

สรุปการประชุมรูปแบบเสมือนจริง “NRLS workshop”
วันพฤหัสบดีที่ 18 พฤศจิกายน 2564 เวลา 13.00-16.30 น.



ขอเชิญเข้าร่วมการประชุม
Shared Experience of National Reporting and Learning System (NRLS) ปีงบประมาณ 2564
ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2564 เวลา 13.00 - 16.30 น.

Dr. Mike Durkin
Senior Advisor on the Patient Safety Policy and Leadership Institute of Global Health Innovation Imperial College London, the Global Patient Safety Expert.

Dr. Pigawan Limpanyalert
Chief Executive Officer of HAI THA

Dr. Marcos Manhaes
Manager of the UK NHS

เปิดลงทะเบียน วันที่ - 10 พฤศจิกายน 2564
ในเว็บไซต์ สสว. ที่หน้าข่าวประชาสัมพันธ์ www.ha.or.th

zoom ประชุมออนไลน์ (ผ่านระบบ zoom)

วัตถุประสงค์

1. สรุปผลการดำเนินงานและความก้าวหน้าดำเนินงานระบบ National Reporting and Learning System (NRLS) และการสร้างแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบจากผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญผ่านกระบวนการ Community of Practice (CoP) ในปีงบประมาณ 2564
2. นำเสนอทิศทางการดำเนินงานโครงการปีงบประมาณ 2565 และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CoPs) ระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับบุคลากรของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ NRLS
3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการขับเคลื่อนระบบ NRLS ในประเทศอังกฤษเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผู้เข้าร่วมประชุม : 373 account ประกอบด้วย

1. ผู้เชี่ยวชาญ Patient and Personnel Safety Goals: (SIMPLE)2
2. สถานพยาบาลสมาชิกโครงการ 2P Safety

วิทยากร

1. Dr. Mike Durkin ที่ปรึกษาอาวุโสด้านผู้นำนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยประจำสถาบันนวัตกรรมสุขภาพโลก มหาวิทยาลัย Imperial College London

2. Marcos Manhaes หัวหน้าของระบบ NRLS และระบบ Learn from Patient safety events ซึ่งเป็นระบบใหม่ที่เริ่มในเดือน ก.ค.2564, National Health Service ประเทศอังกฤษ ประสบการณ์ทำงานด้านนี้มา 15 ปี

ประสบการณ์การดำเนินการระบบ NRLS ในประเทศอังกฤษ

จากการประชุมเสมือนจริง NRLS sharing เมื่อเดือนมิ.ย.เราได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบ NRLS ในประเทศอังกฤษ ซึ่งกลไกของระบบ NRLS ในประเทศอังกฤษ มีดังนี้

1. ระบุว่า incident เกิดขึ้น
2. บันทึกข้อมูลในระบบ incident report ของโรงพยาบาล โดยบันทึกข้อมูลตามหัวข้อที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์
3. ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกข้อมูล ความครบถ้วนสมบูรณ์โดยผู้จัดการฝ่าย/ ทีมงาน
4. วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ โดย หากเป็นอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับต่ำ และ Near misses จะมีการสืบสวนและบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น ส่วนอุบัติการณ์ที่รุนแรงระดับปานกลางหรือมากกว่า (Moderate harm and above) จะมีการสืบสวนเพิ่มเติม เช่น เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา การให้รังสีรักษา ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยเด็ก และแจ้งเรื่องไปยังคณะกรรมการตามที่ National Health Service (NHS) ตามนโยบายกำหนด
5. รวบรวมข้อมูลจากการรายงานครั้งแรกและข้อมูลที่มีการสืบสวนเพิ่มเติม จัดทำรายงานอุบัติการณ์ฉบับสมบูรณ์ ส่งต่อ Clinical Commissioning Group (CCG) เพื่อรับทราบและรับรองรายงาน
6. ปิดรายงานอุบัติการณ์ ในกรณีที่มีการกำหนดแนวทางการแก้ไขและป้องกันแล้ว เพื่อนำข้อมูลไปอัปเดตในระบบ NRLS เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อไป

ข้อมูลตั้งแต่ปี 2546 ถึง 2559 NHS พบว่า อัตราการรายงานอุบัติการณ์ต่อเดือนที่สูงสุดประมาณ 50-60 เหตุการณ์ต่อ 1,000 วันนอน และมีอัตราการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง แต่ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ทำให้อัตราการรายงานอุบัติการณ์ลดลงเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าต้องมีการเน้นย้ำในองค์กรอย่างสม่ำเสมอถึงความสำคัญในการรายงานอุบัติการณ์แม้จะมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้ทราบปัญหา ค้นหาแนวทางการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรง

ประเทศอังกฤษเห็นความสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาพัฒนาปรับปรุงระบบบริการ ส่งผลให้เปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากอันตรายที่เกิดขึ้นลดลงอย่างต่อเนื่องในปี 2556-2559 จากข้อมูลพบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์และความเสียหายมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การพลัดตกหกล้ม การฆ่าตัวตาย และการเกิดแผลกดทับระดับ 4 นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องความผิดพลาดและความล่าช้าในการรักษาซึ่งเป็นประเด็นสำคัญทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในหลายประเทศ โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการคัดกรองการติดเชื้อ COVID-19 และระยะเวลารอคอยพบแพทย์

ช่วงเสวนาระหว่าง **Dr. Mike Durkin** และ **Marcos Manhaes**

ในปัจจุบันประเทศอังกฤษมีการเปลี่ยนแปลงระบบ NRLS เป็นระบบใหม่ดังนี้ Lucie Mussett ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการดำเนินการของระบบใหม่ในการประชุมครั้งที่แล้ว ในครั้งที่ Marcos Manhaes จะมานำเสนอ

- การใช้ Advanced Technology มาช่วยในการจัดการระบบรายงานอุบัติการณ์
- การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Capture and Analysis)
- การแก้ไขประเภทเหตุการณ์และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์

การใช้ **Advanced Technology** มาช่วยในการจัดการระบบรายงานอุบัติการณ์

ในปัจจุบันประเทศอังกฤษได้นำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มโอกาสในการรายงานอุบัติการณ์และเชื่อมต่อระบบการเรียนรู้จากข้อมูลอุบัติการณ์โดยนำระบบ Application Program Interface (API) ซึ่งสามารถผสานรวมระบบรายงานอุบัติการณ์ ส่วนกลางกับระบบของโรงพยาบาลเข้าด้วยกันโดยอัตโนมัติ สามารถสื่อสารข้อมูล เชื่อมต่อข้อมูลระหว่างสองระบบได้ โดยสถานพยาบาลสามารถซื้อ software ที่เป็น local risk management application มาใช้และประสานงานกับผู้ผลิตในการจัดการเชื่อมต่อระบบท้องถิ่นที่เชื่อมกับระบบ API ได้ ทำให้ลดการป้อนข้อมูลที่ซ้ำซ้อน ลดภาระในการเก็บข้อมูล การดึงข้อมูลโดยใช้คน

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Capture and Analysis)

ในระบบเก่าของประเทศอังกฤษมีการแบ่ง taxonomy ในการเก็บข้อมูล และในหลายประเทศใช้ระบบ ICD 9, ICD 10, ICD 11 ในการจำแนกเหตุการณ์ ซึ่งในปัจจุบันประเทศอังกฤษไม่ได้ใช้วิธีจำแนกชนิดของอุบัติการณ์แบบ ICD แต่มีการเปลี่ยนแปลงระบบจำแนก taxonomy สำหรับการรายงาน โดยขยายจากการรายงานอุบัติการณ์ (patient safety incident) ไปเป็นการรายงานเหตุการณ์ (patient safety event) ซึ่งสามารถลดการมีข้อมูลที่ซ้ำซ้อน ไม่เหมาะสมได้ และง่ายต่อการทำงาน โดยหากส่วนกลางมีการปรับ taxonomy ใหม่ระบบ API จะส่งไปยังระบบโรงพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนใน real time

ระบบใหม่เอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล รวมถึงบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติการณ์ เช่น ผู้ป่วย และญาติสามารถดึงข้อมูลจากระบบมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขป้องกันได้ อีกทั้งได้มีการริเริ่มการใช้ social media มาช่วยในการดักจับมุมมองของผู้ป่วย ประเด็นที่ผู้ป่วยไม่รายงานแต่ไปลงใน social media และประเด็นที่ผู้ป่วยพบว่าไม่ปลอดภัย ซึ่งทางทีมกำลังศึกษาว่าจะดึงข้อมูลเหล่านี้มาใช้ได้อย่างไร มีการส่งเสริมให้เปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยไม่ว่าทางช่องทางใดก็ตาม เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและสามารถวัดความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อการบริการ รับฟังคำติชม ไม่หาเหตุผลหรือแก้ตัว นำความรู้สึก perception ของผู้ป่วยมาร่วมในการพัฒนาระบบต่อไป

การเก็บข้อมูลเชิงลึก (Insight)

มีการใช้ machine learning มาวิเคราะห์และดักจับรายงาน ช่วยในการจัดกลุ่มเหตุการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกันโดยแยกกลุ่มจากคำอธิบายเหตุการณ์ ช่วยจัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ และมีระบบในการเฝ้าระวังอุบัติการณ์หรือการเกิดแนวโน้มต่างๆที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ โดยไม่ต้องใช้คนในการดักจับและประมวลผลข้อมูล อีกทั้งมีการกำหนดนโยบายเรื่องการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้คนได้เรียนรู้และเปิดช่องทางให้คนเข้าถึงข้อมูลและข้อมูลเชิงลึกต่างๆ ได้ในระบบเดียว

การเรียนรู้ (Learning)

มีการสร้างฐานข้อมูลองค์ความรู้ที่ไม่ตายตัว แต่เป็นฐานข้อมูลที่รวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเชิงลึก นโยบาย การแจ้งเตือนเรื่องความปลอดภัยและกรณีศึกษา เอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่และศูนย์ต่างๆเข้าถึงข้อมูลและเลือกประเภทข้อมูลที่สนใจ สามารถสมัครรับการแจ้งเตือนข้อมูลที่ตรงกับความสนใจและจำเป็นต่อการทำงานในแผนกและความเชี่ยวชาญของตนเองได้ สามารถลงข้อมูลของหน่วยงานตนเองเพื่อเชิญชวนคนมาเข้าร่วมกิจกรรมผ่าน platform นี้ โดยการกำหนดการเข้าถึงข้อมูลมีหลายระดับ หากเป็นข้อมูลผู้ป่วย หรือข้อมูลดิบจะต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ NHS ก่อนเข้าถึงข้อมูลได้ แต่หากเป็นข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วทุกคนสามารถเข้าถึงได้ตามความสนใจ และหากสนใจข้อมูลจากองค์กร/โรงพยาบาลอื่นสามารถส่งคำร้องขอและส่งการตอบรับบน platform นี้ได้เช่นกัน

Platform นี้เอื้อต่อการเผยแพร่ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการปรับแต่งวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทและผู้รับสารในพื้นที่นั้นๆ มีการระบุ influencer หรือผู้มีอิทธิพลเพื่อรับรองข้อความและสนับสนุนการออกอากาศในสื่อและ platform ต่างๆ ผู้นำในด้านนั้นๆจะส่ง feedback ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงแนวทางการทำงานโดยสามารถสื่อสารไปกลับหากมีข้อซักถามหรือต้องการทำความเข้าใจใน feedback ที่ได้รับ และผู้นำสามารถติดตาม กำกับดูแลว่าการปรับปรุงระบบงานใน platform นี้ได้

การพัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูล (Improving data analysis)

ระบบใหม่เน้นการเข้าถึงข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงลึกโดยผู้ใช้งานจริง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ราชวิทยาลัย สมาคมวิชาการต่างๆมากกว่าการผลิตรายงานอุบัติการณ์เป็นจำนวนมากแต่ไม่ได้ใช้ข้อมูลเหล่านั้น และหากได้ข้อสรุปจากการวิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนางานต่างๆสามารถอัปเดตลง platform เพื่อตีพิมพ์ผลวิเคราะห์ รายงาน นโยบายใหม่กรณีศึกษาเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใน platform เดียวกันทั้งหมด

ประสบการณ์การพัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลจากประเทศอังกฤษ มีดังนี้

1. เปิดช่องทางให้ผู้สนใจข้อมูลเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น
2. การนำ machine learning มาใช้ ระบบจะตั้งคำถาม วิเคราะห์ข้อมูล ระบุปัญหาหรือตั้งคำถามใหม่ขึ้นมา โดยไม่ต้องใช้คน ยกตัวอย่างเช่น ระบบจะดึงข้อมูลเก่ามาพยากรณ์หรือคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งในปัจจุบันเมื่อเกิดปัญหาเราจะหาแนวทางการแก้ไข แต่ไม่ได้ย้อนกลับไปดูฐานข้อมูลเก่าว่าสามารถเรียนรู้เพิ่มเติมได้อีกหรือไม่ ดังนั้นระบบใหม่จะวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อชี้ให้เห็นถึงการคาดการณ์ความเสี่ยงที่ไม่เคยเกิดขึ้นได้

3. ระบบเก่าที่มีการจำแนก taxonomy ที่จัดทำโดยผู้เชี่ยวชาญอาจมีความคลื่อนกับระบบการทำงานจริง ผู้กรอกข้อมูลตามระบบ taxonomy ก็อาจกรอกไปตามที่กำหนดโดยไม่ได้คำนึงถึงว่ามีปัญหาอื่นในอุบัติการณ์นั้นๆ อีกหรือไม่ ทำให้เกิดปัญหาเรื่องคุณภาพของข้อมูล เช่น อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ผู้กรอกรายงานจะกรอกประเภทเหตุการณ์ว่าพลัดตกหกล้มอย่างแคบ 1 โดยเมื่อสืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมแล้ว พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มนั้นมาจากการความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เราพลาดข้อมูลในส่วนนี้ไป การใช้ machine learning สามารถปรับปรุงขั้นตอนก่อนการประมวลผลข้อมูล (Pre-processing phase) ให้มีความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์มากขึ้น โดยการสร้างชุดคำ กำหนดคำศัพท์ความปลอดภัยของผู้ป่วย มี Named Entity Recognition (NER) สำหรับการไม่ระบุชื่อข้อความและมีการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ได้

การแก้ไขประเภทเหตุการณ์และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์

จากที่กล่าวข้างต้นว่าปัจจุบันไม่มีการกำหนด taxonomy ในระบบใหม่ แต่มี flag list เหตุการณ์ที่ต้องให้ความระมัดระวังความท้าทายด้านความปลอดภัย (safety challenges) ได้แก่

1. การเกิดแผลกดทับ (Pressure ulcers)
2. การพลัดตกหกล้ม (Fall)
3. การทำร้ายตัวเอง (Self-harm)
4. อุบัติการณ์ที่เกิดจากรังสีรักษา (Radiotherapy incident)
5. การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Healthcare associated infection)
6. อุบัติการณ์ที่เกิดจากการคัดกรอง (Screening services incident)

ซึ่งเป็นเหตุการณ์เหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่มีสาเหตุซับซ้อนและยังไม่พบวิธีแก้ปัญหาที่ง่าย

สำหรับอุบัติการณ์ความปลอดภัยคลื่อนทางยาไม่ได้กำหนดใน flag list เนื่องจาก ในการรายงานอุบัติการณ์ต้องระบุชื่อยาในระบบทุกครั้งเพื่อให้เห็นได้อย่างชัดเจน

การจัดการระบบ NRLS ให้ง่ายและเอื้อต่อการใช้เป็นสิ่งสำคัญ ความสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การรับฟังคำแนะนำจากผู้ป่วยในประเทศอังกฤษ ได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาให้มีส่วนร่วมในการแจ้งเหตุการณ์และให้คำแนะนำ รวมถึงร่วมผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงในประเทศในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

องค์ประกอบ 6 ประการที่ส่งเสริมให้ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและให้ผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่

1. บุคลากรทุกระดับความมุ่งมั่น ทุ่มเท ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. มีระบบตรวจจับปัญหาและทุกคนมีความตระหนักต่อความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการทำงานประจำวัน
3. พัฒนาด้านเทคโนโลยี มีการอบรมการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรในด้านนี้
4. มีการทำงานเป็นทีม การประสานงาน และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน
5. มีการผลักดันให้มีการทำงานที่ปลอดภัย มีจริยธรรมที่ดี ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน

6. มีการออกแบบระบบและกระบวนการทำงานเพื่อความปลอดภัย และมีการทบทวนและปรับให้เหมาะสมเป็นประจำ

ทุกคนมีส่วนร่วมผลักดันเรื่องความปลอดภัยในองค์กร ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ โดยทำงานประสานกันเพื่อผลักดันให้มีการดำเนินการ การติดตาม เฝ้าระวังด้านความปลอดภัย ปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ 7 ประการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสากลของ WHO ที่ได้กล่าวไปแล้วใน World Patient Safety Day ปีนี้ ซึ่งจะช่วยกำจัดอันตรายและความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นได้ โดยตั้งเป้าหมายให้เกิดความเสียหายเป็นศูนย์ (Zero Harm) ภายใต้กรอบการทำงานที่มีศีลธรรม จรรยาบรรณอันดี

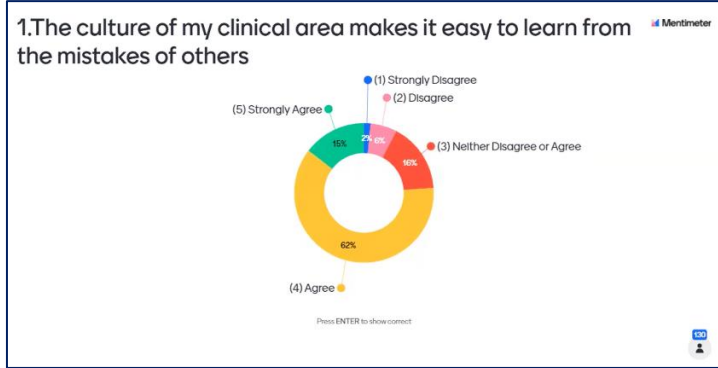
บทเรียนจาก workshop

1. การใช้ Advanced Technology มาช่วยในการจัดการระบบรายงานอุบัติการณ์ สามารถส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ให้มีการใช้งาน การเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลได้สะดวกและง่ายขึ้น ลดปัญหาข้อมูลซ้ำซ้อน ลดภาระในการเก็บข้อมูล การดึงข้อมูลโดยใช้กำลังคน และสามารถใช้เวลาที่เหลือในการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อหาแนวทางการแก้ไขป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
2. การนำเทคโนโลยีมาช่วยส่งเสริมระบบการเรียนรู้จากรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้ใช้ระบบสามารถดึงข้อมูลและตีพิมพ์ผลวิเคราะห์และแนวทางการปรับปรุงพัฒนางาน รายงานต่างๆ นโยบายใหม่ กรณีศึกษาเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อีกทั้งยังสามารถเลือกรับข้อมูลที่ตรงกับความสนใจและความเชี่ยวชาญของตนเอง ใน platform เดียวกันทั้งหมด ลดปัญหาการไหลของข้อมูลมากเกินไปทำให้ผู้รับข้อมูลขาดความสนใจและพลาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตนเอง
3. ให้ความสำคัญกับการรับฟัง patient insight เมื่อเกิดอุบัติการณ์ เราควรให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบันทึกเหตุการณ์ การเรียนรู้ และให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบ เพื่อให้ได้รับมุมมองจากผู้ให้บริการจริง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้คำช่วยในการออกแบบระบบที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ครอบคลุมทั้งมุมมองจากผู้ให้และผู้รับบริการ
4. การนำข้อมูลจาก social media ที่ผู้ป่วยลงไว้เกี่ยวกับข้อกังวลหรือความคลาดเคลื่อนในการรับบริการจากสถานพยาบาล ยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจและยังต้องค้นหาวิธีการที่เหมาะสมต่อไป
5. ผู้นำมีส่วนสำคัญในการผลักดันการดำเนินการ สร้างบรรยากาศและส่งเสริมให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และวัฒนธรรมการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อนทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร

คำถามจากวิทยากร โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมตอบความคิดเห็น ดังนี้
5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 เห็นด้วย 3 ปานกลาง 2 ไม่เห็นด้วย 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

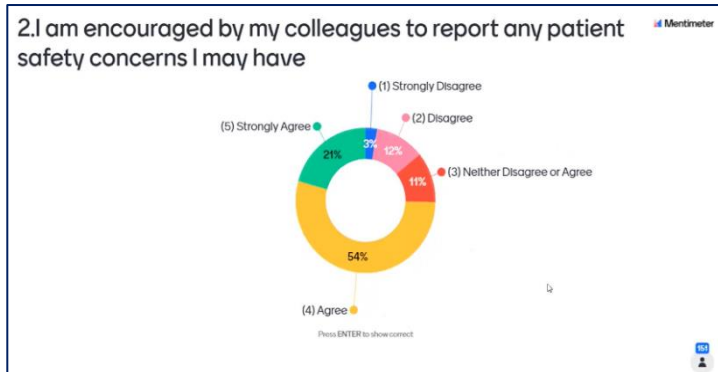
คำถามที่ 1 “วัฒนธรรมการปฏิบัติงานในแผนกของคุณเอื้อต่อการเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากเพื่อนร่วมงานหรือไม่”

คำตอบที่ 1 จากกราฟแสดงให้เห็นว่า 75% เห็นด้วยกับข้อความนี้ แสดงให้เห็นว่ามีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดี



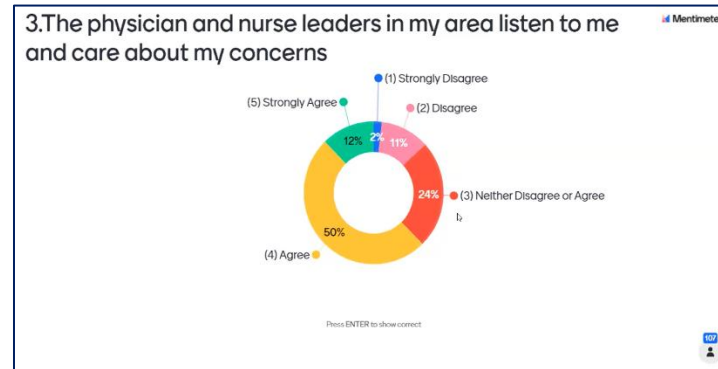
คำถามที่ 2 “เรามีระบบหรือมีเพื่อนร่วมงานที่สนับสนุนให้เรารายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่”

คำตอบที่ 2 จากกราฟแสดงให้เห็นว่า 75% เห็นด้วยกับข้อความนี้ แสดงให้เห็นว่ามีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดี



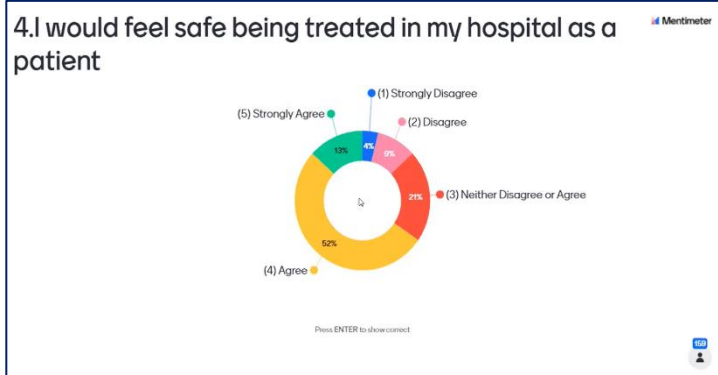
คำถามที่ 3 ทีมนำ/ หัวหน้าทีมแพทย์และพยาบาลรับฟังข้อกังวลและดูแลเราหรือไม่

คำตอบที่ 3 จากกราฟพบว่า มีผู้เข้าร่วมประชุมที่เห็นด้วย 62% ซึ่งเห็นด้วยน้อยกว่าคำถามที่ 1 และ 2 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมนำ/ หัวหน้าแต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายที่จะพัฒนาในประเด็นดังกล่าวให้ดีขึ้น



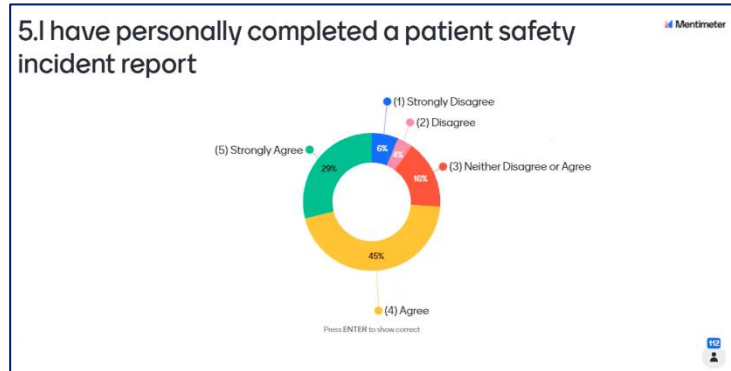
คำถามที่ 4 คุณรู้สึกปลอดภัยหรือไม่หากคุณต้องเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ตนเองทำงานอยู่

คำตอบที่ 4 จากกราฟผลสำรวจที่พบมีความคล้ายคลึงกับผลสำรวจในประเทศอังกฤษ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเราควรร่วมกันเพื่อพัฒนาการดูแลรักษาและการบริการให้ดียิ่งขึ้นโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์การปรับปรุงพัฒนางานของโรงพยาบาล/ องค์กรอื่นและสร้างเครือข่ายในแลกเปลี่ยนเรียนรู้



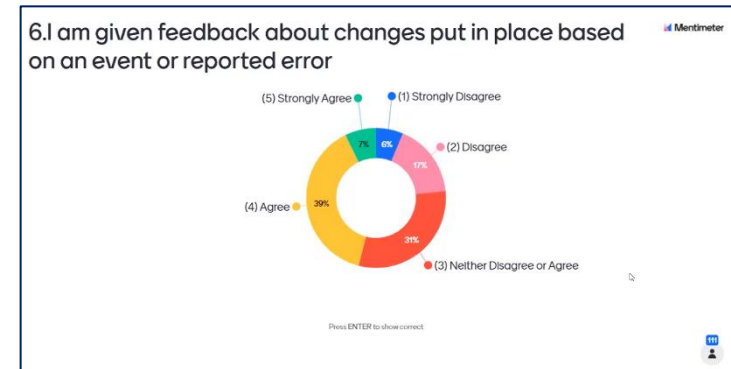
คำถามที่ 5 เราสามารถรายงานอุบัติการณ์ได้ด้วยตนเอง

คำตอบที่ 5 จากกราฟพบว่าเมื่อมีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนน้อยมากที่ไม่เคยกรอกรายงานอุบัติการณ์ ซึ่งแนะนำให้เริ่มกรอกรายงานอุบัติการณ์เมื่อพบความคลาดเคลื่อนเพื่อจะได้เรียนรู้ว่าสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาพัฒนาระบบได้อย่างไร



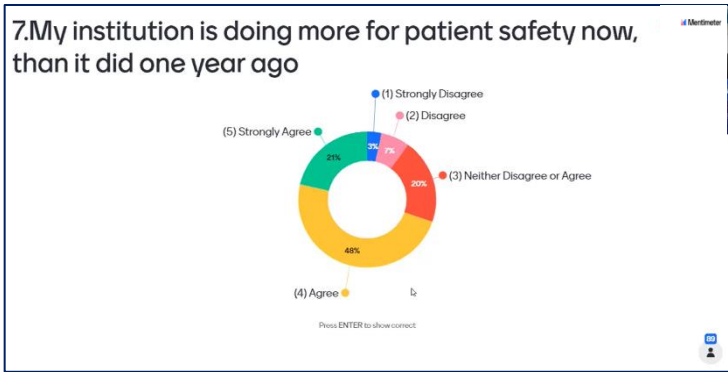
คำถามที่ 6 เมื่อเราได้รายงานอุบัติการณ์ไปแล้วได้รับการตอบกลับว่ามีการแก้ไขเพื่อการพัฒนากระบวนการอย่างไร

คำตอบที่ 6 จากกราฟแสดงให้เห็นว่าผลการสำรวจที่ได้ดีกว่าในประเทศอังกฤษซึ่งมีผู้ตอบว่าเห็นด้วย 46% ทาง HAI รับผิดชอบต่อผลและจะนำไปพัฒนาให้มีการตอบกลับเพิ่มมากขึ้น



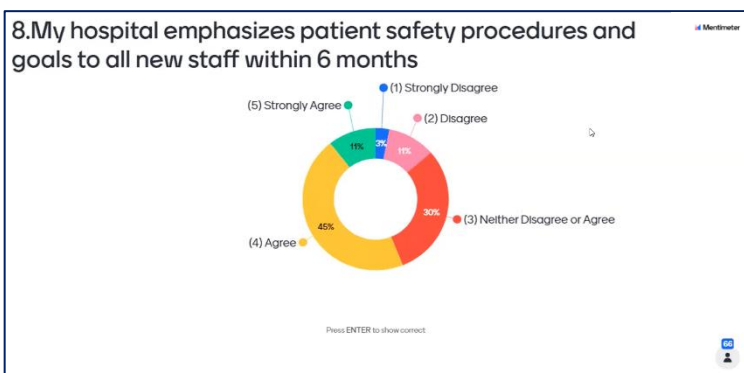
คำถามที่ 7 องค์กรของฉันมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมา

คำตอบที่ 7 จากกราฟพบว่า มีผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วย 69% แสดงให้เห็นว่าได้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจริง



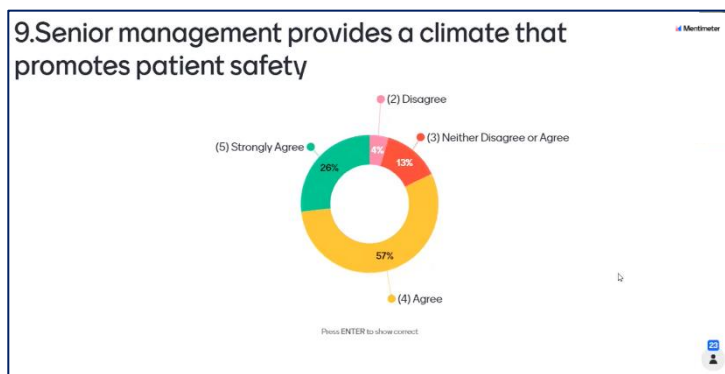
คำถามที่ 8 โรงพยาบาลของฉันให้ความสำคัญและอบรมเรื่องเป้าหมายและการดำเนินการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่บุคลากรใหม่ทุกคนภายใน 6 เดือน

คำตอบที่ 8 จากกราฟพบว่า มีผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วย 56% ซึ่งเป็นประเด็นที่ทุกประเทศต้องพัฒนาและกำหนดให้มีแนวทางการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยกับบุคลากรใหม่ ซึ่งในมาตรฐานใหม่ของ HA ได้ระบุ ว่า ในโปรแกรมปฐมนิเทศต้องอบรมเป้าหมายความปลอดภัยและกระบวนการเพื่อความปลอดภัยเพื่อปลูกฝังวัฒนธรรมขององค์กรในด้านนี้



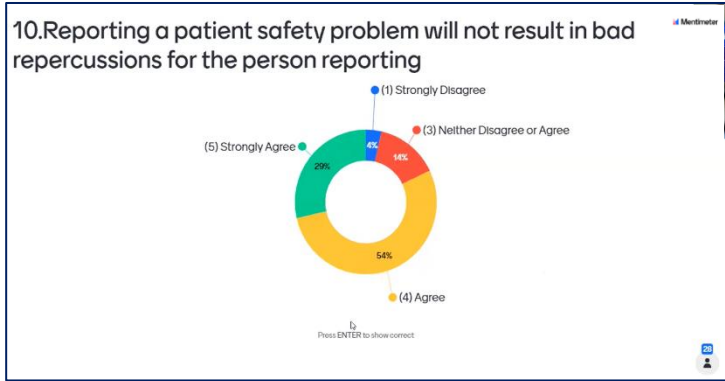
คำถามที่ 9 ผู้บริหารระดับสูงจัดให้มีบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำตอบที่ 9 จากกราฟพบว่า มีผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วย 83% ซึ่งเป็นแสดงให้เห็นว่ามี การสนับสนุนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ดี



คำถามที่ 10 การรายงานอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจะไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคลที่รายงาน

คำตอบที่ 10 จากการพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วย 83% ซึ่งเป็นแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร



มุมมองและคำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม

1. จากข้อมูลพบว่าในประเทศอังกฤษพบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มเป็นจำนวนมากซึ่งต่างจากประเทศไทย เนื่องจาก อาจมีการดูแลที่แตกต่างกัน ในไทยพบอุบัติการณ์เรื่องความคลาดเคลื่อนทางยามากกว่าการพลัดตกหกล้มหรือแผลกดทับ ซึ่งหากการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่กำหนดประเภทเหตุการณ์ จะทำให้สามารถเก็บข้อมูลเพิ่มเติมแล้วนำมาวิเคราะห์ได้ กว้างขึ้นว่าความคลาดเคลื่อนเกิดจากอะไร ซึ่งเป็นเรื่องน่าสนใจในการพัฒนาระบบเป็นอย่างมาก
2. **ถาม :** ทำไมต้องมีการปรับ taxonomy ใหม่
ตอบ : เพื่อให้มีระบบการเก็บข้อมูล (Data capture) ที่เป็นมาตรฐานโดยใช้เทคโนโลยีมาช่วยแทนคน โดยระบบใหม่สามารถให้ทุกคนเห็นคำถามชุดเดียวกัน มีตัวเลือกแบบเดียวกัน และสามารถมั่นใจว่ามีข้อมูลที่ครบถ้วนในการวิเคราะห์ข้อมูล อีกทั้งการเปลี่ยนระบบในครั้งนี้ได้ตอบใจหทัยระดับประเทศ สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการทราบ ต้องการวิเคราะห์และเรียนรู้
3. **ถาม :** เนื่องจากมีระบบและการจำแนก taxonomy เป็นของตนเอง หากต้องการทำ Benchmarking กับประเทศอื่นด้านความปลอดภัยผู้ป่วย จะมีวิธีการอย่างไร
ตอบ : ในปัจจุบันเราเน้นการเรียนรู้ภายในประเทศของเรามากกว่าเพื่อนำมาปฏิบัติจริง และส่งเสริมให้มีเรียนรู้จากข้อมูลเชิงลึกโดยเปรียบเทียบกับตัวเราเองในอดีต ซึ่งในอนาคตทางทีมจะกำหนดแนวทางและวิธีการเปรียบเทียบข้อมูลในระดับนานาชาติต่อไป
4. **ถาม :** การเก็บข้อมูล ความเห็นของผู้ป่วยจาก social media มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลหรือไม่
ตอบ : ขณะนี้เรายังไม่มีระบบดักจับความเห็นของผู้ป่วยจาก social media ที่ชัดเจน และยังไม่ได้เริ่มใช้ข้อมูลดังกล่าว จึงยังไม่ทราบผลลัพธ์ได้
5. **ถาม :** ระบบใหม่มีช่องทางให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยรายงานข้อกังวลหรืออุบัติการณ์หรือไม่
ตอบ : ระบบรายงานเก่ามีช่องทางให้ผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยรายงาน ทำให้ได้รับมุมมองจากผู้ป่วย สำหรับระบบใหม่ทางทีมกำลังพัฒนาด้านนี้อยู่ คาดว่าปลายปีหน้าจะสามารถนำมาแลกเปลี่ยนกับประเทศไทยได้ ซึ่งความเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ แต่เราต้องมีระบบในการยืนยัน สอบทานว่าความถูกต้องด้วย