

# คู่มือการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา

นางสาวณัฐชिरา ตั้งสืบกุล

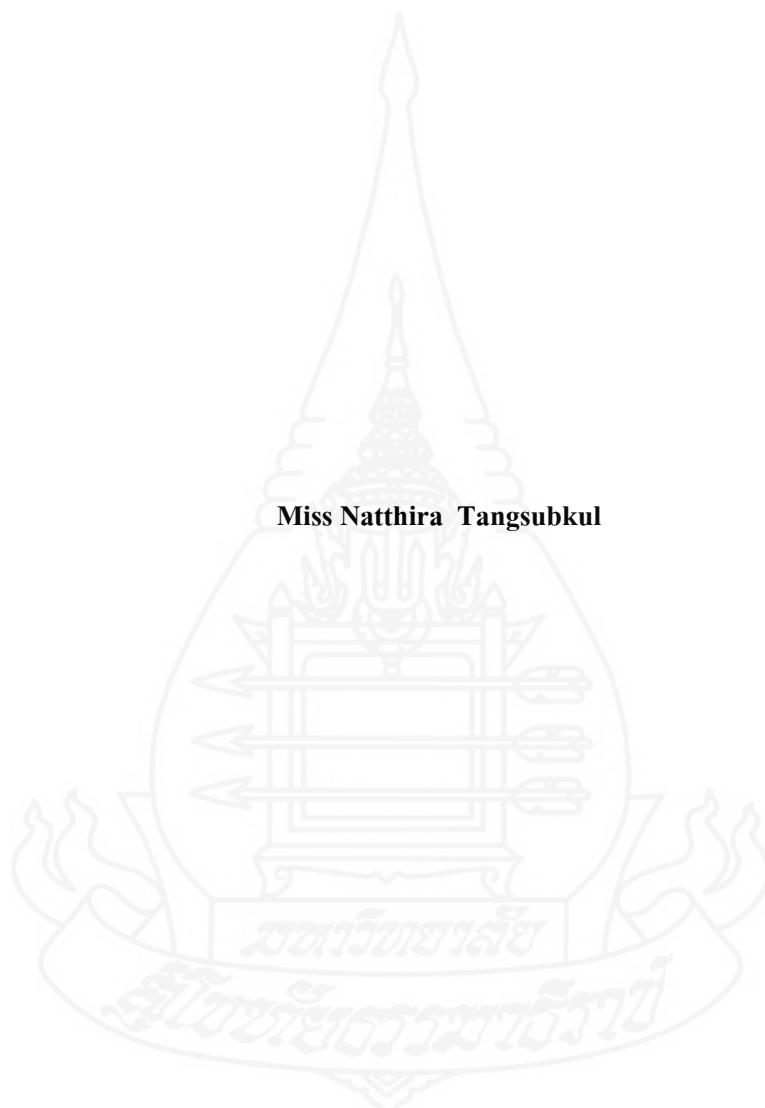


การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาบริหารธุรกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2555

# **Risk Management Manual of North Eastern-Wattana Hospital**

**Miss Natthira Tangsubkul**



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Business Administration

School of Management Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2012


หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	คู่มือการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ธอีสเทอร์น-วัฒนา
ชื่อและนามสกุล	นางสาวณัฐริรา ตั้งสีบกุล
แขนงวิชา	บริหารธุรกิจ
สาขาวิชา	วิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์สุวีณา ตั้งโพธิ์สุวรรณ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2555

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์สุวีณา ตั้งโพธิ์สุวรรณ)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ฉัตรชัย ลอยถุทธิวงษ์ไกร)

  
.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ เข้มทอง)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาการจัดการ

ชื่อการศึกษา คั่นคว้ออิสระ คู่มือการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา  
ผู้ศึกษา นางสาวณัฐริธา ตั้งสืบกุล รหัสนักศึกษา 2523002133  
ปริญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์สุวิภา ตั้งโพธิ์สุวรรณ  
ปีการศึกษา 2555

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ประเภทความเสี่ยงของโรงพยาบาล (2) ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล และ (3) ออกแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์จากผู้ปฏิบัติงานจากประสบการณ์จริงในการทำงานในโรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา และข้อมูลทุติยภูมิจากข้อกำหนดมาตรฐานการจัดการระบบคุณภาพรวมทั้งเอกสารต่าง ๆ ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า (1) ประเภทของความเสี่ยงของโรงพยาบาลมี 7 ประเภท คือ 1) ความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วยจริยธรรมองค์กร 2) ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน 3) ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4) ความเสี่ยงด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ 5) ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 6) ความเสี่ยงด้านการใช้จ่าย 7) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการสื่อสาร (2) ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลมี 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้บริหารระดับสูง กำหนดนโยบายการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล 2) กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล 3) กำหนดตัวชี้วัดในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล 4) กำหนดโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล 5) การจัดทำคู่มือปฏิบัติ 6) การปฏิบัติตามคู่มือ 7) การทบทวนคู่มือและประเมินผลการจัดการ ความเสี่ยง (3) การออกแบบ ฟอร์มที่ใช้ในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลจำนวน 4 แบบฟอร์ม คือ 1) แบบฟอร์ม การรายงานอุบัติการณ์ 2) แบบฟอร์มสรุปมาตรการแนวทางและแผนการปฏิบัติ 3) แบบบันทึกการทำการทบทวนเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยยังรักษาพยาบาล 4) แบบฟอร์มการทบทวนอุบัติการณ์โดยใช้การวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหาโดยใช้ลำดับเวลาของเหตุการณ์ซึ่งการใช้แบบฟอร์มเหล่านี้เบื้องต้นช่วยในการนำระบบจัดการความเสี่ยงสู่ภาคปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเนื่องจากช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติ

คำสำคัญ คู่มือการจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา

**Independent Study title:** Risk Management Manual of North Eastern-Wattana Hospital

**Author:** Miss Natthira Tangsubkul; **ID:** 2523002133;

**Degree:** Master of Business Administration;

**Independent Study advisor:** Suwena Tangphothisuwan, Associate Professor ;

**Academic year:** 2012

### **Abstract**

The objectives of the study were (1) to study types of risks in the hospital; (2) to study risk management procedures in the hospital; and (3) to design the forms for the risk management system of North Eastern-Wattana Hospital.

The study was the descriptive study. The primary data was collected by interviewing the staff working at North Eastern-Wattana Hospital. The secondary data was collected from the standard requirements of quality management system including other hospital's documents concerning the risk management.

The results showed that (1) there were seven types of risks in hospital: 1) the risks of patients' rights and organizational ethic, 2) the risks of occupational health and safety, 3) the risks of infection in a hospital, 4) the risks of assets and equipment, 5) the risks of patients' safety, 6) the risks of medical usage, and 7) the risks of communication; (2) the seven procedures of hospital risk management were 1) the policy of hospital risk management was set up by the management team; 2) the objectives and goals of hospital risk management were set up; 3) the key performance indicators for hospital risk management were set up; 4) the structure of hospital risk management was established; 5) the hospital risk management manual was developed; 6) the implementation of the hospital risk management manual was achieved; and 7) the manual was reviewed and the results of risk management were evaluated; and (3) the four forms of hospital risk management was designed: 1) the incident report form, 2) the incident reviews and risk prevention action plan form, 3) the record of present incident form, and 4) the time series of basic problem form. Basically, all these forms were used to enhance the effectiveness of the risk management implementation based on the convenient practice.

**Keywords:** Risk Management Manual, North Eastern-Wattana Hospital

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระในเรื่อง คู่มือการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ทอีส เทอร์น-  
วัฒนา นี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่านที่ได้อนุเคราะห์ ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง  
ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์สุวีณา ตั้งโพธิ์สุวรรณ ที่ให้ความกรุณา ความเข้าใจ และ  
คำแนะนำอย่างดีโดยตลอด รวมถึงคณาจารย์ทุกท่านใน สาขาวิทยาการจัดการ แขนงวิชา  
บริหารธุรกิจ ที่สอนความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์อันเปรียบค่ามิได้ จนผู้ศึกษาสามารถศึกษาจน  
ประสบความสำเร็จ และยังสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติได้จริงในองค์กรที่ทำงานอยู่น้องค์กร  
ได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เมื่อเดือน  
มีนาคม 2555 ที่ผ่านมา

ความรู้ ประสบการณ์ และความเมตตาจากคณาจารย์ทุกท่าน ได้ถูกซึมซับเข้าเป็น  
ส่วนหนึ่งของปัญญาของผู้ศึกษา ซึ่งจะขอน้อมนำสิ่งที่คณาจารย์มอบไว้มาใช้เพื่อพัฒนาตนเอง  
องค์กร สังคม และประเทศชาติต่อไป

ขอขอบพระคุณบริษัท วัฒนาการแพทย์ จำกัด (มหาชน) ที่เอื้อให้ผู้ศึกษา ใช้ข้อมูล  
ของ บริษัทฯ ในการ ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณครอบครัว และเพื่อนร่วมศึกษาที่ให้อำลังใจจนสามารถศึกษา  
จนประสบความสำเร็จ

ณัฐชिरา ตั้งสืบกุล

มิถุนายน 2555

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา .....	2
กรอบแนวคิดของการศึกษา .....	3
วิธีการศึกษา .....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	6
ความเสี่ยงในโรงพยาบาล .....	6
การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) .....	10
การจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล .....	11
กระบวนการจัดการความเสี่ยง .....	13
การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) .....	18
วิธีการจัดการความเสี่ยง (Risk treatment) .....	19
การประเมินผล (Risk evaluation) .....	20
บทที่ 3 กระบวนการจัดการความเสี่ยง .....	21
การกำหนดนโยบายในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล .....	21
กำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล .....	23
กำหนดเป้าประสงค์ .....	24
การกำหนดตัวชี้วัด (Indicators) ในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล .....	24
กำหนดโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล .....	25
กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง .....	25

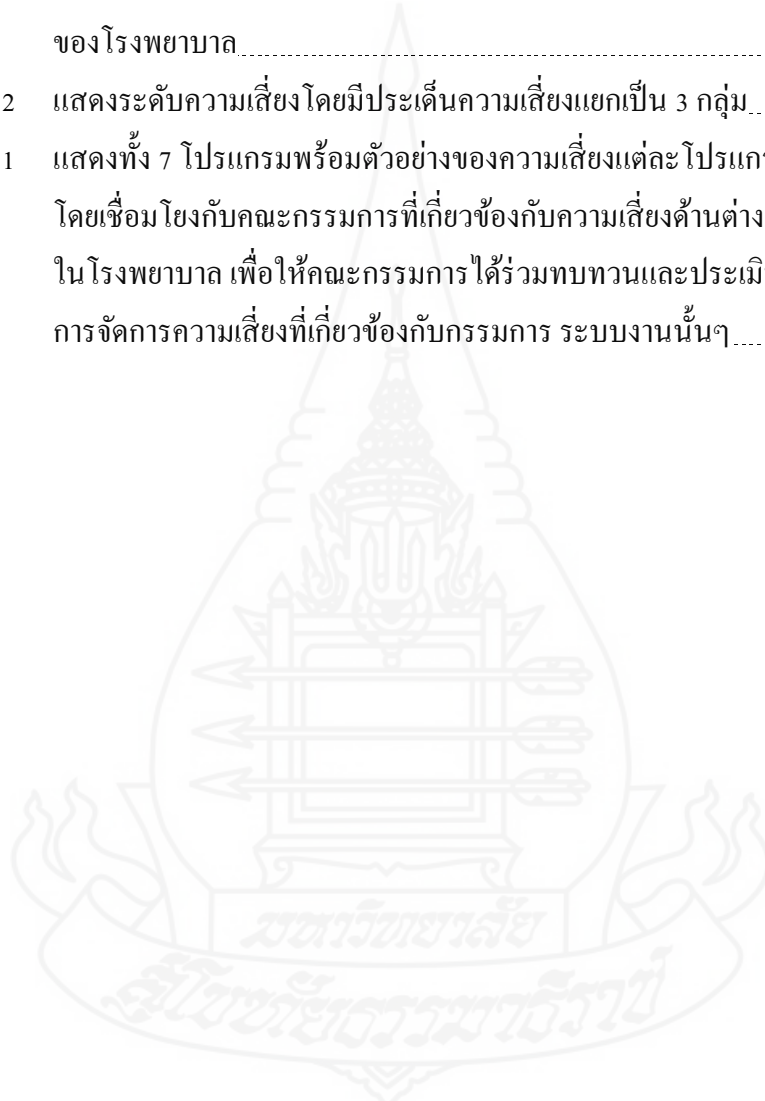
## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
กำหนดกระบวนการจัดการความเสี่ยง.....	26
การประเมินความเสี่ยงและลำดับความสำคัญในการจัดการ.....	29
การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Investigation of Adverse Event).....	31
การประเมินผล (Evaluation) ของการจัดการความเสี่ยง.....	32
บทที่ 4 ขั้นตอนและแบบฟอร์มในการจัดการความเสี่ยง.....	33
ขั้นตอนที่ 1 กำหนดผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน.....	33
ขั้นตอนที่ 2 โปรแกรมที่เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง ของโรงพยาบาลนอร์ธอีสเทอร์น-วัฒนา.....	33
ขั้นตอนที่ 3 การประสานกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง.....	36
ขั้นตอนที่ 4 สรุปแบบฟอร์มและเครื่องมือที่ใช้ในการรายงาน, วิเคราะห์, ทบทวนเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์.....	39
ขั้นตอนที่ 5 การจัดทำมาตรการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงในโรงพยาบาล.....	46
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	50
สรุปผลการศึกษา.....	50
ข้อเสนอแนะ.....	50
บรรณานุกรม.....	54
ประวัติผู้ศึกษา.....	58



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยง.....	19
ตารางที่ 3.1 แสดงการกำหนดตัวชี้วัด (Indicators) ในการจัดการความเสี่ยง ของโรงพยาบาล.....	24
ตารางที่ 3.2 แสดงระดับความเสี่ยงโดยมีประเด็นความเสี่ยงแยกเป็น 3 กลุ่ม.....	30
ตารางที่ 4.1 แสดงทั้ง 7 โปรแกรมพร้อมตัวอย่างของความเสี่ยงแต่ละโปรแกรม โดยเชื่อมโยงกับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงด้านต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่อให้คณะกรรมการได้ร่วมทบทวนและประเมิน การจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกรรมการ ระบบงานนั้นๆ.....	34



ญ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 3.1 แสดงแผนผังควบคุมกำกับคณะกรรมการบริหารและจัดการความเสี่ยง.....	25
ภาพที่ 4.1 แสดงขั้นตอนการจัดการเมื่อพบความเสี่ยงในโรงพยาบาล.....	37
ภาพที่ 4.2 แผนผังการกำหนดระดับความรุนแรง.....	38
ภาพที่ 4.3 แสดงขั้นตอนการจัดทำมาตรการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยง ในโรงพยาบาล.....	47



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันผู้บริโภคมีความรู้และความตื่นตัวในการรับบริการสุขภาพเป็นอย่างดี เนื่องจากความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรคและอาการข้างเคียงต่างๆที่อาจพบระหว่างได้รับการรักษาพยาบาล, การนำเสนอข่าวสารจากสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับความผิดพลาดทางการแพทย์, มีทางเลือกหลายทางทำให้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่ตนไปรับบริการ, มีช่องทางการร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติหากพบว่าเกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนแต่ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความคาดหวังในสิ่งที่พึงได้รับการรักษาพยาบาล เช่น รักษาหายเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับบริการที่รวดเร็ว รักษาสิทธิผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายไม่สูง สถานที่สะอาด สะดวก สวยงาม จนไปถึงเรื่องของการใช้พฤติกรรมบริการที่ดี ต่อผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นความตื่นตัวของผู้บริโภคส่งผลให้โรงพยาบาลต้องทบทวนระบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อรองรับต่อความคาดหวังของผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ปัจจุบันทางภาครัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ออกมาตรการพร้อมทั้งคู่มือคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นการวางแนวทางปฏิบัติ และมาตรฐานที่พึงปฏิบัติในโรงพยาบาล (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เกษัชสาธารณสุข, 2541) ส่วนองค์กรภายนอก อาทิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีส่วนในการตรวจสอบโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการประกันคุณภาพใน กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างเป็นทางการ (อนุวัฒน์ สุขชุติกุล, 2555) ทั้งหมดนี้สร้าง ความจำเป็นในการประกันคุณภาพ และความเสี่ยงของโรงพยาบาลทั้งสิ้น

การประกันคุณภาพของโรงพยาบาลยังเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสามารถจัดการกับปัญหาที่พบต่างๆซึ่งมีทั้งที่เกิดจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน, ความผิดปกติของผู้ป่วยเอง (ธรรมชาติของการดำเนินของโรค), การเปลี่ยนแปลงด้านสภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล, ภัยธรรมชาติ, และภัยด้านสังคมและการเมือง ความเสี่ยงในโรงพยาบาลเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้กับ ทั้งผู้ป่วย, ญาติผู้ป่วย, และบุคลากรของโรงพยาบาลเอง ในโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงจะพบว่าสิ่งที่อันตรายที่สุดอาจไม่ใช่ความเสี่ยงแต่ละเหตุการณ์ หากแต่เป็นการขาดความตระหนักของ

บุคลากร ในองค์กรในเรื่องความเสี่ยงทำให้แม้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แต่อาจไม่มีการรายงาน ทำให้ขาด การทบทวนและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก

ปัญหาทั่วไปที่พบมากในโรงพยาบาล คือ การเกิดซ้ำๆของความผิดพลาดเดิมๆโดย ไม่ได้รับการแก้ไขและการขาดความตระหนักในการรายงานความเสี่ยงหากปล่อยไว้ต่อไปจะส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ซึ่งหัวใจสำคัญของโรงพยาบาลคือความเชื่อมั่นของผู้บริโภคที่มีต่อโรงพยาบาล หากเสียภาพลักษณ์เสียชื่อเสียงย่อมส่งผลเสียหายในระยะยาวแก่ผลการดำเนิน กิจการของโรงพยาบาลเป็นแน่ ดังนั้นการประกันความเสี่ยงในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ และวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ศึกษาแนวทางการจัดการความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (สถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล, 2549) และจัดทำเป็นคู่มือจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา

โรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 100 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอ เมือง จังหวัดอุดรธานี ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลจากสถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีวิสัยทัศน์ว่าจะ “เป็นโรงพยาบาลเอกชนคุณภาพ บริการเป็นเลิศ เปิดสู่ประชาคมอาเซียน” มีกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบ ในการวางระบบการจัดการความเสี่ยง และติดตามประเมินผลการป้องกันความเสี่ยงรวมทั้งการ ประเมินประสิทธิภาพ ของการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและเป็นสหสาขาวิชาชีพ

การบริหารความเสี่ยงโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ ดำเนินการพัฒนารูปแบบ ในการค้นหา แก้ไขและป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่ง ปัจจุบัน ได้จัดทำคู่มือการบริหาร จัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลฉบับนี้ขึ้น โดยเน้น การบริหาร ความเสี่ยงเชิงระบบ สร้างการเชื่อมโยงเข้ากับ โปรแกรมต่างๆเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ถือปฏิบัติให้เป็น แนวทางร่วมกันในโรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ยังมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบการบริหาร ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อ “บริการที่มีคุณภาพ” ผู้รับบริการมีความปลอดภัยและสร้างวัฒนธรรม องค์กรในการนำไปสู่ เป้าหมาย และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 2.1 เพื่อค้นหาประเภทความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 2.2 เพื่อค้นหาแนวทางในการจัดการความเสี่ยง
- 2.3 เพื่อกำหนดขั้นตอนและแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง

### 3. กรอบแนวคิดของการศึกษา

แนวคิดที่ใช้ในการศึกษาเรื่องการจัดการความเสี่ยงเพื่อจัดทำคู่มือการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น-วัฒนา ได้มาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) ซึ่งมาตรฐานนี้กำหนดว่าระบบการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยในโรงพยาบาลต้องประกอบด้วย

- 3.1 การประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
- 3.2 การค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปในทุกหน่วยงาน เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน
- 3.3 การกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักอย่างทั่วถึงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
- 3.4 การวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหาที่แท้จริงเพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม
- 3.5 การประเมินประสิทธิผลของระบบการจัดการความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

### 4. วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้จะศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อกำหนดของระบบมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพและศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรค จากการนำระบบมาประยุกต์ใช้ จากข้อมูลของหน่วยงานและองค์กรต่างๆที่เผยแพร่

#### 4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราช สมบัติครบ 60 ปี
- 2) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ
- 3) ทบทวนระบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

## 4.2 ระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลา	แหล่งข้อมูลที่ทำการศึกษา
1. ศึกษารายละเอียดข้อกำหนด แนวทางการจัดทำระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล	มิถุนายน 2554	ข้อกำหนดของระบบ
2. ศึกษาปัญหา การนำแนวทางสู่ภาคปฏิบัติ	กรกฎาคม 2554	งานวิจัย, การร่วมประชุมหน่วยงาน และกรรมการความเสี่ยงในรพ.
3. จัดทำคู่มือระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล	สิงหาคม -ตุลาคม 2554	

## 4.3 ทรัพยากรที่ใช้

ค่าใช้จ่ายในการจัดทำคู่มือ 6,000 บาท

## 4.4 แนวทางในการเสนอผลงาน

การนำเสนอผลงานจะนำเสนอในรูปแบบของ “คู่มือระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล”

ตอนที่ 1 วัตถุประสงค์

ตอนที่ 2 เป้าประสงค์

ตอนที่ 3 ตัวชี้วัด (Indicators)

ตอนที่ 4 โครงสร้างการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ตอนที่ 5 บทบาทหน้าที่

ตอนที่ 6 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความเสี่ยง

ตอนที่ 7 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

ตอนที่ 8 ระบบบริหารความเสี่ยง

ตอนที่ 9 สรุปแบบฟอร์มและเครื่องมือที่ใช้ในการรายงาน, วิเคราะห์, ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ตอนที่ 10 การจัดทำมาตรการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงในโรงพยาบาล

## 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ความเสี่ยงในโรงพยาบาล หมายถึง โอกาสที่บุคคลที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย, ญาติผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีโอกาสที่จะ ประสบกับการได้รับบาดเจ็บ หรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้งโอกาส ที่จะต้อง เผชิญกับความไม่แน่นอน เป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จะให้เกิดขึ้น (กฤษฎา แสงวดี, 2542; Wilson, 1999)

5.2 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เป็น ข้อกำหนดของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งเน้นแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพที่ ใช้ในการ เป็นเกณฑ์รับรองคือ

- โรงพยาบาลที่เข้ารับการรับรองต้องมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพ
- มีทรัพยากรที่เพียงพอ และการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
- มีระบบป้องกันความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและธำรงไว้ซึ่งคุณภาพที่พัฒนาได้
- มีการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
- มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและดูแลจริยธรรมองค์กร
- มีกระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วยซึ่งเน้นการทำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้
- ที่ทันสมัยมาตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำคู่มือไปใช้ในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยผู้ปฏิบัติสามารถทำตามขั้นตอนที่วางไว้เพื่อจัดการความเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพเริ่มตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง, การป้องกันความเสี่ยง, การแก้ปัญหาเมื่อเกิด ความเสี่ยงขึ้น, การรายงานความเสี่ยง, การทบทวนความเสี่ยง, และการวางแผนป้องกันไม่ให้เกิด ความเสี่ยงเดิมซ้ำอีก

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยการพัฒนาคู่มือบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลและแนวทางการประมวลข้อมูลความเสี่ยงในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการวางแผน และมาตรการป้องกันการเกิดความเสี่ยงขึ้น โดยศึกษาและค้นคว้าจากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

#### 1. ความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยง หมายถึง ความเป็นไปได้ที่จะเกิดการสูญเสียหรือความเสียหาย ที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตและ ทรัพย์สิน ซึ่งแฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงาน (วิทยากร เชียรกูร, 2542; Grose, 1987) ในการตัดสินใจภายใต้ ความเสี่ยงนั้นผู้ตัดสินใจจะต้องคาดคะเน ถึงผลลัพธ์ ที่จะเกิดขึ้น ภายใต้วัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และข้อมูลประกอบ การตัดสินใจ ที่เพียงพอและเหมาะสม (ศิริวรรณ เสรีรัตน์; ปริญ ลักขิตานนท์ และ สมชาย หิรัญกิตติ, 2538; Koch and Fairly, 1993; Jones and Long, 1996) สำหรับในบริบทของ โรงพยาบาลนั้น ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่ บุคคลที่อยู่ในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย, ญาติผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีโอกาสที่จะ ประสบกับการได้รับบาดเจ็บ หรือความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย ความสูญเสีย รวมทั้ง โอกาส ที่จะต้อง เผชิญกับความไม่แน่นอน เป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์จะทำให้เกิดขึ้น (กฤษดา แสงวงดี, 2542; Wilson, 1999)

ความเสี่ยงในโรงพยาบาล หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือเหตุไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล ทั้งต่อผู้ป่วย, ผู้รับบริการ, เจ้าหน้าที่, องค์กร ได้แก่

- การถูกทำร้ายหรือบาดเจ็บเสียหาย (harm) หมายถึง การทำร้ายจิตใจ, ความเจ็บป่วย, การสูญเสียหน้าที่อวัยวะ, การสูญเสีย, การถูกกลั่นแกล้ง, การรบกวน, การมีบาดแผล
- เหตุร้าย (hazard) หมายถึงการเกิดภัยอันตราย, ภาวะยากลำบาก
- อันตรายหรือการคุกคาม (danger) หมายถึงความรู้สึกละطمไม่มั่นคง, ถูกทำให้รู้สึกอ่อนแอ
- ความไม่แน่นอน (uncertain) หมายถึงสิ่งที่กำกวม, น่าสงสัย, คาดการณ์ไม่ได้, ทำนายไม่ได้, ไม่แน่ใจ



- การถูกเปิดเผย (exposure) หมายความว่ารวมถึง ความหวาดกลัวที่จะถูกนำเสนอ การเปิดเผยทางกายภาพ, การเปิดเผยความลับ และการแปลความที่ผิด

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากความผิดพลาดจากการทำงาน (Human error) เช่น การให้ยาผิด ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อ (อาภา นิตยศักดิ์, 2533; มณีรัตน์ โภทชงรัก, 2537) การลืมนัดดูไว้ในร่างกายผู้ป่วย การเฝ้าระวังติดตามการรักษาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการสื่อสารที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อน ในโรงพยาบาล (Raines, 2000) ความเสี่ยงในโรงพยาบาลยัง ประกอบด้วยความเสี่ยงทางด้านกายภาพ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยของ ทวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) พบว่าในการ บริหารความเสี่ยงทางด้านกายภาพของโรงพยาบาลนั้นหากกลุ่มหัวหน้าระดับสูงที่รับผิดชอบในการร่วมบริหารความเสี่ยง ได้รับการอบรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านความปลอดภัย จะทำให้โรงพยาบาลนั้นมีการ บริหารความเสี่ยงที่สูงกว่าหัวหน้าที่ไม่ได้รับการอบรม

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าความเสี่ยง แอบแฝงอยู่ในทุกระบบของการทำงานในโรงพยาบาล โดยจาก การศึกษา ของ Wilson (1999) พบว่าผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลพบว่ามีความเสี่ยง 1 คน ในจำนวนผู้ใช้บริการ 50 คน และจากการศึกษาวิจัยทางด้านความเสี่ยงด้านผู้ให้บริการนั้น ทองสุกร บุญเกิด (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการความปลอดภัย ในการ ทำงานของหัวหน้างาน กับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายร่างกายของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ศูนย์ พบว่าการอบรมการป้องกันตัวและการจัดการความปลอดภัย ของหัวหน้างานมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ และการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของ หัวหน้างาน สามารถพยากรณ์การปรับตัว ภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพได้

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางวิชาชีพใน โรงพยาบาล โดย ธัญลักษณ์ โอบอ้อม (2540) พบว่าบุคลากรมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการ ให้บริการในระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่ต้องมีการปรับปรุง คือ การปฏิบัติตาม หลักการ Universal precautions กับผู้ใช้บริการทุกราย และการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เหมาะสม กับกิจกรรมประสพการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ปัจจัยด้านองค์กรมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ ปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมของหน่วยงาน อุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่เพียงพอและ บุคลากร ละเลยการปฏิบัติเพราะยังขาดความรู้ความเข้าใจในความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผ่านทาง เลือดและสาร คัดหลั่งน้อย

สำหรับความเสี่ยงต่อผู้ใช้บริการที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาลมีหน้าที่ดูแลให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ความเสี่ยงที่พบบ่อยเกิดจากภาระงานที่รีบเร่งอาจทำให้ละเลย ประมาทหรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับบริการ โดยมิได้เจตนา จากการศึกษาวิจัยโดย อาภา นิตยศักดิ์ (2533) และ มณีรัตน์ โกทชงรัก (2537) พบว่าผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐให้ความสำคัญในระดับสูง กับความเสี่ยงเรื่องการให้ยาผิด อุบัติเหตุหกล้มและตกเตียง เทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้อง และพบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลการดูแลและการจัดการความเสี่ยงในเรื่องการให้ยา การหกล้ม และตกเตียง การติดเชื้อในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจ ต่อการบริการพยาบาลของผู้รับบริการ

ความเสี่ยงในโรงพยาบาล แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้รับบริการ เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้อ การได้รับยาผิด ปฏิบัติการพยาบาลไม่ถูกต้องตามแผน ให้การพยาบาล การไม่ติดตามประเมินผลการรักษา การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษา เช่น การแพ้ยา เป็นต้น

2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้รู้สึก อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้รู้สึกสับสน ความไม่เป็นส่วนตัว การไม่ได้รับการตอบสนอง ได้อย่างทันที

3. ความเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับ ผู้ใช้บริการ เช่น การเปิดเผยผู้ใช้บริการต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับ การให้การ รักษาผิดคน รวมถึงการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ใช้บริการเช่น กรณีที่ผู้ใช้บริการ ไม่สามารถ ชำระค่า รักษาพยาบาลได้ หรือการที่ผู้ใช้บริการต้องสูญเสียรายได้จากการนอน โรงพยาบาลเนื่องจาก การนอนโรงพยาบาล โดยไม่มีความจำเป็น

4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความไม่แน่นอน ตลอดจนวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของผู้ใช้บริการ

ความเสี่ยงหรือความสูญเสียในโรงพยาบาลมี 7 ประการ (risk heptagon) ได้แก่:

1) ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล

2) การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจ และขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3) การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนา และการดำเนินการ ไม่ว่ารายได้ได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4) การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มี ความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วยญาติ/ ของเจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจโรงพยาบาล

5) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือ ที่ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้น เพื่อการทดแทน

6) การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และ สิ่งมีชีวิตอื่นๆในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

7) ภาระในการชดใช้ค่าเสียหายซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

## 1.1 ประเภทความเสี่ยง

### 1.1.1 ความเสี่ยงทางด้านคลินิก (Clinical Risk)

ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) หมายถึงเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาลหรืออุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ อาจประกอบด้วย Iatrogenic injury (โรค หมอทำ), Malpractice (เวชปฏิบัติไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ (Medical errors) ความคาดเคลื่อนหรือความล้มเหลวของการรักษา (จากแผนการรักษาที่วางไว้ (Complications) ภาวะไม่พึง ประสงค์ที่เกิดจากการดูแลรักษาที่ไม่ตั้งใจ

### 1.1.2 Common clinical risk

คือ ความเสี่ยงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกคน เช่น เสี่ยงต่อการ ได้รับยาผิดเสี่ยงต่อการได้รับเลือดผิด ,

### 1.1.3 Specific clinical risk

คือความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคนั้นๆ หรือ ได้รับการทำหัตถการ นั้นๆ

- ทางโรค เช่น ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo –Hyperglycemia
- หัตถการ เช่น ผู้ป่วยทำกายภาพเสี่ยงต่อการถูก Burnsระหว่างทำหัตถการนั้น

### 1.1.4 ความเสี่ยงทางด้านทั่วไป (Non-clinical Risk)

คือความเสี่ยงที่ไม่ได้เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น ผู้ป่วยหล่น ทรัพย์สินถูกขโมย เป็นต้น

## 2. การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation)

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) คือกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งเน้นแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพที่ใช้ในการเป็นเกณฑ์รับรองคือ

1. โรงพยาบาลที่เข้ารับการรับรองต้องมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพ
2. มีทรัพยากรที่เพียงพอ และการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
3. มีระบบป้องกันความเสี่ยงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และสร้างไว้ซึ่งคุณภาพที่พัฒนาได้
4. มีการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
5. มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและดูแลจริยธรรมองค์กร
6. มีกระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วยซึ่งเน้นการทำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัยมาตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

องค์กรที่สามารถขอการรับรองได้ คือ โรงพยาบาลทุกขนาดในประเทศไทยทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชนในมาตรฐานการรับรองได้กำหนดให้ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล โดยกำหนดว่าโรงพยาบาลที่จะขอการรับรองนั้นจะต้องมีการกำหนด และปฏิบัติตามระบบ บริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ

ข้อกำหนดของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยนั้นต้องมี

1. การประสานงานและความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้ง การบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
2. ต้องมีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปในทุกหน่วยงานและใน ทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันที่มุ่งปกป้องผู้ป่วย และ ผู้มารับบริการจากเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย
3. มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักอย่างทั่วถึงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
4. มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูล ไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน

5. มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่ การแก้ปัญหาที่เหมาะสม
6. มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

### 3. การจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

แนวคิดการบริหารความเสี่ยงได้เริ่มมีการนำมาใช้ตั้งแต่ปีค.ศ. 1950 ในธุรกิจประกันภัย เพื่อใช้ในการ ประเมินและคำนวณเบี้ยประกันภัย ต่อมาแนวคิดของการบริหารความเสี่ยงได้เริ่ม นำมาใช้ในโรงพยาบาลในปี ค.ศ.1958 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ตระหนักถึงความปลอดภัย ในการทำงาน (Koch and Fairly, 1993) ต่อมาในปี 1970 ได้เกิดวิกฤติการณ์การฟ้องร้องเกี่ยวกับ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในวงการแพทย์ เกิดขึ้นมากใน สหรัฐอเมริกา ทำให้การบริหารความเสี่ยง ใน โรงพยาบาลต้องมุ่งเน้นที่จะลดความเสียหายด้านการเงินที่จะต้องจาก เป็นค่าสินไหมทดแทน ให้แก่ผู้ร้องเรียนเท่านั้น

กิจกรรมที่ใช้ในการลดการสูญเสียทางการเงินประกอบด้วย

1. การหลีกเลี่ยง (Risk avoidance) คือ การที่โรงพยาบาลจะไม่ทำกิจกรรมใดๆ หรือให้บริการในสิ่งที่ ไม่ชำนาญ หรือไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่เพียงพอ
2. การยอมรับความเสี่ยง (Risk retention) คือ โรงพยาบาลยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพราะความเสียหายน้อยกว่าการที่โรงพยาบาลจะต้องจ่ายเบี้ยประกันความเสี่ยง โดยจะต้องจัดงบประมาณส่วนหนึ่ง ไว้เพื่อชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้น
3. การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) คือ การที่โรงพยาบาลถ่ายโอนความเสี่ยง ไปให้ผู้อื่นรับผิดชอบ โดยการซื้อประกันคือถ่ายโอนความเสี่ยงให้แก่บริษัทประกัน เป็นผู้รับผิดชอบแทน

ต่อมาในปี ค.ศ. 1991 ระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยการรวมกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถลดความเสี่ยงต่างๆลงได้อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ (Smith and Wheeler, 1992) ปัจจุบัน โรงพยาบาลต่างๆ จึงมีการบริหาร ความเสี่ยงที่มีขอบเขตที่กว้างขึ้นและสามารถครอบคลุมด้านต่างๆ ดังนี้ (กฤษดา แสงวงดี, 2542)

1. การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม ปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรฐาน วิชาชีพ

2. ลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ใช้บริการ การใช้จ่าย หรือการทำหัตถการ
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ
4. การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่
5. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการดูแลด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
6. การสร้างความตื่นตัวแก่ผู้บริหารและผูปฏิบัติในการค้นหา ฝ้าระวังและจัดการเพื่อ

ควบคุมป้องกัน ความเสี่ยง

7. ลดการสูญเสียทรัพยากรเนื่องจากความบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้น
8. สร้างความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อโรงพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 มานั้นประเทศไทยได้เริ่มต้นตัวในเรื่องการพัฒนา และประกันคุณภาพ ของโรงพยาบาล โดยได้จัดตั้งสถาบันเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) และได้สรุปผลการศึกษากลุ่มมิติสำหรับคุณภาพโรงพยาบาลว่า

ประกอบ ด้วย

1. สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) หมายถึง การบริการที่บรรลุถึงผลลัพธ์ ของการรักษาที่ต้องการ (Goal achievement) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Responsiveness) และมีความสม่ำเสมอ (Consistency)

3. ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึง ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็น ของผู้ป่วย ตามหลักวิชาการ

4. ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางลบ ความผิดพลาด และผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ

5. ความต่อเนื่อง (Continuous) หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี

6. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง โรงพยาบาลให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

7. การเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นตามข้อบ่งชี้และ ในเวลาที่สมควร



8. ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (Accountability) หมายถึง การบริการเป็นที่ยอมรับ
9. (Acceptability) มีความรับผิดชอบต่อสังคมในสิ่งที่ดำเนินการ สามารถตรวจสอบและอธิบายได้
10. ความมุ่งมั่น (Commitment) หมายถึง โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งมั่นในการพัฒนา โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาพบว่าการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลนั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และจึงเป็นข้อกำหนดส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ที่จะได้รับการรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation : HA) จากสถาบันรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล (จรรยาบรรณ ศิริรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ดังนั้นการ บริหารความเสี่ยงจึงมีบทบาทมากขึ้นในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการป้องกันการสูญเสียในโรงพยาบาลใน ทุกๆ ด้าน

#### 4. กระบวนการจัดการความเสี่ยง

การจัดการความเสี่ยง (Risk management) เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการกระทำและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (Bowyer, 1987) หรือกระบวนการแก้ปัญหา (Loveridge and Cummings, 1996) ที่สามารถระบุได้ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เสาะแสวงหา กิจกรรมเพื่อใช้ในการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งความเสี่ยงอย่างแท้จริง และความเสี่ยง แบบคาดการณ์ล่วงหน้า ลงมือจัดทำกิจกรรม และประเมินผลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงทั้งในผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ รวมทั้งลดโอกาสการสูญเสียทางการเงิน ของโรงพยาบาล (ฟารีดา อิบราฮิม, 2542; Jones and Long, 1996; Wilson, 1999)

การบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง
3. วิธีจัดการความเสี่ยง
4. การประเมินผล

##### 4.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุด เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุก เพื่อป้องกันการสูญเสียในขั้นตอนนี้จะเป็นการระบุความเสี่ยง จากการรวบรวมข้อมูลทางสถิติที่ผ่านมาเกี่ยวกับ เหตุการณ์สำคัญต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงทำให้เกิด การสูญเสีย เช่น

การไม่ไว้วางใจ การขัดต่อพันธะสัญญาที่ว่าไว้ สถิติผู้เสียชีวิต การเสื่อมเสียชื่อเสียง การทำลายสิ่งแวดล้อม การถูกลอบทำร้าย การปฏิบัติหน้าที่บกพร่อง เป็นต้น ซึ่งการค้นหา ความเสี่ยงนั้นจะเป็นการเก็บรวบรวมสถิติข้อมูลที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่ค้นหาความเสี่ยงจะ ต้องทำความเข้าใจและทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีความเป็นไปได้ อาจทำให้มีการสูญเสียเกิดขึ้น โดยกระบวนการ คิดของการค้นหาความเสี่ยงนั้นจะต้องคำนึงถึงว่า อะไรที่ทำให้เกิดความเสี่ยงขึ้น มีย้อนกลับไปทบทวนความเสี่ยง หรือ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นและได้เคยมีการติดตามเหตุการณ์แล้วหรือไม่ การค้นหาความเสี่ยงนั้น สามารถ ทำได้ดังนี้

- 1) การรายงานอุบัติการณ์ (Incident report)
- 2) การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (Peer review)
- 3) คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ (Patient complaint)
- 4) การสำรวจ/สัมภาษณ์หน่วยงาน (Department survey)

#### 4.2 การรายงานอุบัติการณ์

**อุบัติการณ์** หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย , ผู้รับบริการ , องค์กร หรือเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดขึ้นแต่ไม่เกิดเพราะบังเอิญมีการแก้ไขก่อน , เจ้าหน้าที่โดยการแก้ไขนั้น ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบกระบวนการทำงานที่วางไว้

ระบบการทำรายงานอุบัติการณ์ได้เริ่มนำมาใช้และพัฒนาขึ้นในองค์กรสุขภาพเมื่อปลายปี ค.ศ. 1940 โดยเริ่มแรกมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้การรายงาน ความผิดปกติ เกี่ยวกับการผ่าตัดในโรงพยาบาล และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการเกี่ยวกับ การใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง การให้ยาผิดเท่านั้น เพื่อที่ได้ข้อมูลของเหตุการณ์ว่า “เกิดขึ้นได้อย่างไร” “ทำไมจึงเกิดเหตุการณ์นี้” และนำข้อมูลมาทำการ วิเคราะห์เพื่อเป็น แนวทางป้องกันมิให้เกิดขึ้นอีกต่อไป ปัจจุบันการรายงานอุบัติการณ์ได้เพิ่มประเด็น การรายงานอุบัติการณ์ไปที่วิธปฏิบัติ (Treatment procedure) การให้ยา ความผิดปกติ จากการให้ยา และเลือด การติดเชื้อ การบาดเจ็บจากการคลอดของทารก การพลัดตกหกล้ม การตกเตียง การได้รับบาดเจ็บจากการถูกของร้อนและปัญหาเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์อีกด้วย

การรายงานอุบัติการณ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการค้นหาความเสี่ยงและนิยามทำกันมากที่สุด การรายงานอุบัติการณ์จะมีประสิทธิภาพได้ถ้าหน่วยงานได้ให้ความสำคัญและแสดงเจตจำนงให้บุคลากรในหน่วยงาน มีทัศนคติที่ดีต่อการทำรายงานอุบัติการณ์ต่อผู้จัดการความเสี่ยง ผู้ประสานงานการประกันคุณภาพ และทีมบริหาร แต่ปัญหาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์นั้น มักจะไม่รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจถึงประสิทธิภาพของการ รายงานอุบัติการณ์ว่าทำไมจึงต้องมีการรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ กล่าวถึงไทยเนื่องจากเป็น ความผิดพลาด



จากการทำงานไม่มีเวลาในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ ดังนั้น Bowyer (1987) จึงได้เสนอว่าผู้บริหารจะต้องให้ความสนใจและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้แก่บุคลากร ซึ่งการทำรายงานอุบัติการณ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

- 4.2.1 หน่วยงานจะต้องมีความชัดเจนในการรายงานว่าเหตุการณ์ใดที่จะต้องมีการรายงาน
  - 4.2.2 แบบบันทึกการรายงานอุบัติการณ์จะต้องง่ายต่อการให้ข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลสั้นและกระชับ มีวัตถุประสงค์ในการตอบที่ชัดเจน ระบุชื่อผู้บันทึก ผู้เสียหาย เวลาในการเกิดเหตุการณ์ บรรยายให้เห็นลักษณะและข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน
  - 4.2.3 จะต้องมีการรายงานทันทีที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นผู้จัดการจะต้องมีการติดตามปัญหาทันทีภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อได้รับการรายงาน
  - 4.2.4 ข้อมูลของการรายงานอุบัติการณ์จะต้องมีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันระหว่าง หน่วยงานบริหาร ความเสี่ยงและงานประกันคุณภาพ
  - 4.2.5 ต้องมีการแสดงข้อมูลย้อนกลับให้กับบุคลากรทราบถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยง ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และแนวทางป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงครั้งต่อไป เพื่อแสดงให้เห็นว่าการรายงานอุบัติการณ์นั้นได้รับการติดตามและประเมินผล
  - 4.2.6 จะต้องมีการให้ความรู้กับบุคลากรให้เห็นคุณค่าและตระหนักถึงความสำคัญในการทำรายงานอุบัติการณ์
  - 4.2.7 ผู้บริหารระดับสูงจะต้องให้ความสำคัญและติดตามการทำรายงานอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอ
- นอกจากนี้ Swansburg, 1996 อ้างถึงใน กวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ได้เสนอในสิ่งที่ควรและไม่ควร ปฏิบัติในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ไว้ดังนี้

ปฏิบัติ	ไม่ควรปฏิบัติ
1. เหตุการณ์ทุกเรื่อง รวมทั้งการเกิด อุบัติเหตุ รุนแรง หรือความไม่พอใจในการดูแล	1. เขียนกล่าวโทษผู้อื่น
2. อุบัติเหตุที่เกิดกับญาติผู้ใช้บริการ	2. เก็บรายงานอุบัติการณ์ไว้ในแฟ้มประวัติผู้ใช้บริการ
3. เขียนรายงานอย่างละเอียด	3. ไม่ใส่ใจหรือไม่เขียนรายงาน
4. ปฏิบัติตามนโยบายและกฎข้อบังคับ	4. เล่าให้ผู้ร่วมงานฟัง

ปฏิบัติ	ไม่ควรปฏิบัติ
5. รายงานอุบัติการณ์ทันที	5. ไม่กล้าปรึกษาหรือเขียนรายงานซึ่งการเขียนรายงานเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะเป็นการป้องกันตนเองที่ดีที่สุด
6. พยาบาลมีส่วนช่วยในการลดความกลัว ของ ผู้ประสบ เหตุการณ์	6. เขียนในบันทึกของแพทย์
7. ระบุชื่อผู้เสียหายและเรื่องที่เกิดขึ้น	7. ไม่สนใจหรือแสดงท่าทีที่เย็นชา ต่อ ผู้ใช้บริการ และครอบครัว
8. มีการบันทึกที่ถูกต้อง	
9. รายงานการชำรุดของเครื่องมือ รวมทั้งเลข เครื่อง และส่งตรวจซ่อม	
10. เก็บรายงานไว้เป็นความลับ	
11. รายงานให้ผู้จัดการพยาบาลทราบ	
12. ปรึกษาผู้บริหารความเสี่ยง	
13. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล	
14. ให้ความสนใจต่อโปรแกรมพัฒนาคุณภาพ บุคลากร	
15. เขียนยืนยันการรับคำสั่งทาง โทรศัพท์ ทุกครั้ง	

#### 4.3 การทบทวนโดยเพื่อร่วมวิชาชีพ

การทบทวน โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มวิชาชีพโดยใช้ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการมาเป็นประเด็นในการเรียนรู้ เพื่อหาแนวทางในการลดหรือป้องกัน ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในกรณีอื่นอีกต่อไป การทบทวนโดยเพื่อร่วมวิชาชีพจะประสบความสำเร็จ ได้นั้นทุกคนจะต้องมีความเข้าใจว่ากระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ใช้แนวคิดเชิงบวกเพื่อ สร้างระบบงานที่ดีขึ้น ทุกคนได้รับประโยชน์ร่วมกันโดยไม่เกิดความเสียหาย และเกิดคุณภาพ การบริการที่ดีสามารถลดและป้องกันความเสี่ยงได้ ซึ่ง อนุวัฒน์ ศุภชอุฏกุล (2541) ได้เสนอ การทำ การทบทวนโดยเพื่อร่วมวิชาชีพสามารถทำได้ดังนี้

4.3.1 การทบทวนผู้ใช้บริการที่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เป็นสิ่งทีบุคลากรทางการแพทย์ได้ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว เช่น การส่งเวร การ round ward เป็นการค้นหาปัญหาที่ทำได้ทันทีขณะที่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

4.3.2 การทบทวนเวชระเบียนโดยวิธีการสุ่ม (Random review of patient records) เป็นการค้นหาความเหมาะสมในการรักษาคุณภาพการบันทึกเอกสาร การสื่อสารกับผู้ใช้บริการ แล้วนำเสนอในที่ประชุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางลดและป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงขึ้นต่อไป วิธีการนี้สมาชิกจะต้องสนับสนุนและเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอและจะทำให้เกิดคุณภาพในการบันทึกเวชระเบียนทันที

4.3.3 การทบทวนเวชระเบียนตามลักษณะที่กำหนดไว้หน่วยงานจะกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นสูงและทำการสุ่มเวชระเบียนของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสูงมาทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ใดขึ้น จึงไม่สามารถรักษาได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

4.3.4 การวิเคราะห์เหตุการณ์ที่สำคัญ (Critical incident analysis, Occurrence screening) เป็นการนำอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญมาวิเคราะห์เพื่อหาวิธีป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้นอีก เป็นการลงทุนกับสิ่งที่มีปัญหาและเป็นวิธีการที่คุ้มค่าเพราะช่วยป้องกันความเสี่ยงให้กับทุกฝ่าย ตัวอย่างของอุบัติการณ์ที่จะนำมาทบทวน เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต การกลับมาใช้บริการซ้ำ การตรวจรักษาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เป็นต้น

4.3.5 การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective review of patient record)/ การทบทวนโดยอิงเกณฑ์ (Criteria-based audit) เป็นการทบทวนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้สำหรับผู้ใช้บริการโรคใดโรคหนึ่ง เช่น ความล่าช้าในการรับผู้ใช้บริการ อัตราการส่งตรวจ เพื่อสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมบางอย่าง การบันทึกผลการตัดสินใจ การใช้วิธีการรักษาต่างๆ การให้ข้อมูลผู้ใช้บริการ การมี Clinical practice guideline จะทำให้การทบทวนมีความง่ายขึ้น วิธีการทำนั้นจะนำเวชระเบียนในโรคที่ต้องการหาข้อมูลมาประมาณ 30-50 ราย เพื่อหาข้อมูล ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อิงเกณฑ์นำเสนอในที่ประชุม ควรมีการทบทวน ความรู้จากวารสาร ประกอบเพื่อประหยัดเวลาในการอภิปรายสรุปข้อปฏิบัติที่กลุ่มยอมรับ ร่วมกันและนำไปประกอบการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแต่วิธีการนี้จะต้องใช้เวลามากในการสืบค้นข้อมูลและเวชระเบียนที่นำมาทบทวนอาจจะไม่ใช่ตัวแทนของทั้งหมดอาจจะทำให้ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ได้

4.3.6 กลุ่มพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (Practice-based CQI) เป็นการแก้ปัญหา หรือปรับปรุงระบบงานโดยใช้วงล้อ Plan-Do-Check-Act ที่จะต้องมีการประเมินควบคู่กับ การแก้ไขตลอดเวลา การทำงานลักษณะนี้เป็นการผนวกขั้นตอนของการตรวจสอบตนเองและ การปรับปรุงคุณภาพเข้าด้วยกัน จะต้องมีการคัดเลือกประเด็นที่จะศึกษา กำหนดเป้าหมาย เก็บและวิเคราะห์

ข้อมูลวางแผนและดำเนินการเปลี่ยนแปลง และศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าการทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพนั้นมักมี

จุดบกพร่องเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีความสับสนเกี่ยวกับแนวคิด คำศัพท์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมีแนวคิดที่ต่างกัน ทำให้เกิดการไม่ประสานกัน ระหว่างวิชาชีพต่างๆ ในการทำกิจกรรมคุณภาพ ความรู้สึกยึดมั่นในความเป็นตัวของตัวเอง ทำให้ไม่ยอมรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ใช้บริการร่วมกัน หรือที่จะมีบุคคลอื่นมาศึกษา ทบทวนการทำงานของตนเองทำให้เกิดการไม่ประสานกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพและการใช้ความรู้สึกมากกว่าการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์และข้อมูล สำหรับเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

#### 4.4 คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการร้องเรียนคือ ความไม่พอใจจากการได้รับบริการของผู้ใช้บริการจึงทำให้เกิดการร้องเรียนขึ้นซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศไทย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม การร้องเรียนที่เกิดขึ้นนั้นบางเหตุการณ์ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการตลอดจนองค์กร ดังนั้นข้อมูลของการร้องเรียนของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นจะต้องมีการรับคำร้องเรียนและแก้ไข อย่างรวดเร็วเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความกระจ่างชัดในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อมูลของการร้องเรียนมีหลายรูปแบบ เช่น จดหมาย โทรศัพท์ การบอกเล่า จากผู้ใช้บริการเอง เป็นต้น การร้องเรียนนั้นจะทำให้ได้ข้อมูลและปัญหาที่เกิดขึ้น การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจะเป็นสิ่งหนึ่ง ที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการได้ ทำให้เกิดความไว้วางใจในการให้ บริการสามารถลดการร้องเรียนได้

#### 4.5 การสำรวจ/การสัมภาษณ์หน่วยงาน

การสำรวจ/การสัมภาษณ์หน่วยงาน เป็นการตรวจสอบองค์ประกอบต่างๆที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน และการสอบถามความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากผู้ปฏิบัติงานโดยตรง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการป้องกัน และลดความเสี่ยง

### 5. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis)

การวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่ให้ความสำคัญของแต่ละความเสี่ยงว่ามีความถี่ ความรุนแรงหรืออันตรายมากน้อยเพียงใด เป็นการประเมินความเสี่ยงที่ผ่านมาในอดีตว่า ส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงิน ภาพพจน์หน่วยงาน/องค์กร บุคลากร และจริยธรรม อย่างไร ในขั้นตอนนี้จะเป็นแนวทางที่หน่วยงานใช้ในการพิจารณาการคัดเลือกความเสี่ยงที่ รุนแรงและ

สำคัญมาจัดการได้อย่างเหมาะสม เน้นที่จะป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาส เกิดความสูญเสียที่มหาศาลมากกว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นบ่อยแต่มีความสำคัญน้อยกว่า อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ได้เสนอตาราง ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงไว้ดังนี้

ตารางที่ 2.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยง

	ผลกระทบต่ำ/ไม่รุนแรง	ผลกระทบสูง/รุนแรงมาก
โอกาสสูง/เกิดบ่อย	สร้างความตื่นตัว	จัดการโดยเร่งด่วน
โอกาสต่ำ/เกิดไม่บ่อย	ติดต่อกับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	กำหนดมาตรฐานที่รัดกุม ทำความเข้าใจ

แหล่งที่มา: อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542 อ้างถึงใน ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542)

## 6. วิธีการจัดการความเสี่ยง (Risk treatment)

วิธีการจัดการความเสี่ยงเป็นการหาทางเลือกหรือกลยุทธ์ที่จะจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันและลดความเสี่ยงถือว่าเป็นหัวใจที่สำคัญขององค์กรทางด้านสุขภาพการจัดการความเสี่ยง สามารถได้โดย

6.1 การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) เป็นการกำหนดมาตรการที่จะควบคุมความเสี่ยงสามารถทำได้โดยการฝึกอบรมการให้ความรู้เรื่องของการบริหารความเสี่ยง เพื่อพัฒนาบุคลากรส่งเสริมให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามนโยบายขั้นตอนและข้อตกลงในการทำงาน กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ใช้บริการและต้องมีการทบทวนปรับปรุง เป็นระยะๆ เพื่อให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา มีการวางแผนป้องกันอุบัติเหตุ ความเสียหายที่รุนแรง ผลกระทบที่อาจจะตามมา

6.2 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) คือการทิ้งทำกิจกรรมบางอย่าง เนื่องจาก ไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะทำ เช่น การส่งผู้ป่วยไปไอซียู

6.3 การยอมรับความเสี่ยง (Risk acceptance) เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้น องค์กรได้มีการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อรองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ถูกลงกว่าการที่จะต้องทำประกันกับบริษัทประกันภัย

6.4 การลดความเสี่ยง (Risk reduction) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อไม่สามารถที่จะควบคุมยอมรับหลีกเลี่ยงความเสี่ยง หรือมีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้ว จำเป็นจะต้องทำให้ความเสี่ยงนั้น เกิดความรุนแรงหรือผลเสียหายน้อยที่สุด

6.5 การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer) เป็นการทำประกันความเสี่ยง กับบริษัทประกันภัยโดยที่บริษัทประกันภัยจะเป็นผู้รับผิดชอบเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น

## 7. การประเมินผล (Risk evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่จะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยงซึ่งถูกผูกมัดแห่งความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงนั้นขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่และการติดตามผลของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็วและให้ความสำคัญกับ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ขั้นตอนการค้นห ความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงนั้น ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ได้ผล เป็นที่พอใจในระดับที่ยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือไม่ ถ้ายังไม่ลดลงหรือยังไม่อยู่ในระดับที่ยอมรับความเสี่ยงได้ก็จะต้องทำการทบทวนปรับปรุงแก้ไขใหม่เพื่อที่จะลดความเสี่ยงลงทำให้เกิด ประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการ กิจกรรมการ ประเมินผลความเสี่ยง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542) ได้แก่

7.1 การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน

7.2 การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปี

โดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน มากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์คำถามที่ต้องถามคือ ก) อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งที่มีมาตรการป้องกันแล้ว ข) อุบัติการณ์นี้เป็นเหตุเดี่ยว (Isolate incident) หรือเป็นเรื่องของระบบ มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่

7.3 การตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ๆเพื่อประเมินว่าต้องใช้เวลาทรัพยากรใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการที่จะต้องมีการกระทำ และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจึงจะมีประสิทธิภาพ ซึ่งการทำงานของการบริหารความเสี่ยงนั้นจะมีความคาบเกี่ยวกับการประกันคุณภาพแต่วัตถุประสงค์ในการทำงานนั้นมีความแตกต่างกันคือการบริหาร ความเสี่ยงจะมุ่งเน้นมิให้เกิดความเสี่ยงคือเกิดความผิดพลาดให้น้อยที่สุด ในโรงพยาบาลเอง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำการบริหารความเสี่ยงเข้ามามีใช้ในการปฏิบัติงานของทุกหน่วยงาน เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ จึงต้องนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ร่วมเข้ามาใช้ร่วมด้วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยยึดเป้าหมายร่วมกันคือความปลอดภัยของผู้รับบริการและ บุคลากรของโรงพยาบาล



### บทที่ 3

## กระบวนการจัดการความเสี่ยง

เนื่องจากกิจกรรมการให้บริการต่อผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมต่อเนื่องและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานหนึ่งสู่อีกหน่วยงานหนึ่ง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความเสี่ยงที่ถูกรายงานจึงมักจะเกิดขึ้น ณ จุดบริการหนึ่งแต่ถูกพบและรายงาน ณ อีกจุดบริการหนึ่ง ก่อนที่ความเสี่ยงจะเกิดขึ้นหรือเกิดผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วย

ดังนั้นการค้นหาและวางแนวทางป้องกันความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอสำหรับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเพื่อลดผลกระทบจากความเสี่ยงต่อผู้ป่วยแต่ต้องนำความเชื่อมโยงของกิจกรรมบริการของแต่ละหน่วยงานเข้ามาพิจารณาด้วยจึงจะสามารถบริหารความเสี่ยงแบบมุ่งผลลัพธ์ในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ต้องเกิดความตระหนักถึงห่วงโซ่ความเชื่อมโยงของผลงานและความเสี่ยงที่เกิดจากงานของหน่วยงานต่างๆที่ร่วมกันทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางการดักจับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานหนึ่งๆที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยดักจับได้เร็วที่สุดย่อมหมายถึงการลดผลกระทบและความเสียหาย ที่เกิดจากความเสี่ยงได้มากที่สุด

การปรับเปลี่ยนทัศนคติของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานให้มองเรื่องการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลมิใช่เพียงระดับหน่วยงานและเพื่อให้เกิดความสามัคคีและความร่วมมือในการลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยโดยไม่มุ่งเน้นหาว่าใครเป็นผู้ทำให้เกิดความผิดพลาด แต่หากเกิดแล้วยอมเป็นเรื่องที่สุดวิสัยแต่ระบบที่ดีย่อมดักจับได้อย่างรวดเร็วก่อนที่จะเกิดความเสียหาย ต่อผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่, และ โรงพยาบาล

#### 1. การกำหนดนโยบายในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

กระบวนการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลเริ่มจากการกำหนดนโยบายการจัดการ ความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

### 1.1 ในด้านความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมการจัดการความเสี่ยง

บุคลากรทุกคนทุกระดับและทุกสาขาวิชาชีพต้องตระหนักและร่วมมือกันในการจัด การความเสี่ยง, โดยยึดแนวคิด “เจ้าหน้าที่ทุกคนคือผู้จัดการความเสี่ยงในขอบเขตงานของตนเอง” และต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการจัดการความเสี่ยง มีการปฏิบัติที่เหมาะสมถูกต้องจนเป็นวัฒนธรรมในการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานของตน

### 1.2 ในด้านการค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

ให้ทุกหน่วยงานใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญ ในกระบวนการทำงานที่เป็นอยู่ปัจจุบันอย่างเป็นระบบ และให้ทุกหน่วยงาน / ทีมงาน จัดทำมาตรการป้องกันความ เสี่ยงสำคัญ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทีมผู้จัดการความเสี่ยง / การประสานการวางแผน วิเคราะห์จัดทำมาตรการในกรณีความเสี่ยงร่วมและในภาพรวมของโรงพยาบาล

### 1.3 ในด้านการวิเคราะห์ลำดับความสำคัญของความเสี่ยง

ให้ทุกหน่วยงาน / ทีมงาน มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญ ให้ครอบคลุม ในทุกด้าน เพื่อสรุปวิเคราะห์เป็นภาพรวมของโรงพยาบาล โดยเน้นให้มีความชัดเจนในความเสี่ยงด้านคลินิก และลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง และลำดับความสำคัญในการใช้มาตรการป้องกัน การเกิดความผิดพลาดในความเสี่ยงสำคัญดังกล่าว

### 1.4 ในเรื่องของระบบรายงานอุบัติการณ์ (Incident reportin)

ให้ถือเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทุกคนในการรายงานอุบัติการณ์ ให้ครอบคลุมความเสี่ยงทุกด้าน โดยให้ทีมจัดการความเสี่ยงจัดให้มีระบบในการรักษาความลับและมีการประสานการจัดการในแต่ละอุบัติการณ์สำคัญ ตลอดจนรวบรวม วิเคราะห์ สรุปแนวโน้มของปัญหาตลอดจนประสิทธิภาพการจัดการ เสนอทีมนำและเผยแพร่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง

### 1.5 ในด้านการประสานงานระหว่างโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง

ให้มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนร่วมกัน ทั้งในระหว่างระดับบุคคล , ทีมงาน , หน่วยงาน , ทีมคร่อมสายงาน และทีมผู้จัดการความเสี่ยง ตลอดจนทีมนำบริหารความเสี่ยง ในทุกด้านทุกแง่มุม



## 1.6 ในด้านการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงให้เห็นภาพรวมใน ทุกด้านทุกแง่มุม

ให้ทีมผู้จัดการความเสี่ยงและศูนย์ความเสี่ยงเป็นแกนหลักในการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรงพยาบาลในทุกระดับตลอดจนในการเผยแพร่สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

## 1.7 ในด้านการจัดการกับ ความสูญเสีย ความเสียหาย ให้สามารถจัดการได้อย่าง / รวดเร็วและเหมาะสม

จัดให้มีแนวทางการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ตั้งแต่การแบ่งระดับ ความรุนแรง ความสำคัญ การรายงาน วิธีการจัดการ ตลอดจนระดับความ รับผิดชอบการจัดการที่เหมาะสม รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ มีประสิทธิภาพ และกำหนดให้มีผู้จัดการ ความเสี่ยงประจำในทุกระดับ ทุกทีม

## 1.8 ในด้านการประเมินและปรับปรุงทั้งในแง่ของโอกาสและความรุนแรงแนวโน้ม , ประสิทธิภาพของการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยง ,ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ทีมผู้จัดการความเสี่ยงติดตามการรายงานอุบัติการณ์ ประเมินทั้งโอกาสและความรุนแรง ประเมินแนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ประเมินประสิทธิภาพของการป้องกัน และจัดการกับความเสี่ยงรายงานเสนอทีมบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ทุกหน่วยงาน / ทีมงาน / ทีมนำระดับรพ. มีการติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์ สรุป รวบรวม วิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้า (Root cause analysis) เพื่อทบทวนปรับปรุงหรือกำหนด มาตรการ ป้องกันและจัดการอย่างต่อเนื่องในด้านประสิทธิภาพและความเหมาะสมรวมทั้งมีการ รายงานอย่างครบถ้วน

## 2. กำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลรักษา และคุ้มครองความปลอดภัย ทั้งแก่ผู้มารับบริการ และทรัพยากรต่างๆ ของโรงพยาบาล โดยมีมาตรการป้องกันและจัดการความเสี่ยงอย่าง มีประสิทธิภาพ

### 3. กำหนดเป้าประสงค์

1. สร้างวัฒนธรรมการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน
2. มีระบบการจัดการเกี่ยวกับความสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีการรายงานสรุปความเสี่ยง และการดำเนินงานของทีมความเสี่ยงเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการที่มนำ เป็นประจำทุกเดือน
4. มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงได้ครอบคลุมและส่งเสริมให้มีมาตรการป้องกันและจัดการความเสี่ยงสำคัญในทุกหน่วยงาน และเชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยงกับทีมคร่อมสายงานและหน่วยงานเพื่อวางมาตรการ ป้องกัน ร่วมกัน
5. มีการติดตาม รวบรวม ประเมิน และวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงแต่ละด้านอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล
6. มีการวิเคราะห์หาต้นตอของปัญหาที่แท้จริงโดยใช้ Root Cause Analysis ในเรื่องที่เป็น ความเสี่ยงเกือบพลาด, ความเสี่ยงสำคัญ Sentinel events, และความเสี่ยงสำคัญอื่นๆ และนำผลการวิเคราะห์สู่การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงของโรงพยาบาล
7. มีการปรับปรุงพัฒนา (Redesign กระบวนการดูแลผู้ป่วยสำคัญ) โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญอย่างสม่ำเสมอ

### 4. การกำหนดตัวชี้วัด (Indicators) ในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ตารางที่ 3.1 แสดงการกำหนดตัวชี้วัด (Indicators) ในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนรายงานอุบัติการณ์	+20%
2	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป	0
3	จำนวนอุบัติการณ์เกิดซ้ำระดับ E ขึ้นไป	≤ 20 เรื่อง
4	สัดส่วนการเกิดอุบัติการณ์ก่อนถึงผู้ป่วยต่อจำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	≥ 50%
5	ร้อยละการทบทวนอุบัติการณ์ (D-A) Near missที่เป็นจุดเน้นสำคัญของรพ.	100%
6	ร้อยละการทบทวนอุบัติการณ์ Sentinel events	100%
7	ร้อยละการนำผลการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญด้วย Root Cause Analysis สู่การปรับปรุงระบบงาน	≥70%

## 5. กำหนดโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล



ภาพที่ 3.1 แสดงแผนผังควบคุมกำกับคณะกรรมการบริหารและจัดการความเสี่ยง

## 6. กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง

### (ก) ผู้ประสานงานความเสี่ยงประจำโปรแกรม (FA RM) มีหน้าที่

1. ค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมของตนนำมาวิเคราะห์และจัดทำ มาตรการกลางแจกจ่าย
2. รับเรื่องจากทีม RM กลาง ตามใบรายงานเหตุการณ์แล้วประสานหน่วยงานต้นเรื่อง กำหนดการประชุมเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง ถ้ายังไม่มีการกำหนดมาตรการ ป้องกัน /แก้ไข ก็ให้จัดทำเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลสำหรับเรื่องนั้นๆ เพื่อนำเสนอทีม เอกสารคุณภาพและผู้อำนวยการอนุมัติ
3. ประสานข้อมูลและติดตามการแก้ไขต่อเนื่องในคณะกรรมการคุ้มครองสายงานที่รับผิดชอบ โดยตรง
4. ส่งมาตรการป้องกัน/แก้ไขตัวจริงที่ผู้อำนวยการอนุมัติให้เลขานุการ RM เก็บรักษาไว้
5. ร่วมประชุมเป็นประจำทุกเดือนเพื่อรายงานความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในส่วน ที่รับผิดชอบ

**(ข) ผู้ประสานงานความเสี่ยงประจำหน่วยงาน มีหน้าที่**

1. มีหน้าที่หลักเป็น FA ความเสี่ยงประจำหน่วยงานคอยช่วยเหลือหัวหน้าในเรื่องความเสี่ยง ทั้งหมดของหน่วยงาน
2. รายงานแนวโน้มความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานให้หัวหน้ารับทราบและจัดการ
3. รวบรวมรายงานความเสี่ยงประจำเดือนส่งเลขฯ RM ก่อนวันที่ 25 ของทุกเดือน
4. เตรียมแบบฟอร์มความเสี่ยงให้พร้อมใช้งานได้เสมอ และจัดเก็บเอกสารใบงานความเสี่ยง ให้เรียบร้อย
5. ประสานกับ FA RM แจ้งวันประชุมเพื่อจัดทำมาตรการฯ ภายใน 30 วันนับจากวันที่ส่งใบ รายงานเหตุการณ์
6. ค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญในหน่วยงานเพื่อนำเสนอทีมงานช่วยกันจัดทำมาตรการป้องกัน/ แก้ไขต่อไป
7. เข้าร่วมประชุมเป็นประจำทุกเดือนเพื่อรับทราบและชี้แจงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วย งานตนเอง

**(ค) หัวหน้าหน่วยงาน มีหน้าที่ เป็นผู้จัดการความเสี่ยงประจำหน่วยงาน มีหน้าที่**

จัดการ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานเป็นกิจวัตรประจำวัน ภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของตนเอง

**7. กำหนดกระบวนการจัดการความเสี่ยง**

การจัดการความเสี่ยงคือกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง, การประเมินความเสี่ยง, การจัดการกับเหตุการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น, และการประเมินผล

การประเมินผลเป็นขั้นตอนของการทบทวนเหตุการณ์และการจัดการที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ นั้นๆ เมื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงแล้วจะก่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หรือการแก้ไขกิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้ว

## 7.1 การค้นหาความเสี่ยง

การค้นหาความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสีย อาจค้นพบโดยการพิจารณา จากปัจจัยทั้งภายนอกและภายในว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น หรือ อาจค้นหาจาก

- 1) บันทึกข้อมูล/การทบทวน/การรายงานอุบัติการณ์ ที่มีอยู่แล้ว
- 2) ประสบการณ์ของสมาชิกในหน่วยงาน
- 3) เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของคนอื่น
- 4) สำรวจสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหว ปฏิสัมพันธ์ จุดเสี่ยงต่อการพลัดตก/

อันตราย

5) เรียนรู้ระหว่างทำงาน โดย (รายงานอุบัติการณ์)การเฝ้าระวัง และมีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหา

วัตถุประสงค์ของการรายงานความเสี่ยงคือ เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหา และสามารถนำสู่การพัฒนาปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง

การรายงานอุบัติการณ์ให้ใช้แบบฟอร์มของทางโรงพยาบาล โดยระบุข้อมูลที่กำหนดใน แบบฟอร์ม กำหนดให้มีการรายงานอุบัติการณ์ภายหลังจากที่ได้จัดการแก้ไข ควบคุมปัญหาหรือ อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นแล้วเสร็จก่อน

การรายงานอุบัติการณ์ให้ระบุข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ เลข HN, AN ไม่ใช่ชื่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการ รักษาสิทธิผู้ป่วย

## 7.2 คำถามเพื่อการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน

- 1) ในแผนกของท่าน อะไรคือสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้
- 2) ในประสบการณ์ของท่าน เกิดมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอะไรเกิดขึ้น (ที่พบบ่อย หรือที่ รุนแรง)
- 3) ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดที่การทำงานของหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงมากที่สุด
- 4) มีข้อมูลปัญหาหรือความเสียหายที่ได้รับรายงานจากระบบประกันคุณภาพการเฝ้าระวัง หรือการ ตรวจสอบอื่นๆอะไรบ้าง

### 7.3 การวิเคราะห์เชิงรุกเพื่อค้นหาความเสี่ยงสำคัญในระบบดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ /ความเสี่ยงสูงใช้ Failure mode and effects analysis

การใช้ Failure mode and effects analysis (FMEA) ในการค้นหาความเสี่ยงเป็นการใช้ระบบเข้าวิเคราะห์เชิงรุก โดยมองกระบวนการดูแลผู้ป่วยหนึ่งกระบวนการ แล้ววิเคราะห์ว่าจุดใดบ้าง ที่อาจเกิดความเสี่ยงขึ้น บนการตั้งสันนิษฐานว่าไม่ว่าบุคลากรจะมีความรู้ ความสามารถ เพียงใดหรือ จะมีความระมัดระวังเพียงใด ความผิดพลาดก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้เสมอในบางสถานการณ์ และอาจมี บางสถานการณ์ที่ส่งเสริมให้เกิดความผิดพลาดกว่าสถานการณ์อื่น

### 7.4 แนวทางการจัดการความเสี่ยงเกือบพลาด (Near miss)

ความเสี่ยงเกือบพลาด (Near miss) คือ การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนแล้วไม่เกิดผลต่อการรักษา ในครั้งนี้ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (คืออุบัติการณ์ที่ระดับความรุนแรง A, B, C, D) แต่หากเกิดอีกในครั้งหน้าจะมีโอกาสส่งผลเสียร้ายแรงต่อการรักษา

กำหนดเหตุการณ์ที่ต้องรายงานความเสี่ยงเกือบพลาดที่สำคัญได้แก่

โปรแกรม	เหตุการณ์ความเสี่ยงเกือบพลาดสำคัญที่ต้องรายงาน
Program 1: สิทธิผู้ป่วย	-ผู้ป่วยไม่ได้เซ็นยินยอมก่อนทำหัตถการ
Program 2: อาชีวอนามัย	-สิ่งแวดล้อมเป็นอันตราย
Program 3: ดิจิเชื่อในรพ.	-การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนป้องกันการแพร่ระบาดในรพ. -เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากการทำงาน
Program 4: เครื่องมืออุปกรณ์	-เครื่องมือช่วยชีวิตไม่พร้อมใช้ -เครื่องปั่นไฟไม่ทำงาน -ระบบเตือนอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาและวัคซีนไม่ทำงาน
Program 5: ความปลอดภัยผู้ป่วย	-ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย/รักษาล่าช้า -ผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างอยู่รพ.
Program 6: ความคลาดเคลื่อนการใช้ยา	-ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา High Alert Drug -แพทย์ในโรงพยาบาล
Program 7: การสื่อสาร	-จับผู้ป่วยผิดคน, ออกผลการรักษาผิดคน, ผิดแพทย์, -ระบุวันที่ให้การรักษาผิด, ระบุโรคผิด

การวิเคราะห์เหตุการณ์ Near miss โดยใช้ Root Cause Analysis นำผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ Root Cause Analysis สู่วางแผนป้องกันการเกิด ความเสี่ยงนั้นๆ (Preventive Action Plan)

### 7.5 แนวทางการจัดการความเสี่ยง Sentinel events

- 1) คำนิยามของ Sentinel event คือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิด แต่ส่งผลให้มีการตาย หรือสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ /ถาวรในชีวิตและทรัพย์สินได้
- 2) แนวทางการปฏิบัติเมื่อพบเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิด Sentinel events ให้ถือเป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งไม่ว่าผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นจะมีความรุนแรงระดับใดก็ตาม ให้แจ้งผู้บริหารทันที ผ่านทางศูนย์สื่อสาร (กด 0) ตลอด 24 ชั่วโมง
- 3) กำหนดเหตุการณ์ที่ Sentinel Events ในโรงพยาบาล
  - (1) การตายในโรงพยาบาลที่ไม่เกิดใน ICU
  - (2) ผู้ป่วยหายตัว
  - (3) การให้เลือดผิดคน หรือผิดหมู่
  - (4) การผ่าตัดผิดคน หรือผิดข้าง
  - (5) ผู้ป่วยตกเตียง
  - (6) ผู้ป่วย/ญาติ/เจ้าหน้าที่ตกจากที่สูง
  - (7) ผู้ป่วย/ญาติ/เจ้าหน้าที่หกล้ม
  - (8) ผู้ป่วยเปลหนีมือ
  - (9) พบการละเมิดสิทธิผู้ป่วย
  - (10) ไฟไหม้
  - (11) น้ำร้อนลวก
  - (12) น้ำท่วมในโรงพยาบาล
  - (13) ภัยธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล
- 4) การวิเคราะห์ Sentinel events ด้วย Root Cause Analysis
- 5) นำผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ Root Cause Analysis สู่อุปกรณ์ปรับปรุงพัฒนา

ระบบงาน

### 8. การประเมินความเสี่ยงและลำดับความสำคัญในการจัดการ

สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ทุ่มบทความพยายามกับการป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียมหาศาล มากกว่าความเสี่ยงที่เกิดบ่อย แต่มีความสูญเสียน้อย



### 8.1 การกำหนดระดับความรุนแรง (A- I)

การลำดับความสำคัญของความเสี่ยงโดยการประเมินจากระดับความรุนแรง โดยระดับ ความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป ถึง I จะต้องได้รับการจัดการและรายงานต่อผู้รับผิดชอบ โดยทันที

ในโรงพยาบาลได้แยกระดับความเสี่ยงนี้เป็น 3 กลุ่ม โดยมีประเด็นความเสี่ยงดังนี้

ตารางที่ 3.2 แสดงระดับความเสี่ยงโดยมีประเด็นความเสี่ยงแยกเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มระดับความเสี่ยง	ประเด็นความเสี่ยง	นโยบายความเสี่ยง
A – B	ไม่ถึงตัวผู้ป่วย	การดักจับความเสี่ยง
A - D	Near Miss	ทบทวนด้วย RCA, วางแผนป้องกัน, Redesign ระบบ
E - I	Harm	แก้ไข, ทบทวนด้วย RCA, วางแผน ป้องกัน, Redesign ระบบ

การประเมินและจัดอันดับตามระดับความรุนแรง โดยพิจารณาจากผลต่อชีวิตผู้ป่วย ชื่อเสียง และทรัพย์สิน โดยกำหนดให้มี ระดับความรุนแรง 9 ระดับ ดังนี้

- Category A = ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้
- Category B = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ความคลาดเคลื่อนส่งผลไม่ถึงผู้ป่วย
- Category C = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว
- Category D = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการ ติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม
- Category E = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
- Category F = มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป



Category G	= ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
Category H	= ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ไม่เป็นอันตรายที่ถาวรแต่เป็นอันตรายจนเกือบถึงแก่ชีวิต และต้องได้รับการช่วยฟื้นชีวิต (CPR)(เช่น แพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)
Category I	= ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

## 8.2 ภาพรวมความเสี่ยงในหน่วยงาน

คือ การแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานนั้นๆมีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งจะมีทั้งความเสี่ยงทั่วไปและความเสี่ยงที่เป็นเรื่องเฉพาะเจาะจงของหน่วยงาน การจัดทำภาพรวมความเสี่ยงในหน่วยงาน เริ่มด้วยการทำบัญชีความเสี่ยงทั้งหมดที่ค้นพบ บัญชีนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาบ้าง แต่ไม่มากนักสิ่งที่สำคัญก็คือจะต้องประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่างๆให้เห็นว่า อะไรคือความเสี่ยงสำคัญที่ต้องระมัดระวัง และจะต้องไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความสำคัญของความเสี่ยง ที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อสูง

## 9. การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Investigation of Adverse Event)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจเกิดจากความผิดพลาดในกระบวนการทำงาน หรือเกิดจากปัจจัยภายนอกอื่นๆก็เป็นได้ แม้ว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หนึ่งอาจไม่เกิดผลที่รุนแรง ในครั้งนั้น แต่ไม่ได้หมายความว่าครั้งหน้าหากเกิดเหตุการณ์เดิมขึ้นอีกครั้งผลลัพธ์จะเป็นดังเช่นเดิม สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือเหตุการณ์เดิมอาจส่งผลกระทบรุนแรงมากได้ในสถานการณ์ครั้งต่อไป จึงเป็นที่มาถึงการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์เช่น Root Cause Analysis (RCA) ในการหาต้นเหตุของปัญหาที่พบเพื่อวางมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำของ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านั้น

การใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์หาสาเหตุ นั้น ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์คือ Action Plan หรือ Prevention Plan ซึ่งเมื่อนำลงสู่การปฏิบัติจะทำให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดต่อไป

การปรับปรุงระบบงานอาจเป็นในรูปแบบของการจัดทำโครงการ Continuous Quality Improvement (CQI), นวัตกรรม, Human Engineering เป็นต้น ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและเป็นการพัฒนาคุณภาพของระบบงานทั้งสิ้น

หากการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่าเหตุการณ์นั้นเชื่อมโยงกับระบบงานหลาย ระบบงาน อาจทำให้การวิเคราะห์เกิดผลต่อการ Redesign ระบบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยก็เป็นได้

การปรับปรุงพัฒนาขึ้น Redesign หรือ Re-engineering ถือเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน แต่ต้องมีการทบทวนและประเมินประสิทธิภาพของระบบอยู่อย่างสม่ำเสมอ

## 10. การประเมินผล (Evaluation) ของการจัดการความเสี่ยง

เป็นการทบทวนด้วยการนำเหตุการณ์ และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของเกราะก้ำบังที่เลือกใช้ป้องกัน การติดตามตัวชี้วัด และประสิทธิภาพเบื้องหลังตัวชี้วัด ความตรงเป้าและครอบคลุมของมาตรการป้องกัน การมีส่วนร่วมของบุคลากร โดย ควรมีขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง ประเด็นที่ควรทบทวนได้แก่:

1. อัตราอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและเงินที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยความสูญเสีย จำแนกตามลักษณะของความเสี่ยงและการจ่ายเงิน อาจเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติเหตุของ โรงพยาบาลในอดีต และเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทั่วไปของประเทศ
2. กิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ได้ดำเนินการไปในรอบปี รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
3. ประเมินความตระหนักและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ภายใต้สมมติฐานว่าเจ้าหน้าที่ ทุกคนคือผู้จัดการความเสี่ยง.

## บทที่ 4

# ขั้นตอนและแบบฟอร์มในการจัดการความเสี่ยง

### ขั้นตอนที่ 1 กำหนดผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน

ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลต้องกำหนดผู้จัดการความเสี่ยงขึ้น โดยมีการแต่งตั้งอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้รับผิดชอบระบบการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล และเชื่อมประสาน กับกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ในขณะที่เดียวกันทุกคนในหน่วยงานจะต้องทำหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงในขอบเขตงานของตน ซึ่งเป็น กิจกรรมประจำวันในขอบเขตอำนาจของตน

### ขั้นตอนที่ 2 โปรแกรมที่เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ธอีสเทอร์น-วัฒนา

สืบเนื่องจากการศึกษาภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์ธอีสเทอร์น-วัฒนาแล้วพบว่าความเสี่ยงของโรงพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็น 7 ระบบงาน (หรือเรียกในคู่มือนี้ว่า “โปรแกรม” ซึ่งทั้ง 7 โปรแกรมความเสี่ยงนี้ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นได้ ในโรงพยาบาล และจำเป็นต้องมีการค้นหาความเสี่ยงในแต่ละ โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับแต่ละสายงาน โปรแกรมความเสี่ยงทั้ง 7 ประกอบด้วย

- โปรแกรมที่ 1 ความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร
- โปรแกรมที่ 2 ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน
- โปรแกรมที่ 3 ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- โปรแกรมที่ 4 ความเสี่ยงด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์
- โปรแกรมที่ 5 ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
- โปรแกรมที่ 6 ความเสี่ยงด้านการใช้ยา
- โปรแกรมที่ 7 ความเสี่ยงเกี่ยวกับการสื่อสาร

ตารางด้านล่างนี้ได้รวมทั้ง 7 โปรแกรมพร้อมตัวอย่างของความเสี่ยงแต่ละโปรแกรม โดยเชื่อมโยงกับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงด้านต่างๆในโรงพยาบาล เพื่อให้คณะกรรมการได้ร่วมทบทวนและประเมินการจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกรรมการ ระบบงานนั้นๆ

ตารางที่ 4.1 แสดงทั้ง 7 โปรแกรมพร้อมตัวอย่างของความเสี่ยงแต่ละโปรแกรม โดยเชื่อมโยงกับคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงด้านต่างๆในโรงพยาบาล เพื่อให้คณะกรรมการได้ร่วมทบทวนและประเมินการจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกรรมการ ระบบงานนั้นๆ

ระบบ/โปรแกรม	คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง
<p>1. ความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร (Ethic and patient right) เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สิทธิผู้ป่วย/การรักษาความลับของผู้ป่วย : เวชระเบียน การเข้าถึงข้อมูล ปฏิเสธการรักษา ร่วมตัดสินใจ</li> <li>จริยธรรมองค์กร : ความเสมอภาคในการรักษา</li> <li>ระบบรับเรื่องร้องเรียน : ช่องทางรับคำร้องเรียน</li> </ul>	RM-ETH
<p>2. ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบป้องกัน อุบัติภัย อัคคีภัยและการระเบิด (Fire and explosive)</li> <li>อุบัติเหตุจากการทำงาน : ลื่นล้ม สิ่งของหล่นทับ ไฟฟ้าช็อต</li> <li>การรักษาความปลอดภัย การประทุษร้ายต่อร่างกายและทรัพย์สิน (รปภ.) : ขโมย</li> </ul>	ENV
<p>3. ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infectious control = IC) เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care – Associated Infection)</li> <li>อุบัติเหตุจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ</li> <li>การใช้เครื่องมือที่ปลอดภัย</li> </ul>	IC
<p>4. ความเสี่ยงด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบการดูแลและสำรองเครื่องมือทางการแพทย์ ( Instrument reserve and supply )</li> <li>ระบบการดูแลและสำรองเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ LAN</li> <li>ระบบการดูแลและสำรองเครื่องมือทั่วไป</li> </ul>	ICU-เครื่องมือ IM ENV

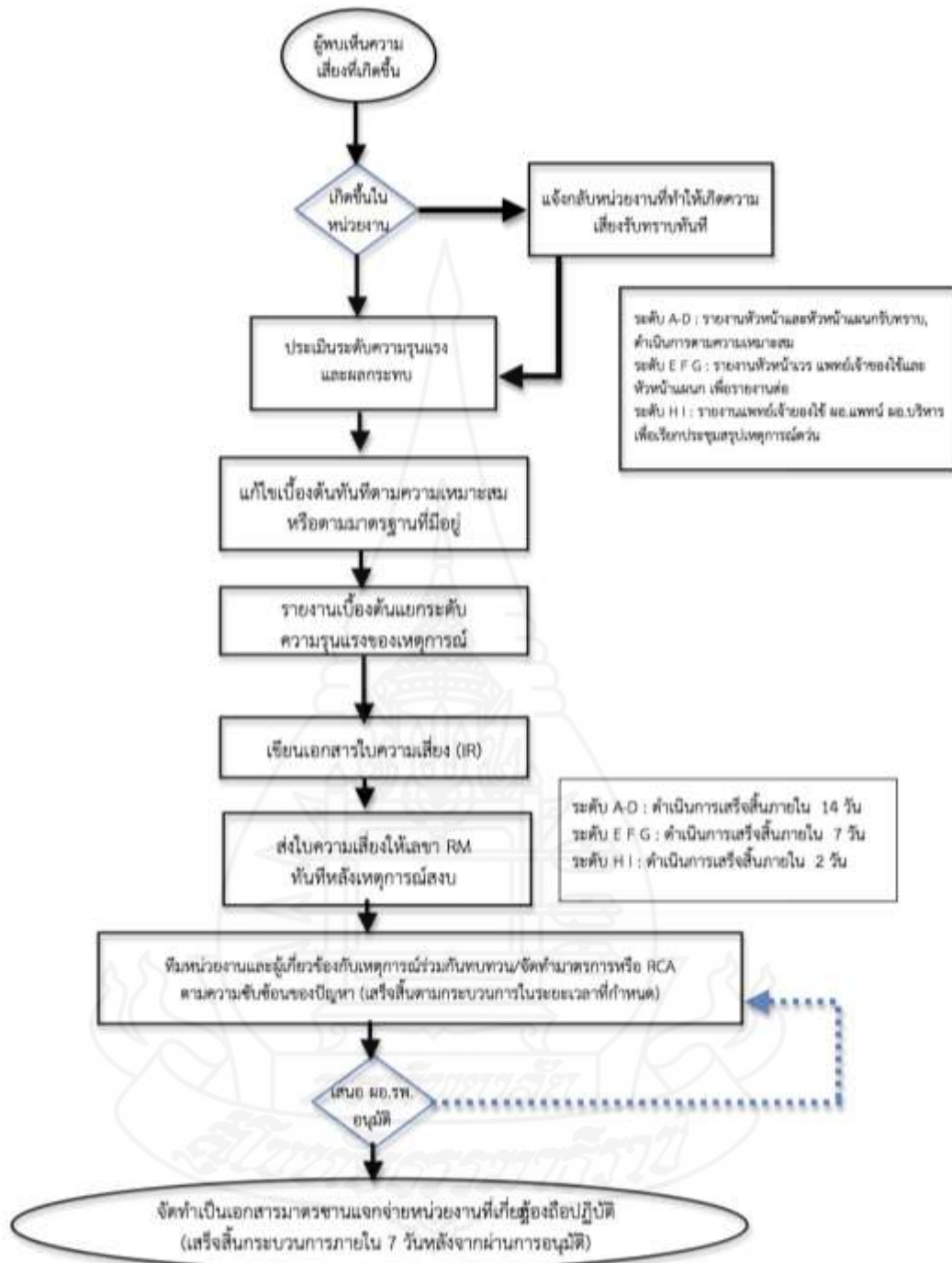
ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ระบบ/โปรแกรม	คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง
<b>5. ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เช่น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) : ติดป้ายข้อมือผิดคน ส่งมอบเด็กสลับคน</li> <li>การผ่าตัด(Operation Safety) : ผิดข้าง ผิดคน ลืมอุปกรณ์ไว้</li> <li>ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก (Maternal &amp; Neonatal Morbidity) : ตกเลือด ชัก</li> <li>การดูแลรักษาที่ล่าช้า (Delayed Rescue) : ใต้เตียงแตกจากวินิจัยผิด</li> <li>กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) : MI</li> <li>การวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis and treatment) : ใต้เตียงแตกจากวินิจัยผิด ผลLab ผิด</li> <li>การพยาบาล (Nursing Care) : สารน้ำเกิน</li> <li>การแจ้งเหตุด่วน ( General alarm system ) : กระโดดตึก ออกซิเจนหมด หนีออกนอกกรพ.</li> <li>ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน : Code blue ล่าช้า, EMS ออกช้า, ไม่เรียกใช้แผนอุบัติเหตุหมู่</li> </ul>	PCT/ MSO/ NSO
<b>6. ความเสี่ยงด้านการใช้ยา (Medication Safety) เช่น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) : สั่งยาที่มีประวัติแพ้ซ้ำ, จำยาผิด, ให้ยาผิด</li> <li>ยาอันตราย : MO ถูกขโมย, วาง xylocain 20 ml ใกลี 50% glucose หยิบผิด</li> </ul>	ME/ PTC
<b>7. ความเสี่ยงด้านการสื่อสารที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อน (Communication Failure)</b> ระหว่างหน่วยงาน: <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสิทธิ์แล้วไม่ update/ไม่แสดงรายการทำแผล การเงินไม่ได้เก็บเงิน, โทรหาแพทย์/โอนสายผิด</li> <li>รับคำสั่งแพทย์ผิดพลาดจากการสื่อสาร เช่น ฟังไม่ชัด เขียนไม่ชัด</li> </ul>	MCT/PCT

### ขั้นตอนที่ 3 การประสานกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง

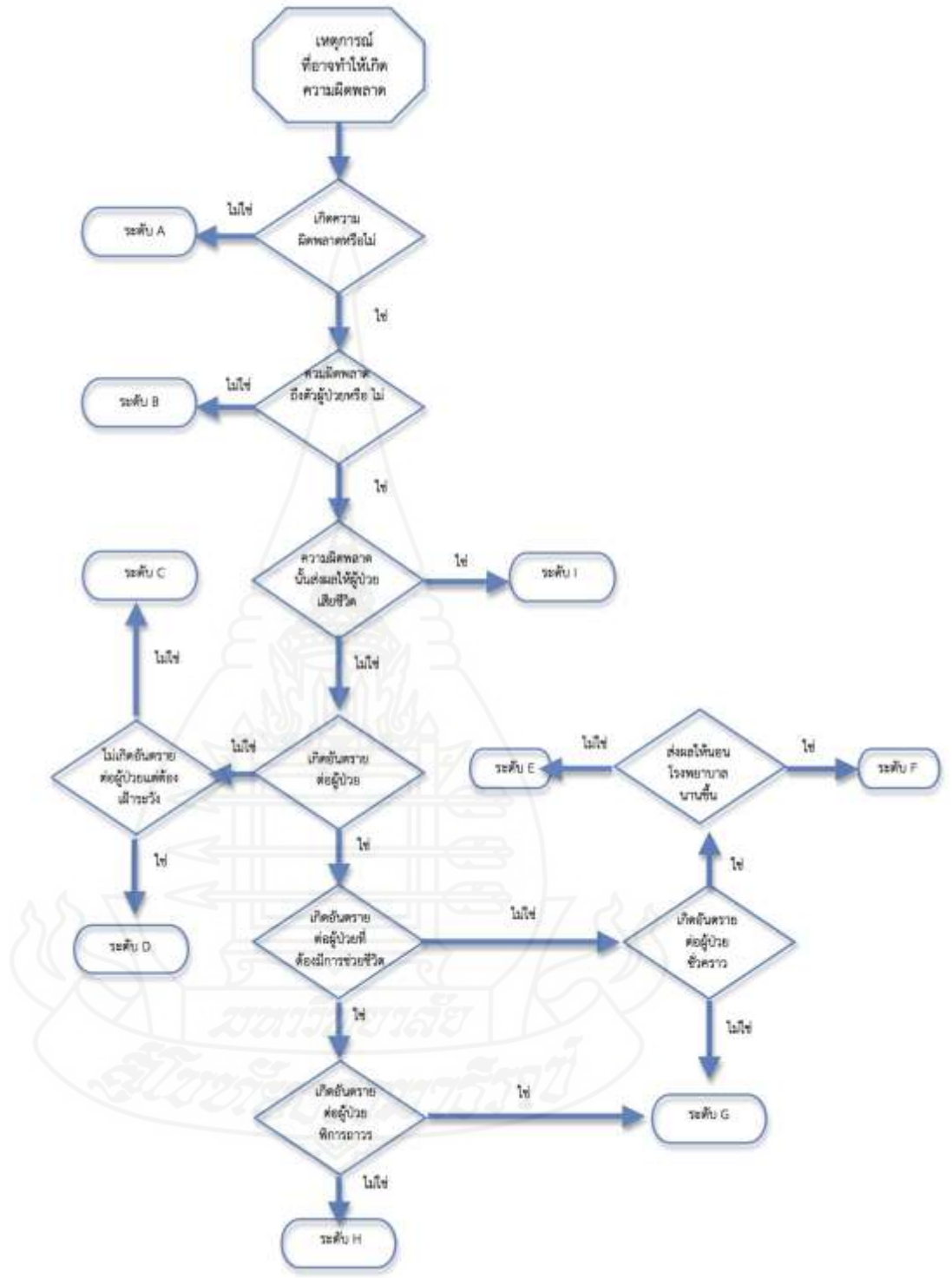
เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นในหน่วยงาน บุคลากรในหน่วยงานหรือบุคลากรที่พบเห็น เหตุการณ์มีหน้าที่ต้องจัดการกับความผิดพลาดหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นโดยทันที ความสำคัญในการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย 2 ส่วน (1)การจัดการหยุดความเสียหายจากความผิดพลาดในเหตุการณ์นั้นๆ (2) ,รายงานเหตุการณ์นั้นให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ และดำเนินการต่ออย่างเหมาะสมซึ่งในการตัดสินใจว่าควรรายงานเหตุการณ์ต่อบุคคลใด ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นดังใน Flowchart ที่ 1 แสดงถึงขั้นตอนการจัดการเมื่อบุคลากรพบเห็นความเสี่ยงเกิดขึ้นในโรงพยาบาล และ Flowchart ที่ 2 แสดงถึง





ภาพที่ 4.1 แสดงขั้นตอนการจัดการเมื่อพบความเสี่ยงในโรงพยาบาล





ภาพที่ 4.2 แผนผังการกำหนดระดับความรุนแรง

ที่มา: อ้างอิงตาม NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors Algorithm

## ขั้นตอนที่ 4 สรุบบแบบฟอร์มและเครื่องมือที่ใช้ในการรายงาน, วิเคราะห์, ทบทวน เหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์

เมื่อเหตุการณ์สงบลงแล้วให้รายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้เอกสารดังนี้

เอกสารในงานความ เสี่ยง	ผู้ใช้เอกสาร	จุดประสงค์การใช้	การจัดเก็บ / ส่งต่อเอกสาร	ระยะเวลาดำเนินการ
แบบฟอร์มที่ 1 ใบ รายงานเหตุการณ์ (IR form)	1. ผู้พบ 2. ได้รับผลกระทบจาก เหตุการณ์ 3. ผู้ทำให้เกิดเหตุการณ์ 4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เพื่อรายงานเหตุการณ์ ความเสี่ยงเข้าสู่ ระบบ การแก้ไขป้องกันความ/ เสี่ยงมิให้เกิดซ้ำอีก	ส่งเอกสารตัวจริง ให้เลขฯ RM	ส่งภายในวันที่เกิด เหตุการณ์
แบบฟอร์มที่ 2 แบบสรุปมาตรการ/ แนวทาง และ Action Plan	1. ผู้ทำให้เกิดเหตุการณ์ 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ 3. กรรมการในโปรแกรมที่ เกี่ยวข้อง	เพื่อทบทวนเหตุการณ์ ความเสี่ยงนั้นๆ ใน หน่วยงานของตน และ เพื่อทำข้อ ตกลงในการ ถือนโยบายการที่มาด/ วิเคราะห์ได้ไปวางแผน ปฏิบัติ ในการป้องกัน การเกิดซ้ำ	ส่งเอกสารตัวจริง ให้เลขฯ RM เก็บสำเนาไว้ที่ หน่วยงาน	ระดับความรุนแรง A, B, C, D=14วัน E, F, G= 7วัน H, I= 2 วัน นับจากวันที่เกิด เหตุการณ์
แบบฟอร์มที่ 3 แบบบันทึกการทำ C3THER & HELP	1. ผู้ทำให้เกิดเหตุการณ์ ระดับ A, B, C, D 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เพื่อทบทวนกระบวนการ ดูแลผู้ป่วย และวาง แนวทางป้องกันความ เสี่ยง	ส่งเอกสารตัวจริง ให้เลขฯ RM เก็บสำเนาไว้ที่ หน่วยงาน	ส่งภายใน 14 วัน หลังเกิด เหตุการณ์
แบบฟอร์มที่ 4 แบบบันทึกข้อมูล การทำ Root Cause Analysis	1. ผู้ทำให้เกิดเหตุการณ์ ระดับ E, F, G, H, I 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ 3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. คณะกรรมการใน โปรแกรมที่เกี่ยวข้อง	เพื่อทบทวนเหตุการณ์ ความเสี่ยงที่มี ความ ซับซ้อนหรือมีระดับ ความรุนแรงตั้งแต่ ขึ้น 2 ไป โดยใช้วิธีRCA และ วางแนวทางการมาตร/ เชิงระบบในการป้องกัน มิให้เหตุการณ์ความเสี่ย งเกิดซ้ำ	ส่งเอกสารตัวจริง ให้เลขฯ RM เก็บสำเนาไว้ที่ หน่วยงาน	ส่งภายใน วันหลังเกิด 7 เหตุการณ์

### แบบฟอร์มที่ 1 ตัวอย่างแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์



อุบัติการณ์เลขที่...../25..... (สำหรับกรรมการความเสี่ยง) หน่วยงานที่เกิดเหตุ..... หน่วยงานที่รายงาน.....  
 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาเกิดเหตุ..... HN..... VN/AN.....

Diagnosis.....

- ระดับความรุนแรง  A เกือบพลาด  B พลาดแค่นิดถึงผู้ป่วย  C ถึงผู้ป่วยแต่ไม่อันตราย  D เผอเรวังแต่ไม่ต้องการรักษาเพิ่ม  
 E เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแบบชั่วคราว  F อันตรายชั่วคราวและผู้ป่วยนอน รพ.นานขึ้น  G ผู้ป่วยพิการถาวร  H ต้องช่วยชีวิต  
 I ผู้ป่วยเสียชีวิต

Sentinel events คือ เหตุการณ์ฉุกเฉินแจ้งผู้บริหารทันทีได้แก่ การตายในรพ.ที่ไม่เกิดที่ ICU, ผู้ป่วยหาย, ให้เลือดผิดคนผิดข้าง, ไฟไหม้, น้ำร้อนลวก, น้ำท่วมในรพ., ผู้ป่วยตกเตียง ทกล้ม เผลอหนีบมือ, ละเมิดสิทธิผู้ป่วย, serious adverse drug event  
 ที่มาของความเสี่ยง :  พบเห็น  เป็นปัญหาความเสี่ยงหน่วยงาน  Round  ทบทวนเฉพาะเป็น  
 บรรยายสรุปเหตุการณ์และการแก้ไขเบื้องต้น (ถ้ามี)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

(ด้านหน้า)

F-QMC-RM101-02

#### ตัวอย่างอุบัติการณ์ทางคลินิกที่ต้องออก IR

- ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypoglycemia ขณะนอนโรงพยาบาล / ผู้ป่วยมีอาการของโรคติดต่อทางเดินหายใจแต่ไม่ได้รับการแยกตรวจและ/หรือสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการแพร่ระบาด / ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hyperglycemia ขณะนอนโรงพยาบาล / ผู้ป่วย Head injury มี Score change / ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ต้องห้ามสำหรับโรคที่เป็นอยู่ / ผู้ป่วยย้ายลง ICU โดยไม่ได้วางแผน / Code Blue ทุกกรณี / ผู้ป่วยไม่ได้ถูกเผาระวังตามที่กำหนดไว้โดยแพทย์, CPG หรือระบบงาน / เด็กชกในโรงพยาบาล / ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้า / อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ Patient Safety Goals (S-SAFE) ผู้ป่วยมีแผลที่หลัง (bed sore) ระหว่างนอนโรงพยาบาล / ผู้ป่วยได้รับยาผิดประเภทหรือผิดคำสั่งแพทย์ / ผู้ป่วยหมดสติขณะรอตรวจ/ ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ / ผู้ป่วยร้องเรียนทุกกรณี

ระบบ/โปรแกรม	ผู้รับผิดชอบ
1. ความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร (Ethic and patient right) เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วย, จริยธรรมองค์กร, สิทธิผู้ป่วย, ระบบรับเรื่องร้องเรียน	ETH
2. ความเสี่ยงด้านชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การรักษาความปลอดภัย การประทุษร้ายต่อร่างกายและทรัพย์สิน (รถป.) ระบบป้องกัน อุบัติภัย อัคคีภัยและการระเบิด (Fire and explosive), อุบัติเหตุจากการทำงาน	ENV
3. ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infectious control = IC) เช่น การติดเชื้อจากการดูแลรักษา (Health Care – Associated Infection), อุบัติเหตุจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ, การใช้เครื่องมือที่ปลอดภัย	IC
4. ความเสี่ยงด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ เช่น ระบบการดูแลและสำรองเครื่องมือ (Instrument reserve and supply)	INS
5. ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เช่น การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification), การผ่าตัด (Operation Safety) ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก (Maternal & Neonatal Morbidity), การดูแลรักษาที่ล่าช้า (Delayed Rescue), กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) (MI), การวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis and treatment), การพยาบาล (Nursing Care), การแจ้งเหตุด่วน (General alarm system), ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	PCT
6. การใช้ยา (Medication Safety) เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา, ยาอันตราย	PTC/ME
7. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน (Communication Failure) ระหว่างหน่วยงาน	MCT

F-QMC-RM 101-02



**แบบฟอร์มที่ 3 แบบฟอร์มการทำ C3THER**



โรงพยาบาลธนบุรีทีเอสเทอร์น-วัฒนา

แบบบันทึกการทำ C3THER & HELP

IR เหตุการณ์เลขที่...../25....

ชื่อเหตุการณ์/ความเสี่ยง \_\_\_\_\_ ความรุนแรงระดับ.....  
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ \_\_\_\_\_ หน่วยงานที่ร่วมพบพบ \_\_\_\_\_  
 บรรยายสรุปเหตุการณ์ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ขั้นตอน	ปัญหาที่พบ	วิเคราะห์สาเหตุ	แนวทาง/มาตรการ/ผลลัพธ์
1. CARE กระบวนการดูแลรักษา (Care map, CPG)			
2. COMMUNITY การมีส่วนร่วมของทีมและคนไข้ญาติ กรณีสื่อสารข้อมูลครบถ้วน			
3. CONTINUITY ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา			
4. TEAM ทีมสหสาขา, ความมีส่วนร่วม			
5. HUMAN RESOLRCE อัตรากำลัง, ทักษะ, ความสามารถ			
6. ENVIROMENT สิ่งแวดล้อมที่ดี เครื่องมือเหมาะสม			
7. RECORD ความสมบูรณ์ของประวัติเยี่ยม			
8. HOLISTIC การดูแลแบบองค์รวม กาย จิต สังคม			
9. EMPOWER : สร้างความเชื่อมั่น, ความไวในการดูแลตัวเอง			
10. LIFESTYLE ใส่ใจความรู้อื่นๆนอกเหนือชีวิต			
11. PREVENTION การป้องกันภาวะแทรกซ้อน			

\*\*\*แบบเอกสารคู่มือ / แนวทาง / มาตรการ มาด้วย และ กรณีใช้เพื่อตอบ IR โปรดดำเนินการให้แล้วเสร็จใน 1 สัปดาห์ แล้วนำส่งจาก RM

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

หัวหน้าหน่วยงาน

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ประธานคณะกรรมการความเสี่ยง

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

กรรมการผู้ติดตามการดำเนินการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

ผู้ร่วมพบพบ  
วันที่พบพบ.....



ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	หมายเหตุ
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**แบบบันทึกผู้รับทราบและยินยอมปฏิบัติร่วมกันในหน่วยงาน.....**

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	ว.ค.ป ที่รับทราบ	หมายเหตุ
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**หมายเหตุ**

<p><b>C3THER</b> จัดการดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์</p>	<p>Care = ทีมงานได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ด้วยความระมัดระวังแล้วหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การดูแลตอบสนอง ไปจนถึงมีความเมตตาใจให้กับผู้ป่วยรายนี้ เราได้ป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างดีแล้วหรือไม่</p> <p>Community &amp; Communication = ได้สร้างความมีส่วนร่วม และได้สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในข้อมูลที่สำคัญที่จำเป็นอย่างเพียงพอแล้วหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ ทางเลือกในการดูแลรักษา และวิธีปฏิบัติตัวที่เรากำหนดไว้</p> <p>Continuity = มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง : ทีมงานได้วางแผนและใส่ใจในความต่อเนื่องของการดูแลรักษา รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับากันไปดูแลตนเองได้แล้วหรือไม่</p> <p>Team = มีการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีวิชาชีพใดที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ และได้เชิญเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยรายนี้แล้วหรือยัง</p> <p>Human Resource = ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ ยิ่งขาดเรื่องอะไรอยู่ ทำอย่างไรจะทำให้เกิดผลทำให้เกิดความรู้และทักษะเหล่านั้นขึ้นได้เร็วที่สุด</p> <p>Environment &amp; Instrument = จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย สะอาด สบาย ปลอดภัย หรือไม่ และมีอุปกรณ์เครื่องมือเพียงพอและพร้อมที่จะใช้หรือไม่</p> <p>Record = เวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์ เพียงพอที่จะให้ผู้อื่นมาดูแลอย่างต่อเนื่อง เข้าใจเหตุผลของการตัดสินใจ ประเมินคุณภาพการดูแล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้หรือไม่</p>
<p><b>HELP</b> การส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>Holistic = มีการดูแลแบบองค์รวม ผลกระทบและบูรณาการ มองทั้งโรคและความเจ็บป่วย เห็นโรคและเห็นคน เช่น กาย จิต วิญญาณ สังคม</p> <p>Empowerment = เสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองและควบคุมปัจจัยสุขภาพได้</p> <p>Lifestyle = ให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>Prevention = ดำเนินการป้องกันโรคไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ</p>

**แบบฟอร์มที่ 4 แนวทางการทบทวนอุบัติการณ์โดยใช้ Root Cause Analysis –  
Time series และ Why-Why-Why**

เหตุการณ์เลขที่...../25.....

**WGK**      **โรงพยาบาลนอร์ท อีสเทอร์น-วัฒนา**  
**แบบบันทึกข้อมูลเหตุการณ์สำคัญในการทบทวน RCA (Root Cause Analysis)**

หน่วยงาน/คณะกรรมการผู้ดำเนินการ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ ระดับความรุนแรง.....

สรุปบทวนเหตุการณ์สำคัญ

← Before the accident		After the accident →			
Day	Day	Day	Day	Day	Day
		↓			

F-QMC-TOOLS-102



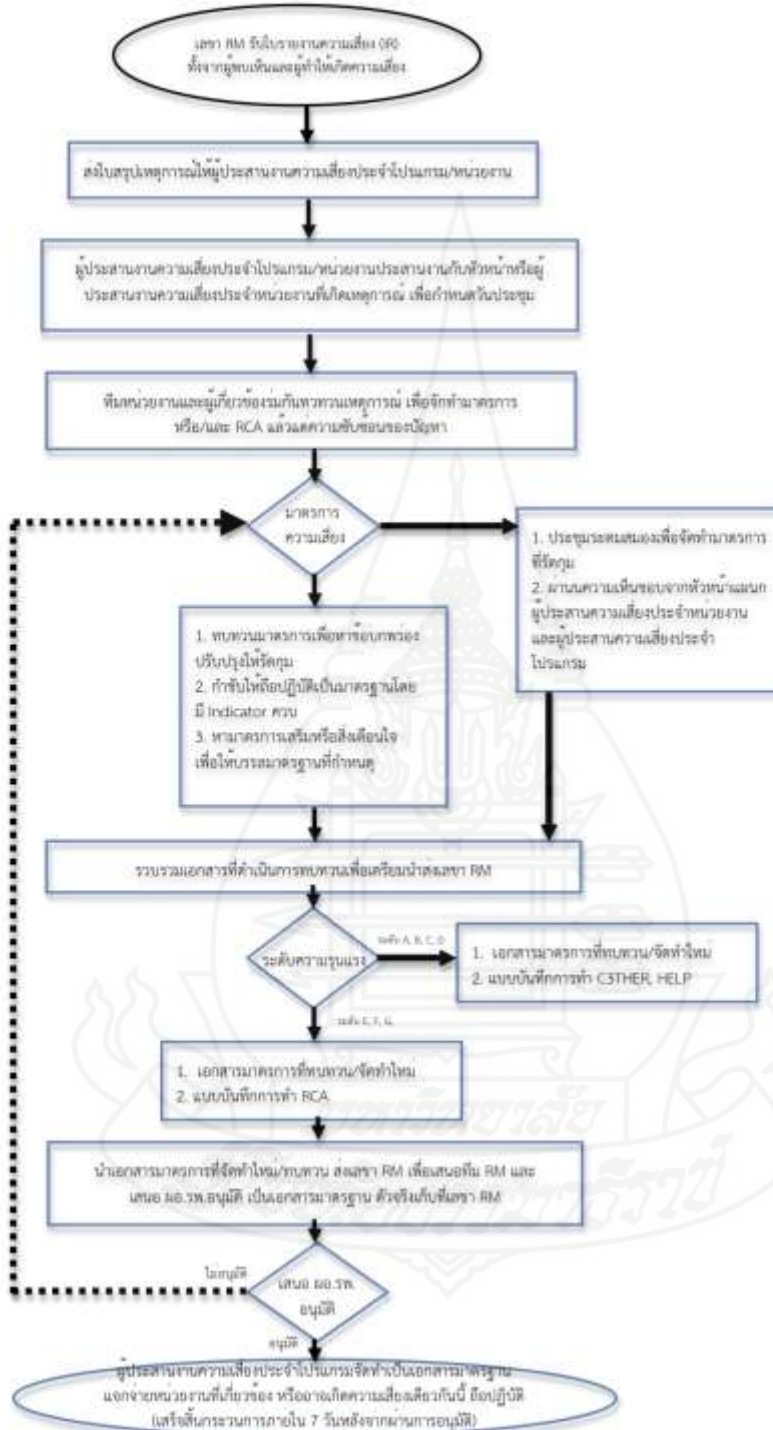
Sample of Problem Analysis by Why-Why-Why Chart



## ขั้นตอนที่ 5 การจัดทำมาตรการป้องกันและแก้ไขความเสียหายในโรงพยาบาล

ภายหลังจากการรายงานและจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันทบทวนเหตุการณ์โดยใช้แบบฟอร์มที่เหมาะสม โดยปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ใน Flowchart 3 ด้านล่างนี้





ภาพที่ 4.3 แสดงขั้นตอนการจัดทำมาตรการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยง ในโรงพยาบาล

## GLOSSARY

**ความเสี่ยงในโรงพยาบาล** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือเหตุไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล ทั้งต่อผู้ป่วยองค์กร ,เจ้าหน้าที่ ,ผู้รับบริการ , ได้แก่

**การถูกทำร้ายหรือบาดเจ็บเสียหาย (harm)** หมายถึง การทำร้ายจิตใจ , ความเจ็บป่วย , การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ , การสูญเสีย , การถูกกลั่นแกล้ง , การรบกวน , การมีบาดแผล

**เหตุร้าย (hazard)** หมายถึง การเกิดภัยอันตราย , ภาวะยากลำบาก

**อันตรายหรือการคุกคาม (danger)** หมายถึง ความรู้สึกไม่มั่นคง , ถูกทำให้รู้สึกอ่อนแอ

**ความไม่แน่นอน (uncertain)** หมายถึง สิ่งที่กำลัง , น่าสงสัย , คาดการณ์ไม่ได้ , ทำนายไม่ได้ , ไม่แน่ใจ

**การถูกเปิดเผย (exposure)** หมายถึง ความรวมถึง ความหวาดกลัวที่จะถูกนำเสนอ การเปิดเผยทางกายภาพการเผยความลับ , และการแปลความที่ผิดพลาด

**อุบัติเหตุ** หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย องค์กร ,เจ้าหน้าที่ ,ผู้รับบริการ , หรือเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดขึ้นแต่ไม่เกิดเพราะบังเอิญมีการแก้ไขก่อน โดยการแก้ไขนั้น ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบกระบวนการทำงานที่วางไว้

**ดักจับความเสี่ยง** หมายถึง การใช้ส่วนหนึ่งส่วนใดในระบบโรงพยาบาลในการค้นพบความเสี่ยงก่อน ถึงตัวผู้ป่วย ไม่ว่าความเสี่ยงนั้นๆจะมีจุดเริ่มต้นที่กระบวนการใดในระบบก็ตาม

### Adverse event

**เหตุการณ์ที่ไม่คาดการณ์ ไม่พึงประสงค์ และสามารถส่งผลอันตรายในโรงพยาบาล**

An unanticipated, undesirable, potentially dangerous occurrence in a health care organization

### Failure mode and effects analysis

การใช้ Failure mode and effects analysis (FMEA) ในการค้นหาความเสี่ยงเป็นการใช้ระบบเข้าวิเคราะห์เชิงรุก โดยมองกระบวนการดูแลผู้ป่วยหนึ่งกระบวนการ แล้ววิเคราะห์ว่าจุดใดบ้างที่อาจเกิดความเสี่ยงขึ้น บนการ ตั้งสันนิษฐานว่าไม่ว่าบุคลากรจะมีความรู้ความสามารถเพียงใด หรือจะมีความระมัดระวังเพียงใด ความผิดพลาด ก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้เสมอในบางสถานการณ์และอาจมีบางสถานการณ์ที่ส่งเสริมให้เกิดความผิดพลาดกว่า สถานการณ์อื่น

### Hazard vulnerability analysis

The identification of potential emergencies and the direct and indirect effects these emergencies may have on the health care organization's operations and the demand for its services

### Medication error

Any preventable event that may casue inappropriate medication use or jeopardize patient safety.

### Near Miss

การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนแล้วไม่เกิดผลต่อผลการรักษา ในครั้งนี้ แต่หากเกิดอีกในครั้งหน้าจะมีโอกาสส่งผลเสียร้ายแรงต่อผลการรักษา

-any process variation that did not affect an outcome but for which a recurrence carries a significant chance of a serious adverse outcome. Such a “near miss” falls within the scope of the definition of an adverse event.

### **Outcome**

The effect(s) that an intervention has on a specific health problem. It reflects the purpose of the intervention. For example, the outcome(s) of a rural health education program on safe drinking water could be fewer diarrhea episodes in children under 5 or decreased child mortality by diarrhea.

### **Risk management program**

กิจกรรมทางคลินิกและทางทั่วไปที่องค์กรใช้เพื่อการระบุชี้บ่ง ประเมิน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่, ญาติผู้ป่วย และ ความเสี่ยงต่อการสูญเสียใดๆในองค์กร

Clinical and administrative activities that organizations undertake to identify, to evaluate, and to reduce the risk of injury to patients, staff, and visitors and the risk of loss to the organization itself.

### **Root Cause Analysis**

เป็นกระบวนการชี้บ่งถึงปัจจัยต้นตอของปัญหาที่เป็นที่มาของความคาดเคลื่อนในผลการดำเนินงาน

Root Cause Analysis is a process for identifying the basic or causal factor(s) that underlies variation in performance, including the occurrence or possible occurrence of a sentinel event.

### **Sentinel event**

คือ เหตุการณ์ที่ไม่คาดการณ์ว่าจะเกิดและสามารถส่งผลให้เกิดอันตรายถึงตายหรือสูญเสียอย่างถาวรได้

Sentinel event is an unanticipated occurrence involving death or major permanent loss of function.

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าอิสระในเรื่อง “คู่มือการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลนอร์เทิสเทิร์น-วัฒนา” นี้มีผลสรุปจาก การศึกษา และข้อเสนอแนะดังนี้

#### 1. สรุปผลการศึกษา

คู่มือการจัดทำระบบบริหารจัดการความเสี่ยงใน โรงพยาบาลนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริง และส่งผลให้เกิดการพัฒนามาตรการป้องกันความเสี่ยงขึ้นอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยคู่มือรวม ข้อมูลที่สำคัญเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลทุกหน่วยงานสามารถศึกษาและทำความเข้าใจได้โดยง่าย กับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลนี้ และคู่มือยังกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นขั้นเป็น ตอน เพื่อให้ การจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นเป็น ไปอย่างมีประสิทธิภาพมีการกำหนดกลุ่ม บุคคลที่สำคัญที่ต้องได้รับการรายงานความเสี่ยงขึ้นกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นว่า จะต้อง รายงานใครตามลำดับ คู่มือยังกำหนดแนวทางการรายงานความเสี่ยงและแนวทางการร่วมกัน ทบทวนความเสี่ยงที่สำคัญ โดยใช้เครื่องมือทางคุณภาพ เช่น Root Cause Analysis (RCA) เพื่อช่วย ในการวางแผนป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เพื่อ ไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำในประเด็นเดิมได้อีก สุดท้าย คู่มือเล่มนี้ยังเน้นความสำคัญของการร่วมกันดักจับความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่อาจเกิดขึ้น ระหว่าง หน่วยงาน เพื่อการแก้ไขก่อนที่ความเสี่ยงจะขยาย ความรุนแรงกว่าเดิม

#### 2. ข้อเสนอแนะ

##### 2.1 ผลการประเมินการนำคู่มือในโรงพยาบาล

คู่มือบริหารจัดการความเสี่ยงใน โรงพยาบาลนี้ เป็นเพียงข้อเสนอแนะในการจัดทำ ระบบ บริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่สามารถนำสู่การใช้งานจริงได้ ไม่ซับซ้อน แต่มี ประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ใช้ คู่มือนี้ให้เกิดความสำเร็จนั้น ต้องอาศัยปัจจัย อื่นๆ ร่วมด้วย รวมทั้งอาจจะมีอุปสรรค และสาเหตุของความล้มเหลว ดังนี้

## ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการ

### ความรับผิดชอบของผู้บริหาร

- มีความมุ่งมั่นและมีความจริงใจที่จะดำเนินการในการนำใช้คู่มือ
- มีความมุ่งมั่นที่จะป้องกันความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ
- เป็นผู้กำหนดนโยบายของการจัดทำระบบบริหารจัดการความเสี่ยงใน

### โรงพยาบาล

● ทำให้มั่นใจว่ามีการรักษาและคงไว้ซึ่งนโยบายของระบบบริหารจัดการความเสี่ยงใน โรงพยาบาล ด้วยการทบทวนถึงประสิทธิผลของการนำไปปฏิบัติ และมีการปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม

● จัดตั้งผู้รับผิดชอบในระบบบริหารจัดการความเสี่ยงใน โรงพยาบาล เช่น กรรมการบริหาร ความเสี่ยง พร้อมทั้งมีการกำหนดอำนาจ และความรับผิดชอบที่ชัดเจน

● มีการจัดสรรทรัพยากรมนุษย์ สิ่งอำนวยความสะดวก งบประมาณ อย่างเพียงพอและ เหมาะสม

● ติดตามผลการดำเนินงานเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

● ร่วมทบทวนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกี่ยวข้อง

ทรัพยากร และการประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน

● เป็นตัวอย่างที่ดีของพนักงาน ในการปฏิบัติตามกฎระเบียบที่จัดตั้งขึ้น

● มีการสื่อสารที่ดี และรับฟังความคิดเห็นของพนักงาน

● กล่าวถึงความสำคัญของระบบบริหารจัดการความเสี่ยงใน โรงพยาบาลเมื่อมีโอกาสพบปะพนักงานเป็นหมู่คณะ

● สนับสนุนให้มีการทำงานเป็นทีม

มีความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล

● จัดให้มีการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับพนักงานทุกระดับภายในองค์กรและผู้ที่เกี่ยวข้อง

### เกี่ยวข้อง

มีการจัดทำเอกสารที่เหมาะสม

● เอกสารจะต้องอ่านเข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตลอดจนมี ความยืดหยุ่น

● พนักงานทุกระดับจะต้องเข้าใจในการนำใช้ออกสารที่เกี่ยวข้อง



### คุณสมบัติของผู้แทนฝ่ายบริหาร

- เป็นที่ยอมรับภายในองค์กรสามารถโน้มน้าวหน่วยงานต่างๆได้
- มีความสามารถในการประสานงานกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น
- มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
- มีความเป็นผู้นำที่ดี
- เข้าใจระบบการบริหารขององค์กรเป็นอย่างดี
- เข้าใจมาตรฐานระบบบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นอย่างดี

### สาเหตุแห่งความล้มเหลว

#### ผู้บริหาร

● ขาดความกระตือรือร้นและขาดการติดตามความคืบหน้าของการนำใช้คู่มือ  
บริหารจัดการ ความเสี่ยงใน โรงพยาบาล

- ตัดสินใจล่าช้า
- ขาดการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ
- ขาดการสนับสนุนการตรวจติดตามระบบบริหารจัดการความเสี่ยงใน

โรงพยาบาล

- ขาดการทบทวนของฝ่ายบริหาร
- ขาดการติดตามผลจากกิจกรรมการแก้ไขและป้องกัน

#### พนักงาน

● ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่คู่มือกำหนด  
● ละเลย ขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ใน  
คู่มือ

- ไม่ทำการแก้ไขปัญหาในช่วงเวลาที่กำหนดไว้

#### ผู้แทนฝ่ายบริหาร

- ขาดการประสานงาน และการบริหาร โครงการที่ดี
- ขาดการติดตามการนำใช้คู่มืออย่างต่อเนื่อง
- ไม่มีเวลาให้กับการศึกษาข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจในคู่มือ
- ไม่มีมนุษยสัมพันธ์

## 2.2 ข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคในการนำใช้ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ

- 1) ปัจจัยทางด้านมาตรฐานระบบ เช่น ความรู้ ความเข้าใจและการเห็นถึงความสำคัญ และประโยชน์ในการจัดทำมาตรฐาน
- 2) ปัจจัยทางด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานที่มีความเคยชินกับวิธีการเดิม และการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะทำให้การทำงานแบบที่มีมาตรฐานนั้นถูกมองว่าเป็นการทำงานที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ยากต่อการทำความเข้าใจ
- 3) ปัจจัยทางด้านบุคลากร บุคลากรขององค์กรมีพื้นฐานของความรู้ความเข้าใจ และความสามารถที่แตกต่างกันดังนั้นอาจมีผลต่อการนำระบบบริหารจัดการความเสี่ยงเข้ามาสู่การนำใช้

ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้สามารถแก้ไขได้โดยการให้ความรู้ความเข้าใจรวมถึงสร้างมาตรฐาน ที่ง่ายต่อการปฏิบัติซึ่งหากให้พนักงานเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ในขั้นตอนของการเริ่มต้นการจัดทำระบบแล้วจะทำให้พนักงานเล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของระบบบริหารจัดการความเสี่ยงมากขึ้น รวมไปถึงผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญต่อการจัดทำระบบและเป็นตัวอย่างที่ดี นอกจากนี้ การส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติอันดีต่อการจัดทำระบบนั้น จะช่วยให้การดำเนินการในระบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น





บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (2541) “คู่มือคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข”  
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค, กรุงเทพมหานคร
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2542) “มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล”  
พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- เกศแก้ว วิมลมาลา (2538) “ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วม กับเสรีภาพทาง  
วิชาการของอาจารย์พยาบาล ในสถานศึกษาพยาบาล” วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จรีวัฒน์ คงทอง (2539) “ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินต่อ  
กิจกรรมพยาบาล และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล: กรณีศึกษา  
งานผู้ป่วยและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ทัศนาศาสตร์ (2539) “รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการฝึกอาชีพระยะสั้น  
ช่างอุตสาหกรรมกรมชีวอาชีพศึกษา” วิทยานิพนธ์การศึกษาคุษภักดิ์บัณฑิต  
สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร
- ธงชัย บรรจงกาลกุล (2545) “ประเมินการนำระบบมาตรฐานสากล ISO 9002 มาใช้  
ในโรงพยาบาลนครชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต  
สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
- เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธ์กุล (2536) “ผลของการมีส่วนร่วมของญาติในการฝึกทักษะ  
การผ่อนคลายผู้ป่วยที่ได้รับการยึดตรึงกระดูก แบบภายในที่มีผลต่อพฤติกรรม  
การผ่อนคลายกับระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) “การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้า หอผู้ป่วย  
โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและ ไม่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2549) “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ  
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี”
- สาตี บุญศรีรัตน์; กัลยาณี เกื้อก่อพรม และนฤมล อนุมาศ (2543) “การพัฒนาระบบบริหาร  
ความเสี่ยงของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา”  
วารสารกองการพยาบาล 28(2): 34-47
- สุดาพร รอดถนอม (2542) “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการบริหารแบบ  
มีส่วนร่วม” วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช (2534) “การวิเคราะห์กิจกรรมการบริหารการพยาบาล ของหน่วยงานอุบัติเหตุ  
และฉุกเฉินโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์  
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- หทัยรัตน์ โชคชัยชนากุล (2543) “ผลของการใช้มาตรฐานโปรแกรมการประกัน  
คุณภาพบริการพยาบาลที่มีต่อความพึงพอใจ ของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลราชวิถี” วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2541) การบริหารความเสี่ยงในเส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพ บริการ  
เพื่อประชาชนการประชุมระดับชาติเรื่อง “การพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาลครั้งที่ 1” (24-26 พฤศจิกายน 2541) ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี  
เทพยสมาคมกรุงเทพ: ดีไซน์ จำกัด
- \_\_\_\_\_. (2555) “HA Update 2012” สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
นนทบุรี

- Australian Institute of Management (1991) Australian Institute of Management. "An introduction to participation management" Victoria: Capital press PTY.Ltd
- Bowes, B (2001) "Working world" [online] Available from:  
<http://www.winnipegfreepress2.com/carrers/bowes/072101.shtml> [2002, jan.25]
- Bowyer, E. A. (1987) "Risk management" In Legal issues in nursing. St. Louis: Mosby
- Wilson, J. (1999) "Risk reviews and using risk management strategy" In Clinical risk modification: A route to clinic governance?. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Uibel, I. C. and Klein, A. R. (1994) "Emergency department management" In Emergency nursing core curriculum. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB. Saunders company.
- Diamond, B. (1995) "Legal aspects of nursing" 2<sup>nd</sup> ed. London: Prentice hall.
- Anthony, W. A. (1978) "Participation management" Massachusetts: Addison-Wesley publishing company.
- Griffin, R. W. (1999) "Management" 6<sup>th</sup> ed. Boston: Houghton Mifflin company.
- Aiken, T. D. and Catalang, J. T. (1994) "Legal, ethical, and political issues in nursing" Philadelphia: F. A. Davis company
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (2001) [Online] Available from:  
[Http://www.jcaho.org/news/mo\\_In0701attach.html](Http://www.jcaho.org/news/mo_In0701attach.html) [2001,oct.01]
- Swanburg, R. C. (1996) "Management and leadership for nurse managers" 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Robbins, R. C. (1998) "Organization Behavior" 8<sup>th</sup> ed. Newjersey: Prentice-Hall.
- Lussier, R. N. (1996) "Human relations in organization" 3<sup>rd</sup> ed. Chicago: Irwin
- Hilgert, R. L. and Leonard Jr, E. C. (1995) "Supervision concepts and practices of management" 6<sup>th</sup> ed. Ohio: South-western college Publishing.
- Marilyn, L. and others (2000) "Current issues in emergency nursing" In **Current issues in nursing**. 6<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby.

## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวณัฐริรา ตั้งสีบกุล
วัน เดือน ปี	6 เมษายน 2521
สถานที่เกิด	ประเทศสิงคโปร์
ประวัติการศึกษา	ปริญญาเอกวิศวกรรมศาสตร์ สาขาการจัดการทรัพยากรน้ำ และการวางแผนทางสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน มหาวิทยาลัยนิวเซาท์เวลส์ ซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2547
สถานที่ทำงาน	บริษัท วัฒนาการแพทย์ จำกัด (มหาชน) จังหวัดอุดรธานี
ตำแหน่ง	รองผู้อำนวยการบริหาร

