

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท.๐๖๐๒/๕๘๘๑.....ลงวันที่.....๑ มิถุนายน ๒๕๖๕.....

ซึ่งข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) นางสาวรพี.....นามสกุล หาญพล.....

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....สังกัด ฝ่าย/กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ.....

กอง.....-.....สำนัก/สำนักงานเขต การแพทย์.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) นางสาวเมธินี.....นามสกุล ไชยสุข.....

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....สังกัด ฝ่าย/กลุ่มงาน ทันตกรรม.....

กอง.....-.....สำนัก/สำนักงานเขต การแพทย์.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) นางวนิดา.....นามสกุล พรรณติลก.....

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....สังกัด ฝ่าย/กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ.....

กอง.....-.....สำนัก/สำนักงานเขต การแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ

หลักสูตร HA๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕
จัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ณ ห้องประชุม Topaz ชั้น ๒ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์
จังหวัดนนทบุรี เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว

เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวรพี หาญพล)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวเมธินี ไชยสุข)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางวนิดา พรรณติลก)

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวรพี หาญพล
อายุ.....๔๒....ปี การศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เวชกรรม สาขาโสต คอ นาสิกวิทยา
- ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ดูแลรับผิดชอบในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสิรินธร
- ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน.....๕,๐๐๐.....บาท
ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ จัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน) ณ ห้องประชุม Topaz ชั้น ๒ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -
- ๑.๒ ชื่อ - นามสกุล นางสาวเมธินี ไชยสุข
อายุ.....๔๓....ปี การศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทันตกรรม
- ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ดูแลรักษางานด้านทันตกรรม
- ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน.....๕,๐๐๐.....บาท
ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ จัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน) ณ ห้องประชุม Topaz ชั้น ๒ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -
- ๑.๓ ชื่อ - นามสกุล นางวนิดา พรรณดิลก
อายุ ๕๖ ปี การศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -
- ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่รับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติงานต้องศึกษาหลักการ และแนวคิดเกี่ยวกับการใช้มาตรฐานวิชาชีพ เชื่อมโยงกับมาตรฐาน HA ฉบับใหม่ (ฉบับที่ ๕) การใช้เครื่องมือคุณภาพ (Quality tools) เช่น ๑๒ กิจกรรมทบทวน , ๓ P, ๓ C PDCA การตามรอย เพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (root cause analysis) เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาออกแบบระบบบริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ การวิเคราะห์ Service Profile และ Hospital Profile เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการตามรอย และการโค้ช ทีมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ

- ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA๖๐๑ : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
- เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
- งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
- ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๕,๐๐๐.....บาท

ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ จัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ณ ห้องประชุม Topaz ชั้น ๒ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

.....
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อเข้าใจหลักการและแนวคิดสำคัญของการใช้มาตรฐาน HA เครื่องมือคุณภาพ (Quality tools) เช่น ๓P, ๓C DALI การรายงานอุบัติการณ์ การตามรอยเพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก การประเมินความเสี่ยง การวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ วิเคราะห์ในตาราง Matrix นำผลมาวางแผน การปรับปรุงบริการ เพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ และป้องกัน การฟ้องร้อง ร้องเรียน

๒.๒ เนื้อหา

ความเสี่ยง คืออะไร (What is Risk ?) อย่างไร..จึงเรียกว่า ความเสี่ยง เพราะความเสี่ยงมีอยู่รอบตัวคุณ

มุมมองเดิม (Traditional View)	ความเสี่ยงคือ ความเป็นไปได้ ที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือขององค์กร
มุมมองใหม่ (New perspective)	ผลกระทบของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงาน หรือขององค์กร ทั้งเชิงบวกซึ่งจะเป็นโอกาสที่ดี หรือเชิงลบที่ผิดไป จากความคาดหวัง

หลักปรัชญาของการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Principle)

๑. Value : RM สร้างและปกป้องคุณค่า
๒. Integration : บูรณาการ RM ในทุกกิจกรรม
๓. Structured & comprehensive : ใช้แนวทางที่เป็นขั้นตอนชัดเจน เป็นองค์รวม
๔. Customized/ Org. objective : เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ขององค์กร
๕. Inclusive : เชื้อเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำงานแบบสหสาขา

๖. Dynamic...

๖. Dynamic : มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม
๗. Informed decision : ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น
๘. Human & cultural factors : พิจารณาปัจจัยมนุษย์และวัฒนธรรม
๙. Address & manage uncertainty พิจารณาและจัดการกับความไม่แน่นอน
๑๐. Continual improvement : ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

Risk Management การจัดการความเสี่ยงก่อนเกิด Incident

ประยุกต์ใช้ Swiss Cheese Model กับกระบวนการบริหารความเสี่ยง

- A System Model of accident causation

Some holes due to active failures. Other holes due to latent conditions

- Successive layers of defences, barriers & Safeguards

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดบาดเจ็บ หรือสูญเสีย

- Identify ค้นหา ต้องระบุให้ได้ว่ามีความเสี่ยงอะไร
- Reduction ลดโอกาสเกิด โดยกำหนดแนวทางป้องกัน (design to prevent errors), maintenance, procedures, competence เพื่อป้องกันการเกิด Major Accident
- Detect : make errors visible when they occur
- Immediate Damage Control หากพบว่าเกิดความผิดพลาด บาดเจ็บ หรือสูญเสีย ต้องควบคุมมิให้ลุกลามทันที
- Mitigate : Reduce the harm when errors or adverse events are not prevented or detected
- Emergency response : escape, evacuation

Risk Management Framework

New Standard Risk Management update

มาตรฐาน II-๑.๒ ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management system) องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน

ก.ข้อกำหนดทั่วไป

(๑) กรอบงานการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย ขอบเขต วัตถุประสงค์ เกณฑ์ หน้าที่และความรับผิดชอบ รายการความเสี่ยงขององค์กร การรายงาน แผนความเสี่ยง การสื่อสาร การเรียนรู้และการพัฒนา

กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process) ประกอบด้วย การกำหนดบริบท การสื่อสารและปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การติดตามและทบทวนความเสี่ยงตามประยุกต์นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแนวปฏิบัติที่ผู้บริหารกำหนด

(๒) ดำเนินการ RMS ประกอบด้วย

๑. นโยบายบริหารความเสี่ยง (Risk Management Policy) เป็นข้อความที่ระบุความมุ่งมั่นและทิศทางขององค์กรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

๒. แผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management Plan)

- แผนระบอบองค์ประกอบของการบริหาร แนวทาง และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง

- องค์ประกอบของการบริหารระเบียบปฏิบัติ การปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ กิจกรรม (รวมทั้งลำดับขั้นและเวลา)

- แผนบริหารความเสี่ยงอาจจัดทำเฉพาะสำหรับบริการ กระบวนการ โครงการ สำหรับทั้งองค์กร หรือบางส่วนขององค์กร

๓. กระบวนการจัดการความเสี่ยง

๔. ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk Register or Risk Log) เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การตอบสนอง ไปจนถึงการติดตาม และทบทวน ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต และทำให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

สรุป ๑. ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยง และแสดงทิศทางในการดำเนินงาน

๒. ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง

- คู่มือบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ

- แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงกิจกรรมและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยงในรอบปี

๓. ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวน

๔. องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อสนับสนุนกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยใช้ต่อยอดจาก risk profile ซึ่งเป็นที่คุ้นเคย

๕. ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล

๖. ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา

มาตรฐาน HA และ ๒P Safety Goals

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔
S : การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-๔.๓ การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (๔)
I : การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	มาตรฐาน II-๔.๒ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (๑)
I : บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน Personnel Safety	มาตรฐาน II-๔.๒ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (๓)
M : การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-๖.๑ การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อม สนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (๓)
M : การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-๗.๔ ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

มาตรฐานจำเป็น...

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔
P : การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-๑ การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (๘)
P : ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-๒ การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (๔)
L : การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-๗.๒ บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/ พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (๓) II-๗.๓ พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-๗.๕ บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ
E : การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-๑ การเข้าถึงบริการ (๓)

ประกาศของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ระบุว่าสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

(๑) มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด **Prevention & Control**

(๒) แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ **Monitor**

(๓) กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา **RCA**

(๔) จัดทำแผนควบคุม ป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ **Collective Action & Control**

ประกาศนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

มาตรฐานสำคัญจำเป็น	รายละเอียดการดำเนินงาน
๑. การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	สถานพยาบาลต้องดำเนินการดังต่อไปนี้
๒. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	๑. สถานพยาบาลต้องมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในประเด็นที่กำหนด
๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	๒. สถานพยาบาลแสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปีในประเด็นที่กำหนด
๔. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event	๓. กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุราก
๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงและมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ
๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	
๗. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	
๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	
๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	

๓ Approaches to Safety

๑. Ultra-Adaptive : Embracing Risk

Context : ความเสี่ยงเป็นเรื่องจำเป็นของวิชาชีพ เช่น การตกปลาในทะเลลึก กองทัพในยามศึก อุตสาหกรรมขุดเจาะน้ำมัน มะเร็งที่ไม่พบบ่อย การรักษาผู้ป่วย trauma สภาพการทำงานที่ไม่เสถียร (unstable) และบางครั้งคาดการณ์ไม่ได้ (unforeseeable) มีวัฒนธรรมของ champions & heroes

Safety model :

(๑) ให้อำนาจแก่ผู้เชี่ยวชาญ อาศัยความยืดหยุ่น การปรับตัว ความเชี่ยวชาญของผู้คน และเทคโนโลยี เพื่อความอยู่รอดและรุ่งเรืองในสถานการณ์ที่เสี่ยงอันตราย

(๒) การวิเคราะห์ความสำเร็จมีความสำคัญกว่าการวิเคราะห์อุบัติเหตุ

(๓) การฝึกอบรม ผ่าน peer-to-peer learning เรียนรู้ผ่านการเป็นเงา (shadowing) การฝึกปรี้อประสบการณ์วิชาชีพ การรับรู้ข้อจำกัดของตนเอง

๒. High Reliability : Managing Risk

Context : ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่อยู่ในวิชาชีพเป็นปกติ ไม่ได้พยายามที่จะหลีกเลี่ยง เช่น การเดินเรือ อุตสาหกรรมน้ำมัน การดับเพลิง การผ่าตัด elective.

Safety model :

(๑) ให้อำนาจกลุ่มที่จะจัดการตัวเอง

(๒) อาศัย group intelligence & adaptation

(๓) มีการป้องกันร่วมกัน (mutual prevention)

(๔) การฝึกอบรมให้แก่ทีมมุ่งการเตรียมตัวและฝึกซ้อมให้ทีมมีความยืดหยุ่นและปรับตัว ในการปฏิบัติ การเพื่อจัดการกับอันตราย

(๕) ใช้แนวปฏิบัติ ปรับใช้ ทำให้ make sense ในสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่

๓. Ultra-Safe : Avoiding Risk

Context : พยายามอยู่ให้ไกลจากความเสี่ยงที่สุด เช่น กิจการบินพลเรือน นิวเคลียร์ ขนส่งมวลชน อุตสาหกรรมอาหาร ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การให้เลือด

Safety model :

(๑) มีการจัดทำแนวปฏิบัติและระบบ supervisor

(๒) ให้ความสำคัญกับการป้องกัน

(๓) มีการควบคุมอย่างเข้มข้น ให้อำนาจผู้ควบคุมและผู้กำกับดูแลระบบเพื่อหลีกเลี่ยงที่จะให้ front-line actor ต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่ไม่จำเป็น

(๔) ฝึกอบรมให้กับทีมเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทั้งในกรณีปกติและในกรณีฉุกเฉินให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด และการจัดการกับปริมาณงาน

Safety Culture (วัฒนธรรมความปลอดภัย) เป็นชุดของ ค่านิยม เจตคติ การรับรู้ ความคิด สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรม (ความคิดและการกระทำ) ที่บุคลากรส่วนใหญ่ในองค์กร มีเหมือนกัน ในการจัดการความเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานในองค์กร ทำให้เกิดความปลอดภัย ตลอดเวลาที่ทำงาน

ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย

๑. Informed Culture ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบ มีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านมนุษย์ เทคนิคองค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม

๒. Flexible...

๒. Flexible Culture ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้นบังคับบัญชา มาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

๓. Just Culture มีบรรยากาศของความไวเมื่อเชื่อใจ ซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย ขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้ และยอมรับไม่ได้

๔. Learning Culture การสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัย และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ขนานใหญ่

๕. Reporting Culture มีบรรยากาศที่ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและnear misses

การสร้าง culture ต้องอาศัยตัวกระตุ้น : ในสถานการณ์ Covid เรามี Covid เป็นตัวกระตุ้น ภายนอกให้เราสร้าง New normal Culture แต่ถ้าไม่มีตัวกระตุ้นภายนอก Top Management ต้องเป็นผู้ดำเนินการในการสร้าง Safety Culture

The Components of Culture

แต่ละองค์ประกอบจะเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกัน ความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งจะบอกกล่าว ความสำเร็จในพื้นที่อื่น

๑. Leadership ผู้นำไม่จำเป็นต้องระบุเป็นลำดับชั้น หน้าที่หลักของผู้นำ คือการผลักดันให้ "ผู้ใต้บังคับบัญชา" พัฒนาพฤติกรรม กระบวนการและเทคโนโลยี ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น อย่างชัดเจน

Leaders have four main responsibilities

- Guarding the learning system : (คุ้มครองระบบการเรียนรู้) เป็นผู้นำในการสร้างความโปร่งใส ของระบบงาน สร้างความเข้าใจ และนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือมาพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การเรียนรู้จากความผิดพลาด) และสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานทั่วทั้งองค์กร พบว่า Extrinsic motivators เช่นการให้โบนัส รางวัล จะลดความสุขในการทำงาน จะเป็นการกระตุ้น ได้ระยะหนึ่งแต่ในระยะยาวจะทำให้ความสนใจของเจ้าหน้าที่เปลี่ยนเป็นสนใจสิ่งที่จะได้มากกว่า ลดความสามารถในการร่วมมือกันทำงาน โดยคนจะหันไปสนใจกับการ ให้รางวัล ไม่ใช่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นเนื้อแท้ของงาน การเน้น Intrinsic motivators เช่น ผลลัพธ์ของผู้ป่วย ที่ดีขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น การลดการตายเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อง

- Ensuring value alignment : นำค่านิยมองค์กรมาใช้ในทุกการตัดสินใจในเรื่องความปลอดภัย ในการบริการ ความทันเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรือการมีส่วนได้ส่วนเสีย การให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัย

๑. ผู้ปฏิบัติงานต้องรู้ว่าองค์กรมีจุดเน้นเรื่องใด งานหรือปัญหาส่วนใดที่เจ้าหน้าที่ ในส่วนนั้นมีโอกาสต้องเกี่ยวข้อง

๒. เมื่อองค์กรมีการมุ่งเน้น การทบทวน ทำการวิจัย เพื่อการพัฒนาจะเป็นโอกาสที่จะ ปรับวัฒนธรรม

๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมและมีการเปลี่ยนวิธีการทำงานของบุคลากร จะทำให้ ผลลัพธ์ที่ได้ดีขึ้น

๔. การเล่าเรื่อง (storytelling) การปรับปรุงตัวของพนักงาน เป็นอีกทางที่ทำให้เกิด การพัฒนาบุคลากรขึ้นได้

- Fostering trust : (การสร้างความไว้วางใจ) สร้างบรรยากาศ การไม่แก้ตัว ไม่มองโลกในแง่ร้าย เพื่อให้มั่นใจว่าทุก ๆ ความคิดเห็นมีคุณค่า

- Creating psychological safety : สร้างความมั่นใจว่า ทุกคนในองค์กร รวมถึงผู้ป่วย และครอบครัวสามารถพูดเรื่องที่กังวล ข้อเสนอแนะ และแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกใจ

๒. Psychological Safety เป็นสภาพแวดล้อมที่ทุกคนในองค์กร รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว สามารถพูดเรื่องที่กังวล ข้อเสนอแนะและแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกใจ โดยจะไม่ถูกลงโทษ หรือหักหน้าจากการพูดถึงความคิด คำถาม ข้อกังวล หรือความผิดพลาดนั้น ไม่ถูกมองว่าไม่มีความสามารถ ถูกมองว่าเป็นคนไม่ดีและถูกมองว่าเป็นคนที่รบกวนการทำงานของผู้อื่น ขณะเดียวกันผู้ฟังและผู้อยู่ในเหตุการณ์เองก็ควรเลือกที่จะเชื่อและวางใจไปก่อนว่าผู้นั้นมีความตั้งใจที่ดี (ยกเว้นจะพิสูจน์ได้ภายหลังว่าเกิดจากการไม่ประสงค์)

ผลของ Psychological Safety ทำให้มีความมั่นใจที่จะมีการแสดงออกต่าง ๆ เช่น การถามคำถาม การแบ่งปันข้อมูล การขอความช่วยเหลือ การทดลองในสิ่งใหม่ ๆ การพูดถึงความผิดพลาดและการขอผลป้อนกลับ (feedback) ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ต่อไปได้

องค์ประกอบเฉพาะของ psychological safety :

- ทุกคนสามารถถามคำถามได้ โดยไม่ถูกมองว่าเป็นคำถามไร้สาระ
- ทุกคนสามารถถามความคิดเห็นได้ โดยไม่ถูกมองว่าไร้ความสามารถ
- ทุกคนสามารถได้รับการนับถือ โดยไม่มีอคติ
- ทุกคนสามารถเสนอแนวความคิดใหม่ๆ ได้ โดยไม่ถูกมองว่าเป็นเรื่องยุ่ง วนวาย

สิ่งจำเป็นเพื่อใช้สร้าง psychological safe

พื้นฐานสำคัญของหลักการนี้ คือการไว้วางใจกันและกันของคนในทีมที่ต้องมาจากการที่คนในทีมมีความสามารถเพียงพอ มีความรับผิดชอบ และความปรารถนาดีต่อกัน การไม่มีความปรารถนาดีต่อกัน อาจเป็นตัวทำลายความไว้วางใจได้ ไม่ว่าจะมีความสามารถหรือความรับผิดชอบที่ดีเพียงใด

บทบาทของผู้บริหาร : จะต้องเป็นแบบอย่างในการนำความรู้ที่เหมาะสมและการตัดสินใจอย่างรอบคอบมาใช้กับความล้มเหลวและความผิดพลาดของตัวเอง สนับสนุนให้พนักงานได้เรียนรู้ ให้การส่งเสริม กระตุ้นและผลักดัน ให้พนักงานได้เรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตัวเองและสามารถที่จะรู้ได้ด้วยตนเอง

สร้างความเข้มแข็งจากภายใน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและอยากทำ มิใช่สั่งให้ทำ คนไม่เข้าใจ จะไม่ทำ ต้องแยกให้ออกระหว่างคุณค่ากับมูลค่า ว่ามีเหตุผลอย่างไรจึงควรทำ (จากหลัก ๒๓ ข้อ ในการทรงงานของในหลวง)

การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะที่ได้รับ เป็นกุญแจที่สำคัญในการบรรลุ psychological safety พนักงานต้องรู้สึกได้ว่า ผู้นำของเขารับผิดชอบต่อความกังวลและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่ได้รับและได้ดำเนินการจัดการเรื่องต่าง ๆ เหล่านั้น

การนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงระบบงาน

- การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นช่วยให้ผลลัพธ์ที่ได้ออกมาจะประสบความสำเร็จ จากมุมมองของผู้ป่วย

- ช่วยสร้างชื่อเสียงให้กับองค์กร ให้เป็นที่พูดถึงอย่างกว้างขวางในชุมชน

๓. Accountability

สำหรับพนักงาน คือ ความกล้าที่จะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองทำ “Stop the line” หากมีคนในทีมพบสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พวกเขาสามารถหยุดการทำงานในขั้นต่อไปได้จนกว่าข้อกังวลหรือความเสี่ยงที่มีได้รับการแก้ไข

สำหรับองค์กร คือ ความรับผิดชอบในการปฏิบัติต่อพนักงานอย่างเป็นธรรมและยุติธรรม “เมื่อเกิดความผิดพลาด” ดังนั้น นโยบายและขั้นตอนในการปฏิบัติ เมื่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) เกิดขึ้นจะต้องมีการแจ้งให้รับทราบกันทั้งองค์กร

Accountability for our Behaviors

กรณีที่เกิดจากความผิดพลาดพลัง (Human Factor Error) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือให้กำลังใจ ทบทวนหาสาเหตุและมุ่งไปสู่การจัดการกับระบบเพื่อป้องกัน เช่น ออกแบบกระบวนการใหม่ จัดสภาพแวดล้อม ฝึกอบรม

กรณีที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง (at-risk behavior) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือการโค้ช เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดสิ่งจูงใจ ที่จะกระทำความเสี่ยงออก สร้างพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดความปลอดภัย ในการปฏิบัติงาน เพิ่มความตระหนัก (Situation Awareness) ในงานที่ทำ

กรณีที่เกิดจากความสะเพร่า ประมาท เลินเล่อ โดยระบบหรือกระบวนการที่มีอยู่ ได้รับการทบทวนแล้วว่าไม่มีข้อผิดพลาด (Reckless behavior) สิ่งที่ผู้บริหารควรทำคือการดำเนินการทางวินัย

Just Culture เป็นการตอบสนองของผู้บริหารที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคล เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น โดยไม่ขึ้นกับความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้น

Fair and Just Culture ทำให้สมาชิกในทีม ยอมรับที่จะมีความรับผิดชอบต่อการกระทำ ของตัวเองและมั่นใจว่าองค์กรเองก็จะปฏิบัติกับเขาอย่างเป็นธรรมและไม่กล่าวโทษ สำหรับความผิดพลาด ที่เกิดจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ผู้บริหารจัดการกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาได้ อย่างเหมาะสม เป็นธรรม เกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ

๔. Teamwork and Communication

Teamwork (การทำงานเป็นทีม) ก็คือการทำงานร่วมกันของคุณ个人或สมาชิกที่มีมากกว่าหนึ่งคน เป็นการสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมในการทำงาน โดยทุกคนจะต้องมีเป้าหมายเดียวกันว่าจะทำอะไร รู้สิ่งที่ต้องปฏิบัติงาน ไม่ต้องรอรับคำสั่งจากใครคนใดคนหนึ่ง มีการวางแผนการทำงานที่ทุกคนช่วยกันแสดงความคิดเห็น จัดการกับความขัดแย้ง สรุปผลและยอมรับร่วมกัน ทำให้เกิดการดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกัน

ลักษณะสำคัญของ strong team include :

Plan forward : ใช้เวลา - ช่วงเวลาสั้น ๆ สรุปขั้นตอนต่าง ๆ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการจัดการความเสี่ยงที่ดีที่สุด ความปลอดภัยและประสิทธิภาพ เช่น การทำ safety briefing or a surgical timeout

Reflect back : สรุปประเด็นในทีม เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลสิ่งที่ดี และสิ่งที่เป็นอุปสรรค เพื่อที่จะหาโอกาสพัฒนา

Communicate clearly : การใช้ structured communication ทำให้ข้อมูลสำคัญที่ส่งต่อ ระหว่างทีมมีความถูกต้อง รัดกุมและครบถ้วน เช่น

- SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ทำให้การสื่อสารข้อมูลกระชับ ได้ข้อมูลสำคัญและครอบคลุมสิ่งที่ต้องดูแลผู้ป่วยขณะนั้น ทำให้การตัดสินใจทำได้อย่างรวดเร็ว

- Read back / Call back เป็น structured communication tool อีกแบบหนึ่งโดยผู้ที่ได้รับข้อมูลมีการทวนกลับสิ่งที่ได้ยิน เพื่อป้องกันการสื่อสารที่ผิดพลาด

Manage risk : ในสถานการณ์คับขัน อย่างเช่น งานไม่ได้เป็นไปตามแผนตกลงกัน หรือสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ควรเป็น สมาชิกในทีมไม่เข้าใจว่าจะต้องทำงานตามแผนงานอย่างไรบ้าง สมาชิกในทีมรู้สึกว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น อาจมีการใช้คำที่บ่งชี้ว่าเป็นสถานการณ์เสี่ยง เพื่อให้ทีมหยุดสิ่งที่กำลังทำอยู่และทบทวนแผนงานใหม่ เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น เช่น ในการผ่าตัดที่ยาก ทำอยู่นาน หรือเห็นได้ชัดว่ามีปัญหา พยาบาลที่มีประสบการณ์หรือวิสัญญีแพทย์อาจจะออกความเห็นที่อาจเป็นประโยชน์อย่างเช่นการเปลี่ยนวิธีผ่าตัดใหม่ หากคนมาช่วย หรือระวังตรงนี้เป็นต้น

๕. Negotiation and Conflict Management สำหรับเรื่องที่มีความสำคัญและมีความเห็นต่างของคนทำงาน องค์กรต้องหาแนวทางและเจรจาต่อรอง เพื่อจัดการกับข้อขัดแย้งนั้น ๆ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันที่แท้จริง

ลักษณะของการต่อรอง มีอยู่ ๕ ประเภท :

๑. Avoidance (การหลีกเลี่ยง) ฝ่ายหนึ่งจะเลี่ยงการปะทะ มักจะได้ข้อตกลงที่ไม่ชัดเจน เปิดโอกาสจะเกิดปัญหาและความขัดแย้งต่อไปได้

๒. Accommodation (การปรับตัว) ฝ่ายหนึ่งยอมให้ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง

๓. Competition (การแข่งขัน) แต่ละฝ่ายต้องการเป็นผู้ชนะ จะมีฝ่ายหนึ่ง ที่ได้ อีกฝ่ายเสีย

๔. Compromise (การประนีประนอม) แต่ละฝ่ายยอมถอยคนละก้าว เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน

๕. Collaboration (การทำงานร่วมกัน) ทั้งสองฝ่ายทำงานร่วมกัน เพื่อหาทางออกที่น่าพอใจร่วมกันและเพื่อที่จะรักษาความสัมพันธ์ที่ดีไว้

Using collaborative negotiation whenever possible เป็นวิธีการต่อรองที่มีความยืดหยุ่น ได้ผลประโยชน์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย และรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานได้ดี

Designing Reliable Systems ระบบที่เชื่อถือได้ จะต้องมีการสร้างขึ้นก่อน ที่จะคาดหวังให้มีการบริการที่ปลอดภัย ถ้าระบบและบริการสนับสนุนที่ออกแบบมาไม่ดีถึงจะมีการฝึกอบรมจำนวนมาก การเฝ้าระวังความผิดพลาด การทำงานหนักหรือมีคนเก่ง ก็ไม่สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นได้ การที่องค์กรจะปรับปรุงระบบได้ ความคิดที่ดีที่สุด ส่วนใหญ่มักจะได้อาจมาจากผู้ที่ทำงานนั้นจริง ๆ เราชอบพูดว่าระบบที่ไม่ดีทำให้เกิดความผิดพลาด **ไม่ควรมีการกล่าวโทษเมื่อมีการทำงานผิดพลาด** แต่สิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องทำ คือ **การออกแบบระบบที่ง่าย มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้โดยไม่ผิดพลาดทุกครั้ง** ทั้งนี้ ระบบที่ออกแบบต้องให้ผู้ปฏิบัติรู้ข้อผิดพลาดของตัวเอง และรับผิดชอบสิ่งที่ตัวเองทำด้วย พนักงานจะต้องได้รับการอบรมให้รู้ เข้าใจในงานและวิธีปฏิบัติอย่างละเอียด แต่ประสิทธิภาพของการทำงานที่ได้จากการฝึกอบรม ผ่านการบรรยายเพียงอย่างเดียว มีผลไม่มากนัก ต้องมีการทบทวนความรู้ ขั้นตอนการปฏิบัติ และการประเมินความชำนาญของเจ้าหน้าที่ (competence verified) บ่อย ๆ จะทำให้เจ้าหน้าที่คุ้นชินในการปฏิบัติจนกลายเป็นนิสัย (habit)

การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรม (Culture change) เป็นการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติและค่านิยมของกลุ่ม มักจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในวิธีการคิด ที่ทำให้เกิดบรรทัดฐานของพฤติกรรมแบบใหม่ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพที่ดีขึ้น ต้องมีการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (Culture change) ร่วมกับการออกแบบระบบที่น่าเชื่อถือ (Designing Reliable Systems)

คำถามที่ควรถาม เพื่อให้ทราบความรู้สึกที่ดีของวัฒนธรรมขององค์กร

๑. ผู้นำได้สร้างสภาพแวดล้อม ที่ทำให้คุณรู้สึกปลอดภัยที่จะพูดเรื่องต่าง ๆ หรือไม่
๒. เมื่อบางคนบอกเรื่องที่กังวล คนในองค์กรได้หยุด ฟัง และตรวจสอบข้อมูลเหล่านั้นหรือไม่
๓. เมื่อมีเจ้าหน้าที่แสดงความกังวลด้านความปลอดภัย ผู้นำระดับสูงมีการดำเนินการอย่างรวดเร็ว เพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้นหรือไม่
๔. ผู้ปฏิบัติ รู้ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยและระบบที่ไม่ปลอดภัย หรือไม่
๕. ผู้ปฏิบัติ มีการนำความผิดพลาดที่มี มาพูดคุยเป็นบทเรียนหรือไม่

เราจะรู้ได้อย่างไร ว่าเรามีวัฒนธรรมความปลอดภัย

๑. มีการกำหนดให้ความปลอดภัย (safety) เป็นค่านิยมหลักผู้บริหารระดับสูงจนถึงเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ตระหนักว่าในการทำงานต้องยึดหลักความปลอดภัย
๒. ผู้นำในทุกกระดับ สนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการแสดงออกอย่างชัดเจนที่จะทำให้เกิดการดูแลความปลอดภัยและมีการพูดเตือนเมื่อมีคนทำพฤติกรรมในลักษณะที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
๓. มีการเสริมพลังให้เจ้าหน้าที่ ที่จะต้องรับผิดชอบให้ผู้ป่วยปลอดภัย
๔. มีการศึกษาที่แสดงว่าองค์กรที่ประสบความสำเร็จในด้านความปลอดภัย ก็มักประสบความสำเร็จในผลการดำเนินงานด้วย

การทำ Culture surveys ให้คุณค่าในการให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความเป็นผู้นำและการรับรู้ของพนักงาน (leadership and the perceptions of staff)

Culture surveys Plan to Action

๑. ทำแบบสอบถาม - รวบรวมข้อมูล
๒. หาข้อมูลจาก Safety Culture Survey
 - ข้อที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์มาพิจารณา
 - สรุป สิ่งที่ควรปรับปรุง จากข้อมูลที่ได้รับ
 - Action Plan

Risk Sharing... a vision of the most significant risks

- การจัดการกับความเสี่ยง ต้องกำหนดเป้าหมายในการจัดการโดยเรียงลำดับตามความรุนแรงของความเสี่ยง
- การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงสำคัญขององค์กรและการทำให้เกิดความปลอดภัยในความเสี่ยงนั้นๆ เป็นเรื่องจำเป็น
- บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงใด ต้องเข้าใจในการจัดการความเสี่ยงนั้นด้วย (inform)
- การตระหนักรู้ (awareness) ร่วมกันของคนในองค์กรเกี่ยวกับความเสี่ยงสำคัญขององค์กรคือ รากฐานที่สำคัญของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

ระดับผู้ปฏิบัติงานทั่วไป

- ในการปฏิบัติงาน ต้องรู้ว่าในงานที่ทำ กระบวนการใดมีความสำคัญต่อความปลอดภัย
- ไม่ยอมข้ามขั้นตอนการทำงาน
- รายงานปัญหาที่เกิดจากการทำงานโดยไม่คิดว่าธุระไม่ใช่
- รับผิดชอบต่อผลของการปฏิบัติ ถ้าไม่เข้าใจหรือทำไม่ได้ต้องเรียนรู้เพิ่มเติม

- ใช้กระบวนการ...

- ใช้กระบวนการสื่อสารที่ดี เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติ
- มีการทบทวนผลการทำงาน ทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติงานเสมอ

ผู้บริหารระดับกลาง

- นำค่านิยมขององค์กรไปใช้ โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นวาระแห่งชาติในการนำมาแก้ปัญหาและพัฒนา
- สร้าง psychological safety ให้เกิดกับผู้ปฏิบัติงาน
- กำหนดนโยบาย ระเบียบ เอกสารและทบทวนกระบวนการทำงาน มีระบบการอบรมและประเมินผลเป็นระยะ ๆ
- กำหนดกระบวนการที่ไม่ยอมให้ผิดพลาด กำหนดกระบวนการสำคัญของงานที่ผิดพลาดแล้วต้องรายงานและไม่ยอมให้มีการลัดขั้นตอน
- กระบวนการที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ต้องนำมาเล่า และ ปรับใช้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

ผู้บริหารระดับสูง - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- มีการกำหนดให้ความปลอดภัย (safety) เป็นค่านิยมหลัก
- กำหนดนโยบายในการจัดการความเสี่ยงที่พบและการวิธิดำเนินการกับผู้ปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความเสี่ยงอย่างชัดเจน
- นำ Just Culture มาใช้เป็นหลักในการตัดสินความผิดพลาดของเจ้าหน้าที่
- มีการแสดงออกอย่างชัดเจนที่จะทำให้เกิดการดูแลความปลอดภัยและมีมาตรการดำเนินการเมื่อมีคนทำพฤติกรรมในลักษณะที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- สร้างช่องทางและระบบการรายงาน แจ้งปัญหาได้โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ที่แจ้งปัญหา
- กำหนดทีมเฉพาะด้าน ในการจัดการกับปัญหาที่สำคัญ เช่น ทีม CPR ทีมจัดการความเสี่ยง ทีมใกล้เคียงปัญหา
- ทบทวนกระบวนการสำคัญ กระบวนการวัดและตัวชี้วัดสำคัญของโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ
- กำหนดการดำเนินงานเพื่อนำญาติผู้ป่วยและชุมชนรอบข้างให้มีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

การสร้างวัฒนธรรม

- การสร้างวัฒนธรรมต้องใช้เวลา ต้องบ่มเพาะ ต้องสะสม
- วัฒนธรรมเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันในคุณค่าของสิ่งที่กระทำลงไป
- ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีคิดของแต่ละคน แล้วค่อย ๆ เกิดเป็นความเห็นพ้องภายในองค์กร
- จะพบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัย เราจะต้องเห็นว่า วัฒนธรรมนั้น เกิดกระจายทั่วทั้งองค์กร
- องค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยจะมีการสร้างความเปิดเผย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งชุมชน และองค์กรอื่น ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ มีการสื่อสาร การแสดงความรับผิดชอบพร้อมกับการตรวจสอบ
- มีกระบวนการในการติดตามและประเมินผลที่ได้รับการยอมรับว่าเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ สามารถตรวจสอบความผิดพลาดได้ทุกเรื่องและทุกกระบวนการเพื่อการเรียนรู้ความผิดพลาดและการพัฒนาหนึ่งในความท้าทายคือเราต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมขึ้นในองค์กรของเรา

วิวัฒนาการความปลอดภัย (Evolution of Safety Thinking)

Safety I Incident Free is safe

สามารถระบุ คาดการณ์ ควบคุมสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้ ความปลอดภัยเป็นปรากฏการณ์เชิงเส้นตรงที่ static เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดให้ผู้ปฏิบัติงานคิดถึงทุกครั้งที่ทำงาน หลีกเลี่ยงพึ่งความจำ ทำให้มองเห็น ทำให้เรียบง่าย ทำให้คงเส้นคงวา ใช้ checklist และอย่าให้คนอื่นมาระวังแทน

Safety = จำนวนอุบัติการณ์ที่ลดลง, Focus สิ่งที่เป็นความผิดพลาด ประเด็นที่เราต้องตอบได้ การป้องกันที่วางไว้ทันสมัยและได้ผลที่สุดแล้วหรือยัง คนในองค์กรพร้อมใช้แล้วหรือยัง

ผลลัพธ์ของการใช้แนวคิด Safety-I คือเรารู้อะไร wrong แต่ไม่รู้เรื่องเกี่ยวกับ what goes right ในการจัดการให้เกิดความปลอดภัย เราต้องเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นเมื่อ “nothing” happen

safety-II : Good Prevention is safe เน้นความสำเร็จในทุกสถานการณ์ เรียนรู้เพื่อสร้างความปลอดภัยจากงานปกติประจำวันที่ไม่เกิดปัญหา อุบัติการณ์หรือความเสียหายต้องมีการดูแลสภาพแบบพร้อมรับทุกสถานการณ์ ความปลอดภัยเป็นสถานะที่จำนวน successful outcome ในการทำงานปกติประจำมีค่าสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้เป็นความสามารถในการทำงานให้สำเร็จภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ การบรรลุ Safety-II เกิดจากความพยายามทำให้ things go right มากกว่าป้องกัน things go wrong ประเด็นที่ต้องตอบได้ การป้องกันที่มีสมารถทำได้ในทุกสถานการณ์อย่างทันกาล มีการตัดสินใจที่เหมาะสมได้ในทุกสถานะหรือไม่

	Safety I	Safety II
แนวคิดความปลอดภัย	ควบคุมสิ่งแวดล้อมได้เป็นปรากฏการณ์เชิงเส้นตรง	คนทำงานร่วม ต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมซึ่งซับซ้อน ไม่เป็นเส้นตรง คาดการณ์ไม่ได้
นิยามความปลอดภัย	มีอุบัติการณ์น้อยที่สุด	ทุกอย่างเป็นไปได้ด้วยดีมากที่สุด ทำงานสำเร็จภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย
จุดเน้น	สิ่งที่เป็นความผิดพลาด	สิ่งที่ดำเนินการไปอย่างถูกต้อง ไม่เกิดปัญหา และประสบความสำเร็จ
หลักการจัดการความเสี่ยง	ตั้งรับ ตอบสนองต่อเมื่อเกิดเหตุหรือมีความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้	เชิงรุก ติดตามรับรู้พัฒนาการและเหตุการณ์ต่างๆ
มุมมองเรื่องคน	เป็นภาระหรือสาเหตุของปัญหา	เป็นทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับความยืดหยุ่นและฟื้นตัวได้ของระบบ
การสอบสวนอุบัติเหตุ	ค้นหาสาเหตุของความผิดพลาด	ทำความเข้าใจว่าสิ่งต่างๆ ดำเนินการไปอย่างไรจึงไม่เกิดปัญหา เพื่ออธิบายว่าบางครั้งเกิดปัญหาได้อย่างไร

สร้าง Standard Work ด้วยการปรับจูน Work -as -Done & Work -as -Imagine ความหลากหลายของการปฏิบัติเกิดจาก

- การรบกวน ชัดจังหวะ แรงกดดัน
- การแปลความหมายข้อมูลที่ไม่ตรงกัน
- การหาทางลัดเพื่อให้ง่ายในการปฏิบัติ
- การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

ควรหาโอกาสปรับปรุง ให้ทำอย่างที่เขาเขียน และเขียนอย่างที่เขา
แบบแผนพฤติกรรมที่ทำให้เพิ่มความหลากหลายในวิธีการปฏิบัติงาน

๑ พฤติกรรมของบุคลากรในหน้าที่ต้นหน้าที่ส่งผลให้เกิดการรบกวนหรือขัดจังหวะ เบียดบังเวลา
ที่จะใช้ในการทำงานให้เหลือน้อยลง

๒ บุคลากรนำวิธีการทำงานเฉพาะตัวซึ่งไม่ได้กำหนดไว้อย่างเป็นทางการมาใช้เป็นการถาวร
เพื่อรับมือกับความผันแปรในการทำงานประจำวัน เช่น ระบบช่วยจำ การจัดลำดับความสำคัญ

๓ บุคลากรปรับวิธีการทำงานเพื่อรับมือกับความผันแปรของการทำงานที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว

๔ บุคลากรคาดการณ์ว่าคนอื่นมีวิธีการทำงานอย่างไรและเชื่อว่าบุคคลเหล่านั้นมีความรู้ความเข้าใจ
เช่นเดียวกับตนเอง

	Safety I	Safety II
Definition of Safety	Thing go Wrong	Thing go Right
Safety Management Principle	Reactive	Proactive
View of the Human factor in Safety Management	คนคือปัญหาหรือภัยคุกคาม	คนคือทรัพยากรที่จำเป็น จัดการที่ระบบที่ยืดหยุ่นและคนตัว
Accident Investigation	อุบัติเหตุเกิดจากความ ผิดพลาด หรือล้มเหลวที่ต้อง หาสาเหตุ	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ส่งผลที่ดี ส่วนน้อยส่งผลที่ไม่ดี เป้าหมายของ การสืบค้น ให้ทำความเข้าใจกับ เหตุการณ์
Risk Assessment	สืบค้นหาสาเหตุและปัจจัย สนับสนุนที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์	ทำความเข้าใจความแปรปรวนที่ ติดตาม หรือควบคุมได้ยากหรือไม่ได้

safety-III: Safety in Age of Cognitive Complexity

องค์กรมี Safety Culture โดยบุคลากรมีการเตรียมพร้อมรับทุกสถานการณ์ (Mindfulness)
และมีการผสมผสาน Mindset & Culture เข้ากับการพัฒนาระบบงาน สิ่งที่ต้องตอบได้ การป้องกัน
ที่วางไว้จะฝังลึกลงไปในตัวคน กลายเป็น Tacit knowledge เป็น behavior ของแต่ละคน ทำอย่างต่อเนื่อง
จนเป็นสัญชาตญาณที่ดี ภายใต้สถานการณ์ส่งเสริมการทำงานที่ดี

Risk - based thinking

- เป็นแนวคิดที่ปลูกฝังในผู้ปฏิบัติงานทุกคนในระดับ Sub - consciousness เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ
แบบ Automatically

- เป็นการดำเนินการในระดับกระบวนการทำงานประจำวัน (Process approach) เน้นจัดการ
เชิงป้องกัน (Preventive action) ในงานประจำ

- เป็นการปรับเปลี่ยนการจัดการความเสี่ยงจาก Negative sense เป็น Positive side of risk ด้วย
การค้นหาโอกาสเกิดความเสี่ยงและจัดการก่อนเกิดความเสี่ยง (Identify opportunities)

สิ่งที่ควรปฏิบัติ

๑. Proactive Risk Assessment : วิเคราะห์และจัดลำดับโอกาสเกิดความเสี่ยงในกระบวนการ
งานประจำที่ทำ

๒. Plan...

๒. Plan actions to address the risk : จะรับรู้ความเสี่ยงนั้นได้อย่างไร มาตรการป้องกันหรือจัดการเป็นอย่างไร ลดความเสียหายที่จะเกิดได้อย่างไร รายงานใคร เมื่อใด

๓. Implement the -take action : มั่นใจว่ามีเครื่องมือ ข้อมูลสารสนเทศ และความสามารถเพียงพอในการดำเนินการ

๔. Check the effectiveness of action : ประเมินผลสำเร็จว่ามาตรการยังได้ผลดี

๕. Learn from experience : เรียนรู้จากงานที่ทำ เพื่อพัฒนาต่อเนื่อง
ความจำเป็นในการสร้างให้บุคลากรในองค์กรมี Risk -based thinking

๑. Risk -based thinking ทำให้คุณภาพและความปลอดภัยของกระบวนการทำงานมีความคงเส้นคงวา น่าไว้วางใจ

๒. Risk -based thinking ทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) ในลักษณะการป้องกันความเสี่ยงก่อนเกิดด้วยการลดโอกาสเกิด (Hazard management) มากกว่าการจัดการความเสียหาย (Harm management)

๓. Risk -based thinking สร้างองค์กรให้มี Risk -based approach intuitively based approach intuitively

๔. Risk -based thinking สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและ (Trust in healthcare) ด้วยองค์กรที่น่าไว้วางใจ (High Reliability Organization)

Key Points to Remember

๑. Risk -based thinking เป็น Preventive Action

๒. Risk -based thinking เป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในงานประจำวัน

๓. Risk -based thinking เป็นความรับผิดชอบของผู้หน้าที่ต้องชี้แนะและสร้างให้เกิดขึ้นในองค์กร

๔. Risk -based thinking เป็นบูรณาการที่ทำให้เกิด Safety Culture ขององค์กร

ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย (ในฝัน)

๑. ผู้นำกำหนดเรื่องความปลอดภัยเป็นกลยุทธ์สำคัญ ผู้นำต้องหนุนเสริม สร้างวัฒนธรรมของการเปิดใจ ลดบรรยากาศ ความหวาดกลัว และการปกป้องตนเอง

๒. ทำให้การบริหารและคุณภาพเป็นเรื่องเดียวกัน

๓. กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน เชื่อมโยงผลลัพธ์ที่ต้องการกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๔. สร้างวัฒนธรรมของความกล้าที่จะรายงานหรือพูดคุยเรื่องความผิดพลาด (a just culture) ในการทำงาน (Doing the work)

๑. Simplifying work Process ปรับกระบวนการให้เรียบง่าย เพราะเรียบง่ายจึงยั่งยืน

๒. Diary check in พบปะพูดคุยสั้น ๆ อย่างเรียบง่ายระหว่างหัวหน้ากับผู้ร่วมงาน เน้นเรื่องความปลอดภัย

๓. Executive Round ผู้นำหมั่นตรวจเยี่ยมหน้างาน เน้นความปลอดภัย ใส่ใจคุณภาพ

๔. Safety Huddle รวมกลุ่มสนทนา พูดคุยเรื่องความปลอดภัย วันละครั้งหรือสองครั้ง

๕. Performance Management ติดตามผลงาน เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สิ่งที่ควรเกิดขึ้นในองค์กร

๑) การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงองค์กรให้สูงขึ้นจาก risk management ให้กลายเป็น safety management

๒) Evolution วิวัฒนาการของการจัดการความเสี่ยง concept จาก safety I ไป safety II และเข้าสู่ safety III Era และเราจะไปประยุกต์ใช้อย่างไร

๓) risk base thinking in day to operation worker เข้าไปสู่การสร้าง safety culture ขององค์กร
Type of Risk / Risk Domain

Hazard risk ความเสี่ยงจากภาวะอันตราย เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพย์สินและมูลค่าของทรัพย์สินโดยทั่วไปจะทำประกันได้ ตัวอย่างเช่น

๑. อัคคีภัยความเสียหายต่อทรัพย์สินด้วยสาเหตุอื่นๆ
๒. ภัยธรรมชาติ (natural disaster) เช่น น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว
๓. โจรกรรม การทำร้ายร่างกาย
๔. โรค อันตราย และทุพพลภาพ ด้วยสาเหตุจากการทำงาน
๕. การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

๖. ความชะงักงันทางธุรกิจ ไม่มีการวางแผน ไม่สามารถตอบสนองได้ทันท่วงที ไม่สามารถจัดการภาวะวิกฤติ ไม่มีระบบสำรองหรือ duplicate systems ที่เหมาะสม

๗. การบริหารอาคารสถานที่ ที่จ่อตรง (แสง สถานที่ การรักษาความปลอดภัย) ที่ไม่เหมาะสม
๘. ความเสียหายระหว่างการก่อสร้างหรือการปรับปรุงอาคารสถานที่

Financial risk ความเสี่ยงด้านการเงิน การตัดสินใจที่มีผลต่อความยั่งยืนทางการเงินขององค์กร

๑. ผลประกอบการด้านการเงิน (financial performance)
๒. ความถูกต้องของการเรียกเก็บเงิน/ การชำระหนี้/ การรักษาที่ไม่อาจเก็บเงินได้
๓. ภาระค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนสวัสดิการ และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
๔. การเข้าถึงแหล่งทุนการระดมทุน การลงทุน สัญญาเกี่ยวกับการลงทุน การบริหารสัญญา
๕. การเพิ่มรายได้/การทำกำไร
๖. ราคา (price) เช่น มูลค่าทรัพย์สิน อัตราดอกเบี้ย อัตราแลกเปลี่ยน
๗. สภาพคล่อง(liquidity) เช่น เงินสดในมือ ต้นทุนค่าเสียโอกาส
๘. ค่าเงินเฟ้อ (inflation) กำลังซื้อ (purchasing power)
๙. ค่าใช้จ่ายเนื่องจากทฤษฎีปฏิบัติ การฟ้องร้อง
๑๐. การประกัน การขยายตัวของบริการและสถานที่

Strategic risk ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับจุดเน้นและทิศทางขององค์กร

๑. brand ชื่อเสียง การแข่งขัน การไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัย
๒. การปฏิรูประบบสุขภาพ กฎระเบียบที่เปลี่ยนแปลง
๓. ความสำคัญที่ผู้รับบริการมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ในการให้บริการ
๔. ความขัดแย้งผลประโยชน์ การตลาดและการขยายความสัมพันธ์กับสื่อ
๕. การควมรวมกิจการ การร่วมทุน ความร่วมมือ การโฆษณา
๖. ความไม่แน่นอนของปริมาณผู้รับบริการ
๗. รูปแบบใหม่ ๆ ในการให้บริการสุขภาพ ตลาดที่หดตัวลง
๘. แนวโน้มทางประชากรและสังคม/วัฒนธรรม
๙. นวัตกรรมทางเทคโนโลยี ความพร้อมของทุน แนวโน้มของกฎระเบียบและการเมือง

Operational risk ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ ความเสี่ยงที่เกิดจากระบบ คน กระบวนการภายในที่ไม่เพียงพอหรือล้มเหลว

๑. การจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
๒. การปฏิบัติที่เบี่ยงเบนวินัยในการดำเนินกิจการ/ทำธุรกิจ การบริหารต้นทุน
๓. การบำรุงรักษาเครื่องมือ/สถานที่
๔. การพัฒนาผลิตภัณฑ์ ขีดความสามารถ ประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ใช้ไม่ได้
๕. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจัดการช่องทางจำหน่าย
๖. การเสริมพลัง เช่น ภาวะผู้นำ ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง
๗. เทคโนโลยีสารสนเทศ สารสนเทศ/รายงานทางธุรกิจ เช่น การวางแผนและงบประมาณ

ข้อมูลทางการบัญชี กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ภาษี การประเมินการลงทุน

๘. ปัญหาการดูแลผู้ป่วย เช่น การเข้าถึง การส่งต่อ การวินิจฉัย การวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง การไม่ปฏิบัติตามหลักฐานทางวิชาการ อุบัติการณ์รุนแรง

Human capital risk ความเสี่ยงด้านทุนมนุษย์/กำลังคน เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับกำลังคนขององค์กร

๑. การสรรหา การบรรจุ การดำรงรักษา การลาออก
๒. การขาดงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน ความอ่อนล้าจากการทำงาน ผลผลิตภาพ
๓. การจ่ายชดเชย
๔. โครงสร้างองค์กร ความสอดคล้องกับทิศทางองค์กร การวางแผนสืบทอดตำแหน่ง
๕. พฤติกรรมรุนแรง
๖. การจัดอัตรากำลังที่ยืดหยุ่น การขาดแคลนแพทย์ กำลังคนที่มีอายุมากขึ้น
๗. ความสามารถทางคลินิกที่ไม่เท่าเทียมกัน

Legal/Regulatory risk ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ ไม่สามารถระบุ จัดการ และติดตามการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับในระดับต่างๆ

๑. การปฏิบัติตามกฎหมายต่าง ๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สินทางปัญญา
๒. การฉ้อโกง การกระทำทารุณ การขอใบอนุญาต การรับรอง
๓. ความรับผิดชอบผลิตภัณฑ์ ความรับผิดชอบของผู้บริหาร การเบิกจ่ายเงินกองทุนประกันสุขภาพ

Technology risk ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี เครื่องจักร ฮาร์ดแวร์ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือ รวมทั้งเทคนิค ระบบ และวิธีการขององค์กร

๑. การทำผิดกฎหมายด้านสารสนเทศหรือการละเมิดผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์
๒. ผู้จำหน่ายหลายราย Hybrid EMR ซอฟแวร์ที่ไม่เข้ากัน
๓. โครงสร้างพื้นฐานและความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ การไม่ตอบสนองในเวลาที่เหมาะสม
๔. ความขาดแคลนบุคลากรด้าน IT
๕. การใช้ bar code

การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย

๑. Map the process
๒. ใช้ ๓P กับแต่ละ process ทำไปเพื่ออะไร ทำอย่างไร ทำได้ดีหรือไม่ จะทำให้ดีขึ้นอย่างไร
๓. ระบุ risk & variation เพื่อหาทางป้องกัน (ข้อตกลง แนวทาง มาตรการ เครื่องมือ แบบบันทึก

checklist การควบคุม ฯลฯ)

๔. ปรับจนสิ่งที่ทำจริง (Work - as - Done) และสิ่งที่คาดหวัง (Work - as - Imagine)
๕. กำหนดตัววัดที่จำเป็นเพื่อติดตาม/ควบคุมกระบวนการ (in - process measures)

Incident Management ประกอบด้วย

๑. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
๒. การตอบสนองทันทีเมื่อเกิดอุบัติการณ์
๓. การเตรียมการเพื่อการวิเคราะห์อุบัติการณ์
๔. กระบวนการวิเคราะห์ RCA
๕. การนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติและติดตามผล

Near miss, close call, potential adverse event คือเหตุการณ์ (มักเป็น error) ที่มีโอกาสทำอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายจริงเพราะระบบดักจับป้องกันได้ก่อนถึงผู้ป่วย (intercept) หรือให้การแก้ไขทันที หรือโชคช่วย

Incident Management กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล

๑. การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุม เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน
๒. การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (RCA) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์
๓. การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกันลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
๔. การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
๕. การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุนความเสียหาย การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์
๖. การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อใดจึงทำ RCA

๑. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง Sentinel Events; SE ส่งรายงานอุบัติการณ์ภายใน ๖ ชม. ผลลัพธ์รุนแรง การจัดการ ลดผลกระทบทันที รายงานทันทีตาม flow ทำ RCA และตอบกลับภายใน ๓๐ วัน

๒. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลกระทบรุนแรง Potential Adverse Events; PAE ส่งรายงานอุบัติการณ์ภายใน ๓ วัน ผลลัพธ์ไม่รุนแรง High Risk การจัดการแก้ไขป้องกัน ทำ RCA และตอบกลับภายใน ๓๐ วัน

๓. เหตุการณ์ผิดปกติทั่วไป General Events ส่งรายงานอุบัติการณ์ภายใน ๗ วัน ผลลัพธ์ไม่รุนแรง การจัดการผู้บริหารรับทราบ แก้ไข ป้องกัน

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel Events) ด้านการรักษาพยาบาล (Medical) :

๑. การเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่คาดหมายทุกสาเหตุ (ระดับ extreme)
๒. เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจนถึงขั้นทุพพลภาพทุกสาเหตุ (ระดับ major)
๓. เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ G-H-I
๔. เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่ผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป)
 - ผ่าตัดผิดคน/ผิดอวัยวะ/ผิดที่
 - ส่งทารกผิดพ่อ-แม่
 - ลักพาทารก/ผู้ป่วย
 - ผู้ป่วยถูกประทุษร้าย
 - เครื่องมือ/ผ้า ค้างในร่างกาย

- ได้รับรังสีมาก/น้อยกว่ากำหนด

- ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตาย

๕. เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่รพ./บุคลากร

- ผู้ป่วยหายไประยะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อแพร่ระบาดในโรงพยาบาล

๖. อุบัติภัยหมู่

๗. ความผิดพลาด/ความเสียหายใดๆ ที่มีโอกาสนำไปซึ่งการฟ้องร้อง/การสูญเสีย/การเสื่อมเสียชื่อเสียง
ระดับ Moderate ขึ้นไป

๑. เหตุระเบิดจากวัตถุระเบิด /มีการใช้อาวุธปืนทำร้าย

๒. เหตุอัคคีภัย

๓. การรั่วไหลของสารเคมี /ชีวภาพ/กัมมันตรังสี/ก๊าซ

๔. ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง เสียการทำหน้าที่มากหรือรุนแรงส่งผลให้ระบบงานหลักหยุดชะงัก
ทำงานต่อไปไม่ได้/ถูกทำลายโดยสิ้นเชิง

๕. เหตุการณ์ใดๆ ที่เสี่ยงต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียงของบุคลากร/รพ.

แนวทางการทำ RCA

๑. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA

๒. เขียนเส้นทางโดยใช้คนหรือสิ่งของที่ได้รับบาดเจ็บเป็นตัวเดินเรื่องหรือเดินตาม
กระบวนการทำงานหรือการดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐานหรือวิธีปฏิบัติงาน

๓. ตั้งใจหว่าเกิดอะไรขึ้นให้ครอบคลุมหาสาเหตุของแต่ละโจทย์ว่ามาจากอะไรได้บ้าง
โดยใช้สมมติฐานที่เป็นไปได้ ใช้คำถาม Why?

๔. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง
กับการทำงานในเรื่องนั้นๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องหรือขอดูกระบวนการทำงาน

๕. เขียนเส้นทางพร้อมความเชื่อมโยงจากจุดเกิดเหตุและไกลออกไปจากภายในองค์กรไปภายนอก
องค์กร (ถ้ามี)

๖. สรุปเกิดอะไรขึ้น มีสาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพ เพื่อเป็นสมมติฐาน

๗. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องหาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของ
เหตุการณ์นี้

๘. สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุและสิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน

กิจกรรมที่ ๑-๖ เป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้เรียนต้องทำให้ได้ก่อนที่จะไปจัดประชุมเชิญผู้เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูล
ที่เป็นจริงของเหตุการณ์นี้ ส่วนการออกแบบเกิดขึ้นหลังจากการจัดประชุมทำ RCA ความสำเร็จอยู่ที่
การติดตามการนำไปใช้จริง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการทำ RCA

๑. System Thinking

๒. Safety culture

๓. No Blame, No Shame

๔. Management by Fact

๕. Team

Culture หลักการที่สำคัญ

๑. มีการทำงานเป็นทีม
๒. เน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
๓. มีการ feedback และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา

FMEA; Failure Mode and Effective Analysis

- FMEA คือ วิธีการที่เป็นระบบในการค้นหาและป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น
- มุ่งเน้นการป้องกันโศกนาฏกรรม โดยไม่รอให้เหตุการณ์ที่เลวร้ายเกิดขึ้น แต่มุ่งจะทำให้ระบบมีความเข้มแข็งมากขึ้น เกิดความผิดพลาดน้อยลง

- วิศวกรรมการบิน พลังงาน ปริมาณ ยานอวกาศ อุตสาหกรรมเคมี ยานยนต์ ใช้เทคนิคนี้มากกว่า ๓๐ ปี เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

เปรียบเทียบ RCA กับ FMEA

Root Cause Analysis เป็นเชิงรับ มุ่งเน้นที่เหตุการณ์ มีอคติซ่อนอยู่ มีความหวาดกลัวมีการต่อต้านถาม “ทำไม”

FMEA เป็นเชิงรุก มุ่งเน้นกระบวนการทั้งหมด ไม่มีอคติ มีความเปิดเผย ถาม “จะเป็นอย่างไรถ้า” ความผิดพลาดเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อน เช่น บริการสุขภาพ ๘๐% ของ Medical error ไม่ใช่ความผิดพลาดที่เกิดเฉพาะตัว (Human error) แต่เป็นจากสภาพแวดล้อมหรือระบบที่ทำให้คนทำงานผิดพลาด (System failure) ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเสียชีวิตในแต่ละปีและจำนวนมากที่ได้รับอันตรายจากความผิดพลาดที่สามารถป้องกันได้

Human Error เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ในทุกก้าวของชีวิต วิธีการที่มนุษย์รับรู้ เรียนรู้ และกระทำเป็นสิ่งก่อกำเนิด error ทำความเข้าใจกับความผิดพลาด

Violation : การละเมิดกฎ หมายถึง การกระทำที่ตั้งใจที่จะไม่ปฏิบัติตามแนวทางหรือระเบียบที่วางเอาไว้ (ไม่สามารถใช้กระบวนการของ Human factors engineering ในการแก้ไขได้)

Skill - based error (slips or lapses) : เป็นการกระทำโดยไม่ได้ตั้งใจอาจเรียกว่า ความผิดพลาด (slips or lapses) ซึ่งอาจเกิดจาก

- การไม่รับรู้ปัญหา (recognition failure) เช่น ไม่สามารถจำแนกสัญญาณเตือนภัย
- การหลงลืม (memory failures or lapses)
- การละเลย เผลอเรอ (attention failure or slips)

Rule - based error : เป็นการกระทำผิดโดยไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (fail to apply rule) หรือทำตามแนวปฏิบัติที่ไม่ดี หรือไม่เพียงพอ (apply bad or inadequate rule) หรือทำตามกฎแบบผิด ๆ (misapply rule) เช่น รักษาผู้ป่วยที่เป็น emphysema แบบ congestive heart failure

Knowledge - based error : การทำผิดโดยตั้งใจ (wrong intention) หรือวางแผนผิด (wrong plan) ที่เกิดจากการมีความรู้หรือประสบการณ์ไม่พอ (inadequate knowledge or experience) เช่น การฉีดยา propofol ขนาดสูงเพื่อนำสลบในผู้ป่วยที่มี aortic stenosis โดยไม่ทราบว่ายานขนาดนี้ จะทำให้ BP ผู้ป่วยต่ำมาก

Human Factors เป็นการศึกษาและประยุกต์ความเข้าใจในทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยทางกายภาพ สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม และจิตวิทยาที่มีผลกับมนุษย์เพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับความสามารถ ข้อจำกัด ของมนุษย์และพฤติกรรมความผิดพลาดที่จะเกิดกับมนุษย์ เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

การออกแบบการทำงานที่ดีที่สุด คือ การออกแบบให้คนทำตาม ระเบียบ - คำสั่ง อย่างเคร่งครัด การใช้ความคิดและการตัดสินใจควรมีให้น้อยที่สุด จะช่วยลดโอกาสความผิดพลาดได้

Safety Design Level Application ในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญหรือได้ทำ RCA แล้ว ควรมีองค์ประกอบที่ออกแบบอยู่ในระดับ Intermediate อย่างน้อย ๑ ข้อ

Risk Monitoring เป็นกิจกรรมบริหารความเสี่ยงที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามความสำเร็จ และสถานการณ์ของกิจกรรมบริหารความเสี่ยง เป็นการติดตามความเสี่ยงที่รับรู้และค้นหาความเสี่ยงใหม่ๆเพื่อประเมิน การปฏิบัติตามแผนบริหารความเสี่ยงและประเมินประสิทธิผลในการลดความเสี่ยง

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง** จำเป็นต้องระบุ กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน อย่างละเอียด**.....

เรียนรู้ เข้าใจหลักการ และแนวคิดสำคัญของการใช้มาตรฐาน HA เครื่องมือคุณภาพ (Quality tools) เช่น ๓C PDSA / DALI การประเมินความเสี่ยง การตามรอยต่างๆ ทั้งหน่วยงานทางคลินิก และหน่วยงานสนับสนุนบริการ การนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ Service Profile และ Hospital Profile การบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน** จำเป็นต้องระบุ กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน อย่างละเอียด**.....

นำหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการใช้มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐาน HA และการใช้เครื่องมือคุณภาพ เช่น ๓C PDSA / DALI เชื่อมโยงการให้บริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและนำความรู้ เรื่องการตามรอยต่างๆ ทั้งหน่วยงานทางคลินิกและหน่วยงานสนับสนุนบริการ การนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ Service Profile และ Hospital Profile มาวางแผนการตามรอย การค้นหาความเสี่ยง เพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำผลที่วิเคราะห์มาออกแบบระบบบริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)** จำเป็นต้องระบุ กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน อย่างละเอียด**.....

การออกแบบระบบบริการ จากการเชื่อมโยงมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐาน HA และวางแผนทาง ป้องกันความเสี่ยง จะทำให้การปฏิบัติงาน การดูแลรักษาพยาบาลเป็นระบบ ลดความสูญเปล่า ลดระยะเวลารอคอย เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุงไม่มี.....

๓.๒ การพัฒนาไม่มี.....

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะไม่มี.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวรพี หาญพล)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวเมธินี ไชยสุข)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางวนิดา พรรณติลก)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน
(.....)

ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป.....

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

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ
(.....)