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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล นายภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ อายุ ๓๘ ปี

การศึกษา แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล อายุรแพทย์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) หัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะกรรมการบริหารและความคุมความเสี่ยงของโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

๑.๒ ชื่อ/นามสกุล นางสาวศิยาฉัตร์ สำลีกูณรัตน อายุ ๔๔ ปี

การศึกษา - ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการบริหารและควบคุมความเสี่ยง และผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Lead team)

๑.๓ ชื่อเรื่อง HA๖๐๑ : ระบบความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ

เพื่อ ☐ ศึกษา☐ ฝึกอบรม ☑ประชุม ☐ ดูงาน ☐ สัมมนา ☐ ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ ☑ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร ☐ เงินบำรุงโรงพยาบาล

☐ เงินทุนส่วนตัว ☐ ไม่มีค่าใช้จ่าย

ค่าลงทะเบียนท่านละ ๔,๕๐๐ บาท จำนวนเงินรวม ๙,๕๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ วันที่ ๑๘ - ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

สถานที่ ระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม ZOOM

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาวางระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

๒. เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมมากำหนดนโยบายและกลยุทธ์การบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ

๓. เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ ผู้มาเยือน และนำมาปรับใช้ตามแนวทางให้ถูกต้องเพิ่มขึ้น

๔. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรภายนอกในเรื่องการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis) นำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสมในความเสี่ยงที่มีความรุนแรง

๒.๒ เนื้อหา

Evolution of safety thinking (วิวัฒนาการความปลอดภัย)

ที่ผ่านมามักใช้แนวคิด Safety I คือการมุ่งเน้นนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์สาเหตุแต่ละเลยที่เรียนรู้จากสถานการณ์มากกว่าร้อยละ ๙๐ ที่ไม่เกิดปัญหา

แนวคิด Safety II มุ่งทำความเข้าใจว่าในสถานการณ์ที่หลากหลายนั้น ผู้คนปรับตัวกันอย่างไรไม่ให้เกิดปัญหา และมีความแปรปรวนอะไรที่อาจเป็นปัญหา แนวคิดนี้ยอมรับความซับซ้อนของมนุษย์ เรียนรู้จากงานที่ทำแล้วได้ผลดี ความปลอดภัยเป็นความรับผิดชอบระดับจริยธรรม

แนวคิด Safety III มุ่งเน้นความซับซ้อนของมนุษย์ ยินดีรับความท้าทาย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การบริหารความเสี่ยง ตัวอย่าง การออกแบบว่าจะ Identify ผู้ป่วยอย่างไร ใช้บัตรประชาชน ใบเกิด และคิด what if...จะทำอย่างไร เป็นการคาดการณ์โอกาสที่จะเกิด เรียกว่า Risk based thinking/Prevent of Risk จะป้องกันอย่างไร

กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Process)

ประกอบด้วยการกำหนดบริบท การสื่อสารและปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การติดตามและทบทวนความเสี่ยง ตามประยุกต์นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแนวปฏิบัติที่ผู้บริหารกำหนด

ทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (Risk Register or Risk Log) เป็นเอกสารหลักเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัตมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

Risk Profile เป็นเอกสารอธิบายชุดของความเสี่ยง วิเคราะห์สิ่งคุกคามที่องค์กรเผชิญ อาจนำเสนอในรูปแบบ risk matrix หรือ risk rating table

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

Risk Rating Matrix

RISK RATING MATRIX

ระดับความเสี่ยง (Risk level)

LIKELIHOOD	CONSEQUENCE				
	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Catastrophic
Almost Certain	Low	Significant	High	High	High
Likely	Low	Significant	Significant	High	High
Possible	Low	Low	Significant	High	High
Unlikely	Very Low	Low	Significant	Significant	Significant
Rare	Very Low	Very Low	Low	Low	Significant

Risk Analysis หรือ Risk Assessment หรือ Risk Rating Matrix หลักการ คือ การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากและมีโอกาสเกิดบ่อย และจัดระดับลดหลั่นลงมา Risk Matrix ที่ง่ายที่สุด คือ การแบ่งความรุนแรงและโอการเกิดเป็น ๒ ระดับ

Risk Rating Matrix & Risk Register

๑. การค้นหาความเสี่ยงที่ครอบคลุมควรดำเนินงานแบบ กระจายความรับผิดชอบให้หน่วยงานและระบบงานต่างๆ

๒. การติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงที่มีความสำคัญสูง ควรใช้วิธีการรวมศูนย์

๓. การจัดกลุ่มของความเสี่ยง ควรคำนึงถึงโอกาสหรือความถี่ที่จะเกิดขึ้นและผลกระทบที่ตามมาเมื่อเกิดอุบัติการณ์ การจัดกลุ่มนี้จะมีความสำคัญว่าการตอบสนองต่ออุบัติการณ์นั้นควรเกิดขึ้นในระดับใด

๔. การลงทะเบียนหรือขึ้นบัญชีความเสี่ยงที่ค้นหาได้จะทำให้ มีการติดตามการตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

RCA & FMEA (Root cause analysis & Failure Mode and Effective Analysis)

ความแตกต่าง

Root cause analysis	Failure Mode and Effective Analysis
๑. เป็นการค้นหา ๒. ปัจจัยที่เป็นรากของปัญหา หรือสาเหตุพื้นฐานของความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน รวมถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ๓. โดยมุงเน้นที่ระบบ/กระบวนการ ๔. เพื่อหาโอกาสที่จะปรับปรุงระบบ/กระบวนการ นำไปสู่การลดโอกาสเกิดเหตุซ้ำ ๕. เชิงรับ ๖. มุงเน้นที่เหตุการณ์ ๗. มีอคติซ่อนอยู่ ๘. มีความหวาดกลัวต่อต้าน ๙. ถาม...ทำไม	๑. เป็นการค้นหา ๒. จุดเสี่ยงหรือความล่อแหลม ๓. ในระบบและกระบวนการ ๔. เพื่อวางมาตรการป้องกันไว้ในระดับที่สูงสุดที่จะเป็นไปได้ ๕. เชิงรุก ๖. มุ่งเน้นที่กระบวการทั้งหมด ๗. ไม่มีอคติ ๘. มีความเปิดเผย ๙. ถาม....จะเป็นอย่างไรถ้า...

ความเหมือน Root cause analysis & Failure Mode and Effective Analysis

☐ วิเคราะห์โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลสถิติ

☐ เป้าหมายคือการลดความเสี่ยงหรือความเสียหายแก่ผู้ป่วย

☐ มีการค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย

☐ เป็นกิจกรรมซึ่งทำงานร่วมกันเป็นทีม

ป้องกัน และควบคุมความเสียหายมิให้ลุกลาม

: Timeliness And Appropriateness and Communication

☐ จัดประชุมทันที (RCA อย่างง่าย) เพื่อวางแผนการรักษา หาเป้าหมายร่วมกัน สรุปสิ่งที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบให้ทีมที่ดูแลรักษารับรู้ตรงกัน มอบหมาย Contact person กับผู้ป่วยและญาติ

☐ ประเมิน การรับรู้ ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ ความสงบ การรับฟังเหตุผล รับรู้ว่าเราให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุด เราได้ทำดีที่สุดแล้ว แม้จะฟ้องเราภายหลังเราก็ OK

แนวทางการทำ RCA

๑. ศึกษาเหตุการณ์ที่จะทำ RCA

๒. เขียนเส้นทาง โดยใช้คน หรือสิ่งของที่ได้รับความเสียหายเป็นตัวเดินเรื่อง หรือเดินตามกระบวนการทำงาน หรือการดูแลรักษาที่ทำอยู่ตามมาตรฐาน หรือวิธีปฏิบัติงาน

๓. ตั้งโจทย์ว่าเกิดอะไรขึ้นให้ครอบคลุม หาสาเหตุของแต่ละโจทย์ว่ามาจากอะไรได้บ้าง โดยใช้สมมติฐานที่เป็นไปได้ ใช้คำถาม Why?

๔. หาข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในเรื่องนั้นๆ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง หรือขอดูกระบวนการทำงาน

๕. เขียนเส้นทาง พร้อมความเชื่อมโยง จากจุดเกิดเหตุและกลไกออกไปจากภายในองค์กร ไปภายนอกองค์กร(ถ้ามี)

๖. สรุป เกิดอะไรขึ้น มีสาเหตุจากอะไรเป็นแผนภาพเพื่อเป็นสมมติฐาน

๗. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง หาข้อยุติ พร้อมหลักฐานที่ปรากฏจริง ตัดสมมติฐานที่ไม่ใช่ความจริงของเหตุการณ์นี้

๘. สรุปสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง เพื่อนำไปออกแบบและใช้งาน

The five rules of causation

๑. เหตุผลต้องชัดเจน

๒. หลีกเลี่ยงถ้อยคำเชิงลบ ใช้คำอธิบายที่เฉพาะเจาะจงและตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้น

๓. Human Error จะไม่เป็น Root cause ความผิดพลั้งของมนุษย์จะต้องมีสาเหตุนำ

๔. การไม่ปฏิบัติตาม การฝ่าฝืนกฎระเบียบ จะไม่เป็น Root cause จะต้องมีสาเหตุนำ

๕. การมอบหมายหน้าที่

ผสมผสานแนวคิด Mindfulness เข้ากับ RCA

โดยให้นำคำถามเหล่านี้ไปร่วมพิจารณาในการทำ RCA ทุกครั้ง เพื่อให้ได้บทเรียนและนำข้อมูลมาเป็นกรณีศึกษาสำหรับการฝึกอบรม situation awareness

๑. ผู้เกี่ยวข้องคาดการณ์อย่างรอบด้านในความเสี่ยงต่าง ๆหรือไม่

๒. มีข้อมูลแสดงถึงการเตรียมความพร้อมรับมือกับปัญหาที่เคยเกิดและคาดว่าจะเกิดหรือไม่

๓. มีการประเมินสถานการณ์หรือตรวจจับความผิดปกติ ทั้งตามรูปแบบที่กำหนด และด้วยทักษะพิเศษอย่างไร

๔. มีการรับฟังสมาชิกในทีมอย่างไร มีข้อมูลอะไรที่สมาชิกเอ๊ะแต่ไม่ได้พูดออกมา

๕. มีการด่วนสรุปอะไรที่ง่ายเกินไปหรือไม่ ควรมองปัจจัยอะไรเพิ่มเติม

FMEA= Failure Mode and Effective Analysis

- FMEA คือ วิธีการที่เป็นระบบในการ ค้นหาและป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น
- มุ่งที่การป้องกันโศกนาฏกรรม โดยไม่รอให้เหตุการณ์ที่เลวร้าย เกิดขึ้นแต่มุ่งจะทำให้ระบบมีความเข้มแข็งมากขึ้นเกิดความผิดพลาดน้อยลง
- วิศวกรการบินพลังงานปรมาณูยานอวกาศ อุตสาหกรรมเคมียานยนต์ใช้เทคนิคนี้มากว่า ๓๐ ปี เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

ความเหมือน Root cause analysis & Failure Mode and Effective Analysis

- ☐ วิเคราะห์โดยไม่ต้องใช้ข้อมูลสถิติ
- ☐ เป้าหมายคือการลดความเสี่ยงหรือความเสียหายแก่ผู้ป่วย
- ☐ มีการค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย
- ☐ เป็นกิจกรรมซึ่งทำงานร่วมกันเป็นทีม

ความแตกต่าง

Root cause analysis	Failure Mode and Effective Analysis
เชิงรับ ๑. มุงเน้นที่เหตุการณ์ ๒. มีอคติซ่อนอยู่ ๓. มีความหวาดกลัวต่อต้าน ๔. ถาม...ทำไม	เชิงรุก ๑. มุ่งเน้นที่กระบวการทั้งหมด ๒. ไม่มีอคติ ๓. มีความเปิดเผย ๔. ถาม....จะเป็นอย่างไรถ้า...

สรุป

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการทำงาน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ คู่มือบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ แสดงกิจกรรมและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยงในรอบปี
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยการระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ การป้องกัน การกำกับติดตามและทบทวน
- องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง เพื่อสนับสนุนกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยใช้ต่อยอดจาก risk profile ซึ่งเป็นที่คุ้นเคยกันดี
- ผู้รับผิดชอบความเสี่ยง จัดทำระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล
- ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตาม ทบทวนไปใช้ในการพัฒนา

การเข้าถึงความปลอดภัย มี ๓ ประเด็นหลัก คือ

๑. มีความยืดหยุ่นมาก เช่น การผ่าตัดในสนามรบ ต้องใช้ความเชี่ยวชาญสูง

๒. เป็นความปลอดภัยที่มีความเชื่อใจสูง ต้องทำงานเป็นทีม สามารถรอได้

๓. หลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงนั้นแบบเข้มงวด ไม่ประนีประนอม เพราะถ้าเกิดขึ้นจะนำไปสู่การเสียชื่อเสียง (Ultra safe = ๐)

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

- ต้องใช้เวลา ต้องบ่มเพาะ ต้องสะสมการเรียนรู้ร่วมกันในคุณค่าของสิ่งที่กระทำลงไป
- ผู้นำมีความสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดย

๑. มีการกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นค่านิยมหลัก

๒. สร้างแรงบันดาลใจโดยการให้แนวคิดและความรู้

๓. กำหนดนโยบาย และแนวทางในการจัดการความเสี่ยงอย่างชัดเจน

๔. นำ Just Culture มาใช้เป็นหลักในการตัดสินความผิดพลาดของเจ้าหน้าที่

- การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะเป็น key success ของ psychological safety
- กำหนดการดำเนินงานเพื่อนำญาติผู้ป่วย และชุมชนรอบข้างให้มีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

เราจะรู้ว่ามีวัฒนธรรมความปลอดภัย เมื่อ

๑. มีการกำหนดให้ความปลอดภัยเป็นค่านิยมหลัก (ผู้บริหารระดับสูง จนถึงเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ตระหนักว่า ในการทำงานต้องยึดหลักความปลอดภัย

๒. ผู้นำในทุกระดับสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการแสดงออกอย่างชัดเจน ที่จะทำให้เกิดการดูแลความปลอดภัยและมีการพูดเตือนเมื่อมีคนทำพฤติกรรมในลักษณะที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

๓. มีการส่งเสริมพลังให้เจ้าหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบให้ผู้ป่วยปลอดภัย

๔. มีการศึกษาที่แสดงว่า องค์กรจะประสบความสำเร็จในด้านความปลอดภัย ก็มักจะประสบความสำเร็จในผลการดำเนินงานด้วย

Incident Management (กระบวนการจัดการอุบัติการณ์)

๑. การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน

๒. การตรวจสอบสืบค้นวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (RCA) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุง เพื่อป้องกันลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำ หรือ บรรเทาความรุนแรง และเสียหาย

๓. การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธี การสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์

๔. การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

Human Factor and Human Center Design

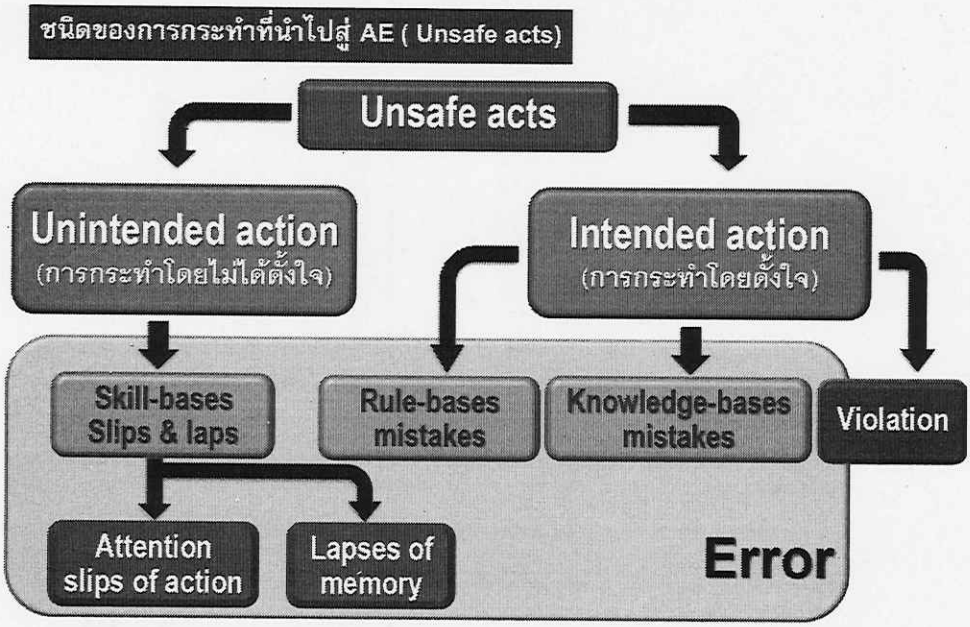
ความผิดพลั้งเป็นธรรมชาติที่มนุษย์ไม่อาจเลี่ยง "๘๐% ของ Medical error ไม่ใช่ความผิดพลาดเฉพาะตัว แต่เป็นจาก สภาพแวดล้อม หรือ ระบบที่ทำให้คนทำงานผิดพลาด (System failure)"

หลักคิดที่สำคัญ

๑. human error เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ในทุกก้าวของชีวิต
๒. วิธีการที่มนุษย์รับรู้ เรียนรู้ และกระทา เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด error
๓. เป้าหมายของ human factors engineering อยู่ที่ การหากลยุทธ์ที่เอื้อต่อปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและระบบที่ป้องกัน error แทนที่จะมุ่งทำให้แต่ละคนมีความสมบูรณ์
๔. Non-punitive approach เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ human factors research มีบทบาทในบริการสุขภาพ
๕. การปรับปรุงกระบวนการ ควรเริ่มต้นจาก ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับความต้องการ และ แรงจูงใจของผู้คน โดยการพัฒนาต่อยอดความคิดที่หลากหลาย

Human Factors Engineering

- เป็นการศึกษาและ ประยุกต์ความเข้าใจในทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยทางกายภาพ วัฒนธรรม และจิตวิทยา ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม ความสามารถ ข้อจากัด ของมนุษย์
- เพื่อออกแบบเครื่องมือ เครื่องจักร ระบบงาน และ สิ่งแวดล้อม เพื่อลดพฤติกรรมที่บกพร่อง
- การออกแบบระบบ จะไม่พิจารณากรณีนิสัยไม่ดีของคน



ทำความเข้าใจกับความผิดพลั้ง

Violation: การละเมิดกฎ หมายถึง การกระทำที่ตั้งใจที่จะไม่ปฏิบัติตามแนวทาง หรือระเบียบที่วางเอาไว้ (ไม่สามารถใช้กระบวนการของ Human factors engineering ในการแก้ไขได้)

Skill-based error (slips or lapses): เป็นการกระทำโดยไม่ได้ ตั้งใจ อาจจะเรียกว่า ความพลั้งเผลอ (slips or lapses) ซึ่งอาจเกิดจาก

- การไม่รับรู้ปัญหา (recognition failure) เช่น ไม่สามารถจำแนกสัญญาณเตือนภัย
- การหลงลืม (memory failures or memory lapses)

- การละเลย เผลอเรอ (attention failure or attention slips)

ข้อจำกัดของมนุษย์

นั่นคือข้อจำกัดของมนุษย์ในด้าน human cognitive process

๑. Perception เรารับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านระบบสัมผัส ถ้ามีสิ่งรบกวนหรือการรับรู้ไม่ชัดเจน (เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ เสียงไม่ดังพอ) เราก็ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวได้อย่างถูกต้องrm

๒. Long term memory คือข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและประสบการณ์ ถ้ามีสิ่งรบกวนต่อ Long term memory ของเรา ก็ยากที่จะเอาข้อมูลที่เก็บสะสมมาใช้

๓. Working memory ข้อมูลจากการรับรู้และ Long term memory ผสานกันเพื่อการทำงานเรียกว่า “การคิด” ซึ่งจะนำข้อมูลที่รับรู้มาผสมกับความรู้ที่สะสม และเรียกเอาแบบแผนหรือกฎเกณฑ์ที่พัฒนาจากการตัดสินใจบ่อยๆ มาใช้ เมื่อเราถูกกดดันจากปัจจัยทางกายหรืออารมณ์ ก็มีโอกาสที่เราจะตัดสินใจผิดพลาด หรือประยุกต์กฎที่เราเรียนรู้อย่างไม่ถูกต้อง

ข้อจำกัดในการทำงานที่เกิดจาก Human factors

๑. ข้อจำกัดด้านกายภาพ เช่น ท่าทางและการเคลื่อนไหว ความอ่อนล้าจากการอดนอน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (ภาพ เสียง อากาศ การสั่นสะเทือน)

๒. ข้อจำกัดด้านการใช้สมองและประสาทสัมผัส ได้แก่ การรับรู้ (การมองเห็น การได้ยิน ฯลฯ) การประมวลผลในสมอง ความทรงจำ สมาธิ การตัดสินใจ

๓. ข้อจำกัดด้านบริบทขององค์กร เช่น โครงสร้างขององค์กร การออกแบบงานและหน้าที่ ระยะเวลาการทำงาน หรือการทำงานเป็นกะ

การวิเคราะห์และการออกแบบเพื่อป้องกัน Human error

๑. Problem define ระบุปัญหาความผิดพลั้ง ความด้อยประสิทธิภาพ คำร้องเรียน

๒. Observe and analysis วิเคราะห์งานที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์การไหลของข้อมูล

๓. Solution สร้าง methodical models

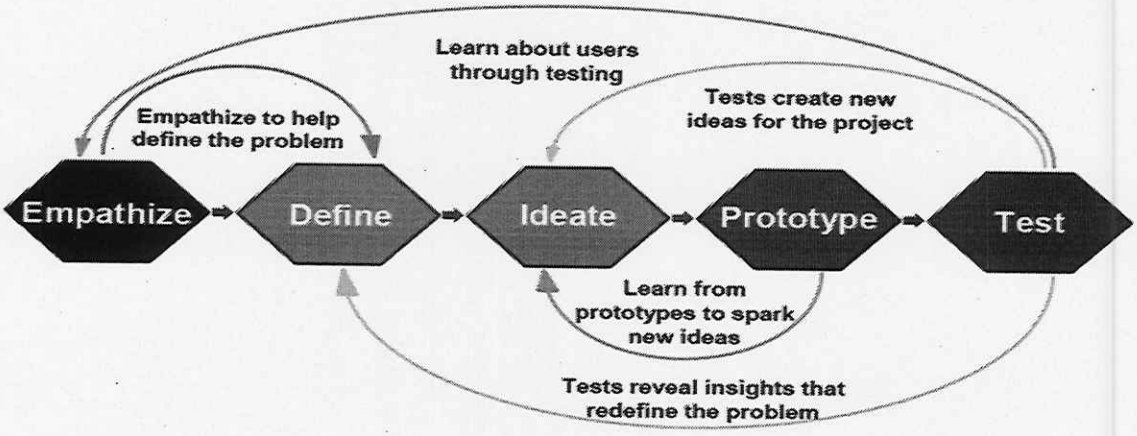
๔. Human-Centered Design ได้แก่ ออกแบบงานใหม่ด้วยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ทดสอบและจำลองระบบงานเพื่อการปรับปรุง และทดลองนำไปใช้จริง

“Human-Centered Design (HCD) เป็นกระบวนการค้นคว้าและออกแบบเทคโนโลยีโดยคำนึงถึงพฤติกรรมและปัญหาในมุมมองผู้ใช้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ในทุกขั้นของการออกแบบนั้นที่สุด”

เริ่มต้นจากความเข้าใจต่อความต้องการและแรงจูงใจของคน -> หลักความคิดพื้นฐานคือ“เราทุกคนเปลี่ยนแปลงได้” -> การล้มเหลวทำให้มีการพัฒนาและกล้าเสี่ยง -> มีการทำงานร่วมกันและพัฒนาความคิดตลอดกระบวนการ

การเฝ้าสังเกตปัญหานำมาหาข้อสรุปของทีม -> สร้างแนวคิดหลากหลายในการแก้ปัญหา -> พัฒนาเป็นตัวอย่างในการแก้ไขปัญหา -> ทดลอง -> เฝ้าสังเกตและนำข้อมูลมาปรับปรุงหรือทำให้การแก้ปัญหานั้นดีขึ้น

เมื่อเฝ้าสังเกตต่อไป ก็กลับมาสู่การหาข้อสรุปของทีมและสร้างหลากหลายในการแก้ปัญหาอีกครั้ง



๑. Emphatize การเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย เป็นกระบวนการที่ทำให้รู้ปัญหาอย่างแท้จริงว่า ถ้าเราเป็นเขา ในสถานการณ์ที่เผชิญจะรู้สึกหรือคิดอย่างไร ประกอบด้วย การสังเกต (Observation) เช่น บันทึกหรือทำแผนภูมิกิจกรรมของแพทย์เพื่อทำความเข้าใจจุดแข็งจุดอ่อนของการออกแบบระบบหรือสถานที่ และ การวิเคราะห์ (analysis) แยกแยะงานออกเป็นองค์ประกอบพื้นฐานและระบุว่าองค์ประกอบนี้สัมพันธ์กันอย่างไร -> การฝึกสังเกต เช่น ใช้งานอุปกรณ์อย่างไร อุปสรรคของการทำงาน (ความสว่าง เสียงรบกวน อุปกรณ์ชำรุด ระเบียบการจัดเก็บ)

๒. Define the problem เมื่อเข้าใจปัญหา จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด โดยเริ่มจากถาม “What if...?” ถ้าเรา... เช่น ถ้าสะพานชำรุด เราจะทำอย่างไร? ปัญหาไม่ใช่สะพานที่พังแต่เป็นสะพานมีหน้าที่ “ให้คนข้าม” ปัญหาคือจะข้ามไปอีกฝั่งอย่างไร จะซ่อมสะพานหรือมีวิธีอื่น เป็นต้น

๓. Ideate การออกแบบด้วยการระดมความคิด (Brainstorm) คือกระบวนการสำคัญ เพราะปัญหาไม่ได้มีทางแก้เดียว นอกจากนี้รายละเอียดเกี่ยวกับการออกแบบ เช่น การจดบันทึกรวมถึงลำดับขั้นตอนเพื่อลด memory related errors การลดความซับซ้อนสำคัญกว่าทำให้องค์ประกอบสมบูรณ์ เป็นต้น

๔. Prototype การสร้างต้นแบบเป็นการนำข้อมูลมาสร้างเป็นสิ่งที่จับต้องได้ ยกตัวอย่าง รถยนต์ไร้คนขับเป็นรถที่ยังไม่มีใช้แต่ก็มีต้นแบบเพื่อทำการทดสอบว่าสามารถตอบสนองความต้องการได้จริงหรือไม่ (คนขับรถไม่เป็นโดยสารได้ ลดอุบัติเหตุเนื่องจากระบบความปลอดภัยที่ดีกว่าจริงหรือไม่)

๕. Test ทดสอบ รับ feedback จากผู้ใช้ นำข้อมูลไปสร้าง prototype รอบต่อไป เมื่อมีความผิดพลั้งในขั้นตอนนี้มักเกิดจากการออกแบบ interface ที่ไม่ดีหรือฝึกอบรมไม่ดี ซึ่งหากไม่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายต้องกลับไปทบทวน Emphasize ใหม่และทำการทดสอบซ้ำไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะตอบโจทย์

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการ HCD

๑. ทีม : ทีมงานที่มาจากหลากหลายสาขาความรู้ ทำให้ปัญหาเกิดความเชื่อมโยงจากมุมมองที่แตกต่างกันไป

๒. กระบวนการ : ทำให้สามารถตอบโจทย์ปัญหาอย่างแท้จริง จากกระบวนการคิดทบทวนเกี่ยวกับปัญหานั้นหลายๆรอบ

๓. พื้นที่ : สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการระดมความคิด จะทำให้คนกล้าแสดงความคิดเห็น

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ☑ ต่อตนเอง

๑. สามารถนำความรู้ความเข้าใจ ความหมายความสำคัญ และหลักการของระบบบริหารความเสี่ยงมาประยุกต์ใช้ในการวางระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. สามารถนำความรู้ที่ได้มาใช้เป็นเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ทันสมัยอยู่เสมอ

๒.๓.๒ ☑ ต่อหน่วยงาน

๑. สามารถนำความรู้ที่ได้รับกลับมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาองค์กร โดยการผสมผสานองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการพัฒนาระบบงานคุณภาพโรงพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ ๔ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยพัฒนาระบบงานที่เป็นตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

๒. สามารถนำความรู้กลับมาเผยแพร่ให้บุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

๒.๓.๓ ☑ อื่นๆ (ระบุ)

๑. ทำให้ทราบว่ากระบวนการบูรณาการแนวคิดสำคัญของมาตรฐาน HA กับมาตรฐานวิชาชีพมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม สามารถนำแนวทางในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรคอุปสรรค

๓.๑ ☑ การปรับปรุง

การอบรมครั้งนี้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ และนโยบายของทางโรงพยาบาลได้มีการส่งเสริมการให้บริการผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐาน HA ในการบริการด้านการพยาบาล ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรได้รับความรู้ความเข้าใจใช้มาตรฐาน HA

๓.๒ ☑ การพัฒนา

นำความรู้ที่ได้มาจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร เพื่อให้มีความเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล จะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.

๑. สมควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านงานพัฒนาคุณภาพในองค์กรอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อ Update ความรู้ในมาตรฐานใหม่ๆ

๒. สมควรสนับสนุนงบประมาณในการเข้าร่วมอบรมของบุคลากรในโรงพยาบาล ในสำนักการแพทย์ ทางด้านระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อเป็นการเปิดมุมมอง ให้ทราบถึงวิธีคิด ความก้าวหน้า ด้านการจัดการด้านมาตรฐานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นายภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ)
ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวศิยาฉัตร์ สำลีกูณรัตน)
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

-

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ

(นางปนัดดา ลีลาอุดมลิปิ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน