

การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ

ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง *

บทคัดย่อ

ความเสี่ยงนับว่าเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดที่แต่ละหน่วยงานหรือองค์กรไม่ยากให้เกิดขึ้น เพราะถ้ามีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดเกิดขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเสียหายย่อมต้องมีไม่มากนักน้อย ความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยง ดังนั้น การบริหารความเสี่ยงนับเป็นเครื่องมือบริหารองค์กรที่มีการนำมาใช้แพร่หลายในการจัดการสถานการณ์ ความไม่แน่นอนที่อาจส่งผลกระทบต่อองค์กรให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และยังเป็นโอกาสในการสร้างสรรค์มูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กรด้วยการพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น การบริหารความเสี่ยงที่ดีจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในโรงพยาบาล ในการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นค้นหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา รวมถึงการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

กระบวนการในการจัดการกับความเสี่ยง ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การบ่งชี้เหตุการณ์การประเมินความเสี่ยง การตอบสนองต่อความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม และการติดตามประเมินผล ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ กระบวนการ Plan-Do-Check-Act โดยการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลจะต้องเป็นการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมจะต้องมีการมอบหมายหน้าที่และผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบและสามารถพัฒนางานด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความเสี่ยง ความผิดพลาด การบริหารจัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงทางโรงพยาบาล การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม กระบวนการ Plan-Do-Check-Act

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมิติเวชเด็ก ศรีนครินทร์

Risk Management of Hospital in Registered Nurse Context

Sirilak Ritthaisong*

Abstract

Risk is the undesirable adverse event and error which should be prevented in any organization. If undesirable risk or error occurs, it produces bad effect and damages. Risk can occur anytime and anywhere, depends on various factors. Risk management is an important management tool in any organization. Risk management is an opportunity for value development for effective working process in any organization. An effective risk management should be a collaborative efforts of all parties for finding risk, cause of risk, and solving the problem, including practical application for routine work.

Risk management process includes an objective setting, situation identification, risk evaluation, risk responds, control activities, and monitoring and evaluation. Plan-Do-Check-Act is a popular tool for risk management in hospitals, which should be a collaborative risk management with a clear responsible individuals/parties being assigned. This will benefit organization's sustainable systematic development of risk management.

Keywords : Risk, Error, Risk Management, Risk of nursing, Collaborative risk management, Plan-Do-Check-Act Process

* Registered Nurse, Samitivej Children Hospital

บทนำ

ความเสี่ยง ในที่นี้หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหายหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Vaughan, 1997) หรือการกระทำใดๆที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนซึ่งอาจเกิดขึ้นในอนาคตและมีผลกระทบทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์กร ทั้งในด้านยุทธศาสตร์ การปฏิบัติงาน การเงินและการบริหาร

ความเสี่ยงสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ ความเสี่ยงด้านการเงิน การรายงาน และความเสี่ยงด้านกฎหมาย (เมธา สุวรรณสาร, 2552) กฎเกณฑ์ต่างๆและข้อกำหนดผูกพันองค์กร ซึ่งข้อดีของการจัดการความเสี่ยง คือ ช่วยในการกำหนดกลยุทธ์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกับระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ช่วยให้การตัดสินใจตอบสนองต่อความเสี่ยงได้ดีขึ้น ช่วยลดเหตุการณ์อันไม่คาดคิดและความสูญเสียที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ช่วยเอื้อประโยชน์ต่อการตอบสนองความเสี่ยงให้ดีขึ้น ช่วยเสริมการดำเนินงานเชิงรุกในกรณีที่เกิดเหตุการณ์นั้นๆ และช่วยในการบริหารเงินทุนให้ดีขึ้น

บทความฉบับนี้นำเสนอการบริหารความเสี่ยงในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากว่าทรัพยากรพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพและมีจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความสามารถในการบริหารจัดการกับความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดต่างๆได้เป็นอย่างดี ดังนั้นในการบริหารจัดการกับความเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพจะมีแนวทางในการบริหารจัดการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของความเสี่ยงนั้นๆ ซึ่งเนื้อหาของบทความฉบับนี้จะเน้นแค่บางส่วนของตัวอย่างการบริหารจัดการกับความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจุดมุ่งหมายของบทความฉบับนี้ก็เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารจัดการความเสี่ยง สามารถนำมาปรับใช้กับการปฏิบัติงาน รวมถึงเป็นแนวทางในการบริหารจัดการกับความเสี่ยง ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานและองค์กร

สาเหตุของการเกิดความเสี่ยง อาจเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ (เมธา สุวรรณสาร, 2552)

1. ปัจจัยภายใน เช่น นโยบายของผู้บริหาร ความซื่อสัตย์ จริยธรรม คุณภาพของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงระบบงาน ความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ บ่อยครั้ง การควบคุมกำกับดูแลไม่ทั่วถึง และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ หรือ ข้อบังคับของหน่วยงาน

2. ปัจจัยภายนอก เช่น กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี หรือ สภาพการแข่งขัน สภาวะแวดล้อมทั้งทางเศรษฐกิจ และการเมือง

ส่วนการบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์กรที่มีความเป็นระบบและต่อเนื่อง เป็นการระบุ วิเคราะห์ ประเมิน และจัดระดับความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการทำงานของหน่วยงานหรือองค์กรรวมทั้ง

การบริหาร / จัดการความเสี่ยง (สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง, 2557) เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง ความผิดพลาดหรือแม้กระทั่งความเสียหาย โดยความเสียหายนั้นจะต้องยอมรับได้ ประเมินได้ ควบคุมได้ กรอบการบริหารความเสี่ยงประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ วัฒนธรรมองค์กร (organizational culture) โครงสร้างการบริหารความเสี่ยง (structure) กระบวนการ (process) ปัจจัยพื้นฐาน (infrastructure) (สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง, 2557)

การบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ ในการพัฒนาระบบงานบริหารความเสี่ยงจะต้องอาศัยมาตรฐานต่างๆ ทำนองเดียวกันความเสี่ยงที่ต่างกันจะต้องมีมาตรการจัดการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละสถานการณ์ โดยองค์กรจะต้องมีการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของการบริการ รวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในองค์กรทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (ผ่องพรรณ จันทน์สมบัติ และคณะ, 2555) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา และเพื่อลดข้อขัดแย้งรวมถึงข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษายาบาล (วิภา จีระแพทย์, 2550)

การบริหารความเสี่ยงเป็นการบริหารเชิงรุกเพราะเป็นการบริหารจัดการเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาหรือลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถลดความสูญเสียขององค์กรได้ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียเงิน ชื่อเสียงของโรงพยาบาลหรือสูญเสียบุคลากรที่ดี ดังนั้นองค์กรจะต้องมีบุคลากรที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ ซึ่งต้องไม่ใช่บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ เพราะหากปฏิบัติงานประจำจะทำให้การดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นไปอย่างไม่เต็มที่ซึ่งกระบวนการในการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย(สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2547)

1. สภาพแวดล้อมภายในองค์กร ในการกำหนดกรอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กร จะประกอบด้วยหลายปัจจัย เช่น วัฒนธรรมองค์กร นโยบายของผู้บริหาร แนวทางการปฏิบัติของบุคลากร กระบวนการทำงาน ระบบสารสนเทศ ซึ่งสภาพแวดล้อมจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดทิศทางของกรอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กร
2. การกำหนดวัตถุประสงค์โดยจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ในทุกๆด้าน ซึ่งวัตถุประสงค์ต้องมีความสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงกลยุทธ์และความเสี่ยงที่ยอมรับได้ วัตถุประสงค์ที่ดีจะต้องสามารถวัดได้มีความสอดคล้องกับความเป็นจริง
3. การบ่งชี้เหตุการณ์ จะเป็นการระบุถึงความเสี่ยง ปัญหา ว่าเป็นความเสี่ยงด้านใด เกิดจากสาเหตุอะไร มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลให้เกิดเหตุดังกล่าวการบ่งชี้เหตุการณ์จะทำให้รู้ต้นสายปลายเหตุว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร เพราะหากเรารู้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวกับอะไร ก็จะทำให้เราแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

4. การประเมินความเสี่ยง จะเป็นการประเมินโอกาสว่ามีโอกาสเกิดขึ้นมากหรือน้อยและผลกระทบของความเสี่ยงว่ามีผลกระทบมากหรือน้อยต่อบุคคลหรือระบบการดำเนินงานสามารถทำได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ก่อนและหลังการจัดการความเสี่ยง
5. การตอบสนองความเสี่ยง จะเป็นวิธีการจัดการกับความเสี่ยงรวมถึงผลที่เกิดขึ้น ในการเลือกพิจารณาจัดการกับความเสี่ยงจะต้องคำนึงความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ต้นทุนของการจัดการความเสี่ยงเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้หรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ
6. กิจกรรมการควบคุมเป็นการกำหนดขั้นตอนวิธีการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเสี่ยงและดำเนินการตามขั้นตอนที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ซึ่งกิจกรรมการควบคุมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความเสี่ยง บางหน่วยงานหรือองค์กรจะทำเป็นคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตาม
7. สารสนเทศและการสื่อสาร องค์กรจะต้องมีระบบสารสนเทศและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปพิจารณาดำเนินการบริหารความเสี่ยงให้เป็นไปตามกรอบ
8. การติดตามผล เป็นการติดตามประเมินผลว่าสิ่งที่ได้ดำเนินการมา มีผลอย่างไร การจัดการกับความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานหรือองค์กรอย่างไร การติดตามประเมินผลสามารถทำได้ 2 กรณี คือ แบบติดตามเป็นรายครั้งหรือกระบวนการแต่ละขั้นตอนและติดตามอย่างต่อเนื่องหรือประเมินผลในตอนสุดท้าย การติดตามผลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะทำให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้ทันทั่วทั้ง

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับการบริหารความเสี่ยง

วิชาชีพพยาบาล มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายใต้กรอบแนวคิด ความรู้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีมาตรฐานของวิชาชีพ แต่หากการปฏิบัติงานดังกล่าวไม่เป็นไปตามมาตรฐานแล้ว ก็จะมีผลกระทบต่อองค์กร ตัวผู้ปฏิบัติงานและต่อผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานต่างๆ ย่อมมีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดเกิดขึ้น ซึ่งบางครั้งความเสี่ยงหรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมีทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่ได้ อาจเกิดจากความไม่ตั้งใจหรือความประมาทหรือแม้แต่การรู้เท่าไม่ถึงการณ์เช่น การติดชื่อผู้ป่วยผิดหรือติดสลับกัน การให้ยาผิด ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด การพยาบาลไม่ได้มาตรฐานหรือแม้แต่การให้บริการ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงที่ไม่ได้เกิดจากการบริการ ซึ่งอาจจะมีความเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นเปียก มีมดหรือแมลง เสียงดัง การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ถ้าเกิดความเสี่ยงหรือคลาดเคลื่อนขึ้น ผู้รับบริการไม่พอใจในการรักษาก็จะทำให้เกิดการฟ้องร้องได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 420 ระบุว่า “มาตรา

420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำเป็นต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

นอกจากนี้การบริหารจัดการทางโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศของสภาการพยาบาล ในมาตรฐานที่ 4 ของมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ระบุไว้ว่า “องค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องมีระบบการจัดการความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขององค์กรนั้นๆ” (สภาการพยาบาล, 2548)

การบริหารความเสี่ยงทางโรงพยาบาลหมายถึง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดย พิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ วิลสันและทิงเกิล (Wilson and Tingle, 1999)

พยาบาลในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ จำเป็นจะต้องค้นหาความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงเชิงรุก เช่นการสังเกต การค้นหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย การค้นหาข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหรือความเสี่ยงเชิงรับ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานของเวรตรวจการ รายงานความปลอดภัย คำแนะนำจากผู้รับบริการ เป็นต้น เพราะการค้นหาความเสี่ยงจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือลดความรุนแรงของผลกระทบ (คันสนีย์ รุ่งรัตน์ธวัชชัย, 2554)

การพัฒนาระบบความเสี่ยงในองค์กรพยาบาลนั้น จะต้องพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยเน้นการสร้างตระหนักให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยงในงานของตนเอง เริ่มจากการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานตนเอง โดยรณรงค์ให้มีการบันทึก Incident report องค์กรจะต้องมีการอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มรับเข้าทำงานตลอดจนฝึกอบรมเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาระบบการค้นหา การรายงานอุบัติการณ์ การจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบมาตรฐานการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ เพราะความเสี่ยงและความปลอดภัยเป็นหัวใจสำคัญของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่สร้างความเชื่อมั่น ความศรัทธา ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการว่าได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ที่มีคุณภาพ ดังนั้นระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยจึงเป็นงานหลักที่สำคัญของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐานมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญและต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกระดับรวมทั้งผู้บริหารให้การสนับสนุน พร้อมกับร่วมกระต้นการค้นหา การรายงาน การจัดการความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่โดยมุ่งเน้นการพัฒนางานทุกส่วนเพื่อนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (พัฒธิดา สุภิสุทธิ์, 2550)

เนื่องจากความเสี่ยงมีหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงทั่วไปหรือความเสี่ยงทางคลินิก (McDonald and Leyhane, 2005) ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการประเมินดูว่าความรุนแรงของความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับใด เพราะการจัดการในแต่ละระดับ แต่ละองค์กรจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละแห่ง หากความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ผู้ปฏิบัติที่อยู่หน้างานก็สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง แต่ถ้าเกิดว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับสูงอาจจะต้องมีหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชามาช่วยในการจัดการความเสี่ยงดังกล่าวความเสี่ยงทางการพยาบาล จะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยต่างๆ ดังนี้(คันทันย์ รุ่งรัตน์รัชชัย, 2554)

1. ปัจจัยภายนอกวิชาชีพ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์สิ่งแวดล้อม ผู้ร่วมงาน
2. ปัจจัยภายในวิชาชีพ เช่น มาตรฐานการบริการองค์ความรู้ จรรยาบรรณวิชาชีพ การควบคุมกำกับโดยองค์กรวิชาชีพ
3. ปัจจัยด้านบุคลากรและเทคนิคการปฏิบัติ เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการวางแผนทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาล การวิเคราะห์งาน การสรรหา การมอบหมายงาน ผลการปฏิบัติการพยาบาล การฝึกอบรม
4. ปัจจัยด้านงบประมาณ เช่น การเบิกจ่ายการจัดสรรงบประมาณการนำงบประมาณมาใช้ในงานพัฒนาคุณภาพ การจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ
5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมีน้ำบริเวณทางเดิน มีสายไฟ การเก็บอุปกรณ์ในแผนก
6. ปัจจัยด้านบรรยากาศการทำงาน เช่น การสะท้อนให้เห็นจากการคงอยู่ของบุคลากร ปัญหาการสื่อสารในแผนกหรือหน่วยงาน
7. ปัจจัยด้านสารสนเทศและการสื่อสาร เช่น ระบบการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลคอมพิวเตอร์ การสื่อสารภายในองค์กรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง นโยบายหรือแนวทางปฏิบัติ

เมื่อสามารถค้นหาความเสี่ยงหรือความผิดพลาดได้แล้ว พยาบาลในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพจะต้องรวบรวมข้อมูลว่ามีความเสี่ยงหรือความผิดพลาดอะไรบ้างที่ส่งผลกระทบมากที่สุด โดยเรียงลำดับปัญหาที่มีปริมาณมากไปสู่ปัญหาที่มีปริมาณน้อย แล้วจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วเลือกปัญหาที่คิดว่ามีความสำคัญที่ส่งผลกระทบมากที่สุดมาทำ CQI (Continuous Quality Improvement) และนำมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุรากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis)ซึ่งทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่นิยม คือ การตั้งคำถาม 5 why โดยการตั้งคำถาม “ ทำไม ” อย่างน้อย 5 ครั้ง และเมื่อได้สาเหตุรากเหง้าของปัญหาแล้ว จะต้องนำมาทบทวนเพื่อวางแผนสร้างกิจกรรมและประเมินผลตามขั้นตอน Plan-Do-Check-Act(หรือเรียกว่า Deming cycle)ต่อไป(สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น, 2552)

Deming cycle เป็นวงจรที่พัฒนามาจากวงจรที่คิดค้นโดยวอลท์เทอร์ ชิวฮาร์ต (Walter Shewhart) ผู้บุกเบิกการใช้สถิติสำหรับวงการอุตสาหกรรมและต่อมาวงจรนี้เริ่มเป็นที่

รู้จักกันมากขึ้นเมื่อ เอ็ดวาร์ดเดมมิง (W.Edwards Deming) ประมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพ เผยแพร่ให้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดียิ่งขึ้น และช่วยค้นหาปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนการผลิตโดยพนักงานเอง จนวงจรนี้เป็นที่รู้จักกันในอีกชื่อว่า “วงจรเดมมิง” ต่อมาพบว่า แนวคิดในการใช้วงจร PDCA นั้นสามารถนำมาใช้ได้กับทุกกิจกรรม ซึ่ง Deming cycle ประกอบด้วย (สุธาสนี โพธิจันทร์, 2558)

1. Plan หมายถึง การวางแผนการดำเนินงานอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงการกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง รวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน Plan การจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินการและกำหนดงบประมาณ
2. Do หมายถึง การดำเนินการตามแผน ประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับ การดำเนินการการปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงานที่ได้เขียนไว้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง
3. Check หมายถึง การตรวจสอบผลการปฏิบัติ เมื่อทำการตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผน เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และดำเนินการแก้ไขจนได้กระบวนการหรือวิธีการ ปฏิบัติงานที่สามารถกำหนดเป็นมาตรฐาน
4. Act หมายถึง การปฏิบัติตามผลการตรวจสอบหรือแก้ไข การปฏิบัติการใดๆ ที่เหมาะสมตามผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนการตรวจสอบหากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะต้องทำการปรับปรุงแก้ไข ในกรณีผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้จัดทำเป็นมาตรฐานซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ ว่าการนำไปปฏิบัติและกำหนดเป็นมาตรฐาน (Action)

กระบวนการทั้ง 4 ที่กล่าวมาจะเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปพยาบาลวิชาชีพจะต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจในหลักการและเหตุผลและนำมาประกอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กร ซึ่งการบริหารงานในระดับต่าง ๆ ทุกระดับตั้งแต่เล็กที่สุดคือการปฏิบัติงานประจำวันของบุคคลคนหนึ่ง จนถึงโครงการในระดับใหญ่ที่ต้องใช้กำลังคนและเงินงบประมาณจำนวนมากย่อมมีกิจกรรม PDCA เกิดขึ้นเสมอ โดยมีการดำเนินกิจกรรมที่ครบวงจรบ้าง ไม่ครบวงจรบ้างแตกต่างกันตามลักษณะงานและและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

นอกจากจะทำตามกระบวนการ Plan-Do-Check-Act แล้ว พยาบาลจะต้องดำเนินงานบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม แนวคิดของ สวอนเบิร์ก (Swanburg, 2002) ได้แบ่งองค์ประกอบดังนี้ คือ การไว้วางใจกัน (Trust) ความยึดมั่นผูกพัน(Commitment) การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (Goals & objective) ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน (Autonomy) เป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการ ตัดสินในในเรื่องที่สำคัญต่อการบริหารความเสี่ยง อยู่บนแนวความคิดของการแบ่งอำนาจหน้าที่ โดยการบริหารความเสี่ยงจำเป็นต้องให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบงานการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับ

ผู้รับบริการ ร่วมกันตัดสินใจระบุบุคลากรผู้รับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ที่รูปแบบกำหนดไว้ กำหนดระยะเวลาการทำงานและเลือกกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (วิมลพร ไสยวรรณ, 2545)

ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือพื้นฐานหรือเครื่องมือระดับสูง ที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นให้เกิดการยกระดับคุณภาพปรับปรุงและพัฒนาจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานอย่างครบถ้วน ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติการตรวจสอบ และการทำให้เป็นมาตรฐานเพราะจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ ถูกทิศทาง และหากพบปัญหาหรืออุปสรรคระหว่างทางก็จะรู้ได้ก่อนสามารถปรับแก้และหาทางแก้ไขได้ทันที่ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามต้องการและเป็นพื้นฐานที่ดีของการปรับปรุง (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2558)

อย่างไรก็ตาม การทำกิจกรรมปรับปรุงงานเพื่อยกระดับคุณภาพงานภายในองค์กรนั้นไม่ว่าจะใช้เครื่องมือระดับพื้นฐานหรือระดับสูง ปัญหาส่วนใหญ่คือการขาดการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร (Swanburg, 2002) หรือเป็นการทำที่ยังไม่ถึงระดับปฏิบัติการ และในหลายองค์กรมักพบว่า การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะป้องกันการเกิดปัญหา คือ การวางระบบบริหารกิจกรรมอย่างเหมาะสม ควรมีการดำเนินงานตามแนวทางของ PDCA ให้ครบวงจร เพราะจะทำให้การดำเนินงาน ตอบโจทย์ขององค์กรได้ตรงจุด ส่งผลให้การดำเนินงานสอดคล้องกับธรรมชาติของคนในองค์กร จากการวางแผนอย่างเหมาะสมด้วยการใช้ข้อมูลของสถานการณ์จริงและที่สำคัญการดำเนินการได้รับการติดตามอย่างเป็นระยะ ซึ่งก็จะทำให้สามารถปรับแผน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ รวมถึงมีการสรุปบทเรียนที่ได้หลังจากจบโครงการ ทำให้สามารถเรียนรู้รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับองค์กร และนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานรอบใหม่ ซึ่งจะทำให้ได้รับการพัฒนาและยกระดับได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่า ความเสี่ยงนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทุกขณะที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงของพยาบาลจะเป็นด่านป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายกับผู้รับบริการ ตัวผู้ปฏิบัติงานและองค์กรหรือหากเกิดความเสียหายเกิดขึ้นการจัดการกับความเสี่ยงจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อลดความเสียหายต่อผลกระทบ หรือเปลี่ยนเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ รวมถึงเป็นการจัดการเชิงรุกด้วย

กระบวนการ Plan-Do-Check-Act ในแต่ละความเสี่ยงนั้นจะต้องมีความยืดหยุ่นได้ทั้งนี้จะต้องเหมาะสม สะดวกและง่ายต่อการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน และจะต้องมีแหล่งข้อมูลความรู้ในการอ้างอิงสนับสนุน จะพบว่าส่วนใหญ่การบริหารจัดการกับความเสี่ยงของพยาบาลจะจำกัดแค่การทำกิจกรรมและการประเมินผลเท่านั้น ยังขาดแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ ทำให้ในบางครั้งการดำเนินงานตามกระบวนการ Plan-Do-Check-Act ได้ผลไม่เต็มที่ ดังนั้นในการจัดการกับความเสี่ยงใดๆจะต้องหาข้อมูลหรือวิจัยมาสนับสนุน หาตัวอย่างกิจกรรมประกอบหรือ

แม้กระทั่งผู้เชี่ยวชาญมาร่วมในกระบวนการคิดทบทวน รวบรวมข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดมาประกอบการตัดสินใจในการจัดการกับความเสี่ยงของหน่วยงานหรือองค์กร

โดยการจัดการกับความเสี่ยนั้นมีหลายขั้นตอนตามที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นการบริหารจัดการความเสี่ยจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายตั้งแต่ระดับผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน ตั้งแต่การวางแผนนโยบายการบริหารความเสี่ย วางแนวทางการปฏิบัติ รวมถึงการประเมินผลต่างๆ ถึงกระบวนการจัดการความเสี่ยว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด

นอกจากนี้ การบริหารความเสี่ยยังมีการใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ซึ่งผู้เขียนบทความไม่ได้ลงรายละเอียด เช่น ตารางเมตริกซ์ความเสี่ย แผนภาพความเสี่ย เป็นต้น อีกทั้งในแง่ของวิชาชีพอื่นๆจะไม่ได้กล่าวถึง ดังนั้น ควรจะมีการนำเสนอในมุมมองของวิชาชีพอื่นๆและเครื่องมือที่แตกต่างกัน เพื่อให้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการจัดการกับความเสี่ยและจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาการบริหารจัดการความเสี่ยขององค์กรอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- เชาวรัตน์ ศรีวิสุธา. (2558) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ณัฐวัตร มนต์เทวัญ. (2541). การบริหารความปลอดภัย. วารสารเซฟตี้ไลต์, 2(12), หน้า 63-69.
- ผ่องพรรณ จันธสมบัติ และคณะ (2555). การบริหารความเสี่ยทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35 (กรกฎาคม-กันยายน), 118-124.
- พชฌิตาสุกีสุทธิ์. (2550). การบริหารความเสี่ยในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร, การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภัทรธิดา โกคาพันธ์ และคณะ. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, วารสารพยาบาลทหารบก.
- เมธา สุวรรณสาร. (2552). การระบุปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อองค์กร. Available at <http://www.itgthailand.com>.
- วิทยา วิทย์อุดม (2550). องค์การและการจัดการ, กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนัชการพิมพ์.
- วิมลพร ไสยวรรณ (2545). การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิชา จีระแพทย์. (2550). การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- คันสนีย์ รุ่งรัตน์รัชชัย (2554). การบริหารความเสี่ยสำหรับพยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2547). แนวทางการบริหารความเสี่ย The Committee of Sponsoring Organizations of the Tread way Commission ฉบับปรับปรุง ตุลาคม 2547, Available at http://rama4.mahidol.ac.th/risk_mgt/?q=standard

- สุธาสินี โพธิจันทร์ (2558). PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. วารสาร Productivity World, สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2543). **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล**. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.
- McDonald A, Leyhane T. (2005). Drill down with root cause analysis. Nurse Manage, 36: 26-31.
- Swansburg, R.C., and Swansburg, R.J. (2002). **Introduction to management and Leadership for nurse manager**, 3rd ed. Boston: Jones & Bartlett.
- Vaughan, E. J. (1997). **Risk management**. New York: New Baskervi, 1997
- Wilson J. & Tingle J. (1999). **Clinical risk modification: A route to clinical governance**, Oxford: Butterworth-Heinemann.