

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

รับเรื่องคืนฝ่ายวิชาการและแผนงาน
เลขรับ 1267
วันที่ ๒๖ ส.ค. ๒๕๖๗
เวลา 09.30 ชม.

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA ๖๐๑ ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน คนละ ๕,๐๐๐.- บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท

ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

สถานที่ ณ ห้องประชุมจตุรทิศ โรแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน กรุงเทพมหานคร

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ใบประกาศนียบัตร

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกรอบรรม/ ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์
และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ผู้เข้าประชุม/อบรม

๑.๑ ชื่อ-นามสกุล นางสาวพรปวีณ์ พูลสวัสดิ์

อายุ ๕๖ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

๑.๒ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานศูนย์นมแม่

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ให้คำปรึกษามารดาและทารก
ด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๒.๑ ชื่อ-นามสกุล พ.จ.อ.ยุทธนา บุญรอด

อายุ ๔๒ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วย
โรคหัวใจและหลอดเลือด

๒.๒ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มี
ภาวะวิกฤต พยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยหลังทำหัตถการ
สวนหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เข้าใจความหมาย ความสำคัญและหลักการบริหารความเสี่ยง

๒.๑.๒ เข้าใจมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยงฉบับที่ ๕ และนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๑.๓ สามารถเข้าใจและนำไปวางระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยระดับ

โรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

๒.๒ เนื้อหา

การบริหารความเสี่ยง “ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึง
ประสงค์” “อุบัติการณ์ คือเหตุการณ์ที่เกิดความสูญเสีย ความเสียหาย หรือเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์” “การ
รับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความ ตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง
และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

๑๙ ม.ค. ๒๕๖๗

ความหมาย...

ความหมายของความเสี่ย (Definition of Risk) คือผลของความไม่แน่นอนที่มีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ (การเบี่ยงเบนไปจากการบรรลุ วัตถุประสงค์เนื่องจากความไม่แน่นอนหรือขาดข้อมูลความเข้าใจ ความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น)

ผล (effect) คือการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คาดหวัง ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ความไม่แน่นอน (uncertainty) เป็นภาวะของการมีข้อมูลความเข้าใจหรือความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับเหตุการณ์ผลที่ตามมาหรือโอกาสที่จะเกิด Risk Management

การจัดการความเสี่ยงก่อนเกิด Incident ความเสี่ยงคือความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลต่อการบรรลุกลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของกิจการ การบริหารความเสี่ยง คือการระบุ ประเมิน และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงตามด้วยการประสานการใช้ ทรัพยากรอย่างประหยัด เพื่อลด ติดตาม และควบคุมโอกาสเกิดหรือผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือใช้โอกาสให้เกิดผลสูงสุด ทำไม่ต้องมีการบริหารความเสี่ยง

๑. เพื่อให้ผลการดำเนินงานขององค์กรเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้

๒. เพื่อให้เกิดการรับรู้ตระหนักและเข้าใจถึงความเสี่ยงด้านต่างๆที่เกิดขึ้นกับองค์กรและหาวิธีจัดการที่เหมาะสมในการลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

๓. เพื่อสร้างกรอบและแนวทางการดำเนินงานให้แก่บุคลากรขององค์กรให้สามารถบริหารจัดการความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นกับองค์กรได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

๔. เพื่อให้มีระบบในการติดตามตรวจสอบผลการดำเนินการบริหารความเสี่ยงและเฝ้าระวังความเสี่ยงใหม่ๆที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ๖

๕. เพิ่มมูลค่าให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์กร

๖. ทุกองค์กรดำรงอยู่เพื่อมอบคุณค่า(value)แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) จัดว่าเป็นกิจกรรมเชิงรุกในการป้องกันความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยศึกษาจากเหตุการณ์ในอดีตสำรวจในปัจจุบันและเฝ้าระวังไปในอนาคต เพื่อวางแผนจัดการความเสี่ยงที่พบได้อย่างเหมาะสม การค้นหาความเสี่ยงจัดแบ่งเป็น ๒ ประเภทคือ

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

๑.๑ Risk Profile/Risk Register

๑.๒ FMEA (Failure Mode and Effects Analysis)

๑.๑ Risk Profile/Risk Register เป็นการตรวจสอบ ค้นหา ปัจจัยที่เป็นอันตราย คุกคามระบบงาน ระบบงาน หรือพื้นที่ปฏิบัติงาน การประเมินความเสี่ยง Risk Assessment และหาทางจัดการ การขึ้นทะเบียนเพื่อติดตาม เป็นชุดข้อมูลความเสี่ยงที่ได้จากการตรวจสอบทุกแง่มุมจากทุกพื้นที่ที่ดำเนินการกิจการขององค์กร เพื่อนำไปบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะและความปลอดภัย ข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วยลักษณะ และระดับของภัยคุกคามที่องค์กรเผชิญอยู่ระดับ ประกอบด้วย

๑.๑.๑ โอกาสและผลกระทบหากเกิดขึ้นจริง

๑.๑.๒ ระดับของการหยุดชะงักและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามความเสี่ยงแต่ละประเภท

๑.๑.๓ ประสิทธิภาพของมาตรการการควบคุมที่มีอยู่ สามารถลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่

๑.๑.๔ แบบบันทึกการขึ้นทะเบียนความเสี่ยงเพื่อการติดตาม (Risk Register)

๑.๒ Failure ...

๑.๒ Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) คือ การวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบเป็นเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติงานที่อาจเกิดอันตราย (harm) หรือความเสี่ยงอย่างเป็นระบบเชิงรุก (proactive risk assessment) โดยทุกภาคส่วนในองค์กรได้มาร่วมกันประชุม คาดการณ์ และบันทึกร่วมกันว่าแต่ละขั้นตอนในระบบ ขั้นตอนใดบ้างที่มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดหรือความล้มเหลวในระบบ จากนั้นจึงร่วมกันปรับปรุงพัฒนาระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาดเหล่านั้น โดยเฉพาะข้อผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดแล้วส่งผลกระทบอันตรายร้ายแรง (severe harm) ต่อผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์

การวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบนั้นจึงจำเป็นต้องมี ๔ องค์ประกอบ ต่อไปนี้

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

๒. การค้นหาความเสี่ยงแบบตั้งรับ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งของตนเองและผู้อื่น เช่น บันทึกประจำตัวรายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ รายงานผลการตรวจสอบจากหน่วยงาน เป็นต้น

การวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis : RCA) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงหรือสาเหตุรากเหง้าของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ เพื่อขจัดสาเหตุได้ตรงจุด โดยนำอุบัติการณ์มาทบทวนว่าเกิดอะไรขึ้น ทำไมจึงเกิดและต้องทำอะไรเพื่อมิให้เกิด เพื่อให้ทราบสาเหตุรากเหง้าของปัญหาและวางมาตรการป้องกันเชิงระบบต่อไป การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหานั้น ควรหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็นความผิดพลาดจากตัวบุคคล (Human Error) เพราะผิดพลาดจากตัวบุคคลเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ หากเรามองสาเหตุนี้เป็นหลัก จะทำให้ไม่เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบงาน แต่สิ่งสำคัญเราควรมองสาเหตุไปที่ตัวระบบงาน เช่น กระบวนการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การวางอัตรากำลัง เป็นต้น เมื่อใดจึงควรมีการทำ RCA

๑. ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง หรือ Sentinel Events มีความรุนแรงสูง ผลกระทบ สูงระดับ G-H-I(๔-๕)

๒. เหตุเกือบพลาด (Near miss) หรือมีแนวโน้มความรุนแรงสูงขึ้นหากเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

๓. เหตุการณ์ผิดปกติโดยทั่วไป

วิธีการทำ RCA มี ๔ วิธี ซึ่งอาจใช้แยกกันหรือใช้ร่วมกันหลายๆวิธี ดังต่อไปนี้

๑. Turning point การมองย้อนหลังที่จะเกิดเหตุการณ์ คือ การมองย้อนหลังของกระบวนการทำงาน ที่จะเกิดความเสียหาย หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะทำให้เห็นว่าจุดใดที่อาจเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย หากมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ให้บริการ การนำไปใช้ วิธีนี้ใช้ในสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อนและเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อน

๒. Cognitive Walkthrough การมองย้อนหลังเหตุการณ์โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ข้อมูลเป็นการย้อนรอยกระบวนการโดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น เพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้สิ่งที่ป็นข้อจำกัดของคนทำงานเพื่อนำมาสู่การพัฒนาหรือออกแบบกระบวนการทำงานให้ดียิ่งขึ้น ที่จะไม่ให้ข้อจำกัดนั้นมาเป็นอุปสรรคในการทำงาน การนำไปใช้ มีวัฒนธรรมคุณภาพเปิดใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงทำซ้ำในสถานการณ์จำลองให้คิดและพูดออกมาดังดั่งว่าคิดอะไรรู้สึกอะไร ตัดขาดอะไรได้รับข้อมูลและแปลความหมายข้อมูลว่าอย่างไร เชื่อมกับเทคนิค toning point คือการย้อนรอยอดีตตรงจุดหรือขั้นตอนที่

เห็นโอกาสปรับเปลี่ยน การตัดสินใจหรือการกระทำได้

๓. Conventional why (๕ why) เป็นการถามโดยใช้คำถามว่า “ทำไม” ต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยถามซ้ำกันหลาย ๆ ครั้ง จนเห็นคำตอบที่พอใจและนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนา การนำไปใช้เป็น การนำข้อมูลรายละเอียดจากการทำ Cognitive Walkthrough มาวิเคราะห์ต่อว่าทำไมจึงเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ การคิด การเข้าใจเช่นนั้น วิธีนี้อาจใช้ผังก้างปลาและแผนภูมิต้นไม้ช่วยในการวิเคราะห์

๔. Comprehensive Scan เป็นวิธีการที่ได้มีการกำหนดหัวข้ออย่างครอบคลุมอย่างกว้างขวางและนำมาตรวจสอบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นมาสัมพันธ์กับหัวข้อดังกล่าวหรือไม่เช่น ผู้ป่วย - ผู้ให้บริการ - กระบวนการ

แนวทางการทำ RCA

๑. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA

๒. เขียนเส้นทางโดยใช้คนหรือสิ่งของที่ได้รับ ความเสียหายเป็นตัวดำเนินเรื่องหรือเดินตาม กระบวนการทำงานหรือการดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐานหรือวิธีปฏิบัติงาน

๓. ตั้งใจทanyaเกิดอะไรขึ้นให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละโจทย์ว่ามาจากอะไรได้บ้างโดยใช้ สมมติฐานที่เป็นไปได้ ใช้คำถาม Why?

๔. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูล ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การทำงานในเรื่องนั้น ๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องหรือขอคู่มือกระบวนการทำงาน

๕. เขียนเส้นทางพร้อมความเชื่อมโยงจากจุดเกิดเหตุและไกลออกไปจากภายในองค์กรไป ภายนอกองค์กร (ถ้ามี)

๖. สรุปเกิดอะไรขึ้น สาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน

๗. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริง ของเหตุการณ์นี้

๘. สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุและสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งานตั้งนั้นปัจจัยแห่ง ความสำเร็จในการทำ RCA คือ (๑) การคิดเชิงระบบ เน้นปรับปรุงที่ตัวระบบงานมากกว่ากล่าวโทษตัวบุคคล ว่า เป็นต้นเหตุของปัญหา (๒) การทำงานเป็นทีม (๓) การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย

การออกแบบเพื่อความปลอดภัย (Safety Design Safety Design) เป็นกระบวนการที่นำมาใช้ ออกแบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ถูกขึ้นทะเบียนไว้ใน Risk register (Pro-active design in Risk Register) หรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและได้รับการวิเคราะห์หาสาเหตุรากที่แท้จริงของปัญหา (Re-active design in RCA) นอกจากนี้ยังสามารถใช้กลยุทธ์ความปลอดภัย เช่น Thailand Patient and personnel Safety Goals หรือ ๙ มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มาเป็นตัวกำหนดกระบวนการที่จะใช้ในการออกแบบเพื่อให้ เกิดความปลอดภัยในระบบได้เช่นกัน

การตั้งเป้าและบทบาทในการมีส่วนร่วมของทีมนำและทีมผู้ปฏิบัติในการออกแบบเพื่อให้เกิด ความปลอดภัย สามารถใช้ Enterprise Risk Exploration เป็นตัวกำหนดในการออกแบบได้ดังนี้ Risk Appetite คือ ความเสี่ยงที่ต้องการให้เหลือ Risk Tolerance คือ ความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ Risk Capacity / Threshold คือ จุดสูงสุดของความเสี่ยงที่สามารถยอมรับได้ ถ้ามากกว่านี้จะเกิดความเสียหาย

วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Cultur) คือ ค่านิยม ความเชื่อ ทศนคติ และปฏิบัติการที่ เหมือนกันในองค์กร เป็นความคิดร่วมกันของพนักงานและผู้บริหาร ซึ่งมีผลต่อวิธีการจัดการความปลอดภัย และความเสียหายในที่ทำงาน วัฒนธรรมความปลอดภัยที่แข็งแกร่ง จะเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ความปลอดภัย เป็นความสำคัญสูงสุด โดยทุกคนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการระบุตรวจสอบ (identifying) ,

การจัดการ (managing) และการบรรเทาความเสี่ยง (mitigating risks)

ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย

๑. Informed Culture ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบ มีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม

๒. Flexible Culture ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับขั้นบังคับบัญชา มาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

๓. Learning Culture การสรุปความรู้ จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่

๔. Just Culture มีบรรยากาศของความไวเนื้อเชื้อใจ ซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้

๕. Reporting Culture มีบรรยากาศที่ ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและ near misses. แนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (How to build Culture of Safety)

๑. ผู้นำ (Leadership) ผู้นำไม่จำเป็นต้องระบุเป็นลำดับขั้น ผู้นำต้องมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทีมงานมีความสามารถในด้าน

๑.๑ การทำงานเป็นทีม (teamwork) ผู้นำต้องสร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมและให้คำแนะนำหรือการฝึกอบรมให้กับทีมงาน

๑.๒ การปรับปรุง (improvement) ผู้นำต้องส่งเสริมให้ทีมงานมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำหรือการฝึกอบรมให้กับทีมงานเพื่อการพัฒนาการทำงานให้ดียิ่งขึ้น มีการวัดผลและมีการปรับปรุงตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ

๑.๓ การเคารพ (respect) มีการยอมรับและเคารพความแตกต่าง ความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้อื่น เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจกัน

๑.๔ ความปลอดภัยทางจิตใจ (psychological safety)

๒. ความปลอดภัยทางจิตใจ (Psychological Safety) การมีอยู่ของความปลอดภัยทางจิตใจเป็นตัวบ่งชี้ว่าทุกคนมีความกล้าที่จะคิดและแสดงออกอย่างไม่ต้องกังวลใด ๆ และความคิดทุกรูปแบบ จะได้รับการยอมรับจากกลุ่มด้วย คือ วิธีการระดมสมอง (Brainstorming) ซึ่งนั่น เป็นจุดเริ่มต้นของความคิดสร้างสรรค์ที่จะพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อคนในทีมไม่มีความกังวลหรือหวั่นวิตกใด ๆ และที่สำคัญรู้ว่าเมื่อแสดงความคิดเห็นออกมาแล้วคนในทีมก็จะช่วยกันตบความคิดให้เหมาะสมได้หรือหากมีการแย้งก็อยู่บนพื้นฐานที่มีเหตุผลรับรองไม่มีอคติหรือแสดงอารมณ์ใส่กันก็จะยิ่งส่งผลให้สามารถคิดไปไกล คิดนอกกรอบได้อย่างอิสระ ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์แปลก ๆ ใหม่ ๆ ได้เป็นอย่างดี ท้ายที่สุดแล้วจะได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพนั่นเอง

หัวใจสำคัญเพื่อใช้สร้างความปลอดภัยทางจิตใจ คือ บรรทัดฐาน (Norm) และความเชื่อ (Belief)

๓. ความกล้าที่จะรับผิดชอบ (Accountability) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ คือ ความกล้าที่จะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองทำ “Stop the line” หากมีคนในทีมพบสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยพวกเขาสามารถหยุดการทำงานในขั้นต่อไปได้จนกว่าข้อกังวลหรือความเสี่ยงที่มี ได้รับการแก้ไข ความเป็นตัวแทนของความรับผิดชอบส่งเสริมและเป็นต้นแบบให้กับพนักงานทุกระดับมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักการของการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบ ของผู้บริหาร

๔. การทำงานเป็นทีม (Teamwork and Communication Teamwork) คือ การร่วมกันทำงานของบุคคลหรือสมาชิกที่มีมากกว่าหนึ่งคน เป็นการสร้างความรู้สึกร่วมในการทำงานโดยทุกคนจะต้องมีเป้าหมายเดียวกันว่าจะทำอะไร รู้สิ่งที่จะต้องปฏิบัติงานไม่ต้องรอรับคำสั่งจากใครคนใดคนหนึ่ง มีการวางแผนการ

ทำงานที่ทุกคนช่วยกันแสดงความคิดเห็น จัดการกับความขัดแย้ง สรุปผลและยอมรับร่วมกันทำให้เกิดการทำงานไปในแนวทางเดียวกัน

๕. การต่อรอง (Negotiation and Conflict Management) ลักษณะของการต่อรองมีอยู่ ๕ ประเภท ดังนี้

๕.๑ การหลีกเลี่ยง (Avoidance) ฝ่ายหนึ่งจะเลี่ยงการปะทะ มักจะได้ข้อตกลงที่ไม่ชัดเจน เปิดโอกาสจะเกิดปัญหา และความขัดแย้งต่อไปได้

๕.๒ การปรับตัว (Accommodation) ฝ่ายหนึ่งยอมให้ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง

๕.๓ การแข่งขัน (Competition) แต่ละฝ่ายต้องการเป็นผู้ชนะ จะมีฝ่ายหนึ่งที่ได้

อีกฝ่ายเสีย

๕.๔ การประนีประนอม (Compromise) แต่ละฝ่ายยอมถอยคนละก้าวเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน

๕.๕ การทำงานร่วมกัน (Collaboration) ทั้งสองฝ่ายทำงานร่วมกันเพื่อหาทางออกที่น่าพอใจร่วมกันและเพื่อที่จะรักษาความสัมพันธ์ที่ดีไว้ องค์กรต้องหาแนวทางและเจรจาต่อรองเพื่อจัดการกับข้อขัดแย้งนั้น ๆ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันที่แท้จริง

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- เข้าใจเกี่ยวกับความหมายและแนวคิดสำคัญของมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยงฉบับที่ ๕ และนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินความเสี่ยงทางการพยาบาลและวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (Root Cause Analysis) สามารถนำมาปรับใช้ค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานและหาแนวทางป้องกันความเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย

- ทำให้มีทัศนคติที่ดีกับงานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

สามารถนำความรู้มาตรฐาน HA เกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานได้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลและถ่ายทอดให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน

๒.๓.๓ อื่น ๆ

ได้รับประสบการณ์ใหม่จากการร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้และลงมือปฏิบัติจากการจำลองสถานการณ์ นำความรู้ รูปแบบการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลอื่นมาปรับใช้และถ่ายทอดให้กับบุคคลผู้ร่วมงาน

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- การอบรมเป็นการอบรมระดับผู้บริหารโรงพยาบาลและเป็นการอบรมอย่างต่อเนื่องต้องผ่านการอบรม HA มาบ้าง ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมไม่สามารถรับความรู้ได้หมด

- เอกสารการอบรมและการบรรยายเป็นภาษาอังกฤษและเป็นศัพท์เฉพาะที่เข้าใจยาก

๓.๒ การพัฒนา

- จัดอบรมในภาพรวมของโรงพยาบาลเพื่อเป็นการปูพื้นฐานก่อนการอบรมภายนอก

- นำความรู้มาแลกเปลี่ยนและพัฒนา รูปแบบการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน

ส่วนที่ ๔...

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การอบรมเป็นรูปแบบของผู้บริหารหรือประธานคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่เคยผ่านการอบรมมาบ้างแล้ว จะได้เข้าใจการพัฒนาความเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันและสามารถนำมาถ่ายทอดให้กับคณะกรรมการความเสี่ยงได้อย่างสมบูรณ์

(ลงชื่อ)  (ผู้รายงาน)

(นางสาวพรปวีณ์ พูลสวัสดิ์)

(ลงชื่อ)  (ผู้รายงาน)

(พันจำเอกยุธนา บุญรอด)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เกี่ยวกับหลักการระบบบริหารความเสี่ยง เข้าใจมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ ระบบบริหารความเสี่ยงและนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ



(นายพรเทพ ชัยเฮ็ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

หลักสูตร HA 601

ระบบบริหารความเสี่ยง ในโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยง

RISK MANAGEMENT

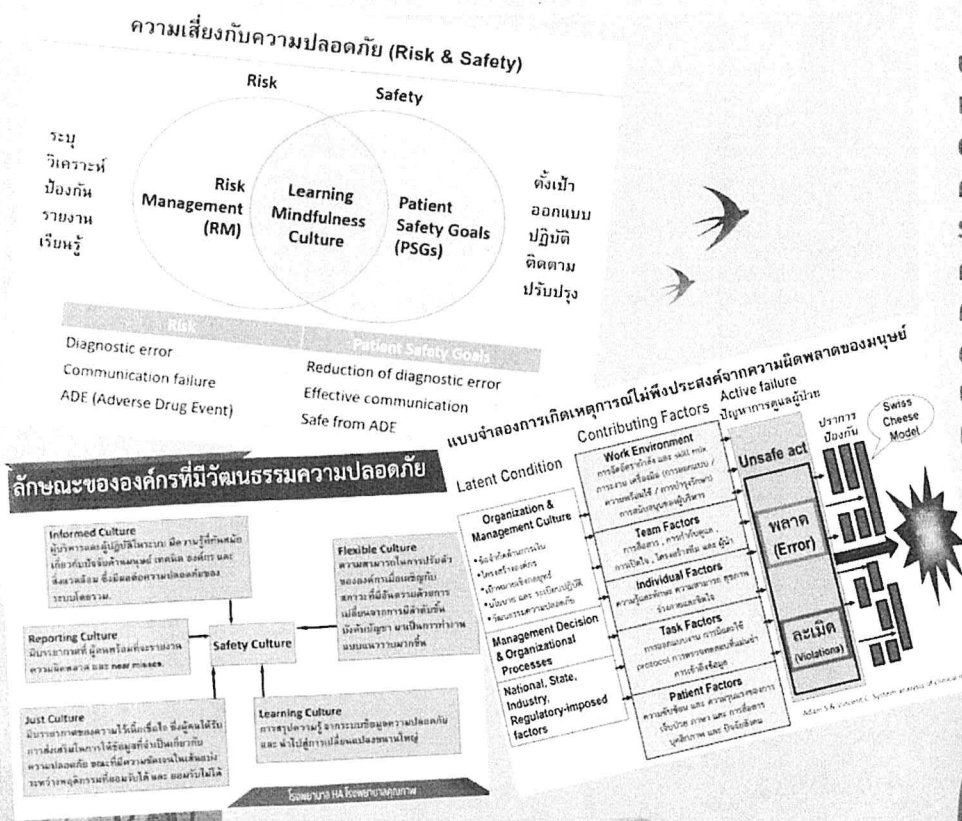
การจัดการเพื่อควบคุมโอกาสเกิด และหรือผลกระทบของอุบัติการณ์ incident หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ safety culture วัฒนธรรมความปลอดภัย ค่านิยม ความเชื่อ ทักษะ และปฏิบัติการที่เหมือนกันในองค์กร เน้นสร้างสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัยเป็นความสำคัญสูงสุด human factor ส่วนการออกแบบระบบต้องทำให้ได้ระบบที่ดี มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุด ด้วยการใช้ safety design

การนำไปใช้

- การนำเครื่องมือ safety design มาใช้ในระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรม

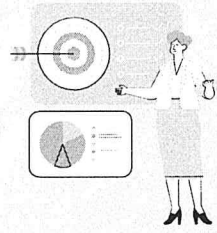
ความสำคัญ และหลักการระบบบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล เชื่อมโยงโปรแกรมความเสี่ยงต่างๆ และทราบบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ทราบระดับความรุนแรง และการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง ดูคุณค่าการประเมิน และการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย safety culture



Safety Culture

(วัฒนธรรมความปลอดภัย)

หลักสูตร HA 601 ระบบบริหารความเสี่ยงใน สว.



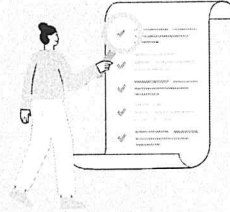
Safety Culture

(วัฒนธรรมความปลอดภัย)

คือ ค่านิยม ความเชื่อ ทศมคติและปฏิบัติการที่เหมือนกันในองค์กรเป็นความคิดร่วมกันของพนักงานและผู้บริหารซึ่งมีผลต่อวิธีการจัดการความปลอดภัย และ ความเสี่ยง ในที่ทำงาน

ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย

1. Informed Culture ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระบบ มีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านมนุษย์ เทคนิค วงศ์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม
2. Flexible Culture ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสภาวะที่ฉับพลันด้วยการเปลี่ยนจากกรณีลำดับขั้นบังคับบัญชา มาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น
3. Learning Culture การสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและ ฝ่าไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่
4. Just Culture มีบรรยากาศของความโปร่งใส เชื่อใจ ซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่เป็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความยืดหยุ่นในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้ และ ยอมรับไม่ได้
5. Reporting Culture มีบรรยากาศที่ ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาด และ near misses.



How to build Culture of Safety

1. Leadership
 - ผู้นำ ต้องมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทีมงานมีความสามารถในด้าน
 - การทำงานเป็นทีม (teamwork) ผู้นำต้องสร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม และ ให้คำแนะนำหรือการฝึกสอนให้กับทีมงาน
 - การปรับปรุง (improvement) ผู้นำต้องส่งเสริมให้ทีมงานมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำหรือการฝึกสอนให้กับทีมงาน เพื่อการพัฒนาการทำงานให้ดียิ่งขึ้น มีการวัดผล และมีการปรับปรุงตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ
 - การเคารพ (respect) มีการยอมรับ และ เคารพความแตกต่าง ความคิดเห็น และ ความรู้สึกของผู้รับ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และ ความไว้วางใจกัน
 - ความปลอดภัยทางจิตใจ (psychological safety)
2. Psychological Safety
 - การมีอยู่ของ Psychological Safety เป็นตัวบ่งชี้ว่า ทุกคนมีความกล้าที่จะคิด และ แสดงออก อย่างปลอดภัย (โดยไม่กลัว) และ ความกดดันรูปแบบ จ.ได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานคือ วิธีการระดมสมอง (Brainstorming) หัวใจสำคัญเพื่อใช้สร้าง psychological safety คือ บรรทัดฐาน (Norm) และ ความเชื่อ (Belief)

How to build Culture of Safety

3. Accountability สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ คือ ความกล้าที่จะรับผิดชอบต่องานที่ตนเองทำ "Stop the line" หากมีคนในทีม พบสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยง ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยพวกเขาสามารถ หยุด การทำงานในขั้นต่อไปได้จนกว่า ข้อกังวล หรือ ความเสี่ยงที่ ได้รับทราบแก้ไขความรับผิดชอบของความปลอดภัยของระบบ และเป็นต้นแบบให้กับพนักงานทุกระดับเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักการของการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักที่ ความรับผิดชอบ ของผู้บริหาร
4. Teamwork and Communication Teamwork (การทำงานเป็นทีม) ก็คือ การร่วมกันทำงานของบุคคล หรือ สมาชิกที่มีมากกว่าหนึ่งคน เป็นการสร้างความรู้สึกร่วมใน การทำงานโดยทุกคนจะต้องมีเป้าหมายเดียวกันว่าจะทำอะไร สิ่งที่ต้องปฏิบัติตาม ไม่ต้องรอรับคำสั่งจากใครคนใดคนหนึ่ง มีการวางแผนการทำงาน ที่ทุกคนช่วยกันแสดงความคิดเห็น
5. Negotiation and Conflict Management
 - ลักษณะของการต่อรอง มีอยู่ 5 ประเภท :
 - Avoidance (การหลีกเลี่ยง) ฝ่ายหนึ่งจะเลี่ยงการปะทะ มักจะได้อะไรบางอย่างที่ไม่ชัดเจน เปิดโอกาสจะเกิดปัญหา และความขัดแย้งต่อไปได้
 - Accommodation (การปรองดอง) ฝ่ายหนึ่งยอมให้ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง
 - Competition (การแข่งขัน) แต่ละฝ่ายต้องการเป็นผู้ชนะ จะมีฝ่ายหนึ่ง ที่ได้ชัยชนะฝ่ายเดียว
 - Compromise (การประนีประนอม) แต่ละฝ่ายยอมถอยคนละก้าว เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน



ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรม

1. มีความรู้และสามารถถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติงานระดับเดียวกันและระดับรองลงมา
2. นำความรู้มาพัฒนาหน่วยงาน ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเพื่อความพร้อมในการตรวจรับของ สว.

การนำไปใช้

นำแนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยมาใช้ในหน่วยงานโดยเริ่มจาก การเป็นผู้นำให้กับผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ระดับรองลงมาและ เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน

