

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
2. บทบาทของผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
3. การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์
 - 3.2 แนวคิดไดนามิเคียน
 - 3.3 การประยุกต์ใช้แนวคิดไดนามิเคียนในการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง
5. บริบทที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวคิดหรือทฤษฎีการจัดการใหม่ๆ เกิดขึ้นมามากมาย เช่น การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร มีการพัฒนาแนวคิดออกมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นแรงผลักดันให้สถานบริการด้านสุขภาพมีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของสถานบริการเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) ตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานของโรงพยาบาล ซึ่งการบริหารความเสี่ยงนับเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพเป็นตัวชี้วัดความปลอดภัยของผู้รับบริการ และบ่งบอกถึงมาตรฐานของการบริการด้านสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

ความหมายของความเสี่ยง

มีผู้ให้ความหมาย หรือคำจำกัดความของความเสี่ยงไว้ ดังนี้

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้ายอันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล (กฤษฎา แสงดี, 2542)

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่จะเกิดการสูญเสีย (พัฒนา บุญมี, 2543)

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2543)

กล่าวโดยสรุป ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดคิดหรือโอกาสที่จะทำให้บุคคลได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บ มีความสูญเสียเกิดขึ้นทั้งชีวิตจิตใจ อารมณ์ สังคม ทรัพย์สิน และชื่อเสียงของบุคคลหรือองค์กร

ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมีหลายประเภท ซึ่งมีผู้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

กฤษฎา แสงดี (2542) ได้กล่าวถึงประเภทความเสี่ยงในโรงพยาบาล ว่าอาจจำแนกประเภทตามผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านร่างกาย เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียง หรือจากที่สูง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การตัดอวัยวะผิด การระบุตัวผู้ป่วยผิด การให้การรักษายาผิดคน การให้ยาผิด การชอกช้ำ หรือบาดเจ็บจากการรักษายาผิด การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง การละเลย การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้อง หรือการประเมินปัญหาล่าช้า

2. ความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย ครอบครัวการทำให้เสียหน้า อับอาย การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น การไม่ยินยอมรับการรักษา การไม่ดูแลความเป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอแก่การตัดสินใจ

3. ความเสี่ยงด้านสังคม เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความสูญเสียทางสังคม ได้แก่ การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระค่ารักษายาพยาบาลได้ การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัว การเก็บรักษาทรัพย์สินหรือของมีค่า รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

4. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณเป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจคาบเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวาระสุดท้าย ผู้ป่วยไม่รู้สึกรักตัว ผู้ป่วยวิกลจริต ฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบความสูญเสียอวัยวะหรือเสียชีวิต การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ไม่คงเส้นคงวา ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ ตัดสินใจไม่ได้ หรือการกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นการทำลายความเชื่อความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2543) กล่าวว่า ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 7 ประการที่สำคัญ ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

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

1.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การเปิดเผยความลับผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับของผู้ป่วยรวมทั้งการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

1.4 ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินนี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วยและญาติ ของเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่ 3 ซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนการบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

สำหรับ สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปีติกุล (2544) ได้พิจารณามุมมองของผู้มีโอกาสรับความเสี่ยงในโรงพยาบาล พบว่า ความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็นกลุ่มได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ เช่น การบาดเจ็บในโรงพยาบาล การเกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น

1.2 ความเสี่ยงทางด้านอารมณ์ เช่น ความไม่เป็นส่วนตัว ความรู้สึกอับอายหรือถูกทำร้ายจิตใจ เป็นต้น

1.3 ความเสี่ยงทางด้านสังคม เช่น การถูกเปิดเผยความลับ การถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วย การเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นหรือสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล ทรัพย์สินเงินทองสูญหาย เป็นต้น

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบัพัญญัติของศาสนาหรือความเชื่อ เป็นต้น

2. ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

2.1 ความเสี่ยงทางด้านกายภาพ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บหรือ การเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น

2.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอับอายเสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น

2.3 ความเสี่ยงด้านสังคม เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกยึดใบประกอบโรคศิลป์ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น

2.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดบัพัญญัติทางศาสนา หรือความเชื่อ เป็นต้น

3. ความเสี่ยงที่เกิดกับโรงพยาบาล

3.1 การสูญหายหรือเสียหายของทรัพย์สิน

3.2 การเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล

3.3 การทำผิดบัพัญญัติของกฎหมาย

3.4 การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

3.5 ไฟไหม้

3.6 น้ำท่วม

4. ความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชน

4.1 การกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม

4.2 การทำลายสิ่งแวดล้อม

กล่าวโดยสรุป การแบ่งประเภทความเสี่ยงในโรงพยาบาลจากแนวคิดของ กฤษดา แสงดี (2542) จะแบ่งได้เป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจะคล้ายคลึงกับมุมมองของ สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติกุล (2544) ที่แบ่งตามผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่มีโอกาสรับความเสี่ยงในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เห็นประเภทของความเสี่ยงอย่างละเอียด และชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอง ความเสี่ยงที่เกิดกับโรงพยาบาล และความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชน ส่วนการแบ่งประเภทความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543ข) พบว่า สามารถแบ่งประเภทของความเสี่ยงได้เป็น 2 ประเภท ประเภทแรก เป็นประเภทที่เกิดเป็นรูปธรรมเป็นความเสี่ยงที่จับต้องได้ ได้แก่ ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วย และผู้รับบริการ การสูญเสียรายได้ของโรงพยาบาล การสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การทำลายสิ่งแวดล้อม และภาระในการชดเชยค่าเสียหาย อีกประเภท คือความเสี่ยงที่เกิดเป็นนามธรรม จับต้องไม่ได้ ได้แก่ ความเสี่ยงที่จะเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้นำแนวคิดของ สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติกุล (2544) และ อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543ข) มาประยุกต์ใช้ในการแบ่งประเภทของความเสี่ยงโดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความเสี่ยงทางคลินิก หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลหรืออุปกรณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และ ความเสี่ยงด้านไม่ใช่คลินิก หมายถึง ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อคติภัย เครื่องมือ ข้อร้องเรียน หรือเหตุการณ์ที่ไม่ส่งผลทางคลินิก และไม่ส่งผลด้านการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย

ความหมายของการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

การบริหารความเสี่ยงเป็นแนวคิดที่เริ่มมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1854 โดย ฟลอเรนซ์ นิติงเกล ได้ให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการลดการเกิดอุบัติการณ์ และการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสำหรับความหมายของการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ในงานบริการสุขภาพ ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

ฟิลเลย์ (Pelle, 1988) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ การปรับปรุงพัฒนาและการคิดหากลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ลดการสูญเสียค่าใช้จ่าย และรักษาทรัพย์สินของโรงพยาบาล โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ การประกันคุณภาพของบริการ การจัดให้มี

ความปลอดภัยและความมั่นคงแก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วยและ
การจัดระบบการควบคุมความรับผิดชอบทางกฎหมาย

วิลสัน (Wilson, 1992) กล่าวถึงการบริหารความเสี่ยงว่า หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวน
และความรุนแรงของอุบัติเหตุ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการสูญเสียทรัพย์สิน และจำกัด
ความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อบุคลากร ระบบการปฏิบัติงาน และผู้รับบริการรวมทั้งลดการถูกฟ้องร้อง
ทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กร

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543ข) กล่าวว่า ความหมายของการบริหารความเสี่ยง คือ การรับรู้และ
จำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

ชัยเสถฐ์ พรหมศรี (2550) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยง คือ การวางแผนเพื่อให้สามารถบ่งชี้
เหตุการณ์ จัดความน่าจะเป็นที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดหรือจัดความน่าจะเป็นและโอกาสที่จะเกิดความ
สูญเสียขึ้นในสถานที่ใดสถานที่หนึ่งจนเป็นผลกระทบต่องค์กร โดยสามารถจัดการความเสี่ยงให้อยู่
ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่องค์กรกำหนดไว้

กล่าวโดยสรุป การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การจัดการกับโอกาสที่จะเกิดความสูญเสีย ความ
เสียหาย หรืออันตรายต่างๆที่จะเกิดขึ้น ด้วยกระบวนการอย่างเป็นระบบ มีแบบแผนชัดเจนเพื่อลด
โอกาสและปริมาณความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะให้ความหมายของการ
บริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543ข) คือ การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาส
และปริมาณของความสูญเสียที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การ
ดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล

กระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

กระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้มีผู้เสนอแนวคิด และกระบวนการในการ
บริหารความเสี่ยงไว้ดังนี้

กฤษฎา แสงวดี (2542) กล่าวว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยกระบวนการหลัก
3 ประการ คือ การค้นหาความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง และการลดความเสี่ยง ดังรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

- 1.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยง ซึ่งมีหลักในการดำเนินงาน 2 ประการ คือ

1.1.1 การวิเคราะห์ระบบบริการ เป็นการค้นหาว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการหลักของงานบริการนั้นมีความเสี่ยงอะไรอยู่บ้าง ทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ หรือในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพ

1.1.2 การประเมินความเสี่ยง โดยใช้การรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบเกี่ยวกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมของอุบัติการณ์ รวมทั้งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และประเมินว่าอุบัติการณ์นั้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บ อันตราย ความเสียหายแก่ผู้ป่วยรุนแรงเพียงใด นอกจากนั้นยังรวมถึงเรื่องที่เป็นอันตรายต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

1.2 การจัดการแก้ไขความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล คือ การมุ่งลด ผลกระทบที่จะเกิดจากความเสี่ยงนั้นในทันที เช่น การให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ การเอาใจใส่พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการรายงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือ

1.3 การประเมินผลความเสี่ยง โดยการติดตามประเมินผลของการจัดการกับความเสี่ยงว่าลดลงหรือไม่ หากยังมีความเสี่ยงอยู่ต้องปรับปรุงวิธีการจัดการกับความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันความเสี่ยง คือ การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทั้งโรงพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงร่วมกับการดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ซึ่งกระทำโดย

2.1 การเฝ้าระวังความเสี่ยงและคุณภาพในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องจากการติดตามรายงานเฝ้าระวัง

2.2 การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานและสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

2.3 การกำหนดแนวทาง หรือวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เป็นประเด็นทางจริยธรรม หรือเรื่องที่มีก่อกวนความผิดพลาดเพราะมีวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย จึงต้องมีการกำหนดให้ชัดเจน และประเมินว่าแนวทางที่กำหนดนั้นมีความเหมาะสม หรือประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด

3. การลดความเสี่ยง (risk reduction) มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยกำจัด หรือควบคุมการสูญเสียต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งได้เกิดขึ้นแล้ว ความผิดพลาด หรือความบกพร่องจะสามารถ

ลดลงไปได้หากสามารถค้นพบความเสี่ยงต่าง ๆ ได้รวดเร็ว กิจกรรมที่ควรดำเนินการ เพื่อลดความเสี่ยง มีดังนี้

3.1 การสร้างจิตสำนึกให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญที่จะลดความขัดแย้งต่าง ๆ ที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยง หรือความเสียหาย เพราะความเสี่ยงส่วนใหญ่มักเกิดจากความไม่ไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ

3.2 การฝึกอบรมบุคลากรให้มีทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการจัดการความเสี่ยง เนื่องจากการมีทักษะการสื่อสารที่ดี ประกอบกับการมีความรู้อย่างเพียงพอในการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจ

3.3 การจัดระบบการรายงานและเฝ้าระวังความเสี่ยงให้ไวต่อปัญหา และพร้อมที่จะแก้ไขทันที

3.4 การสร้างระบบที่จะตอบสนองต่อคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ที่รวดเร็วเพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าความคิดเห็นของเขามีค่า

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2543ข) ได้อธิบายถึงแนวคิดและขั้นตอนในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล รายละเอียดแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพราะการค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย เราอาจค้นพบความเสี่ยงได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่มีในหน่วยงาน และแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ เวชระเบียนผู้ป่วย นโยบายและระเบียบปฏิบัติ การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หรือจากความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมา ซึ่งสามารถทำได้โดยอาศัยการเรียนรู้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เป็นการค้นหาความเสี่ยงโดยการศึกษาจาก

1.1.1 ระบบบันทึกข้อมูลที่อยู่ในหน่วยงาน ซึ่งหน่วยงานควรนำข้อมูลเหล่านี้มาทบทวน เช่น รายงานอุบัติการณ์ บันทึกประจำวัน รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอยู่ในกระบวนการควบคุมคุณภาพ

1.1.2 ประสบการณ์ของบุคคล

1.2 การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น อาจทำได้จากการค้นหาวารสารวิชาการทั้งของไทย และต่างประเทศ ทางอินเทอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุมทางวิชาการที่จัดขึ้นโดยองค์กรวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ การติดตามข่าวจากหนังสือพิมพ์ และการสร้างเครือข่ายวิชาชีพ

1.3 การเรียนรู้ในระหว่างปฏิบัติงาน มีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหาย และที่สำคัญคือ เพื่อการป้องกันปัญหาในอนาคต เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากการเผชิญกับความเสี่ยง และจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทันที และเมื่อพบอันตราย หรือความเสียหายเกิดขึ้น ต้องรายงานเหตุการณ์ให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไป รวมทั้งคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงขององค์กรได้รับทราบ ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1.3.1 การรายงานอุบัติการณ์ (incident reporting) หรือการรายงานเหตุการณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด และนำไปสู่การจัดการ เป็นรายงานที่ใช้กันมากที่สุด บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับการเกิดเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่กรอกแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ และนำเสนอผู้บังคับบัญชา

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

1.3.3 การรายงานเหตุการณ์ (occurrence reporting) เป็นระบบรายงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนถูกสอนให้ตระหนักและรายงานเหตุการณ์ ที่ระบุไว้จำนวนหนึ่งซึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ (occurrence) บัญชีรายการเหตุการณ์นี้จะต้องเป็นที่เข้าใจของเจ้าหน้าที่ ที่จะรายงาน มีจำนวนเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะทำได้ ทุกคนต้องรับทราบและได้รับการคาดหวังว่าจะรายงานเหตุการณ์เหล่านี้

นอกจากนี้การค้นหาความเสี่ยงสามารถทำได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ จากบันทึก จาการรายงานอุบัติการณ์ การระดมสมอง การทบทวนคู่มือการปฏิบัติงาน หรือการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน สิ่งสำคัญคือ การทำให้บุคลากรมีความเข้าใจว่า การค้นหาความเสี่ยงนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้รู้ว่ามีความเสี่ยงใดเกิดขึ้น และให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ และที่สำคัญคือ ต้องมีทัศนคติเชิงบวกต่อการค้นหาความเสี่ยงและคิดว่าเป็นการหาสาเหตุ ไม่ใช่การค้นหาเพื่อตำหนิผู้กระทำผิด

2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk assessment or risk analysis)

2.1 การควบคุมความเสียหาย คือการประเมินขั้นต้น และตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในเหตุการณ์ และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น และเมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วต้องมีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นต้องพิจารณาหาสาเหตุ ผลลัพธ์ที่มีต่อบุคลากร หน่วยงาน และองค์กร ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดเหตุการณ์นั้นซ้ำอีก ลักษณะของการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บริหาร หรือคณะกรรมการเพื่อระวังความเสี่ยง ให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรที่ต้องการให้ช่วยเหลือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

2.2 การจัดทำแฟ้มบัญชีรายงานความเสี่ยง ที่มีในหน่วยงาน เป็นการรวบรวมความเสียหาย อันตราย หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสจะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่มีในหน่วยงานโดยรายชื่อความเสี่ยงนี้ต้องครอบคลุมความเสี่ยงทั้งสองลักษณะ คือความเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปในหน่วยงาน และความเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะของการปฏิบัติงานที่แตกต่างไปจากหน่วยงานอื่น ข้อมูลที่รวบรวมในแฟ้มบัญชีรายงานความเสี่ยงในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยชนิดของอันตราย การบาดเจ็บ หรือความเสียหายที่มีต่อบุคลากร ความถี่ และความรุนแรงของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์แต่ละชนิด

2.3 การปรับปรุงแบบรายงานความเสี่ยง ซึ่งจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งความเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อหน่วยงาน ไม่ควรให้ความเสี่ยงที่ได้จากการค้นพบใหม่ มาบดบัง การจัดการกับความเสี่ยงที่มีมาแต่เดิม ซึ่งยังคงมีความสำคัญ และส่งผลกระทบสูง

การประเมินความเสี่ยง ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การจัดการความเสี่ยง และเมื่อทำการประเมินความเสี่ยงได้แล้ว ควรนำความเสี่ยงเหล่านั้นมาจัดลำดับความสำคัญ เพื่อการควบคุมหรือแก้ไข และนำไปสู่การจัดการที่ดีต่อไป

3. การดำเนินการจัดการความเสี่ยง (action to manage risk) กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงมีหลายวิธี ขึ้นกับการเลือกของทีมผู้บริหารระดับสูงโดยเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความสามารถของหน่วยงาน และงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการความเสี่ยง กลยุทธ์ในการจัดการ มีดังนี้

3.1 การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) เป็นการกำหนดมาตรการที่จะควบคุมความเสี่ยง สามารถทำได้โดย การฝึกอบรม การให้ความรู้เรื่องของการบริหารความเสี่ยงเพื่อพัฒนาศักยภาพ

ส่งเสริมให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอนและข้อตกลงในการทำงาน กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ให้บริการ และต้องมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ เพื่อให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา มีการวางแผน ป้องกันอุบัติเหตุภัยความเสียหายที่รุนแรงและ ผลกระทบที่อาจตามมา

3.2 การยอมรับความเสี่ยง (risk acceptance) เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ไม่คุ้มค่าในการจัดการควบคุมหรือป้องกันความเสี่ยง

3.3 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยการใช้กลวิธี ต่างๆในการจัดการ เมื่อพบว่าใช้กลวิธีต่างๆ แล้วความเสี่ยงก็ไม่อาจยุติได้ อาจมีการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ โดยไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดการสูญเสีย เช่น ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพต่ำกว่า

3.4 การลดความเสี่ยง (risk reduction) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อไม่สามารถที่จะควบคุม ยอมรับ หลีกเลี่ยง หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นต้องทำให้ความเสี่ยงนั้นเกิดความรุนแรงหรือผลเสียหาย น้อยที่สุด เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดเชย การให้ข้อมูลที่ สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความ ใส่ใจทันที

3.5 การถ่ายโอนความเสี่ยง (risk transfer) การถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น โดย การยอมจ่ายเบี้ยประกันให้บริษัทประกัน เพื่อเป็นการจำกัดค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียให้แก่ผู้ป่วยโดย บริษัทประกันเป็นผู้รับผิดชอบ การปฏิบัติกิจกรรมบริหารความเสี่ยงขององค์กรทำให้ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ ลดลงได้

การเลือกกลยุทธ์การดำเนินการจัดการความเสี่ยง เพื่อจัดการกับความเสี่ยงแต่ละชนิด ควร พิจารณาให้เหมาะสมกับเป้าหมายของการดำเนินการจัดการความเสี่ยง และความสามารถของบุคลากร ในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ช่วยลดความเสียหาย ลดค่าใช้จ่าย และลดโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น บุคลากรทางการแพทย์ได้รับบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์หรือ เครื่องมือทางการแพทย์ ผู้จัดการความเสี่ยงใช้กลยุทธ์การป้องกันความเสี่ยงด้วยการจัดให้มีการดูแล และบำรุงรักษาโดยบริษัทผู้ให้บริการอุปกรณ์ดังกล่าว และจัดอบรมบุคลากรให้มีการปฏิบัติตัว ที่ ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือดังกล่าว ปีละครั้งเป็นต้น เมื่อเลือกแนวทางในการปฏิบัติได้แล้ว ผู้จัดการความเสี่ยงต้องมีการติดต่อสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์ ทุกระดับได้รับทราบถึงการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรมีความตระหนักต่อการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ไว้ของหน่วยงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง ผู้ร่วมงานและผู้ป่วย จัดเตรียมความพร้อม ทางด้านความรู้แก่บุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือและจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานของ

หน่วยงานรวมทั้งคอยควบคุมและตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่บุคลากรให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างสะดวกและถูกต้อง

4. การประเมินผล (risk evaluation) การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่จะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งศูนย์แห่งความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงนั้นขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ และการติดตามผลของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็วและให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการบริหารความเสี่ยง การค้นหา การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงนั้น ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ถ้ายังไม่ลดลงหรือยังไม่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ก็จะต้องทบทวนปรับปรุงแก้ไขใหม่ กิจกรรมการประเมินผลความเสี่ยงได้แก่

4.1 การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

4.2 การทบทวนเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน

4.3 การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

สรุปได้ว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล คือ กระบวนการหรือระบบบริหารเกี่ยวกับขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลรับทราบ และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นในหน่วยงานหรือในโรงพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล

กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล

มีผู้กล่าวถึงกลยุทธ์การจัดการความเสี่ยงไว้ดังนี้

กฤษฎา แสงดี (2542) กล่าวถึง กลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงว่ามี 3 แนวทาง คือ

1. การลดความเสี่ยง (risk reduction) คือ โรงพยาบาลจะไม่ทำกิจกรรมหรือให้บริการพิเศษที่ไม่มีความชำนาญหรือไม่มีทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยอย่างเพียงพอ

2. การยอมรับความเสี่ยง (risk acceptance) ในกรณีนี้โรงพยาบาลยอมรับว่า ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความเสียหายน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการประกันความเสี่ยง โรงพยาบาลจะจัดงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อชดเชยค่าความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น

3. การถ่ายโอนความเสี่ยง (risk transfer) คือ การที่โรงพยาบาลถ่ายโอนความรับผิดชอบความเสี่ยงให้หน่วยงานอื่นๆ โดยการซื้อประกันและจ่ายเบี้ยประกัน กล่าวคือ บริษัทประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบความเสี่ยงแทนโรงพยาบาล

อนวัณณ์ ศุภชุติกุล (2543ข) กล่าวว่า การจัดการความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันการสูญเสียซึ่งอาจทำได้ 2 แนวทาง ดังนี้

1. การควบคุมความเสี่ยง (risk control) เป็นความพยายามที่จะหยุดหรือลดความเสียหาย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้กลยุทธ์ 5 ประการดังนี้

1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือ การที่บุคคลหรือองค์กร ยุติการทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การที่สูติแพทย์ยุติการทำคลอด

1.2 การพ่วงถ่ายความเสี่ยง (risk transfer) คือ การที่มอบหมายให้บุคคล หรือองค์กรอื่นทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การส่งผู้ป่วยไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเอกซเรย์นอกสถานที่ เพื่อเป็นการพ่วงถ่ายความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาด

1.3 การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือ การใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหาย เช่น การป้องกันอุบัติเหตุ และการฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย

1.4 การลดความสูญเสีย (loss reduction) คือ กลยุทธ์ที่ใช้เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาวะการฉ้อโกง การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และตรงไปตรงมาเพื่อลดความเสียหายชื่อเสียง กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อลดความสูญเสีย คือ การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

1.5 การแบ่งแยกความเสี่ยง (risk segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไปในรูปแบบต่าง ๆ หรือการมีระบบสำรอง เช่น มีเครื่องกำเนิดไอน้ำ 2 ใบ มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง การจัดสำรองอุปกรณ์การแพทย์ สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่เมื่อรวมกันแล้วทำให้ผลกระทบต่อการลดลง

2. การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (risk financing) มีเป้าหมายที่จะจ่ายชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้ว อย่างเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล โรงพยาบาลอาจจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายไว้เองหรือพ่วงถ่ายไปให้ผู้อื่น การประกันภัยเป็นวิธีการหนึ่งของการพ่วงถ่ายความรับผิดชอบ ในการจ่ายค่าเสียหายที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลมักจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายสำหรับค่าชดเชยจำนวนไม่มาก ด้วยการจ่ายจากงบประมาณดำเนินการ หรือตั้งเป็นกองทุนสำรอง โรงพยาบาลอาจจะเข้าร่วมในโปรแกรมประกันตนเอง (Self-Insurance) ซึ่งมีลักษณะผสมระหว่างการคงความรับผิดชอบและการพ่วงถ่ายความรับผิดชอบให้ผู้อื่น อีกนัยหนึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงในกลุ่มสมาชิก การบริหารเงินชดเชยความสูญเสียไม่ใช่ทางเลือกเพื่อการควบคุมความเสี่ยง ควรตระหนักว่าการควบคุมความเสี่ยงและการป้องกันใช้กับความเสี่ยงทุกอย่างที่พบ

นิรภัย จันทรสวัสดิ์ (2551) กล่าวว่า กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงมีหลายวิธี ดังนี้

1. การยอมรับความเสี่ยง (risk management) เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเนื่องจากไม่คุ้มค่าในการจัดการควบคุมหรือป้องกันความเสี่ยง
2. การลดหรือการควบคุมความเสี่ยง (risk reduction) เป็นการปรับปรุงระบบการทำงานหรือการออกแบบวิธีการทำงานใหม่ เพื่อลดโอกาสเกิดความเสี่ยง
3. การกระจายความเสี่ยง หรือการโอนความเสี่ยง (risk sharing) เป็นการกระจายหรือการถ่ายโอนความเสี่ยงให้ผู้อื่นช่วยแบ่งความรับผิดชอบไป
4. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) เป็นการจัดการความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงมาก และหน่วยงานไม่อาจยอมรับได้ จึงต้องตัดสินใจยกเลิกโครงการ/กิจกรรมนั้นไป

สรุปได้ว่า กลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงเป็นระบบที่ใช้เพื่อจัดการกับจุดอ่อนหรือจุดที่เป็นความเสี่ยงของบุคคลและองค์กรให้ครอบคลุมทุกส่วน ซึ่งกลยุทธ์ที่ใช้กันโดยทั่วไปได้แก่ กลยุทธ์ในการควบคุมความเสี่ยงและกลยุทธ์การบริหารการเงินเพื่อชดเชยความสูญเสียของโรงพยาบาล ส่วนการจะนำกลยุทธ์ใดมาใช้ในการจัดการความเสี่ยงนั้น ผู้บริหารระดับสูงและทีมบริหารความเสี่ยงจะต้องเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง

สำหรับปัจจัยที่ช่วยให้การบริหารความเสี่ยงขององค์กรประสบความสำเร็จมีดังนี้ (ไพรซ์วอเตอร์ เฮาส์คอปเตอร์, 2547)

1. การสนับสนุน การมีส่วนร่วม และความเป็นผู้นำของผู้บริหารระดับสูงในองค์กร โดยผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจความสำคัญในคุณค่าของการบริหารความเสี่ยงต่อองค์กร การบริหารความเสี่ยงต้องเริ่มจากการที่ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรต้องการให้ระบบบริหารความเสี่ยงเกิดขึ้น โดยกำหนดนโยบายให้มีการปฏิบัติ และการกำหนดให้ผู้บริหาร ต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการตัดสินใจ และการบริหารงาน
2. กำหนดการใช้คำนิยามเกี่ยวกับความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงแบบเดียวกัน จะทำให้เกิดความมีประสิทธิภาพในการกำหนดวัตถุประสงค์ นโยบาย กระบวนการเพื่อใช้ในการบ่งชี้ประเมินความเสี่ยง และกำหนดวิธีการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม องค์กรที่ได้มีการจัดทำกรอบและนโยบายการบริหารความเสี่ยงที่มีคำอธิบายองค์ประกอบในกรอบการบริหารความเสี่ยงอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนใช้ภาษาความเสี่ยงในทางเดียวกันและมีจุดมุ่งหมายในการบริหารความเสี่ยงร่วมกัน
3. การปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง องค์กรต้องนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติในองค์กร ได้อย่างทั่วถึงทั้งองค์กรและกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
4. กระบวนการในการบริหารการเปลี่ยนแปลง องค์กรจำเป็นต้องมีการบริหารการเปลี่ยนแปลง การพัฒนากระบวนการเปลี่ยนแปลง การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงก็เช่นเดียวกันที่จะต้องมีการชี้แจงให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนรับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงผลกระทบต่อองค์กร และผลที่บุคคลจะได้รับจากการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ
5. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารเกี่ยวกับกลยุทธ์กระบวนการบริหารความเสี่ยงและวิธีปฏิบัติมีความสำคัญมาก เพราะการสื่อสารจะเน้นให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างการบริหารความเสี่ยงกับกลยุทธ์องค์กร การชี้แจงทำความเข้าใจต่อบุคลากรทุกคนต่อความรับผิดชอบของแต่ละคนต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยง จะช่วยให้เกิดการยอมรับในกระบวนการและนำมาซึ่งความสำเร็จในการพัฒนาการบริหารความเสี่ยง
6. การวัดผลบริหารความเสี่ยง การวัดผลการบริหารความเสี่ยงต้องประกอบด้วย 2 รูปแบบคือ

6.1 การวัดผลความเสี่ยงในรูปแบบของผลกระทบ และโอกาสที่อาจเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จ จะช่วยให้ความเสี่ยงเหลืออยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

6.2 การวัดผลความสำเร็จ ของการบริหารความเสี่ยง โดยอาศัยดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงาน ซึ่งอาจกำหนดเป็นระดับองค์กร ฝ่ายงาน หรือของแต่ละบุคคล การใช้ดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานนี้อาจปฏิบัติร่วมกับกระบวนการด้านทรัพยากรบุคคล

7. การฝึกอบรม และกลไก ด้านทรัพยากรบุคคล ผู้บริหารและบุคลากรทุกคน ในองค์กรต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เข้าใจกรอบการบริหารความเสี่ยง และหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลในการจัดการความเสี่ยง และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง การฝึกอบรมและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงที่มีอยู่แล้วในองค์กร นอกจากนี้บุคลากรใหม่ทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมให้มีความเข้าใจในความรับผิดชอบต่อความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้วย

8. การติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง ขั้นตอนสุดท้ายของปัจจัยความสำเร็จต่อการสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง คือการกำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง การติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- 8.1 การรายงานและการตรวจสอบขั้นตอนตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง
- 8.2 ความชัดเจนและสม่ำเสมอของการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นของผู้บริหาร
- 8.3 บทบาทของผู้นำในการสนับสนุน และติดตามการบริหารความเสี่ยง
- 8.4 การประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินผลที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

กล่าวโดยสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงมีหลายประการ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงขององค์กร การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน และการสื่อสารอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีจุดหมายร่วมกันในการบริหารความเสี่ยง

เครื่องมือคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยง

ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา ฝึกราคิดอย่างเป็นระบบ และช่วยให้การสื่อสารเข้าใจมากขึ้น เพื่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กร พัฒนาการผลิต หรือพัฒนาคุณภาพในแต่ละกระบวนการ ซึ่งกิจกรรมของการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย กระบวนการค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้น เพื่อลดโอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นแก่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่

และผู้ช่วยในการให้บริการสุขภาพ จะต้องอาศัยเครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงระบบของการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543ข) ได้กล่าวว่า เครื่องมือคุณภาพมี 2 ประเภทได้แก่ เครื่องมือสำหรับการทำงานเป็นทีม และเครื่องมือสำหรับการจัดการกับข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาขอเสนอรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการทำงานเป็นทีม

การระดมสมอง (brainstorming) เป็นกระบวนการที่มีแบบแผน ที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิด เห็น ปัญหาหรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิด สร้างสรรค์และเกิดการมีส่วนร่วมของทีมงานมากที่สุด ซึ่งจะใช้ในขั้นการค้นหาสาเหตุ ขั้นการค้นหาทางเลือกเพื่อการแก้ไข ขั้นการกำหนดข้อมูลที่ต้องการเก็บ ขั้นการวางแผน โครงการ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

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

1.2 กำหนดเวลาและวิธีการ ควรกำหนดให้สมาชิกแต่ละคนคิดโดยอิสระ 2-5 นาทีและ เวลาที่จะนำเสนอความคิด 15-20 นาที

1.3 กำหนดผู้รับผิดชอบทำหน้าที่ผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) หรือผู้บันทึก ทำหน้าที่บันทึกความคิดเห็นทั้งหมดลงบนกระดาษพลิก (flip chart) เพื่อให้ทุกคนสามารถมองเห็นได้ และกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายใต้กฎกติกาที่วางไว้

1.4 ทบทวนกฎกติกาการระดมสมอง เช่นการเสนอได้ครั้งละ 1 ความเห็น ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นของผู้อื่น หรือไม่มีการอภิปรายความเห็น

1.5 การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ กระดาษพลิก ปากกาเมจิก

ขั้นที่ 2 ระดมความคิด

2.1 สร้างความคิด ให้สมาชิกสร้างความคิดของตัวเองอย่างเงียบ ๆ ตามประเด็นกำหนด

2.2 เสนอความคิด โดยให้สมาชิกเสนอความคิดของตนเอง ผู้นำทีมต้องเน้นกฎกติกา การระดมสมองอย่างเคร่งครัด และต้องกระตุ้นให้สมาชิกฟังความคิดของผู้อื่น

2.3 ทำความกระจ่างให้สมาชิกเข้าใจความคิดที่เขียนไว้ หากไม่เข้าใจควรให้เจ้าของความคิดอธิบายสั้น ๆ และปรับปรุงข้อความให้ชัดเจนขึ้น

2.4 ประเมิน ตรวจสอบความซ้ำซ้อนหรือความเห็นไม่ตรงประเด็น โดยอาจใช้เกณฑ์เพื่อคัดกรองร่วมด้วย

2. เครื่องมือสำหรับการจัดการกับข้อมูลอย่างเป็นระบบ

การจัดการกับข้อมูลเป็นหัวใจของการพัฒนาคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการกับข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือในการนำเสนอข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

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

2.1.2 การสุ่มตัวอย่าง (sampling) เป็นเครื่องมือสำหรับการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณในระบบ สาเหตุที่ต้องมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย และเพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

2.1.3 แบบบันทึกข้อมูลง่าย ๆ (check sheet) เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียว ทำให้เก็บข้อมูลได้ง่ายและมีแบบแผน โดยจัดตารางที่แสดงรายการ รายละเอียดต่าง ๆ ของข้อมูลออกแบบให้ง่ายต่อการจดบันทึกข้อมูล สะดวกต่อการจำแนกข้อมูล และวิเคราะห์ผล

2.2 เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.2.1 แผนภูมิพาร์โต (pareto diagram) เป็นแผนภูมิที่ใช้สำหรับแสดงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเรียงลำดับปัญหาตามความถี่ ที่พบจากมากไปหาน้อย และแสดงขนาดความถี่มากน้อยด้วยกราฟแท่งควบคู่ไปกับการแสดงค่าสะสมของความถี่ด้วยกราฟเส้น ซึ่งแกนนอนแสดงประเภทของปัญหาและแกนตั้งแสดงค่าร้อยละของปัญหาที่พบ

2.2.2 แผนภูมิการกระจาย (scatter diagram) เป็นแผนผังที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ว่าสัมพันธ์กันในลักษณะใด ซึ่งจะสามารถหาสหพันธ์ (correlation) ของตัวแปรทั้งสองตัวที่แสดงด้วยแกน x และแกน y ของกราฟ ว่าสหพันธ์เป็นบวก คือ ตัวแปรมีความสัมพันธ์แปรตามกัน หรือมีสหพันธ์เป็นลบ คือตัวแปรมีความสัมพันธ์แปรผกผันต่อกัน ซึ่งการพัฒนาคุณภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ซึ่งบ่อยครั้งที่หาสาเหตุแล้วนำสาเหตุนั้นไปแก้ไขแล้วไม่ได้ผล เพราะสิ่งนั้นไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริง ดังนั้นจะนำตัวแปรที่สันนิษฐานว่าจะมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ข้อมูลจริง จะทำให้สรุปความสัมพันธ์และน้ำหนักได้มั่นใจ

2.3 เครื่องมือในการนำเสนอข้อมูล

2.3.1 กราฟเส้นแสดงการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (run chart) เป็นกราฟเส้นจุดบันทึกไปตามเวลา ข้อมูลที่นำมาเสนออาจเป็นข้อมูลจากการวัดหรือการนับ จัดทำขึ้นเพื่อดูพฤติกรรมของระบบในช่วงเวลาหนึ่ง ใช้ในการตัดสินใจเพื่อปรับปรุงระบบ ซึ่งหน่วยงานควรสร้างกราฟต่อเนื่องสำหรับข้อมูลที่สำคัญตามรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน แล้วติดไว้ให้ทุกคนเห็นทั่วกัน

2.3.2 กราฟควบคุม (control chart) เป็นกราฟเส้นแสดงระดับของเครื่องชี้วัดคุณภาพตามลำดับที่เกิดเหตุการณ์ พร้อมกับค่าสถิติที่เป็นค่าเฉลี่ย และค่าควบคุมของระบบ ซึ่งจะมีประโยชน์เพื่อนำเสนอข้อมูลทุกเหตุการณ์นำมาเสนอ ทำให้มองเห็นภาพความไม่แน่นอนของระบบได้ดีขึ้นและสามารถแยกแยะเหตุการณ์ผิดปกติออกจากเหตุการณ์ปกติได้ สามารถนำไปสู่การตัดสินใจว่าจะแก้ปัญหาหรือจะปรับปรุงระบบ

จากการทบทวนศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าเครื่องมือคุณภาพช่วยวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพในการบริหารความเสี่ยง ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพควบคู่กัน กับการประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งอนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543ข) ยังได้กล่าวถึงเครื่องมือคุณภาพว่า เป็นเครื่องมือที่จะช่วยส่งเสริมการทำการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยงให้บรรลุผลสำเร็จได้

เครื่องมือคุณภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บรรลุผลสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงได้นั้น มีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

1. แผนภูมิเหตุและผล (cause and effect diagram) ส่วนใหญ่จะเรียกแผนภูมินี้ว่าแผนภูมิ ก้างปลา (fishbone diagram) เป็นเครื่องมือคุณภาพที่มีการใช้กันมากชนิดหนึ่ง เนื่องจากสามารถมองเห็นภาพได้ง่าย สามารถใช้รวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มได้อย่างเป็นระบบ ทำให้มีความเข้าใจ และนำไปใช้วินิจฉัยปัญหาได้ในที่สุด หลักการเบื้องต้นของแผนภูมิ ก้างปลา คือการใส่ชื่อของปัญหาที่ต้องการวิเคราะห์ทางด้านขวาสุดของแผนภูมิ โดยมีเส้นหลักตามแนวยาวของกระดูกสันหลัง จากนั้นใส่ชื่อของปัญหาย่อย ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาหลัก 3-6 หัวข้อ โดยลากเป็นเส้น ก้างปลา (Sub-bone) ทำมุมเฉียงจากเส้นหลัก เส้น ก้างปลา แต่ละเส้น ให้ใส่ชื่อของสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหานั้นขึ้นมา ระดับของปัญหาสามารถแบ่งย่อยลงไปได้อีก ถ้าปัญหานั้นยังมีสาเหตุที่เป็นองค์ประกอบย่อยลงไปอีก โดยทั่วไปมักจะมีการแบ่งระดับของสาเหตุย่อยลงไปที่มากที่สุด 4-5 ระดับ เมื่อมีข้อมูลในแผนภูมิ ที่สมบูรณ์แล้ว จะทำให้มองเห็นภาพองค์ประกอบทั้งหมด ที่จะเป็นสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น แผนภูมิ ก้างปลาสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในกรณีของบุคลากรหรือกลุ่มงาน การใช้งานโดยทั่วไป หัวหน้าที่มีจะ

เขียนแผนภูมิกำงปลาบนกระดานดำ โดยใส่หัวข้อของปัญหาหลักลงไปก่อน แล้วจึงปรึกษากับทีมงานถึงสาเหตุ หลักของปัญหา เพื่อเขียนต่อลงไปจากแนวแกนของปัญหาหลัก ทีมงานจะช่วยกันเสนอปัญหาทั้งหมด และช่วยกันตัดสินใจการระบุปัญหาหลัก และอาจจะเขียนวงกลมเพื่อแสดงแต่ละหัวข้อ โดยทำเป็นลำดับจนได้แผนภูมิที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2. การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากลึกของปัญหา (root cause analysis)

2.1 จัดตั้งทีม

2.1.1 ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดและมีความรู้กับเรื่องนั้นเป็นอย่างดี

2.1.2 ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง

2.1.3 ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ

2.1.4 ผู้ที่จะมีส่วนต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

2.1.5 ผู้ที่มีทักษะในการวิเคราะห์

2.2 ระบุปัญหาได้แก่ การบรรยายอย่างชัดเจนและเจาะจงว่าเกิดอะไรขึ้น เพื่อช่วยให้ทีมมีจุดเน้นในการวิเคราะห์และปรับปรุงข้อความปัญหาควรเป็นประโยคสั้นๆ ตัวอย่าง การระบุปัญหา

2.2.1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผิดข้าง

2.2.2 ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังตกเตียง

2.3 ศึกษาปัญหา จากคำบอกเล่าและข้อสังเกตจากผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ หลักฐานทางกายภาพ หลักฐานทางเอกสาร

2.4 วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้จากข้อมูลซึ่งควรกระทำโดยเร็วเพื่อป้องกันการหลงลืม

2.5 วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง (system analysis) กรอบแนวคิดต่อไปนี้ เป็นคำถามที่ใช้กระตุ้นทีม

2.5.1 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เกี่ยวข้องหรือไม่ (patient factors)

2.5.2 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการเกี่ยวข้องหรือไม่ (provider factors)

2.5.3 มีปัจจัยเกี่ยวกับงานที่มอบหมายเกี่ยวข้องหรือไม่ (task factors)

2.5.4 มีปัจจัยที่เกี่ยวกับทีมงานเกี่ยวข้องหรือไม่ (team factors)

2.5.5 มีปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องหรือไม่ (environment factors)

2.5.6 มีปัจจัยที่เกี่ยวกับองค์กรเกี่ยวข้องหรือไม่ (institutional factors)

3. การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิก (clinical tracer) อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543ข) ได้

กล่าวถึง การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกเป็นการใช้สถานะทางคลินิกเพื่อติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่าง ๆ ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ องค์ประกอบอื่นๆ

ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคนั้น ๆ หรือกระบวนการทำงานนั้นๆ ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีนวัตกรรมต่างๆ เนื่องจากการทำการย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกต้องทำเป็นทีม จึงทำให้มองเห็นโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งมีกรอบในการเขียนประกอบด้วย บริบทประเด็นสำคัญ เครื่องชี้วัดสำคัญและการใช้ประโยชน์ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การใช้การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกช่วยให้ทีมงานสามารถหยิบจับสิ่งที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมาพิจารณาคุณภาพที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่าการพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมักจะมีลักษณะกว้าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยหลายประเภท ด้วยความชัดเจนกับสิ่งที่สัมผัสในชีวิตการทำงานประจำวัน การย้อนรอยคุณภาพทางคลินิกจึงเป็นการง่ายที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะเข้าร่วมพิจารณาทบทวน และเมื่อทบทวนแล้วเห็นโอกาสพัฒนา ก็จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกได้โดยง่าย

4. เครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (trigger tool) เป็นเครื่องมือช่วยในการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือตัวส่งสัญญาณ เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการวัดระดับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในภาพรวมของโรงพยาบาลและใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบและพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการค้นหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ สามารถคำนวณอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อพันวันนอนโรงพยาบาล หรือร้อยละของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้น มีกฎเกณฑ์และวิธีการในการใช้เครื่องมือ การค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ โดยการทบทวนเวชระเบียน การจัดกลุ่มเหตุการณ์เป็นกลุ่มตามลักษณะเฉพาะของการดูแลหรือหน่วยงาน ซึ่งเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ควรจัดหัวข้อให้ตามประเภทและระดับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้น และนำมาใช้ในการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ

จากการทบทวนเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพกับการบริหารความเสี่ยงพบว่า โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์และกลุ่มการพยาบาลมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ เช่นการระดมสมอง แบบบันทึกร่วมกัน และแผนภูมิเหตุและผลโดยใช้ค่าสถิติช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติงาน และเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่นำมาใช้ควบคุมการแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้แก่ การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากลึกของปัญหา (root cause analysis) พังงานแสดงกระบวนการโดยละเอียด และการย้อนรอยคุณภาพทางคลินิก (clinical tracer) และกำลังดำเนินการศึกษาการใช้เครื่องมือการค้นหาความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (trigger tool) มาใช้ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

บทบาทของผู้บริหารในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

บทบาทผู้บริหารในการพัฒนาคุณภาพบริการทางสุขภาพ ผู้บริหารของโรงพยาบาลสามารถนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงไปใช้ดำเนินงานเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการกับความปลอดภัยในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ เนื่องจากการบริหารความเสี่ยงเป็นแนวคิดที่สามารถนำไปผสมผสานกับแนวคิดของ การประกันคุณภาพในงานบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (Sullivan & Decker, 1997) ซึ่งบทบาทผู้บริหารของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การดำเนินการดังนี้

1. การจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลภาพรวมในแต่ละส่วน
2. นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอนมาสู่การปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติงานที่ชัดเจน เน้นการบริหารความเสี่ยงในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ
3. การจัดระบบรายงานฐานข้อมูลของความเสี่ยงและความเสียหายทั้งหมดของโรงพยาบาล
4. การประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงเข้าด้วยกัน ดังนี้
 - 4.1 ให้มีผู้แทนคร่อมสายงานในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และการประกัน/พัฒนาคุณภาพ
 - 4.2 ใช้ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และการเรียกร้องค่าเสียหายเพื่อเลือกประเด็นสำหรับนำมาศึกษาเชิงลึก
 - 4.3 บูรณาการการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน
5. การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งควรประกอบด้วยสมาชิกหลายวิชาชีพ ได้แก่ ผู้บริหารของโรงพยาบาล ผู้จัดการความเสี่ยง หัวหน้าหน่วยงาน บุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อทำหน้าที่รวบรวมและทบทวนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและความสูญเสีย สร้างหลักประกันว่าความเสี่ยงที่สำคัญจะได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม
6. จัดให้มีหน่วยเลขานุการและฐานข้อมูลสนับสนุนแก่ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการความเสี่ยง และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, 2543ข) มีดังนี้

1. ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่เป็นงานประจำวัน และการระบุความเสี่ยง ดังนี้

1.1 การรายงานอุบัติการณ์ ต้องมีการออกแบบ ดำเนินการรักษาระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ป่วย และญาติได้รายงานอุบัติการณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หรือต่อโรงพยาบาล ซึ่งควรครอบคลุมถึงคำร้องเรียนของผู้ป่วย และรายงานการตรวจสอบ

1.2 การวิเคราะห์และพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเสี่ยงนั้น ๆ

2. การบริหารระบบ

2.1 จัดให้มีการเก็บสถิติเกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 รักษาความลับของข้อมูลซึ่งได้มาระหว่างการสืบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์

2.3 รวบรวม ประเมินข้อมูล และกระจายข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง

2.4 จัดทำรายงานทุก 3 เดือน เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และคณะกรรมการ โรงพยาบาล

2.5 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2.6 ทบทวนนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ รวมทั้งข้อเสนอแนะ และติดตามให้ได้รับการดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

3. การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก

3.1 ช่วยในการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของแต่ละแผนก

3.2 ทบทวนประสิทธิผลของระบบป้องกันความเสี่ยง

3.3 วางแผนและดำเนินการให้การฝึกอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรทางการพยาบาล

3.4 ร่วมในการประชุมพิเศษเจ้าหน้าที่ใหม่

4. การประสานงานด้านกฎหมาย

4.1 ตรวจสอบว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายในเวลาที่เหมาะสม

4.2 ทบทวนสัญญาต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลทำกับบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก

บทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลในการบริหารความเสี่ยง

บทบาทผู้บริหารทางการพยาบาลในงานบริการพยาบาล เป็นงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย ผู้รับบริการโดยตรง มีลักษณะของการให้บริการที่หลากหลายทำให้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ ตลอดเวลา ในการปฏิบัติงานจึงต้องมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจะต้องอาศัยบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางพยาบาลทุกระดับ ร่วมกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาต่อผู้ป่วย

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางพยาบาล ในการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา ต่อผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับกลุ่มการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล จะต้องมีการศึกษา การเรียนรู้ และการปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ ที่ควรปฏิบัติ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, รจกร กัลป์ยางกูร, อารีย์ ฟองเพชร, สิริเกศ สวัสดิ์วัฒนากุล, และ รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, 2549) ดังนี้

1.1 การกำหนดนโยบายด้านการบริหารความเสี่ยงระดับกลุ่มการพยาบาล สอดคล้องกับ นโยบายด้านการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการและระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

1.2 การดำเนินการบริหารความเสี่ยง มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบทุกหน่วยบริการ ในการบูรณาการ การบริหารความเสี่ยงโดยการค้นหา วิเคราะห์และจัดการความเสี่ยง อีกทั้งการพัฒนาระบบ การป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่สำคัญ จัดทำคู่มือของหน่วยงาน นำไปสู่การปฏิบัติและติดตาม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงาน รวมทั้งฐานข้อมูลของความเสี่ยงในระดับกลุ่มการพยาบาล

1.3 แนวทางปฏิบัติด้านความเสี่ยง จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดหน้าที่ความ รับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยงานในการจัดการ แก้ไข ป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัยได้เกิดขึ้นในหน่วยงาน ได้แก่

1.3.1 ส่งเสริมให้เข้าใจว่า ความปลอดภัยต้องเป็นหน้าที่ของทุกคน บุคลากรทุกคน ในโรงพยาบาลต้องรับรู้ว่าการปฏิบัติงานของตนอาจเกิดความเสี่ยงอะไร ได้บ้าง เพื่อให้มีความ ระมัดระวัง และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

1.3.2 กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารที่เปิดเผยระหว่างหัวหน้าทีมงาน และผู้ป่วย เรื่อง ความตระหนักต่อความปลอดภัย ไม่กล่าวโทษหรือตำหนิ เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น โดยหาแนว ทางแก้ไขจากระบบ

1.3.3 เสริมพลังบุคลากรให้ขี้บ่ง และหาทางลดความเสี่ยง เพื่อความปลอดภัย เช่น การตรวจสอบป้ายผูกข้อมือผู้ป่วย พร้อมสอบถามชื่อ เพื่อป้องกันการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือการ ทำการตรวจเพื่อวินิจฉัยผิดคน เป็นต้น

1.3.4 จัดสรรทรัพยากร เพื่อความปลอดภัย วิเคราะห์อัตรากำลัง ให้เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน จัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเพียงพอ มีระบบการดูแลรักษาวัสดุ อุปกรณ์เชิงป้องกัน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

1.3.5 ให้ความรู้แก่บุคลากรโดยเน้นความปลอดภัย บุคลากรต้องได้รับการพัฒนา ได้รับการศึกษาอบรมเพื่อให้มีความรู้ในการบริหารความเสี่ยง รู้จักการเฝ้าระวัง รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขหรือป้องกันความเสี่ยง

2. ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น มีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยการควบคุมดูแลให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงงานด้านบริหารหอผู้ป่วย บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการจัดการภาวะเสี่ยง ประกอบด้วย การปรับปรุงคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยของหน่วยงาน การกำหนดแนวทางปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับความปลอดภัย ปรับปรุงการปฏิบัติงานของบุคลากร ปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมภาวะเสี่ยง จัดระบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ ให้ความรู้และจัดอบรมความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จัดระบบป้องกันอัคคีภัย ตรวจสอบความเรียบร้อยในหน่วยงานและให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันอันตรายให้แก่บุคลากร และจัดระบบการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือให้มีสภาพที่ดีในการใช้งาน สวอนเบิร์ก (Swansburg, 1996)

3. ระดับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากในงานการพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์จะต้องสัมผัสกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยตรง สำหรับการบริหารความเสี่ยงนั้นเป็นระบบงานสำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่เริ่มเข้าทำงานตลอดจนฝึกอบรมเป็นระยะๆ และต้องมีความตระหนักในความปลอดภัยของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการค้นหา การรายงานอุบัติการณ์ การจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ มีการประเมินหรือตรวจสอบมาตรฐานการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ต้องฝึกการเป็นผู้จัดการความเสี่ยงในงานของตนเอง ซึ่งระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจะพัฒนาได้นั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ (พัชริดา สุภิสุทธิ, 2550) โดยเฉพาะพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การประเมินผลความเสี่ยงรวมถึงการวางแผนการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จะต้องมีการจัดการความปลอดภัย ทบทวนอุบัติการณ์และมีส่วนร่วมในการบริหาร

ความเสี่ยงเพื่อลดความรุนแรงหรือความถี่ของการเกิดความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และบุคลากร (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) และหน้าที่ตามกฎหมายของพยาบาลจะต้องมีการรายงานอุบัติการณ์ (Cherry & Jacob, 2002)

3.1 หน้าที่ของพยาบาลจะต้องมีการรายงานอุบัติการณ์ ดังนี้

3.1.1 พยาบาลหัวหน้าเวร มีหน้าที่รับผิดชอบในการสังเกต ประเมินผล และรายงานถึงสิ่งที่บกพร่องในกระบวนการรักษาพยาบาล

3.1.2 การรายงานถึงสิ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

3.1.3 จัดทำแฟ้มสำหรับจัดเก็บรายงานอุบัติการณ์ที่ลงบันทึกเรียบร้อยแล้ว

3.1.4 หัวหน้าเวร ควรมีการสืบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเตรียมการสำหรับการรักษาพยาบาลที่บกพร่อง

3.1.5 หัวหน้าเวร ควรให้ความมั่นใจแก่ ผู้ปฏิบัติงานว่า การรายงานอุบัติการณ์ใช้ในการป้องกันการฟ้องร้องและให้ความมั่นใจในคุณภาพบริการ ไม่ใช่เพื่อการจับผิด ลงโทษหรือใช้ประณามผลการปฏิบัติงานในงานบริการพยาบาล

ในปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงนั้นมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้บริหารการพยาบาลยุคใหม่จำเป็นต้องเป็นผู้มีความรู้ และมีความเป็นผู้นำ เพื่อชี้นำองค์กรพยาบาล ส่งเสริมพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการจัดการความเสี่ยงนั้นควรจะเป็นการจัดการตามกรณีที่เกิดขึ้นตามพื้นที่ ที่ให้บริการ แม้ว่าจะมีการประกันคุณภาพในทุกสาขาวิชาชีพอยู่แล้ว แต่การบริหารความเสี่ยงจะครอบคลุมมากกว่า โดยครอบคลุมการสูญเสียทุกแง่มุม ทั้งนี้ควรจะเชื่อมโยงโดยการนำกิจกรรมประกันคุณภาพมาผสมผสาน และประยุกต์ใช้ในการป้องกันความเสี่ยงต่อไป (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง

แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) หมายถึง การวิเคราะห์หน่วยงานหรือองค์กร เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดเด่น จุดด้อย หรือสิ่งที่เป็นปัญหาในการดำเนินงานสู่สภาพที่ต้องการในอนาคต ซึ่งการวิเคราะห์นั้นก็เพื่อให้รู้จักตนเอง รู้จักสิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์หาโอกาสหรืออุปสรรคเพื่อใช้ในการเลือกวิสัยทัศน์ และกำหนดกลยุทธ์ขององค์กรต่อไป (สถาบันพระบรมราชชนก, 2550)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) เป็นวิธีการวิเคราะห์เกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคหรือสิ่งคุกคามซึ่งครอบคลุมการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกเพื่อทราบจุดแข็งและโอกาสที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ทราบถึงจุดอ่อนและอุปสรรคหรือสิ่งคุกคามที่ขัดขวางความสำเร็จของงาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) หมายถึง การศึกษาภาพรวมของสถานการณ์ที่น่าสนใจที่เกิดขึ้นในสถานที่ช่วงเวลาหนึ่ง เพื่ออธิบายภาพรวมในสิ่งที่เกิดขึ้น (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) หมายถึง การศึกษาอย่างเจาะจงหรือการศึกษาในแนวลึกขององค์ประกอบส่วนใด ส่วนหนึ่ง หรือภาพรวมของบางสิ่งบางอย่างที่น่าสนใจ เพื่อค้นหาข้อมูลที่ชัดเจน สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง (ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ, 2553)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) เป็นการศึกษาระบบองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยการจำแนกแยกแยะองค์ประกอบของสิ่งๆ นั้นออกเป็นส่วนๆ เพื่อค้นหาว่า ทำมาจากอะไร มีองค์ประกอบอะไร มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์เกี่ยวข้องกับการศึกษา การทำความเข้าใจ การตีความ การตรวจสอบ การหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล การสืบค้นความจริง อันจะนำไปสู่การหาข้อสรุปหรือประเมินตัดสินใจในเรื่องนั้นๆ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2553)

โดยสรุป การวิเคราะห์สถานการณ์หมายถึง การศึกษาลักษณะภาพรวมของสถานการณ์ที่น่าสนใจ เพื่อค้นหาข้อมูลที่ชัดเจน ค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในสถานที่และระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

แนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ มีหลากหลายแนวคิดที่ใช้ เพื่อศึกษาแยกแยะให้รู้อย่างถ่องแท้ว่า สิ่งนั้นและสิ่งที่อยู่โดยรอบเป็นอย่างไร มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอะไรบ้าง ในลักษณะใด มีผลอย่างไรจากอดีตถึงในปัจจุบันและจะเป็นไปอย่างไรในอนาคต (สมชาติ ไตรรักษา, 2557) ผู้ศึกษาขอสรุปแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ ดังนี้

แนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์ ตามทฤษฎีปรากฏการณ์ทางสังคม (สฤตศักดิ์ สุนทร, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์ ตามทฤษฎีปรากฏการณ์ทางสังคม มีลักษณะการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูลต้องใช้เวลานาน จนข้อมูลเกิดการอิ่มตัว โดยลักษณะของข้อมูลที่เก็บนั้นมี 3 ลักษณะคือ 1) สถานการณ์การแก้ปัญหา (situation map's) 2) บริบททางสังคม (social map's) 3) ตำแหน่งปัญหา (position map's) (สฤตศักดิ์ สุนทร, 2551) หลักสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์ตามทฤษฎีปรากฏการณ์ทางสังคม คือ สถานที่ เวลา และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (Clinical situation analysis) (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (Clinical situation analysis) หมายถึงการอธิบายถึง ขอบเขตของปัญหาหรือสถานการณ์ในช่วงเวลา สถานที่ที่เกิดปัญหา หรือสถานการณ์โดยมีสาเหตุหรือที่มาตามการรับรู้หรือความเห็นของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในสถานการณ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และผลกระทบ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551)

แนวคิด การประเมินสถานการณ์ ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) (อ้างใน เยาวดี ราชัญกุล วิบูลย์ศรี, 2542)

เยาวดี ราชัญกุล วิบูลย์ศรี (2542) ได้กล่าวถึงรูปแบบการประเมินแบบซิปป (CIPP Model) ซึ่งต้องวิเคราะห์ระบบในด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. การประเมินด้านบริบท หรือประเมินเนื้อความ (Context Evaluation: C) เป็นการศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาเป้าหมายของโครงการ ได้แก่ บริบทของสภาพแวดล้อม นโยบาย วิสัยทัศน์ ปัญหา แหล่งทุน สภาพความผันผวนทางด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ตลอดจนแนวโน้มการก่อตัวของปัญหาที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ เป็นต้น

2. การประเมินปัจจัยป้อน (Input Evaluation: I) เพื่อค้นหาประสิทธิภาพขององค์ประกอบที่นำมาเป็นปัจจัยป้อน โดยอาจจะจำแนกเป็นบุคคล สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ อุปกรณ์ ทรัพยากร ศักยภาพการบริหารงาน ซึ่งแต่ละปัจจัยยังจำแนกย่อยออกไปอีก เช่น บุคคล อาจพิจารณาเป็น เพศ อายุ

มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ความพึงพอใจ ความคาดหวัง ทักษะ ศักยภาพ ความสามารถ ประสบการณ์ ความรู้ คุณวุฒิทางการศึกษา ถิ่นที่อยู่และลักษณะ กระบวนการกลุ่ม เป็นต้น

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการศึกษาต่อจากการประเมินบริบท และปัจจัยป้อนว่า กระบวนการเป็นไปตามแผนที่วางไว้ เป็นการศึกษาค้นหาข้อบกพร่อง จุดอ่อน หรือ จุดแข็ง ของกระบวนการบริหารจัดการ ที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ว่ามีประสิทธิภาพ มากน้อยเพียงใด

4. การประเมินผลิตผล (Product Evaluation: P) เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของการดำเนินการ โดยนำเกณฑ์มาตรฐานมาประเมินจากความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์กับผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งเกณฑ์ อาจจะกำหนดขึ้นเอง หรืออาศัยเกณฑ์ที่บุคคลหรือหน่วยงานอื่นกำหนดไว้ก็ได้

สรุปรูปแบบการประเมินแบบซีพีพี (CIPP Model) เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับ การบริหาร โครงการเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ อย่าง ต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมิน คือ การให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ เน้นการแบ่งแยก บทบาทของการทำงานระหว่าง ฝ่ายประเมินกับ ฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือฝ่าย ประเมินมีหน้าที่ระบุ จัดหา และ นำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียก หาข้อมูล และนำผลการประเมิน ที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วแต่กรณี ทั้งนี้เพื่อป้องกัน การมีอคติในการประเมิน

แนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003)

แนวคิดการประเมินคุณภาพของ โดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการ ประเมินคุณภาพโดยเน้นทางด้านการบริการทางคลินิกเป็นส่วนใหญ่ มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. โครงสร้าง (structure) หมายถึง ทรัพยากร หรือปัจจัยต่างๆที่สนับสนุน หรือเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการให้บริการหรือพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดหรือจัดหามาให้อย่างเพียงพอ ซึ่งได้แก่

1.1 ทรัพยากรเครื่องมือ (material resources) ได้แก่ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ต่างๆ

1.2 ทรัพยากรบุคคล (human resources) ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่เพียงพอ ประเภทของ บุคลากร และลักษณะความเชี่ยวชาญของบุคลากร รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณทางด้านบุคลากร

1.3 ลักษณะขององค์กร (organization characteristics) ได้แก่ เป็นองค์กรประเภทใด ให้บริการงานในลักษณะใด รวมถึงรูปแบบการจัดองค์การ ซึ่งองค์การคือ กลุ่มคนที่รวมกันในองค์กร เพื่อดำเนินกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยการจัดขึ้นเป็นหน่วยงานที่มีระบบ มีสายบังคับบัญชา มีการกำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินงาน การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน รวมถึงระเบียบวิธีการทำงาน

2. กระบวนการ (process) หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น การดูแล การช่วยเหลือ การประเมิน วินิจฉัย การรักษา การส่งเสริม การป้องกัน การส่งต่อและการติดตามผล การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

3. ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง ประสิทธิภาพของการดูแล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกๆ ด้านของผู้รับบริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งนำไปสู่การหาค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ชัดเจนมากขึ้นโดยเลือกใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งมีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ส่วนทั้ง โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) แล้วยังเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งสามารถเข้าใจได้ง่ายในการนำไปประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง

แนวคิดโดนาบีเดียน

แนวคิดการประเมินคุณภาพของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) หรือ อเวดิส โดนาบีเดียน (Avedis Donabedian) เป็นชาวอเมริกัน เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1919 ที่ประเทศเลบานอน เป็นผู้บุกเบิกคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ มีชื่อเสียงในเรื่อง คุณภาพในการรักษาพยาบาล Avedis Donabedian เป็นผู้กำหนดกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพนี้ ซึ่งแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (Donabedian, 2003) สามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านโครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือทางกายภาพ ระบบงานต่างๆ และงบประมาณ

ด้านกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย การประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานที่วางไว้ อาจทำได้โดยการสังเกต ประเมินจากเอกสาร ประเมินจากกิจกรรมที่ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ซึ่ง

กระบวนการต้องตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคลและมาตรฐานวิชาชีพของการให้บริการ

ด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการวัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการให้บริการ รวมถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้หรือความเชื่อต่างๆ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหรือญาติ ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและญาติซึ่งผลลัพธ์ที่ดี ต้องตอบวัตถุประสงค์การดูแลและสื่อถึงคุณภาพที่มาจากการดูแล

จะเห็นได้ว่า ทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน คือ ถ้ามีโครงสร้างที่ดี จะทำให้เกิดกระบวนการที่ดี และถ้ากระบวนการดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้วย

การประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพโดนาเบเดียนในการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการในหน่วยงาน ควรต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของมิติคุณภาพ โดยการนำแนวคิดการประเมินคุณภาพของ โดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) มาประยุกต์ใช้คือ โครงสร้างการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง และผลลัพธ์ของการบริหารความเสี่ยงดังนี้

1. ด้านโครงสร้างการบริหารความเสี่ยง คือ คุณลักษณะต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารความเสี่ยง องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การบริหารความเสี่ยงมีคุณภาพประกอบด้วย

1.1 นโยบายการบริหารความเสี่ยง มีการกำหนดนโยบายให้ครอบคลุมของผู้บริหาร และอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทุกระดับในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติให้เห็นเป็นรูปธรรม ลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน

1.2 การจัดสถานที่ในการทำงานให้มีความปลอดภัย

1.3 การจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน

1.4 มีการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณให้มีความเหมาะสม

1.5 มีอัตรากำลังเพียงพอและมีการกำหนดแผนการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการบริหารความเสี่ยง

1.6 มีการนิเทศ กำกับ และ ติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านกระบวนการในการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การจัดกิจกรรมต่างๆในการบริหารความเสี่ยง เช่น

2.1 การทบทวนค้นหาความเสี่ยง

- 2.2 การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- 2.3 การจัดการความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์
- 2.4 การประเมินผลของการจัดการความเสี่ยง

3. ด้านผลลัพธ์ ผลลัพธ์ของการบริหารความเสี่ยง เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งตัวบุคลากรในหน่วยงาน และผู้รับบริการให้มีความปลอดภัยคือ จำนวนอุบัติการณ์ลดลงหรือไม่เกิดอุบัติการณ์ขึ้นในหน่วยงาน

การบริหารความเสี่ยงจะเกิดคุณภาพได้ต้องมีองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ที่มีความสัมพันธ์กันคือโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงจะมีผลต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงก็จะส่งผลต่อผลลัพธ์ของการบริหารความเสี่ยง ในการทำให้เกิดความปลอดภัยในหน่วยงานทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ซึ่งใช้กรอบแนวคิด การประเมินคุณภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ดังนี้

พัชฌดา สุภิสุทธิ (2550) ศึกษา การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร พบว่าด้านโครงสร้างมีการจัดการบริหารความเสี่ยง มีการจัดทำนโยบาย มีการจัดตั้งคณะกรรมการและดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามกรอบแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล (2543ข) ด้านกระบวนการ มีนโยบายการบริหารความเสี่ยงลงสู่การปฏิบัติ แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการบริหารความเสี่ยงคือไม่มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์ และไม่มีการตอบสนองต่อการรายงานอุบัติการณ์ ด้านผลลัพธ์มีความร่วมมือในการบริหารความเสี่ยง และมีการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงโดยตรง

นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่เน้นที่การบริหารความเสี่ยงทางด้านคลินิกและใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ดังนี้

อรพินท์ จันทรปัญญาสกุล (2553) ศึกษา การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า 1) การค้นหาความเสี่ยง มีการค้นพบโดยการเขียนรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยอื่นและการทบทวนเวชระเบียน พบว่า มีการรายงานความเสี่ยงล่าช้า กลัวผลกระทบจากการรายงานในทางลบ

บุคลากรไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง มีการวิเคราะห์โดยการควบคุมความเสียหายและการจัดทำแฟ้มบัญชีความเสี่ยง พบปัญหาว่า การสื่อสารไม่เพียงพอเป็นการสื่อสารทางเดียวลักษณะเป็นเรื่องแจ้งเนื่องจากมีข้อจำกัดของระยะเวลา 3) การจัดการความเสี่ยง ได้รับการจัดการโดยการป้องกันความเสี่ยงและลดความเสี่ยง พบปัญหาว่า การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพและการสื่อสารไม่พอเพียง และ 4) การประเมินผล โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยงและการประเมินผล การปฏิบัติงานพบว่า มีปัญหาการสื่อสารไม่เพียงพอ

ปาริชาติ นิลประยูร (2555) ศึกษา การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า 1) การค้นหาความเสี่ยง มีการค้นหาจากข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ประสพการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น การทบทวนเวชระเบียน และการเขียนรายงานอุบัติการณ์ พบว่า มีการรายงานความเสี่ยงล่าช้า ก่อผลกระทบจากการรายงาน 2) การประเมินความเสี่ยง มีการประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์และการจัดทำแฟ้มบัญชีความเสี่ยงพบว่า การประเมินความรุนแรงไม่ถูกต้อง 3) การจัดการความเสี่ยงโดยการป้องกันความเสี่ยง และลดความเสี่ยง พบปัญหาว่า ขาดความเข้าใจในการหาสาเหตุรากลึกของปัญหา ภาระงานมาก ขาดการประสานงาน ในทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 4) การประเมินผล โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการประเมินผลการปฏิบัติงานพบว่า ขาดความสม่ำเสมอในการทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยง

ปัทมา นนทรี (2555) ศึกษา การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำพูน พบว่า 1) การค้นหาความเสี่ยง มีการค้นหาโดย การเรียนรู้จากประสพการณ์ในอดีตและประสพการณ์ของหอผู้ป่วยอื่น ทบทวนเวชระเบียน และการเขียนรายงานอุบัติการณ์ พบว่า มีการรายงานความเสี่ยงน้อย บุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง มีการวิเคราะห์โดยการควบคุมความเสียหายและการจัดทำแฟ้มบัญชีความเสี่ยง พบว่า มีระบบวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ไม่ชัดเจน บุคลากรมีทักษะไม่เพียงพอในการแบ่งระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ 3) การจัดการความเสี่ยง ได้รับการจัดการโดยการป้องกันความเสี่ยงและลดความเสี่ยง พบว่า ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การมีทักษะไม่เพียงพอในการนำความรู้สู่การปฏิบัติ และ 4) การประเมินผล โดยการติดตามตัวชี้วัดความเสี่ยง และการติดตามผลลัพธ์ของการแก้ไข พบว่า ยังมีความเสี่ยงซ่อนเร้นอยู่

สรุปจากผลการศึกษาดังกล่าวเป็นการมุ่งเน้นการศึกษา การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่ออธิบายภาพรวมของสถานการณ์และค้นหาปัญหา สาเหตุ ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงและการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย มีบางงานวิจัยที่เน้นการดำเนินการตามกรอบแนวคิด

คุณภาพ ที่ให้ข้อมูลปัญหาของการบริหารความเสี่ยงและการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงและการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

บริบทที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาด 620 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในเขตจังหวัดอุดรดิตถ์ และจังหวัดใกล้เคียง มีจำนวนบุคลากร 1,946 คน มีผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก ปี 2558 และปี 2559 เท่ากับ 649,189 ราย และ 692,040 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยใน ปี 2558 และปี 2559 เท่ากับ 44,613 ราย และ 46,002 ราย เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม 15,220 ราย และ 15,774 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2559) มีการพัฒนาคุณภาพ และได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน (Hospital Accreditation: HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในปีพ.ศ. 2551 ผ่านการต่ออายุการรับรองคุณภาพ 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2554 และพ.ศ. 2557 ทั้งนี้โรงพยาบาลได้นำแนวทางการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัณ สุภชติกุล (2543ก) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล มาใช้ในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีการจัดตั้งทีมบริหารความเสี่ยงโดย มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน มีคณะผู้บริหารและคณะทำงานบริหารความเสี่ยงเป็นกรรมการ หลังจากปีพ.ศ. 2557 มีการปรับเปลี่ยนคณะทำงานศูนย์พัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ แต่ยังมีเจมมุ่งเดิมคือผู้ป่วยปลอดภัย (patient safety goals) สำหรับการบริหารความเสี่ยงนั้นเป็นที่น่าสังเกตคือ ทุกครั้งที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เข้มสำรวจนั้น จะมีรูปการเยี่ยมชมและข้อเสนอแนะ เรื่องระบบการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาล ดังเช่นหนังสือสรุปการเยี่ยมชมที่ สรพ 4033 วันที่ 11 ตุลาคม 2558 ที่กำหนดให้โรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะต้องนำข้อมูลความเสี่ยงมาวิเคราะห์ รวมทั้งการนำระบบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ทุกหน่วยงาน และพัฒนาการบริหารความเสี่ยงให้เป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายคือ ผู้ป่วยปลอดภัย

ในปลายปี พ.ศ. 2559โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มีการปรับเปลี่ยนทีมงานศูนย์คุณภาพและปรับปรุงคู่มือการบริหารความเสี่ยง ใน 3 เรื่อง ได้แก่ การแบ่งประเภทของความเสี่ยง การจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยงทางระบบคอมพิวเตอร์ โดยเรื่องแรกเป็นการแบ่งประเภทของความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ความเสี่ยงด้านคลินิกและ 2) ความเสี่ยงด้านไม่ใช้คลินิก เรื่องที่ 2 เป็นการจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงด้านคลินิกเป็น 9 ระดับ ดังนี้ ระดับ A เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน ระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ระดับ C

เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ระดับ D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ระดับ E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดแก้ไข ระดับ F เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ระดับ G เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรกับผู้ป่วย ระดับ H เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายต้องทำการช่วยชีวิต ระดับ I เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และจัดระดับความรุนแรงความเสี่ยงด้านไม่ใช่คลินิก 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หมายถึง ยังไม่เกิด/เหตุร้ายกาจ ระดับ 2 หมายถึง เสียหายเล็กน้อย/น้อยกว่า 20,000 บาท ระดับ 3 หมายถึง เสียหายปานกลาง/ 20,000-100,000 บาทและ ระดับ 4 หมายถึง เสียหายรุนแรง/ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป และเรื่องที่ 3 เปลี่ยนการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง เปลี่ยนจากการเขียนรายงานในแบบรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ เป็นการรายงานทางระบบคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มีมาตรการป้องกันความเสี่ยง ตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยปลอดภัย (Patient Safety Goals) โดยนำคำว่า SIMPLE มาเป็นแนวทางกำหนดในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย SIMPLE คืออักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ๆ สำหรับ Patient Safety Goals เพื่อความง่ายในการจดจำ ดังนี้ S = Safe Surgery I = Infection Control M = Medication Safety P = Patient Care Process L = Line, Tube, Catheter E = Emergency Response

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม ทั้งในภาวะเฉียบพลัน ภาวะวิกฤติและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จนถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีการเชื่อมโยงกับทีมสุขภาพต่าง ๆ ตลอดกระบวนการรักษา ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย มีจำนวนเตียงถาวร 30 เตียง รับผู้ป่วยโดยไม่จำกัดจำนวนเตียง เป็นผู้ป่วยในจังหวัดอุดรดิตถ์และผู้ป่วยส่งต่อมารับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งในจังหวัดอุดรดิตถ์และจังหวัดสุโขทัย จากสถิติการรับผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 มีผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 3,040 ราย และ 3,113 ราย เฉลี่ยเดือนละ 256 ราย (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2559ข) หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 มีบุคลากรจำนวน 32 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 19 คน เสมียนจำนวน 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้จำนวน 8 คน และพนักงานทั่วไป จำนวน 4 คน การจัดอัตรากำลังปฏิบัติงานในแต่ละเวร มีพยาบาลวิชาชีพ 4 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และพนักงานทั่วไป 1 คน ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 40 รายต่อวัน มีผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 13 รายต่อวัน ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 11 รายต่อวัน เป็นผู้ป่วยหนักโรคเรื้อรังที่ต้องการ การดูแลใกล้ชิดและไม่สามารถย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักได้เนื่องจากเตียงเต็ม ทำให้หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 มีผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) เฉลี่ย 178

เปอร์เซ็นต์ (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2559) และมีอัตราการครองเตียง เฉลี่ย 130-140 เปอร์เซ็นต์ (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2559) พยาบาล 1 คนต้องดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10 คน อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอและกรณีที่มีบุคลากรขาด ลา หรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน จะไม่มีอัตราค่าจ้างทดแทนทันที กลุ่มการพยาบาลจึงมีแนวปฏิบัติในการจ้างงานล่วงเวลาหรือโอที (over time) ดังนี้ คือ ให้จ้างบุคลากรทั้งในและนอกหอผู้ป่วยมาปฏิบัติงานตามตำแหน่งและจำนวนที่ขาดแคลน และหากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นสามารถจ้างโอทีเพิ่มได้ตามเกณฑ์ เช่น ถ้าในเวรมียอดผู้ป่วย 35 ราย และมีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 10 ราย หรือมียอดผู้ป่วย 40 ราย และมีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 5 ราย สามารถจ้างโอทีพยาบาลเพิ่มได้ 1 คน ซึ่งที่ผ่านมาการจ้างโอทีเพิ่มจะเป็นการจ้างพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติงานติดต่อกัน วันละ 16 ชั่วโมง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 สำหรับการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงได้มีการดำเนินการตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลความเสี่ยง มีการแต่งตั้งพยาบาลประจำการเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประจำหอผู้ป่วย มีหน้าที่เข้าร่วมประชุม รับนโยบายงานคุณภาพ ซึ่งแจ้งต่อผู้ร่วมงานในหอผู้ป่วย รวมทั้งรวบรวมข้อมูลคุณภาพตามตัวชี้วัดสำคัญ ของกลุ่มการพยาบาล มีการรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง แก่คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล ตามช่องทางการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล

จากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ในปีพ.ศ. 2557, 2558, 2559 มีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดในการให้บริการระดับ A-D จำนวน 98, 69 และ 54 ครั้งตามลำดับ ระดับ E-I จำนวน 9, 11 และ 14 ครั้ง ตามลำดับ (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2559ค) ซึ่งเป็นอัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดของโรงพยาบาล ที่กำหนดเป้าหมายว่า ลดความเสี่ยง ระดับ E-I ให้เป็นศูนย์ เมื่อพิจารณาตัวเลขอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วง 3 ปี ดังกล่าวจะเห็นว่าแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์ในระดับ E-I เพิ่มขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการกำหนดให้นำเครื่องมือคุณภาพ RCA (Root Cause Analysis) มาใช้ในการหาสาเหตุรากลึกของปัญหา ในอุบัติการณ์ระดับ E-I ทุกอุบัติการณ์ สำหรับตัวชี้วัดสำคัญ ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่บ่งบอกถึง การบริหารความเสี่ยงที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายจากข้อมูล 3 ปีย้อนหลังในปีพ.ศ. 2557, 2558, 2559 พบว่า อัตราการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรคือ 26.40, 66.66 และ 58.62 (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2559ค) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดให้มีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ของบุคลากรร้อยละ 80 และจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นโดยการสอบถามบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 5 คนเมื่อ ธันวาคม 2559 พบว่าผู้ให้ข้อมูลระบุความรุนแรงไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับเกรด 2 อยู่ในระดับ E แต่มีการรายงานอุบัติการณ์ เป็นระดับ C การไม่รายงานอุบัติการณ์ เช่น ผู้ป่วยตกเตียง ผู้ป่วยหนีออกจาก

โรงพยาบาลแล้วติดตามผู้ป่วยไม่ได้ การลืมให้ยาหรือการให้ยาไม่ตรงเวลา เป็นต้น โดยปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากความกลัวผลกระทบจากการรายงาน ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการรายงาน ประกอบกับภาระงานที่มาก ทำให้ไม่ได้รายงาน นอกจากปัญหาการค้นหาความเสี่ยงแล้วยังมีปัญหาด้านการจัดการความเสี่ยง เช่นบุคลากรบางคนเห็นว่าวิธีการทำวิเคราะห์หารากลึกของปัญหาไม่สามารถแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นยังไม่ได้ค้นหาปัญหาอย่างแท้จริงในการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ได้อย่างครอบคลุม

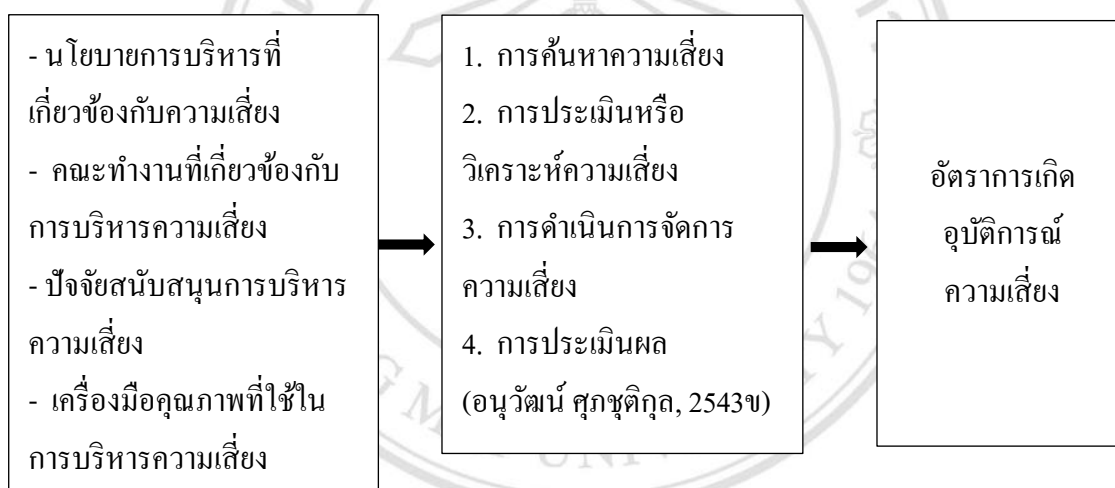
จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการบริการความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีแผนที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยการใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์ ซึ่งโครงสร้างได้แก่นโยบายการบริหารความเสี่ยง คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ปัจจัยสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงและเครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง ส่วนกระบวนการหมายถึงขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การดำเนินการจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543ข) และผลลัพธ์ หมายถึงอัตราการเกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003)

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved