อบป1-6) 7) การบริหารข้อร้องเรียนให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของฝ่ายการพยาบาล 8) เน้นการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ โดยมีหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ด้านบริหารและบริหาร (ผู้จัดการความเสี่ยงฝ่ายการพยาบาล) หัวหน้างาน/ผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วย และคณะกรรมการจัดการคุณภาพ และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารบริการพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบ (คู่มือคุณภาพฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2544)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2551-2555 ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้กำหนดจุดเน้นในการดำเนินงาน 4 ด้าน คือ 1) มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลผู้ป่วย (excellence in nursing service) 2) ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มารองรับ (evidence-based practice) 3) การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) 4) ผู้ป่วยปลอดภัย (patient safety) (คู่มือแผนยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2551)

สำหรับนโยบายการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีดังนี้ (เอกสารนโยบายการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2549)

อุบัติการณ์: เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติที่อาจกระทบกับชื่อเสียง โรงพยาบาล ทรัพย์สิน โรงพยาบาล และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยตั้งแต่ระดับ A ถึง I

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (sentinel event): เหตุการณ์ที่ไม่คาดว่าจะเกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือการบาดเจ็บอย่างรุนแรงทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งไม่ใช่ธรรมชาติของการดำเนินโรค รวมทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว ซึ่งมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป

การรายงานอุบัติการณ์ทาง IT: การบันทึกรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ A ถึง D โดยมีการรายงานทางระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ภายในองค์กร (intra net)

การรายงานอุบัติการณ์ด้วยใบอบ.2: เป็นการบันทึกรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป ตามขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์รุนแรง

ระดับความรุนแรง (index for categorizing error): ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยกำหนดไว้ตั้งแต่ระดับ A ถึง I (ดังตารางที่ 1)

### 1. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงาน

1.1 มีการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ 5 อันดับ โรคแรกของหอผู้ป่วย และจัดทำแฟ้มบัญชีรายการความเสี่ยงทางคลินิกของหอผู้ป่วย/หน่วย

1.2 มีการค้นหาความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านอัตรากำลัง ด้านการจัดชยะและกำจัดของเสีย และด้านข้อร้องเรียนของหน่วยงาน

1.3 มีการกำหนดมาตรการป้องกัน และแก้ไขในเหตุการณ์ที่สำคัญ รวมทั้งวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงเชิงรุก

1.4 มีระบบการค้นหาสาเหตุสำคัญ (root cause analysis: RCA) ในอุบัติการณ์ที่รุนแรง (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป)

1.5 มีการวิเคราะห์ข้อบกพร่องในระบบที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง ในเหตุการณ์ที่สำคัญและพบข้อบกพร่องเพื่อวางมาตรการป้องกันเชิงรุก

1.6 มีการสื่อสารให้มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากร รวมทั้งมีการประเมินผลตามอุบัติการณ์ที่เกิด

1.7 สรุปอุบัติการณ์เป็นรายเดือน รวมทั้งวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแก้ไขเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอีก

### 2. การรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2.1 เมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พยาบาลผู้ปฏิบัติหรือผู้ประสบเหตุการณ์ ให้บันทึกอุบัติการณ์/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกชนิดในแต่ละเวร ดังนี้

1) อุบัติการณ์/เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ A ถึง D ให้รายงานทางระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ภายในองค์กร ในระบบประกันคุณภาพทางการแพทย์ให้ครบถ้วน

2) อุบัติการณ์/เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปให้รายงานผู้บริหารทางการแพทย์ หรือผู้จัดการความเสี่ยงด้วยวาจาทันที และบันทึกในใบ อบ.2 ให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมงและส่งรายงานตามลำดับ (ตาม flow การรายงานใน ดังตารางภาพ ที่ 2) รวมทั้งให้มีการสำเนารายงาน อบ.2 เก็บไว้ที่หอผู้ป่วยด้วย (ในกรณีที่แพทย์ยังไม่สามารถบันทึกการรักษาผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชั่วโมง ให้สำเนารายงาน อบ.2 ส่งผู้บริหารทางการแพทย์หรือผู้จัดการความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมงก่อน และภายหลังเมื่อแพทย์ลงบันทึกเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์นั้นแล้ว ส่งต้นฉบับจริงตามไปภายหลัง)

2.2 ให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วย หรือหัวหน้าเวรเช้า อ่านรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมดทั้งในระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ภายในองค์กร และสำเนา อบ.2 แล้วดำเนินการจัดการบริหารความเสี่ยงตามความรุนแรงที่ประเมินได้ (โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงดังตารางที่ 1)

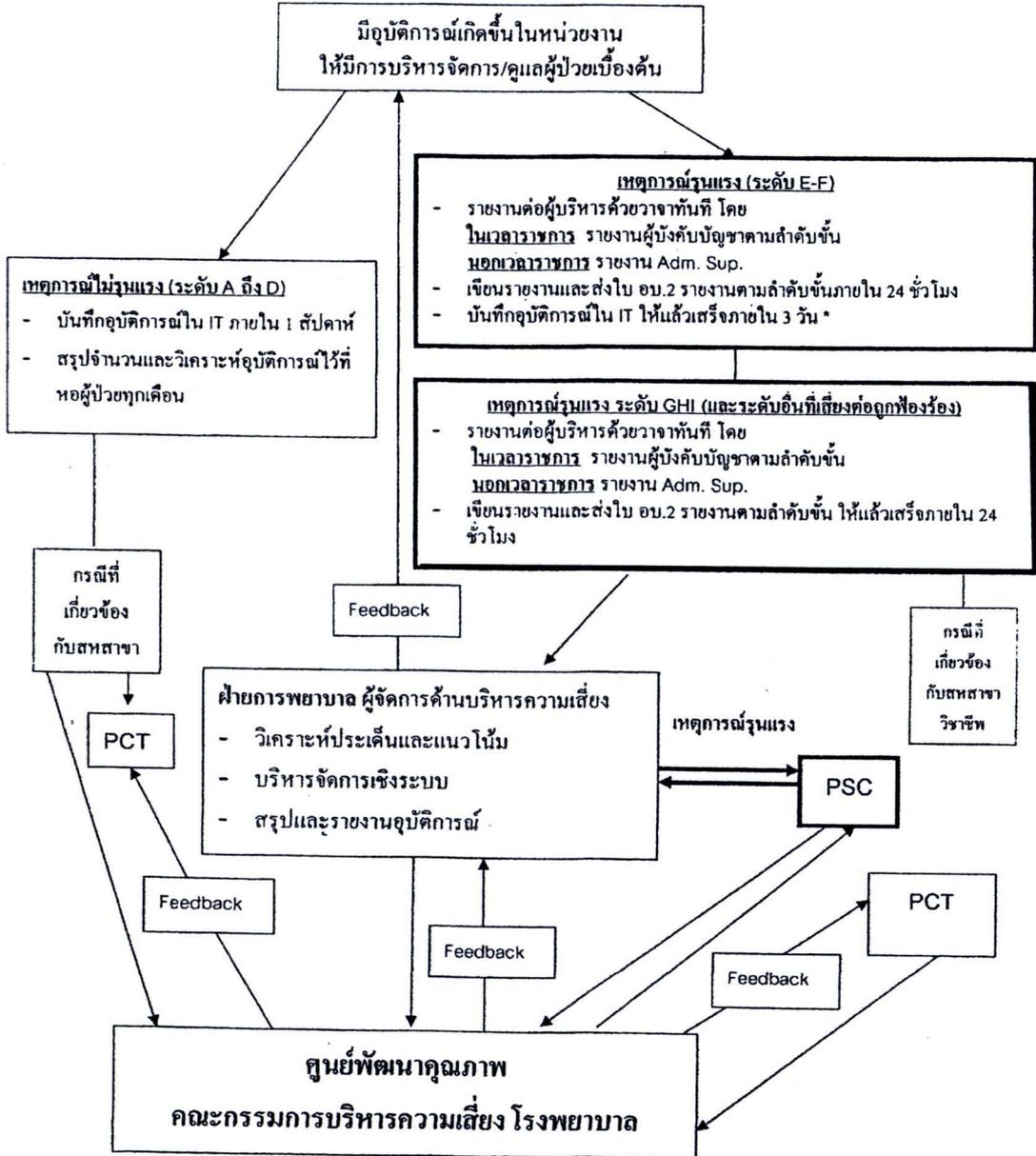
2.3 หัวหน้าหอผู้ป่วย/พยาบาลประกันคุณภาพ สรุปจำนวนอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นแต่ละเดือน จากในระบบ IT และ อบ.2 รวมเก็บไว้เป็น อบ.4 ของหอผู้ป่วย

2.4 ผู้ประสานงานประกันคุณภาพของงานการพยาบาล สรุปจำนวนอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นแต่ละเดือนจากในระบบ IT และ อบ.2 รวมเก็บไว้เป็น อบ.5 ของงานการพยาบาล และรายงานผู้จัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลทุกเดือน

2.5 ฝ่ายการพยาบาล สรุปอุบัติการณ์/เหตุการณ์ รายงานศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกเดือน

2.6 หน่วยประกันคุณภาพทางการพยาบาล สรุปอุบัติการณ์/เหตุการณ์ทุกระดับ และข้อมูลการวิเคราะห์ พร้อมให้ข้อเสนอแนะการแก้ไขเชิงระบบให้คณะกรรมการบริหารฝ่ายการพยาบาลทุก 3 เดือน

Flow การรายงานอุบัติการณ์  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



หมายเหตุ

- อุบัติการณ์ที่บุคลากรพยาบาลไม่ได้เป็นผู้กระทำ แต่เป็นผู้ประสบเหตุให้บันทึกใน อ.บ.2 และดำเนินการตาม Flow ที่กำหนด ไม่จำเป็นต้องรอให้แพทย์บันทึกการรักษา
- PSC หมายถึง patient safety Co-ordinators ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ
- PCT หมายถึง patient care team

ภาพที่ 2. Flow การรายงานอุบัติการณ์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## ตารางที่ 1

เกณฑ์แบ่งระดับอุบัติการณ์ความรุนแรง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ช่องทางกร รายงาน	กลุ่ม	ระดับของ อุบัติการณ์	ความรุนแรง
อุบัติการณ์ ไม่รุนแรง รายงาน ตามปกติ	ยังไม่เกิด	A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดอุบัติการณ์ เช่น เกือบ off ICD ผิดคน แต่ตรวจพบก่อน เนื่องจากมีการย้ายเตียงผู้ป่วยและแพทย์คิดว่าอยู่เตียงเดิมหรือเขียนใบ request X-ray/lab ผิด แต่ยังไม่ทันได้ order หรือพื้นทางเดินเป็ยก เสี่ยงต่อการลื่นล้ม เป็นต้น
	เกิดอุบัติการณ์ ไม่รุนแรง	B	เกิดอุบัติการณ์ขึ้น แต่ไม่ส่งผลถึงผู้ป่วย เช่น ส่งผู้ป่วยไป x-ray ผิดคนแต่ยังไม่ทันได้ x-ray หรือ จำเผลอผิดแต่ตรวจสอบพบก่อนที่จะให้ผู้ป่วย หรือแพทย์ set (ผ่าตัด ผิดคน/ผิดข้าง แต่ทราบก่อนที่ห่อผู้ป่วยจะเตรียมผ่าตัดผู้ป่วย หรือ เกสซ์ฯ จำเผลอผิดแต่ดักจับพบก่อน เป็นต้น
		C	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ได้รับอันตราย เช่น แพทย์ set ผ่าตัดผู้ป่วย ผิดคน ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดไปแล้วแต่ยังไม่ได้รับ การผ่าตัด หรือ x-ray ผู้ป่วยผิดข้าง/ผิดคน แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย หรือเจาะเลือด ผู้ป่วย ผิดคน แต่ทราบก่อนที่จะส่งไป หรือให้ ยา MTV ผิดเวลา เป็นต้น
		D	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย และต้องการการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย หรือต้องการการบำบัดรักษา เช่น ผู้ป่วยตกเตียงแล้วต้องมีการสังเกตอาการ/เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological signs) แต่ไม่มีการรักษาอื่นเพิ่มเติม เป็นต้น

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ช่องทางการ รายงาน	กลุ่ม	ระดับของ อุบัติการณ์	ความรุนแรง
อุบัติการณ์ รุนแรง รายงาน PSC	เกิดอุบัติการณ์ รุนแรง	E	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตราย ชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา เช่น ผู้ป่วย ตกเตียง ศีรษะแตก ต้องให้แพทย์เย็บแผล
		F	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตราย ชั่วคราว และต้องนอน โรงพยาบาล หรืออยู่ โรงพยาบาลนานขึ้น
		G	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตราย ถาวร
		H	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการ ช่วยชีวิต
	เกิดอุบัติการณ์ และเสียชีวิต	I	เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วยซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุ ของการเสียชีวิต

## การบริหารความเสี่ยงในหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก

หน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก มีเป้าหมาย คือ เป็นหน่วยงานที่ให้การพยาบาล และดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ได้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นหน่วยงานที่มีความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และมีความรู้/ความสามารถในการดูแลตนเอง และขอบเขตในการดูแลผู้ป่วย คือ ให้บริการการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบ ทุกเพศ ทุกวัย ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ครบตามแผนการรักษา ภายใน 1 วันซึ่งไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดยให้ยาเคมีบำบัดขนาดปกติและให้การดูแลต่อเนื่องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีกลุ่มโรค 5 กลุ่มแรก มีดังนี้ 1) มะเร็งเต้านม 2) มะเร็งปอด 3) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 4) มะเร็งตับ 5) มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก/มะเร็งลำไส้ หน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก ได้มีการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามกลุ่มโรค และหัตถการที่สำคัญ โดยมีการติดตามผลลัพธ์ของการพยาบาลตามตัวชี้วัด ได้แก่ จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวนครั้งของการเกิดการ



รื้อซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัด ร้อยละของการเกิดปฏิกิริยาภูมิไว จำนวนครั้งของการเกิดการคลื่นไส้/ตลกเตียง ความรู้/ความสามารถของผู้ป่วย/ญาติในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการจัดการบรรเทาอาการจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และจำนวนข้อร้องเรียน เป็นต้น (เอกสารการประกันคุณภาพ หน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก, 2553)

การดำเนินการในการบริหารความเสี่ยงในหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้มีการดำเนินการดังนี้ (เอกสารการประกันคุณภาพ หน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก, 2553)

1. หัวหน้าหน่วยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นพยาบาลประกันคุณภาพของหอผู้ป่วย ซึ่งมีหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การค้นหาและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงาน ได้มีการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ 5 อันดับ โรคแรก และมีการจัดทำแฟ้มบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ 5 อันดับ โรคแรก (มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งไขกระดูก และมะเร็งตับ) ของหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก และนำความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในหน่วยให้ยาเคมีบำบัดทั้งหมด ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนทางยา 2) เสี่ยงต่อการรื้อซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัดกลุ่ม vesicant 3) เสี่ยงต่อการเกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด 4) เสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย 5) เสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวต่อยาเคมีบำบัด (hypersensitivity reaction) 6) เสี่ยงต่อการสัมผัสยาเคมีบำบัดของบุคลากร 7) ข้อต่อการเลื่อนหลอดบริเวณที่ให้ยา และ 8) เสี่ยงต่อการคลื่นไส้/ตลกเตียง เสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียน มาทำการจัดทำแฟ้มบัญชีรายการความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน ได้แก่ 1) ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาเคมีบำบัด (medication error) 2) การรื้อซึมออกนอกหลอดเลือดของยาเคมีบำบัด (extravasation) 3) การแพ้ยารุนแรงจากกการเกิดปฏิกิริยาภูมิไว (hypersensitivity reactions) จากยากกลุ่ม Taxane เช่นยา taxol, taxotere

1.2 การกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงของหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก ดังนี้ 1) แนวทางการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง 2) แนวทางการบริหารยาเคมีบำบัดกลุ่มที่ทำลายเนื้อเยื่อ และ กลุ่มที่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยา 3) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิด การรื้อซึมออกนอกเส้นเลือดของยาเคมีบำบัด 4) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้ปลอดภัย โดยปฏิบัติตาม Suandok's Patient Safety Goal 2008-2009 5) แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา taxol, taxotere ให้ปลอดภัย 6) แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะเกิดปฏิกิริยาภูมิไวต่อยาเคมีบำบัด

(hypersensitivity reactions ) 7) แนวทางการปฏิบัติเมื่อยาเคมีหนัก/หยด 8) แนวทางปฏิบัติในการล้างมือ 9) แนวทางปฏิบัติในการแยก/ทิ้งขยะ 10) แนวทางการใช้อุปกรณ์และน้ำยาต่างๆตามระบบ first in first out 11) การตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร 12) การเฝ้าระวังและป้องกันการลื่นล้ม / ตกเตียง และ 13) การทบทวนความรู้เรื่องยา และ โรค ตาม Top's 5 ของหน่วยงาน

1.3 การสรุปอุบัติการณ์เป็นรายเดือน โดยพยาบาลประกันคุณภาพของหน่วยงาน จะรวบรวมตัวชี้วัดลงในฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และมีการจัดทำแฟ้มสรุปตัวชี้วัด และรายงานความก้าวหน้าของหน่วยงาน ไปสู่งานการพยาบาลผ่านผู้ตรวจการที่รับผิดชอบหน่วยงานทุก 3 เดือน

1.4 การรายงานอุบัติการณ์ เนื่องจากยาเคมีบำบัด เป็นกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) หากมีความผิดพลาด หรือขาดการติดตามเฝ้าระวังที่ถูกต้องในระหว่างการบริหารยา จะเกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยทั้งในด้านผลการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นในการบริหารความเสี่ยงในหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก ได้มีการรายงานอุบัติการณ์ ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ของฝ่ายการพยาบาล

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยตรงเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงเกี่ยวกับการบริหารยาเคมีบำบัดพบน้อย แต่มีการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงที่ใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ผู้ศึกษาสามารถนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

อาภา นิติศักดิ์ (2533) ศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ มีการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาล 3 ด้าน คือด้านการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง อยู่ในระดับสูง

วรวรรณ เหนือคลอง และคณะ (2540) ศึกษาย้อนหลังถึงสาเหตุความรุนแรง วิธีการแก้ไขและแนวทางการป้องกันการให้ยาผิดพลาด กลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยา ให้สารละลายทางหลอดเลือดที่เกิดขึ้นในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี 2531-2537 จำนวน 61 ราย พบว่าความผิดพลาดในการให้ยาร้อยละ 68.9 ความผิดพลาดในการให้เลือดร้อยละ 14.7 อุบัติการณ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.9 เกิดขึ้นในเวรเช้า อายุงานระหว่าง 0-3 ปี สาเหตุการให้ยาผิดเกิดขึ้นจากความบกพร่องในการปฏิบัติงานสูงสุดร้อยละ 78.7 จากการขาดความรู้ร้อยละ 98 ความบกพร่องในการปฏิบัติและการขาดความรู้ร้อยละ 11.5 ความรุนแรงของการให้ยาผิด

อยู่ในระดับรุนแรงปานกลางร้อยละ 70.5 รุนแรงมากร้อยละ 21.3 รุนแรงน้อยร้อยละ 8.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแก้ไขโดยการสังเกตอาการและให้การช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยร้อยละ 49.1 แนวทางการแก้ไขป้องกันการให้ยาผิดพลาด พบว่ามีการป้องกันในด้านการปฏิบัติงานและระบบงาน

สาตี บุญศิริรัตน์ และคณะ (2543) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การใช้คู่มือการบริหารความเสี่ยงและแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการปรับปรุงให้เหมาะสมทุกวงจร จะทำให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุการณลดลง

ชลอ น้อยเผ่า (2544) ศึกษาการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติตามกระบวนการจัดการภาวะเสี่ยงตามแนวคิดของวิลสัน (Wilson, 1992) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาภาวะเสี่ยง 2) การประเมินภาวะเสี่ยง 3) การกำหนดแนวทางในการจัดการภาวะเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการจัดการภาวะเสี่ยง โดยการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีแนวโน้มจะปฏิบัติได้มากขึ้นเมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ในการจัดการภาวะเสี่ยงและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานทางด้านบริหารที่มากขึ้น

วิสัย คะตา (2547) ศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนของอนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543) ในงานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนครเพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการบริหารความเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการประกอบด้วยหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเป็นประธานสำหรับกลุ่มงานการพยาบาลยังไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและไม่มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของงานผู้ป่วยใน แต่มีการค้นหาความเสี่ยงและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง กำหนดมาตรการในการจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยงไม่เป็นไปในทางเดียวกัน และยังไม่มียุทธศาสตร์การบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการบันทึกอุบัติการณ์น้อยเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญและกลัวความผิด ส่วนปัญหา อุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงพบดังนี้ 1) ด้านนโยบาย การกำหนดคน โยบายหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงยังไม่ชัดเจน ไม่มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร แนวทางปฏิบัติไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติ 2) ด้านบุคลากร พบว่าจำนวนบุคลากรมีน้อย ทำให้ภาระงานมาก มุ่งการปฏิบัติงานให้เสร็จทันเวลา อีกทั้งบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง พยาบาลไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการบริหารความ

เสี่ยง ให้ความร่วมมือในการรายงานอุบัติการณ์น้อย มีการบันทึกรายงานน้อย และขาดการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง และ 3) ด้านวิธีการ ไม่มีรูปแบบของการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน เช่น การกำหนดบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ ไม่มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์ ตลอดจนไม่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ

ฉันทนิชา กลั้วสุวรรณ (2548) ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาและการแก้ไขปัญหาของการใช้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาลดลงจาก ร้อยละ 16.46 เป็น ร้อยละ 2.54 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการคัดลอก/คีย์คำสั่งใช้ยาลดลงจาก ร้อยละ 10.03 เป็น ร้อยละ 0.69 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการบริหารยาลดลงจาก ร้อยละ 9.25 เป็น ร้อยละ 4.19 โดยใช้แนวทางการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การพัฒนาแบบฟอร์มแนวทางในการสั่งใช้ยาเคมีบำบัด การจัดทำแนวทางการสั่งใช้ยาเคมีบำบัดสำหรับโรคมะเร็งแต่ละชนิด ตารางการผสมยาและความคงตัวของยาเคมีบำบัด และการปรับขนาดยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยเฉพาะราย และแนวทางในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับยาเคมีบำบัด เมื่อนำมาใช้พบว่า แพทย์ พยาบาล เภสัช และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีการนำแบบฟอร์มมาใช้ ร้อยละ 100 โดยมีความพึงพอใจกับแนวทางการแก้ไขปัญหา เพราะสะดวก รวดเร็ว สามารถใช้ข้อมูลในแบบฟอร์มต่างๆ ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พัชฌิตา สุภิสุทธิ์ (2550) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อบรรยายประสบการณ์การใช้การบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงของอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ผลการศึกษาพบว่าในส่วนขององค์กรพยาบาลผู้ร่วมการศึกษามีการรับรู้ และเข้าใจ ในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอนมาปฏิบัติ ดังนี้ ด้านการค้นหาความเสี่ยง โดยมีการประชุมระดมสมองของบุคลากรในหน่วยงาน สำหรับแนวทางในการค้นหาความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ออกระเบียบปฏิบัติในการค้นหาความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่ามีมีการนำรายการความเสี่ยงมาวิเคราะห์ในเรื่องความถี่ ความรุนแรงของการเกิดความเสี่ยง แล้วให้มีการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา และมาตรการในการป้องกัน ด้านการรายงานอุบัติการณ์พบว่ามีมีการรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น โดยผู้ประสบเหตุ หรือหัวหน้าเวรเป็นผู้เขียนรายงาน และมีการเสนอรายงานอุบัติการณ์ตามขั้นตอน หรือตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยง ด้านการจัดการความเสี่ยง พบว่า มีการจัดการความเสี่ยงใน 2

ลักษณะคือ 1) ความเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้เอง และ 2) ความเสี่ยงที่หน่วยงานแก้ไขเองไม่ได้ การจัดการความเสี่ยงต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อหาข้อตกลงในการแก้ไขปัญหาในการแก้ไขปัญหา และกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงร่วมกัน สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงขององค์กรพยาบาล พบว่ามี 2 ด้านคือ 1) ปัญหาด้านกระบวนการ การที่บุคลากรไม่เขียนรายงานอุบัติการณ์ และขาดการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งได้มีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติไว้อย่างชัดเจนแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานมาก ก่อความผิด และอาจเกิดผลกระทบทางลบต่อผู้เขียน หรือเกิดความขัดแย้ง เห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อยและไม่เกิดผลกระทบใดๆ ส่วนการขาดการตอบสนองต่อรายงานนั้นมิผลให้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข และ 2) ปัญหาด้านบุคลากร การที่บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยง รวมถึงการไม่ได้รับความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา และรู้สึกขาดขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติ จะทำให้มีผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง

อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล (2553) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า 1) การค้นหาความเสี่ยงค้นพบได้โดย การรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยอื่น และการทบทวนเวชระเบียน 2) การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยการ ความคุมความเสี่ยงหาย และการจัดทำแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง โดยการป้องกันความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปัญหาที่พบ ได้แก่ 1) การรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า 2) การสื่อสารไม่เพียงพอ 3) การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 4) การมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ

อนงค์ จันทร์หอม (2554) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า 1) การค้นหาความเสี่ยงค้นพบได้โดย การเรียนรู้จากประสิทธิภาพของบุคคล การทบทวนเวชระเบียน การรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด และการรายงานอุบัติการณ์ 2) การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยการ ความคุมความเสี่ยง และการจัดทำแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง โดยการป้องกันความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปัญหาที่พบ ได้แก่ 1) การรายงานอุบัติการณ์ลดลง 2) การประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงไม่ถูก 3) แนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงไม่ครอบคลุมการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพไม่พอเพียง 5) การไม่

ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 6) การสื่อสารไม่เพียงพอ และ 7) การติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดคุณภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้พบปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงทั้งด้านนโยบายที่ไม่ชัดเจน บุคลากรมีภาระงานมากมุ่งทำงานให้เสร็จทันเวลา รวมทั้งยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และยังพบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน คือ การเขียนอุบัติการณ์น้อยและล่าช้า มีการสื่อสารไม่เพียงพอ ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ได้วางไว้ ขาดความรู้ในการใช้เครื่องมือคุณภาพ และการติดตามประเมินผลยังไม่ครอบคลุมตามตัวชี้วัด สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางแก้ไขปัญหาของการใช้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยใน ใต้ นั้น โดยมีการพัฒนาการพัฒนาแบบพร้อมในการสั่งใช้ยาเคมีบำบัด และสร้างแนวทางการสั่งยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด ตารางการผสมยาและความคงตัวของเคมีบำบัด และการปรับขนาดยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยเฉพาะราย แนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องกับยาเคมีบำบัด โดยการพัฒนาต้องใช้การมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน เพื่อรับรู้ ควบคุมและจำกัดผลกระทบเพื่อลดโอกาสและปริมาณความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อให้เห็นปัญหาที่แท้จริงก่อนการพัฒนาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกต่อไป

#### กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง ของหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตามแนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล นอกจากนี้การศึกษานี้ได้ศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง