

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบศึกษาในสภาพธรรมชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ความเป็นมาของการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง หรือการจัดการความเสี่ยง เป็นแนวคิดที่เริ่มขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1854 โดยฟลอเรนซ์ นิติงเกล เป็นหนึ่งในผู้ริเริ่มการพัฒนาคุณภาพในการดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการลดการเกิดอุบัติเหตุ และการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย ในช่วงสงครามไครเมีย (Crimean War) (Cherry & Jacob, 2002) ซึ่งแนวคิดนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาการดูแลที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในขณะนั้น ในส่วนของภาคอุตสาหกรรมนั้นเริ่มรู้จักกับการบริหารความเสี่ยงมา กว่า 30 ปี ส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการประกัน และการเรียกร้องค่าเสียหาย (อนุวัฒน์ สุภษฎกุล, 2543) การนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงเข้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพ เกิดจากการนำกลยุทธ์ในทางธุรกิจเข้ามาใช้เพื่อรับมือต่อการป้องกันความสูญเสีย และควบคุมความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มนำการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในโรงพยาบาล โดยประมาณปี ค.ศ. 1970 จากกรณีการเกิดอุบัติเหตุการฟ้องร้องเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสมขึ้นอย่างมาก ซึ่งในขณะนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ดำเนินการเพื่อป้องกัน และลดความเสียหาย โดยมุ่งเน้นที่การลดความเสี่ยงทางการเงินที่ต้องถูกเรียกร้องให้ชดเชยจากการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม โดยมีการดำเนินการใน 3 แนวทาง คือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การยอมรับความเสี่ยง และการถ่ายโอนความเสี่ยง (กฤษดา แสวงดี, 2542) ดังรายละเอียด ดังนี้

1. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) คือ การที่โรงพยาบาลจะไม่ทำกิจกรรมหรือให้บริการพิเศษที่ตนไม่มีความชำนาญ หรือมีทรัพยากรที่จะเอื้ออำนวยอย่างเพียงพอ

2. การยอมรับความเสี่ยง (Risk Retention) ในกรณีนี้โรงพยาบาลยอมรับว่าความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความเสียหายน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการประกันความเสี่ยง โรงพยาบาลจะจัดงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อชดเชยค่าเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้น

3. การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) คือ การที่โรงพยาบาลถ่ายโอนความรับผิดชอบความเสี่ยงให้กับหน่วยงานอื่น โดยการซื้อประกัน และจ่ายเบี้ยประกันแก่บริษัทประกัน หมายความว่าบริษัทประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบความเสี่ยงแทนโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่า การบริหารความเสี่ยงในยุคแรก ๆ นั้นมุ่งลดความเสียหายทางการเงิน แต่ในความเป็นจริงกลับปรากฏว่าการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายกลับทวีความรุนแรงมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าวไม่อาจลดความผิดพลาดอันเป็นสาเหตุของการฟ้องร้องได้ บริษัทประกันหลายแห่งยกเลิกการรับประกัน หลายแห่งเพิ่มเบี้ยประกันให้สูงขึ้น และหลายแห่งมีเงื่อนไขว่า บริษัทจะรับประกันก็ต่อเมื่อโรงพยาบาลสามารถแสดงให้เห็นว่ามีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ

ในปี ค.ศ. 1991 การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้น ได้มีการนำเอาการบริหารความเสี่ยงมาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการประกันคุณภาพ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถลดความเสี่ยงต่าง ๆ ลงได้ ในปัจจุบันการบริหารความเสี่ยงจึงมีขอบเขตที่ขยายกว้างขึ้น และครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (อนวัตนัน สุภชติกุล, 2545)

1. การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ
 2. ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย การใช้จ่าย หรือการทำหัตถการ
 3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และผู้ให้บริการ
 4. การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่
 5. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
 6. การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในการค้นหา เฝ้าระวัง และจัดการเพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยง
 7. ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้น
 8. สร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพ
- สิ่งท้าทายในเรื่องการบริหารความเสี่ยงก็คือ ต้องลด และขจัดความผิดพลาดก่อนที่จะเกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วย การนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงเข้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพนั้น ถือเป็นความรับผิดชอบในการป้องกันความสูญเสีย และความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อลด

ความรุนแรง หรือความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542)

ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยง (Risk) มีผู้ให้ความหมาย หรือคำจำกัดความของความเสี่ยงไว้ หลายท่าน ดังนี้
ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับการบาดเจ็บหรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาสที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอน หรือการเปิดเผยต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคล (กฤษดา แสงวดี, 2542)

ความเสี่ยง คือ ลักษณะของสถานการณ์ หรือการกระทำใด ๆ ที่มีผลได้มากกว่า 2 อย่าง และผลลัพธ์ที่วุ่นวายนี้ไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ และอย่างน้อยหนึ่งในผลลัพธ์นั้น ไม่พึงประสงค์ (พงศ์เทพ วิวรรณะเดช, 2543)

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ (อนุวัฒน์ สุภชิตกุล, 2543)

ฟาร์นสเวิร์ธ (Farnsworth, 1994 อ้างถึงใน ชลอ น้อยเผ่า, 2544) กล่าวว่า ความเสี่ยง คือ สิ่งที่มีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดขึ้น หรือมีความเป็นไปได้ว่าจะพบความรุนแรงของการบาดเจ็บ และมักเกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีอันตราย

ริดเลย์ และแซนนิ่ง (Ridley & Channing, 1999) กล่าวถึงความเสี่ยงว่า คือ ความเป็นไปได้ของการเกิดอันตราย หรือความเสียหายในสภาพที่เป็นอยู่จริง ซึ่งอันตรายที่เกิดขึ้นนั้น มีทั้งผลเสียเล็กน้อยจนถึงผลเสียอย่างใหญ่หลวง

วิลสัน (Wilson, 1999 อ้างถึงใน จันทพร ขอดยิ่ง และทองสุกข์ บุญเกิด, 2544) กล่าวว่า ความเสี่ยง คือ แนวโน้มของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ และไม่คาดหวัง ที่อาจเป็นอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดี หรือสุขภาพที่ดี อันตรายต่อทรัพย์สินทั้งขององค์กร และบุคคล โดยที่สาเหตุต่าง ๆ ของการเกิดความเสี่ยงนั้นอาจเกิดขึ้นได้จากหลายประการ ดังนี้

1. ระบบการทำงานที่ล้มเหลว หรือบกพร่อง (System Failures)
2. การลัดขั้นตอน (Short Cut)
3. การสื่อสารบกพร่อง (Communication Breakdown)
4. ขาดการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน (Ill-Defined Responsibility)
5. บุคลากรขาดการอบรม (Inadequate train Staff)
6. ขาดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติ (Inadequate Policies, Procedure, Guideline)
7. การประสานงานระหว่างบุคคล หรือหน่วยงานมีความบกพร่อง (Poor Interagency

or Interdepartmental Working)

8. ขาดความซื่อสัตย์ (Dishonesty)

กล่าวโดยสรุป ความเสี่ยง คือ โอกาส หรือความเป็นไปได้ของการเกิดอันตราย ความเสียหาย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ทั้งต่อบุคคล และองค์กรซึ่งผลของสิ่งไม่พึงประสงค์นั้น อาจเล็กน้อย จนถึงผลเสียอย่างใหญ่หลวง

ประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล อาจเกิดขึ้นได้ทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการ รวมทั้งทรัพย์สินของโรงพยาบาล จำแนกได้เป็น 7 ประการ (อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล, 2543)

1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย และผู้ใช้บริการของ โรงพยาบาล 4 ประเภท คือ

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การระบุงตัวผู้ป่วยผิดคน การทำร้ายร่างกาย การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ หรือ การประเมินปัญหาล่าช้า หรือไม่ถูกต้อง

1.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วย อับอาย การละเลย ความเป็นบุคคล การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่เห็น หรือ ความไม่เป็นส่วนตัว การให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจ

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (Social Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย การไม่รักษาความลับ การเปิดเผย ผู้ป่วยโดยเกินความจำเป็น รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วย ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น หรือการที่ผู้ป่วยต้อง สูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ความสูญเสีย ความรู้สึกไม่มั่นคง หรือการกระทำใดๆ ที่เป็นการทำลายความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วย และครอบครัว

2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจ และ ขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนา และ ดำเนินการ

4. การสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งของ

โรงพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บ หรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งการบาดเจ็บนี้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้จะหมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้ต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหา

7. ภาวะในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อย หรือมหาศาล

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้นล้วนมีความสำคัญซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของการที่โรงพยาบาลต้องเสียชื่อเสียง หรือการฟ้องร้องของผู้ป่วย รวมทั้งการที่โรงพยาบาลต้องจ่ายค่าชดเชยความเสียหาย ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงถือเป็นความรับผิดชอบในการป้องกันความสูญเสีย และควบคุมความผิดพลาด ซึ่งจะต้องคำนึงถึงความเสี่ยงในทุกรูปแบบที่อาจเกิดขึ้น

ความหมายของการบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยงในรูปแบบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทั้งหมด หรือหลีกเลี่ยงได้เสมอไป แต่เราสามารถรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลด โอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้โดยการใช้การบริหารความเสี่ยงภายใต้ความเชื่อที่ว่าความผิดพลาดต่าง ๆ นั้นสามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้ ถ้าผู้ปฏิบัติมีความรับผิดชอบ มีแผนการทำงานที่มีระบบ มีความละเอียดรอบคอบ และมีการตรวจตราอย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ได้มีผู้ให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงไว้ดังนี้

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการค้นหาความเสี่ยง และการมีกระบวนการป้องกัน หรือลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย โดยมีวัตถุประสงค์ คือ (กฤษฎา แสงวดี, 2542)

1. เพื่อลดอันตรายหรือเหตุร้ายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ
2. เพื่อลดโอกาสที่จะสูญเสียด้านการเงินของโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลด โอกาส และปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2543)

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการในการบริหาร เพื่อลดหรือป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากทฤษฎีปฏิบัติ หรือการละเลย ซึ่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรืออันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ (ภวพร ไพศาลวัชรกิจ, 2542)

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวน และความรุนแรงของอุบัติเหตุ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันการสูญเสียทรัพย์สิน และจำกัดความเสียหายที่เกิดขึ้น

ต่อบุคลากร ระบบการปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ รวมทั้งการลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย และเกิดความสูญเสียต่อองค์กร (Wilson, 1992 อ้างถึงใน ชลอ น้อยเผ่า, 2544)

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง การค้นหา หรือจำแนกอย่างเป็นระบบในการประเมิน และลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ (Wilson, 1999 อ้างถึงใน จันทพร ยอดยิ่ง และ ทองสุกร บุญเกิด, 2544)

การบริหารความเสี่ยง หมายถึง โปรแกรมที่จัดทำเพื่อป้องกัน และควบคุมการสูญเสีย ที่อาจเกิดขึ้นขององค์กร (Sullivan & Decker, 1992)

กล่าวโดยสรุป การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการจัดการความเสี่ยง อย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกัน และลดความสูญเสียจากคามผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อบุคคล และ องค์กร

กระบวนการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์

จากการให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงข้างต้น อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล (2543) อธิบายว่า จุดมุ่งหมายของการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process) คือ การรับรู้ และจำกัดความเสี่ยงซึ่งสามารถทำได้ 2 แนวทาง คือ การควบคุมความเสี่ยง และการบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย

1. การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) เป็นความพยายามที่จะหยุด หรือลด ความเสียหายซึ่งสามารถทำได้โดย การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การถ่ายโอนความเสี่ยง การป้องกัน ความเสี่ยง การลดความสูญเสีย และการแบ่งแยกความเสี่ยง

1.1 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) คือ การที่บุคคล หรือองค์กรเลือก ที่จะไม่ปฏิบัติกิจกรรม หรือทำหน้าที่บางอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การปิดห้องผ่าตัดเนื่องจากไม่มี วัสดุอุปกรณ์ หรือวัสดุอุปกรณ์

1.2 การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) เป็นการเลือกที่จะไม่จัดการความเสี่ยง ด้วยตนเองแต่มอบหมายให้หน่วยงาน หรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่ที่มีความเสี่ยงแทน เช่น การจ้างเหมาให้บริการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน

1.3 การป้องกันความเสี่ยง (Risk Prevention) คือ การใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อลด โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ (จงจิตต์ คณากุล และสุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย, 2545)

1.3.1 การป้องกัน เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจสอบ Software จากภายนอก ว่ามีไวรัสหรือไม่ เลือดยา ก่อสร้างใหม่ของมีคม การคัดกรองผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงสำหรับหัตถการ บางอย่าง

1.3.2 การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และมาตรฐานเกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น การจำกัดผู้ใช้เครื่องมือ การตรวจสอบ การทดสอบระบบสำรอง

1.3.3 การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน เช่น การให้ยา การตรวจสอบอุปกรณ์ ในรถฉุกเฉิน การรับส่งผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด การรับเงิน

1.3.4 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนตระหนักรู้ว่าสามารถจำกัดขอบเขต หรือป้องกันความเสี่ยงได้ด้วยวิธีใด ทำให้ทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของกระบวนการป้องกันความเสี่ยง

1.4 การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ (Loss Reduction) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การสอบสวน และการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์ เพื่อลดภาระ การชดใช้ การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และตรงไปตรงมา เพื่อลดการเสียชื่อเสียง ซึ่งหัวใจสำคัญ ในการลดความสูญเสีย คือ การดูแลผู้ที่ประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

1.5 การแบ่งแยกความเสี่ยง (Risk Segregation) เป็นการกระจายความเสี่ยงออกไป ในรูปแบบต่าง ๆ หรือการมีระบบสำรองซึ่งอาจไม่สามารถลดความเสี่ยงในตัวเองได้ แต่โดยรวม แล้วสามารถทำให้ผลกระทบต่องค์การลดลง เช่น มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 2 เครื่อง

2. การบริหารเงินชดเชยความสูญเสีย (Risk Financing) เป็นการกำหนดเป้าหมายที่จะ จ่ายเงินชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้วอย่างเหมาะสม และไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของ โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลอาจจะคงความรับผิดชอบในการจ่ายเงินไว้เองในกรณีที่ค่าชดเชยนั้น จำนวนไม่มาก หรือถ่ายโอนความรับผิดชอบในการจ่ายค่าเสียหายไปให้ผู้อื่น เช่น การประกันภัย

ความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงจึงมีให้หน้าที่ หรือ ความรับผิดชอบของบุคคลเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในโรงพยาบาล แต่ทุกคนต้องมีความรับผิดชอบ และตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ตั้งแต่ระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล หัวหน้าแผนก หรือหัวหน้าหน่วยงาน และสมาชิกของแต่ละหน่วยงาน มีผู้เสนอแนวคิด และกระบวนการ ในการบริหารความเสี่ยงไว้หลากหลาย ทั้งที่คล้ายคลึง และแตกต่างกัน ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิด และ กระบวนการบริหารความเสี่ยงทางโรงพยาบาลที่มีผู้กล่าวถึงไว้ ดังนี้

กฤษฎา แสงดี (2542) ได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ ริคเลย์ (Ridley, 1994) ที่ว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ซึ่ง ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 3 ประการ คือ การค้นหาความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง และ การลดความเสี่ยง ดังรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยง ซึ่งมีหลักในการดำเนินงาน 2 ประการ คือ

1.1.1 การวิเคราะห์ระบบบริการ เป็นการค้นหาว่าในแต่ละขั้นตอนของ

กระบวนการหลักของงานบริการนั้นมีความเสี่ยงอะไรอยู่บ้าง ทั้งความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ หรือในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพ

1.1.2 การประเมินความเสี่ยง โดยการใช้รายงานอุบัติการณ์ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบเกี่ยวกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมของอุบัติการณ์ รวมทั้งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และประเมินว่าอุบัติการณ์นั้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บ อันตราย ความเสียหายแก่ผู้ป่วยรุนแรงเพียงใด นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องที่เป็นอันตรายต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

1.2 การจัดการแก้ไขความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล คือ การมุ่งลดผลกระทบที่จะเกิดจากความเสี่ยงนั้นในทันที เช่น การให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ การเอาใจใส่พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการรายงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การรายงานแพทย์ และต้องมีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

1.3 การประเมินผลความเสี่ยง โดยการติดตามประเมินผลของการจัดการกับความเสี่ยงว่าลดลง หรือหมดไปหรือไม่ หากยังมีความเสี่ยงอยู่ต้องปรับปรุงวิธีการจัดการกับความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การป้องกันความเสี่ยง (Risk Prevention) วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันความเสี่ยง คือ การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติทั้งโรงพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง ร่วมกับการดำเนินการเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ซึ่งกระทำได้โดย

2.1 การเฝ้าระวังความเสี่ยง และคุณภาพในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง จากการติดตามรายงานเฝ้าระวัง

2.2 การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง และสม่ำเสมอ

2.3 การกำหนดแนวทาง หรือวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เป็นประเด็นทางจริยธรรม หรือเรื่องที่มีก่อกวนความผิดพลาดเพราะมีวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย จึงต้องมีการกำหนดให้ชัดเจน และประเมินว่าแนวทางที่กำหนดนั้นมีความเหมาะสม หรือประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด

3. การลดความเสี่ยง (Risk Reduction) มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยจำกัด หรือควบคุมการสูญเสียต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งได้เกิดขึ้นแล้ว ความผิดพลาด หรือความบกพร่องจะสามารถลดลงไปได้หากสามารถค้นพบความเสี่ยงต่าง ๆ ได้โดยเร็ว กิจกรรมที่ควรดำเนินการที่สามารถลดความเสี่ยงได้ มีดังนี้ (จันทร์พร ยอดยิ่ง และทองสุกข์ บุญเกิด, 2544)

3.1 การสร้างจิตสำนึกให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกรับผิดชอบเป็นบุคคลสำคัญที่จะลดความขัดแย้งต่าง ๆ

ที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยง หรือความเสียหาย เพราะความเสี่ยงส่วนใหญ่มักเกิดจากความไม่ไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ

3.2 การฝึกอบรมบุคลากรให้มีทักษะในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการจัดการกับความเครียด เนื่องจากการมีทักษะการสื่อสารที่ดี บวกกับการมีความรู้ อย่างเพียงพอในการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจ

3.3 การจัดระบบการรายงาน และเฝ้าระวังความเสี่ยงให้ไวต่อปัญหา และพร้อมที่จะแก้ไขทันที

3.4 การสร้างระบบที่จะตอบสนองต่อคำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ ที่รวดเร็วเพียงพอที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการคิดเห็นของเขามีค่า

อนูวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) ได้อธิบายถึงแนวคิด และขั้นตอนในกระบวนการบริหาร ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ วิลสัน (Wilson, 1999 อ้างถึงใน จันทพร ยอดยิ่ง และทองสุก บุญเกิด, 2544) ว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และ การประเมินผลของการจัดการความเสี่ยง ดังรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ต้องตระหนักถึงความเสี่ยง ขณะให้การดูแลผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ เพื่อป้องกันอันตราย หรือความสูญเสียที่มีโอกาสเกิดขึ้น การค้นหาความเสี่ยงสามารถค้นหาได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มีในหน่วยงาน และแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ เวชระเบียนผู้ป่วย นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หรือจากความสูญเสียของโรงพยาบาล ที่ผ่านมา ซึ่งสามารถทำได้โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ จากประสบการณ์ของผู้อื่น และการเรียนรู้ในระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้การค้นหาความเสี่ยง มีความสมบูรณ์ และถูกต้องสำหรับการจัดการที่เหมาะสม

1.1 การค้นหาความเสี่ยงโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เป็นการค้นหา ความเสี่ยงโดยการศึกษาระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่ในหน่วยงาน และประสบการณ์ของบุคคล โดย การนำข้อมูลมาทบทวน เช่น รายงานอุบัติการณ์ บันทึกประจำวัน รายงานการตรวจสอบ การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ รายงานการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือ และ รายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร หรือการค้นหาโดยการระดมสมองของบุคลากร ในหน่วยงานเพื่อค้นหาสิ่งผิดปกติ หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงาน เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นบ่อยครั้ง รายละเอียดของเวลา และสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ ความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อ

บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงาน และองค์กร รวมทั้งการค้นหาโดยการทบทวนคู่มือการปฏิบัติที่มีในหน่วยงาน เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ หรือข้อบกพร่องของคู่มือซึ่งก่อให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และมีผลให้เกิดอันตรายต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วย

1.2 การค้นหาความเสี่ยงโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นการค้นหาความเสี่ยงด้วยการสืบค้นข้อมูลจากวารสารทั้งของไทย และต่างประเทศ ทางอินเทอร์เน็ต การเข้าร่วมประชุมทางวิชาการที่จัดขึ้น โดยองค์กรวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ การติดตามข่าวจากหนังสือพิมพ์ และการสร้างเครือข่ายวิชาชีพ

1.3 การค้นหาความเสี่ยงโดยการเรียนรู้ในระหว่างปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมความเสียหาย และป้องกันมิให้เกิดอันตราย หรือการบาดเจ็บต่อบุคลากรในอนาคต เป็นการค้นหาความเสี่ยงจากการเผชิญกับความเสี่ยง และจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทันที และเมื่อพบอันตราย หรือความเสียหายที่เกิดขึ้น ต้องรายงานเหตุการณ์ให้ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปรวมทั้งคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงขององค์กรได้รับทราบ วิธีการที่ใช้ คือ การรายงานอุบัติการณ์ หรือรายงานเหตุการณ์

การค้นหาความเสี่ยงสามารถทำได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จากบันทึก และรายงานอุบัติการณ์ การระดมสมอง การทบทวนคู่มือการปฏิบัติงาน หรือการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน สิ่งสำคัญคือ การทำให้บุคลากรมีความเข้าใจว่า การค้นหาความเสี่ยงนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้รู้ว่ามีความเสี่ยงใดเกิดขึ้น และให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ และที่สำคัญคือ ต้องเกิดทัศนคติที่ถูกต้องต่อการค้นหาความเสี่ยงว่าเป็นการหาสาเหตุไม่ใช่การค้นหาเพื่อตำหนิผู้กระทำ (Adrian, 1994 cited in Ridley, 1994)

2. การประเมิน หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment or Risk Analysis)

เป็นการประเมินความเสี่ยงในหน่วยงานว่ามีความเสี่ยงอะไรบ้างที่สำคัญ โอกาสที่เกิดมีมาก หรือบ่อยเท่าใด และจะก่อให้เกิดความสูญเสียเพียงใด สามารถทำได้ทั้งในลักษณะของการประเมินย้อนหลัง การประเมินในปัจจุบัน และการประเมินไปข้างหน้า ด้วยการพิจารณาในด้านโอกาสของการเกิดหรือความถี่ และวิเคราะห์ความรุนแรงของปัญหา เพื่อลดค่าใช้จ่าย การชดเชยค่าเสียหาย และลดความเครียดของผู้ปฏิบัติงาน ในขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ๆ คือ การควบคุมความเสียหาย การจัดทำเพิ่มรายชื่อความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน และการปรับปรุงรายชื่อความเสี่ยง

2.1 การควบคุมความเสียหาย คือ การประเมินขั้นต้น และตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในเหตุการณ์ และต้องแก้ไขสถานการณ์

ในขณะนั้น และเมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วต้องมีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ หรือ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดด้วยการพิจารณาความถี่ ความรุนแรงของอันตราย และความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นต้องพิจารณาหาสาเหตุ ผลลัพธ์ที่มีต่อบุคลากร หน่วยงาน และองค์กร ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงนั้นซ้ำได้อีก ลักษณะของการรายงาน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บริหาร หรือคณะกรรมการการจัดการความเสี่ยง ความช่วยเหลือที่บุคลากร ต้องการในการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 การจัดทำแฟ้มรายชื่อความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน เป็นการรวบรวมความเสียหาย อันตราย หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสจะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน โดย รายชื่อความเสี่ยงนี้ต้องครอบคลุมความเสี่ยงทั้งสองลักษณะ คือ ความเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปใน หน่วยงาน และความเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะของการปฏิบัติงานที่ แตกต่างไปจากหน่วยงานอื่น ข้อมูลที่รวบรวมในแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยงในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย ชนิดของอันตราย การบาดเจ็บ หรือความเสียหายที่มีต่อบุคลากร ความถี่ และความรุนแรง ของเหตุการณ์ หรืออุบัติการณ์แต่ละชนิด

2.3 การปรับปรุงรายชื่อความเสี่ยง ซึ่งจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่ง ความเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อหน่วยงาน ไม่ควรให้ความเสี่ยงที่ได้จากการค้นพบใหม่มาดบัง การจัดการกับความเสี่ยงที่มีมาแต่เดิมซึ่งยังคงมีความสำคัญอยู่ เช่น อันตรายของแผนกโรงสีรักษา คือ การได้รับรังสี จึงต้องมีการดำเนินการเพื่อป้องกันอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะต้องมีการจัดการกับ ความเสี่ยงใหม่ที่เกิดขึ้น

การประเมินความเสี่ยงถือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การจัดการกับความเสี่ยง และเมื่อทำ การประเมินความเสี่ยงได้แล้ว ควรนำความเสี่ยงเหล่านั้นมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการควบคุม หรือแก้ไข และนำไปสู่การจัดการที่ดีต่อไป

3. การจัดการความเสี่ยง (Action to manage risk or the treatment of risk)

คือ การควบคุมความสูญเสียโดยการเลือกกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงตามลำดับ ความสำคัญ โดยผู้บริหารจะต้องพิจารณา กำหนดทางเลือกที่เป็นไปได้ เหมาะสม และสอดคล้อง กับเป้าหมายขององค์กร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงความสามารถของหน่วยงาน และ งบประมาณที่จะใช้ในการจัดการกับความเสี่ยง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยขอเสนอกลยุทธ์ในการจัดการ ความเสี่ยงตามแนวคิดของ Wilson ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมความเสี่ยง การยอมรับความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง การลดความเสี่ยง และการถ่ายโอนความเสี่ยง

3.1 การควบคุมความเสี่ยง (Risk Control) เป็นการลดความเสี่ยงให้เกิดน้อยลง การควบคุมเพื่อลดความเสี่ยง ประกอบด้วย

3.1.1 การพัฒนากระบวนการประเมินความเสี่ยงทั้งหมด

3.1.2 การพัฒนาการฝึกอบรม การจัดการความเสี่ยง

3.1.3 การมีนโยบายที่ดี มีระเบียบวิธีปฏิบัติ และแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย อยู่เสมอที่ช่วยให้บุคลากรมีความตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้น

3.1.4 มีการวางแผนรับอุบัติภัย เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

3.2 การยอมรับความเสี่ยง (Risk Acceptance) ในกรณีที่ความเสียหายที่เกิดจากความเสียหายน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเสียหายนั้น เช่น ความเสี่ยงที่ไม่สามารถลด ถ้ายโอน หรือ หลีกเลี่ยงได้ หรือความเสี่ยงนั้นเกิดความสูญเสียมากแต่องค์การสามารถจ่ายค่าเสียหายได้

3.3 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) องค์การควรหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ความรุนแรงโดยเฉพาะที่ไม่สามารถลดหรือถ่ายโอนได้

3.4 การลดความเสี่ยง (Risk Reduction) ถือเป็นหัวใจสำคัญของสถานบริการ ด้านสุขภาพ การลดความเสี่ยงสามารถทำได้โดย การให้ความรู้แก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน และ สร้างความตระหนักในการที่จะลดความเสี่ยงด้วยวิธีต่าง ๆ รวมทั้งการมีนโยบายในการควบคุม การปฏิบัติที่อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ

3.5 การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) เป็นการโอนความสูญเสียที่เกิดจากความเสียหายไปให้หน่วยงานอื่นรับผิดชอบ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบของอุบัติการณ์ และแนวโน้มที่จะ เกิดการเสียประโยชน์ต่อองค์การ

4. การประเมินผล (Risk Evaluation)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงว่ากลยุทธ์ ที่เลือกใช้มีความเหมาะสม และเพียงพอหรือไม่ ซึ่งควรมีการทบทวนอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดย การนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบ และเปรียบเทียบกัน ประเด็นที่ควรนำ มาทบทวน ได้แก่ อัตราการเกิดอุบัติการณ์ และเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย กิจกรรม บริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปี และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประเมิน ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของบุคลากร

อุไร เจนวิทยา (2544) ได้ศึกษาการดำเนินการบริหารความเสี่ยงทางพยาบาลใน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในช่วงเวลา 1 ต.ค.-31มี.ค. 2544 พบว่ามีรายงาน ความเสี่ยงจำนวน 42 รายการ และเมื่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้วิเคราะห์หาสาเหตุ และ ปัจจัยเสี่ยงในรายการที่มีความสำคัญระดับ 4 และระดับ 3 หลังจากนั้นได้นำผลการวิเคราะห์ ไปดำเนินการแก้ไข และเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ม.ค.-มี.ค. 2545 พบว่า ความถี่ของ อุบัติการณ์ความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ 3 ลดลงชัดเจน อาจกล่าวได้ว่าการเฝ้าระวังประเด็นความเสี่ยง

มีผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความระมัดระวังมากขึ้น ทำให้อุบัติการณ์การสูญเสียลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์พจน์ ธีรานันตชัย (2544) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ และการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในงานบริการด้านสูติกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โดยการติดตามเฝ้าระวังวัดผลความเสี่ยงระดับที่ยอมรับได้ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการติดตามผลการปฏิบัติ และการจัดเก็บข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ผล และนำมาเป็นแนวทางส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า ภายหลังการดำเนินการแล้ว 6 เดือน ระดับความเสี่ยงจากการทำงานลดลง โดยไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากเทคนิคการบริการ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ ไม่พบข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างทันทั่วทั้งมากขึ้น ความคิดเห็น และความตระหนักของเจ้าหน้าที่ต่อระบบการจัดการความเสี่ยง พบว่า อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

ผลของการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงดังกล่าว จะได้ผลเพียงใด ขึ้นอยู่กับการประสานเชื่อมโยงกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการ ตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง เพื่อกำหนดปัญหา และต้องมีการแจ้งให้ทราบทั่วกัน มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง โดยการประเมินความถี่ ความรุนแรงของความเสี่ยง เพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา และทบทวนระบบการดำเนินงานเมื่อเกิดความเสี่ยง เช่น การรายงานเหตุการณ์ เพื่อให้ทราบสาเหตุ และแนวโน้ม มีการจัดการกับความเสี่ยง โดยการดำเนินการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยง รวมทั้งการกำหนดมาตรการ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา และป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ และในขั้นตอนสุดท้าย คือ มีการประเมินผลของการจัดการความเสี่ยง โดยการติดตามผลการดำเนินการ และผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (ฟาริดา อินราฮิม, 2542)

จะเห็นได้ว่า ในการให้บริการรักษาผู้ป่วย บุคลากรในทีมสุขภาพมักจะประสบกับความเสี่ยงในรูปแบบต่าง ๆ กัน ความเสี่ยงบางประเภทไม่ก่อให้เกิดอันตราย บางประเภทก่อให้เกิดอันตรายตั้งแต่ระดับน้อยจนกระทั่งรุนแรงถึงเสียชีวิต และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นยังอาจก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งในรูปแบบที่สามารถมองเห็นได้ เช่น ความพิการ ความตาย หรือ จำนวนเงินที่ต้องสูญเสียไป แต่ความสูญเสียบางอย่างไม่สามารถมองเห็นได้ เช่น ความเสียใจ ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลรักษา การขาดความเชื่อถือว่าว่างใจ ซึ่งความสูญเสียเหล่านี้เป็นสิ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพไม่พึงประสงค์ และไม่คาดหวังให้เกิดความเสี่ยงเหล่านี้ขึ้น โดยเฉพาะกับความเสี่ยงที่สามารถป้องกัน และแก้ไขได้

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการบริหารความเสี่ยง

การปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติ การกระทำโดยบุคลากรทางการพยาบาล ตามมาตรฐานของวิชาชีพ พฤติกรรมปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องกระทำภายใต้กรอบของกฎหมาย หรือ พระราชบัญญัติของการประกอบวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย ใช้ศักยภาพ และเป็นไปด้วยความคล่องแคล่ว กระตือรือร้น (Deborah, 2000 อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ, 2543) จากคำจำกัดความดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของงาน ในการให้บริการทางด้านสุขภาพว่ามีบทบาทหน้าที่ และขอบเขตตามที่ระบุไว้ในกฎหมาย พระราชบัญญัติของวิชาชีพ รวมถึงจรรยาบรรณของวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาลจะเกิด ประโยชน์สูงสุด และได้รับการยอมรับว่าถูกต้องดีงาม สอดคล้องกับความต้องการของสังคม ก็ต่อเมื่อการพยาบาลที่ให้นั้น ไม่มีข้อบกพร่อง หรือข้อผิดพลาดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ เป็นบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน อย่างไรก็ตามการปฏิบัติที่ผิดพลาดจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการ มิได้ดำเนินการปฏิบัติให้เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ไม่ได้มาตรฐาน และก่อให้เกิด อันตราย ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลจึงต้องมีบทบาทเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง โดยตรงเพราะต้องพบปัจจัยเสี่ยงมากมายในระหว่างปฏิบัติงาน แสงทอง ธีระทองคำ (2544) กล่าวว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยที่ การปฏิบัติการพยาบาลอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจ ทำให้ผู้กระทำถูกฟ้องร้องได้ ในปัจจุบันพบว่ากรณีการฟ้องร้องเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จุดเน้นที่สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้คือ การผสมผสาน แนวคิดการบริหารความเสี่ยงเชื่อมโยงกลับไปที่เครื่องชี้วัด และระบบประกันคุณภาพ โดยสามารถ ทำให้เป็นเรื่องเดียวกัน คือ (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, 2544)

1. การสำรวจความเสี่ยง มีการวิเคราะห์โอกาส และความรุนแรง วางมาตรการในการป้องกัน วางแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา ทั้งหมดนี้ คือ ขั้น plan
2. การฝึกอบรมให้ทุกคนรับรู้ มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ และปฏิบัติตาม แนวทางที่กำหนดไว้ คือ do
3. ติดตามข้อมูล หรือเครื่องชี้วัดที่สำคัญ เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุ คือ ขั้น check
4. การแก้ไขเมื่อพบปัญหา ป้องกันมิให้เกิดซ้ำ และปรับปรุงให้ดีขึ้นกว่าความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ act

โดยกิจกรรมในส่วนของการบริหารความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการ มีรายละเอียดดังนี้

1. การติดตามผลของการจัดการความเสี่ยงจากตัวชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงาน

เป็นประจำทุกเดือนด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการความเสี่ยง เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ และ รายงานข้อร้องเรียนของบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่การติดตามตัวชี้วัดควรยึดหลักของการได้ประโยชน์ คุ่มค่า และพยายามให้ปัญหาเหลือน้อยที่สุด การอนุญาตให้เกิดความผิดพลาด หรือความบกพร่องได้นั้น มิได้หมายความว่าโรงพยาบาลต้องมีอัตราของการเกิดความผิดพลาด เป็นศูนย์ แต่สิ่งที่ต้องการ คือ ความซื่อสัตย์ และระมัดระวังในการเก็บข้อมูล การยอมรับว่าหน่วยงานของเรามีปัญหา และต้องพยายามป้องกันปัญหาให้เหลือน้อยที่สุด เพราะในบางกรณีตัวเลขจำนวนการเกิดอุบัติการณ์มีความสำคัญมากกว่าอัตราการเกิด เช่น การเสียชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากการผ่าตัด แม้เพียงรายเดียวก็ถือว่ามีความสำคัญมาก

2. เปรียบเทียบผลการจัดการความเสี่ยงกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมด้วยการทบทวน ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการจัดการกับความเสี่ยงเป็นประจำทุกเดือน และทุกปี โดยการให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ รวมทั้งการมีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงมากกว่าที่จะ ดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ กล่าวคือ ต้องนึกถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ และการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำทั้งที่มีการป้องกันแล้ว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์นั้น

3. ประเมินวิธีการในการจัดการความเสี่ยงที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ด้วยการพิจารณา ความเหมาะสม ประสิทธิภาพของวิธีปฏิบัติ ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติ แล้วนำมาแก้ไข ปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่มีการเกิดอุบัติการณ์ชนิดเดียวกันซ้ำอีก

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ในการควบคุม การลด และขจัดข้อผิดพลาดก่อนที่จะเกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจาก ในงานการพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการโดยตรง มีลักษณะของการให้บริการที่หลากหลายทำให้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในรูปแบบต่าง ๆ ตลอดเวลา ในการปฏิบัติงานจึงต้องมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ลดความเป็นไปได้ที่จะเกิดความบกพร่องในการปฏิบัติงาน ก่อนที่จะเกิดความเสียหาย พยาบาลจึงถือเป็นกลไกสำคัญในการค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ ประเมินผล และวางแผน เพื่อลดความรุนแรง หรือความถี่ของการเกิดความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือบุคลากร โดยต้องมีการจัดการความปลอดภัย ทบทวนอุบัติการณ์ และมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) สอดคล้องกับสาตี บุญศรีรัตน์ และคณะ (2544) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วย และศึกษาปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบบริหาร

ความเสี่ยงในโรงพยาบาล พบว่า บทบาทผู้บริหารทางการแพทย์ในการวางระบบให้ การสนับสนุนการบริหารความเสี่ยง เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง

อุบัติการณ์ทางการแพทย์

วิชาชีพพยาบาลมีเอกลักษณ์อย่างหนึ่ง คือ เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของชีวิตมนุษย์ ซึ่งไม่ควรมีความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้น และถือเป็นหลักสำคัญของบริการทางการแพทย์ ประการแรกที่ต้องคำนึงถึง ความเสี่ยง หรืออุบัติการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล คือ การที่ผู้ป่วยได้รับอันตราย หรือมีการสูญเสียจากการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ ซึ่งมักจะเกิดจากคุณภาพการดูแลที่ต่ำ หรือการละเลยผู้ป่วย รวมทั้งการละเลยต่อสภาพแวดล้อมซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่อาจเกิดขึ้นซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการสูญเสีย (จิตรพรรณ ภูษากักคิภ, 2542)

อุบัติการณ์ทางการแพทย์ หมายถึง เหตุการณ์ผิดปกติที่เกิดขึ้นที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ หรือผู้ปฏิบัติงาน ที่เกิดจากผู้ให้บริการพยาบาล รวมทั้งความเสี่ยงทางการเงินงบประมาณ และเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

อุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจหมายรวมถึง อันตราย อุบัติเหตุ หรือการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ปฏิบัติ จิตรพรรณ ภูษากักคิภ (2542) กล่าวว่า อุบัติเหตุ หรือการกระทำที่ไม่ปลอดภัยนั้นอาจเกิดจากการขาดคุณภาพช่วงระยะเวลาว่างพฤติกรรมของคนกับระบบงานที่คนนั้นกระทำอยู่ ซึ่งอาจป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้โดยการแก้ไข เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงระบบทั้งสองอย่าง หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง แต่วิธีที่ได้ผลดีที่สุด คือ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงระบบ ด้วยการสร้างวัฒนธรรมใหม่ขึ้นในองค์กรให้เป็นวัฒนธรรมของการตรวจสอบตนเอง ซึ่งจะต้องเป็นไปตามข้อเท็จจริง และมีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (กองการพยาบาล, 2542) วิธีการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสู่การค้นหาสาเหตุของอุบัติการณ์ คือ การจัดทำรายงานบันทึกการเกิดอุบัติการณ์

การรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report)

การรายงานอุบัติการณ์ หรือการรายงานเหตุการณ์ เป็นวิธีการหนึ่งในขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด และนำไปสู่การกำจัด หรือลดความผิดพลาด ตลอดจนหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การรับรู้เหตุการณ์ทั้งหมด และพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคต เนื่องจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชื่อเสียง และโอกาสในการถูกฟ้องร้อง รายงานอุบัติการณ์จึงเป็นเครื่องมือที่จะทำให้เราทราบแนวโน้มของปัญหา ซึ่งประเด็นสำคัญอยู่ที่

การทำให้ทุกคนตระหนักว่า การรายงานทำให้รู้สถานการณ์ของตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ รู้ว่างานของตนมีความเสี่ยงอะไร รู้มาตรการป้องกัน เกิดความตื่นตัวที่จะรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และทำงานด้วยความระมัดระวัง (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2543) นอกจากนี้การรายงานอุบัติการณ์ยังช่วยในการประเมินขนาดของปัญหา ซึ่งให้เห็นถึงอัตราการเกิดอุบัติการณ์ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา และข้อมูลที่รวบรวมได้สามารถนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ และช่วยในการวัดประสิทธิผลว่ามาตรการในการแก้ไขปัญหานั้นได้ผลหรือไม่ (จิตรพรณ ภูษาภักติกุล, 2542) สอดคล้องกับจงจิตต์ คณาภูล และสุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย (2545) ซึ่งได้อธิบายถึงการรายงานเหตุการณ์ หรือรายงานอุบัติการณ์ ที่โรงพยาบาลศิริราชได้เริ่มดำเนินการโดยสร้าง และประกาศใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ และได้มีการดำเนินการต่อเนื่องในลักษณะการพัฒนา และสร้างไว้ซึ่งคุณภาพของระบบ โดยมีการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่พบบ่อย หรือมีผลกระทบรุนแรง นำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง และนำไปสร้างแนวทางป้องกันความเสียหาย การดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้สามารถดำเนินการแก้ปัญหาได้อย่างตรงประเด็น และสามารถบ่งชี้ได้ว่ารายงานอุบัติการณ์สามารถนำไปสู่การพัฒนา และเป็นประโยชน์อย่างมากต่อหน่วยงานที่รายงาน

เชอร์รี่ และจาคอบ (Cherry & Jacob, 2002) กล่าวว่า พยาบาลมีหน้าที่ตามกฎหมายในการรายงานอุบัติการณ์ ดังนี้

1. พยาบาลหัวหน้าเวร มีหน้าที่รับผิดชอบในการสังเกต ประเมินผล และรายงานถึงสิ่งที่บกพร่องในกระบวนการรักษาพยาบาล
2. การรายงานถึงสิ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่
3. จัดแฟ้มสำหรับจัดเก็บรายงานอุบัติการณ์ที่ลงบันทึกเรียบร้อยแล้ว
4. หัวหน้าเวรควรมีการสืบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเตรียมการสำหรับการรักษาพยาบาลที่บกพร่อง
5. หัวหน้าเวรควรให้ความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานว่าการรายงานอุบัติการณ์ ใช้ในการป้องกันการฟ้องร้อง และให้ความมั่นใจในคุณภาพบริการ ไม่ใช่ทำเพื่อการจับผิด ลงโทษ หรือประเมินผลการปฏิบัติงาน

สำหรับรูปแบบของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ อาจแตกต่างกันตามความเหมาะสมของแต่ละสถานที่ อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543) แนะนำให้สร้างระบบการรายงานอุบัติการณ์โดยรวบรวมบัญชีรายการอุบัติการณ์จากทุกหน่วยงานมาเป็นบัญชีเดียวกัน และให้ทุกหน่วยงาน

มีหน้าที่รายงานตามแบบรายงาน โดยหน่วยงานอาจจะเพิ่มเติมบัญชีรายการอุบัติการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงของแต่ละหน่วยงานเพิ่มเติมได้ แล้วทำในรูป Check List เพื่อให้ง่ายต่อการลงรายงาน การเขียนรายงานควรเขียนถึงรายละเอียดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ไม่ควรใส่ข้อคิดเห็น หรือ ข้อตัดสินใจลงไป และแบบรายงานอุบัติการณ์ควรประกอบด้วย

1. วันที่เกิดอุบัติการณ์
2. สถานที่เกิดอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์
3. ตำแหน่งของผู้เขียนรายงาน (ไม่จำเป็นต้องระบุชื่อ)
4. รายละเอียดของเหตุการณ์
5. รายงานถึงใคร
6. สิ่งที่ได้แก้ไขไปแล้ว และสิ่งที่ควรแก้ไข
7. ช่องว่างสำหรับการติดตามประเมินผล
- 8.ลายเซ็นของผู้เขียนรายงาน
9. วันที่ และเวลา ที่ผู้จัดการความเสี่ยงได้รับรายงาน
- 10.การดำเนินการของผู้จัดการความเสี่ยง

ทั้งนี้ผู้บริหารความเสี่ยงอาจเป็นผู้กำหนดแบบฟอร์มสำหรับการรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งแบบรายงานที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้

1. มีคำจำกัดความของอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ไม่เพียงประสงค์ของโรงพยาบาล
2. มีแนวทางที่ชัดเจนว่าในกรณีใดที่จะต้องเขียนรายงานอุบัติการณ์
3. กำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการเขียนรายงาน
4. กำหนดเส้นทางเดินของรายงานที่รัดกุม เพื่อเป็นหลักประกันในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องรับทราบได้
5. ลักษณะของกิจกรรมการแก้ปัญหาที่จะตามมาจากรายงาน และการสร้างความเข้าใจว่าการแก้ปัญหานี้ไม่ใช่การลงโทษ

สำหรับการปฏิบัติในการเขียนรายงานนั้นควรเขียนรายละเอียดทั้งหมดที่ตนพบเห็น หลีกเลี่ยงการเขียนจากคำบอกเล่าหรือความคิดของบุคคลอื่น ไม่ควรเขียนรายงานว่า “รายงานอุบัติการณ์ได้ถูกบันทึกและจัดเก็บเรียบร้อยแล้ว” ไว้ในบันทึกทางการแพทย์เพราะถึงแม้รายงานอุบัติการณ์จะมีระบบการจัดเก็บที่ถือเป็นความลับ แต่ในกรณีที่เกิดปัญหาทางกฎหมายศาลจะสามารถขุดเอกสารได้ นอกจากนี้ไม่ควรทำสำเนาเอกสารให้ใครคนใดคนหนึ่งเก็บไว้เพราะอาจตกไปสู่มือของบุคคลที่ไม่ควรได้รับอนุญาตให้รู้ข้อมูลของผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลจะเป็นหลักฐานถึงการปฏิบัติการช่วยเหลือ และเป็นการป้องกันการทำลายข้อมูล รวมถึงการป้องกัน

การถูกฟ้องร้องจากการปฏิบัติที่ผิดพลาดได้ ดังนั้นจึงไม่ควรเปิดเผยเอกสารนี้ต่อบุคคลอื่น ยกเว้นผู้บริหารหรือผู้จัดการความเสี่ยง ที่สำคัญแพทย์และพยาบาลไม่ควรเขียนคำสั่งสำหรับการรายงานอุบัติการณ์ที่ได้จัดเก็บไว้แล้ว เพราะจะทำให้เกิดความสนใจของทนายฝ่ายโจทก์ได้ และการรายงานทุก ๆ เหตุการณ์ที่ผิดปกติ ไม่ควรสรุปว่า “ทุกคนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นหมดแล้ว”

สิ่งสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์นั้นควรเริ่มต้นด้วยการที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องไม่รู้สึกรู้ว่าถูกคุกคาม และควรทำให้เกิดบรรยากาศของความไว้วางใจภายในก่อน เพื่อให้บุคลากรมีความกล้าที่จะรายงานในเรื่องที่เป็นอุบัติการณ์ และทำให้เห็นเป็นรูปธรรมว่าการรายงานนั้นส่งผลให้เกิดความพยายามในการปรับปรุงระบบ เพื่อป้องกันปัญหามากกว่าการกล่าวโทษกันและกัน หรือการหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ โดยยึดหลักการสำคัญ คือ จะต้องมีการรับรู้เท่าที่จำเป็น และจะต้องสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับ ระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ดีจะทำให้ความเสี่ยงต่าง ๆ ถูกบันทึกเข้าระบบ สามารถนำมาคำนวณอัตราการเกิดอุบัติการณ์ได้ และจะช่วยให้สามารถประเมินได้ว่า ระดับความเสี่ยงลดลง หรือยังคงเดิม (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, 2544)

บทบาทของผู้จัดการความเสี่ยง

ผู้จัดการความเสี่ยง และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบหลักต่อการบริหารความเสี่ยง มีบทบาทและหน้าที่ในการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ การรายงานอุบัติการณ์ การบริหารระบบเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์และความรุนแรงของเหตุการณ์ การให้ความรู้ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงในองค์กร การให้คำแนะนำในการจัดการกับความเสี่ยง และการประสานด้านกฎหมาย (Wagemarkers, 2002) รวมถึงการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติงาน และนโยบายให้มีประสิทธิภาพ (Cherry & Jacob, 2002) อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2543) กล่าวถึงบทบาทของผู้จัดการความเสี่ยงไว้ดังนี้

1. ประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงที่เป็นงานประจำวัน และการระบุนความเสี่ยง
 - 1.1 การรายงานอุบัติการณ์ ต้องมีการออกแบบ ดำเนินการรักษาระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติได้รายงานอุบัติการณ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หรือต่อโรงพยาบาล ซึ่งควรครอบคลุมถึงคำร้องเรียนของผู้ป่วย จดหมายของทนายความ และรายงานการตรวจสอบ
 - 1.2 วิเคราะห์ และพัฒนาตัวชี้วัดความเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อการจัดการกับความเสี่ยงนั้น ๆ
2. การบริหารระบบ
 - 2.1 จัดให้มีการเก็บสถิติเกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
 - 2.2 รักษาความลับของข้อมูลซึ่งได้มาระหว่างการสืบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์

- 2.3 รวบรวม ประเมินข้อมูล และกระจายข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง
- 2.4 จัดทำรายงานทุก 3 เดือน ให้แก่ผู้อำนวยการ และคณะกรรมการ โรงพยาบาล
- 2.5 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 2.6 ทบทวนนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ รวมทั้งข้อเสนอแนะ และติดตามให้ได้รับการดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

3. การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก

- 3.1 ช่วยในการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของแต่ละแผนก
- 3.2 ทบทวนประสิทธิผลของระบบป้องกันความเสี่ยง
- 3.3 วางแผน และดำเนินการให้การฝึกอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรทางการพยาบาล

3.4 ร่วมในการประชุมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่

4. การประสานค่านกฎหมาย

- 4.1 ตรวจสอบว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายในเวลาที่เหมาะสม
 - 4.2 ตอบสนองต่อคำถามของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องการฟ้องร้อง
 - 4.3 ทบทวนสัญญาต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลทำกับบุคคล หรือหน่วยงานภายนอก
- เหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันทั้งหลายย่อมเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาล ถึงแม้จะให้การป้องกันอย่างมากแล้วก็ตาม โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการในเรื่องการบริหารความเสี่ยงเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นผู้บริหารถือเป็นกุญแจสำคัญในการตัดสินใจเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ทุกฝ่ายที่จะเกิดความเสียหาย โดยผู้บริหารต้องรับฟังด้วยความเปิดเผย จริงใจ เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้อธิบาย พร้อมทั้งซักถามถึงความคาดหวังในการแก้ปัญหา และให้แนวทางในการปฏิบัติที่เป็นการแก้ปัญหา ที่สำคัญคือ หลีกเลี่ยงการปกป้อง หรือใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) ทั้งนี้โรงพยาบาลควรจะค่อย ๆ พัฒนาแนวทางในการปฏิบัติต่าง ๆ ให้เป็นไปในลักษณะที่ทุกคนยอมรับได้ โดยมุ่งมั่นในเป้าหมายที่ว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นครั้งหนึ่ง จะต้องเป็นบทเรียนที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกในครั้งต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และความสัมพันธ์กับ การบริหารความเสี่ยง

การนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงเข้ามารวมในกิจกรรมคุณภาพจะช่วยลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติเพราะเป็นระบบที่เสริมกันและกัน และมีกิจกรรมหลักหลายประการที่การดำเนินการไม่อาจแยกจากกันได้ คือ ระบบประกันคุณภาพ เป็นการรักษาระดับคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งความเสี่ยงจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ โดยโรงพยาบาลต้องประกันให้ได้ว่ามีความเสี่ยงน้อยที่สุด (กฤษฎา แสงดี, 2542) การปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพของบริการนั้น ต้องมีการกำหนดมาตรฐานในการให้บริการต่าง ๆ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยลดข้อผิดพลาด และเป็นการประกันคุณภาพได้อย่างจริงจัง (กองการพยาบาล, 2542) สุวนีย์ เก๋วกิ่งแก้ว (2542) กล่าวว่า การจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คือ ผู้ป่วยควรจะได้รับบริการด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ และสามารถวัดผลของการได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพได้ (Measurable Outcome) ดังนั้น โรงพยาบาลจึงต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ และต้องมีการกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดนั้น รวมทั้งต้องมีการวัด ประเมิน ค้นหาและทบทวนความเสี่ยง พร้อมทั้งดำเนินการปรับปรุง เพื่อกำหนดให้เป็นมาตรฐาน ซึ่งเป็นกระบวนการเดียวกับการประกันคุณภาพ โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลเป็นจุดตั้งต้น เนื่องจาก มาตรฐานการพยาบาลจะเป็นหลัก หรือแนวทางในการจัดบริการ และการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ใช้บริการ โดยมีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด (กองการพยาบาล, 2542) ทั้งนี้การที่จะบรรลุเป้าหมายได้นั้น ทุกฝ่ายต้องเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดร่วมกัน และมีความต้องการที่สอดคล้องกัน ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปได้ง่าย และมีความยั่งยืนมากขึ้น

โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีความพร้อมทั้งในด้านกำลังคน เครื่องมือ เทคโนโลยี แต่ในขณะเดียวกันความซับซ้อนของวัฒนธรรมองค์กร รวมทั้งช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ และความสามารถในการตอบสนองต่อความคาดหวังดังกล่าว มักก่อให้เกิดปัญหาการไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมได้ อีกทั้งสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนั้น สังคมมีเป้าหมาย และคาดหวังที่จะเห็นคุณภาพเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพ มีลักษณะของความซับซ้อนในด้านความรู้ เทคโนโลยี และระบบการให้บริการที่มากขึ้น โรงพยาบาลที่ขาดระบบการตรวจสอบที่รัดกุม มักจะมีแนวโน้มของการฟ้องร้องมากขึ้น เนื่องจากประชาชนมีความคาดหวัง และต้องการเห็นความโปร่งใสมากขึ้น จากที่กล่าวมาข้างต้น หากโรงพยาบาลต่าง ๆ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้จะทำให้ความไม่พอใจ และความขัดแย้งเกิดขึ้นได้

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการสร้างระบบ และกระบวนการเพื่อให้เกิดการคิด และทำงานอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการสร้างนวัตกรรม และเรียนรู้ร่วมกัน สู่ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับนำไปปฏิบัติทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ซึ่งจะนำมาซึ่งการประกันคุณภาพของบริการสุขภาพ และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาข้างต้นได้อย่างดี และตรงจุดที่สุด (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544) สิ่งที่จะช่วยให้แนวทางดังกล่าวประสบความสำเร็จได้ คือ การเพิ่มคุณภาพของบริการ และการจัดหามาตรฐานต่าง ๆ มาประเมินการจัดระบบบริหาร และบริการ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพ และเป็นการพัฒนาโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน มีการรับรองคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540)

วิวัฒนาการของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จุดเริ่มต้นของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เริ่มในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อประมาณ 70 ปีที่แล้ว เป้าหมายในช่วงแรกเป็นไปเพื่อเลือกสรร และรับรองโรงพยาบาลสำหรับเป็นที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ และต่อมาถูกนำมาใช้สำหรับเป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงินสำหรับระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย มีการนำการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเข้ามาในลักษณะของการศึกษาวิจัยตั้งแต่ปี 2538 มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล และทดลองนำไปปฏิบัติ ร่วมกับการเรียนรู้กระบวนการ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนเรื่องนี้อย่างจริงจัง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับโรงพยาบาล และในภาพรวม

ด้วยเหตุที่บริการสุขภาพมีลักษณะพิเศษ คือ

1. การดูแลผู้ป่วยมีทั้งส่วนที่สัมผัสได้ง่าย และยาก มีเรื่องของจิตใจ และอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งในส่วนของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับผลของบริการในทุกขั้นตอนของการทำงาน ได้สัมผัสกับกระบวนการทำงานอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา
2. ผู้ป่วยที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลมีโอกาสที่จะได้รับความเสี่ยง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งที่มาจากปัจจัยทางกายภาพ หรือวิธีการดูแลรักษา
3. อาการของผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาทั้งจากการรักษา และจากตัวโรคเอง จำเป็นต้องมีการเฝ้าดู และทบทวนแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. โรงพยาบาลเป็นที่รวมของผู้ประกอบวิชาชีพที่หลากหลาย จึงอาจมีปรัชญา วิถีคิด และวิธีการตัดสินใจที่แตกต่างกัน ถึงแม้จะมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การดูแลผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ดังนั้นการทำงานร่วมกันเป็นทีมในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2545)

ดังนั้น ในช่วงที่ผ่านมาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงได้ปรับเปลี่ยนแนวคิด และวิธีการมาเป็นลำดับ คือ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544)

1. เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวแพทย์ มาสู่จุดเน้นของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
2. เปลี่ยนจากจุดเน้นเรื่องโครงสร้าง และเอกสาร มาสู่การเน้นกระบวนการ และผลลัพธ์ แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาควบคู่กันไป
3. เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวผู้ปฏิบัติงานมาสู่การเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการศึกษาความต้องการของผู้ป่วย และนำมาตราฐานวิชาชีพมาตอบสนองความต้องการเหล่านั้น
4. เปลี่ยนจากกระบวนการตรวจสอบ มาเป็นการเรียนรู้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ขึ้น เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และสนับสนุนให้มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลกลางในระดับชาติขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานมุ่งหน้าพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข คือ ร้อยละ 80 ของสถานพยาบาล ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ ทั้งในแง่ของระบบ และกระบวนการ ซึ่งจะเป็นหลักประกันคุณภาพบริการทางการแพทย์ ที่เรียกกันว่า HA (Hospital Accreditation) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540)

Hospital Accreditation (HA) คือ ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งขยายความได้ คือ “ระบบ” ที่รวบรวมสิ่งที่ซับซ้อนเข้าด้วยกัน ให้เป็นไปในแนวทาง และทิศทางเดียวกัน ภายใต้มาตรฐานที่เกิดจากพันธะร่วมของกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์ เป็น “การรับรอง” ว่ามีการประกันคุณภาพ ว่าทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนดโดยบุคคลที่สามอย่างแท้จริง และเน้น “คุณภาพสถานพยาบาล” ซึ่งออกแบบเฉพาะโรงพยาบาล เพื่อใช้ประเมิน และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ยกกระดับคุณภาพการบริการในภาพรวมทั้งหมด โดยมุ่งผู้ป่วย หรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (กฤษฎี อุทัยรัตน์, 2543)

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2544) ให้ความหมายของ HA ว่า คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีความมุ่งหมาย คือ ใช้เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมิน และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน คือ

- 1) การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเยี่ยมสำรวจ และรับรอง โดยองค์กรภายนอก

1. การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ การจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไข

ปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน

2. การประเมินตนเอง เป็นการค้นหาโอกาสพัฒนา ตรวจสอบความก้าวหน้า

ในการพัฒนาคุณภาพ โดยควรครอบคลุมการประเมินเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริง การทบทวนแนวคิด แนวทางปฏิบัติ การปฏิบัติงานจริง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และพัฒนาวิธีทำงานอย่างต่อเนื่อง

3. การเยี่ยมชมสำรวจ และรับรองโดยองค์กรภายนอก คือ การรับทราบหลักฐาน และความจริงว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล สิ่งที่จะรับรู้ได้ในนโยบาย หรือคู่มือการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษา และการเยี่ยมชมสำรวจ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับแนวคิดมาตรฐานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีประเด็นหลักในการรับรอง 6 ประการ คือ 1) โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพ 2) มีทรัพยากรที่เพียงพอ และมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ 3) มีระบบการบริหารความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการธำรงไว้ซึ่งคุณภาพที่พัฒนาได้ 4) มีการกำกับดูแลมาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพ 5) มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และดูแลด้านจริยธรรมองค์กร และ 6) มีกระบวนการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพ คือ มีการนำองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ มีเป้าหมายและแผนที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้าใจบทบาทของตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน

3.2 โรงพยาบาลมีทรัพยากรที่เพียงพอ และมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ คือ มีการวางแผน และบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ มีโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม การบำรุงรักษา และระบบการจัดการความปลอดภัยที่ดี มีความร่วมมือ และประสานงานที่ดี

3.3 โรงพยาบาลมีระบบการบริหารความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการธำรงไว้ซึ่งคุณภาพที่พัฒนาได้ คือ มีการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ มีการศึกษา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และผู้รับผลงาน มีการติดตามเรื่องชีวิตคุณภาพที่สำคัญ มีการค้นหา และป้องกันความเสี่ยง การควบคุมความสูญเสีย หรือความเสียหาย มีระบบประกันคุณภาพในทุกกระบวนการหลัก มีระบบป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีทีมประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และมีการปรับปรุงระบบงาน หรือกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องทั้งในงานบริการทั่วไป และงานคลินิกบริการ

3.4 โรงพยาบาลมีการกำกับดูแลมาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพ คือ มีการดูแล

มาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพทางด้านการแพทย์ และพยาบาล โดยเน้นการทบทวนตรวจสอบ ผลการดูแลผู้ป่วย ในรูปแบบต่าง ๆ

3.5 โรงพยาบาลมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และดูแลด้านจริยธรรมองค์กร คือ มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมในเรื่องการประชาสัมพันธ์ การรับ และส่งต่อผู้ป่วย การแจ้งคำรักษาพยาบาล รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.6 โรงพยาบาลมีกระบวนการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ คือ มีกระบวนการดูแลรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการทำงานเป็นทีม โดยเน้นการนำมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่ทันสมัยเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจสังคม มาตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย

การสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มีการปฏิบัติโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ จะนำไปสู่การสร้างระบบประกันคุณภาพ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และระบบบริหารความเสี่ยงซึ่งเป็นเนื้องานสำคัญของการทำ HA ได้อย่างเหมาะสม เพราะระบบบริหารความเสี่ยงที่ตั้งอยู่บนฐานของวัฒนธรรมการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ จะสามารถเอื้อให้เกิดการรายงาน การจดบันทึก และนำบันทึกนั้นไปใช้ มีการพบปะพูดคุยกันระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างวิชาชีพในการป้องกันการปฏิบัติที่ผิดพลาด ซึ่งเมื่อระบบเดินได้แล้ว จะพบว่ามีความผิดพลาดจำนวนหนึ่งที่มีได้เกิดจากบุคลากร แต่เกิดจากระบบงาน และโครงสร้างที่ซับซ้อนมากเกินไป (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ, 2544)

กรอบมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงระบบงานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของโรงพยาบาลในภาพรวม สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง คือ มาตรฐานทั่วไป (general; GEN) และมาตรฐานการบริหารระดับองค์กรด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย (environment; ENV) ได้แก่ ENV.1 โครงสร้างกายภาพ และสิ่งแวดล้อม ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย และ GEN.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ENV. 1 โครงสร้างกายภาพ และสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่พึงพอใจ

ENV. 1.1 โครงสร้างกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งหมดเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัย

ENV. 1.2 มีนโยบาย และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาลอย่าง

ชัดเจน

- ENV. 1.3 มีระบบบริหารทรัพย์สินที่มีประสิทธิภาพ
- ENV. 1.4 มีแผนผังของโรงพยาบาลในสภาพปัจจุบันเพื่อความสะดวกแก่ผู้ให้บริการ และเจ้าหน้าที่ทั้งในเวลาปกติ และยามฉุกเฉิน
- ENV. 1.5 มีระบบบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ
- ENV. 1.6 มีสิ่งอำนวยความสะดวก และอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ENV. 1.7 มีระบบสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น
- ENV. 1.8 มีระบบการสื่อสารของโรงพยาบาลที่สามารถใช้การได้ตลอดเวลา
- ENV. 1.9 มีระบบบริหารจัดการเพื่อดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับไฟฟ้า ดังแก๊สไอน้ำ สารเคมี วัตถุไวไฟ
- ENV. 1.10 มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับ โครงสร้างทางกายภาพได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ
- ENV. 1.11 มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการจัดการด้าน โครงสร้างทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม
- ENV. 4 การจัดการด้านความปลอดภัย
 - มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ และเจ้าหน้าที่
 - ENV. 4.1 มีเอกสารนโยบาย และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล
 - ENV. 4.2 มีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลรับผิดชอบดำเนินการตามนโยบายด้านความปลอดภัย
 - ENV. 4.3 มีการวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างเหมาะสม
 - ENV. 4.4 มีบริการอาชีวอนามัยให้เจ้าหน้าที่
 - ENV. 4.5 มีการให้ความรู้ ฝึกอบรม แจ้งข่าว และคำเตือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงนโยบาย และวิธีปฏิบัติด้านความปลอดภัย
 - ENV. 4.6 มีการจัดทำรายงานประจำปีด้านความปลอดภัยเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง
- GEN. 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 - มีกิจกรรมติดตามประเมิน และพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการโดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - GEN. 9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย
 - GEN. 9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูล และสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ
 - GEN. 9.2.3 การเลือกกิจกรรม หรือกระบวนการดูแลรักษา และบริการที่สำคัญ มาประเมิน และ

ปรับปรุง โดยให้ความสำคัญกับกิจกรรม หรือกระบวนการที่มีลักษณะ ดังนี้

1. มีโอกาสปรับปรุงระบบงานให้ซับซ้อนน้อยลง
2. มีความเสี่ยงสูง หรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
3. มีความแตกต่างในวิธีการปฏิบัติ
4. มีปริมาณมาก หรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
5. มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา
6. ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และสหสาขาวิชาชีพ
7. เป็นความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วย และญาติ

การตรวจ และรับรองคุณภาพจากภายนอก เป็นวิธีการในการเสริมสร้างคุณภาพ และมักได้ผลดีหากใช้ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพภายใน การประเมิน ตรวจสอบ และรับรองจากภายนอก มุ่งที่ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งแสดงถึงควมมีคุณภาพ และการจัดการกับความเสี่ยง มิใช่การรับรองคุณภาพเหนือกว่าเกณฑ์มาตรฐานการรักษายาบาล เป็นเพียงการยืนยันว่ามีระบบการจัดการที่เสริมสร้างคุณภาพ และป้องกันหรือลดโอกาสที่จะมีความผิดพลาด ระบบการรับรองคุณภาพจึงเป็นการให้การรับรองต่อสาธารณชน เพื่อเป็นข้อมูลในการเลือกใช้สถานพยาบาลได้ (จรัส สุวรรณเวลา, 2545)

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ หรือวิธีคิด วิธมองปัญหาเพื่อพัฒนาการทำงานให้มีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนา และรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล คือ คุณภาพบริการสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่ได้รับประโยชน์ คือ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับผลของการปฏิบัติงาน โดยสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับ คือ ความเสี่ยงในการทำงานลดลง ทำงานง่ายขึ้นจากการประสานงานที่ดีขึ้น และการนำนวัตกรรมต่าง ๆ เข้ามาปรับปรุงวิธีการทำงาน บรรยากาศในการทำงานดีขึ้น และได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ส่วนสิ่งที่ผู้ป่วย และญาติได้รับ คือ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ความเสี่ยงต่อการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน การประสบความสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อนลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น สิ่งที่จะได้คือ มีความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพว่าสามารถให้ความไว้วางใจได้ และสิ่งที่ผู้บริหารจะได้รับ คือ มีความสบายใจในการบริหาร มีเวลาที่จะคิดพัฒนาในภาพกว้าง โรงพยาบาลจะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ สุดท้ายสิ่งที่องค์กรวิชาชีพจะได้รับ คือ มาตรฐานหรือข้อกำหนดต่าง ๆ จะได้รับการนำไปปฏิบัติ

แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการศึกษาในสภาพธรรมชาติ

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์ของมนุษย์ ในด้านความรู้สึกนึกคิด วัฒนธรรม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เป็นการแสวงหาความรู้ โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคม จากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ และเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2539; Thome, 1997 cited in Streubert & Carpenter, 1995) มีลักษณะสำคัญ คือ เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวมโดยการมองจากหลายแง่มุม เป็นการศึกษาติดตามระยะยาว และเจาะลึก ศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย ใช้การพรรณนา และการวิเคราะห์แบบอุปนัย และเน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และการให้ความหมาย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวมโดยการมองจากหลายแง่มุม ศึกษาปรากฏการณ์จากแง่มุม หรือแนวคิดทฤษฎีที่มีความหลากหลาย พิจารณาปรากฏการณ์ในทุกด้าน และเป็นสหวิทยาการ
2. เป็นการศึกษาติดตามระยะยาว และเจาะลึก เพื่อให้เข้าใจความเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์สังคมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อทำความเข้าใจสภาพการเปลี่ยนแปลงได้อย่างลึกซึ้ง เข้าใจในภาพรวมทั้งหมด
3. ศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เพื่อให้เข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง
4. คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย ด้วยเหตุที่การศึกษาปรากฏการณ์สังคมเป็น การศึกษามนุษย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องให้ความสำคัญ และเคารพผู้ให้ข้อมูลในฐานะที่เป็นเพื่อนมนุษย์ รวมทั้งการยินยอม ความพร้อมของผู้ถูกวิจัย
5. ใช้การพรรณนา และการวิเคราะห์แบบอุปนัย นักวิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับสภาพทั่วไปเพื่อให้เห็นภาพรวม โดยการพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมย่อย ๆ มาสรุปเป็นข้อสรุปเชิงนามธรรม โดยพิจารณาจากลักษณะร่วมที่พบ ที่เรียกว่าวิธีการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction)
6. เน้นปัจจัย หรือตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และการให้ความหมาย ปรากฏการณ์ ภายใต้อาการเชื่อว่า องค์ประกอบด้านจิตใจ ความคิด และความหมาย คือ สิ่งที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมมนุษย์ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ที่แสดงออกมา จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนจึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแนวคิดของการมองความจริง มีวิธีการแสวงหา และการได้ความจริงโดยการนำเอาปัญหา มุมมอง และประสบการณ์ของคนหลาย ๆ คนในสังคมที่เกี่ยวข้องมาสะท้อนเสียงที่หลากหลาย และเป็นวิธีการแสวงหาความจริงร่วมในหลายสาขาวิชา นิศา ชูโต (2540) กล่าวว่า เหตุผลของการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการแสวงหาความรู้ ความจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และสังคม คือ พฤติกรรมมนุษย์ และสังคมเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึก โลกทัศน์ ความหมาย การตีความ การเรียนรู้ของมนุษย์ในบริบทของวัฒนธรรม ซึ่งมีความสลับซับซ้อน และเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มนุษย์เท่านั้นที่จะสามารถเข้าใจกันเองได้ ถ้าเข้าไปใกล้ชิดอยู่ในสภาพการณ์นั้นนานเพียงพอ และเกิดการเรียนรู้เข้าใจ

วิธีวิจัยเชิงธรรมชาติ (Naturalistic Inquiry)

วิธีวิจัยเชิงธรรมชาติ คือ กระบวนการค้นหาความจริงในสภาพที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติ เป็นการค้นหาความจริงของปรากฏการณ์ โดยมองภาพรวมรอบด้าน ทุกแง่ ทุกมุม (Holistic Perspective) ด้วยตัวนักวิจัยเอง และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตีความหมายแบบอุปนัย (Inductive Analysis) เพื่อให้ได้มิตีความจริงของบุคคลในบริบทสังคม วัฒนธรรมขณะนั้น (นิศา ชูโต, 2540) แนวคิดของการวิจัยเชิงธรรมชาตินั้น เชื้อในธรรมชาติของปรากฏการณ์ และความจริงนั้นมีหลากหลาย (Streubert & Carpenter, 1995) วิธีการค้นหาความจริงจึงต้องทำความเข้าใจ และศึกษาในภาพรวมที่ผสมผสานกันทั้งหมดของบริบทในขณะนั้น ไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงถึงความจริงในบริบทที่แตกต่างกันได้ แต่สร้างให้เกิดความเชื่อมโยง ความเข้าใจในบริบทที่ใกล้เคียงกันได้ (Erlandson, Harris, Skipper, & Allen, 1993)

ลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) กล่าวถึงลักษณะของการวิจัยเชิงธรรมชาติไว้ดังนี้

1. ดำเนินการศึกษาวิจัยในสภาพปกติธรรมชาติ (Natural Setting) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ใด ๆ ภายใต้ความเชื่อที่ว่า ความหมายของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับบริบทต่าง ๆ ของสังคมซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์ และจะทำให้การค้นพบเกิดจากสภาพที่เป็นจริง

2. มนุษย์เป็นเครื่องมือในการวิจัย (Human Instrument) การศึกษาในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาตินั้นอาจต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่แน่นอน มนุษย์มีความเข้าใจ ความคิด และสติปัญญาที่จะสามารถปรับเปลี่ยน และตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ โดยอาศัยประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถในการมองเห็นมุมมองต่าง ๆ สามารถตรวจสอบความถูกต้อง และสรุปข้อมูลที่เกิดขึ้นได้

3. การเรียนรู้ (Tacit Knowledge) ทุกสิ่งทุกอย่างที่เรารู้ อาจไม่สามารถอธิบายได้ด้วย

ภาษา บางเรื่องจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์ในการทำความเข้าใจ ทุกคนจะมีการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ ดังนั้นในการวิจัยเชิงธรรมชาติ ผู้วิจัยจึงต้องเข้าไปสัมผัสกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ไม่ว่าจะใช้การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการศึกษาเอกสาร โดยใช้ภาษาสะท้อนความรู้ที่นึกคิด เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจ ผสมผสานกับความเข้าใจที่เกิดจากการเรียนรู้

4. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) เหมาะสมกับวิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้มนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นการสังเกต การสัมภาษณ์ การจดบันทึก การอธิบายความหมายโดยนัย หรือการให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ ซึ่งผู้วิจัยต้องเข้าไปสัมผัสกับสิ่งที่จะศึกษาในสภาพธรรมชาตินั้น ๆ เพื่อให้เรามีประสบการณ์ในสิ่งที่เราต้องการศึกษา

5. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูล ที่เลือกจะขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ต้องการ และการกำหนดขนาดของผู้ให้ข้อมูลนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้ โดยจะหยุดทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลเมื่อไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ เกิดขึ้นจากผู้ให้ข้อมูลคนใหม่ นอกจากนี้ ข้อมูลจะต้องมีรายละเอียดที่ครอบคลุม ครบถ้วน เจาะลึก มีมุมมองด้านต่าง ๆ การอ้างคำ ภาษาพูดตรง และประสบการณ์ของบุคคลที่ให้ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีแบบอุปนัย (Inductive Data Analysis) คือ การตีความ สร้างข้อสรุปข้อมูลจากประสบการณ์ที่เห็นด้วยวิธีแบบอุปนัย คือ ไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นมาก่อนเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เข้าไปศึกษา แต่จะสังเกต ฝ้าดูเหตุการณ์ต่าง ๆ แล้วจึงสร้างรูปแบบสรุปความเข้าใจจากข้อมูล โดยที่นักวิจัยจะต้องเข้าไปใกล้ชิดกับสถานที่ บุคคล และข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง

7. ทฤษฎีเกิดจากข้อมูล (Grounded Theory) วิธีการวิจัยเชิงธรรมชาติไม่ใช่ทฤษฎีนำทางการวิจัยมาก่อน นักวิจัยไม่อาจคาดหมายได้ถึงความจริงอันหลากหลายที่อาจค้นพบในปรากฏการณ์ที่ศึกษา แต่จะดูจากสภาพความจริง และหลังจากเก็บข้อมูลไประยะเวลาหนึ่ง จะพบทฤษฎีที่เกิดขึ้นจากข้อมูลที่เป็นรูปธรรม

8. รูปแบบการวิจัยเกิดขึ้นภายหลัง (Emergent Design) การให้ความหมายของปรากฏการณ์ถูกกำหนดโดยบริบทของสังคม และความจริงอันหลากหลายที่เกิดขึ้น นักวิจัยเชิงธรรมชาติจะเข้าไปในสนามวิจัยก่อน โดยไม่มีทฤษฎี หรือสมมติฐานไว้ล่วงหน้า แนวทางการวิจัย และวิธีการต่าง ๆ จะเกิดขึ้นเมื่อเข้าไปในสนามระยะเวลาหนึ่ง โดยนักวิจัยต้องเปิดแนวคิด และทางเลือกต่าง ๆ ให้มากที่สุดเพื่อไว้รับกับสภาพ และผลของข้อมูลที่จะเกิดขึ้น

9. ผลลัพธ์จากการวิจัย (Negotiated Outcomes) สิ่งนี้นักวิจัยเชิงธรรมชาติควรให้ความสำคัญ คือ สิ่งที่คุณให้ข้อมูลคิด (Respondent Think) ความคิด หรือการให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่จากผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คน อาจทำให้เกิดข้อโต้แย้งกับสัจธรรม (Axiom)

ดังนั้นสิ่งที่นักวิจัยต้องทำ คือ นำทั้งความจริง และการให้ความหมายของสิ่งที่ศึกษาที่ค้นพบกลับไปยังบริบทเดิม และผู้ให้ข้อมูลเดิมเป็นผู้พิจารณาความเป็นจริงของข้อค้นพบ

10. การรายงานข้อมูล (The Case Report) คือ การรายงานข้อมูลแต่ละรายเฉพาะในสถานที่ที่เราศึกษาเท่านั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจถึงสภาพการณ์ของสิ่งที่ศึกษา

11. การทดลองนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ (Tentative Application) ในการวิจัยเชิงธรรมชาติ จะสนใจผลลัพธ์เฉพาะในสถานที่ที่ทำการศึกษา และไม่สามารถนำมาใช้ในบริบทอื่นได้ อย่างไรก็ตามผู้อ่านงานวิจัยสามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังบริบทอื่นได้โดยการอ่านคำอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับบริบทที่ศึกษาอย่างละเอียดลึกซึ้ง

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

ลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba cited in Erlandson et al., 1993) กล่าวเปรียบเทียบคุณภาพของงานวิจัยว่า คือ ความเชื่อถือได้ของวิธีการวิจัย (Trustworthiness) ซึ่งนักวิจัยสามารถแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนั้นมีความตรงกับข้อมูล ได้จากความเชื่อถือได้ของข้อมูล การถ่ายโอนผลการวิจัย การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น และการยืนยันผลการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (นิศา ชูโต, 2540)

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) หมายถึง การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความเป็นจริงระดับต่าง ๆ กับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องกันหรือไม่ วิธีปฏิบัติเพื่อเพิ่มความเชื่อถือได้ของข้อมูล คือ

1.1 การอยู่ในสนามในระยะเวลาที่สามารถจัดอคติ และตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญได้ถูกต้อง

1.2 การสังเกตอย่างจริงจัง เพื่อเข้าใจคุณลักษณะสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเข้าใจสิ่งที่ผิดปกติพร้อมทั้งเข้าใจความหมายนั้น

1.3 การถ่ายทอด เล่า ตรวจสอบระหว่างเพื่อนร่วมวิจัย เพื่อความแจ่มแจ้ง และพัฒนาการของความเข้าใจ

1.4 ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การตรวจสอบแหล่งที่มาต่าง ๆ ของข้อมูล ของผู้สืบสวนข้อมูลหลาย ๆ คนที่ต่างกัน ของมุมมองทางทฤษฎีหลาย ๆ ทฤษฎี

1.5 มีสารสนเทศต่าง ๆ ครอบคลุมเพียงพอทั้งเอกสาร เทป วีดีโอ และต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง

1.6 ข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการวิจัย และการตีความเรื่องราวต่าง ๆ จะต้องผ่านการตรวจสอบเป็นระยะ โดยผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอนตั้งแต่ต้น จนสุดท้ายของการศึกษา

2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) หมายถึง การใช้วิธีอื่น ๆ เข้าร่วมกันหลายวิธี

ในการตรวจสอบความตรงของข้อมูลของแนวคิดทฤษฎี ใช้นักวิจัยหลายคนร่วมสังเกตสิ่งเดียวกัน เพื่อดูว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสนับสนุนกันหรือไม่

3. การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) หมายถึง ความสามารถในการอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน นักวิจัยสามารถทำได้โดย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ถ้าต้องการศึกษาในสถานที่ใด ก็จะต้องเลือกศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสถานที่นั้น

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบสามเส้าต่าง ๆ เช่น การตรวจสอบแนวคิด การเปรียบเทียบกับงานวิจัยของคนที่ทำเรื่องคล้ายคลึงกัน บันทึกสาเหตุ และเหตุผลในการมองปัญหาของผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งการตรวจสอบแนวคิดกับผู้เชี่ยวชาญ

วิธีการดังกล่าว เป็นวิธีการเพิ่มความเชื่อถือของวิธีการวิจัยเชิงธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยควรจงใจให้อ่านเกิดความเข้าใจ และเห็นความหมายได้อย่างชัดเจน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความหมาย ประสบการณ์ ปัญหา และอุปสรรคของการใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งได้รับการบอกเล่าของผู้ร่วมวิจัย การศึกษาบริบท และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจกับข้อมูล เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นำสิ่งที่ได้มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมวิจัยซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

จากแนวคิดของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบวิธีการศึกษาเชิงธรรมชาติ ผู้วิจัยคิดว่ามีความเหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการศึกษา เพราะกระบวนการค้นหาความจริงในสภาพที่เป็นอยู่ตามธรรมชาตินั้นเป็นการค้นหาความจริงโดยมองภาพรวมรอบด้านในทุกแง่มุม และสามารถนำความรู้ที่ได้มาอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้อย่างครอบคลุม และลึกซึ้งตามมุมมองที่เกิดขึ้นจริงนอกเหนือไปจากความรู้ที่เคยมีผู้ศึกษาไว้แล้ว สำหรับการศึกษาในเรื่องของการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาลนั้น จะทำให้ทราบถึงการให้ความหมายของการบริหารความเสี่ยงตามการรับรู้ของพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่พบ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่ได้จากความคิด ความรู้สึกของผู้ร่วมวิจัย และไม่ได้ถูกจำกัดอยู่กับตัวแปรที่เราสนใจ หรือมีผู้ศึกษาไว้แล้วเท่านั้น