

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง/หลักสูตร โครงการอบรมระยะสั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหา โรคของเปลือก  
ตา ๒๕๖๕ (Nursing Management of Eyelid Hygiene Care)

เพื่อ  ศึกษา  ผูกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทนส่วนตัว

เป็นจำนวนเงิน ๕,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๔-๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕

สถานที่ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรหลักสูตร HA:๖๐๑

ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ

๑.๑ นางสาว ชลธิชา ศิริเวช

อายุ ๔๘ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ หัวหน้าหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม

๒.๑ นางสาว แสงศรี พรหมสวัสดิ์

อายุ ๔๕ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

๒.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผูกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อทราบหลักของการบริหารความเสี่ยงกับมาตรฐานโรงพยาบาล

๒.๑.๒ เพื่อทราบหลักของวัฒนธรรมความปลอดภัย สำหรับองค์กร

๒.๑.๓ เพื่อทราบหลักของการออกแบบระบบความเสี่ยงและระบบความปลอดภัย

สำหรับองค์กร

๒.๒ เนื้อหา

หลักความเสี่ยงกับมาตรฐานสำคัญของโรงพยาบาล (Principle of risk & Standard Hospital Accreditation edition ๔th & ๒P Safety)

Principle of risk & Standard Hospital Accreditation edition ๔th

ระบบบริหารความเสี่ยง ในมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพฉบับที่ ๕ ในมาตรฐานตอนที่ II-๒ องค์กรมีการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและสอดคล้องกันเพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน โดยสรุปรายละเอียดดังนี้ คือ

- ๑. ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและทิศทางในการดำเนินงาน
- ๒. ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง
  - ๒.๑ คู่มือบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ
  - ๒.๒ แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงกิจกรรมและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง
- ๓. ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง
- ๔. องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register) เพื่อสนับสนุนกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยให้การต่อยอดจาก Risk Profile

มาตรฐานสำคัญต่อความปลอดภัย ๒P Safety

มาตรฐานสำคัญจำป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔
S : การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-๔.๑ การดูแลเฉพาะ ข.การฆ่าตัด (๔)
I : การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	มาตรฐาน II-๔.๒ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (๑)
I : บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน Personal Safety	มาตรฐาน II-๔.๒ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (๓)

มาตรฐานสำคัญต่อความปลอดภัย

มาตรฐานสำคัญจำป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔
M : การเกิด Medication error และ Adverse drug event	มาตรฐาน II-๖.๑ การกำกับดูแลและสิ่งแวดลอมสนับสนุน ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (๓)
M : การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-๗.๔ ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
P : การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-๑ การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ
P : ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-๒ การวินิจฉัยโรค
L : การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-๗.๒ บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยากายวิภาค
E: การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-๑ การเข้าถึงบริการ

## วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture)

เป็นชุดค่านิยม เจตคติ การรับรู้ ความคิด สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรม (ความคิด การกระทำ) ที่บุคลากรส่วนใหญ่ในองค์กรเหมือนกัน ในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานในองค์กรที่ทำให้เกิดความปลอดภัย ตลอดเวลาที่ทำงาน

ลักษณะองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย

๑. Informed culture ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบ มีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับคนเทคนิค องค์กรและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยโดยรวม

๒. Flexible culture ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตรายด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้นบังคับบัญชา มาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

๓. Learning culture การสรุปความรู้ จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

๔. Just culture มีบรรยากาศของการไว้อ่อนเชื่อใจ ซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้

๕. Reporting culture มีบรรยากาศที่คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและ near misses การระบุความเสี่ยงและระบบการรายงาน (Risk Identification & Report System)

Risk Identification เป็นกระบวนการในการ

๑. ค้นหา ระบุ และพรรณนาความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ ขององค์กร

๒. ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้

๓. ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้และผลที่อาจเกิด

Risk Identification สามารถใช้วิธีการต่อไปนี้

๑. ข้อมูลในอดีต (อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น)

๒. การวิเคราะห์เชิงทฤษฎี(การทำ FMEA) หรือการวิเคราะห์กระบวนการ

๓. ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๔. คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ระดับผลกระทบและระดับความสำคัญของความเสี่ยง

(Risk Severity and Prioritization)

๑. ระดับผลกระทบ ที่ชัดเจนจะใช้กับระบบยา หรือถ้าตามโรงพยาบาลศิริราชจะแบ่งเป็น

๑.๑ การบาดเจ็บ เช่น การบาดเจ็บของผู้ป่วย บุคคลภายนอก บุคลากรภายใน

๑.๒ นอกเหนือจากการบาดเจ็บ เช่น อุปกรณ์ เครื่องจักรกล ระบบงาน การบริการ

สิ่งแวดล้อม การสูญเสียเงิน (ปฏิบัติการ) การสูญเสียเงิน (กลยุทธ์)

๑.๓ ชื่อเสียงภาพลักษณ์

๒. ระดับความสำคัญ

๒.๑ การเกิด sentinel event ผลลัพธ์ คือรุนแรง การจัดการต้องมีการจัดการผลกระทบ

ทันที ส่งรายงานภายใน ๖ ชั่วโมง ต้องป้องกันการเกิดซ้ำ

๒.๒ การเกิด potential adverse event ผลลัพธ์ไม่รุนแรง ต้องมีการป้องกันการเกิดซ้ำ

๒.๓ การเกิด event ผลลัพธ์ ไม่รุนแรง ผู้บริหารต้องรับทราบ แก้ไข ป้องกัน

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเชิงระบบ RCA & Failure mode & Effect Analysis (FMEA)

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในมาตรฐานฉบับที่ ๕ ตอนที่ II-๑.๒ ข้อที่ ๔ การจัดการอุบัติเหตุ (Risk Management) ที่ได้ผล โดยกระบวนการประกอบด้วย

๑. การบันทึกและการรายงานอุบัติเหตุ ครอบคลุมเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน

๒. การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติเหตุ

๓. การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติเหตุมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน ลดอุบัติเหตุการเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย

๔. การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

๕. การอบรมบุคลากร เรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติเหตุ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบและวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

๖. การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การสืบค้น การวิเคราะห์สาเหตุ (RCA) การปรับปรุง การสื่อสาร การฝึกอบรม การช่วยเหลือบุคลากรที่ได้ผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อเปรียบเทียบ root cause analysis และ Failure mode & Effect Analysis (FMEA)

Root cause Analysis	Failure Modes & Effects Analysis
๑. เป็นการค้นหา	๑. เป็นการค้นหา
๒. ปัจจัยที่เป็นรากของปัญหาหรือสาเหตุพื้นบานของความแปรปรวนในการปฏิบัติงานรวมถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง	๒. จุดเสี่ยงหรือความล่อแหลม
๓. โดยมุ่งเน้นที่ระบบ กระบวนการ	๓. ในระบบและกระบวนการ
๔. เพื่อหาโอกาสที่ปรับปรุงระบบ กระบวนการ	๔. เพื่อวางมาตรการป้องกันไว้ในระดับสูงสุดที่เป็นไป
๕. เน้นเชิงรับ มุ่งเน้นที่เหตุการณ์ มีอคติซ่อนอยู่	๕. เน้นเชิงรุก ไม่มีอคติ มีความเปิดเผย

การออกแบบการบริหารงานบุคคล (Human Center Design)

ความผิดพลาดเป็นธรรมชาติของมนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อน ไม่ใช่ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเฉพาะตัวแต่เป็นสิ่งแวดล้อมหรือระบบที่ทำให้คนทำงานผิดพลาด มีหลักคิดที่สำคัญ คือ

๑. Human error เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ในทุกก้าวของชีวิต

๒. วิธีการที่มนุษย์รับรู้ เรียนรู้และกระทำ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด error

๓. เป้าหมายของ human factors engineering อยู่ที่การหากกลยุทธ์ที่เอื้อต่อปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและระบบที่ป้องกัน error แทนที่จะมุ่งทำให้แต่ละคนมีความสมบูรณ์

๔. การปรับปรุงกระบวนการ ควรเริ่มต้นจาก ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับความต้องการและแรงจูงใจของผู้อื่นและแรงจูงใจของผู้คน โดยการพัฒนาต่อยอดความคิดที่หลากหลาย

การออกแบบระบบความปลอดภัย (Safety Design)

ความแตกต่างของ Risk กับ Safety

Risk เป็นการระบุ วิเคราะห์ ป้องกัน รายงาน เรียนรู้ เป็นเรื่องของการจัดการความเสี่ยง (Risk Management)

Safety เป็นการ ตั้งเป้า ออกแบบ ปฏิบัติ ติดตาม ปรับปรุง เป็น learning mindfulness culture patient safety goal

การใช้ safety design ใช้เมื่อใด

๑. Pro – active design in risk register

๒. Re-active design in RCA

สิ่งที่สำคัญที่สถานพยาบาลจำเป็นจะต้องมี คือ ๑) สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด ๒) จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

การวิเคราะห์เชิงระบบความเสี่ยงและการป้องกัน ( Root cause Analysis and Action : RCA<sup>๒</sup>)

ระดับ อ่อน : พึ่งพาการทำงานของมนุษย์เพื่อทำงานได้อย่างถูกต้อง การ double check สัญญาณเตือน คู่มือ การบันทึกช่วยจำ

ระดับ ปานกลาง : การทำ Redundancy การปรับคนเข้ากะงาน การใช้ software ช่วย ลดการรบกวนในการทำงาน การจำลองสถานการณ์ การทำ checklist ชัด LASA การมีเครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน การเน้นย้ำในเอกสาร

ระดับที่เข้มแข็ง : ไม่ต้องมีการพึ่งพาความจำเป็นของมนุษย์ในการทำงาน เช่น การปรับโครงสร้าง การควบคุมทางวิศวกรรม กระบวนการทำงานที่เรียบง่าย ทำให้เป็นมาตรฐาน ผู้นำมีส่วนร่วม

การเฝ้าระวังความเสี่ยงและการประเมินผล (Risk Monitoring & Evaluation)

Risk monitoring คือ เป็นกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อ ติดตามความสำเร็จและสถานการณ์ของกิจกรรมบริหารความเสี่ยง เป็นการติดตามความเสี่ยงที่รับรู้และค้นหาความเสี่ยงใหม่ๆเพื่อประเมินการปฏิบัติ ตามแผนการบริหารความเสี่ยงและประเมินประสิทธิผลในการลดความเสี่ยง

Risk monitoring เป็นการวัดให้รู้ ๒ อย่าง คือ ๑) วัดปริมาณ คือ Indicator ๒) วัดคุณภาพ คือ การวัดคุณภาพ

Evaluation คือการประเมินเอาอย่างน้อย ๒ ตัวมาเปรียบเทียบกัน สัมพันธ์กัน เช่น การเอา อัตราการเสียชีวิตมาดู severity มาเทียบกับเป้าหมาย เอา ๓ P มาจับ

P= Purpose เราอยากเห็นอะไร

P= Process คือ การออกแบบ จนนำไปสู่การทำงาน

P=Performance เป็นการ learning(เรียนรู้) และ การ improvement (การปรับปรุงให้ดีขึ้น)

เชื่อมกับวงจร DALI (design, action, learning, improvement)

การใช้ประโยชน์จากข้อมูล

๑. การประเมินแนวโน้ม

๑.๑ Run Chart

๑.๒ control...

๑.๒ control chart เช่นการดูระยะเวลา อุณหภูมิตู้เย็น

๒. การคาดการณ์

๓. การเปรียบเทียบ

๓.๑ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย

๓.๒ Benchmark

๔. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register) เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ชุดอธิบายความเสี่ยง (Risk Profile) เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยงซึ่งอาจเป็นความเสี่ยงทั้งองค์กรต้องจัดการหรือบางส่วนขององค์กรก็ได้ หรือเป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณในสิ่งคุกคามประเภทต่าง ๆ ที่องค์กรต้องเผชิญ ซึ่งอาจนำเสนอในรูป risk matrix หรือ risk rating table

การระบุความเสี่ยง (Risk Identification) เป็นกระบวนการในการค้นหา ระบุและพรรณานความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้ ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ และผลที่อาจเกิดขึ้น

ระบุความเสี่ยงได้จากวิธีการต่อไปนี้

๑. รายงานอุบัติการณ์ การทบทวนคุณภาพ การทบทวนเวชระเบียนโดยการใช้ trigger tools

๒. การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย

๓. การตามรอยการดูแลผู้ป่วย

### ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ มีความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง และระบบความปลอดภัยในโรงพยาบาล

๒.๓.๒ มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

๒.๓.๓ มีประสบการณ์และมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงกับโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศ

### ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑  การปรับปรุง

๓.๑.๑ เนื้อหาสาระค่อนข้างมาก บางหัวข้อมีวิทยากรหลายท่าน จึงมีข้อจำกัดด้านเนื้อหาและเวลา ทำให้วิทยากรบางท่านพูดเร็ว และเนื้อหาบางหัวข้อไม่ได้ลงลึกถึงรายละเอียด

๓.๑.๒ การประชุมแบ่งเป็นโต๊ะ จำนวนผู้เข้าอบรมมีจำนวนมากเกิดความแออัด

๓.๑.๓ วิทยากรใช้ศัพท์เฉพาะด้าน หรือใช้คำย่อมากเกินไป หากผู้เข้าร่วมประชุมไม่ได้อยู่ในสายงานนั้น ๆ จะไม่ค่อยเข้าใจ

๓.๑.๔ ผู้จัดแจกข้อมูลในรูปแบบ e book ซึ่งบรรจุลง flash drive แต่พบว่า ข้อมูลบางหัวข้อเปิด link ไม่ได้ บางหัวข้อไม่มีข้อมูลอยู่ใน e book

๓.๒  การ...

๓.๒  การพัฒนา

๓.๒.๑ หาโอกาสพัฒนาความรู้ ค้นคว้าหาความรู้ เพิ่มเติม ฝึกทักษะ เพื่อให้สามารถนำความรู้ ทักษะและประสบการณ์มาพัฒนาในการทำงาน

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- นำความรู้มาประยุกต์ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและในองค์กร
- หัวข้อเรื่อง การบริหารความเสี่ยง น่าสนใจและมีประโยชน์มาก ควรเรียนเชิญวิทยากร น.อ.หญิง ภัคพร โรจนะวงศกร จาก รพ.ภูมิพล มาให้ความรู้

(ลงชื่อ) ..... (ผู้รายงาน)

(นางสาว ชลธิชา ศิริเวช)

(ลงชื่อ) ..... (ผู้รายงาน)

(นางสาว แสงศรี พรหมสวัสดิ์)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา