

หลักสูตร HA 601 : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒

ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM

.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ-สกุล นายประสิทธิ์ จันทวีชรากร  
อายุ ๓๘ ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
หน้าที่รับผิดชอบ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

๑.๒ ชื่อ-สกุล นายประกาศิต วรรณภาสชัยยง  
อายุ ๓๕ ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพัฒนาและพฤติกรรมเด็ก  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  
หน้าที่รับผิดชอบ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรับผิดชอบกลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์

๑.๓ ชื่อ-สกุล นางสาวพีพันธ์ สุ่มหิรัญ  
อายุ ๔๘ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หน้าที่รับผิดชอบ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

๑.๔ ชื่อ-สกุล นางสาวธัญรัตน์ กนกดีสีห์รัตน์  
อายุ ๔๙ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลติดเชื้อ  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หน้าที่รับผิดชอบ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานวัณโรค

๑.๕ ชื่อ-สกุล นางสาวประจักษ์จิตร คชพงษ์  
อายุ ๔๓ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลเฉพาะทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หน้าที่รับผิดชอบ ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และปฏิบัติงานหน่วย

ควบคุมโรคติดเชื้อ

๑.๖ ชื่อ-สกุล นางกชพรรณ บัวศรี  
 อายุ ๔๕ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง  
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 หน้าที่รับผิดชอบ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานหน่วยเคมีบำบัด

๑.๗ ชื่อ-สกุล นายกษานต์เกียรติ ปานอภิกุล  
 อายุ ๓๐ ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต  
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยกรรม  
 ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ  
 หน้าที่รับผิดชอบ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

๑.๘ ชื่อ-สกุล นายพงศธร ขาวล้ำเลิศ  
 อายุ ๓๒ ปี การศึกษา เกษัตริศาสตร์บัณฑิต  
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การบริหารทางเกษตรกรรม  
 ตำแหน่ง เกษตรกรปฏิบัติการ  
 หน้าที่รับผิดชอบ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งเกษตรกรประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก  
 เกษตรกรประจำคลินิกเอชไอวี

๑.๙ ชื่อ-สกุล นางสาวปิยะวรรณ พิภพวัฒนา  
 อายุ ... ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลผู้ป่วย.....  
 ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

หน้าที่รับผิดชอบปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

๑.๑๐ ชื่อ-สกุล นางสาววิรินรัตน์ ดวงแก้ว  
 อายุ ๒๖ ปี การศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์  
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โภชนาการและการกำหนดอาหาร  
 ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ  
 หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานด้านโภชนาการผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาโภชนาการ  
 โดยการประเมิน วิเคราะห์และวางแผนการให้โภชนาบำบัด และพัฒนางานคุณภาพแก่หน่วยงาน

ชื่อเรื่อง หลักสูตร HA 601 : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒

เพื่อ  ศึกษา  ผูกอบรม  ประชุม  ดูงาน

สัมมนา  ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน	เป็นเงินคนละ ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) รวมเป็นเงิน ๔๕,๐๐๐.- บาท (สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน)
วัน เดือน ปี	ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
สถานที่	ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM
คุณสมบัติ/วุฒิบัตรที่ได้รับ	ใบประกาศนียบัตร -

## ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

### ๒.๑ วัตถุประสงค์

- ๒.๑.๑ เข้าใจความหมาย ความสำคัญและหลักการบริหารความเสี่ยง
- ๒.๑.๒ เข้าใจมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยงฉบับที่ ๔ และฉบับที่ ๕ และนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๑.๓ สามารถเข้าใจและนำไปวางระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

### ๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

#### การบริหารความเสี่ยง

“ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์”

“อุบัติการณ์ คือเหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสีย ความเสียหาย หรือเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์

“การรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร”

#### เป้าหมาย

##### รับรู้

ความเสี่ยง (ก่อนเกิดเหตุ)

อุบัติการณ์ (หลังเกิดเหตุ) : สังเกต จดบันทึก

##### ป้องกัน

แนวทางมาตรฐานต่างๆ

การออกแบบ : Human Factors Engineering

ความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า : Near miss

Non-technical skill training & design

##### จัดการ

การวางระบบ

การแก้ปัญหาเฉพาะกรณี

การเรียนรู้สู่การป้องกัน

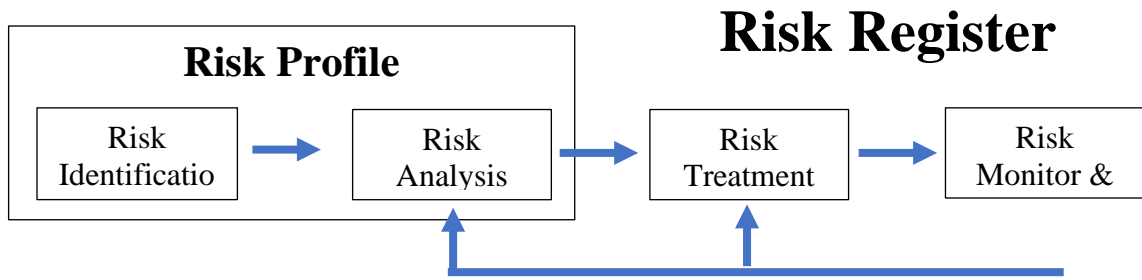
##### ตระหนัก

เรียนรู้จากเหตุที่เคยเกิดขึ้น

วัฒนธรรมความปลอดภัย

#### กระบวนการบริหารความเสี่ยง

Risk Register เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกชั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง



**Risk Profile** เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสียหาย วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ อาจนำเสนอในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table

### การระบุความเสี่ยง (Risk Identification)

- เป็นกระบวนการในการ
  - ค้นหา รับรู้ และพรรณนาความเสี่ยงที่สามารถมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
  - ระบุแหล่งของความเสี่ยงที่เป็นไปได้
  - ระบุสาเหตุที่เป็นไปได้ และผลที่อาจเกิดขึ้น
- สามารถใช้วิธีการต่อไปนี้
  - ข้อมูลในอดีต (อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น)
  - การวิเคราะห์เชิงทฤษฎี (การทำ FMEA หรือการวิเคราะห์กระบวนการ)
  - ความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
  - คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

### การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

- เป็นกระบวนการในการ
  - ทำความเข้าใจธรรมชาติ แหล่งที่มา และสาเหตุของความเสี่ยง
  - ประเมินการระดับความเสี่ยง (risk level)
  - ศึกษาผลกระทบที่ตามมา
  - ตรวจสอบมาตรการควบคุมที่ใช้อยู่
- ตัวอย่างแหล่งที่มาของความเสี่ยง (Risk Source)
  - ความสัมพันธ์และข้อผูกพันทางการค้า, ความคาดหวังด้านกฎหมายและภาระรับผิดชอบ, สถานการณ์และการพลิกผันทางเศรษฐกิจ, นวัตกรรมทางเทคโนโลยี, แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และภัยธรรมชาติ

### การรับมือ/ปฏิบัติต่อความเสี่ยง (Risk Treatment)

- Risk Treatment
  - เป็นกระบวนการในการลดความรุนแรงของความเสี่ยง (risk modification process)
  - ประกอบด้วยทางเลือกทางเลือก และการนำทางเลือกไปปฏิบัติ
  - การปฏิบัติตามทางเลือกคือการควบคุม หรือปรับการควบคุมความเสี่ยง

- Risk Control
  - การควบคุมคือ การนำมาตราการต่างๆ ไปปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของความเสียหาย การควบคุมเกิดขึ้นเมื่อมีการนำสิ่งต่อไปนี้ไปสู่การปฏิบัติ
  - นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แนวปฏิบัติ กระบวนการ เทคโนโลยี เทคนิค วิธีการ อุปกรณ์ เครื่องมือ

### การติดตามและทบทวน ความเสี่ยง (Risk Monitoring & Review)

- การติดตามความเสี่ยง (Risk Monitoring)
  - คือการกำกับดูแล ตรวจสอบและสังเกตอย่างต่อเนื่อง กับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น และเพื่อประเมินว่าจะบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่
- การทบทวนความเสี่ยง (Risk Review)
  - เป็นกิจกรรมเพื่อพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสม เพียงพอ และได้ผลในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่
  - ควรมีการทบทวนทั้ง RM framework และ RM process ซึ่งครอบคลุม RM policy & plans, risks, risk criteria, risk treatments, controls, residual risk, risk assessment process.

### Principle of risk & Standard Hospital Accreditation edition ๔ th & ๒P Safety

#### Definition of Risk

ความหมายของความเสี่ยง (Definition of Risk)

ความเสี่ยงคือผลของความไม่แน่นอนที่มีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ (การเบี่ยงเบนไปจากการบรรลุวัตถุประสงค์เนื่องจากความไม่แน่นอน/ขาดข้อมูลความเข้าใจ ความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น) ผล (effect) คือการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คาดหวัง ทั้งเชิงบวกและเชิงลบความไม่แน่นอน (uncertainty) เป็นภาวะของการมีข้อมูลความเข้าใจหรือความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับเหตุการณ์ผลที่ตามมาหรือโอกาสที่จะเกิด

#### Risk Management การจัดการความเสี่ยงก่อนเกิด Incident

ความเสี่ยงคือความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลต่อการบรรลุกลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของกิจการการบริหารความเสี่ยง คือการระบุ ประเมิน และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงตามด้วยการประสานการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด เพื่อลด ติดตาม และควบคุมโอกาสเกิดหรือผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือใช้โอกาสให้เกิดผลสูงสุด

#### ทำไมต้องมีการบริหารความเสี่ยง

๑. เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้
๒. เพื่อให้เกิดการรับรู้ตระหนัก และเข้าใจถึงความเสี่ยงด้านต่างๆที่เกิดขึ้นกับองค์กรและหาวิธีจัดการที่เหมาะสมในการลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้
๓. เพื่อสร้างกรอบและแนวทางการดำเนินงานให้แก่บุคลากรขององค์กรให้สามารถบริหารจัดการความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นกับองค์กรได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ
๔. เพื่อให้มีระบบในการติดตามตรวจสอบผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยง และเฝ้าระวังความเสี่ยงใหม่ๆที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

๕. เพิ่มมูลค่าให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์กร
๖. ทุกองค์กรดำรงอยู่เพื่อมอบคุณค่า(value)แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
๗. คุณค่าเกิดขึ้นรักษาไว้หรือถูกทำลายได้จากการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของผู้บริหาร  
ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจในการกำหนดกลยุทธ์ไปจนถึงการตัดสินใจในปฏิบัติงานประจำวัน

### หลักปรัชญาของการบริหารความเสี่ยง(Risk Management Principles)

#### คุณภาพกับความเสี่ยง (Quality & Risk)

คุณภาพคือภาวะที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อผู้รับผลงาน

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะไม่บรรลุเป้าหมาย

คือ โอกาสเกิดอุบัติเหตุ-Incident (ความผิดพลาดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภาวะแทรกซ้อน อันตรายต่อผู้ป่วย) ความเสี่ยง vs อุบัติการณ์ (Incident)

คือ โอกาสเกิดอุบัติเหตุในอนาคต

คือ อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจะยังคงเป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอีก ถ้าไม่มีการปรับปรุง

### การบริหารความเสี่ยง/การจัดการความเสี่ยง (Risk Management)

- การจัดการเพื่อควบคุมโอกาสเกิด และ/หรือผลกระทบของอุบัติเหตุ (Incident) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event)

#### ความเสี่ยง vs อุบัติการณ์ (Incident)

- ความเสี่ยง คือ โอกาสเกิดอุบัติเหตุในอนาคต
- อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจะยังคงเป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอีก ถ้าไม่มีการปรับปรุงการบริหารความเสี่ยง/การจัดการความเสี่ยง (Risk Management)
- การจัดการเพื่อควบคุมโอกาสเกิด และ/หรือผลกระทบของอุบัติเหตุ (Incident) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event)

#### ปัญหา : ความเสี่ยง

ปัญหา: สิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว หรือเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ซ้ำๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ความเสี่ยง : เหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ซึ่งหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบในเชิงลบต่อวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรความเสี่ยงเน้นการป้องกัน

ปัญหาคือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเกิดขึ้นแล้ว

Risk-based thinking = preventive action Preventive action -> managing risks & opportunities

### องค์ประกอบสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

๑. นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management Policy) เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่นและทิศทางขององค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

๒. แผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management Plan)

- แผนระบุงค์ประกอบของการบริหารแนวทางและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง
- องค์ประกอบของการบริหาร:ระเบียบปฏิบัติการปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรม(รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา)
- แผนบริการความเสี่ยงอาจจัดทำเฉพาะสำหรับบริการกระบวนการโครงการสำหรับทั้งองค์กรหรือบางส่วนขององค์กร

## องค์ประกอบสนับสนุนระบบบริหารความเสี่ยง

๑. กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process) ประกอบด้วย การกำหนดบริบท การสื่อสารและปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การติดตามและทบทวนความเสี่ยง ตามประยุกต์นโยบายระเบียบปฏิบัติและแนวปฏิบัติที่ผู้บริหารกำหนด

๒. ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register or Risk Log) เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอนตั้งแต่ การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตามและทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิตเป็นพลวัตและทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

## การแสดงความมุ่งมั่นต่อการบริหารความเสี่ยง

- กำหนดนโยบายบริหารความเสี่ยงขององค์กร
- กำหนดตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการบริหารความเสี่ยง
- กำหนดวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง
- มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง
- จัดสรรทรัพยากรเพื่อการบริหารความเสี่ยง
- สื่อสารประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยง
- สนับสนุนองค์ประกอบสำคัญในระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กร

## สรุป

๑. ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินงาน

๒. ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง

- คู่มือบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติความรับผิดชอบ
- แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงกิจกรรมและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง

## ในรอบปี

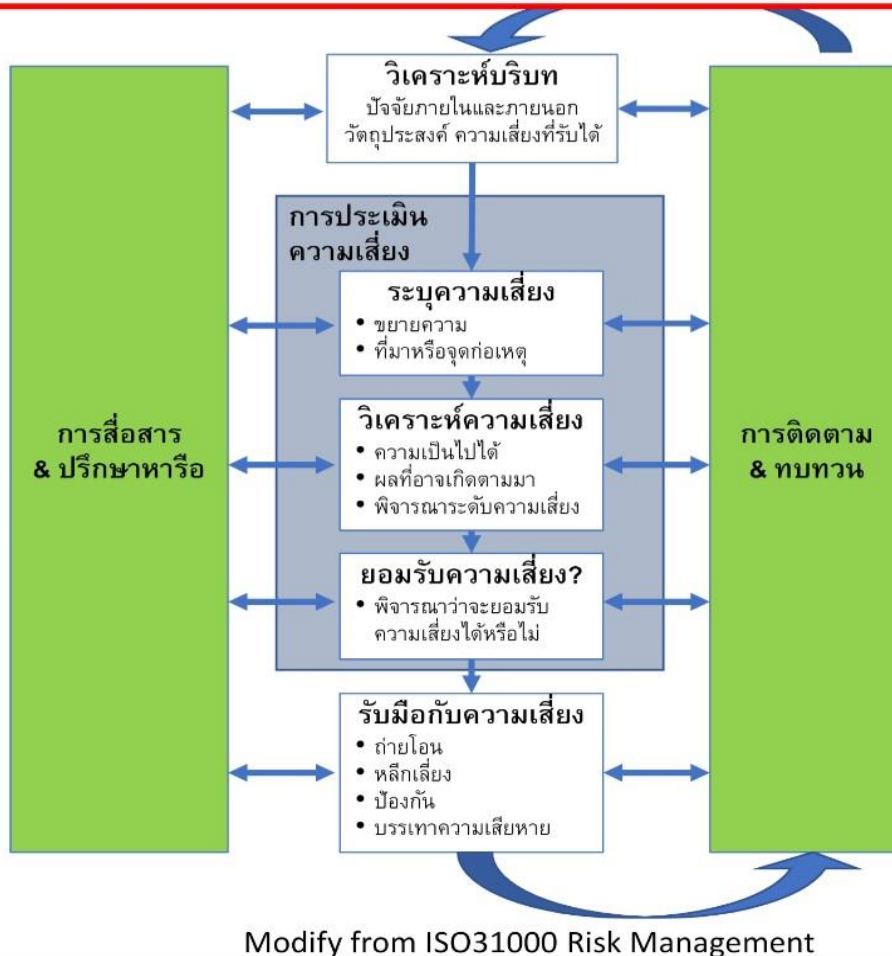
๓. ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือหรือป้องกันความเสี่ยงการกำกับติดตามและทบทวน

๔. องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อสนับสนุนกระบวนการบริหารความเสี่ยงโดยใช้ต่อยอดจาก risk profile ซึ่งเป็นที่คุ้นเคย

๕. ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล

๖. ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงานตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา

## Risk Management Process (ISO31000)



ภาพที่ ๑ :Risk Management Process

### ๒P Safety

๒P Safety เป็นแนวคิดที่กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ที่ครอบคลุมทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและความภัยของบุคลากร โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety ซึ่งขยายให้ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุขและให้มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) สรพ.จึงนำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย SIMPLE ที่กระตุ้นการพัฒนาเดิมมาปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโดยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำอักษร SIMPLE มากำหนดเป็นอักษรนำของเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่จดจำง่ายและต่อเนื่อง โดยพัฒนาหัวข้อและแนวทางปฏิบัติของ Personnel Safety Goals นับเป็นการบูรณาการเพิ่มเติมจาก Patient Safety Goals เป็น Patient and Personnel Safety Goals หรือ ๒P Safety Goals และ จาก SIMPLE เป็น (SIMPLE)การประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารจัดการความเสี่ยงมากำกับ ดังนี้

๑. การเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment) เช่น การกำหนดนโยบาย เป้าหมาย แนวทางขั้นตอน วิธีปฏิบัติ กระบวนการต่างๆ ทรัพยากร
๒. การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective Setting) ให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร



- ๓. การระบุเหตุการณ์ (Event identification) : การระบุชื่อความเสี่ยงต่างๆที่สอดคล้องกับ ๒P safety Goals
- ๔. การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) : การประเมินความรุนแรงและความสำคัญ ( Risk matrix )
- ๕. การตอบสนองความเสี่ยง (Risk Response) : การทำ RCA ,การกำหนดแนวทางการแก้ไข การป้องกัน
- ๖. กิจกรรมการควบคุม (Control activities) : Risk profile , Risk register
- ๗. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information & Communication) : HRMS หรือ โปรแกรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ใช้อยู่



ภาพที่ ๒: ๒P Safety Goals

## Risk Identification

การค้นหาความเสี่ยง จัดว่าเป็นกิจกรรมเชิงรุกในการป้องกันความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยศึกษาจากเหตุการณ์ในอดีตสำรวจในปัจจุบันและเฝ้าระวังไปในอนาคต เพื่อวางแผนจัดการความเสี่ยงที่พบได้อย่างเหมาะสม

### การค้นหาความเสี่ยง จัดแบ่งเป็น ๒ ประเภทคือ

๑.) การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก จากการทวนสอบระบบการทำงานด้วยวิธีการที่หลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น การลงเยี่ยมหน้างาน การค้นหาความเสี่ยงในกระบวนการทำงาน การทำกิจกรรมทบทวน Trigger Tools เป็นต้น

๒.) การค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งของตนเองและผู้อื่น เช่น บันทึกประจำตัวรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ รายงานผลการตรวจสอบจากหน่วยงาน เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปว่าการค้นหาความเสี่ยงมีทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปในทุกหน่วยงาน และในทุกระดับจัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการการป้องกัน โดยมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้กำหนดแนวทางและให้หน่วยงานทีมงานและคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ

## Risk Identification

### การระบุความเสี่ยงควรพิจารณา

๑.) Corporate risk ความเสี่ยงที่มีผลต่อความยั่งยืนขององค์กรเป็นหน้าที่ของผู้บริหารระดับสูง ได้แก่

- ๑.๑ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์/ธุรกิจ
- ๑.๒ ความเสี่ยงด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ
- ๑.๓ ความเสี่ยงด้านทรัพยากรบุคคล
- ๑.๔ ความเสี่ยงด้านการเงิน
- ๑.๕ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
- ๑.๖ ความเสี่ยงด้านสารสนเทศ

๒.) Operational risk ที่มีความเสี่ยงร่วมของหลายๆหน่วยงานในองค์กร ควรเป็นหน้าที่ของผู้รับผิดชอบระบบงานต่างๆในการเป็น risk owner หน่วยงานต่างๆมีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่องค์กรกำหนดในภาพรวมได้แก่

#### ๒.๑ Clinical risk

๒.๑.๑ Common clinical risk เป็นความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป

๒.๑.๒ Specific clinical risk เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค/หัตถการที่สำคัญ

๒.๒ General risk เป็นความเสี่ยงทั่วไป

๓.) Operational risk ที่มีความเสี่ยงเฉพาะของหน่วยงานหรือทีมดูแลผู้ป่วย เป็นหน้าที่ของหน่วยงานหรือทีมในการเป็น risk owner

ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารในโรงพยาบาล ได้แก่

- ๑.) แสดงเป็น Risk Profile หรือ Risk matrix

๒.) วิเคราะห์ลักษณะการกระจาย แนวโน้มของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ นำเสนอด้วยแผนภูมิเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน  
การระบุความเสี่ยงทางคลินิก ได้แก่

- รายงานอุบัติการณ์
- การทบทวนคุณภาพ
- การทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ Trigger tools
- การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- การวิเคราะห์โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในแต่ละโรค
- การตามรอยการดูแลผู้ป่วย
- บทเรียนจากโรงพยาบาลอื่น
- Patient Safety Goals (SIMPLE)

#### ตาราง risk identification

Risk ID	Date Added	Process/Project	Objective	Risk Title	Risk Description
ลำดับที่	วันที่นำเข้า	กระบวนการ/ โครงการ	เป้าหมาย	เหตุการณ์ ความเสี่ยง	นิยาม/ความหมาย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

(ตัวอย่างตาราง)

#### ความเสี่ยงด้านทุนมนุษย์/กำลังคน (Human capital risk)

เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับกำลังคนขององค์กร

- การสรรหา การบรรจุ การอัตรารักษา การลาออก
- การขาดงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน ความอ่อนล้าจากการทำงาน
- การจ่ายชดเชย
- โครงสร้างองค์กร ความสอดคล้องกับทิศทางองค์กร การวางแผนสืบทอดตำแหน่ง
- พฤติกรรมรุนแรง
- การจัดอัตรากำลังยืดหยุ่น การขาดแคลนแพทย์ กำลังคนที่อายุมากขึ้น
- ความสามารถทางคลินิกไม่เท่าเทียมกัน **ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ (Operational risk)**

ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบคน กระบวนการภายใน ที่ไม่เพียงพอ หรือล้มเหลว

- การจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- การปฏิบัติที่เปี่ยงเบน
- การบำรุงรักษา/เครื่องมือ/สถานที่
- การพัฒนาผลิตภัณฑ์ ขีดความสามารถ ประสิทธิภาพผลิตภัณฑ์ใช้ไม่ได้
- ปัญหาการดูแลผู้ป่วย เป็นการเข้าถึง การส่งต่อ การวินิจฉัย การวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น

### ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (Legal/Regulatory risk)

ไม่สามารถระบุจัดการ และติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับในระดับต่างๆ

- การปฏิบัติตามกฎหมายต่างๆ เช่น ทรัพย์สินทางปัญญา
- การฉ้อโกง การกระทำทารุณ การขอใบอนุญาต การรับรอง
- ความรับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ การเบิกจ่ายเงินกองทุนประกันสุขภาพ

### ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี (Technology risk)

เครื่องจักร ฮาร์ดแวร์ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือรวมทั้งเทคนิค ระบบ และวิธีการขององค์กร

- การทำผิดกฎหมายด้านสารสนเทศ หรือละเมิดผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์
- โครงสร้างพื้นฐาน และความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ การไม่ตอบสนองใน

เวลาที่เหมาะสม

- ความขาดแคลนบุคลากรด้านIT

### ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic risk)

ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับจุดเน้น และทิศทางขององค์กร

- ชื่อเสียง การแข่งขัน การไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัย
- การปฏิรูประบบสุขภาพ กฎระเบียบที่เปลี่ยนแปลง
- ความสำคัญที่รับผู้บริกรมุ่งเน้น การสร้างความสัมพันธ์ในการให้บริการ
- ความขัดแย้งผลประโยชน์
- ความไม่แน่นอน

### ระบบรายงานอุบัติการณ์

โดยทั่วไปโรงพยาบาลจะมีการจัดทำแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อให้ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน การรายงานความเสี่ยงที่ดี ควรมีรายละเอียดข้อมูลเหตุการณ์ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และทันเวลา เพื่อ ส่งเรื่องไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทบทวนดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

### Risk Severity/Prioritization

การจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์ หลักการคือ การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อย จัดระดับลดหลั่นลงมา แบ่งเป็น ๒ ระดับ

ระดับผลกระทบ

ระดับผลกระทบ : การบาดเจ็บ

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ผู้ป่วย (ไม่ใช่เรื่องยา)	A-B-C	D	E-F	G-H	I
ผู้ป่วย (ยา)	(A) ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน (B) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย	(D) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตรายแต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม	(E) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็นอันตรายกับผู้ป่วย เพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม (F) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเป็น	(G) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการถาวรต่อผู้ป่วย ต้องให้การรักษา (H) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษาท่าการกู้	(I) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
	(C) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการรักษา ไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย		อันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	ชีวิต / ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต	
บุคคลภายนอก (ที่ไม่ใช่ผู้ที่มาขอรับการรักษา)	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดความคลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่ต้องให้การรักษา หรือปฏิเสธการรักษา	(๒) ต้องได้รับการประเมินการบาดเจ็บ และได้รับการรักษาเล็กน้อยหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย	(๓) มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล แต่ไม่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	(๔) การบาดเจ็บนั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	(๕) มีบุคคลภายนอกที่ได้รับบาดเจ็บ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ๓ คน (หรือมากกว่า) หรือมีการเสียชีวิต
บุคลากรภายใน	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดความคลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่ต้องให้การรักษา หรือทำการตรวจวินิจฉัย	(๒) ให้เฉพาะ first aid treatment หรือได้รับการรักษาเล็กน้อย ซึ่งการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยนั้นไม่ต้องหยุดงาน (ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน)	(๓) มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล และทำให้ต้องหยุดงาน หรือไม่สามารถทำหน้าที่ตามเดิมได้	(๔) เกิดอันตราย/ พิกัดถาวรหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องหยุดงาน (มีผลกระทบต่อการทำงาน)	(๕) มีการเสียชีวิต หรือ มีบุคลากรที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ๓ คน (หรือมากกว่า)

## ๑.๒ ระดับผลกระทบ : นอกเหนือจากการบาดเจ็บ

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
อุปกรณ์/ เครื่องจักรกล/ระบบงาน (Machine/ Process/ System)	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดความคลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เกิดความเสียหายต่ออุปกรณ์ เครื่องจักรกล หรือระบบงาน	(๒) เกิดความผิดปกติ/ชำรุด / แดกหักของชิ้นส่วนระบบงาน หรือเสียการทำงานที่เพียงเล็กน้อย (Functional failure of part of	(๓) มีความผิดปกติ/ชำรุด/แตกหักของชิ้นส่วนระบบงาน หรือเสียการทำงานที่ปานกลาง แต่ยังสามารถทำงานต่อไปได้ไม่ส่งผลกระทบต่อระบบงานหลัก (Failure will	(๔) มีความผิดปกติ/ชำรุด/แตกหักของชิ้นส่วนระบบงาน หรือเสียการทำงานที่มาก มีผลให้ระบบงานหลักหยุดชะงัก ถูกทำลายการทำงานต่อไปไม่ได้ ระยะเวลาหนึ่ง	(๕) มีความผิดปกติ// แดกหักของชิ้นส่วนระบบงาน หรือเสียการทำงานที่รุนแรง มีผลให้ระบบงานหลักหยุดชะงัก

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
		machine or process)	probably occur without major damage to system)	(Major damage to system)	ถูกทำลายโดยสิ้นเชิง(Failure causes complete system loss)
การบริการ	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดความคลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาดเคลื่อนหรือผิดปกติแต่ไม่เกิดความเสียหายหรือไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ให้บริการ	(๒) ทำให้ประสิทธิภาพการบริการลดลงหรือทำให้ลูกค้าหลัก	(๓) ก่อให้เกิดปัญหาแก่การให้บริการปานกลาง หรือต้องหยุดให้บริการบางส่วน	(๔) ก่อให้เกิดปัญหาแก่การให้บริการอย่างมากหรือต้องหยุดให้บริการชั่วคราว	(๕) ไม่สามารถให้บริการได้เลย
สิ่งแวดล้อม	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดความคลาดเคลื่อน (๑) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน (แคร์บวอน)	(๒) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นสามารถจัดการได้โดยไม่ต้องอาศัยบุคลากรนอกหน่วยงาน	(๓) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นสามารถจัดการได้ด้วยบุคลากรภายนอก โดยไม่กระจายออกนอกหน่วยงานหรือเป็นอักษิภัยระดับ incipient stage หรือน้อยกว่า	(๔) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกระจายออกนอกหน่วยงาน แต่ไม่ส่งผลร้ายแรง หรือเป็นอักษิภัยรุนแรง เป็นอักษิภัยรุนแรง incipient stage	(๕) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นส่งผลเสียหายร้ายแรง หรือเป็นอักษิภัยที่ต้องมีการอพยพ (evacuation)
การสูญเสียเงิน (ปฏิบัติการ)	(๐) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการสูญเสียเงิน (๑) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่สูญเสียเงิน(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) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่สูญเสียเงิน (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

## ๑.๓ ระดับผลกระทบ : ชื่อเสียงภาพลักษณ์

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ชื่อเสียง/ ภาพลักษณ์	(๐) มีเหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่งการ เกิดผลกระทบ เฉพาะบุคคล (๑) มีผลกระทบ เฉพาะบุคคล	(๒) มีผลกระทบ เฉพาะหน่วยงาน ภายในส่วนงาน	(๓) มีผลกระทบ เฉพาะส่วนงาน	(๔) มีผลกระทบ หลายส่วนงาน	(๕) มีผลกระทบต่อ มหาวิทยาลัย
	(๐) มีเหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่งถูก ฟ้องร้อง/ ร้องเรียนภายใน ส่วนงาน (๑) ถูกฟ้องร้อง/ ร้องเรียนภายใน ส่วนงาน	(๒) ถูกฟ้องร้อง/ ร้องเรียนภายใน มหาวิทยาลัย	(๓) ออกสื่อ	(๔) คดีขึ้นสู่ศาล	(๕) คดีขึ้นสู่ศาลและ ถูกตัดสินว่าผิด
	(๐) มีเหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่งการ เสื่อมเสียชื่อเสียง /ภาพลักษณ์ (๑) ไม่เป็นที่สนใจ ต่อสื่อ (No interest to the press)	(๒) Some public embarrassmen t, ไม่มี/มี ผลกระทบ เล็กน้อยต่อ ภาพลักษณ์ องค์กร (No damage to reputation or standing in the community)	(๓) มีผลกระทบ ต่อภาพลักษณ์ องค์กรแต่ สามารถควบคุม ได้(Local adverse public embarrassme nt 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, มีผลกระทบรุนแรงต่อ ภาพลักษณ์/ความเชื่อ มั่นขององค์กรในระดับ นานาชาติ (International adverse publicity with severe loss of confidence in organization), ถูก ศาลพิพากษา (Court enforcement), Public Account Committee enquiry

## ๒. ระดับความสำคัญกับการจัดการ

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

กิจกรรมรายงานอุบัติการณ์เพื่อนำมาทำ Prioritization

๑. นึกถึงช่วงเวลาที่ผ่านมา ในการทำงานของเราเกิดเหตุการณ์ที่มีความผิดพลาด หรือ คลาดเคลื่อนอะไรบ้างให้เขียนบรรยายสรุปเหตุการณ์ มา ๓ เหตุการณ์
  - ๑.๑ เหตุการณ์ที่ ๑ ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนนั้น เกิดจากตัวเราเอง
  - ๑.๒ เหตุการณ์ที่ ๒ ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนนั้น เกิดจากเพื่อนร่วมงานเราในหน่วยงานเดียวกัน
  - ๑.๓ เหตุการณ์ที่ ๓ ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนนั้น เกิดจากหน่วยงานอื่น
๒. หัวข้อที่เขียนประกอบด้วย
  - ๒.๑ เกิดอะไรขึ้น
  - ๒.๒ มีผลกระทบต่ออะไรหรือต่อใคร
  - ๒.๓ ผลกระทบรุนแรงมากหรือน้อย
  - ๒.๔ เหตุการณ์เช่นนี้เกิดบ่อยหรือไม่บ่อย
๓. ที่จำแนกเป็น ๓ กลุ่ม
  - ๓.๑ Clinic
  - ๓.๒ Non-Clinic
  - ๓.๓ อาชีวอนามัย
๔. แต่ละกลุ่มจำแนกเป็นหัวข้อย่อย แต่ละหัวข้อย่อยมีจำนวนอุบัติการณ์เท่าไร
๕. เลือกClinical มานำเสนอโดยใช้วิธีการทางสถิติเพื่อแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลของเราเสี่ยงอะไร และเราจะเลือกเรื่องใดมาจัดการRisk Analysis หรือ Risk Assessment

การจัดระดับความสำคัญของเหตุการณ์ หลักการคือทำให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อย จัดระดับลดหลั่นลงมา Risk matrix ที่ง่ายที่สุด คือการแบ่งความรุนแรงและโอกาสเกิดเป็น

๒ ระดับ



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)

๑. การประเมินโอกาสที่จำเกิดเหตุการณ์ในอนาคต

Description	Code	มีค่า	Probability	May happen
Almost certain	E (expected)	(๕)	๑/๑๐	
Likely, Frequent, probable	H (high)	(๔)	๑/๑๐๐	Several times in ๑ year
Possible, occasional	M (moderate)	(๓)	๑/๑๐๐๐	Several times in ๑-๒ year
Uncommon	L (Low)	(๒)	๑/๑๐๐๐๐	Sometime times in ๒-๕ year
Rare, Improbable, remote	NL (not likely)	(๑)	<๑/๑๐๐๐๐	Several times in ๕-๓๐ year

๒. การประเมินผลการควบคุมอย่างง่าย

(๕) ไม่มีกิจกรรมที่ควบคุม

(๔) มีการพิจารณาความเป็นไปได้ของการควบคุม แต่ยังไม่มีการปฏิบัติ

(๓) มีการปฏิบัติบางส่วน หรือบางหน่วยงาน

(๒) มีการปฏิบัติที่สมบูรณ์ในบางหน่วยงาน

(๑) มีการปฏิบัติดีสมบูรณ์ทั้งองค์กร

ค่าคะแนน ๑ = ควบคุมการปฏิบัติได้ดี โอกาสเกิดความเสียหายต่ำ

๓. แนวคิดการจัดกลุ่มความเสี่ยงจาก Risk Matrix

(๕)	๕x๑=๕	๕x๒=๑๐	๕x๓=๑๕	๕x๔=๒๐	๕x๕=๒๕
(๔)	๔x๑=๔	๔x๒=๘	๔x๓=๑๒	๔x๔=๑๖	๔x๕=๒๐
(๓)	๓x๑=๓	๓x๒=๖	๓x๓=๙	๓x๔=๑๒	๓x๕=๑๕
(๒)	๒x๑=๒	๒x๒=๔	๒x๓=๖	๒x๔=๘	๒x๕=๑๐
(๑)	๑x๑=๑	๑x๒=๒	๑x๓=๓	๑x๔=๔	๑x๕=๕
	Insignificant	minor	moderate	major	Extreme

RP = Risk Priority

### Risk Rating Matrix and Risk Register

๑. การค้นหาความเสี่ยงที่ครอบคลุม ควรดำเนินงานแบบกระจายความรับผิดชอบให้หน่วยงานและระบบงานต่างๆ
๒. การติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูง ควรใช้วิธีการรวมศูนย์
๓. การจัดกลุ่มของความเสี่ยง ควรคำนึงถึงโอกาสหรือความถี่ที่จะเกิดขึ้น และผลกระทบที่ตามมาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ การจัดกลุ่มนี้จะมีความสำคัญว่าการตอบสนองต่ออุบัติการณ์นั้นในระดับใด
๔. การลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีความเสี่ยงที่ค้นหาได้ จะทำให้มีการติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

### Failure Mode & Effect Analysis (FMEA)

Failure Mode & Effect Analysis (FMEA) คือ การวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบ เป็นเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติงานที่อาจเกิดอันตราย (harm) หรือความเสี่ยงอย่างเป็นระบบเชิงรุก (proactive risk assessment) โดยทุกภาคส่วนในองค์กรได้มาร่วมกันประชุม คาดการณ์ และบันทึก ร่วมกันว่าแต่ละขั้นตอนในระบบ ขั้นตอนใดบ้างที่มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดหรือความล้มเหลวในระบบ จากนั้นจึงร่วมกันปรับปรุงพัฒนาระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาดเหล่านั้น โดยเฉพาะข้อผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดแล้วส่งผลกระทบอันตรายร้ายแรง (severe harm) ต่อผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์

การวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบนั้นจึงจำเป็นต้องมี ๔ องค์ประกอบต่อไปนี้

๑. ขั้นตอนในการดำเนินการ (step in the process)
๒. ข้อบกพร่อง/ความล้มเหลว คืออะไร (what could go wrong?)
๓. สาเหตุของข้อบกพร่อง/ความล้มเหลว ทำไมเหตุการณ์ดังกล่าวจึงเกิดขึ้น (why would the failure happen?)
๔. ผลกระทบจากเหตุการณ์หรือขั้นตอนดังกล่าวคืออะไร (what would be the consequences of each failure?)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบ (Failure Mode and Effect Analysis)

๑. คัดเลือกกระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินการ เพื่อประเมินด้วย FMEA ที่มีโอกาสเกิดทั้งหมด
๒. รวบรวมผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินการ (mapping out the process) ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ที่ปฏิบัติงานในหน้างานหรือเกี่ยวข้องกับการทำงานนั้น ๆ โดยตรงเข้ามาร่วมอภิปรายในการวิเคราะห์ FMEA เพราะจะทำให้ผู้วิเคราะห์ทราบกระบวนการ/ขั้นตอน การดำเนินการอย่างละเอียด
๓. ระบุลำดับขั้นตอนของแต่ละกระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อวิเคราะห์ FMEA
๔. บันทึกแต่ละกระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินการลงในตาราง Failure Mode and Effect Analysis

## ตาราง Failure Mode and Effect Analysis

No.	Failure mode	Failure causes	Failure effect	Likelihood of occurrence (๑-๑๐)	Likelihood of detection (๑-๑๐)	Severity (๑-๑๐)	Risk profile number: RPN	Action to reduce occurrence of failure

(ตัวอย่างตาราง)

- Failure mode (เหตุการณ์ที่บกพร่อง) คือ รายการข้อบกพร่อง/ความล้มเหลวที่สามารถเกิดขึ้นได้ในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการทุกรายการ
  - Failure causes (สาเหตุที่บกพร่อง) คือ รายการสาเหตุที่เป็นไปได้ทั้งหมดของเหตุการณ์ที่บกพร่องที่ได้ระบุไว้
  - Failure effect (ผลกระทบจากเหตุการณ์) คือ รายการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดของเหตุการณ์ที่บกพร่องที่ได้ระบุไว้
  - Likelihood of occurrence (โอกาสเกิด) คือ ระดับของโอกาสเกิดเริ่มตั้งแต่ ๐-๑๐ ผู้วิเคราะห์ควรมีการให้คำจำกัดความเพื่อความชัดเจนในการนำไปใช้และการสื่อสารในองค์กร
  - Likelihood of detection (โอกาสตรวจพบ) คือ ระดับของโอกาสที่จะตรวจสอบพบข้อบกพร่อง แบ่งระดับออกเป็น ๐-๑๐ โดยระดับที่ ๑๐ คือ ข้อบกพร่องที่ไม่สามารถถูกตรวจสอบพบได้ โดยที่หากเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจะไม่สามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้ควรมีการให้คำจำกัดความเพื่อความชัดเจนในการนำไปใช้และการสื่อสารในองค์กร
  - Severity (ความรุนแรง) คือ ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ แบ่งระดับออกเป็น ๐ - ๑๐ โดยระดับที่ ๑๐ นั้นหากเกิดเหตุการณ์ขึ้น จะส่งผลให้มีความรุนแรงร้ายแรงมากที่สุด
  - Risk profile number: RPN (ระดับความเสี่ยง) คือ การนำเอารายการข้อบกพร่อง/ความล้มเหลว แต่ละเหตุการณ์มาคำนวณหาตัวเลขเพื่อจัดลำดับความสำคัญที่ควรดำเนินการก่อน-หลัง โดยการคำนวณจากระดับโอกาสเกิด x โอกาสตรวจพบ x ความรุนแรง
  - Action to reduce occurrence of failure (กระบวนการลดข้อบกพร่อง) คือ รายการแนวทางการแก้ไขที่เป็นไปได้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยในระบบ (โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่มีจำนวนเลขระดับความเสี่ยงสูงๆ) ทั้งนี้ผู้วิเคราะห์สามารถใช้ FMEA วิเคราะห์แนวทางการแก้ไขที่ได้ออกแบบเพิ่มเติมได้ว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงระบบแล้วระดับความเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไปเท่าไร
๕. การนำระดับความเสี่ยงไปใช้วางแผนเพื่อปรับปรุง เมื่อพิจารณาถึงระดับความเสี่ยงแล้วพบว่า เหตุการณ์ใดที่มีระดับความเสี่ยงสูงๆ ควรให้ความสำคัญในการแก้ไขเหตุการณ์นั้นก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินงานหลักแม้ว่าไม่ได้แก้ไขอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นจึงอาจแก้ไขเหตุการณ์ที่มีระดับความเสี่ยงต่ำเป็นลำดับท้ายๆ ในการแก้ไข โดยควรเลือกระดับเหตุการณ์ที่มีคะแนนสูงสุดในลำดับแรกๆ มาเพื่อวางแผนแนวทางแก้ไขก่อน

**บทสรุป**

Failure Mode and Effect Analysis คือ การวิเคราะห์หาความเสี่ยงที่มี โอกาสเกิดขึ้นในระบบของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพขึ้นมาเพื่อร่วมกันวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้การรายงานความเสี่ยงหรือรายงานความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นหากนำมาพิจารณาร่วมกันในการวิเคราะห์จะส่งผลให้ได้ประโยชน์จากการใช้ Failure Mode and Effect Analysis มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์จากการใช้ Failure Mode and Effect Analysis ให้ได้ประสิทธิภาพมากที่สุดควรพิจารณาการนำเครื่องมือคุณภาพชนิดอื่นมาพิจารณาร่วมกัน ก็จะส่งผลให้ระบบของโรงพยาบาล ประสิทธิภาพ คุณภาพ และปลอดภัย อีกทั้งยังช่วยลดและป้องกันอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล

**RCA คืออะไร**

RCA หรือ Root Cause Analysis เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง หรือสาเหตุรากเหง้าของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เพื่อขจัดสาเหตุได้ตรงจุด โดยนำอุบัติการณ์มาทบทวนว่า เกิดอะไรขึ้น ทำไมจึงเกิด และต้องทำอะไรเพื่อมิให้เกิด เพื่อให้ทราบสาเหตุรากเหง้าของปัญหา และวางมาตรการป้องกันเชิงระบบต่อไป

**RCA เป็นเครื่องมือทำได้ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ**

Root Cause Analysis	Failure Modes & Effects Analysis
วิเคราะห์โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลสถิติ	
เป้าหมายคือการลดความเสี่ยงหรือความเสียหายแก่ผู้ป่วย	
มีการค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย	
เป็นกิจกรรมซึ่งทำงานร่วมกันเป็นทีม	
<b>เชิงรับ</b>	<b>เชิงรุก</b>
มุ่งเน้นที่เหตุการณ์	มุ่งเน้นที่กระบวนการทั้งหมด
มีอคติซ่อนอยู่	ไม่มีอคติ
มีความหวาดกลัว การต่อต้าน	มีความเปิดเผย
ถาม "ทำไม"	ถาม "จะเป็นอย่างไรถ้า"

การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหานั้น ควรหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็น Human Error หรือความผิดพลาดจากตัวบุคคล เพราะ Human Error เป็นเรื่องธรรมชาติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ หากเรามองสาเหตุนี้เป็นหลัก จะทำให้ไม่เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบงาน แต่สิ่งสำคัญ เราควรมองสาเหตุไปที่ตัวระบบงาน เช่น กระบวนการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การวางอัตรากำลัง เป็นต้น

**เมื่อใดจึงควรมีการทำ RCA**

๑. ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง หรือ Sentinel Events มีความรุนแรงสูง ผลกระทบสูงระดับ G-H-I(๔-๕)
๒. เหตุเกือบพลาด (Near miss) หรือมีแนวโน้มความรุนแรงสูงขึ้น หากเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
๓. เหตุการณ์ผิดปกติโดยทั่วไป

### 3 เมื่อใดจึงทำ RCA

ความสำคัญ	ระยะเวลา รายงาน	ผลลัพธ์	การจัดการ
เหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ <b>รุนแรง</b>  Sentinel Events; SE	❖ ส่งรายงาน อุบัติการณ์ ภายใน <b>6 ชม.</b>	รุนแรง	❖ ลดผลกระทบทันที ❖ รายงานทันทีตาม flow ❖ <b>ทำ RCA และตอบ กลับภายใน 30 วัน</b>
เหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ที่ <b>อาจส่งผล รุนแรง</b>  Potential Adverse Events; PAE	❖ ส่งรายงาน อุบัติการณ์ ภายใน <b>3 วัน</b>	ไม่รุนแรง High risk	❖ แก้ไข ป้องกัน ❖ <b>ทำ RCA และตอบ กลับภายใน 30 วัน</b>
เหตุการณ์ <b>ผิดปกติ ทั่วไป</b>  General Events	❖ ส่งรายงาน อุบัติการณ์ ภายใน <b>7 วัน</b>	ไม่รุนแรง	❖ ผู้บริหารรับทราบ ❖ แก้ไข ป้องกัน

### ระดับผลกระทบ:การบาดเจ็บ

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ผู้ป่วย	<b>A-B-C</b> (A) มีเหตุการณ์ซึ่งมี โอกาสที่ก่อให้เกิดความ คลาดเคลื่อน (B) เกิดความคลาดเคลื่อน ขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (C) เกิดความคลาดเคลื่อน กับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการ รักษา ไม่เกิดอันตราย	<b>D</b> (D) ต้องเฝ้าระวังอาการ ไม่เกิดอันตราย	<b>E-F</b> (E) ต้องให้การรักษาเพิ่ม มากขึ้น เกิดอันตราย/ พิจารณาชั่วคราว (F) เกิดอันตราย/พิจารณา ชั่วคราว และต้องอยู่ โรงพยาบาลนานขึ้น	<b>G-H</b> ต้องให้การรักษา (G) เกิดความพิการถาวร ต้องให้การรักษา (H) ทำการกู้ชีวิต/เกือบ เสียชีวิต	<b>I</b> (I) ถึงแก่ชีวิต
บุคคลภายนอก (ที่ไม่ใช่ผู้ ที่มาขอรับ การรักษา)	(0) มีเหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่งการเกิดความ คลาดเคลื่อน (1) มีความคลาดเคลื่อน เกิดขึ้น แต่ไม่ต้องให้การ รักษา หรือปฏิเสธการ รักษา	(2) ต้องได้รับการประเมิน การบาดเจ็บและได้รับการ รักษาเล็กน้อย หรือ ไม่เสีย ค่าใช้จ่าย	(3) มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น จากการรักษาพยาบาล แต่ไม่ต้องรับไว้รักษาใน โรงพยาบาล	(4) การบาดเจ็บนั้นต้องเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล	(5) มีบุคคลภายนอกที่ ได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับ การรักษาใน โรงพยาบาล 3 คน (หรือ มากกว่า) หรือมีการ เสียชีวิต
บุคลากร ภายใน	(0) มีเหตุการณ์ที่ อาจนำไปซึ่งการเกิดความ คลาดเคลื่อน (1) มีความคลาดเคลื่อน เกิดขึ้น แต่ไม่ต้องให้การ รักษา หรือทำการตรวจ วินิจฉัย	(2) ให้เฉพาะ first aid treatment หรือได้รับการ รักษาเล็กน้อย ซึ่งการ บาดเจ็บ/เจ็บป่วยนั้นไม่ ต้องหยุดงาน (ไม่ส่งผล กระทบต่อการทำงาน)	(3) มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น จากการรักษาพยาบาล และทำให้ต้องหยุดงาน หรือไม่สามารถทำหน้าที่ ตามเดิมได้	(4) เกิดอันตราย/พิจารณาถาวร หรือ ต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล หรือ ต้องหยุด งาน (มีผลกระทบต่อการ ทำงาน)	(5) มีการเสียชีวิต หรือ มีบุคลากรที่ต้องเข้ารับ การรักษาใน โรงพยาบาล 3 คน (หรือ มากกว่า)



## ระดับผลกระทบ : ชื่อเสียงภาพลักษณ์

ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ชื่อเสียง/ ภาพลักษณ์	(0) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเกิดผลกระทบเฉพาะบุคคล (1) มีผลกระทบเฉพาะบุคคล	(2) มีผลกระทบเฉพาะหน่วยงานภายในส่วนงาน	(3) มีผลกระทบเฉพาะส่วนงาน	(4) มีผลกระทบหลายส่วนงาน	(5) มีผลกระทบต่อมหาวิทยาลัย
	(0) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียนภายในส่วนงาน (1) ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียนภายในส่วนงาน	(2) ถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียนภายในมหาวิทยาลัย	(3) ออกสื่อ	(4) คดีชั้นศาล	(5) คดีชั้นศาลและถูกตัดสินว่าผิด
	(0) มีเหตุการณ์ที่อาจนำไปซึ่งการเสื่อมเสียชื่อเสียง/ภาพลักษณ์ (1) ไม่เป็นที่สนใจต่อสื่อ (No interest to the press)	(2) Some public embarrassment, ไม่มี/มีผลกระทบเล็กน้อยต่อภาพลักษณ์องค์กร (No damage to reputation or standing in the community)	(3) มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์องค์กรแต่สามารถควบคุมได้ (Local adverse public embarrassment leading to limited damage), เป็นประเด็นด้านกฎหมาย/ฟ้องร้อง (Legal implication)	(4) มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์/ความเชื่อมั่นขององค์กรในระดับชาติ (National adverse publicity with major loss of confidence in organization)	(5) Highly damage, มีผลกระทบรุนแรงต่อภาพลักษณ์/ความเชื่อมั่นขององค์กรในระดับนานาชาติ (International adverse publicity with severe loss of confidence in organization), ถูกศาลพิพากษา (Court enforcement), Public Account Committee enquiry

วิธีการทำ RCA มี ๔ วิธี ซึ่งอาจใช้แยกกันหรือใช้ร่วมกันหลายวิธี ดังต่อไปนี้

๑. Turning point การมองย้อนหลังที่จะเกิดเหตุการณ์ คือ การมองย้อนหลังของกระบวนการทำงานที่จะเกิดความเสียหาย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะทำให้เห็นว่าจุดใดที่อาจเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย หากมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ให้บริการ

การนำไปใช้

วิธีนี้ใช้ในสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อนและเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อน

๒. Cognitive Walkthrough การมองย้อนหลังเหตุการณ์โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ข้อมูลเป็นการย้อนรอยกระบวนการโดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น เพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้สิ่งที่ เป็นข้อจำกัดของคนทำงานเพื่อนำมาสู่การพัฒนา/ออกแบบกระบวนการทำงานให้ดียิ่งขึ้น ที่จะไม่ให้ข้อจำกัดนั้นมาเป็นอุปสรรคในการทำงาน

การนำไปใช้

- มีวัฒนธรรมคุณภาพเปิดใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
- ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงทำซ้ำในสถานการณ์จำลองให้คิดและพูดออกมาดังๆ คิดอะไรรู้สึกอะไร คิดขัดอะไรได้รับข้อมูลและแปลความหมายข้อมูลว่าอย่างไร
- เชื่อมกับเทคนิค toning point คือการย้อนรอยอดีตตรงจุดหรือขั้นตอนที่เห็นโอกาสปรับเปลี่ยนการตัดสินใจหรือการกระทำได้

๓. Conventional why(๕ why) เป็นการถามโดยใช้คำถามว่า “ทำไม” ต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยถามซ้ำกันหลายๆครั้ง จนเห็นคำตอบที่พอใจและนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนา

#### การนำไปใช้

เป็นการนำข้อมูลรายละเอียดจากการทำ Cognitive Walkthrough มาวิเคราะห์ต่อว่าทำไมจึงเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ การคิด การเข้าใจเช่นนั้น วิธีนี้อาจใช้ฝังก้างปลาและแผนภูมิต้นไม้ช่วยในการวิเคราะห์

๔. Comprehensive Scan เป็นวิธีการที่ได้มีการกำหนดหัวข้ออย่างครอบคลุมอย่างกว้างขวางและนำมาตรวจสอบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นมาสัมพันธ์กับหัวข้อดังกล่าวหรือไม่เช่น

- ผู้ป่วย
- ผู้ให้บริการ
- กระบวนการ

#### แนวทางการทำ RCA

๑. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA
๒. เขียนเส้นทาง โดยใช้คน หรือสิ่งของที่ได้รับบาดเจ็บเป็นตัวดำเนินเรื่อง หรือ เดินตามกระบวนการทำงาน หรือ การดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐาน หรือวิธีปฏิบัติงาน
๓. ตั้งใจหย่ว่าเกิดอะไรขึ้นให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละจุดที่มาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานที่เป็นไปได้ ใช้คำถาม Why?
๔. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูล ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้น ๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง หรือขอคู่มือกระบวนการทำงาน
๕. เขียนเส้นทางพร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุและไกลออกไป จากภายในองค์กร ไปภายนอกองค์กร (ถ้ามี)
๖. สรุปรูปเกิดอะไรขึ้น สาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน
๗. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้
๘. สรุปลงที่เป็นสาเหตุและสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน

ดังนั้นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำ RCA คือ (๑) การคิดเชิงระบบ เน้นปรับปรุงที่ตัวระบบงานมากกว่ากล่าวโทษตัวบุคคลว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา (๒) การทำงานเป็นทีม (๓) การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย

#### Safety Design

Safety Design (การออกแบบเพื่อความปลอดภัย) เป็นกระบวนการที่นำมาใช้ออกแบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ถูกขึ้นทะเบียนไว้ใน Risk register (Pro-active design in Risk Register) หรือ อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและได้รับการวิเคราะห์หาสาเหตุรากที่แท้จริงของปัญหา (Re-active design in RCA) นอกจากนี้ยังสามารถใช้กลยุทธ์ความปลอดภัย เช่น Thailand Patient and personnel Safety Goals หรือ ๙ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มาเป็นตัวกำหนดกระบวนการที่จะใช้ในการออกแบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในระบบได้เช่นกัน



การตั้งเป้าและบทบาทในการมีส่วนร่วมของทีมนำและทีมผู้ปฏิบัติในการออกแบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัย สามารถใช้ Enterprise Risk Exploration เป็นตัวกำหนดในการออกแบบได้ดังนี้

- Risk Appetite คือ ความเสี่ยงที่ต้องการให้เหลือ
- Risk Tolerance คือ ความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้
- Risk Capacity / Threshold คือ จุดสูงสุดของความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ ถ้ามากกว่านี้จะเกิดความเสียหาย



safety Design for Risk Treatment Plan

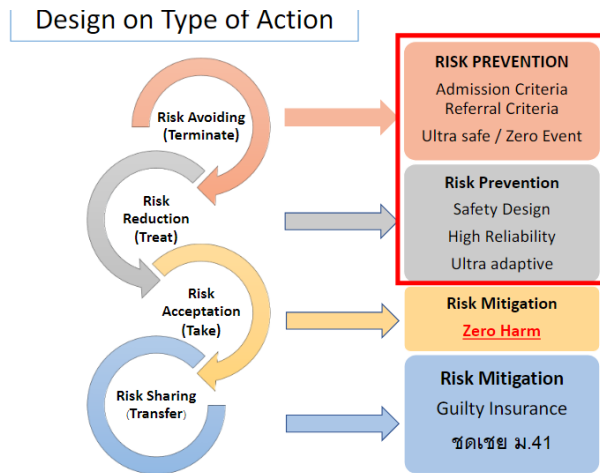
**Design for Risk Treatment Plan**

	Risk Treatment Plan			QT Plan
Risk ID	Risk Prevention	Risk Monitor	Risk Mitigation	QT Plan
	มาตรการป้องกันและลดผลกระทบเชิงลบ	การติดตามและประเมิน	มาตรการบรรเทาผลกระทบเชิงลบ	เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันอุบัติการณ์
A01				

แผนรับมือกับความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้

- Risk prevention:** การควบคุมความเสี่ยงให้เกิดขึ้นน้อยลง
- Risk monitor:** จะติดตามตัวชี้วัดหรือข้อมูลอะไรเพื่อตรวจจับโอกาสเกิดอุบัติการณ์ได้เร็วขึ้น หรือรับทราบสถิติการเกิดอุบัติการณ์
- Risk Mitigation:** การทุเลาความเสียหายเมื่อเกิดอุบัติการณ์
- QT Plan:** เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการป้องกันอุบัติการณ์

ป้องกันความเสี่ยงที่สามารถทำได้ และบรรเทาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกรณีไม่สามารถป้องกันได้



Safety Design for Risk Prevention and Action level

Canadian Incident analysis framework

แนวทางการออกแบบ	Level of Safety Effectiveness	เหตุผล
1. Forcing function and Constraints	High	ทำถูกโดยวางมาตรการบีบ และ สร้างภาคบังคับ
2. Automation and Computerization		ทำถูกโดยอัตโนมัติ และ โดยคอมพิวเตอร์
3. Simplification and Standardization	Medium	ทำถูกง่ายกว่า ทำถูกได้โดยทำตาม SOP
4. Reminders, Checklists, Double check (Redundant)		ทำถูกโดยการเตือน ทำถูกโดยมีตัวตึก ทำถูกโดยมีการดูว่าถูกไหมซ้ำๆ
5. Rules and Policies	Low	ทำถูกเพราะทำตามกฎ และ นโยบาย
6. Education and information		ทำถูกเพราะอบรมเพิ่ม ทำถูกโดยการให้ข้อมูลเพิ่ม

พยายามสร้างกระบวนการออกแบบความปลอดภัยให้ได้ในระดับ Medium to high

## ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุมในครั้งนี้

### ต่อตนเอง

- เข้าใจเกี่ยวกับความหมายและแนวคิดสำคัญของมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยงฉบับที่ ๔ และฉบับที่ ๕ และนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินความเสี่ยงทางการแพทย์และวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (Root Cause Analysis) สามารถนำมาปรับใช้ค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน และหาแนวทางป้องกันความเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย
- สามารถตั้งศักยภาพและคุณค่าของตัวเองเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยได้
- ทำให้มีทัศนคติที่ดีกับงานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

### ต่อโรงพยาบาล

- สามารถนำความรู้มาตรฐาน HA เกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยมาวางระบบและปรับกระบวนการต่าง ๆ ในหน่วยงานได้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล และถ่ายทอดให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล

### ส่วนที่ ๓ ปัญหา / อุปสรรค

การประชุมวิชาการเป็นรูปแบบเสมือนจริงผ่านระบบออนไลน์ (Zoom Meeting) เกิดปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตขาดหายไปบางช่วงทั้งของทางฝั่งวิทยากรและผู้เข้าอบรม ทำให้ได้ไม่ได้ฟังบรรยายในบางช่วง แต่ทั้งนี้ทางผู้จัดการอบรมได้ส่งเอกสารประกอบการบรรยายให้กับผู้เข้าอบรม เพื่อให้ทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง ปัญหาอื่นๆ คือ การอบรมเป็นแบบออนไลน์ ทำให้วิทยากรสอนและฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลให้กับผู้เข้าอบรมได้ไม่เต็มที่

### ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการประชุมเป็นแบบออนไลน์ (Zoom Meeting) จำเป็นต้องใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อเชื่อมต่อกับอุปกรณ์ เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ผู้เข้าอบรมจึงควรเตรียมพร้อมเกี่ยวกับการรับสัญญาณอินเทอร์เน็ต และสำรองแบตเตอรี่ของอุปกรณ์ให้เพียงพอ เมื่อกรณีเกิดไฟฟ้าดับ

ลงชื่อ .....

(นายประสิทธิ์ จันทวัชรากร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ.....

(นายประกาศิต วรรณภาสชัยยง)

นายแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวรพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางสรัญรัตน์ กนกดีสีห์รัตน์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวประจจิตร คชพงษ์)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางกชพรรณ บัวศรี)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นายกسانต์เกียรติ ปานอภิกุล)  
นายแพทย์ปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....

(นายพงศธร ขาวล้ำเลิศ)  
เภสัชกรปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวปิยะวรรณ พิภพวัฒนา)  
นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....

(นางสาววิรินรัตน์ ดวงแก้ว)  
นักโภชนาการปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....

(นายขจร อินทรบุหรั่น)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)..... นายประสิทธิ์..... นามสกุล ..... จันทวีชรากร.....

ตำแหน่ง ..... นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ..... สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน ..... กลุ่มงานอายุรกรรม.....

กอง ..... โรงพยาบาลตากสิน..... สำนัก/สำนักงานเขต ..... สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒.....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นายประสิทธิ์ จันทวีชรากร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)..... นายประกาศิต..... นามสกุล ..... วรรณภาสชัยยง.....

ตำแหน่ง ..... นายแพทย์ชำนาญการ..... สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน ..... กลุ่มงานอายุรกรรม.....

กอง ..... โรงพยาบาลตากสิน..... สำนัก/สำนักงานเขต ..... สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒.....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นายประกาศิต วรรณภาสชัยยง)

นายแพทย์ชำนาญการ

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)..... นางสาวรพีพันธุ์..... นามสกุล ..... สุ่มหิรัญ.....

ตำแหน่ง .....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... ฝ่ายการพยาบาล.....

กอง .....โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒.....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นางสาวรพีพันธุ์ สุ่มหิรัญ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล).....นางสัจญ์รัชต์.....นามสกุล ..... กนกดีสีห์รัตน์.....

ตำแหน่ง .....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน ..... ฝ่ายการพยาบาล.....

กอง .....โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒ .....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ .....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) .....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นางสัจญ์รัชต์ กนกดีสีห์รัตน์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)..... นางสาวประจักษ์จิตร ..... นามสกุล ..... คชพงษ์ .....

ตำแหน่ง .....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน ..... ฝ่ายการพยาบาล .....

กอง .....โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒ .....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ .....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) .....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นางสาวประจักษ์จิตร คชพงษ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)..... นางสาวกชพรรณ ..... นามสกุล ..... บัณฑิตรี .....

ตำแหน่ง .....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน ..... ฝ่ายการพยาบาล .....

กอง .....โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒ .....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ .....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) .....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นางกชพรรณ บัณฑิตรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)..... นายกसानต์..... นามสกุล ..... เกียรติปานอภิกุล.....

ตำแหน่ง ..... นายแพทย์ปฏิบัติการ.....สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... กลุ่มงานอายุรกรรม.....

กอง ..... โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒.....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นายกसानต์เกียรติ ปานอภิกุล)

นายแพทย์ปฏิบัติการ

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)..... นายพงศธร..... นามสกุล ..... ขวาล้ำเลิศ.....

ตำแหน่ง ..... เกษตรกรปฏิบัติการ.....สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน ..... กลุ่มงานเกษตรกร.....

กอง ..... โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒.....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นายพงศธร ขวาล้ำเลิศ)

เกษตรกรปฏิบัติการ

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล).....นางสาวปิยะวรรณ.....นามสกุล ..... พิภพวัฒนา.....

ตำแหน่ง ..... นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ.....สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน.....กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

กอง .....โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒.....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นางสาวณัฐริกา ศิริปริญญาพันธ์)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

**แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด**

ตามหนังสืออนุมัติที่ ..... กท ๐๔๐๑/๕๑ ..... ลงวันที่ ..... ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล)..... นางสาววิรินทร์..... นามสกุล ..... ดวงแก้ว.....

ตำแหน่ง ..... นักวิชาการปฏิบัติการ.....สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... กลุ่มงานโภชนาการ.....

กอง ..... โรงพยาบาลตากสิน.....สำนัก/สำนักงานเขต.....สำนักการแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....

HA ๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๒.....

ในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....

เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นายวัชรเดช จิระเวชวงศ์สกุล)

เภสัชกรปฏิบัติการ