

รายงานการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางปรียา คำประดำ

อายุ ๕๒ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลคัดกรองและประเมินอาการของ
ผู้ป่วยก่อนพบแพทย์เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ปฏิบัติหน้าที่บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานเพื่อให้
ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับ
มอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๓

สาขา -

เพื่อ ศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

สถานที่ รูปแบบการอบรมในแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม zoom

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์ทั่วไป

๒.๑.๑ เข้าใจความหมาย ความสำคัญและหลักการระบบบริหารความเสี่ยง

๒.๑.๒ เข้าใจมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ระบบบริหารความเสี่ยง และ
นำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๑.๓ โรงพยาบาลสามารถเข้าใจและนำไปวางระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยระดับ
โรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

๒.๒ เนื้อหา

ความเสี่ยง คือ ผลของความไม่แน่นอนที่มีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ (การเบี่ยงเบนไปจากการ
บรรลุวัตถุประสงค์ เนื่องจากความไม่แน่นอน/ขาดข้อมูล ความเข้าใจ ความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น)

การบริหารความเสี่ยง/การจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เป็นการจัดการเพื่อควบคุม
โอกาสเกิด และ/หรือ ผลกระทบของอุบัติการณ์ (Incident) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)

วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture)

๑. องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัย

๑.๑ วัฒนธรรมการแจ้งเตือนระวังภัย (Informed Culture) : คนทำงานในระบบมีข้อมูลและ
ความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับความปลอดภัย

๑.๒ วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (Flexible Culture) : มีความยืดหยุ่นปรับตัวได้ง่ายเมื่อเผชิญกับ
ภาวะที่มีอันตรายตัดสินใจได้รวดเร็ว

๑.๓ วัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture) : ผู้คนที่พร้อมที่จะรายงานเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเหตุเกือบพลาด

๑.๔ วัฒนธรรมการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม (Just Culture) : บุคลากรได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมมีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ (ไม่ตำหนิตีเดียกับผู้กระทำความผิดพลาด)

๑.๕ วัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning Culture) : เรียนรู้จากความผิดพลาดและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่

๒. ระดับของการเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย

๒.๑ เกิดการตระหนักรู้ (Awareness) มี ๓ ระดับ

Level ๑ การรับรู้

Level ๒ ความเข้าใจ

Level ๓ การคาดการณ์

๒.๒ รู้เองว่าเรื่องนี้จำเป็นต้องทำ (Recognition)

๒.๓ ความรับผิดชอบที่ไม่ต้องให้ใครบอก (Accountability)

การระบุความเสี่ยง (Risk Identification) เป็นกระบวนการในการค้นหา ระบุ และนิยามความเสี่ยงให้ได้ ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้ ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ และผลที่อาจเกิดขึ้น

วิธีการค้นหาความเสี่ยง ได้แก่

๑. อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น (Past Incidents)

๒. การวิเคราะห์เชิงทฤษฎี (การทำ FMEA)

๓. การวิเคราะห์กระบวนการ (Process Analysis)

๔. ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๕. คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ (Patient Safety Goal : PSG)

ระดับผลกระทบและการจัดลำดับความสำคัญ (Risk Severity and Prioritization) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกความเสี่ยงเรื่องใดมาจัดการก่อนหลัง เหตุการณ์ใดต้องทำ RCA โดยใช้ระดับผลกระทบกับระดับความสำคัญ

๑.ระดับผลกระทบ (Risk Severity)

๑.๑ ประเภทของผลกระทบ ได้แก่ ผู้ป่วย, บุคลากรภายใน, บุคคลภายนอก, อุปกรณ์/เครื่องจักร/ระบบงาน, การบริหาร, สิ่งแวดล้อม/อค์ศิกัย, รายได้/ต้นทุน และชื่อเสียงภาพลักษณ์

๑.๒ การแบ่งระดับของผลกระทบ

๑.๒.๑ การบาดเจ็บ แบ่งเป็น ๙ ระดับ A-I

๑.๒.๒ นอกเหนือการบาดเจ็บ และชื่อเสียงภาพลักษณ์ แบ่งเป็น ๕ ระดับ คือ

Insignificant, Minor, Moderate, Major, Extreme

๒.ระดับความสำคัญ (Risk Level)

๒.๑ Sentinel Event (SE) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง ให้ความสำคัญสูง

๒.๒ Potential Adverse Event (PAE) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงแต่เป็น High Risk

๒.๓ General Event เหตุการณ์ผิดปกติทั่วไป

๓. การจัดลำดับความสำคัญ (Risk Rating Matrix) ใช้ระดับโอกาสเกิดกับระดับผลกระทบ โดยให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและโอกาสเกิดน้อยแล้วจัดระดับลดหลั่นลงมาแบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ สีเขียว = Very Low Risk, สีเหลือง = Low Risk, สีส้ม = Moderate Risk และ สีแดง = High Risk

การวิเคราะห์หาสาเหตุราก (Root Cause Analysis : RCA) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง หรือสาเหตุรากของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

๑. ขั้นตอนการทำ

- ๑.๑ ทบทวนเหตุการณ์
- ๑.๒ รับฟังคนทำงาน
- ๑.๓ หาจุดเปลี่ยน
- ๑.๔ หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ใช้คำถาม Why
- ๑.๕ หาแนวทางเชิงป้องกัน

๒. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการทำ RCA

- ๒.๑ System Thinking
- ๒.๒ Safety Culture
- ๒.๓ No Blame, No Shame
- ๒.๔ Management by Fact
- ๒.๕ Team

การวิเคราะห์อาการขัดข้อง และผลกระทบ (Failure Mode and Effects Analysis : FMEA) เป็นวิธีการในการค้นหาและป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น

๑. ขั้นตอนการทำ

- ๑.๑ กำหนดเรื่องที่จะทำ
- ๑.๒ จัดตั้งทีมองค์ประกอบสมาชิก (มีผลต่อการระดมสมอง)
- ๑.๓ เขียนแผนภูมิกระบวนการขั้นตอน
- ๑.๔ กำหนดรายการที่จะล้มเหลวในแต่ละขั้นตอน (Failure Mode) พร้อมบอกผลกระทบ หากล้มเหลว และคำนวณค่าลำดับคะแนนความเสี่ยง (ความรุนแรง x โอกาสในการเกิดสาเหตุ x ความสามารถในการตรวจจับลักษณะข้อบกพร่อง)

๑.๕ ในแต่ละข้อให้ตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรกับ Failure Mode นั้น, อธิบายแนวทางที่จะใช้ขจัดหรือควบคุมสาเหตุของ Failure Mode, พิจารณาตัววัดผลลัพธ์ที่จะใช้วิเคราะห์และประเมินผล, กำหนดผู้รับผิดชอบที่จะดำเนินงาน และเสนอให้ผู้บริหารระดับสูงให้ความเห็นชอบ

- ๑.๖ ดำเนินการตามกระบวนการ PCDA
- ๑.๗ คำนวณค่าลำดับคะแนนความเสี่ยงอีกครั้ง

๒. กรณีที่ควรทำ FMEA

- ๒.๑ เหตุการณ์ที่ไม่ยอมให้เกิดความผิดพลาด
- ๒.๒ มีการเปลี่ยนกระบวนการทำงานแทบจะทั้งระบบเปลี่ยนวิธีการทำงานของคนและไม่คุ้นชิน
- ๒.๓ มีการพัฒนาระบบงานหรือบริการใหม่ๆหรือเพิ่มผลิตภัณฑ์ใหม่
- ๒.๔ เป็นระบบงานที่ยากหรือซับซ้อน

ปัจจัยมนุษย์หรือการยศาสตร์ (Human Factor)

๑. องค์ประกอบต่างๆที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน, พฤติกรรมและการตัดสินใจของมนุษย์ ได้แก่
 - ๑.๑ ปัจจัยการรับรู้และคิด (Cognitive Factor)
 - ๑.๒ ปัจจัยทางกายภาพ (Physical Factor)
 - ๑.๓ ปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Social Factor)

๒. ข้อจำกัดหรือความผิดพลาดในการทำงานที่เกิดจากปัจจัยมนุษย์ ได้แก่

๒.๑ ด้านกายภาพ เช่น ความอ่อนล้า, ปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ เป็นต้น

๒.๒ ด้านการใช้สมอง และประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยินสมาธิ การตัดสินใจ เป็นต้น

๒.๓ ด้านบริบทองค์กร เช่น โครงสร้างขององค์กร หน้าที่ ระยะเวลาทำงาน เป็นต้น

การออกแบบการทำงานโดยคำนึงถึงพฤติกรรมและปัญหาในมุมมองของผู้ใช้หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ (Human-Centered Design : HCD) มีขั้นตอนดังนี้

๑. Empathize การสำรวจความต้องการปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เข้าใจความต้องการของพวกเขา

๒. Define ระบุให้ชัดเจนว่าปัญหาที่พยายามหาคำตอบคืออะไร (นิยามปัญหา จุดเน้น และขอบเขต)

๓. Ideate เป็นการออกแบบจากปัญหาสู่คำตอบ สร้างความคิดทั้งปริมาณและความหลากหลาย

๔. Prototype สร้างต้นแบบโดยนำความคิดออกจากหัวมาสู่โลกภายนอก

๕. Test การทดสอบ เป็นโอกาสรับข้อเสนอแนะจากผู้ใช้แล้วนำข้อมูลที่ได้รับไปสร้างต้นแบบในรอบต่อไป
Safety Design การออกแบบรับมือกับความเสี่ย ความไม่ปลอดภัยโดยการจัดการ/การบรรเทาความเสี่ย แบ่งเป็นเชิงรุกกับเชิงรับ ดังนี้

๑. เชิงรุก (Proactive Design in Risk Register) โดยนำความเสี่ยที่มีในทะเบียนข้อมูลความเสี่ย หรือใน ๙ มาตรฐานจำเป็นที่โรงพยาบาลกำหนดมาดำเนินการออกแบบเพื่อควบคุมหรือขจัดความเสี่ย

๒. เชิงรับ (Reactive Design in RCA) เมื่อทำ RCA แล้ว จะทราบสาเหตุความเสี่ยที่เกิดขึ้นจึง ออกแบบเพื่อควบคุมหรือขจัดความเสี่ยนั้นๆ

บัญชีความเสี่ยและทะเบียนข้อมูลความเสี่ย (Risk Profile and Risk Register)

๑. บัญชีความเสี่ย (Risk Profile) เป็นเอกสารที่บอกเล่าความเสี่ยที่เกิดขึ้นในระดับหน่วยงาน ทีม องค์กร ในเชิงปริมาณว่าเกิดขึ้นเท่าใด มีความรุนแรงระดับไหน (อาจใช้ Matrix มาช่วยในการจัดลำดับ ความสำคัญ) สามารถนำเสนอในรูปแบบ Risk Matrix หรือ Risk Rating Table ประกอบด้วย ๒ ส่วนคือ Risk Identification กับ Risk Analysis

๒. ทะเบียนข้อมูลความเสี่ย (Risk Register)

๒.๑ เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยทุกขั้นตอนทำให้เป็น กระบวนการที่มีชีวิตเป็นพลวัต

๒.๒ เป็นเครื่องมือสำหรับกระบวนการบริหารความเสี่ยที่มีประสิทธิภาพ

๒.๓ องค์ประกอบสำคัญ ๔ ส่วน คือ

๒.๓.๑ การระบุความเสี่ย (Risk Identification) นำความเสี่ยสำคัญมาขึ้นทะเบียน

๒.๓.๒ การวิเคราะห์ความเสี่ย (Risk Analysis) เป็นการให้ระดับความเสี่ยโดยใช้

Risk Matrix

๒.๓.๓ แผนรับมือความเสี่ย (Risk Treatment Plan) เป็นกระบวนการในการลด ความรุนแรงของความเสี่ยประกอบด้วย การเลือก ทางเลือก และการนำทางเลือกไปปฏิบัติ

๒.๓.๔ การติดตามและทบทวนความเสี่ย (Risk Monitoring and Review) ประกอบด้วย การติดตามและการทบทวนความเสี่ยด้วยการตามรอยกระบวนการ ติดตามผลลัพธ์ ว่ามีการ ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เพียงใดมีปัญหาอุปสรรคอะไรในการปฏิบัติ มีแนวโน้มอย่างไร ซึ่งเป็น กระบวนการที่สำคัญที่สุด

๒.๓.๑ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๒.๓.๑.๑ มีความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ความสำคัญ และหลักการบริหารความเสี่ย ระบบความเสี่ย

๒.๓.๑.๒ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาหรือสาเหตุรากของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

๒.๓.๑.๓ มีความเข้าใจความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรมความปลอดภัย

๒.๓.๑.๔ มีความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่า/ความหมาย/การใช้ประโยชน์จากทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง (Risk Register)

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

สามารถนำความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลไปดำเนินการปรับกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย

๒.๓.๓ อื่นๆ

สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปให้คำแนะนำ/คำปรึกษากับบุคลากรภายในโรงพยาบาลที่มีความสนใจได้

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง รูปแบบการอบรมเป็นแบบออนไลน์ (Zoom Meeting) จำเป็นต้องใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อเชื่อมต่ออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต โทรศัพท์มือถือ ทำให้เกิดปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตขาดหายไปเป็นเป็นช่วง

๓.๒ การพัฒนา เนื่องจากการอบรมเป็นแบบออนไลน์ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับไฟล์เอกสารประกอบการบรรยายก่อนการอบรม ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีโอกาสได้ศึกษาและหาความรู้ก่อนเข้ารับการอบรม

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ควรมีการดำเนินการให้บุคลากรได้รับการอบรมจำนวนมากขึ้น

ลงชื่อ ปวีณา คำประดำ ผู้รายงาน

(นางปวีณา คำประดำ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ [Signature] หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน

(นางสาววิไล เจียรบรรพต)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ให้สัมภาษณ์ สอนหน้า ดงเมฆ ฟิลิปปิน
ได้แนะนำ ปวีณา คำประดำ เป็นวิทยากร มา ดำเนินการ ให้ บุคลากร ใน
หน่วยงาน ให้ ได้ รับ การ อบรม เป็น ประจำ

ลงชื่อ [Signature] หัวหน้าส่วนราชการ

(นายอดิศร วิตตากร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนวิศศักดิ์ ชูติ นธโร อุทิศ

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายนันท์วัฒน์ ตันธนาสุวัฒน์
อายุ ๓๓ ปี การศึกษา เกษศาสตรมหาบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเภสัชกรรมคลินิก

๑.๒ ตำแหน่ง เกษษกรชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติหน้าที่ดูแลให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยในให้ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ควบคุมดูแลระบบยาในโรงพยาบาล รวบรวมวิเคราะห์ และเสนอตัวชี้วัดของห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน และปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ฝึกรอบรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖
หลักสูตร HA๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพในโรงพยาบาล รุ่นที่ ๓
สาขา -

เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)
ระหว่างวันที่วันที่ ๑๗ - ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

สถานที่ รูปแบบการอบรมเป็นแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม zoom
คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเข้าใจความหมาย ความสำคัญ และหลักการระบบบริหารความเสี่ยง

๒.๑.๒ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕

๒.๑.๓ เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

๒.๒ เนื้อหา

วัตถุประสงค์หลักสูตรและการเรียนรู้แก่นของ HA

Hospital Accreditation คือ กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กรทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาทั้งองค์กรมีความจำเป็นเนื่องจากงานแต่ละส่วนล้วนพึ่งพิงการทำงานซึ่งกันและกัน การแยกส่วนพัฒนาจึงไม่สามารถบรรลุจุดสูงสุดที่เราต้องการ

การเรียนรู้ขององค์กรเกิดจากการประเมินตนเองการลงมือทำด้วยตนเองการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษา/โรงพยาบาลอื่นและการได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมสำรวจ

การเยี่ยมสำรวจเปรียบเสมือนการซ้อมรบ วิชาที่แท้จริงคือความเสี่ยงที่โรงพยาบาลเผชิญอยู่ทุกวัน การรับรองเป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ เดียวในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการทั้งหมดซึ่งควรมองว่าเป็นผลพลอยได้ของการทำงานหนัก เป้าหมายของการพัฒนาที่แท้จริงอยู่ที่คุณภาพบริการซึ่งผู้ป่วยจะได้รับ

การพัฒนาคุณภาพซึ่งจะประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนาและแนวคิดการพัฒนา เช่น กระบวนการ PDCA ๓P (Purpose Process Performance) ๓C-PDSA/ ๓C-DALI (๓C คือ Concepts Context Criteria)

Introduction Risk Management & Principle of risk

กรอบแนวคิดที่สำคัญเพื่อใช้ในการบริหารความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

- วิธีปฏิบัติ ขั้นตอนการทำงาน
- เป้าหมายการทำงาน
- Failure Mode Effective Analysis, Clinical Tracer, Trigger tool
- เกิดความผิดพลาดเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่ตั้งไว้
- อุบัติการณ์ (ผิดไปจากปกติหรือไม่พึงประสงค์)
- ความรุนแรง (Severity)
- ความรุนแรง / เยียวยา
- ควบคุมไม่ให้ลุกลาม
- หาสาเหตุที่แท้จริง โดยป้องกัน/หลีกเลี่ยงในครั้งต่อไป
- รวบรวมเป็นบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน

Safety Culture

Culture and the Learning System

Culture (วัฒนธรรม) เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล และของกลุ่ม ซึ่งเป็นรากฐานที่แข็งแกร่ง ในการสร้างระบบการเรียนรู้

Learning System (ระบบการเรียนรู้) คือ ความสามารถที่จะมองเห็นจุดแข็ง และจุดอ่อนของตนเอง ตลอดเวลาทำงาน และในการทบทวนตามช่วงเวลา

Accountability for Our Behaviors

กรณีที่เกิดจากความผิดพลาด (ERROR) สิ่งที่คุณบริหารควรทำคือ การปลอบขวัญ ให้กำลังใจ และมุ่งไปสู่การจัดการกับระบบเพื่อป้องกัน เช่น ปรับปรุงกระบวนการ ฝึกอบรม ออกแบบ จัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

กรณีที่เกิดจากพฤติกรรมสุ่มเสี่ยง (At-risk behavior) สิ่งที่คุณบริหารควรทำ คือ การโค้ช เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดแรงจูงใจที่จะกระทำ เพิ่มแรงจูงใจที่จะไม่ทำ เพิ่มความตระหนักในสถานการณ์

กรณีที่เกิดจากความสะเพร่า ประมาท เลินเล่อ (Reckless behavior) สิ่งที่คุณบริหารควรทำ คือ การดำเนินการทางวินัย

การสร้างวัฒนธรรม

- การสร้างวัฒนธรรมต้องใช้เวลา ต้องบ่มเพาะ ต้องสะสม
- วัฒนธรรมเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันในคุณค่าของสิ่งที่กระทำลงไป
- ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดของแต่ละคน แล้วค่อย ๆ เกิดเป็นความเห็นพ้องภายในองค์กร
- จะพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัย เราจะต้องเห็นว่า วัฒนธรรมนั้น เกิดกระจายทั่วทั้งองค์กร

Standard Hospital Accreditation edition ๕th & ๒P Safety

หลักการของการบริหารความเสี่ยง

- RM สร้างและปกป้องคุณค่า (values) การป้องกันหรือลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยคือ การส่งมอบบริการที่มีคุณค่า

- RM เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร (all processes) ทุกกระบวนการมีความเสี่ยงแฝงอยู่ RM จึงควรครอบคลุมทุกกระบวนการขององค์กร ตั้งแต่ระดับกลยุทธ์ถึงระดับปฏิบัติการ

- RM เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจ (decision making) ต้องตัดสินใจว่าจะยอมรับความเสี่ยงหรือไม่ จะรับมือกับความเสี่ยงอย่างไร จะบรรเทาความเสียหายอย่างไร

- RM แสดงออกถึงความไม่แน่นอนให้ชัดเจน (uncertainty) ความเสี่ยงเป็นเรื่องของโอกาสเกิดอุบัติการณ์ ไม่สามารถบอกได้แน่นอนในแต่ละรายว่าจะเกิดหรือไม่ แต่สามารถคาดการณ์ให้ชัดเจนเป็นตัวเลขได้ว่ามีโอกาสเกิดขึ้นเท่าไร

- RM เป็นเรื่องของความเป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจน ทันท่วงเวลา (systematic)

* Systematic ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวางระบบเพื่อป้องกัน

* โครงสร้างชัดเจนคือชัดเจนว่าใครจะต้องทำอะไร เมื่อไร เช่น หน้าที่ของ risk owner

กับ risk register

* ทันท่วงเวลา คือทันท่วงเวลาในการรับรู้ความเสี่ยงและอุบัติการณ์ ทันท่วงเวลาในการปรับเปลี่ยนมาตรการป้องกัน

- RM อยู่บนพื้นฐานของสารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (best information) ใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์ความเสี่ยง ในการเตรียมพร้อมรับมือระหว่างการทำงาน

- RM ปล่อยให้สอดคล้องกับบริบทและ risk profile (context)
 - * ระบบ RM ต้องพิจารณาว่าบริบทองค์กรทำให้เกิดความเสี่ยงอะไรบ้าง
 - * แต่ละความเสี่ยงมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์และรุนแรงเพียงใด
- RM นำปัจจัยด้านมนุษย์และวัฒนธรรมมาพิจารณา (human and cultural)
 - * ปัจจัยมนุษย์ นำมาพิจารณาว่าจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไร และจะออกแบบป้องกันอุบัติการณ์อย่างไร
 - * ปัจจัยวัฒนธรรม เป็นส่วนสำคัญในการสร้างองค์กรที่ปลอดภัยยิ่งยวด
- RM มีความโปร่งใสและไม่กีดกัน (transparent & inclusive)
 - * มีความโปร่งใสใจการเปิดเผยข้อมูลเมื่อเกิดเหตุการณ์ เพื่อนำมาสู่การเรียนรู้
 - * ทุกคนไม่ถูกกีดกันออกจากกระบวนการเรียนรู้ การระบุความเสี่ยงและแนวทางป้องกัน
- RM ความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ และตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (dynamic)
 - * มีการ update บัญชีรายการความเสี่ยงเมื่อจำเป็น
 - * Risk register กำหนดให้มีวงรอบของการทบทวนที่ชัดเจน
- RM ช่วยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในองค์กร (improvement)
 - * การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ นำมาสู่การปรับปรุงเพื่อป้องกัน
 - * แม้ไม่เกิดอุบัติการณ์ ก็คิดถึงแผนการพัฒนามาตรการป้องกัน

ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

๑. ออกแบบประสาน
๒. ค้นหา/ระบุความเสี่ยง จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เช่น ช้างเตี้ย เวชระเบียน การส่งต่อภาวะแทรกซ้อน อุตการณ์อื่นๆ และการใช้ทรัพยากร เป็นต้น

๓. มาตรการป้องกัน สื่อสาร ปฏิบัติ
๔. รายงานอุบัติการณ์
๕. วิเคราะห์สาเหตุ/แก้ปัญหา
๖. ประเมินประสิทธิผล
๗. ปรับปรุงระบบ

Risk Management Framework เป็นกรอบแนวคิดประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบ คือ

๑. หน้าที่และความมุ่งมั่นของผู้บริหาร
๒. การออกแบบระบบที่มีความรัดกุม
๓. การนำระบบไปปฏิบัติ
๔. การติดตามทบทวน ประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยง
๕. การปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

การแสดงความมุ่งมั่นต่อการบริหารความเสี่ยง

๑. กำหนดนโยบายบริหารความเสี่ยงขององค์กร
๒. กำหนดตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการบริหารความเสี่ยง
๓. กำหนดวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง
๔. มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง
๕. จัดสรรทรัพยากรเพื่อการบริหารความเสี่ยง
๖. สื่อสารประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยง
๗. สนับสนุนองค์ประกอบสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร

รูปแบบของการเขียน SIMPLE

๑. Goal เช่น ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการล้างมืออย่างถูกต้องในทุกขณะตามข้อบ่งชี้ ๕ Moments
๒. Why ระบุความสำคัญ ผลกระทบหากไม่มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสม
๓. Process ระบุแนวปฏิบัติพร้อมระดับความสำคัญ โดยจัดกลุ่มอย่างเหมาะสมให้ง่ายต่อการจดจำ แจกแจงข้อย่อยเป็นข้อๆ เพื่อง่ายในการนำไปติดตามแต่ละประเด็นหรือประเมินตนเอง
๔. Training ระบุการฝึกอบรมที่จำเป็นในเรื่องนี้
๕. Monitoring ระบุแนวทางการ monitor ที่ควรจะมี อาจเป็นตัวชี้วัดหรืออื่นๆ ก็ได้
๖. Pitfall ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น

Risk Identification & Report System

ช่องทางการค้นหาความเสี่ยง/อุบัติการณ์ เช่น

- Trigger Tools
- การตามรอย เช่น ตามรอยรายโรค (Clinical Tracer)
- กิจกรรมเดิน Round : เช่น IC round, ENV round
- รายงานอุบัติการณ์
- ๑๒ กิจกรรมทบทวน เช่น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (CmTHER) การทบทวนคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา การทบทวนเวชระเบียน การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนเครื่องชี้วัด เป็นต้น
- Patient Safety Goals: SIMPLE ๒P
- FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)
- Process analysis

Risk Severity and Prioritization

การให้ระดับผลกระทบทางยา

Category	ความคลาดเคลื่อน (Error)	การรักษา (Intervention)	อันตรายต่อผู้ป่วย (Harm)
A	มีเหตุการณ์ ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เกิดความคลาดเคลื่อน		
B	เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย		
C	เกิดความคลาดเคลื่อน และถึงตัวผู้ป่วย	ไม่มี	ไม่เกิดอันตราย
D	เกิดความคลาดเคลื่อน และถึงตัวผู้ป่วย	ไม่มี แต่ต้องเฝ้าระวังอาการ เพราะมีโอกาสเกิดอันตรายได้	ไม่เกิดอันตราย
E	เกิดความคลาดเคลื่อน และถึงตัวผู้ป่วย	ต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขอันตรายที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนนั้น	เกิดอันตรายชั่วคราว
F	เกิดความคลาดเคลื่อน และถึงตัวผู้ป่วย	ต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขอันตรายที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนนั้น	เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องอยู่ รพ. นานขึ้น
G	เกิดความคลาดเคลื่อน และถึงตัวผู้ป่วย	ต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขอันตรายที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนนั้น	เกิดอันตรายถาวร
H	เกิดความคลาดเคลื่อน และถึงตัวผู้ป่วย	ต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขอันตรายที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนนั้น	เกิดอันตรายต้องกักชีวิต
I	เกิดความคลาดเคลื่อน และถึงตัวผู้ป่วย	ต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขอันตรายที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนนั้น	เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต

อภิธานศัพท์ หลักสูตร HA๖๐๑

Risk management	การจัดการความเสี่ยง
Incident management	การจัดการอุบัติการณ์
๒P Safety	Safety for Patient and Personnel Sector
Safety-I	ความปลอดภัยที่เกิดจากการเรียนรู้อุบัติการณ์
Safety-II	ความปลอดภัยที่เกิดจากการเรียนรู้การปฏิบัติงานที่ดี
Reactive risk management	การจัดการความเสี่ยงเชิงรับ
Proactive risk management	การจัดการความเสี่ยงเชิงรุก
Resilience	ความสามารถในการปรับตัวพร้อมรับความท้าทาย ภาวะล้มลุกได้ ปัญญายืดหยุ่น
Mindset	ฐานคิดในการตอบสนองต่อความท้าทาย

ระดับผลกระทบจากการบาดเจ็บ

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ผู้ป่วย	A-B-C (A) มีเหตุการณ์ ซึ่งมีโอกาสที่ก่อให้เกิด ความคลาดเคลื่อน (B) เกิดความคลาดเคลื่อน ขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (C) เกิดความคลาด เคลื่อนกับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการรักษา ไม่เกิดอันตราย	D (D) ต้องเฝ้า ระวังอาการ ไม่เกิดอันตราย	E-F (E) ต้องให้ การรักษาเพิ่ม มากขึ้น เกิด อันตราย/พิการ ชั่วคราว (F) เกิด อันตราย/พิการ ชั่วคราว และ ต้องอยู่ โรงพยาบาล นานขึ้น	G-H ต้องให้การรักษา (G) เกิดความพิการถาวร ต้องให้การรักษา (H) ทำการกู้ชีวิต/เกือบ เสียชีวิต	I (I) ถึงแก่ชีวิต
บุคคลภายนอก (ที่ไม่ใช่ผู้ ที่มาขอรับ การรักษา)	(๐) มีเหตุการณ์ที่ อาจ นำไปซึ่งการเกิดความ คลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาด เคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่ ต้องให้การรักษา หรือ ปฏิเสธการรักษา	(๒) ต้องได้รับ การประเมินการ บาดเจ็บและ ได้รับการรักษา เล็กน้อย หรือ ไม่เสียค่าใช้จ่าย	(๓) มีค่าใช้จ่าย เกิดขึ้นจากการ รักษาพยาบาล แต่ไม่ต้องรับไว้ รักษาใน โรงพยาบาล	(๔) การบาดเจ็บนั้นต้องเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล	(๕) มีบุคคล ภายนอกที่ ได้รับบาดเจ็บ ต้องเข้ารับ การรักษาใน โรงพยาบาล ๓ คน (หรือ มากกว่า) หรือมีการ เสียชีวิต
บุคลากร ภายใน	(๐) มีเหตุการณ์ที่ อาจ นำไปซึ่งการเกิดความ คลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาด เคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่ ต้องให้การรักษา หรือ ทำการตรวจวินิจฉัย	(๒) ให้เฉพาะ first aid treatment หรือได้รับการ รักษาเล็กน้อย ซึ่งการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยนั้นไม่ ต้องหยุดงาน (ไม่ส่งผลกระทบ ต่อการทำงาน)	(๓) มีค่าใช้จ่าย เกิดขึ้นจากการ รักษาพยาบาล และทำให้ต้อง หยุดงาน หรือไม่สามารถ ทำหน้าที่ ตามเดิมได้	(๔) เกิดอันตราย/พิการถาวร หรือ ต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล หรือ ต้องหยุด งาน (มีผลกระทบต่อการ ทำงาน)	(๕) มีการ เสียชีวิต หรือ มีบุคลากรที่ ต้องเข้ารับ การรักษาใน โรงพยาบาล ๓ คน (หรือ มากกว่า)

ระดับผลกระทบจากการบาดเจ็บ (ต่อ)

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
อุปกรณ์/ เครื่องจักรกล/ ระบบงาน (Machine/ Process/ System)	(๐) มีเหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่งการ เกิดความ คลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาด เคลื่อนเกิดขึ้น แต่ ไม่เกิดความ เสียหายต่อ อุปกรณ์ เครื่องจักรกล หรือระบบงาน	(๒) เกิดความ ผิดปกติ/ ขำрут/ แตกหักของ ชิ้นส่วน ระบบงาน หรือ เสียหายทำ หน้าที่เพียง เล็กน้อย (Functional failure of part of machine or process)	(๓) มีความผิดปกติ/ ขำрут/ แตกหักของ ชิ้นส่วน ระบบงาน หรือเสียหายทำหน้าที่ ปานกลาง แต่ยัง สามารถทำงานต่อไป ได้ ไม่ส่งผลกระทบ ต่อระบบงานหลัก (Failure will probably occur without major damage to system)	(๔) มีความ ผิดปกติ/ขำрут/ แตกหักของชิ้นส่วน ระบบงานหรือเสีย การทำหน้าที่มาก มี ผลให้ระบบงาน หลักหยุดชะงัก ถูก ทำลาย ทำงาน ต่อไปไม่ได้ ระยะเวลาหนึ่ง (Major damage to system)	(๕) มีความผิดปกติ/ ขำрут/ แตกหักของ ชิ้นส่วน ระบบงาน หรือเสียหายทำหน้าที่ รุนแรง มีผลให้ ระบบงานหลัก หยุดชะงัก ถูกทำลาย โดยสิ้นเชิง (Failure causes complete system loss)
การบริการ	(๐) มีเหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่งการ เกิดความ คลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาด เคลื่อนหรือ ผิดปกติ แต่ไม่เกิด ความเสียหาย หรือไม่ส่งผล กระทบต่อการ ให้บริการ	(๒) ทำให้ ประสิทธิภาพ การบริการ ลดลง หรือทำ ให้ชุลคุชลัก	(๓) ก่อให้เกิดปัญหา แก่การให้บริการปาน กลาง หรือต้องหยุด ให้บริการบางส่วน	(๔) ก่อให้เกิด ปัญหาแก่การ ให้บริการอย่างมาก หรือ ต้องหยุด ให้บริการชั่วคราว	(๕) ไม่สามารถ ให้บริการได้เลย
สิ่งแวดล้อม	(๐) มีเหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่งการ เกิดความ คลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาด เคลื่อนเกิดขึ้น แต่ ไม่ส่งผลกระทบ ต่อการทำงาน (แค่รบกวน)	(๒) ความคลาด เคลื่อนที่เกิดขึ้น สามารถจัดการ ได้โดยไม่ต้อง อาศัยบุคลากร นอกหน่วยงาน	(๓) ความคลาด เคลื่อนที่เกิดขึ้น สามารถจัดการได้ ด้วยบุคลากร ภายนอก โดยไม่ กระจายออกนอก หน่วยงาน หรือเป็น อักษิภัยระดับ incipient stage หรือน้อยกว่า	(๔) ความคลาด เคลื่อนที่เกิดขึ้น กระจายออกนอก หน่วยงาน แต่ไม่ ส่งผลร้ายแรง หรือ เป็น อักษิภัยรุนแรง เกิน incipient stage	(๕) ความคลาด เคลื่อนที่เกิดขึ้นส่งผล เสียหายร้ายแรง หรือ เป็นอักษิภัยที่ต้องมี การอพยพ (evacuation)

ระดับผลกระทบจากการบาดเจ็บ (ต่อ)

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
การสูญเสียเงิน (ปฏิบัติการ)	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการสูญเสียเงิน (๑) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่สูญเสียเงิน (๐ บาท)	(๒) สูญเสียเงิน < ๑ หมื่นบาท	(๓) สูญเสียเงิน ๑ หมื่น - ๑ แสนบาท	(๔) สูญเสียเงิน ๑ แสน - ๑ ล้านบาท	(๕) สูญเสียเงิน > ๑ ล้านบาท
การสูญเสียเงิน (กลยุทธ์)	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการสูญเสียเงิน (๑) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่สูญเสียเงิน (๐ บาท)	(๒) สูญเสียเงิน < ๑ หมื่น - ๕ หมื่นบาท	(๓) สูญเสียเงิน ๕ หมื่น - ๒.๕ แสนบาท	(๔) สูญเสียเงิน ๒.๕ แสน - ๑๐ ล้านบาท	(๕) สูญเสียเงิน > ๑๐ ล้านบาท

ระดับความสำคัญกับการจัดการ

เหตุการณ์สำคัญ	ผลลัพธ์	การจัดการ
Sentinel Event	รุนแรง	- ลดผลกระทบทันที - ส่งรายงานภายใน ๖ ชม. - ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ
Potential Adverse Event	ไม่รุนแรง High risk	- ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ
Event	ไม่รุนแรง	- ผู้บริหารรับทราบ - แก้ไข ป้องกัน

Risk Rating Matrix

ระดับผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ชื่อเสียง/ภาพลักษณ์	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดผลกระทบเฉพาะบุคคล (๑) มีผลกระทบเฉพาะบุคคล	(๒) มีผลกระทบเฉพาะหน่วยงานภายในส่วนงาน	(๓) มีผลกระทบเฉพาะส่วนงาน	(๔) มีผลกระทบหลายส่วนงาน	(๕) มีผลกระทบต่อโรงพยาบาล

ระดับผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์ ต่อ)

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ชื่อเสียง/ ภาพลักษณ์	(๐) มีเหตุการณ์ ที่ อาจนำไปซึ่ง ถูกฟ้องร้อง/ ร้องเรียน ภายในส่วนงาน (๑) ถูก ฟ้องร้อง/ ร้องเรียน ภายในส่วนงาน	(๒) ถูก ฟ้องร้อง/ ร้องเรียนภายใน โรงพยาบาล	(๓) ออกสื่อ	(๔) คดีชั้นสู่ศาล	(๕) คดีชั้นสู่ศาลและถูก ตัดสินว่าผิด
	(๐) มี เหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่ง การเสื่อมเสีย ชื่อเสียง/ ภาพลักษณ์ (๑)ไม่เป็นที่ สนใจต่อสื่อ (No interest to the press)	(๒) Some public embarrass- ment, ไม่มี/มี ผลกระทบ เล็กน้อยต่อ ภาพลักษณ์ องค์กร (No damage to reputation or standing in the community)	(๓) มีผลกระทบ ต่อภาพลักษณ์ องค์กรแต่สามารถ ควบคุมได้ (Local adverse public embarrassment leading to limited damage), เป็น ประเด็นด้าน กฎหมาย/ ฟ้องร้อง (Legal implication)	(๔) มีผลกระทบ ต่อภาพลักษณ์/ ความเชื่อมั่น ขององค์กรใน ระดับชาติ (National adverse publicity with major loss of confidence in organization)	(๕) Highly damage, มี ผลกระทบรุนแรงต่อ ภาพลักษณ์/ความเชื่อมั่น ขององค์กรในระดับ นานาชาติ (International adverse publicity with severe loss of confidence in organization), ถูกศาล พิพากษา (Court enforcement), Public Account Committee enquiry

Risk Rating Matrix

หลักการ คือ การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อย และจัดระดับ
ลดหลั่นลงมา Risk matrix ที่ง่ายที่สุด คือ การแบ่งความรุนแรงและโอกาสเกิดเป็น ๒ ระดับ ตัวอย่างเช่น
การปลัดตกหม้อ ความคลาดเคลื่อนทางยา

โอกาสเกิด	ความรุนแรง	ความรุนแรง
	น้อย (๑)	มาก (๒)
บ่อย (๒)	เกิดบ่อย รุนแรงน้อย (๒x๑=๒)	เกิดบ่อย รุนแรงมาก (๒x๒=๔)
ไม่บ่อย (๑)	เกิดไม่บ่อย รุนแรงน้อย (๑x๑=๑)	เกิดไม่บ่อย รุนแรงมาก (๑x๒=๒)

Risk Register & Risk Rating Matrix

๑. การค้นหาความเสี่ยงที่ครอบคลุม ควรดำเนินงานแบบกระจายความรับผิดชอบให้หน่วยงานและระบบงานต่างๆ

๒. การติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูง ควรใช้วิธีการรวมศูนย์

๓. การจัดกลุ่มของความเสี่ยง ควรคำนึงถึงโอกาสหรือความถี่ที่จะเกิดขึ้น และผลกระทบที่ตามมาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ การจัดกลุ่มนี้จะมีความสำคัญว่าการตอบสนองต่ออุบัติการณ์นั้นควรเกิดขึ้นในระดับใด

๔. การลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีความเสี่ยงที่ค้นหาได้ จะทำให้มีการติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

Human Factors กับความปลอดภัยในโรงพยาบาล

ข้อจำกัดในการทำงานที่เกิดจาก Human factors

๑. ข้อจำกัดด้านกายภาพ

- ท่าทางและการเคลื่อนไหว
- ความอ่อนล้าและการอดนอน
- ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ภาพ เสียง อากาศ การสั่นสะเทือน เป็นต้น

๒. ข้อจำกัดด้านการใช้สมองและประสาทสัมผัส

- การมองเห็น : Contrast Sensitivity, Depth & Size Perception
- การได้ยิน : Range of Hearing, Loudness, Sound Localization
- การประมวลผลในสมอง : Bottom-Up & Top – Down Processing

๓. ข้อจำกัดด้านบริบทองค์กร

- โครงสร้างองค์กร
- การออกแบบงานและหน้าที่
- ระยะเวลาทำงานและการทำงานเป็นกะ

HUMAN - CENTERED DESIGN (HCD) คือ ความเชื่อที่ว่าคุณสร้างความแตกต่างได้ และมีกระบวนการเจตจำนงในการหาวิธีแก้ปัญหาแบบใหม่ที่แก้ปัญหาได้จริง และสร้างสรรค์ผลกระทบทางบวก

วิธีคิดของ HCD

- It's Human - Centered เริ่มต้นจากความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับความต้องการ และแรงจูงใจของผู้คน เป็นหัวใจหลักของ HCD

- It's Collaborative ความคิดที่ดี มาจากความหลากหลาย และการพัฒนาความคิดตลอดกระบวนการ

- It's Optimistic มาจากความคิดพื้นฐานว่า “เราทุกคนสร้างความเปลี่ยนแปลงได้” ไม่ว่าปัญหาใหญ่แค่ไหน เวลามีน้อยแค่ไหน หรืองบจำกัดแค่ไหน การออกแบบยังเป็นเรื่องที่น่าสนุกและน่าท้าทาย

- It's Experimental คุณล้มเหลวได้ เรียนรู้จากความล้มเหลวนั้น จะทำให้คุณได้ความคิดใหม่ในการปรับปรุงพัฒนา

Implication of Human Factors

- การออกแบบฉลาก (Design of labeling)
- การออกแบบระบบส่งสัญญาณเตือน (Design of warning or alarm)
- การออกแบบซอฟต์แวร์ (Design of software program)
- การออกแบบการแสดงผลข้อมูล (Design of information display)
- การออกแบบแบบฟอร์ม หรือ แบบบันทึก (Design of paper forms)
- การออกแบบขั้นตอนการทำงาน (Design of process/activity flow)
- การออกแบบสถานที่ทำงาน (Design of workplace)
- การออกแบบการฝึกอบรม (Design of training/education)
- การออกแบบเครื่องช่วยจำ การคิด การตัดสินใจ (Design of cognitive aids and decision support systems)
- การออกแบบนโยบาย และระเบียบปฏิบัติ (Design of policies and protocols)

เคล็ดลับในการทำ HCD

๑. You are a designer

- มั่นใจในความคิดสร้างสรรค์ของตน
- ฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและสร้างแรงบันดาลใจในการออกแบบจากพวกเขา
- นี่คือนักออกแบบที่จะออกแบบเพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลง

๒. Your beginner's mind is your friend

- ทำความรู้จักปัญหาเหมือนคนที่เพิ่งเริ่มต้น แม้ว่าคุณรู้จักปัญหาอยู่แล้ว
- ไม่เป็นไรถ้าคุณหา “คำตอบ” ไม่เจอ เชื่อมั่นว่าเดี๋ยวจะหาเจอ

๓. You learn when you step out of your comfort zone

- ยอมให้มีอุปสรรค ทำสิ่งที่แตกต่างจากที่ทำทุกวัน
- ทำงานร่วมกับคนอื่น

๔. Problems are just opportunities in disguise

- คิดบวก
- เริ่มจาก “What if ?” (สมมุติว่า...) ไม่ใช่ “What's wrong?” (อะไร...ที่ผิด)

HCD ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

๑. ทีม : ทีมงานที่มาจากหลากหลายสาขาความรู้ ทำให้ปัญหาเกิดความเชื่อมโยงจากมุมมองที่แตกต่างกันไป
๒. กระบวนการ : ทำให้สามารถตอบโจทย์ปัญหาอย่างแท้จริง จากกระบวนการคิดทบทวนเกี่ยวกับปัญหานั้น หลากๆรอบ
๓. พื้นที่ : สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการระดมความคิด จะทำให้คนกล้าแสดงความคิดเห็น

RCA^๒ & Safety Design

Root cause analysis คือ การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง หรือสาเหตุรากของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เพื่อขจัดสาเหตุที่แท้จริงหรือสาเหตุรากนี้ให้หมดไป

แนวทางการทำ RCA

๑. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA
๒. เขียนเส้นทาง โดยใช้คนหรือสิ่งของที่ได้รับความเสียหายเป็นตัวเดินเรื่อง หรือเดินตามกระบวนการทำงาน หรือ การดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐาน หรือวิธีปฏิบัติงาน
๓. ตั้งใจท้อว่าเกิดอะไรขึ้น ให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละโจทย์ว่ามาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานเท่าที่คิดได้ ใช้คำถาม Why? Why? Why?
๔. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้น ๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง หรือขอคู่มือกระบวนการทำงาน
๕. เขียนเส้นทาง พร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุไกลออกไปภายในองค์กรและภายนอกองค์กร (ถ้ามี)
๖. สรุป เกิดอะไรขึ้น มีสาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน
๗. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้
๘. สรุปสิ่งที่เป็สาเหตุและสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน

Risk Register & Risk Profile

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต

Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง ซึ่งอาจจะเป็นความเสี่ยงที่ทั้งองค์กรต้องจัดการ หรือบางส่วนขององค์กรก็ได้ เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณในสิ่งคุกคามประเภทต่างๆ ที่องค์กรต้องเผชิญ อาจนำเสนอในรูป risk matrix หรือ risk rating table

การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) อาจระบุได้จากรายงานอุบัติการณ์ การทบทวนคุณภาพ การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tools การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย การตามรอยการดูแลผู้ป่วย

เป็นกระบวนการในการค้นหา ระบุ และพรรณนาความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้ ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ และผลที่อาจเกิดขึ้น แหล่งที่มาของความเสี่ยง เช่น ข้อมูลในอดีต (อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น) การวิเคราะห์เชิงทฤษฎี (การทำ FMEA หรือการวิเคราะห์กระบวนการ) ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

ความเสี่ยงอื่น ๆ (Non - Clinical Risk) ควรครอบคลุมประเภทต่อไปนี้

- ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์/ธุรกิจ
- ความเสี่ยงด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ
- ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล
- ความเสี่ยงด้านการเงิน
- ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
- ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ
- ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) แนวทางปฏิบัติโดยวิเคราะห์โอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์ (Likelihood) วิเคราะห์ผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์หากเกิดขึ้น ประเมินการโดยให้คะแนน ๑ - ๕ (๑ = ต่ำสุด, ๓ = ปานกลาง, ๕ = สูงสุด) บวกคะแนนทั้งสองเข้าด้วยกันเป็น Risk Level พิจารณาลำดับความสำคัญของ Risk ทั้งหมด

ตัวอย่างแหล่งที่มาของความเสี่ยง (Risk Source)

- ความสัมพันธ์และข้อผูกพันทางการค้า, ความคาดหวังด้านกฎหมายและการรับผิดชอบ, สถานการณ์และการพลิกผันทางเศรษฐกิจ, นวัตกรรมทางเทคโนโลยี, แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง, ภัยธรรมชาติ, human frailties and tendencies, management shortcomings and excesses,
- ผู้ป่วย, health intervention, technology

ความรุนแรง (Consequence)

๑. Negligible : มีอันตราย/บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการการปฐมพยาบาล, หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

๒. Minor : มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้โดยง่าย อาจทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

๓. Moderate : มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลาง ต้องการการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการ, อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเล็กน้อยหรือชั่วคราว

๔. Major : มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างถาวร

๕. Catastrophic : อุบัติการณ์นำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร

แผนรับมือความเสี่ยง (Risk Treatment Plan)

- Risk prevention : กำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม
 - Risk monitoring : ติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติเหตุ หรือ รับทราบสถิติการเกิดอุบัติเหตุ
 - Risk mitigation : การทุเลาความเสียหายเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
- Quality Improvement Plan : หาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันอุบัติเหตุ
- บูรณาการ SIMPLE กับ Risk Register และเครื่องมือคุณภาพอื่นๆ นำ SIMPLE ทุกตัวที่เกี่ยวข้องกับองค์กรของเรามาระบุเป็นความเสี่ยงใน Risk Register

Risk Register	ทะเบียนความเสี่ยงที่มีชีวิต
FMEA	วิเคราะห์ความล้มเหลวและผลกระทบ
Gap Analysis	วิเคราะห์ส่วนขาด
Human-Centered Design	ออกแบบโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง
KPI Monitoring	ติดตามตัวชี้วัดสำคัญ
Trigger Tool	ใช้ trigger หาเวชระเบียนมาทบทวน
Trace	ตามรอยดูการปฏิบัติจริง
RCA& redesign	วิเคราะห์ root cause และออกแบบใหม่

Risk Monitoring & Evaluation

Definition of Risk Monitoring เป็นกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามความสำเร็จ และ สถานการณ์ ของกิจกรรมบริหารความเสี่ยง

Definition of Risk Monitoring เป็นการติดตามความเสี่ยงที่รับรู้และค้นหาความเสี่ยงใหม่ ๆ เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแผนบริหารความเสี่ยง และประเมินประสิทธิผลในการลดความเสี่ยง

Risk Monitoring ควรดูอะไร

- ดูว่าความเสี่ยงเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
 - อะไรที่เกิดขึ้นใหม่
 - อะไรที่ลดลงหรือไม่เป็นปัญหาอีกต่อไป
- ดูวิธีการควบคุมความเสี่ยง
 - ทำอย่างไร ได้ผลอย่างไร
- นำไปสู่การปรับแผนบริหารความเสี่ยง (risk management plan)
 - จะจัดการกับความเสี่ยงตรงจุดไหน อย่างไร

การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review) คือการพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ ควรมีการทบทวนทั้ง RM framework และ RM process ซึ่งครอบคลุม RM policy & plans, risks, risk criteria, risk treatments, controls, residual risks, risk assessment process.

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. เพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานและในโรงพยาบาล
๒. พัฒนาระบบความเสี่ยงเพื่อเตรียมความพร้อมในการตรวจประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ต่อไป
๓. ได้พัฒนาความรู้ในการบริหารและการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. หน่วยงานได้บุคลากรที่มีศักยภาพและมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
๒. นำความรู้และ ประสบการณ์ที่ได้มาปรับใช้ในหน่วยงานในการจัดการความเสี่ยง
๓. นำความรู้ที่ได้รับมาแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ในหน่วยงาน
๔. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีความปลอดภัย

๒.๓.๓ อื่นๆ ระบุ (โรงพยาบาล)

๑. นำความรู้ที่ได้รับกลับมาพัฒนาระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาล
๒. นำความรู้ที่ได้รับกลับมาพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อวางระบบป้องกันที่ครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๓. นำความรู้ที่ได้รับกลับมาประยุกต์ใช้และสามารถนำเครื่องมือ ACA, FMEA มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของกลุ่มงาน

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

เนื่องด้วยรูปแบบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการโดยการถ่ายทอดการอบรมผ่านระบบออนไลน์ (Zoom webinar) จึงอาจมีข้อจำกัดในด้านสถานที่การเข้าฟังอบรม ระบบอินเทอร์เน็ต การสื่อสารกับทางผู้จัดการอบรมและวิทยากร

ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ

นิยามของความเสี่ง

ความเสี่ยง คือ ผลของความไม่แน่นอนที่มีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

ระบบการรายงาน

- ระบบสารสนเทศการบริหารการจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล
- ระบบรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย

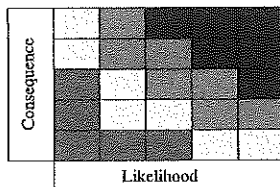
การออกแบบการทำงานโดยคำนึงถึงพฤติกรรมของมนุษย์

- การสำรวจความต้องการ
- สร้างต้นแบบ
- นิยามปัญหา
- การทดสอบ
- ออกแบบ

บัญชีความเสี่ยง

คือ เอกสารอธิบายชุดความเสี่ยง

- การระบุความเสี่ยง
- การวิเคราะห์ความเสี่ยง



ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรม

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

- ความหมาย ความสำคัญและหลักการบริหารความเสี่ยง
- การหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- การใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรมความปลอดภัย
- การใช้ประโยชน์จากทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง

วัฒนธรรมความปลอดภัย

- วัฒนธรรมการแจ้งเตือนระวังภัย
- วัฒนธรรมความยืดหยุ่น
- วัฒนธรรมการรายงาน
- วัฒนธรรมการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม
- วัฒนธรรมการเรียนรู้

การวิเคราะห์หาสาเหตุราก

เชิงรับ
มุ่งเน้นที่เหตุการณ์
ถาม : "ทำไม ?"

การวิเคราะห์อาการชัดชัดและผลกระทบ

เชิงรุก
มุ่งเน้นที่กระบวนการทั้งหมด
ถาม : "เกิดอะไรขึ้นถ้า ?"

การออกแบบเพื่อความปลอดภัย

โดยเลือกประเภทของการดำเนินการเป็นหลัก

- การถ่ายโอนความเสี่ยง
- การยอมรับภายใต้ระดับที่ยอมรับได้
- การลดโอกาสเกิด/ความรุนแรง
- การยกเลิก/เลิกทำกระบวนการที่มีความเสี่ยง

ทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง

คือ เอกสารหลักในการบริหารความเสี่ยง

- การระบุความเสี่ยง
- การวิเคราะห์ความเสี่ยง
- แผนรับมือความเสี่ยง
- การติดตามและทบทวนความเสี่ยง

การนำความรู้กลับมาพัฒนาตน

- ในด้านการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
- ในการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา/ความไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล (HA601)

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเข้าใจความหมาย ความสำคัญ และหลักการระบบบริหารความเสี่ยง
- เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5
- เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

เนื้อหา

1

กรอบแนวคิดที่สำคัญเพื่อใช้ในการบริหารความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

- วิธีปฏิบัติขั้นตอนการทำงาน
- เป้าหมายการทำงาน
- อุบัติการณ์ (ผิดไปจากปกติหรือไม่พึงประสงค์)



Culture and The learning system

- Culture (วัฒนธรรม) เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลและของกลุ่ม ซึ่งเป็นรากฐานที่แข็งแกร่งในการสร้างระบบการเรียนรู้
- Learning System (ระบบการเรียนรู้) คือ ความสามารถที่จะมองเห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองตลอดเวลาที่ทำงาน และในการ

2

3

หลักการของการบริหารความเสี่ยง

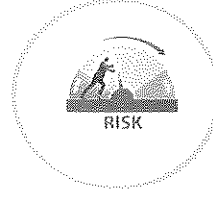
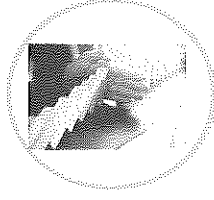
RM เป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการขององค์กร ทุกกระบวนการมีความเสี่ยงแฝงอยู่ RM จึงควรครอบคลุมทุกกระบวนการขององค์กร ตั้งแต่ระดับกลยุทธ์ถึงระดับปฏิบัติการ

ประโยชน์ที่ได้รับ

- เพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการในการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานและในโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบความเสี่ยงเพื่อเตรียมความพร้อมในการตรวจประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ต่อไป
- นำความรู้และ ประสบการณ์ที่ได้มาปรับใช้ในหน่วยงานในการจัดการความเสี่ยง

การพัฒนา

- นำความรู้ที่ได้รับกลับมาพัฒนาระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- นำความรู้ที่ได้รับกลับมาพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงเพื่อวางระบบป้องกันที่ครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น



นายันทวัฒน์ ดันธนาสุวัฒน์
เภสัชกรชำนาญการ



รายงานการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖
หลักสูตร HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล รุ่นที่ ๓
ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ในรูปแบบ Online ผ่านโปรแกรม ZOOM
ของข้าราชการ จำนวน ๒ ราย ดังนี้

๑. นางปรีญา คำประดำ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

๒. นายนันท์วัฒน์ ดันธนาสุวัฒน์ ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๕๓ ชูติโนโร อุทิศ

<https://shorturl.asia/sdkna>

