

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาว ยีนบุญ  
อายุ ๔๘ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การบริหารการพยาบาล  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านวิชาการ
- ๑.๒ ชื่อ - นามสกุล นางสาวบุญจิรา เจริญสุข  
อายุ ๔๗ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) หัวหน้าหอผู้ป่วยหญิง
- ๑.๓ ชื่อ - นามสกุล นางสาวอนิศา ทุมสุด  
อายุ ๓๐ ปี การศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม  
ตำแหน่ง นักวิชาการสุขาภิบาลปฏิบัติการ  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย  
ชื่อเรื่อง/หลักสูตร HA ๖๐๑ ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๔  
สาขา -  
เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว  ไม่มีค่าใช้จ่าย  
จำนวนเงิน ๑๓,๕๐๐.- บาท  
ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบการอบรมออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom  
คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

- ๒.๑.๑ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจความหมายและคำนิยามของความเสี่ยง
- ๒.๑.๒ เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับกลับมาพัฒนาระบบงานและวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญได้
- ๒.๑.๓ เพื่อให้สามารถค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญได้

๒.๑.๔ ใช้เครื่องมือวิเคราะห์ที่จำเป็น เช่น Roof cause Analysis, Failure Modes & Effects Analysis เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและลดความเสี่ยง

๒.๑.๕ พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลได้อย่างเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพ

๒.๑.๖ วิเคราะห์ระบบต่างๆ ภายในโรงพยาบาลเพื่อสื่อสารข้อมูลและกระตุ้นให้หน่วยงาน และทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

## ๒.๒ เนื้อหา

### ๒.๒.๑ Risk management and ๒P safety

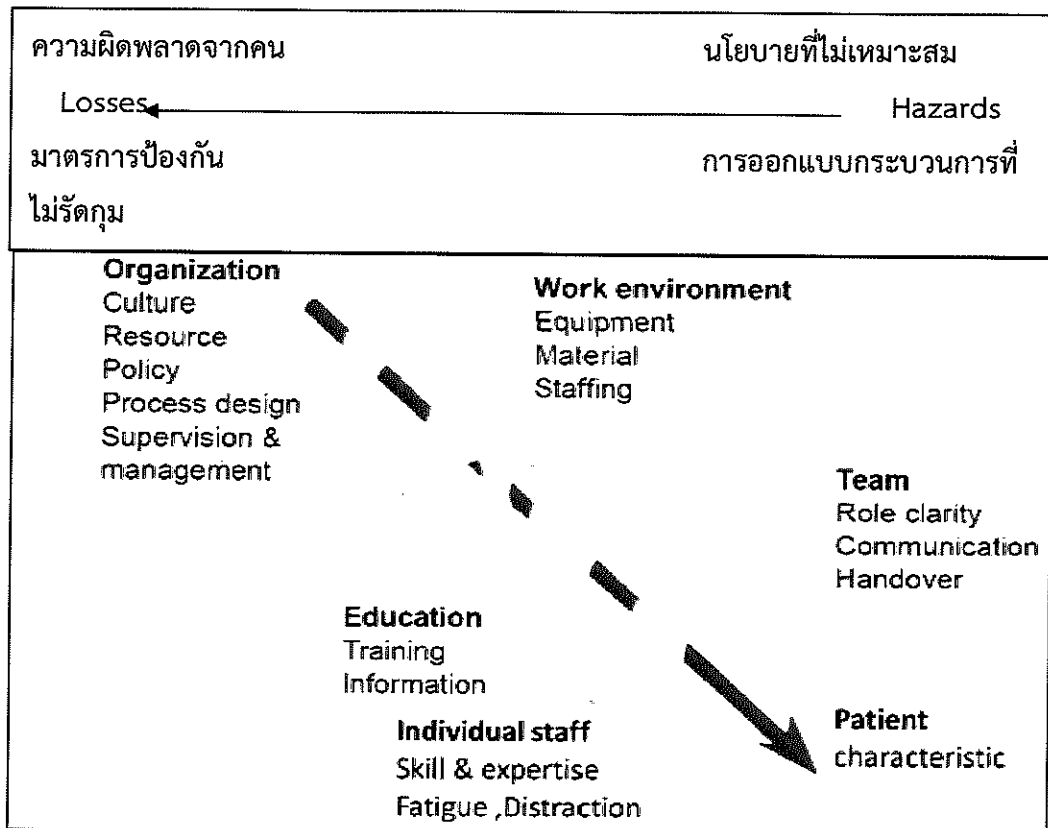
การจัดการความเสี่ยง คือ การบริหารปัจจัยและการควบคุมกระบวนการ เพื่อลดผลกระทบเชิงลบอาจเกิดกับองค์กร

**ปัญหา** คือ สิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว หรือเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน ทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ หรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ✓

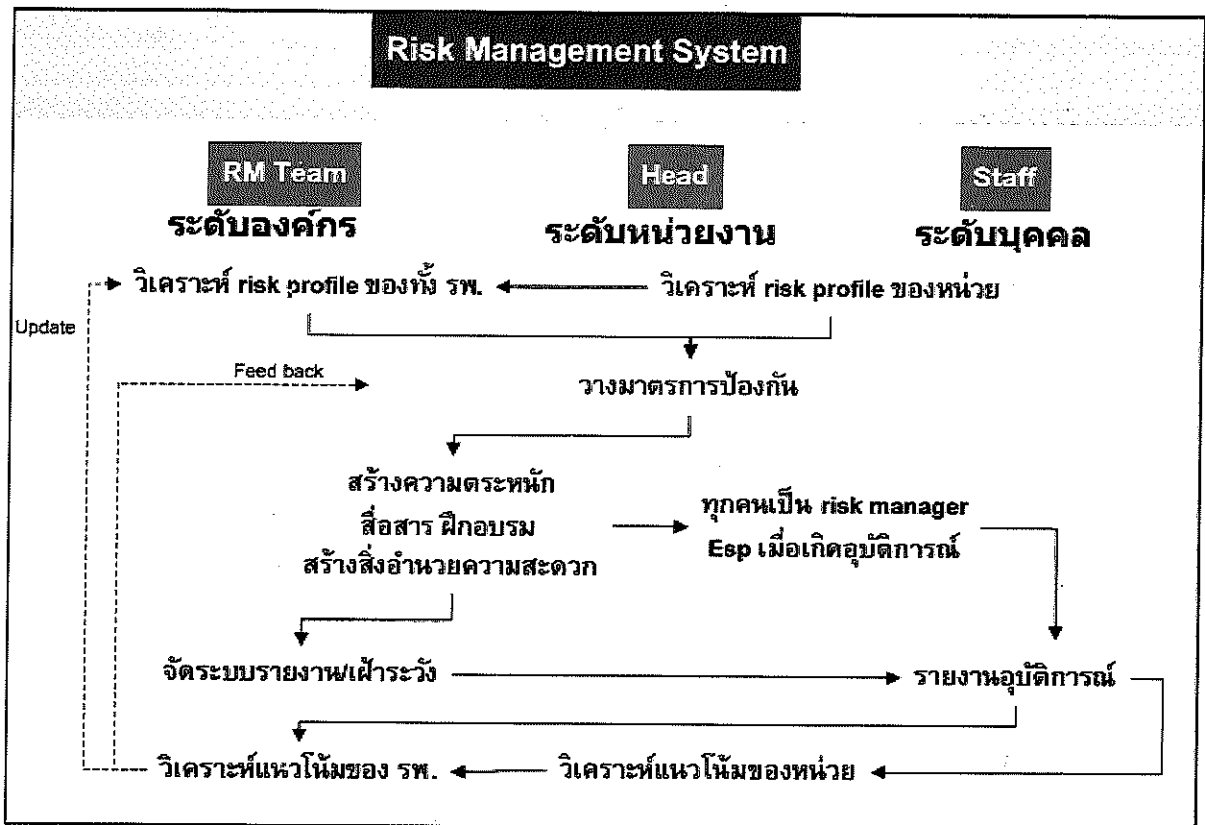
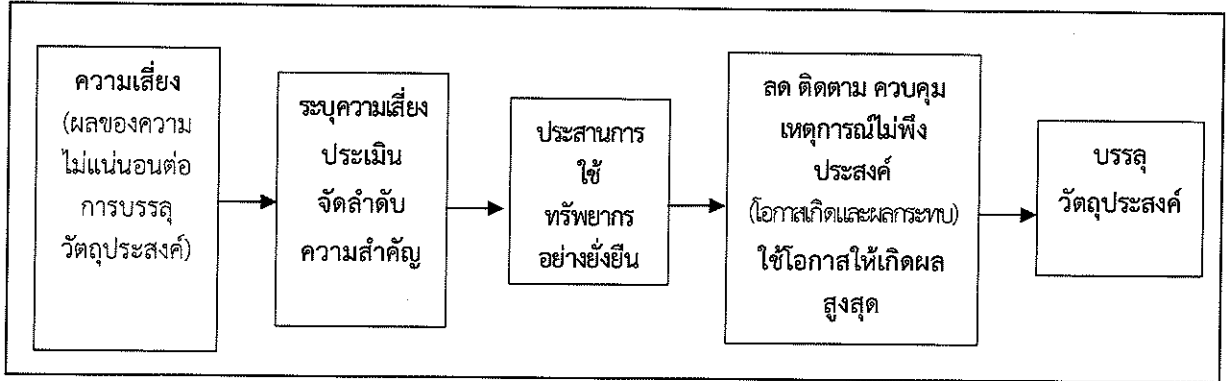
**ความเสี่ยง** คือ เหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ซึ่งหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบในเชิงลบต่อเป้าหมายองค์กรซึ่งคือโอกาสเกิดอุบัติเหตุในอนาคตแต่อุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจะยังคงเป็นความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นอีกถ้าไม่มีการปรับปรุง

#### Swiss Cheese Model

เปรียบถึงความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์เป็นรูของก้อนชีส ซึ่งถ้ารูทะลุต่อกัน อุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ก็จะเกิดขึ้นได้สำเร็จ ฉะนั้นจึงต้องมีระบบหรือมาตรการป้องกันที่จะไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นๆ



ส่วน ๒P Safety ได้แก่ Thailand Patient Safety Goals และ Personnel Safety Goals & Solutions ดังนั้น การบริหารความเสี่ยงหรือการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) คือการระบุประเมิน และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง ตามด้วยการประสานการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดเพื่อลด ติดตาม และควบคุมโอกาสเกิดหรือผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือใช้โอกาสให้เกิดผลสูงสุดซึ่งมีขั้นตอน



หลักปรัชญาของการบริหารความเสี่ยง (Risk Management principles) ได้แก่

๑. Value: สร้างและปกป้องคุณค่า
๒. Integration: บูรณาการในทุกกิจกรรม
๓. Structured & comprehensive: ใช้แนวทางที่เป็นขั้นตอนชัดเจน เป็นองค์รวม
๔. Customized/Org. objective: เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ขององค์กร
๕. Inclusive: เชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำงานแบบสหสาขา
๖. Dynamic: มีการหมุนซ้ำ ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม
๗. Informed decision: ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ดีที่สุด ณ ขณะนั้น

- ๘. Human & cultural factors: พิจารณาปัจจัยมนุษย์และวัฒนธรรม
- ๙. Address & manage uncertainty: พิจารณาและจัดการกับความไม่แน่นอน
- ๑๐. Continual improvement: ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

### **๒.๒.๒ Risk Based Thinking, Pitfall in Risk management, Safety Approach Proactive risk management**

Risk register > Risk identification > Risk analysis > Risk treatment > Risk monitor & Review ทะเบียนความเสี่ยงได้จากข้อมูลในอดีต

- วิเคราะห์เชิงทฤษฎี
- ความเห็นของ stakeholder
- คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ความเสี่ยงกับอุบัติการณ์สัมพันธ์กันอย่างไร ความเสี่ยงคือ สิ่งที่ยังไม่เกิดซึ่งถ้าจัดการกับความ  
เสี่ยงได้จะเปลี่ยนอุบัติการณ์ ถ้าพบอุบัติการณ์ก่อนก็สามารถย้อนกลับไปหาความเสี่ยงนั้นๆ เพื่อป้องกัน

**๒.๒.๓ Safety culture** เป็นชุดของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ ความคิด สมรรถนะ และแบบ  
แผนพฤติกรรมที่บุคคลในองค์กรส่วนใหญ่มีเหมือนกันในการจัดการความเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ  
ทำงานในองค์กรทำให้เกิดความปลอดภัยตลอดเวลาที่ทำงาน สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นโดยการ  
เปลี่ยนจาก awareness คือ ความตระหนักที่มีการกระตุ้นจากภายนอก > Recognition รู้เองว่าเรื่องนี้  
จำเป็นต้องทำ > Top management support > Accountability ความรับผิดชอบที่ไม่ต้องให้ใครบอก >  
Culture โดยที่ Components of culture ประกอบด้วย learning system และ culture ดังนี้

๑) Learning system ประกอบด้วย leadership, Transparency, Reliability, Improvement  
& Measurement, Continuous learning

๒) Culture ประกอบด้วย Psychological safety, Accountability, Teamwork & Communication,  
Negotiation

หน้าที่หลักของผู้นำ คือ การผลักดันให้เกิดพฤติกรรม กระบวนการ และเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ  
การทำงานดีขึ้นอย่างชัดเจน ส่วน Culture คือการที่ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยไม่ถูกลงโทษหรือ  
ทักหน้า มีการสื่อสารกัน และหารือร่วมกัน ผู้ฟังหรือผู้อยู่ในเหตุการณ์เลือกที่จะเชื่อและไว้วางใจกัน

Accountability มี ๓ แบบ ได้แก่

- ๑) Human error (การกระทำโดยไม่ได้ตั้งใจ)
- ๒) At-risk behavior (ไม่เลือกทางเลือกที่เสี่ยงน้อยกว่าเพราะไม่เห็นความเสี่ยง)
- ๓) Reckless Behavior (ไม่คำนึงถึงความเสี่ยง ที่รู้อยู่อย่างไม่สมเหตุผล)

**๒.๒.๔ Human factors** กับความปลอดภัยในโรงพยาบาลความผิดพลาดเป็นธรรมชาติของ  
มนุษย์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อน หรือระบบที่ทำให้คนทำงานผิดพลาด  
หลักคิดที่สำคัญ

- ๑) Human error เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้
- ๒) วิธีการที่มนุษย์รับรู้ เรียนรู้และการกระทำเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด error
- ๓) เป้าหมายของ human factors engineering อยู่ที่การหากลยุทธ์ที่เอื้อต่อปฏิสัมพันธ์ของ  
บุคคลและระบบที่ป้องกัน error แทนที่จะมุ่งทำให้แต่ละคนมีความสมบูรณ์

๔) การปรับปรุงกระบวนการ ควรเริ่มต้นจากความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งกับความต้องการ  
และแรงจูงใจของผู้คน โดยการพัฒนาต่อยอดความคิดที่หลากหลาย

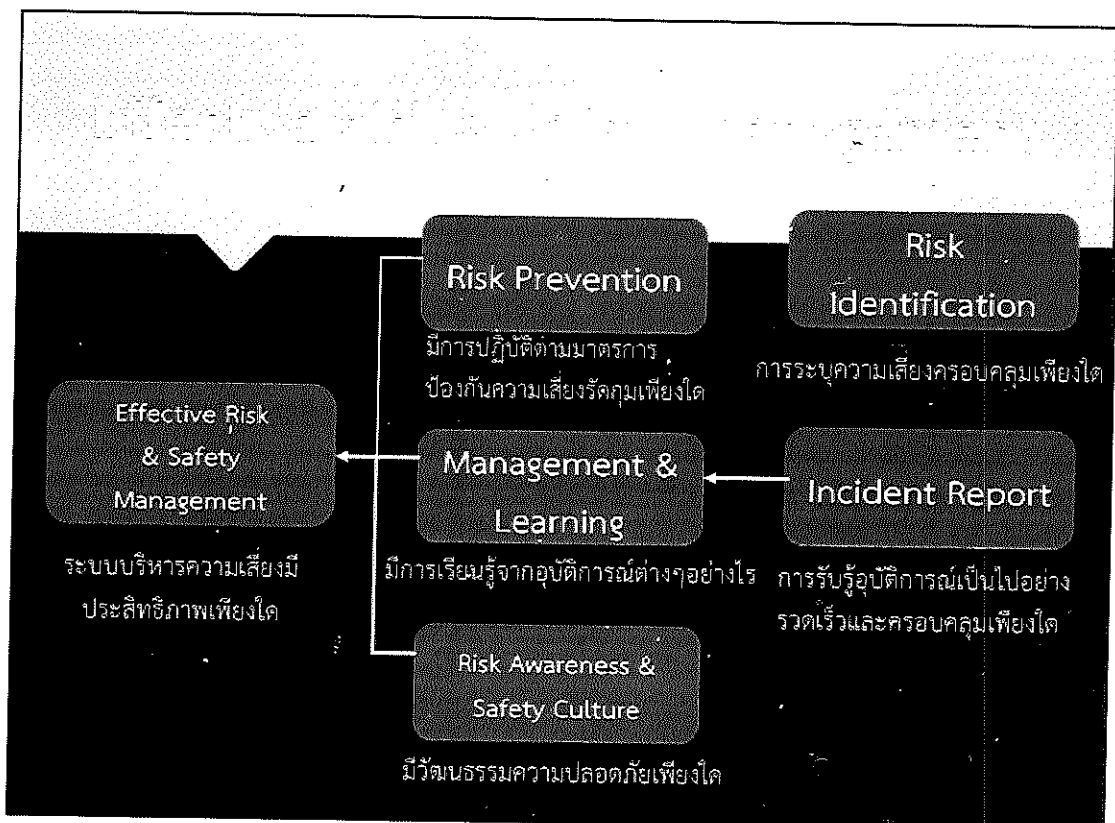
### ๒.๒.๕ Risk severity & Risk rating Matrix

แบ่งออกเป็นเหตุการณ์ที่ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนจากเราเอง (self-report) ความผิดพลาดจากเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานอื่น

ความเสี่ยงแบ่งเป็น clinic, non- clinic และอาชีวอนามัย ความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น common clinic risk ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไปและ specific clinical risk คือความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค ที่ต้องอาศัยความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญ

๑) Taxonomy of medication errors แบ่งเป็น category A ถึงระดับ E ขึ้นไป, sentinel event, potential adverse event, event ไม่รุนแรงแต่ต้องการให้ผู้บริหารรับทราบให้ทำ RCA

๒) Risk rating matrix หลักการ คือให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมาก และมีโอกาสเกิดบ่อยและจัดระดับลดหลั่นลงมา



๒.๒.๖ RCA and FMEA: คือการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การรู้ RCA ทำเพื่อควบคุมความเสียหาย เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และใช้เพื่อพัฒนาเชิงรุก (FMEA)

FMEA คือ วิธีการที่เป็นระบบในการค้นหาและป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น มุ่งทำให้ระบบเกิดความผิดพลาดน้อยลง โดยขั้นตอนการทำ FMEA ดังนี้

๑. Review process
๒. Brainstorm potential failure modes
๓. List potential effects of failure
๔. Assign Severity Rankings
๕. Assign Occurrence Rankings
๖. Assign Detection Rankings
๗. Calculate RPNs

- ๘. Develop the action plan
- ๙. Take action
- ๑๐. Calculate the resulting RPNs

เปรียบเทียบ RCA กับ FMEA

Root Cause Analysis	Failure Modes & Effects Analysis
วิเคราะห์โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลสถิติ	
เป้าหมายคือการลดความเสี่ยงหรือความเสียหายแก่ผู้ป่วย	
มีการค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย	
เป็นกิจกรรมซึ่งทำงานร่วมกันเป็นทีม	
เชิงรับ	เชิงรุก
มุ่งเน้นที่เหตุการณ์	มุ่งเน้นที่กระบวนการทั้งหมด
มีอคติซ่อนอยู่	ไม่มีอคติ
มีความหวาดกลัว การต่อต้าน	มีความเปิดเผย
ถาม “ทำไม”	ถาม “จะเป็นอย่างไรถ้า”

ควรพิจารณาทำ FMEA เมื่อ

- ๑. ไม่ยอมรับให้เกิดข้อผิดพลาดเลย เพราะผลกระทบสูงเป็นโศกนาฏกรรม (เหตุการณ์ที่ set zero defect หรือ ultra-safe)
- ๒. มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานแทบจะทั้งระบบ เปลี่ยนวิธีการทำงานของคนและไม่คุ้นชิน
- ๓. มีการพัฒนาระบบงานหรือบริการใหม่ๆ หรือเพิ่มผลิตภัณฑ์ใหม่
- ๔. เป็นระบบที่ยากหรือซับซ้อน

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

- ๒.๓.๑  ต่อตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพมากขึ้นมีทักษะในการบริหารความเสี่ยง การตามรอย และสามารถนำไปใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นได้
- ๒.๓.๒  ต่อหน่วยงาน การนำความรู้ที่ได้รับกลับมาพัฒนาระบบความเสี่ยงระดับหน่วยงานและโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ให้มีการจัดการความเสี่ยงโดยองค์รวม มีสหสาขาประเมินและแก้ไขความเสี่ยงร่วมกันลดอัตราการเกิดความเสี่ยงในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- ๒.๓.๓  อื่น ๆ (ระบุ) สามารถนำความรู้ไปช่วยขับเคลื่อนในโรงพยาบาล สามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงระบบงานคุณภาพของหน่วยงานเพื่อเตรียม reaccreditation ส่งเสริมการนำระบบงานคุณภาพไปสู่การปฏิบัติและกระตุ้นการเรียนรู้การพัฒนาทั้งสมาชิกในหน่วยงาน ส่งเสริมให้หน่วยงานมีระบบคุณภาพที่เข้มแข็งขึ้น

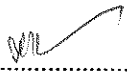
ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

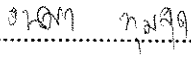
๓.๑  การปรับปรุง เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในการศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ซึ่งในบางครั้งยังลงไม่ถึงผู้ปฏิบัติงาน

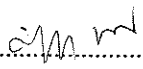
๓.๒  การพัฒนา ส่งเสริมให้บุคลากรของโรงพยาบาลได้เข้ารับการอบรมตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานตรงตามแนวคิดหลักการของการพัฒนาคุณภาพอย่างถูกต้องและมีการฝึกทักษะควบคู่กับการใช้มาตรฐานของแต่ละงานคุณภาพ เพื่อให้มีทักษะมากขึ้น


ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ


นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปปรับใช้ในหน่วยงานโดยนำไปปรับปรุงประเมินความเสี่ยงการทำ RCA ในหน่วยงาน และนำเทคนิคการตามรอย และให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานคุณภาพของโรงพยาบาล ได้มีโอกาสเข้าร่วมอบรมระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพจำนวนมากขึ้น เนื่องจากมีการจัดอบรมหัวขื่อน่าสนใจหลายหัวข้อ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคนในองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน  
(นางสหัสพร ยืนบุญ)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

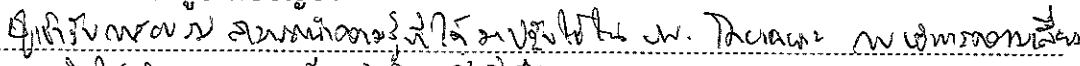
ลงชื่อ..........ผู้รายงาน  
(นางสาวอนิศา ทุมสุด)  
นักวิชาการสุขาภิบาลปฏิบัติการ


ลงชื่อ..........ผู้รายงาน  
(นางสาวบุญจิรา เจริญสุข)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..........หัวหน้ากลุ่มงาน  
(นางสาววิลาสินี พุกนัด)  
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ  
อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

ลงชื่อ..........หัวหน้าฝ่าย  
(นางสาววิไล เจียรบรรพต)  
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ..........หัวหน้าส่วนราชการ  
(นายอดิศร วิตตางกูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ

รายงานผลการการอบรมหลักสูตร HA ๒๐๑: ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ รุ่นที่ ๔ ของข้าราชการ

- |                           |                                      |
|---------------------------|--------------------------------------|
| ๑. นางสาวศรียืนบุญ        | ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ         |
| ๒. นางสาวบุญจิรา เจริญสุข | ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ         |
| ๓. นางสาวอนิศา ทุ่มสุด    | ตำแหน่งนักวิชาการสุขาภิบาลปฏิบัติการ |

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนครินทร์ ชุติราษฎร์ อุตสาหกรรม



<https://shorturl.asia/CaFG1>