

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของความเสี่ยง
 - 1.2 การจำแนกประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 - 1.3 ความหมายของการบริหารความเสี่ยง
 - 1.4 กระบวนการบริหารความเสี่ยง
 - 1.5 ปัญหา อุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 2. เครื่องมือพัฒนาคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง
 3. บทบาทผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
 4. ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
- โรงพยาบาลและงานห้องคลอด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ปัจจุบันแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อ การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ทำให้สถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้ได้รับรอง คุณภาพ (quality accreditation) ด้วยการนำเอากระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลมาใช้ในการบริหารและพัฒนาระบบการทำงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพอย่างหนึ่งที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพควบคู่กันไปกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอื่น ๆ

ในระบบของโรงพยาบาล นั่นคือ การบริหารความเสี่ยง (risk management) เป็นกระบวนการค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสียและการดำเนินการเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้น (อนวัณน์ ศุภชุตกุล, 2543ก) เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งต้องตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง โดยจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมายของความเสียหาย ประเภทความเสี่ยง ความหมายของการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง และบทบาทของผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพการบริการที่จะนำไปสู่รับรองคุณภาพมีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยง (risk) ได้มีผู้ให้ความหมายของความเสี่ยงไว้ หลายท่าน ดังนี้
ความเสี่ยง หมายถึง สถานการณ์ที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ไปจากผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ (Vaughan, 1997)

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล (กฤษฎา แสงวดี, 2542)

ความเสี่ยง หมายถึง แนวโน้มของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ และไม่คาดหวัง ที่อาจเป็นอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดี หรือสุขภาพที่ดี อันตรายต่อทรัพย์สินทั้งขององค์กร และบุคคล (Wilson, 1999)

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ (อนวัณน์ ศุภชุตกุล, 2543ก)

ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และจะส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหายหรือความล้มเหลวหรือลดโอกาสที่จะบรรลุความสำเร็จต่อการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ทั้งในระดับองค์กร ระดับหน่วยงาน และบุคลากรได้ (เจนเนตร มณีนาถ, กรกนก วงศ์พานิช, ปัญจมน แก้วมีแสง, และดร.ณรัตน์ พึ่งตน, 2548)

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่บางสิ่งบางอย่างอาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของสิ่งที่เป็นอันตราย หรือคุกคามที่ส่งผลต่อกิจกรรม หรือแผนการต่างๆ ทั้งนี้ความเสี่ยงเกิดจากความไม่แน่นอน ซึ่งสามารถวัดได้จากความน่าจะเป็นของสิ่งที่เกิดขึ้น หรือผลลัพธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้น (ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี, 2550)

กล่าวโดยสรุปว่า ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดคิดได้ทุกระบวนการทำงาน เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีความสูญเสียเกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม ตลอดจนทรัพย์สินต่าง ๆ

การจำแนกประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

มีนักวิชาการหลายท่านได้จำแนกประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล ดังนี้

กฤษดา แสงงดี (2543) ได้จำแนกประเภทของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลตามผลกระทบที่เกิดขึ้นดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านร่างกาย เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้แก่ การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียง หรือจากที่สูง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การตัดอวัยวะผิด การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การให้การรักษายาผิดคน การให้ยาผิด การชอกช้ำ หรือบาดเจ็บ จากการรักษายาผิด การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ตามลำพัง การละเลยผู้ป่วยที่มีคำสั่ง “Do Not Resuscitate” การเฝ้าระวังอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้อง หรือการประเมินปัญหาล่าช้า ความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือน ด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การละเลย ความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย ครอบครัว การทำให้เสียหน้าอับอาย การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น การไม่ยินยอมรับการรักษา การไม่ดูแลความเป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอแก่การตัดสินใจ

2. ความเสี่ยงด้านสังคม เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคม ได้แก่ การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระค่ารักษายาผิด การรักษาเกินความจำเป็น ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว การเก็บรักษาทรัพย์สินหรือของมีค่า รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

3. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้ง ต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจคาบเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวาระสุดท้าย ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยวิกลจริตถูกเงิน หรือผู้ป่วย/ครอบครัวที่ประสบความสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอไม่คงเส้นคงวา ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจตัดสินใจไม่ได้หรือการกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นการทำลายความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วย/ครอบครัว

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543ก) ได้จำแนกประเภทของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลตามผลกระทบกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้อ การตัดอวัยวะผิดหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย

2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้ผู้ป่วยอายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว

3. ความเสี่ยงด้านสังคม เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การ expose ผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความท้อแท้

สิทธิศักดิ์ พฤษชัยกุล (2544) ได้จำแนกประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นกลุ่ม ๆ ตามผู้มีโอกาสรับความเสี่ยงในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ เช่น การบาดเจ็บในโรงพยาบาล การเกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น

1.2 ความเสี่ยงทางด้านอารมณ์ เช่น ความไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกอาย หรือถูกทำร้ายจิตใจ เป็นต้น

1.3 ความเสี่ยงทางด้านสังคม เช่น การถูกเปิดเผยความลับ การถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วย การเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นหรือสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล ทรัพย์สินเงินทองสูญหาย เป็นต้น

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดทศบัญญัติของศาสนา หรือความเชื่อ เป็นต้น

2. ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่หรือพนักงานของโรงพยาบาลเอง

2.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บจากการทำงาน การเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น

2.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอายเสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น

2.3 ความเสี่ยงด้านสังคม เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกขี้อายประกอบโรคศิลป์ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทรัพย์สินสูญหาย เป็นต้น

2.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบัพญญัติทางศาสนา หรือความเชื่อ เป็นต้น

3. ความเสี่ยงที่เกิดกับโรงพยาบาล

3.1 การสูญหายหรือเสียหายของทรัพย์สิน

3.2 การเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล

3.3 การเสื่อมสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ก่อนเวลาอันควร

3.4 เครื่องมืออุปกรณ์ใช้การไม่ได้กะทันหัน

3.5 การทำผิดบัพญญัติของกฎหมาย

3.6 การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

3.7 ไฟไหม้

3.8 น้ำท่วม

4. ความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชน

4.1 การกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม

4.2 การทำลายสิ่งแวดล้อม

วิภา จิระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) ได้จำแนกความเสี่ยงในโรงพยาบาลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการ เกี่ยวข้องกับอันตรายที่เกิดกับด้านร่างกาย ด้านจิตใจ (ถูกคุกคาม ทำให้กลัว อับอาย สับสน) ด้านสังคม (การละเมิดสิทธิผู้ป่วย) และด้านจิตวิญญาณที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความเชื่อ รู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัย

2. ความเสี่ยงต่อองค์กร เกี่ยวข้องกับการเสียชื่อเสียงในชุมชนที่ใช้บริการ รายได้ที่พึงได้รับการสูญเสียทรัพย์สินจากการขาดการบำรุงรักษา และการเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ ตลอดจนการทำลายสภาพแวดล้อมของส่วนรวม

กล่าวโดยสรุป ความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสามารถจำแนกได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายผู้ป่วย เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล การตกเตียง การตัดอวัยวะผิด การทอดทิ้งผู้ป่วย

2. ความเสี่ยงทางด้านอารมณ์ คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่ออารมณ์และสภาพจิตใจ เช่น การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยอาย ขาดความมั่นใจ สับสน

3. ความเสี่ยงทางด้านสังคม คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อวิถีการดำเนินชีวิตผู้ป่วย เช่น การถูกละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และสิทธิผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อทางศาสนา และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยล้วนมีความสำคัญ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของการที่โรงพยาบาลต้องเสียชื่อเสียง หรือการฟ้องร้องของผู้ป่วย รวมทั้งการที่โรงพยาบาลต้องจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงถือเป็นความรับผิดชอบในการป้องกันความสูญเสีย และควบคุมความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

ได้มีผู้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงหรือการจัดการความเสี่ยง (risk management) ซึ่งใช้แทนกันได้ ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้คำว่า การบริหารความเสี่ยง ดังนี้

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

ฮูเบอร์ (Huber, 1996) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การประสานและการผสมผสานทรัพยากรผ่านกระบวนการวางแผนการประสานงาน การนำและการควบคุม เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่หน่วยงานได้กำหนด

กฤษดา แสงดี (2542) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการค้นหาความเสี่ยง และการมีกระบวนการ การป้องกัน หรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการในการบริหารเพื่อลดหรือป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากพฤติกรรมหรือการละเลย ซึ่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2543ก) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาส และปริมาณของ ความสูญเสียที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

ไพรัชวอเตอร์เฮาส์เปอร์ส (2547) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการที่ปฏิบัติ โดยคณะกรรมการบริษัท ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนในองค์กรเพื่อช่วยในการกำหนดกลยุทธ์และ ดำเนินงาน โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงได้รับการออกแบบเพื่อให้สามารถบ่งชี้เหตุการณ์ที่อาจ เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อองค์กร และสามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับ เพื่อให้ ได้รับความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่องค์กรกำหนดไว้

ชัยเสถียร พรหมศรี (2550) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการที่เป็นระบบ และ ได้รับการวางแผน เพื่อใช้ในการลด หรือขจัดความน่าจะเป็น หรือโอกาสที่ความสูญเสียจะเกิดขึ้นใน สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง อาจกล่าวได้ว่า การบริหารความเสี่ยง คือหลักเกณฑ์ที่ใช้รับมือกับความเป็นไปได้ ของเหตุการณ์ในอนาคตที่เป็นสาเหตุของภัย และอันตรายต่าง ๆ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2550) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง หรือลดความสูญเสียและการดำเนินการเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้น

รัชนี นามจันทราและวรรณิ บุญช่วยเหลือ (2551) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การพัฒนาและการดำเนินกลยุทธ์ในการป้องกันการเกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สินและ ชื่อเสียง

กล่าวโดยสรุป การบริหารความเสี่ยง หมายถึง ความพยายามลดจำนวนและความรุนแรงของ อุบัติการณ์เป็นการพัฒนากลยุทธ์ป้องกันความสูญเสียหรือการรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง หรือเน้น กระบวนการการบริหารความเสี่ยงได้แก่การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การดำเนินการ จัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยง ของอนันต์ ศุภชิตกุล (2543ก)

กระบวนการบริหารความเสี่ยง

มีผู้เสนอแนวคิด และกระบวนการในการบริหารความเสี่ยงไว้ดังนี้

วิลสัน (Wilson, 1992) ได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่มีภาวะเสี่ยงมีกระบวนการปฏิบัติดังนี้

1. การค้นหาภาวะเสี่ยง (risk identification) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญเพราะเป็น กิจกรรมเชิงรุกที่ช่วยป้องกันอันตราย การบาดเจ็บหรือการสูญเสีย ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นกับบุคลากร ทางการแพทย์จากภาวะเสี่ยงต่าง ๆ การค้นหาภาวะเสี่ยงเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีใน หน่วยงานและแหล่งอื่น ๆ เพื่อค้นหาพื้นที่ในการปฏิบัติงานที่มีภาวะเสี่ยงและต้องการปรับปรุงแก้ไข

โดยการค้นหาภาวะเสี่ยงนี้ ผู้จัดการภาวะเสี่ยงต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และการเรียนรู้ระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้การค้นหาภาวะเสี่ยงมีความครอบคลุมและถูกต้องสำหรับการจัดการที่เหมาะสมในอนาคต ถ้าผู้จัดการภาวะเสี่ยงไม่สามารถค้นหาภาวะเสี่ยงบางชนิดได้ก็ไม่สามารถกำจัดหรือควบคุมภาวะเสี่ยงชนิดนั้นได้ ซึ่งการปฏิบัติการค้นหาความเสี่ยงจะได้จากแหล่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 การค้นหาภาวะเสี่ยง โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงโดยการศึกษาระบบบันทึกที่มีอยู่ในหน่วยงาน เช่น รายงานอุบัติการณ์ บันทึกประจำวัน รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ รายงานการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือ และรายงานการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากรทางการแพทย์ ค้นหาภาวะเสี่ยงโดยการระดมสมองบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อค้นหาสิ่งผิดปกติหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงาน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง รายละเอียดของเวลาและสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ ความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานและองค์กร และการค้นหาภาวะเสี่ยงโดยการทบทวนคู่มือการปฏิบัติงานที่มีในหน่วยงาน เพื่อหาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหรือข้อบกพร่องของคู่มือซึ่งก่อให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและมีผลให้เกิดอันตรายต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

1.2 การค้นหาภาวะเสี่ยงโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นการค้นหาความเสี่ยงด้วยการสืบค้นข้อมูลจาก วารสารของไทยและต่างประเทศ อินเทอร์เน็ต ห้องสมุด การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดขึ้นโดย องค์กรวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ การติดตามข่าวจากหนังสือพิมพ์และการสร้างเครือข่ายวิชาชีพ

1.3 การค้นหาภาวะเสี่ยงโดยการเรียนรู้ในระหว่างการทำงาน เป็นสิ่งที่จะช่วยควบคุมความเสียหายและป้องกันมิให้เกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บต่อบุคลากรในอนาคตเป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงจากการเผชิญกับภาวะเสี่ยงและจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทันที และเมื่อพบอันตรายหรือความเสียหายเกิดขึ้น ต้องรายงานเหตุการณ์ให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปรวมทั้งคณะกรรมการจัดการภาวะเสี่ยงขององค์กร ได้รับทราบ รวมทั้งจัดให้มีการเขียนบันทึกรายงานเหตุการณ์เหล่านั้นไว้เป็นหลักฐานด้วยทุกครั้ง

1.4 การค้นหาภาวะเสี่ยงเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากการบันทึกและรายงานการระดมสมอง การทบทวนคู่มือการปฏิบัติงาน และการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานแล้วรวบรวมมาจัดทำบัญชีรายชื่อภาวะเสี่ยง (risk profile) เพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

2. การประเมินภาวะเสี่ยง (risk assessment) เป็นขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยงที่รวบรวมได้จากการค้นหา ทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินในปัจจุบันและการประเมินไป

ข้างหน้า ด้วยการพิจารณาความเสียหาย หรืออันตรายที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงเหล่านั้น
ในขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยงจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมเหล่านี้คือ

2.1 การสืบสวนหาข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด
ด้วยการพิจารณาความถี่ ความรุนแรงของอันตรายและความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น
ต้องพิจารณาหาสาเหตุ ผลลัพธ์ที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงาน และองค์กร ปัจจัยส่งเสริมที่
ทำให้เกิดเหตุการณ์ และโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ลักษณะของการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
ต่อผู้บริหารหรือคณะกรรมการจัดการภาวะเสี่ยง ความช่วยเหลือที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการใน
การแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 การจัดทำแฟ้มรายชื่อภาวะเสี่ยงที่มีในหน่วยงานเป็นการรวบรวมอันตรายหรือ
การบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาที่จะเกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงที่มีในหน่วยงานโดยรายชื่อภาวะเสี่ยงนี้ต้อง
ครอบคลุมภาวะเสี่ยงทั้ง 2 ลักษณะ คือ ภาวะเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปในหน่วยงาน และภาวะเสี่ยงที่มีความ
เฉพาะเจาะจง ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่น ข้อมูลที่รวบรวมลงใน
แฟ้มบัญชีรายชื่อภาวะเสี่ยงในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย ชนิดของอันตราย การบาดเจ็บ หรือความเสียหาย
ที่มีต่อบุคลากร รวมทั้งความถี่ และความรุนแรงของเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์แต่ละชนิด

2.3 การปรับปรุงรายชื่อภาวะเสี่ยงต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งภาวะเสี่ยงที่มี
ความสำคัญของหน่วยงาน ไม่ควรให้ภาวะเสี่ยงที่ได้จากการค้นพบใหม่บดบังการจัดการกับภาวะเสี่ยงที่
มีมาแต่เดิมซึ่งมีความสำคัญอยู่ เช่น อันตรายของแผนกรังสีรักษา คือ การได้รับรังสีจึงมีการป้องกัน
หลายประการในหน่วยงานให้แก่บุคลากร แต่จากการปฏิบัติงานพบว่า มีผู้ป่วยลื่นล้มหกล้ม หรือตก
เตียงบ่อยมาก ซึ่งในการจัดการภาวะเสี่ยงใหม่นี้ ไม่ควรลืมการป้องกันอันตรายจากรังสี ที่เป็นภาวะเสี่ยง
ที่สำคัญของหน่วยงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง การประเมินภาวะเสี่ยงจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การ
จัดการกับความเสี่ยง เมื่อประเมินภาวะเสี่ยงได้แล้ว ควรจัดลำดับความสำคัญของภาวะเสี่ยงที่ต้องการ
ควบคุมหรือแก้ไข เพื่อนำไปสู่การจัดการที่ดีต่อไป

3. การดำเนินการจัดการความเสี่ยง (action to manage risk) เป็นขั้นตอนการหาแนวทาง
ปฏิบัติที่สามารถจะช่วยจัดการกับภาวะเสี่ยงแต่ละชนิดที่ได้จากการค้นหาตามลำดับความสำคัญของ
ภาวะเสี่ยงให้ได้มากที่สุด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความสามารถของหน่วยงานและ
งบประมาณที่จะใช้ในการจัดการกับภาวะเสี่ยง ซึ่งแนวทางในการปฏิบัตินั้นได้มาจากการเลือกใช้กล
ยุทธ์ต่างๆ ในการจัดการกับภาวะเสี่ยง ได้แก่

3.1 การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง (risk avoidance) เป็นการเลือกที่จะ ไม่ปฏิบัติกิจกรรมซึ่งมี
โอกาสจะทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงได้ เนื่องจากภาวะเสี่ยงนั้นไม่สามารถกำจัดและส่งผลต่อให้หน่วยงาน

อื่นจัดการได้ เช่น การงดใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่มีการชำรุดของข้อต่อหรือสายไฟ การงดใช้สารเคมีที่มีอันตรายร้ายแรงต่อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

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

3.3 การป้องกันภาวะเสี่ยง (risk prevention) เป็นการป้องกันภาวะเสี่ยงเนื่องจากภาวะเสี่ยงไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ โดยการหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น การใส่เสื้อตะกั่วเพื่อป้องกันรังสีเอกซเรย์ การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ในการปฏิบัติงานหรือการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น

3.4 การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (loss reduction) เป็นการดูแลแก้ปัญหาโดยจับพยานหลังมีเหตุการณ์เกิดขึ้นและมีอันตรายหรือเกิดการบาดเจ็บต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยการให้ความอบอุ่น อำนวยความสะดวกสบาย ให้ข้อมูลแก่บุคลากรหรือผู้ป่วยด้วยการสื่อสารที่ดี และความเข้าใจที่ดีต่อกัน

3.5 การแบ่งแยกทรัพยากร (asset segregation) เป็นการจัดแบ่งทรัพยากรออกหลายส่วน เพื่อให้มีระบบสำรองทรัพยากรไว้ใช้ในกรณีที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งอาจมีอันตรายหรือการสูญเสียมากขึ้นต่อบุคคลหรือระบบการปฏิบัติงาน เช่น การจัดหน่วยสำรองอุปกรณ์การแพทย์ หน่วยสำรองเครื่องมือผ่าตัด เป็นต้น

การเลือกกลยุทธ์เพื่อจัดการกับภาวะเสี่ยงแต่ละชนิด ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับเป้าหมายของการจัดการภาวะเสี่ยง และความสามารถของบุคลากรหรือหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ช่วยลดความเสียหาย ลดค่าใช้จ่ายและลดโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วยตัวอย่าง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ได้รับบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ผู้จัดการภาวะเสี่ยงใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะเสี่ยงด้วยการจัดให้มีการดูแลและบำรุงรักษาโดยบริษัทผู้ให้บริการอุปกรณ์ดังกล่าวและจัดอบรมบุคลากรให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือดังกล่าวปีละครั้ง หรือในกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับบาดเจ็บหลังจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและเครื่องมือ ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะเสี่ยงด้วยการจัดหาเทคนิควิธีการปฏิบัติที่ดีให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

เมื่อสามารถเลือกแนวทางในการปฏิบัติได้แล้ว ผู้จัดการภาวะเสี่ยงต้องมีการติดต่อสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับได้รับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักต่อการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ของหน่วยงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย จัดเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ให้แก่บุคลากร ความพร้อมของ

อุปกรณ์ เครื่องมือและจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานของหน่วยงานรวมทั้งคอยควบคุมและตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่บุคลากรให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างสะดวกและถูกต้อง

4. ประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้บริหารต้องเชื่อมโยงผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการภาวะเสี่ยงกับตัวชี้วัดของหน่วยงานและระบบการประกันคุณภาพโดยกิจกรรมที่ผู้จัดการภาวะเสี่ยงควรปฏิบัติในขั้นตอนนี้ได้แก่

4.1 การติดตามผลของการจัดการภาวะเสี่ยง จากตัวชี้วัดภาวะเสี่ยงของหน่วยงานเป็นประจำทุกเดือนด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการภาวะเสี่ยง เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และรายงานข้อร้องเรียนของบุคลากรทางการแพทย์

4. เปรียบเทียบผลการจัดการภาวะเสี่ยงกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ ด้วยการทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะเสี่ยงเป็นประจำเดือนและทุกปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำรวมทั้งการมีมาตรการในการป้องกันภาวะเสี่ยงมากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ กล่าวคือ ต้องนึกถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์และการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำทั้งที่มีการป้องกันแล้ว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์นั้น

4.3 ประเมินวิธีการในการจัดการภาวะเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ด้วยการพิจารณาความเหมาะสม ประสิทธิภาพของวิธีปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการภาวะเสี่ยงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่มีการเกิดอุบัติการณ์ชนิดเดียวกันซ้ำอีก

กฤษดา แสงดี (2542) ได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ ริดลีย์ (Ridley, 1994) ที่ว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ 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 การวิเคราะห์ระบบบริการเป็นการค้นหาว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลักของงานบริการนั้นมีความเสี่ยงอะไรอยู่บ้าง ทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ หรือในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพ

1.1.2 การประเมินความเสี่ยง โดยใช้การรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบเกี่ยวกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมของอุบัติการณ์ รวมทั้งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และประเมินว่า

อุบัติเหตุที่นั่นก่อให้เกิดการบาดเจ็บ อันตราย ความเสียหายแก่ผู้ป่วยรุนแรงเพียงใด นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องที่เป็นอันตรายต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

1.2 การจัดการแก้ไขความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล คือ การมุ่งลดผลกระทบที่จะเกิดจากความเสี่ยงนั้นในทันที เช่น การให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ การเอาใจใส่พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการรายงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือ

1.3 การประเมินผลความเสี่ยง โดยการติดตามประเมินผลของการจัดการกับความเสี่ยงว่าลดลงหรือไม่ หากยังมีความเสี่ยงอยู่ต้องปรับปรุงวิธีการจัดการกับความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

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

2.1 การเฝ้าระวังความเสี่ยง และคุณภาพในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องจากการติดตามรายงานเฝ้าระวัง

2.2. การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

2.3 การกำหนดแนวทาง หรือวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เป็นประเด็นทางจริยธรรม หรือเรื่องที่มีก่เกิดความผิดพลาดเพราะมีวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย จึงต้องมีการกำหนดให้ชัดเจน และประเมินว่าแนวทางที่กำหนดนั้นมีความเหมาะสม หรือประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด

3. การลดความเสี่ยง (risk reduction) มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยจำกัด หรือควบคุมการสูญเสียต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งได้เกิดขึ้นแล้ว ความผิดพลาด หรือความบกพร่องจะสามารถลดลงไปได้หากสามารถค้นพบความเสี่ยงต่าง ๆ ได้รวดเร็ว กิจกรรมที่ควรดำเนินการที่สามารถลดความเสี่ยงได้มีดังนี้

3.1 การสร้างจิตสำนึกให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกรู้ว่าเป็นบุคคลสำคัญที่จะลดความขัดแย้งต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยง หรือความเสียหาย เพราะความเสี่ยงส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ

3.2 การฝึกอบรมบุคลากรให้มีทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการจัดการความเสี่ยง เนื่องจากการมีทักษะการสื่อสารที่ดี บวกกับการมีความรู้เพียงพอในการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจ

3.3 การจัดระบบการรายงาน และเฝ้าระวังความเสี่ยงให้ไวต่อปัญหา และพร้อมที่จะแก้ไขทันที

3.4 การสร้างระบบที่จะตอบสนองต่อคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ที่รวดเร็วเพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณค่า

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543ก) ได้อธิบายถึงแนวคิดและขั้นตอนในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล รายละเอียดขั้นตอนมีดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification)

เป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสียหรือความสูญเสียที่มีโอกาสเกิดขึ้นและเป็นการทบทวนโอกาสที่จะเกิดปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เราอาจค้นพบความเสี่ยงได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มีในหน่วยงานซึ่งสามารถทำได้โดยอาศัยการเรียนรู้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต

1.1.1 ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะมีการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองอยู่แล้วในกระบวนการควบคุมคุณภาพหรือการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.1.2 ประสบการณ์ของบุคคล

1.2 เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น อาจทำได้จากการค้นหาวารสารวิชาการ/อินเทอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดโดยองค์กรวิชาชีพ การติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ การสร้างเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพเป็นวิธีการเรียนรู้ที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ต้องลงทุนด้วยความสูญเสีย

1.3 การเรียนรู้ในระหว่างปฏิบัติงาน มีเป้าหมายเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหายและเพื่อการป้องกันปัญหาในอนาคตซึ่งมีวิธีการดังนี้

1.3.1 รายงานอุบัติการณ์ (incident report) เป็นรายงานที่นิยมใช้กันมากที่สุด ซึ่งบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับการเกิดเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์และนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา

1.3.2 การคัดกรองเหตุการณ์ (occurrence screening) เป็นรายงานความเสี่ยงที่สมบูรณ์ ทันเวลา แต่ค่าใช้จ่ายสูงเพราะเป็นลักษณะของการวิจัย จะมีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกราย ทุก 48-72 ชั่วโมง โดยทีมผู้คัดกรองได้รับฝึกอบรมเกี่ยวกับคุณภาพความเสี่ยงและเครื่องชี้วัด หากพบเหตุการณ์ที่มีข้อสงสัยจะส่งให้กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เหมาะสมเพื่อตัดสินใจว่า จำเป็นต้องมีการสืบสวนต่อไปหรือไม่

1.3.3 การรายงานเหตุการณ์ (occurrence) หรือรายงานอุบัติการณ์ตามรายการที่กำหนด (structure incident report) เป็นระบบรายงานที่เจ้าหน้าที่ทุกคนถูกสอนให้ตระหนักและรายงาน

เหตุการณ์ที่ระบุไว้หรือบัญชีรายงานเหตุการณ์ ซึ่งต้องเป็นที่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่จะรายงาน มีจำนวนเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะทำได้ โดยที่ทุกคนจะต้องทราบและได้รับการคาดหวังว่าจะรายงานเหตุการณ์เหล่านี้

2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk assessment or risk analysis)

เป็นกระบวนการที่ค้นหาโอกาสเกิดความเสี่ยงของความเสี่ยงจากความเสียหายที่ค้นหาได้ และความเป็นไปได้ที่ความเสี่ยงจะเกิดขึ้นว่ามีความถี่ ความรุนแรงหรืออันตรายมากน้อยเพียงใด สามารถทำได้ทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินในปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้า ซึ่งขั้นตอนของการประเมินความเสี่ยงประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ๆ คือ การควบคุมความเสี่ยง และการจัดทำแฟ้มรายชื่อความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน

2.1 การควบคุมความเสี่ยง คือการประเมินขั้นต้น และตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในเหตุการณ์ และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้นและเมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วต้องมีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีเหตุการณ์เกิดขึ้นต้องพิจารณาหาสาเหตุ ผลลัพธ์ที่มีต่อบุคลากร หน่วยงาน และองค์กร ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ลักษณะของการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ซึ่งหน่วยงานสามารถนำการวิเคราะห์ความเสี่ยงมาเป็นแนวทางในการพิจารณาคัดเลือกความเสี่ยงที่รุนแรง และสำคัญมาจัดการได้อย่างเหมาะสม

2.2 การจัดทำแฟ้มรายชื่อความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน เป็นการรวบรวมความเสี่ยงอันตราย หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสจะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน โดยรายชื่อความเสี่ยงนี้ต้องครอบคลุมความเสี่ยงทั้งสองลักษณะ คือความเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปในหน่วยงาน และความเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะของการปฏิบัติงานที่แตกต่างไปจากหน่วยงานอื่น ข้อมูลที่รวบรวมในแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยงในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย ชนิดของอันตราย การบาดเจ็บ หรือความเสียหายที่มีต่อบุคลากร ความถี่ และความรุนแรงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละชนิด

การประเมินความเสี่ยง ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การจัดการความเสี่ยง และเมื่อทำการประเมินความเสี่ยงได้แล้ว ควรนำความเสี่ยงเหล่านั้นมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการควบคุมหรือแก้ไข และนำไปสู่การจัดการที่ดีต่อไป

3. การดำเนินการจัดการความเสี่ยง (action to manage risk)

เป็นวิธีการควบคุมความเสี่ยงและการบริหารเงินชดเชยความเสี่ยง ซึ่งกลยุทธ์ในการควบคุมความเสี่ยงมีหลายวิธี ขึ้นกับการเลือกของทีมผู้บริหารระดับสูง โดยเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้

และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความสามารถของหน่วยงาน และงบประมาณที่จะใช้ในการควบคุมความเสี่ยง กลยุทธ์ในการควบคุมมีดังนี้

3.1 การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) เป็นการกำหนดมาตรการที่จะควบคุมความเสี่ยง สามารถทำได้โดย การฝึกอบรม การให้ความรู้เรื่องของการบริหารความเสี่ยงเพื่อพัฒนาบุคลากร ส่งเสริมให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอนและข้อตกลงในการทำงาน กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ให้บริการ และต้องมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา มีการวางแผนป้องกันอุบัติเหตุภัยความเสียหายที่รุนแรง ผลกระทบที่อาจตามมา

3.2 การยอมรับความเสี่ยง (risk acceptance) เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้น องค์กรได้มีการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อรองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า การที่จะต้องทำประกันภัยกับบริษัทประกันภัย

3.3 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยการใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการจัดการ เมื่อพบว่าใช้กลวิธีต่างๆแล้วความเสี่ยงก็ไม่อาจยุติได้อาจมีความหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ โดยไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดการสูญเสีย เช่น ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า

3.4 การลดความเสี่ยง (risk reduction or minimization) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อไม่สามารถที่จะควบคุม ยอมรับ หลีกเลี่ยง หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นต้องทำให้ความเสี่ยงนั้นเกิดความเสี่ยงรุนแรงหรือผลเสียหายน้อยที่สุด เช่น การสอบสวน และการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดเชย การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

3.5 การถ่ายโอนความเสี่ยง (risk transfer) การถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น โดยการยอมจ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกัน เพื่อเป็นการจำกัดค่าใช้จ่ายจะต้องสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย โดยบริษัทประกันเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติกิจกรรมบริหารความเสี่ยงขององค์กรทำให้ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ลดลงได้

การเลือกกลยุทธ์เพื่อจัดการกับภาวะเสี่ยงแต่ละชนิด ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับเป้าหมายของการจัดการภาวะเสี่ยง และความสามารถของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ช่วยลดความเสียหาย ลดค่าใช้จ่าย และลดโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ผู้จัดการภาวะเสี่ยงใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะเสี่ยงด้วยการจัดให้มีการดูแล และบำรุงรักษาโดยบริษัทผู้ให้บริการอุปกรณ์ดังกล่าว และจัดอบรมบุคลากรให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือดังกล่าวปีละครั้ง เป็นต้น

4. การประเมินผล (evaluation)

เป็นวิธีการนำเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบ ซึ่งขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่จะบอกถึงความสำเร็จ และคุณภาพของการบริหารความเสี่ยง ภายใต้งานความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงนั้นขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ และการติดตามผลของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็วและให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็น การทบทวนว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงนั้น ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ถ้ายังไม่ลดลงหรือยังไม่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ก็จะต้องทำการทบทวนปรับปรุงแก้ไขใหม่ กิจกรรมการประเมินผลความเสี่ยงได้แก่

4.1 การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

4.2 การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติเหตุซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน

4.3 การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) ได้อธิบายถึงแนวคิดการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัย โดยเอาบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่นๆอย่างรวดเร็ว ทั้งทั้งองค์กร อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความรุนแรง และความถี่ของการเกิดความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผลลัพธ์ของความเสี่ยง มีรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง

มีการค้นหาจากข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล อาจใช้การสัมภาษณ์บุคลากรและผู้ใช้บริการเกี่ยวกับประเด็น/ประสบการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงในองค์กร การเรียนรู้จากรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุมทุกแผนกและการเรียนรู้จากความผิดพลาดขององค์กรอื่น

2. การประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดความเสี่ยง

มีการประเมินความรุนแรงและความถี่ของความเสี่ยงทั้งในระดับหน่วยงาน และแผนก เพื่อควบคุม และแก้ไขปัญหา และในระดับ โรงพยาบาลเพื่อจัดการคำร้องเรียน และจัดเก็บข้อมูลความเสี่ยงที่พบไว้ในระบบสารสนเทศเพื่อจัดการความเสี่ยง

3. การจัดการกับความเสี่ยง

ใช้กลยุทธ์การจัดการความเสี่ยง 2 ลักษณะได้แก่ การป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติการณ์และการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากอุบัติการณ์ ดังนี้

3.1 การป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติเหตุ

3.1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากบุคคล และอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม/ด้อยคุณภาพ

3.1.2 การถ่ายโอนความเสี่ยงให้กับองค์กรอื่น เพื่อเพิ่มความคุ้มครองในการจัดการหรือเมื่อเกินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3.1.3 การป้องกันความเสี่ยงโดยการใช้แนวปฏิบัติ/ระเบียบกำกับการปฏิบัติงาน การให้ความรู้ที่ทันสมัยแก่บุคลากรทางสุขภาพและการบำรุงรักษาอุปกรณ์การแพทย์

3.1.4 การลดความสูญเสียเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น โดยเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหา แสดงความเอาใจใส่ รับผิดชอบ และสื่อสารอย่างจริงใจกับผู้สูญเสีย และครอบครัว ตลอดจนจัดให้มีระบบสำรองทรัพย์สินขององค์กรที่รัดกุมสำหรับการจ่ายค่าชดเชย

3.2 การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ องค์กรเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงหรือการถ่ายโอนความรับผิดชอบด้านการเงินให้กับบริษัทประกัน

4. การประเมินผลลัพธ์ของความเสี่ยง

การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงกับดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่มุ่งลดและบรรเทาการเกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ ความสูญเสียขององค์กรจากการถูกร้องเรียน การฟ้องร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้บริการทางคลินิก บุคลากรถูกฟ้องร้อง และการสูญเสียทางการเงิน

สรุปได้ว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบเน้นความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและองค์กร ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวได้ใช้กลยุทธ์ส่วนใหญ่ในการจัดการกับความเสี่ยงคือ การป้องกันความเสี่ยงโดยการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติและจัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยงร่วมกับการเฝ้าระวังความเสี่ยง และการลดความเสี่ยงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วด้วยการปลูกจิตสำนึกให้กับผู้ปฏิบัติ การจัดระบบรายงานให้ไวต่อปัญหา และการสร้างระบบการตอบสนองต่อคำร้องเรียน เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้รับความปลอดภัยจากการให้บริการในระบบสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกกระบวนการบริหารความเสี่ยงของอนวัตนัน ศุภชุตikul (2543ก) เนื่องจากว่า เป็นแนวคิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลต้องนำมาใช้ในการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัญหา อุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลพบปัญหาอุปสรรคได้หลายประการที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง หรือไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาขอเสนอผลของการศึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1. ด้านผู้บริหาร

- 1.1 ไม่มีกลยุทธ์ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้และดำเนินการอย่างจริงจัง (อภิัญญา ทิท่า, 2546)
- 1.2 ไม่ได้มีการศึกษาถึงความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในหน่วยงานจึงทำให้มีจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกเกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย (วิมลพร ไสยวรรณ, 2545)
- 1.3 ไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง (วิสัย คตะตา, 2547)

2. ด้านผู้ปฏิบัติงาน

- 2.1 การขาดความตระหนักต่อการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (วิมลพร ไสยวรรณ, 2545)
- 2.2 มีความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (พัชติดา สุทธิสุทธิ์, 2550)
- 2.3 ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการบริหารความเสี่ยงเนื่องจากมีภาระงานมาก (ชลอ น้อยเผ่า, 2544)
- 2.4 ไม่มีการใช้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน (อภิัญญา ทิท่า, 2546 และ วิสัย คตะตา, 2547)
- 2.5 ให้ความร่วมมือในการรายงานอุบัติการณ์น้อย และขาดการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง (วิสัย คตะตา, 2547)
- 2.6 บุคลากรไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (ณัฐนิชา ธรรมสุนทร, 2552)
- 2.7 การรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า การสื่อสารไม่พอเพียง การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ (อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, 2553)

3. ด้านนโยบาย

3.1 ไม่มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนในการพัฒนากิจกรรมคุณภาพเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน (อภิญา ทิท่า, 2546 และวิสัย คตะ, 2547)

3.2 นโยบายของการบริหารความเสี่ยงมีการติดต่อสื่อสารที่ไม่ทั่วถึงภายในหน่วยงาน (ชลอ น้อยเผ่า, 2544)

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ที่ช่วยในการทำความเข้าใจกับปัญหาและ เป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา ศึกษาการคิดอย่างเป็นระบบ และช่วยให้การสื่อสารเข้าใจ มากขึ้น เพื่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กร พัฒนาการผลิต หรือพัฒนาคุณภาพในแต่ละกระบวนการ ซึ่ง กิจกรรมของการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยกระบวนการค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การ ประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิด ความสูญเสียขึ้น เพื่อลดโอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่และ ผู้ป่วยในการให้บริการสุขภาพจะต้องอาศัยเครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ เพื่อ นำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงระบบของการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2543) ได้กล่าวว่า เครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพมี 2 ประเภทได้แก่ เครื่องมือสำหรับการทำงาน เป็นทีม และเครื่องมือสำหรับการจัดการกับข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาขอเสนอรายละเอียดพอสังเขป ดังต่อไปนี้

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพสำหรับการทำงานเป็นทีม

1. การระดมสมอง (brainstorming) เป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความ คิดเห็น ปัญหาหรือข้อเสนอแนะ จำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิด สร้างสรรค์และเกิดการมีส่วนร่วมของทีมมากที่สุด ซึ่งจะใช้ในทุกระดับชั้นตอนที่ต้องการความคิดที่ หลากหลายได้แก่ ขั้นการกำหนดปัญหาหรือหาโอกาสพัฒนา ขั้นการค้นหาสาเหตุ ขั้นการค้นหา ทางเลือกเพื่อการแก้ไข ขั้นการกำหนดข้อมูลที่ต้องการเก็บขึ้นการวางแผนขั้นตอนของโครงการ มี ขั้นตอนดังนี้

1.1 ขั้นเตรียมการ

1.1.1 กำหนดประเด็นในการระดมสมอง ทำความเข้าใจให้ชัดเจน เขียนหัวข้อบน flip chart กำหนดประเด็นด้วยการตั้งคำถามที่เริ่มต้นด้วย “ทำไม” “อย่างไร” หรือ “อะไร”

1.1.2 กำหนดเวลาและวิธีการ ควรกำหนดให้สมาชิกแต่ละคนคิดโดยอิสระ 2-5 นาทีและเวลาที่จะนำเสนอความคิด 15-20 นาที

1.1.3 กำหนดผู้รับผิดชอบทำหน้าที่ผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) หรือผู้บันทึก ทำหน้าที่บันทึกความคิดทั้งหมดลงบนกระดาษพลิก (flip chart) เพื่อให้ทุกคนสามารถมองเห็นได้ และกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายใต้กฎกติกาที่วางไว้

1.1.4 ทบทวนกฎกติกาการยาทในการระดมสมอง เช่น การเสนอได้ครั้งละ 1 ความเห็น ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นของผู้อื่น หรือไม่มีการอภิปรายความเห็น

1.1.5 การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ กระดาษพลิก ปากกาเมจิก

1.2 ระดมความคิด

1.2.1 สร้างความคิด ให้สมาชิกสร้างความคิดของตัวเองอย่างเงียบ ๆ ตามประเด็นที่กำหนด

1.2.2 เสนอความคิด โดยให้สมาชิกเสนอความคิดของตนเอง ผู้นำทีมต้องเน้นกฎ กติกาการระดมสมองอย่างเคร่งครัด และต้องกระตุ้นให้สมาชิกฟังความคิดของผู้อื่น

1.3 ทำความกระจ่าง ให้สมาชิกเข้าใจความคิดที่เขียนไว้ หากไม่เข้าใจควรให้เจ้าของ ความคิดอธิบายสั้นๆและปรับปรุงข้อความให้ชัดเจนขึ้น

1.4 ประเมิน ตรวจสอบความซ้ำซ้อนหรือความเห็นไม่ตรงประเด็น โดยอาจใช้เกณฑ์ เพื่อคัดกรองร่วมด้วย

2. การใช้เทคนิคเดลฟิ (delphi technique) เป็นวิธีการขอให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น หรือการตัดสินใจอย่างอิสระ โดยไม่ต้องระบุชื่อ มีการให้ความเห็นซ้ำหลังจากได้มีรับทราบความคิดเห็นของเพื่อสมาชิก เมื่อครบ 3 รอบ ทีมควรจะได้ความเห็นร่วม เทคนิคนี้จะใช้เมื่อต้องการได้รับความเห็นที่หลากหลายจากสมาชิกโดยไม่มีอุปสรรคเนื่องจากการทราบว่าใครมีความเห็นอย่างไร หรือสมาชิกทีมไม่อยู่ในสถานที่เดียวกัน หรือเป็นเรื่องราวที่ต้องให้สมาชิกทุกคนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของ ผลการตัดสินใจและผลกระทบที่ตามมา ต้องการหลีกเลี่ยงสมาชิกบางคน มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ระบุการตัดสินใจหรือปัญหาที่ต้องขอความเห็นจากสมาชิก เป็นการเขียนที่ ต้องการขอความเห็นให้ชัดเจนรวมทั้งขอความเห็นชอบจากสมาชิกในกระบวนการที่เกิดขึ้น

2.2 ขอความเห็นจากสมาชิกในรอบแรก โดยให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น ของตนในกระดาษ ขั้นตอนนี้สมาชิกอาจจะอยู่คนละสถานที่ก็ได้ ซึ่งสมาชิกจะไม่ทราบความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะของใคร

2.3 สรุปความเห็นในรอบแรก แล้วขอความคิดเห็นในรอบที่ 2 โดยผู้ประสานจะต้องสรุปความเห็นรอบแรกออกมาเป็นประเด็น ซึ่งความเห็นรอบที่ 2 อาจจะเป็นการลงคะแนนหรือเป็นการเรียบเรียงข้อความใหม่ซึ่งมีความเห็นร่วมกันของทีม

2.4 สรุปความเห็นในรอบที่ 2 แล้วขอความคิดเห็นในรอบที่ 3 ขั้นตอนนี้หากสรุปความเห็นในรอบที่ 2 ได้ อาจจะไม่มีความเห็นรอบที่ 3 ซึ่งการสรุปความเห็นให้รอบที่ 3 เป็นรอบสุดท้าย ผู้ประสานจะต้องแจ้งให้สมาชิกในทีมทราบเพื่อจะได้ให้ความเห็นที่มุ่งสู่การตัดสินใจของทีม

2.5 สรุปความคิดเห็นในรอบที่ 3 ขั้นนี้ความเห็นจากสมาชิกจะเข้าใกล้ความเห็นร่วม ควรจะชัดเจนว่า จุดยืนของทีมอยู่ตรงไหน ผู้นำทีมควรจะเสนอกระบวนการอื่นเข้ามาประกอบการตัดสินใจ เช่น การลงคะแนนโดยใช้เกณฑ์

2.6 กิจกรรมต่อเนื่อง นำเสนอสรุปผลให้สมาชิกทุกคนทราบ จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำการตัดสินใจนั้นไปปฏิบัติ

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพสำหรับการจัดการกับข้อมูลอย่างเป็นระบบ

การใช้ข้อมูลเป็นหัวใจของการพัฒนาคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการกับข้อมูลได้แก่ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือในการนำเสนอข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

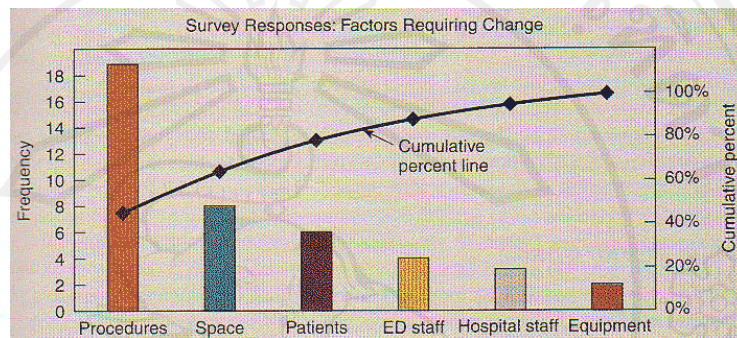
1.1 การกำหนดคำจำกัดความเพื่อการเก็บข้อมูล (operational definition) คือ เป็นคำจำกัดความของการวัดที่ชัดเจน กระชับและมีรายละเอียดที่จำเป็น มีเป้าหมายเพื่อการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนสำหรับทุกคน เหมาะสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ สามารถใช้ทุกโครงการในการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพ

1.2 การสุ่มตัวอย่าง (sampling) เป็นเครื่องมือสำหรับการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณในระบบ สาเหตุที่ต้องมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย และเพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

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

2. เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล

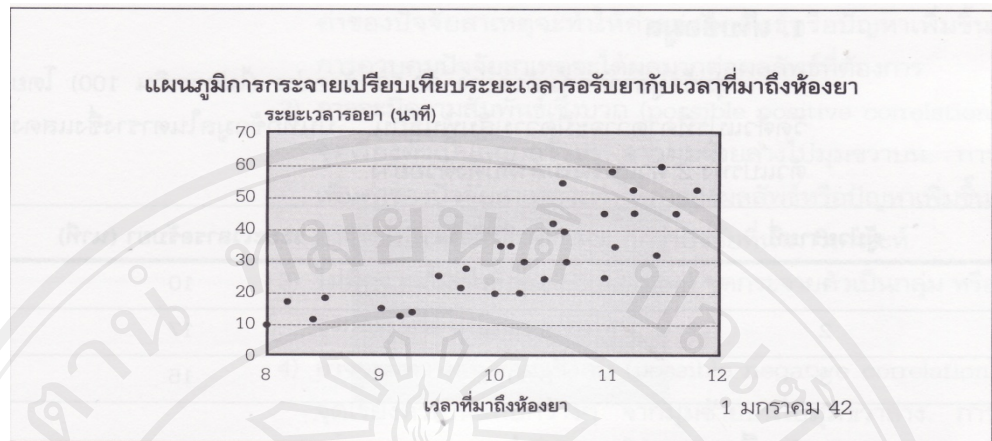
2.1 แผนภูมิพาเรโต (pareto diagram) เป็นแผนภูมิที่ใช้สำหรับแสดงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเรียงลำดับปัญหาตามความถี่ที่พบจากมากไปหาน้อย และแสดงขนาดความถี่มากน้อยด้วยกราฟแท่งควบคู่ไปกับการแสดงค่าสะสมของความถี่ด้วยกราฟเส้น ซึ่งแกนอนแสดงประเภทของปัญหาและแกนตั้งแสดงค่าร้อยละของปัญหาที่พบ



ภาพที่ 1 แสดงแผนภูมิพาเรโตของปัจจัยในห้องฉุกเฉิน

หมายเหตุ ที่มาของภาพประกอบ เครื่องมือคุณภาพ. โดย อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2543, กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

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



ภาพที่ 2 แสดงแผนภูมิการกระจาย

หมายเหตุ ที่มาของภาพประกอบ *เครื่องมือคุณภาพ*. โดย อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, 2543ข, กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

3. เครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการนำเสนอข้อมูล

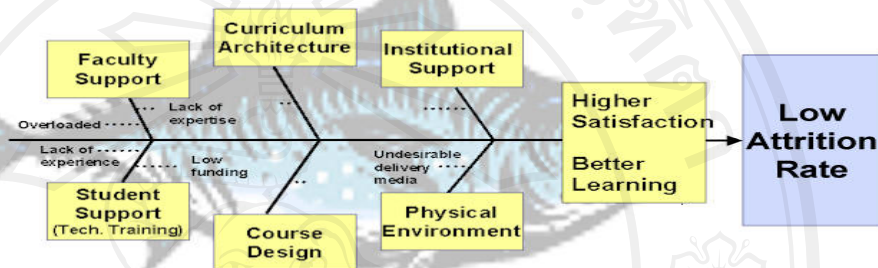
3.1 กราฟเส้นแสดงการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (run chart) เป็นกราฟเส้นจุดบันทึกไปตามเวลา ข้อมูลที่นำมาเสนออาจเป็นข้อมูลจากการวัดหรือการนับ จัดทำขึ้นเพื่อดูพฤติกรรมของระบบในช่วงเวลาหนึ่ง ใช้ในการตัดสินใจเพื่อปรับปรุงระบบ ซึ่งหน่วยควรสร้างกราฟต่อเนื่องสำหรับข้อมูลที่สำคัญตามรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน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

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

จากการทบทวนศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า เครื่องมือพัฒนาคุณภาพช่วยวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยงซึ่งจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพควบคู่กันไปกับการประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2543ข) ได้กล่าวถึงเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่ช่วยเสริม

การทำการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้บรรลุผลสำเร็จในการบริหารความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

1. แผนภูมิเหตุและผล (cause and effect diagram) ส่วนใหญ่จะเรียกแผนภูมินี้ว่า แผนภูมิก้างปลา (fishbone diagram) เป็นเครื่องมือคุณภาพที่มีการใช้กันมากชนิดหนึ่ง เนื่องจากสามารถมองเห็นภาพได้ง่าย สามารถใช้รวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มได้อย่างเป็นระบบ ทำให้มีความเข้าใจ และนำไปใช้วินิจฉัยปัญหาได้ในที่สุด



ภาพที่ 3 แสดงหลักการเบื้องต้นของแผนภูมิก้างปลา (fishbone diagram)

หมายเหตุ ที่มาของภาพประกอบ <http://coen.boisestate.edu>

หลักการเบื้องต้นของแผนภูมิก้างปลา คือการใส่ชื่อของปัญหาที่ต้องการวิเคราะห์ ลงทางด้านขวาสุดของแผนภูมิ โดยมีเส้นหลักตามแนวยาวของกระดูกสันหลัง จากนั้นใส่ชื่อของปัญหาย่อย ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาหลัก 3 - 6 หัวข้อ โดยลากเป็นเส้นก้างปลา (sub-bone) ทำมุมเฉียงจากเส้นหลัก เส้นก้างปลาแต่ละเส้นให้ใส่ชื่อของสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหานั้นขึ้นมา ระดับของปัญหาสามารถแบ่งย่อยลงไปได้อีก ถ้าปัญหานั้นยังมีสาเหตุที่เป็นองค์ประกอบย่อยลงไปอีก โดยทั่วไปมักจะมีการแบ่งระดับของสาเหตุย่อยลงไปมากที่สุด 4 - 5 ระดับ เมื่อมีข้อมูลในแผนภูมิที่สมบูรณ์แล้ว จะทำให้มองเห็นภาพขององค์ประกอบทั้งหมด ที่จะป็นสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น แผนภูมิก้างปลาสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในกรณีของบุคคลหรือกลุ่มงาน การใช้งานโดยทั่วไป หัวหน้าที่มักจะเขียนแผนภูมิก้างปลาบนกระดานดำ โดยใส่หัวข้อของปัญหาหลักลงไปก่อน แล้วจึงปรึกษากับทีมงานถึงสาเหตุหลักของปัญหา เพื่อเขียนต่อลงไปจากแนวแกนของปัญหาหลัก ทีมงานจะช่วยกันเสนอปัญหาทั้งหมด และช่วยกันตัดสินใจในการระบุปัญหาหลัก และอาจจะเขียนวงกลม เพื่อแสดงแต่ละหัวข้อ โดยทำเป็นลำดับจนได้แผนภูมิที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2. ผังงานแสดงกระบวนการโดยละเอียด (process flow chart) ใช้เพื่อแสดงกระบวนการโดยใช้สัญลักษณ์ที่ต่างกันไป แสดงการกระทำ การตัดสินใจ หรือปฏิบัติการในแต่ละจุด สัญลักษณ์ที่ใช้ประกอบด้วย (1) จุดเริ่มต้น/จุดสิ้นสุดกระบวนการ (2) กระบวนการหรือส่วนหนึ่งของกระบวนการ (3) การตรวจสอบ (4) การตัดสินใจ (5) การขนส่ง สัญลักษณ์ทั้ง 5 แบบ สามารถใช้อธิบายรายละเอียดของกระบวนการได้สมบูรณ์และนำไปใช้ได้หลายประเภท ส่วนกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะ อาจจะใช้สัญลักษณ์ที่แตกต่างออกไป โปรแกรมคอมพิวเตอร์บางชนิด อาจมีสัญลักษณ์เหล่านี้ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถนำไปใช้ สัญลักษณ์ที่ใช้จะมีการเชื่อมต่อกันเพื่อแสดงลำดับของขั้นตอนในกระบวนการ แสดงรูปด้านล่าง



ภาพที่ 4 แสดงแสดงเส้นทางของกระบวนการ (process flow chart)

หมายเหตุ ที่มาของภาพประกอบ <http://pirun.ku.ac.th/~b4555260/index2.htm>

3. การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา (root cause analysis) คือ การค้นหาปัจจัยรากของปัญหา หรือสาเหตุพื้นฐานของความผันแปรในการปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ ไม่ใช่ตัวคน เพื่อหาโอกาสปรับปรุง เริ่มจากสาเหตุพิเศษ (special cause) ในกระบวนการไปยังสาเหตุเชิงระบบ (common cause) อันนำไปสู่การลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ มีขั้นตอนดังนี้

3.1. จัดตั้งทีม

- 3.1.1 ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดและมีความรู้กับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี
- 3.1.2 ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง
- 3.1.3 ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ
- 3.1.4 ผู้ที่จะมีส่วนต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง
- 3.1.5 ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์

3.2. ระบุปัญหาได้แก่ การบรรยายอย่างชัดเจนและเจาะจงว่า “เกิดอะไรขึ้น” เพื่อช่วยให้ทีมมีจุดเน้นในการวิเคราะห์และปรับปรุง ข้อความปัญหาควรเป็นใจประโยคสั้นๆ ตัวอย่างการระบุปัญหา

3.2.1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผิดข้าง

3.2.2 ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังตกเตียง

3.3. ศึกษาปัญหา จากคำบอกเล่าและข้อสังเกตจากผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ หลักฐานทางกายภาพ หลักฐานเอกสาร

3.4. วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้ข้อมูลที่ทีมควรเก็บรวบรวมซึ่งควรกระทำโดยเร็วเพื่อป้องกันการหลงลืม ได้แก่

3.4.1 คำบอกเล่าและข้อสังเกตของผู้ใกล้ชิดเหตุการณ์ และผู้เกี่ยวข้อง

3.4.2 หลักฐานทางกายภาพ

3.4.3 หลักฐานทางเอกสาร

3.5 วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง (system analysis) กรอบแนวคิดต่อไปนี้ เป็นคำถามที่ใช้กระตุ้นทีม

3.5.1 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวข้อง หรือไม่ (patient factors)

3.5.2 มีปัจจัยเกี่ยวกับผู้ให้บริการ เกี่ยวข้อง หรือไม่ (provider factors)

3.5.3 มีปัจจัยเกี่ยวกับงานที่มอบหมาย เกี่ยวข้อง หรือไม่ (task factors)

3.5.4 มีปัจจัยเกี่ยวกับทีมงาน เกี่ยวข้อง หรือไม่ (team factors)

3.5.5 มีปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้อง หรือไม่ (environment factors)

3.5.6 มีปัจจัยเกี่ยวกับองค์กร เกี่ยวข้อง หรือไม่ (institutional factors)

4. การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิก (clinical tracer) อนุวัฒน์ สุขหุตกุล (2543ข) ได้กล่าวถึงการย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกเป็นการใช้สถานะทางคลินิกเพื่อติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่าง ๆ ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ องค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคนั้น ๆ หรือกระบวนการทำงานนั้น ๆ ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีนวัตกรรมต่าง ๆ เนื่องจากการทำการย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกต้องทำเป็นทีม จึงทำให้มองเห็นโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งมีกรอบในการเขียนประกอบด้วย บริบท ประเด็นสำคัญ เครื่องชี้วัดสำคัญและการใช้ประโยชน์ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การใช้การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกช่วยให้ทีมงานสามารถหิบบจับสิ่งที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมาพิจารณาคุณภาพที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่าการพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมักจะมีลักษณะกว้างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยหลายประเภท ด้วยความชัดเจนกับสิ่งที่สัมผัสในชีวิตการทำงานประจำวัน การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกจึงเป็นการง่ายที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะเข้าร่วมพิจารณาทบทวน และเมื่อทบทวนแล้วเห็นโอกาสพัฒนา ก็จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกได้โดยง่าย

5. เครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (trigger tool) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2005) ได้กล่าวว่าเครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือตัวส่งสัญญาณ เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการวัดระดับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในภาพรวมของโรงพยาบาลและใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบและพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการค้นหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ สามารถคำนวณอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อพันวันนอนโรงพยาบาล หรือร้อยละของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้น มีกฎเกณฑ์และวิธีการในการใช้เครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยการทบทวนเวชระเบียนการจัดกลุ่มเหตุการณ์เป็นกลุ่มตามลักษณะเฉพาะของการดูแลหรือหน่วยงาน ซึ่งเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ควรจัดหัวข้อให้ตามประเภท และระดับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้น และนำมาใช้ในการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ

จากการทบทวนเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยงพบว่า โรงพยาบาลระดับจังหวัดอุดรดิตถ์ และกลุ่มการพยาบาลมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เช่น การระดมสมอง แบบบันทึกความถี่ และแผนภูมิเหตุและผลโดยใช้คำสถิติช่วยวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงาน และเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่นำมาใช้ควบคู่การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้แก่ การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา (root cause analysis) ผังงานแสดงกระบวนการ โดยละเอียด และการย้อนรอยคุณภาพทางคลินิก

บทบาทผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ในการพัฒนาคุณภาพบริการทางสุขภาพ ผู้บริหารของโรงพยาบาลสามารถนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงไปใช้ดำเนินงานเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการกับความปลอดภัยในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ เนื่องจากการจัดการภาวะเสี่ยงเป็นแนวคิดที่สามารถนำไปผสมผสานกับ

แนวคิดของการประกันคุณภาพบริการสุขภาพในโรงพยาบาลให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

บทบาทผู้บริหารโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงเป็นบทบาทของผู้บริหารโรงพยาบาลที่จะต้องมีการวางระบบการบริหารให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความสูญเสียและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร ซึ่งอนุวัฒน์ สุภชติกุล (2543ก) ได้กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงดังนี้

1. การจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมในแต่ละส่วน
 2. นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอนมาสู่การปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติงานที่ชัดเจน เน้นการบริหารความเสี่ยงในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ
 3. การจัดระบบรายงาน ฐานข้อมูลของความเสี่ยงและความเสียหายทั้งหมดของโรงพยาบาล
 4. การประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเข้าด้วยกันด้วยการ
 - 4.1 ให้มีผู้แทนพร้อมสายงานในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และการประกัน/พัฒนาคุณภาพ
 - 4.2 ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และการเรียกร้องค่าเสียหายเพื่อเลือกประเด็นสำหรับนำมาศึกษาเชิงลึก
 - 4.3 บูรณาการการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน
 5. การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งควรประกอบด้วยสมาชิกหลายวิชาชีพ ได้แก่ ผู้บริหารของโรงพยาบาล ผู้จัดการความเสี่ยง หัวหน้าหน่วยงาน บุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่รวบรวมและทบทวนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและความสูญเสีย สร้างหลักประกันว่าความเสี่ยงที่สำคัญได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม
 6. จัดให้มีหน่วยเลขานุการกิจและฐานข้อมูลสนับสนุนแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- วิณา จิระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ (2550) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้บริหารในการจัดการความเสี่ยงในองค์กร ต้องอาศัยการบูรณาการหลักการบริหารแบบธรรมาภิบาล การจัดการความเสี่ยง และการประกันความปลอดภัย มีองค์ประกอบการบริหาร 7 ขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพเป็นแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิด บรรทัดฐาน และข้อตกลงที่เข้าใจกันโดยไม่ต้องพูดด้วยวาจา จะช่วยให้บรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยให้ความปลอดภัยอยู่ในความคิดของบุคลากรทุกคน มีวิธีสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยดังนี้

1.1 ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เปิดเผยและเป็นธรรมในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ โดย

1.1.1 จัดทำช่องทางที่ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์มีอิสระในการพูดเปิดเผยสิ่งที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา

1.1.2 สร้างบรรยากาศการรายงาน โดยไม่ต้องสนองความต้องการด้านอำนาจรุนแรงหรือมุ่งเน้นการลงโทษทัณฑ์ แต่ใช้วิธีการรับฟังอย่างเป็นกัลยาณมิตรร่วมกันศึกษาปัญหาและแก้ไขป้องกันการเกิดซ้ำ

1.1.3 ใช้รูปแบบการดำเนินการที่เป็นธรรมกับบุคลากรเมื่อเกิดอุบัติการณ์เกิดขึ้น

1.1.4 มีการดำเนินการให้แน่ใจว่าองค์กรได้เรียนรู้บทเรียนที่เกิดขึ้น

1.2 แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญในลำดับต้นและผลักดันให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม

1.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบในกระบวนการดูแลที่ปลอดภัย

1.4 ผสานกระบวนการจัดการความเสี่ยง และประเมินองค์กรในเรื่องความเสี่ยงต่อความผิดพลาดและอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอ โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านคลินิก หัตถการ กระบวนการและสภาพสิ่งแวดล้อม

1.5 รายงานอุบัติการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและชี้แจงแนวโน้มของความเสี่ยง ตลอดจนให้ความสนใจกับรายงานอุบัติการณ์และการตัดสินใจที่ใช้ในการทำให้เกิดความปลอดภัย

1.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันรับรู้ในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน โดยอธิบายการตอบสนองขององค์กรต่ออุบัติการณ์ที่เกิดและการนำบทเรียนที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันการเกิดซ้ำ

1.7 ให้การรับรองผลการสืบสวนอุบัติการณ์ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้และพัฒนาาระบบ

1.8 เสริมสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่หลีกเลี่ยงการใช้วิธีต้องพึ่งพาความจำเป็น และการปฏิบัติงานที่ต้องขึ้นกับความรอบคอบของบุคคลเป็นหลัก

2. มีผู้นำและผู้สนับสนุนบุคลากรในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยผู้บริหารระดับสูงและผู้นำในทุกหน่วยงาน/แผนก ต้องมีวิสัยทัศน์และนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถแสดงให้เห็นแนวทางการนำไปใช้ตลอดจนมีการสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรพร้อมทั้งสนับสนุนการสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การบูรณาการกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงโดยการนำเอาบทเรียนที่ได้รับในแต่ละความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดการความเสี่ยงอื่นๆอย่างรวดเร็ว ทั้งทั้งองค์กร อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มาใช้ในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ได้แก่

3.1 การค้นหาความเสี่ยง มีการค้นหาจากข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล อาจใช้การสัมภาษณ์บุคลากรและผู้ใช้บริการเกี่ยวกับประเด็น/ประสบการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงในองค์กร การเรียนรู้จากรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุมทุกแผนกและการเรียนรู้จากความผิดพลาดขององค์กรอื่น

3.2 การประเมินความรุนแรงและความถี่ของการเกิดความเสี่ยงทั้งในระดับหน่วยงานและแผนกเพื่อควบคุมและแก้ไขปัญหาและในระดับโรงพยาบาลเพื่อจัดการคำร้องเรียนและจัดเก็บข้อมูลความเสี่ยงที่พบไว้ในระบบสารสนเทศเพื่อจัดการความเสี่ยง

3.3 การจัดการกับความเสี่ยง ได้แก่

3.3.1 การป้องกันหรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติการณ์ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากบุคคลและอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม/ด้อยคุณภาพ การถ่ายโอนความเสี่ยงให้กับองค์กรอื่น เพื่อเพิ่มความคุ้มค่าในการจัดบริการหรือเมื่อเกินความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วย การป้องกันความเสี่ยงโดยการใช้แนวปฏิบัติ/ระเบียบกำกับกับการปฏิบัติงาน การให้ความรู้ที่ทันสมัยแก่บุคลากรทางสุขภาพและการบำรุงรักษาอุปกรณ์การแพทย์ และการลดความสูญเสียเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น โดยเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหา แสดงความเอาใจใส่ รับผิดชอบและสื่อสารอย่างจริงจังกับผู้สูญเสียและครอบครัว ตลอดจนจัดให้มีระบบสำรองทรัพย์สินขององค์กรที่รัดกุมสำหรับการจ่ายค่าชดเชย

3.3.2 การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากอุบัติการณ์ องค์กรเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงหรือการถ่ายโอนความรับผิดชอบด้านการเงินให้กับบริษัทประกัน

3.4 การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงกับดัชนีความปลอดภัยขององค์กรที่มุ่งลดและบรรเทาการเกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ ความสูญเสียขององค์กรจากการถูกร้องเรียน การฟ้องร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้บริการทางคลินิก บุคลากรถูกฟ้องร้อง และการสูญเสียทางการเงิน

4. การสนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยควรดำเนินการดังนี้

4.1 สนับสนุนให้บุคลากรทุกคนในการรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

4.2 ติดตามและเทียบเคียงสถิติการเกิดอุบัติการณ์และวิธีการจัดการกับอุบัติการณ์ขององค์กรอื่น

4.3 ตั้งเป้าหมายในการลดความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์และวางแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

5. การสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม ควรมีการดำเนินการร่วมกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

5.1 กำหนดและเผยแพร่นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ

5.2 คณะกรรมการบริหารขององค์กรให้สนับสนุนการสื่อสารและให้ผู้ป่วย และชุมชนมีส่วนร่วมในระบบความปลอดภัยของการจัดบริการทางสุขภาพ

5.3 ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลที่ตนได้รับ

5.4 ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตามความเหมาะสม ในกระบวนการสืบสวนเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อจัดการปัญหาและลดความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยในอนาคต ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในสถานการณ์ และตระหนักถึงความใส่ใจ และความจริงใจในการแก้ไขปัญหาขององค์กร

6. แลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากบทเรียนของความปลอดภัย โดยองค์กรจะต้องส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาจะช่วยค้นหาและเรียนรู้ว่าอุบัติการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไรและอะไรคือสาเหตุ

7. นำการแก้ไขไปใช้ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมการถ่ายโอนบทเรียนที่ได้รับจากอุบัติการณ์ไปสู่การเปลี่ยนแปลงระยะยาวในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยมากขึ้น จนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กร และเป็นสิ่งที่บุคลากรปฏิบัติเป็นกิจวัตรขณะทำงาน

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการความเสี่ยง และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ สุภชุตikul, 2543ก)

1. ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่เป็นงานประจำวัน และการระบุความเสี่ยง

1.1 การรายงานอุบัติการณ์ ต้องมีการออกแบบ ดำเนินการรักษาระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติได้รายงานอุบัติการณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หรือต่อโรงพยาบาล ซึ่งควรครอบคลุมถึงคำร้องเรียนของผู้ป่วย และรายงานการตรวจสอบ

1.2 วิเคราะห์และพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเสี่ยงนั้น ๆ

2. การบริหารระบบ

2.1 จัดให้มีการเก็บสถิติเกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 รักษาความลับของข้อมูลซึ่งได้มาระหว่างการสืบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์

- 2.3 รวบรวม ประเมินข้อมูล และกระจายข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง
- 2.4 จัดทำรายงานทุก 3 เดือนให้แก่ผู้อำนวยการ และคณะกรรมการโรงพยาบาล
- 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

งานบริการพยาบาล เป็นงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยตรง มีลักษณะของการให้บริการที่หลากหลายทำให้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในรูปแบบต่าง ๆ ตลอดเวลา ในการปฏิบัติงานจึงต้องมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจึงจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย จะต้องอาศัยบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางพยาบาลทุกระดับร่วมกันบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. ระดับฝ่ายการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ได้แก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จะต้องมีการศึกษา การเรียนรู้ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548) ดังนี้

1.1 การกำหนดนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงระดับฝ่ายการพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการและระบบบริหารความเสี่ยงให้

เกิดความปลอดภัย ทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่

1.2 การดำเนินการจัดการความเสี่ยง มีแต่งตั้งผู้รับผิดชอบทุกหน่วยบริการพยาบาลในการบูรณาการการจัดการความเสี่ยงโดยการค้นหา 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 กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารที่เปิดเผยมาระหว่างหัวหน้าทีมงาน และผู้ป่วยเรื่องความตระหนักต่อความปลอดภัย ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิ เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น โดยหาแนวทางแก้ไขจากระบบ

1.3.3 เสริมพลังบุคลากรให้เข้มแข็ง 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 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไขหรือป้องกันความเสี่ยง

2. ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อการให้การรักษาผู้ป่วย ด้วยการควบคุมดูแลให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงงานด้านบริหารหอผู้ป่วยรวมถึงบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการจัดการภาวะเสี่ยง ประกอบด้วย การปรับปรุงคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยของหน่วยงาน การกำหนดแนวทางปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับความปลอดภัย ปรับปรุงการปฏิบัติงานของบุคลากร ปฏิบัติกิจกรรมที่

เหมาะสมในการควบคุมภาวะเสี่ยง จัดระบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ ให้ความรู้และจัดอบรมความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จัดระบบป้องกันอัคคีภัย ตรวจสอบความเรียบร้อยในหน่วยงานและให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันอันตรายให้แก่บุคลากร และจัดระบบการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือให้มีสภาพที่ดีในการใช้งาน (Swansburg, 1996)

3. ระดับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ส่วนใหญ่พยาบาลจะมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในการควบคุม การลดและจัดซื้อผิดพลาดก่อนที่จะเกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากในงานการพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการโดยตรง โดยเฉพาะพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การประเมินผลความเสี่ยงร่วมถึงการวางแผนการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จะต้องมีการจัดการความปลอดภัย ทบทวนอุบัติการณ์และมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง เพื่อลดความรุนแรงหรือความถี่ของการเกิดความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากร (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) และหน้าที่ตามกฎหมายของพยาบาลจะต้องมีการรายงานอุบัติการณ์ (Cherry & Jacob, 2002) ดังนี้

1. พยาบาลหัวหน้าเวร มีหน้าที่รับผิดชอบในการสังเกต ประเมินผลและรายงานถึงสิ่งที่บกพร่องในกระบวนการรักษาพยาบาล
2. การรายงานถึงสิ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
3. จัดแฟ้มสำหรับจัดเก็บรายงานอุบัติการณ์ที่ลงบันทึกเรียบร้อยแล้ว
4. หัวหน้าเวรควรมีการสืบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเตรียมการสำหรับการรักษาพยาบาลที่บกพร่อง
5. หัวหน้าเวรควรให้ความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานว่า การรายงานอุบัติการณ์ใช้ในการป้องกันการฟ้องร้องและให้ความมั่นใจในคุณภาพบริการ ไม่ใช่เพื่อการจัดผิด ลงโทษหรือประเมินผลการปฏิบัติงาน

ในงานบริการพยาบาล การบริหารความเสี่ยงนั้นนับวันมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้บริหารการพยาบาลยุคใหม่ ต้องเป็นผู้มีความรู้ และความเป็นผู้นำ เพื่อชี้นำองค์กรพยาบาลส่งเสริมพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการจัดการความเสี่ยงนั้นควรจะเป็นการจัดการตามกรณีที่เกิดขึ้นตามพื้นที่ที่ให้บริการ แม้ว่าจะมีการประกันคุณภาพในทุกสาขาวิชาชีพอยู่แล้ว แต่การบริหารความเสี่ยงจะครอบคลุมกว้างมากกว่า โดยครอบคลุมการสูญเสียทุกแง่มุม ทั้งนี้ควรจะต้องเชื่อมโดยการทำกิจกรรมประกันคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ มาผสมผสาน และประยุกต์ใช้ในการป้องกันความเสี่ยงต่อไป (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ในโรงพยาบาลและงานห้องคลอด

โรงพยาบาลลับแลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ ได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาดำเนินงานในปี 2541 ถึงปัจจุบัน ในแผน ยุทธศาสตร์และเข็มมุ่งของโรงพยาบาลปี 2552-2554 คือการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงให้มี ประสิทธิภาพทั้งด้านบริหารงานและด้านบริการสุขภาพ (แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลลับแล, 2552) ทีมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานและ ตัวแทนของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลจำนวน 14 หน่วยงาน ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานหน่วยจ่ายกลางและซักฟอก งานเภสัชกรรม งานทันตกรรม งานชันสูตร งานรังสี งานเวชสถิติ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด และกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ ร่วมกันรับผิดชอบการดำเนินงานการบริหารความ เสี่ยงให้มีคุณภาพรวม โดยกำหนดนโยบายของการบริหารความเสี่ยงที่ตอบสนองปัญหา/เหตุการณ์ เฉพาะรายให้เหมาะสม มีระบบรายงานอุบัติการณ์ มีการค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา และวาง ระบบป้องกันที่รัดกุม มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการบริหาร ความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ(service profile ทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลับแล, 2552)

นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยง สามารถจัดการกับความเสี่ยง เบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และรายงานอุบัติการณ์ตามระบบที่กำหนด การรายงานอุบัติการณ์เป็นหน้าที่ ต้องปฏิบัติ และไม่มี ความผิดในการรายงาน แต่ถือว่ามีความผิดในกรณีที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วแต่ไม่มี การรายงาน
2. กำหนดให้ทุกหน่วยงานทำการค้นหา/ ดักจับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน ปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 3 เดือน รวมทั้งวิเคราะห์ ประเมินผลและปรับปรุงมาตรการ ป้องกันความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
3. กำหนดให้ทุกหน่วยงาน / ทีมคร่อมสายงาน จัดระบบบริการและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้ มีคุณภาพตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

4. ความเสี่ยง clinical risk ระดับ E ขึ้นไป และ non clinical risk ระดับปานกลางขึ้นไป ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

5. มีการประสานข้อมูลรายการความเสี่ยงเข้ากับโปรแกรมความเสี่ยงต่าง ๆ ของโรงพยาบาล และเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน / ทีมคร่อมสายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

6. การรายงานอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงมาก / มีความสำคัญมาก (sentinel events) กำหนดให้รายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที และเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

กรณีที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

เป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุต้องประเมินและจัดการกับปัญหาในขั้นต้นอย่างฉับพลัน

1. ถ้าควบคุมสถานการณ์ได้ ให้เจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุรายงานผู้บังคับบัญชา ในกรณีที่ความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงาน เพื่อรับทราบเรื่องที่เกิดขึ้นและสิ่งที่ได้แก้ไขไปพร้อมกับให้บันทึกในทะเบียนค้นหาคัดจับในหน่วยงาน / เอกสาร near – miss ของหน่วยงาน / บันทึกในแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ / อุบัติการณ์ โรงพยาบาลลับแล และรายงานความเสี่ยง / อุบัติการณ์ ตามระยะเวลาที่กำหนด คือ

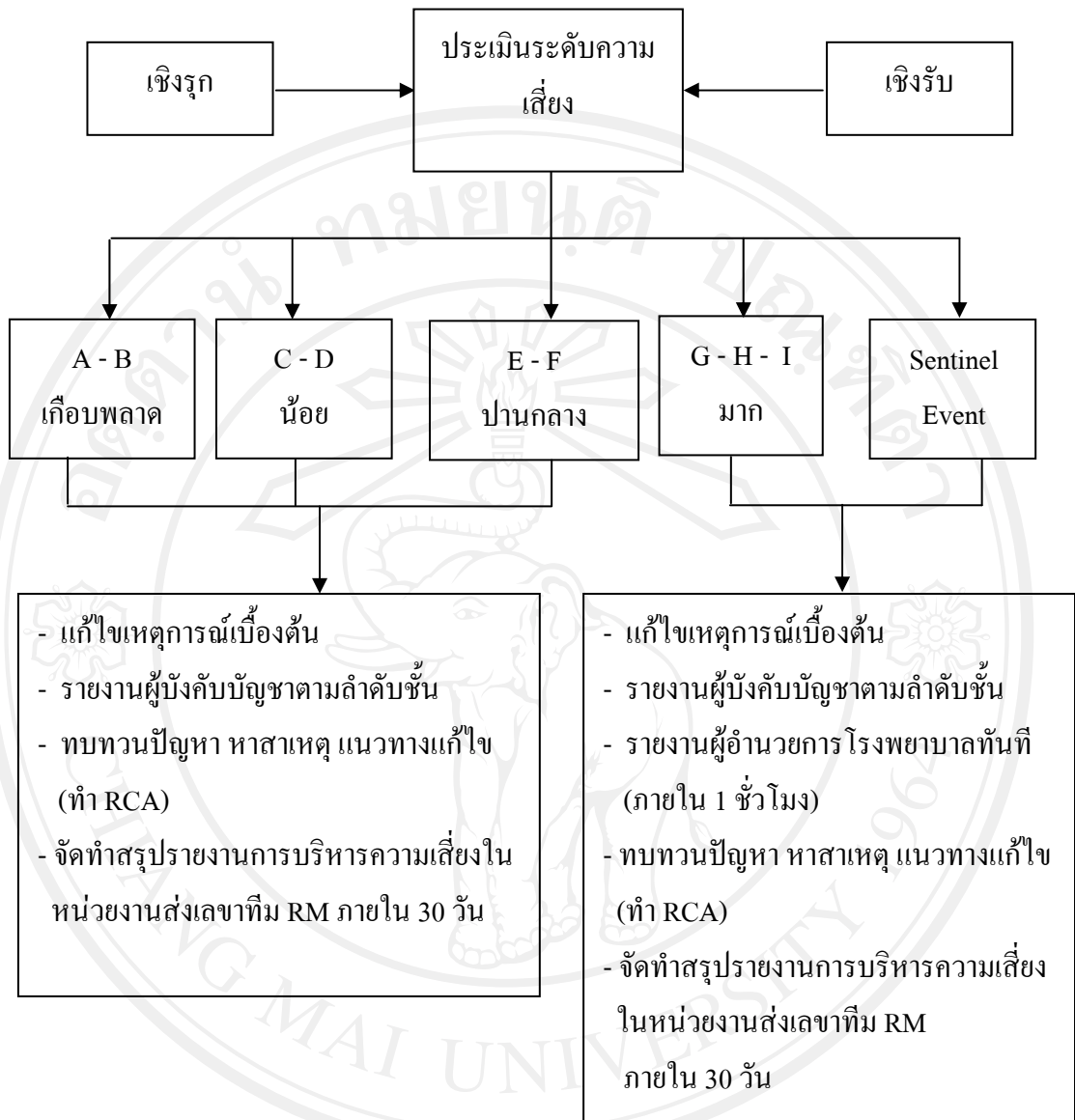
ความรุนแรงระดับ A-B / เกือบพลาด ให้รายงาน เดือนละ 1 ครั้ง ส่งที่เลขานุการของกรรมการบริหารความเสี่ยง หรือใส่กล่องรับแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ / อุบัติการณ์

ความรุนแรงระดับ C-D / น้อย ให้รายงาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่งที่เลขานุการของกรรมการบริหารความเสี่ยงหรือใส่กล่องรับแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ / อุบัติการณ์

ความรุนแรงระดับ E-F / ปานกลาง ให้รายงาน ภายใน 1 วัน ส่งที่เลขานุการของกรรมการบริหารความเสี่ยง

ความรุนแรงระดับ ระดับ G - H - I / มาก / sentinel events ให้รายงานถึงผู้อำนวยการทันที (ภายใน 1 ชั่วโมง) และเขียนแบบบันทึก รายงานเหตุการณ์สำคัญ / อุบัติการณ์ โรงพยาบาลลับแล ส่งให้กับเลขานุการของกรรมการบริหารความเสี่ยง จำนวน 1 ชุด

2. ถ้าควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ หรือประเมินแล้วเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง, เร่งด่วน ต้องขอความช่วยเหลือโดยด่วน ให้เจ้าหน้าที่ผู้ประสบเหตุรายงานถึงผู้อำนวยการทันทีภายใน 1 ชั่วโมง หลังควบคุมสถานการณ์ได้แล้วให้เขียนแบบบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ / อุบัติการณ์ ส่งให้เลขานุการของกรรมการบริหารความเสี่ยง จำนวน 1 ชุด เพื่อพิจารณาเหตุการณ์สำคัญ / อุบัติการณ์ดังกล่าว



ภาพที่ 5 แสดงแผนผังการจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

หมายเหตุ แหล่งที่มาจาก ระเบียบปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์, 2553

การบริหารความเสี่ยงในงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

การบริหารความเสี่ยงในงานห้องคลอด โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จะปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาลลับแล เรื่อง การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลับแล เอกสารเลขที่ SP - RMC – 01 ฉบับที่ A แก้ไขครั้งที่ 02 วันที่บังคับใช้ 16 กรกฎาคม 2553 มีรายละเอียดดังนี้

การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

1. จัดตั้งคณะทำงานในหน่วยงานของตน กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบ 1 คน
2. รวบรวมความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น / ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว มาจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน (risk profile) นำบัญชีความเสี่ยง มาวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ และมีการปรับปรุงบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานทุก 3 เดือน
3. ประเมินการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานของตน โดยติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงานทุกเดือน
4. การจัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงาน
5. หน่วยงานจัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงประจำเดือนในการจัดการความเสี่ยงแต่ละรายการที่ได้รับตามแบบที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดโดยส่งให้เลขานุการของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ภายใน 30 วัน ของเดือนถัดไป

นโยบายและแนวปฏิบัติดังกล่าว ได้มีการปรับปรุงเรื่อยมา ซึ่งจากข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปีงบประมาณ 2549 -2551 พบว่า จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์ / ความเสี่ยง คือ 129, 86 และ 192 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น สาเหตุเกิดจากการลืมบันทึกเหตุการณ์ที่ประสบ, ผู้รายงานความเสี่ยง กลัวความผิด / มีผลกระทบกับตนเอง, ผู้รายงานความเสี่ยงกลัวการขัดแย้งกับผู้อื่น / หน่วยงานอื่น และบางรายคิดว่าการรายงานความเสี่ยงไม่สำคัญและยุ่งยาก การจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีร้อยละ 95.34, 61.62 และ 51.04 ตามลำดับ (service profile ทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลับแล, 2552) ซึ่งการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน / ทีมคร่อมสาขานที่เกี่ยวข้อง มีแนวโน้มลดลงมาก ส่งผลให้ระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ยังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจมากนักในประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงที่ผ่านมา

ดังนั้นในทีมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลลับแล จึงประชุมปรึกษาหารือในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล และการสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในระบบการบริหารความเสี่ยง โดยเฉพาะการรายงานความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงให้เกิดเป็นรูปธรรม คณะกรรมการบริหาร

ความเสี่ยงจึงได้จัดทำโครงการ “การสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในระบบการบริหารความเสี่ยง” เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ให้เจ้าหน้าที่ ในการร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง พบว่ามีการศึกษา ดังนี้

พจนา จารุชาติและคณะ (2548) ศึกษาการค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้เครื่องมือแบบรายงานอุบัติการณ์ พบว่า ช่วงที่ทำการศึกษาดือนตุลาคม 2547 ถึง เดือนมกราคม 2548 มีการรายงานอุบัติการณ์ทั้งสิ้น 524 เรื่อง เป็นผลมาจากการที่บุคลากรรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมากเนื่องจากผู้วิจัย และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการบริหารจัดการความเสี่ยงให้แก่ผู้บริหาร และบุคลากรในระดับปฏิบัติในหอผู้ป่วยทุกหอ สร้างความเข้าใจร่วมกันเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของความเสี่ยง ส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับได้มีส่วนร่วมกันวิเคราะห์ระบบค้นหาความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยง และระดมสมองเพื่อหาแนวทางป้องกันความเสี่ยง

พัทธิดา สุทธิสุทธิ์ (2550) ศึกษาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพปรับบทบาทนโยบายในการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรพยาบาลจากการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและการประชุมหน่วยงาน 2) องค์กรพยาบาลนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลและนำกระบวนการมาใช้ในการปฏิบัติงานตามแนวทางของคณะกรรมการความเสี่ยงกำหนด 3) พยาบาลวิชาชีพรับรู้ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการบริหารความเสี่ยง 2 ด้านคือ ด้านกระบวนการ เรื่อง การไม่เขียนใบอุบัติการณ์ และการไม่ได้รับการตอบสนองจากรายงานอุบัติการณ์ และด้านบุคลากรเรื่อง การขาดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง การไม่ให้ความร่วมมือและความรู้สึกลังเลใจและกำลังใจ 4) พยาบาลวิชาชีพให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงดังนี้ ควรมีการอบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน และทุกระดับ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ ควรมีการตอบสนองต่อรายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องทันที และแจ้งข่าวก้าวหน้าในการดำเนินการ ควรมีการส่งเสริมและให้กำลังใจโดยผู้บริหารมารับฟังปัญหาและเข้าใจบุคลากรเมื่อเกิดปัญหา

อรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการแพทย์

จำนวน 1 คนและบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 22 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการประชุมกลุ่มระดมสมองตามกรอบแนวคิดของการบริหารความเสี่ยง (อนูวัฒน์ ศุภชติกุล, 2543) พบว่า 1) การค้นหาความเสี่ยง มีการค้นพบโดยการเขียนรายงานอุบัติการณ์ข้อเรียนของผู้รับบริการ ประสบการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น และการทบทวนเวชระเบียน 2) การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง มีการวิเคราะห์โดยการควบคุมความเสียหายและการจัดทำแฟ้มรายชื่อความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง ได้รับการจัดการโดยการป้องกันความเสี่ยงและการลดความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล ถูกประเมินโดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปัญหาของการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงพบว่า การรายงานอุบัติการณ์ล่าช้า การสื่อสารไม่พอเพียง การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการมีความรู้ที่ไม่พอเพียงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงได้แก่ การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลเขียนรายงานอุบัติการณ์ การพัฒนาการสื่อสารภายในหอผู้ป่วย การกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ

ส่วนงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้เกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงโดยตรง แต่จะเป็นการพัฒนาารูปแบบการบริหารความเสี่ยงและการวิจัยสำรวจการจัดการความเสี่ยง ได้แก่

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักและทัศนคติต่อการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง การสื่อสารในทีมผ่าตัด บทบาทของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และการทบทวนการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงในความเสี่ยง 2) รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ประกอบด้วยการทำงานแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางการสื่อสารทีมผ่าตัด การให้ความรู้และกระตุ้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ มีทัศนคติและความตระหนักในเรื่องการบริหารความเสี่ยง และการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญในขณะให้การพยาบาลผ่าตัด คือ การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดประเภท และการลืมสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด และ 3) การประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดประเภท และการลืมสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลผ่าตัดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ

อภิญา ทิท่า (2546) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน จำนวน 16 คน โดยพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยใน ดังนี้ 1) การกำหนดหลักพื้นฐานและวัตถุประสงค์ 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน 3) การกำหนดมาตรการในการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์จากความเสี่ยง 4) การจัดทำคู่มือประกอบการบริหารความเสี่ยง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงภายหลังการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ 1 เดือนสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิสัย คตะ (2547) ศึกษาการพัฒนากการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์ ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยในและพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในผู้ป่วยใน จำนวน 24 คน พบว่า ก่อนการพัฒนากการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยในมีการค้นหาความเสี่ยงและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง แต่ไม่มีการกำหนดแนวทางป้องกันความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ หลังการพัฒนาพบว่า มีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงดังนี้ 1) กำหนดโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง 2) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และ 3) จัดทำมาตรการในการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์จากความเสี่ยง พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เอี่ยมพร ชมภูมิ (2551) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาล ผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในงานห้องผ่าตัด จำนวน 12 คน พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักและทัศนคติต่อการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง การสื่อสารในทีมผ่าตัด บทบาทของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และ การทบทวนการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันความเสี่ยง 2) การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงได้แก่ การทำงานแบบมีส่วนร่วมใน รูปแบบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางการสื่อสารทีมผ่าตัด การให้ความรู้และกระตุ้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ ทักษะและทัศนคติเรื่อง การบริหารความเสี่ยง และการทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงสำคัญในขณะให้การพยาบาลผ่าตัด คือ การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดประเภทและการลืมสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด และ 3) การประเมินผลพบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงและพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนา

ชลอ น้อยเผ่า (2544) ศึกษาการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 110 คน พบว่า 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติตามกระบวนการจัดการภาวะเสี่ยงตามแนวคิดของวิลสัน (Wilson, 1992) ในภาพรวมและแต่ละขั้นตอนอยู่ในระดับสูง 2) วุฒิการศึกษาและประสบการณ์การปฏิบัติงานในด้านบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการจัดการภาวะเสี่ยงในระดับต่ำ ($r = .10$ และ $r = .21$) 3) การฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับการจัดการภาวะเสี่ยงในระดับต่ำ ($r = .02$) และ 4) การติดต่อสื่อสารและการประสานงานเป็นอุปสรรคในการจัดการภาวะเสี่ยงที่ถูกระบุโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79.61 ในขณะที่งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานเป็นอุปสรรคที่ถูกระบุน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.52

สงศรี รัตนมาลาวศ์, พูลสุข ทองซัซ และสุนันท์ แขนสูงเนิน (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลตำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 285 คน พบว่า มีกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.33$, $SD = .73$) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การอบรมความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กันยรัตน์ ม้าวิไล (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 309 คน พบว่า 1) พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 2) ค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงและทักษะการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง 3) วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและการได้รับการอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย สำหรับเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและทักษะการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฉัฐนิชา ธรรมสุนทร (2552) ศึกษาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 223 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมดำเนินการจัดการความเสี่ยงมากที่สุด และเห็นด้วยกับ

แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมากที่สุด

ลิน (Lin., 2006) ศึกษาการเปรียบเทียบการจัดการความเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาลในไต้หวัน และสหรัฐอเมริกา โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาลประจำการ รวบรวมข้อมูล โดยการวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็ง พบว่า โรงพยาบาลในไต้หวันมีจุดแข็งของรูปแบบรายงานที่ง่าย เป็นระบบเช็คลิสต์ ใช้แบบฟอร์มเดียวทุก ๆ อุปกรณ์การ จุดอ่อนคือ ยังมีการพัฒนาทีมงานไม่เพียงพอ ซึ่งกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ภายใต้การนิเทศของงานประกันคุณภาพ ทำให้งานการพยาบาล ไม่ได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ส่วนโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกามีจุดแข็งของ รูปแบบรายงาน โปรแกรมความเสี่ยงมีความสมบูรณ์มาก เนื่องจากมีแบบฟอร์มหลากหลายในรายงาน อุปกรณ์การ สามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับอุปกรณ์ สาเหตุต่าง ๆ ทำให้ง่ายต่อการค้นหาและติดตาม ความเสี่ยง จุดอ่อนคือ พยาบาลที่เป็นผู้เขียนรายงานอุปกรณ์มักจะยุ่งกับการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ไม่ค่อยได้เขียนรายงานอุปกรณ์ทุกครั้งที่เกิดขึ้น

แมนโน ฮอแกน ฮีเบอร์เลน เนียคิตี และ มี (Manno, Hogan, Heberlein, Nyakiti, & Mee, 2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการสำรวจการรับรู้ของพยาบาลจำนวน 4,826 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา พบว่า 1) ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารไม่ดี 2) พยาบาลร้อยละ 89 ไม่รู้สีก่อขัดที่จะรายงานความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) ร้อยละ 91 มีความคุ้นเคยกับนโยบายในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 4) ร้อยละ 74 พยาบาลได้รับการสอนจากทีมในเรื่องการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างเพียงพอ 5) ร้อยละ 74 มีความเข้าใจเมื่อมีการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน 6) ร้อยละ 94 ในหน่วยงานมีการกระตุ้นให้พยาบาลรายงาน ประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย 7) ร้อยละ 90 ในหน่วยงานมีการกระตุ้นให้พยาบาลรายงานแนวโน้ม ของความปลอดภัยในผู้ป่วย และ 8) ร้อยละ 90 ในหน่วยงานมีการใช้รายงานความผิดพลาดเพื่อกระตุ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาศาสนาการณการบริหารความเสี่ยงงานห้องคลอดโรงพยาบาลลับแล จังหวัด อุตรดิตถ์ครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543ก) ซึ่งครอบคลุม ในแง่กระบวนการ คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การดำเนินจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผล ตลอดจนการศึกษาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการ บริหารความเสี่ยง