



ถอดบทเรียนการดำเนินโครงการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพ
ความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม
ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2561-2564

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

คำนำ

โครงการ 2P Safety Hospitals เป็นโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในแผนบูรณาการในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่นอกเหนือการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมแล้ว คุณภาพของบริการนั้นต้องมีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับประชาชนชาวไทยทุกคน โดยโครงการพัฒนากลไกและเครื่องมือที่จะทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการตอบโจทย์ระบบคุณภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. ที่ทำหน้าที่พัฒนามาตรฐานและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และมีบทบาทหน้าที่ในการสร้างกลไกต่างๆ สำหรับขับเคลื่อนระบบบริการสาธารณสุข และมีหน้าที่ในการประสานความร่วมมือองค์กรต่างๆ ให้เกิดการขับเคลื่อนระบบบริการที่ดีร่วมกัน และมีหน้าที่ในการจัดการสื่อสารการประชุม สำหรับบุคลากรในระบบสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องระบบสุขภาพและความปลอดภัย

โครงการ 2P Safety Hospitals ได้ดำเนินการมาถึงปีที่ 4 (พ.ศ.2561-2564) ตามแผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนสำคัญคือ กลไกการขับเคลื่อนในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นที่มาของการพัฒนา 2P Safety Hospital สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน และในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital จำนวน 764 โรงพยาบาล

ในการนี้ได้มีการรวบรวมสิ่งดีๆ จากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้ และข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมโครงการที่เกิดขึ้นในห้วงเวลา 4 ปีของการดำเนินการโครงการ ผ่านกระบวนการถอดบทเรียน โดยได้รับความร่วมมือจาก 40 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ที่คัดเลือกจากกลุ่มโรงพยาบาลที่ได้มีความโดดเด่นการนำแนวคิด นโยบายและเครื่องมือคุณภาพ รวมถึงโปรแกรมการพัฒนาต่างๆ จากโครงการฯ สู่การนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ผ่านระบบการตอบแบบสอบถามผ่าน google form และการ focus group ขอขอบคุณทุกโรงพยาบาล ทุกทีมและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมืออย่างยิ่งในการให้ข้อมูล และเสียสละเวลาในการถอดบทเรียน การดำเนินการโครงการ 2P Safety Hospital ในครั้งนี้ ทีมนักถอดบทเรียนคาดหวังว่า การถอดบทเรียนในครั้งนี้จะเกิดประโยชน์กับทุกท่านที่สนใจ และสามารถนำบทเรียนดีๆ สู่การปฏิบัติเกิดเป็น best practice ในการพัฒนาความปลอดภัยในผู้ป่วยและบุคลากร รวมถึงต่อยอดสู่การพัฒนา ความปลอดภัยในประชาชนหรือ 3P Safety (Patient Personnel People) ต่อไป

ทีมนักถอดบทเรียน

ตุลาคม 2564

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ	2
หลักการและเหตุผล	2
วัตถุประสงค์.....	3
กลุ่มเป้าหมาย	3
วิธีดำเนินการ.....	4
การประเมินผลดำเนินการ	5
บทที่ 2 วิธีดำเนินการโครงการ	6
คุณสมบัติของโรงพยาบาล 2P Safety Hospital ในโครงการปัจจุบัน	7
เครื่องมือคุณภาพสำคัญ ในโครงการ.....	9
ระบบ HRMS on Cloud & National Reporting and Learning System (NRLS).....	9
Hospital Safety Culture Survey Online: HSCS	15
Patient Experience Program (PEP)	20
Community of Practice for Patient Safety: CoP SIMPLE	26
2P Safety Tech.....	35
สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานโครงการ 2P Safety ในช่วงปี 2561-2564	45
บทที่ 3 ผลการดำเนินการโครงการ	54
ผลการดำเนินการตามนโยบาย 2P Safety	54
ด้านการนำองค์กร.....	54
การขับเคลื่อนนโยบาย 2P safety สู่อุปการปฏิบัติ.....	54
ประโยชน์ที่ได้รับหลังจากเข้าร่วมโครงการ 2P safety Hospital	59
การขับเคลื่อน 2P Safety สู่อุปการปฏิบัติ.....	62
ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการ.....	62
ประโยชน์ที่ได้รับจากเครื่องมือ HRMS หรือ NRLS สู่อุปการต่อการพัฒนา	63
การนำผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย (Hospital Safety Culture Survey: HSCS) ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา คุณภาพ และเกิดผลลัพธ์การพัฒนา.....	64
การนำผลการสำรวจการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่อุปการปรับระบบบริการ (Patient Experience Program : PEP).....	65
การใช้ประโยชน์และต่อการพัฒนา 2P Safety พัฒนาสู่การเทียบเคียงตัวชี้วัด THIP.....	66
การเข้าร่วมโครงการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและเชื่อมโยงกับมาตรฐาน HA.....	67
ปัจจัยความสำเร็จ.....	68
ปัญหาและอุปสรรค	68
มุมมองและแนวทางของโรงพยาบาล ต่อการขับเคลื่อน 3P Safety	70
บทที่ 4 สรุปผลและข้อเสนอแนะ	71
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง	71
องค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้จากการดำเนินการโครงการ	73

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ 4 ด้าน การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีการขับเคลื่อนสำคัญเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเสมอภาคทางสังคม ผ่านแผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ตั้งแต่ปี 2561 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ.ได้เสนอโครงการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อเป็นกลไกพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน ตอบสนองผลสัมฤทธิ์ ของแผนบูรณาการที่กำหนดไว้ในปี 2562 ว่า “ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ในเรื่องการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยประเด็นคุณภาพที่ให้ความสำคัญและมีผลกระทบกับประชาชนโดยตรง คือ เรื่องความปลอดภัยครอบคลุมทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (Patient and Personnel Safety) ซึ่งแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนามาตรฐานการและกลไกมาตรฐานให้มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 กำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัยเป็น National Patient and Personnel Safety Goals และวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 5 ยุทธศาสตร์ จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนทุกสิทธิการรักษาได้รับการดูแลที่มีความปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ป้องกันได้

ประเด็นที่ 2 สนับสนุนให้มี National incidents Reporting and Learning System ที่เกิดจากความร่วมมือ ของบุคลากรและหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ ส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง และระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบและเกิดกระบวนการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด เพื่อพัฒนาระบบให้เกิดการป้องกันความเสี่ยงที่ป้องกันได้สำหรับประชาชนทุกสิทธิ

ประเด็นที่ 3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์

ระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบที่มีความสำคัญ มีผลกระทบโดยตรงกับประชาชน และเป็นระบบที่มีความซับซ้อน การพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนาต่อเนื่อง โดยใช้การพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม รวมถึง

ในปัจจุบันมีสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรนา หรือ โรค COVID-19 ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพในหลากหลายเรื่อง แต่สิ่งที่ยังเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (Patient and Personnel Safety) รวมถึงเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเพื่อสร้างความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งขยายแนวคิดต่อยอดในการตั้งเป้าหมายครอบคลุมถึงความปลอดภัยของประชาชน โดยประชาชนมีส่วนร่วมเป็น 3P Safety หรือ Patient–Personnel–People Safety เพื่อให้เกิด “ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับประชาชนบนแผ่นดินไทยทุกคน”

วัตถุประสงค์

1.รพ.ทุกสังกัดมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุขที่สอดคล้องกับ National Patient and Personal Safety Goals และมีการนำแนวทางไปปฏิบัติในการให้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย สำหรับประชาชนทุกสิทธิบริการ โดยมีการพัฒนากลไกและวางระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลทางบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล และในระบบบริการสุขภาพ เช่น มีการบูรณาการในการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาเรื่อง Patient and Personnel Safety รวมถึงมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และเพิ่มคุณค่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหรือระบบบริการสุขภาพที่มีผลลัพธ์ในเรื่อง Patient and Personnel Safety โดยเลือก Preventable Harms ที่สำคัญ กำหนดเป็นมาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัย

2.มีระบบวัดผลลัพธ์คุณภาพบริการโรงพยาบาล ทั้งคุณภาพบริการและความปลอดภัยในระดับภาพรวมเพื่อการพัฒนาและสื่อสารกับประชาชน เช่น ระบบ National incidents Reporting and Learning System ที่วิเคราะห์ข้อมูลและเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการ การเรียนรู้จากข้อผิดพลาดเพื่อวางระบบป้องกันในโรงพยาบาลนารองของทุกระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบบริการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกสิทธิ หรือระบบ Thailand Hospital Indicator Program เพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษาให้มีผลลัพธ์บริการทางคลินิกที่ดี นำไปสู่การเพิ่มคุณค่าสถานบริการหรือระบบด้วยผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลรักษา

3.โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบบริการจากประสบการณ์ผู้ป่วย และมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อนำไปสู่การสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยอย่างมีส่วนร่วม เป็น Patient Personnel และ People Safety หรือ 3P Safety

กลุ่มเป้าหมาย

- 1.โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย ทั้งภาครัฐและเอกชน (ที่มีเตียงพักค้างคืน)
- 2.ภาคีเครือข่าย อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ (แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภาเทคนิคการแพทย์) กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมโรงพยาบาลเอกชน สมาคมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และเครือข่ายภาคประชาชน

3. ผู้รับบริการจากสถานพยาบาลทุกสังกัด โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นหน่วยงานประสานการขับเคลื่อน

วิธีดำเนินการ

การขับเคลื่อนโครงการดำเนินการภายใต้นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ประกาศโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2559 โดยมียุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) ของประเทศไทย ระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ.2561-2564) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การจัดประชุม/สัมมนาเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย 2P Safety

กิจกรรมที่ 2 ประชุมสัมมนาโรงพยาบาล 2P Hospitals

กิจกรรมที่ 3 จ้างเหมาบริการ เพื่อบริหารจัดการโครงการ

กิจกรรมที่ 4 จ้างเหมาบริการ เพื่อดูแลสนับสนุนการใช้ระบบ NRLS, HSCS, PEP

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมขับเคลื่อนนโยบาย ภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการเผยแพร่ องค์ความรู้ ประชาสัมพันธ์ 2P Safety

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการประเมินผลโครงการ 2P Safety

ผู้รับผิดชอบ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินโครงการ

1. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ป้องกันได้ในสถานพยาบาล
2. สถานพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบมีวัฒนธรรมความปลอดภัย กลไกและเครื่องมือ ในการแสดงผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ เกิดการเรียนรู้ที่สามารถสื่อสารสู่สาธารณะ
3. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำและความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพในเรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

การประเมินผลดำเนินการ

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	แผน	ผลลัพธ์
เชิงปริมาณ :			
สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีเป้าหมายความปลอดภัย (2P Safety Goals) และรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ National Reporting and Learning system	จำนวนสถานพยาบาล	750	764
จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองในมาตรฐาน HA ใช้ Quality Measurement เป็นกลไกในการขับเคลื่อนและยกระดับ (THIP และ NRLS)	จำนวนสถานพยาบาล	600	
สถานพยาบาลมีการนำอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป มาทบทวนและพัฒนาคุณภาพระบบงาน	อัตราอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็น ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวนและแก้ไขเชิงระบบ	ร้อยละ 20	24
สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการรับฟังเสียง/เรียนรู้อุปสรรคการดำเนินงานของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	อัตราสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการใช้โปรแกรม PEP เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงาน	ร้อยละ 50	
มีระบบ รูปแบบหรือนวัตกรรมที่พัฒนาเชิงระบบเพื่อป้องกัน Preventable Harms ตาม 2P Safety Goals ด้วยแนวคิด Human Factor Engineering	จำนวนผลงานนวัตกรรม	5 ผลงาน	
องค์ความรู้ และบทเรียนในระบบบริการสุขภาพ/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy)	จำนวนองค์ความรู้หรือบทเรียนผู้ให้บริการหรือประชาชน	1 เรื่อง	

บทที่ 2

วิธีดำเนินโครงการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบโครงการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (2P Safety Hospitals) ซึ่งเป็นโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในแผนบูรณาการ ในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่นอกเหนือการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมแล้ว คุณภาพของบริการนั้นต้องมีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับประชาชนชาวไทยทุกคน โดยโครงการพัฒนากลไกและเครื่องมือที่จะทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการตอบโจทย์ระบบคุณภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ.ที่ทำหน้าที่พัฒนามาตรฐานและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และมีบทบาทหน้าที่ในการสร้างกลไกต่างๆ สำหรับขับเคลื่อนระบบบริการสาธารณสุข และมีหน้าที่ในการประสานความร่วมมือองค์กรต่างๆ ให้เกิดการขับเคลื่อนระบบบริการที่ตีร่วมกัน และมีหน้าที่ในการจัดการสื่อสารการประชุม สำหรับบุคลากรในระบบสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องระบบสุขภาพและความปลอดภัย

โครงการ 2P Safety Hospitals ได้ดำเนินการมาถึงปีที่ 4 ตามแผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนสำคัญคือ กลไกการขับเคลื่อนในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นที่มาของการพัฒนา 2P Safety Hospital สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน และในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital จำนวน 764 รพ.

ในการเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลจะได้เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพที่สำคัญเน้นที่ระบบบริหารความเสี่ยง เรียนรู้การใช้เครื่องมือรายงานความเสี่ยง ผ่านระบบ HRMS on cloud ระบบ National Reporting and Learning system ; NRLS ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ (Hospital Safety Culture Survey; HSCS) วิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล เรียนรู้และใช้งานระบบการสำรวจประสบการณ์ผู้ป่วยและผู้รับบริการผ่านระบบ Patient Experience program; PEP เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับสู่การปรับระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องและตอบสนองของความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลการทบทวนอุบัติการณ์ในระบบ NRLS โดยใช้เครื่องมือ Root Cause Analysis ; RCA ในอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ผ่านการจัดการความรู้ในรูปแบบ Community of Practice ; CoP (CoP SIMPLE) รวมถึงส่งเสริมการใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

และความปลอดภัยในบุคลากร ภายใต้ความร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ภายใต้โครงการ 2P Safety Tech

คุณสมบัติของโรงพยาบาล 2P Safety Hospital ในโครงการปัจจุบัน

- I. ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลประกาศเป้าหมายเป็น 2P Safety Hospital
- II. รพ.นำ National Patient and Personnel Safety Goals ไปสื่อสารและวาง แนวทางปฏิบัติในโรงพยาบาลในเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบท
- III. โรงพยาบาลมีระบบบริหารความเสี่ยงและรายงานผลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับ 2P Safety เขาสุระระบบ National Reporting and Learning System
- IV. โรงพยาบาลมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและมีการประเมินผล Safety Culture Survey



ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการฯ

1. สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบบริการความเสี่ยงของตนเองที่เชื่อมต่อกับระบบ NRLS ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาและเป็นการวางระบบบริหารความเสี่ยงของแต่ละโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ
2. ผู้บริหารมีข้อมูลในการตัดสินใจ วางแผนพัฒนาคน เงิน ของ เพื่อพัฒนา Health system ให้มีคุณภาพและความปลอดภัย
3. มีระบบเพื่อ Learning แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาเพื่อวางระบบป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ลดปัญหาการฟ้องร้อง และสร้างความน่าไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ (Trust in Healthcare)
4. ประเทศไทยเป็นผู้นำในภูมิภาคในการพัฒนาระบบ NRLS ซึ่งเป็นทิศทางระดับ Global ที่ปฏิบัติได้จริง

แนวคิดสำคัญในการดำเนินการโครงการคือ การบูรณาการ

“Risk & Safety อยู่ในทุกระบวนการดูแลรักษา”

“2P Safety อยู่ในมาตรฐาน HA และเป็นเรื่องเดียวกัน”

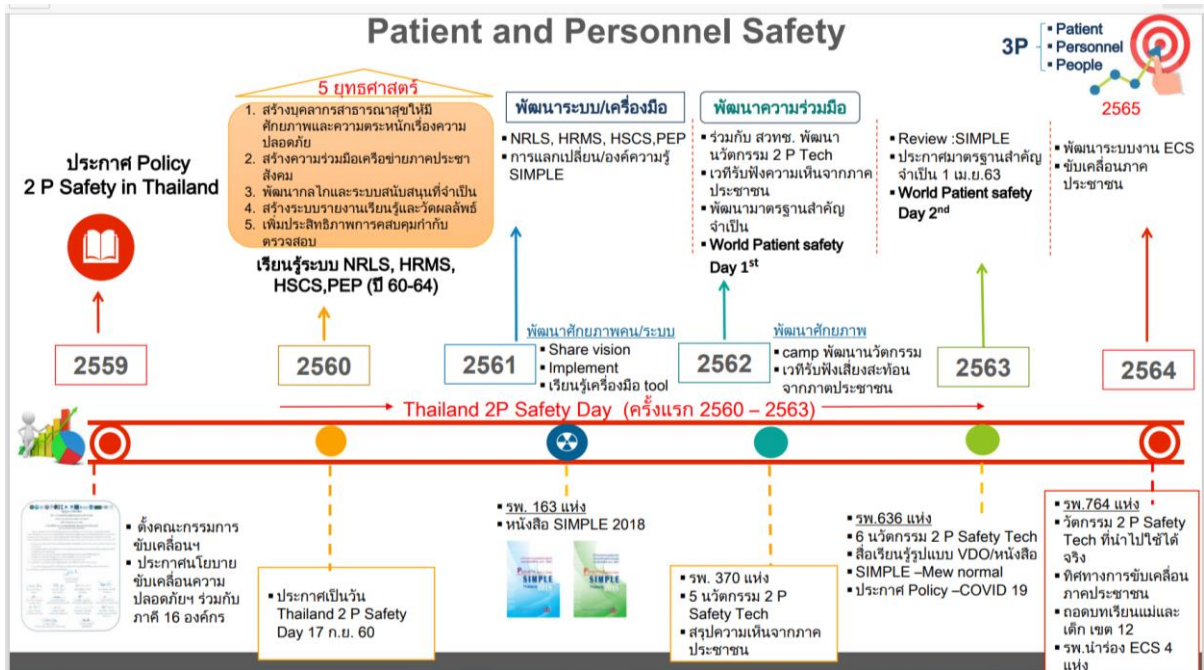
การสร้างการเรียนรู้กลไกและวิธีการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ (Quality Tool) สำหรับสมาชิก 2P Safety Hospital ซึ่งประกอบไปด้วย

- 1) สื่อสารทำความเข้าใจ แนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA และการธำรงคุณภาพด้วยการพัฒนาต่อเนื่อง ด้วยระบบบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน การกำหนดประเด็นสำคัญ มาตรฐานสำคัญจำเป็น การกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย ที่มุ่งสู่ผลลัพธ์เรื่อง Patient and Personnel Safety โดยมี 2P Safety Goals หรือ (SIMPLE)² เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- 2) สื่อสารแนวทาง ที่มา ความสำคัญ และเรียนรู้เทคนิควิธีการใช้งานระบบ National Reporting and Learning System on Cloud สำหรับการปฏิบัติจริงในสถานพยาบาล
- 3) สื่อสารแนวทาง ที่มา ความสำคัญ และเรียนรู้เทคนิควิธีการใช้งานระบบ Hospital Safety Culture Survey Online: HSCS เพื่อประเมินและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล
- 4) สื่อสารแนวทาง ที่มา ความสำคัญ และเรียนรู้เทคนิควิธีการใช้งานระบบ Patient Experience Program: PEP เพื่อการประเมินและปรับปรุงระบบบริการ
- 5) เรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากระบบรายงานในระบบ NRLS & HRMS on Cloud ระบบ HSCS และระบบ PEP

กลุ่มเป้าหมายในการสร้างการเรียนรู้ เพื่อเป็นผู้นำสู่การแนวคิด 2P Safety สู่การปฏิบัติ ได้แก่

- 1) ผู้นำด้านการพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล/QMR/RMC
- 2) ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็น ผู้ดูแลระบบ (Admin)* ของโรงพยาบาลสำหรับการดูแลระบบ HRMS on Cloud, HSCS, PEP

หมายเหตุ * Admin คือ ผู้ที่รับผิดชอบในวางแผน (Planning) การนำระบบ HRMS on Cloud, HSCS, PEP ไปใช้สู่การปฏิบัติ (Implementation) การติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเพื่อใช้ประโยชน์ (Monitoring & Analysis) (ผู้รับผิดชอบ ผู้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงวิชาการและบริหารจัดการไม่ใช่เจ้าหน้าที่ IT)



ภาพที่ 1 Timeline การขับเคลื่อน 2P Safety ในประเทศไทย

เครื่องมือคุณภาพสำคัญ ในโครงการฯ



ระบบ HRMS on Cloud & National Reporting and Learning System (NURLS)

หลักการ/แนวคิดสำคัญ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้ร่วมกับ 16 องค์กรวิชาชีพ ดำเนินการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) สำหรับประเทศไทย โดยมีการดำเนินการภายใต้ 3 ภารกิจหลัก คือ

- 1) กำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัย National Patient and Personnel Safety Goals และวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

- 2) สนับสนุนให้มี National Incidents Reporting and Learning System ที่เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรและหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่ส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง และระดับประเทศ เพื่อพัฒนาเชิงระบบ และ
- 3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนพัฒนาระบบการรายมีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์

การดำเนินการ

สธพ.จึงได้พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารความเสี่ยงของสถานพยาบาล ผ่านระบบสารสนเทศ (Healthcare Risk Management System; HRMS client) ซึ่งเป็นระบบที่สามารถใช้ได้กับสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกขนาด ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เป็น Web-based Application สามารถเข้าใช้งานได้อย่างอิสระตลอดเวลา ผ่านระบบ Internet Web Browser ซึ่งรองรับการใช้งานแบบ Any-time, Any-where, Any-Device, Any-Platform บนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่หลากหลาย เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์, Smart Phone, iPad, tablet ต่างๆ โดยมีระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลด้วยการกำหนดกลุ่มผู้ใช้ตามบทบาทและระดับสิทธิ์การเข้าใช้งาน และเพื่อสร้างระบบการเรียนรู้ผ่านข้อมูลจากการรายงานอุบัติการณ์ จึงประยุกต์ใช้แนวคิด KM เชื่อมโยงกับ Patient and Personnel Safety Goals : SIMPLE สู่การพัฒนาเป็น **โปรแกรม National Reporting and Learning System ; NRLS** ซึ่งจะใช้เป็นสื่อกลางในการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospitals และได้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเข้าสู่ระบบ ในรูปแบบ Community of Practice : CoP โดยแต่ละ CoP จะมีผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระบบ เป็นผู้สร้างการเรียนรู้เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถดึงแนวคิด แนวทางปฏิบัติ และ tacit knowledge ของผู้เข้าร่วม สร้างการเรียนรู้ผ่านแนวทางปฏิบัติที่ดีของแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิก พัฒนาองค์ความรู้และสามารถนำสู่การประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแต่ละบริบทพื้นที่ต่อไปได้.

ความเชื่อมโยงของระบบ HRMS สู่ระบบ NRLS ได้ถูกพัฒนาเชื่อมโยงได้โดยอัตโนมัติ สามารถรับข้อมูลจากระบบ HRMS สู่ระบบ NRLS แบบ real time และสำหรับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospitals ที่มีระบบฐานข้อมูลอุบัติการณ์เป็นของตนเอง สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลกลาง (NRLS) ตาม Standard Data Set & Terminologies ด้วยการ Import เข้าสู่ระบบ NRLS service

ในบริบทประเทศไทยการขับเคลื่อนระบบ NRLS ได้มีการสำรวจความคิดเห็นต่อระบบการรายงานความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของสถานพยาบาลในประเทศไทย ในความเป็นไปได้กับกลุ่มที่สนใจ ได้แก่ 1) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ประชุม CoP RM ในวันที่ 15-16 มิถุนายน 2560 และ 2) ประธานและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงใน 145 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ มีความคิดว่าจะระบบ National Reporting System; NRLS มีความเป็นไปได้ในบริบทประเทศไทย 100%

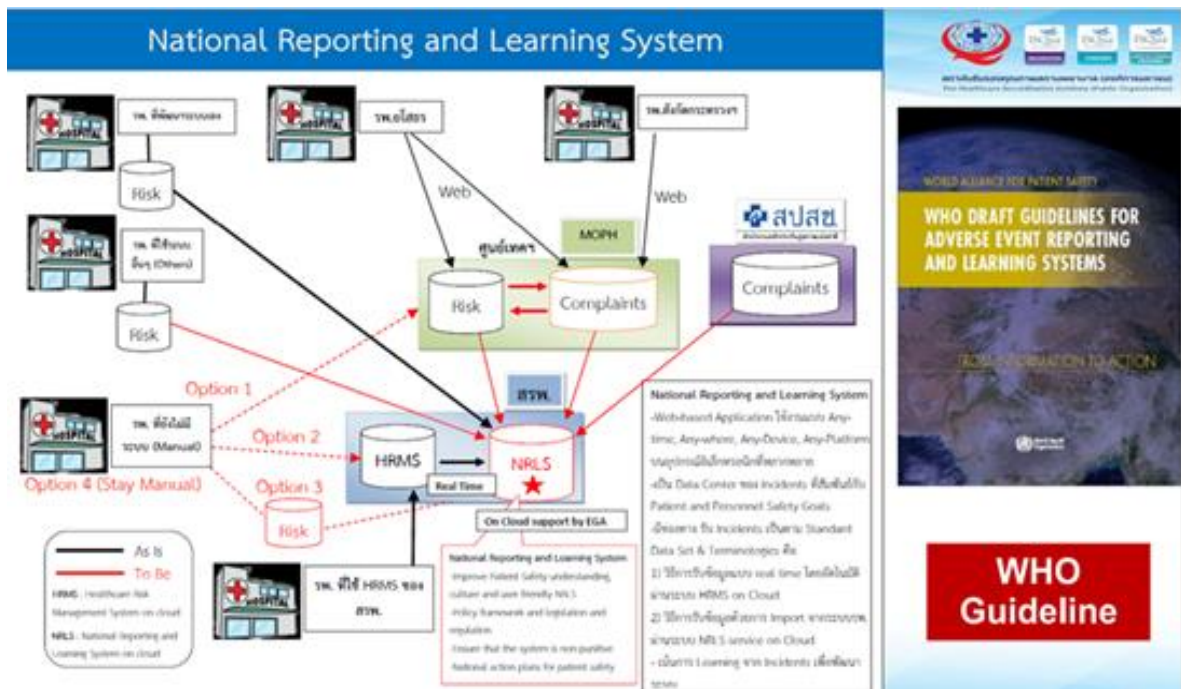
ด้วยเหตุผลดังนี้ 1) เป็นนโยบายผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญ 2) เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรม 3) ในแต่ละรพ.มีการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงอยู่แล้ว ซึ่งสามารถต่อยอดได้ 4) ประโยชน์สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย 5) ทีมงานในหลายๆ รพ.มีความพร้อมและเข้มแข็ง 6) มีการขับเคลื่อนในส่วนกลางที่พร้อมประสาน และ 7) ยากแต่ทำได้.

ในการนำสู่การปฏิบัติ พบว่า ร้อยละ 87.5 คิดว่าควรใช้ระบบบังคับ (Mandatory) ด้วยเหตุผล 1) ผู้บริหารมีการโยกย้ายบ่อย หากใช้วิธีการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ การดำเนินการอาจไม่ต่อเนื่อง แต่ถ้าใช้ระบบบังคับ (Mandatory) ถึงแม้จะมีการโยกย้ายผู้บริหารไปที่ใดก็ต้องทำ 2) เป็นเรื่องที่ยากให้ขับเคลื่อนเร็ว เพราะเป็นประโยชน์ หากใช้วิธีการสมัครใจอาจเห็นผลช้า และ 3) การดำเนินงานเชิงนโยบายทำให้ผู้บริหารให้ความสนใจ จะมีการสั่งการและกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานให้เกิดขึ้นในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม.

ความเป็นไปได้ของการสร้าง National Reporting and Learning System ในประเทศไทย สิ่งที่ควรเพิ่มเติม คือ 1) ความมั่นใจในความปลอดภัยของข้อมูล 2) User friendly 3) การเชื่อมต่อข้อมูลจากทุกภาคส่วน 4) การ feedback การแก้ปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 5) มีแนวทางการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ไปในทิศทางเดียวกัน และ 6) ใช้เป็นฐานข้อมูลกลางระดับประเทศสำหรับการพัฒนาและการสื่อสารที่เป็นประโยชน์กับโรงพยาบาลและประชาชนอย่างสร้างสรรค์

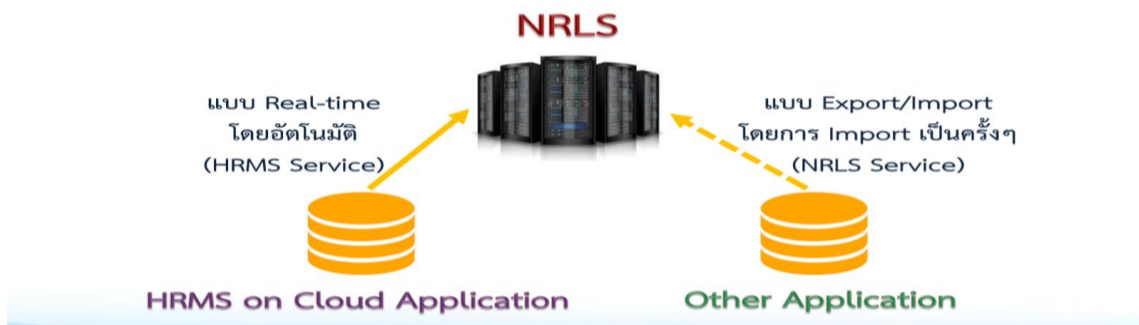
ด้วยนโยบายและความคิดเห็นดังกล่าว สรพ.จึงได้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System ขึ้น โดยมีแนวคิดสำคัญโดยประธานคณะทำงานคือ ศ.ดร.นพ. ประสิทธิ์ วัฒนาภา เจ้าของวลี **“ยากแต่ทำได้”**





ภาพที่ 2 แผนผังกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ National Reporting and learning System

ช่องทางการนำเข้า (Input) ข้อมูลของระบบ NRLS



ระบบความปลอดภัยของระบบ NRLS

1. ใช้ระบบ G-Cloud Server & Network Information Security
2. มีระบบ Information Security of System Development & Data Exchange
3. มีการบริหารจัดการชั้นความลับของข้อมูล และระดับสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มผู้ใช้งาน ระบบ
 - การบันทึกข้อมูล ไม่ระบุข้อมูลที่จะแสดงถึงตัวบุคคล/ ชื่อของโรงพยาบาลที่รายงาน อุบัติการณ์, ไม่แสดงรายละเอียดของการบริหารจัดการเฉพาะของแต่ละ รพ.
 - การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปตามระดับสิทธิ์ และความรับผิดชอบ

ผลการดำเนินการ

National Reporting and Learning System in Thailand

NRLS: National Reporting and Learning System (THAILAND)



การใช้ประโยชน์จากระบบ NRLS :

การวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงภาพรวมของประเทศ ในการพัฒนาและสร้างระบบรายงานและเรียนรู้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านั้น เพื่อมุ่งสู่ความปลอดภัยทั้งทางด้าน ผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นระบบฐานข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงภาพรวมของประเทศ ซึ่งใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ตามนโยบายความปลอดภัยของ ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety).

**“ต่อยอดข้อมูลความเสี่ยง ใช้ข้อมูลสร้างการเรียนรู้เชิงบวก
ผู้ที่รายงาน คือผู้ที่กล้าที่จะเปลี่ยนแปลง ”**

ข้อมูลต้องถูกนำไปใช้ และใช้อย่างไรให้เกิดประโยชน์ คุณค่าที่ต้องใช้คือ บทบาท RM บทบาท สรพ. บทบาทกระทรวงสาธารณสุข คุณค่าที่เกิดจากระบบจะมีระดับที่แตกต่างกัน

การจัดการกับ Incident ทำอย่างไรให้เกิดโหมตการเรียนรู้เชิงบวก ซึ่งเป็นโจทย์แห่งชาติ ดังนั้นต้องรวบรวมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีความเชี่ยวชาญแต่ละด้านเข้ามามีส่วนร่วม และร่วมกับออกแบบระบบ National Reporting and Learning System; NRLS บนพื้นฐานความปลอดภัยของข้อมูลในระดับสูงสุดที่จะเป็นไปได้ (ไม่มีระบบใดในโลกที่สามารถการกักรันตีความปลอดภัยของระบบ 100% จาก Hacker) โดยหลักการสำคัญคือ การใช้ประโยชน์จากข้อมูล ดังนั้นข้อมูลที่แสดงถึงตัวตน ตัวบุคคล หรือสถานที่เกิดเหตุ จึงไม่ได้ถูกนำเข้าสู่ระบบ และระบบมีการออกแบบการเข้าถึงชั้นข้อมูลที่แตกต่างกัน

เสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลที่ได้ใช้ระบบ HRMS และ NRLS สู่การปฏิบัติ

โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส

1. ระบบ HRMS & NRLS ช่วยในการตรวจสอบระบบ ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่พบ สู่การวางแผน ปรับระบบงานได้ตรงประเด็นปัญหา บอกได้ว่าองค์กรมี Awareness กับความปลอดภัยระดับใด หน่วยงานรับรู้ความเสี่ยงขององค์กร โดยไม่ต้องรอรายงานจาก RM ที่มำสามารถนำความเสี่ยงในระบบที่เกี่ยวข้องมาวางแผนแก้ไขปัญหาได้ RM รู้ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไข ทำให้สามารถวางแผนออกแบบการติดตามได้
2. ใช้ในการวิเคราะห์ และวางแผนพัฒนาได้ตรงจุด
3. เป็นเครื่องมือก่อให้เกิดความรู้ใช้พัฒนาคนในองค์กร

ประโยชน์ของระบบ HRMS& NRLS ในระดับต่างๆ

- ระดับหน่วยงาน : มีระบบตรวจสอบของหน่วยงานตลอดเวลา มีความไวต่อความปลอดภัย และทำให้เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีของคนในหน่วยงาน
- ระดับโรงพยาบาล : ชวนเรียนรู้ ต่อยอด และมีความอดทนต่อความไม่ปลอดภัยลดลง เป็นโรงพยาบาล Safety และสามารถใช้อำนาจในระบบพัฒนาคนในโรงพยาบาล
- ระดับประเทศ : มีฐานข้อมูลความเสี่ยงของประเทศ ส่งผลให้สามารถกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยได้ตรงจุด คุ่มค่า คุ่มทุน คุ่มแรง

การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาล 2P safety การรายงานความเสี่ยงต้องเป็นเรื่องปกติของคนในโรงพยาบาลรู้สึกไม่เป็นภาระ ดังนั้นต้องอำนวยความสะดวก สามารถรายงานได้ทุกที่ ทุกเวลา อีกทั้งมีแกนนำ Risk M management อำนวยความสะดวกให้ทุกหน่วยงาน

ระบบ HRMS สามารถรายงานผลการวิเคราะห์ความสำเร็จของการพัฒนา คือการนำเรื่อง 2P Safety เข้าสู่ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล เพื่อความยั่งยืนด้านการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล และสร้างการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยในผู้ป่วยและความปลอดภัยในบุคลากรผ่านระบบ NRLS มากที่สุด

“ใช้ประโยชน์จากข้อมูล ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเข้าใจ”

“นำระบบเข้าไปใช้ และ Drive การบริหาร”

นพ.ทศพล ปุสสิโร

ประธานศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลระแงะ

โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ จังหวัดกาญจนบุรี

โรงพยาบาลได้ใช้พัฒนาคุณภาพภายใต้แนวคิด 3P (Purpose Process Performance) โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการค้นหาและจัดการความเสี่ยง เพื่อให้ผลลัพธ์ Patient and Personnel Safety โดยใช้กระบวนการ PDSA ในการพัฒนา ใช้การนำองค์กรและนโยบายบริหารจัดการความเสี่ยง ระบบการรายงาน และการพัฒนาบุคลากร โดยตั้งเป้า Performance ที่ Hospital Safety Culture Survey ; HSCS จำนวนรายงาน และ Situation Awareness

ใช้ระบบ HRMS มีการส่งข้อมูล การ key ข้อมูล สื่อสารแบบง่าย ๆ ข้อมูลหัวข้อความเสี่ยงที่สำคัญ มีการเลือกหัวข้อความเสี่ยงที่เหมาะสม มีการสร้างการเรียนรู้ 2P Safety Goals ใช้แนวคิด Learning and Improve และพัฒนาสู่การเขียนแบบประเมินตนเอง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

“ผู้นำ/ผู้อำนวยการให้การสนับสนุน มีทีมบริหารอำนวยความสะดวก ทีม RM MAN ขับเคลื่อน หัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ และศูนย์คุณภาพช่วยในการออกแบบ วิเคราะห์ และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูล”

พ.ท.หญิง วัชรภรณ์ ตานินทร์

รองหัวหน้ากองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์

Hospital Safety Culture Survey Online: HSCS

หลักการ/แนวคิดสำคัญ

Safety Culture คือ วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นเรื่องดีงาม เพราะทำเพื่อความปลอดภัยขององค์กร Safety Culture เกิดขึ้นเมื่อปี 1986 มีการระเบิดของโรงไฟฟ้า Chernobyl มีคนเสียชีวิตจำนวนมากแต่ไม่เท่ากับสร้างผลกระทบต่อคนจำนวนมากทำให้คนเป็นโรคมะเร็งจากการได้รับนิวเคลียร์ และประชาชนมองว่าโรงงานไฟฟ้าไม่ปลอดภัย เป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงมากจึงสร้างและเน้นให้ทุกคนที่ทำงานที่โรงงานมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัย จึงเป็นที่มาของ “**Safety Culture**” สาเหตุที่ทำให้โรงไฟฟ้าระเบิดมากจากมีการลดขั้นตอนการทำงานบางประการ ดังนั้นเมื่อสถานที่ทำงานมีความเสี่ยงและความไม่ปลอดภัย จึงต้องเกิดการทบทวน Protocol การทำงาน ทุกคนจะต้องไม่ทำผิด Protocol ดังนั้นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงจะต้องมีความปลอดภัยมากที่สุด ซึ่งเป็นที่มาของคำว่า “วัฒนธรรมความปลอดภัย” **Safety Culture** คือ **Performance** เป็นพฤติกรรมที่สัมผัสได้ เป็นพฤติกรรมที่คนในหมู่สร้างขึ้น ด้วยการเรียนรู้จากกันและกัน และร่วมใช้ในหมู่พวกของตนเพื่อความปลอดภัย

การประเมิน safety culture สามารถดูได้จาก 3 ส่วน คือ

1. Physical Aspects “ความรู้สึกรู้สึกของคนในองค์กร เจตคติ การรับรู้”
2. Behavioral Aspects “พฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย”

3. Situational Aspects “องค์กรทำอะไร เช่น การประกาศนโยบาย โครงสร้างองค์กร ระบบบริหาร การสื่อสาร”

ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย

- ❖ Inform Culture: ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบ มีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม
- ❖ Flexible Culture: ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้น บังคับบัญชาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น
- ❖ Reporting Culture: มีบรรยากาศที่ผู้คนพร้อมที่จะรายงานอุบัติการณ์ และ near misses.
- ❖ Learning Culture: มีการสร้างการเรียนรู้ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลความปลอดภัย สู่การปรับระบบงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร
- ❖ Just Culture: มีบรรยากาศของความไว้วางใจ ได้รับการส่งเสริมการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัย มีการกำหนดชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ยอมรับได้ และยอมรับไม่ได้.

องค์กรที่มีวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในเชิงบวกมีลักษณะการสื่อสารที่สร้างขึ้นจากความไว้วางใจซึ่งกันและกันโดยการรับรู้ร่วมกันถึงความสำคัญของความปลอดภัยและโดยความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของมาตรการป้องกัน

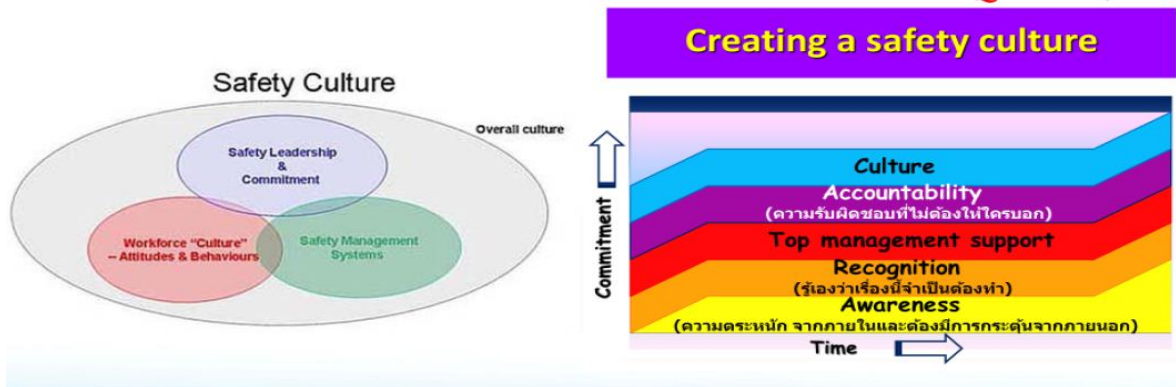
การพัฒนาวัฒนธรรม ความปลอดภัย (Safety Culture Development) ขององค์กรใดๆ มีลำดับขั้นตามที่วงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (IAEA) กำหนดแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

ระดับที่ 1 ความปลอดภัย ต้องอยู่บนพื้นฐานของกฎระเบียบและการควบคุม (Safety is based on rules and regulations)

ระดับที่ 2 ความปลอดภัย ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายองค์กร (Safety is considered an organizational goal)

ระดับที่ 3 ความปลอดภัยขององค์กร มีการพัฒนาปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา (Safety can always be improved)

“วัฒนธรรมคือ การสร้างรหัสพันธุกรรม ที่ฝังตัวอยู่ในองค์กร โดยสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยอัตโนมัติ ไม่ต้องคอยกำหนดรายละเอียดทุกขั้นตอน สามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น”



การมีวัฒนธรรมองค์กรที่ดี Safety Culture จะมีความตระหนักจากภายในและมีการกระตุ้นจากภายนอกทำให้ต้องทำจึงเกิดเป็น Recognition และต้องมีระบบการจัดการสนับสนุนด้วย Top Management Support ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรม "Patient Safety Culture" สร้างได้

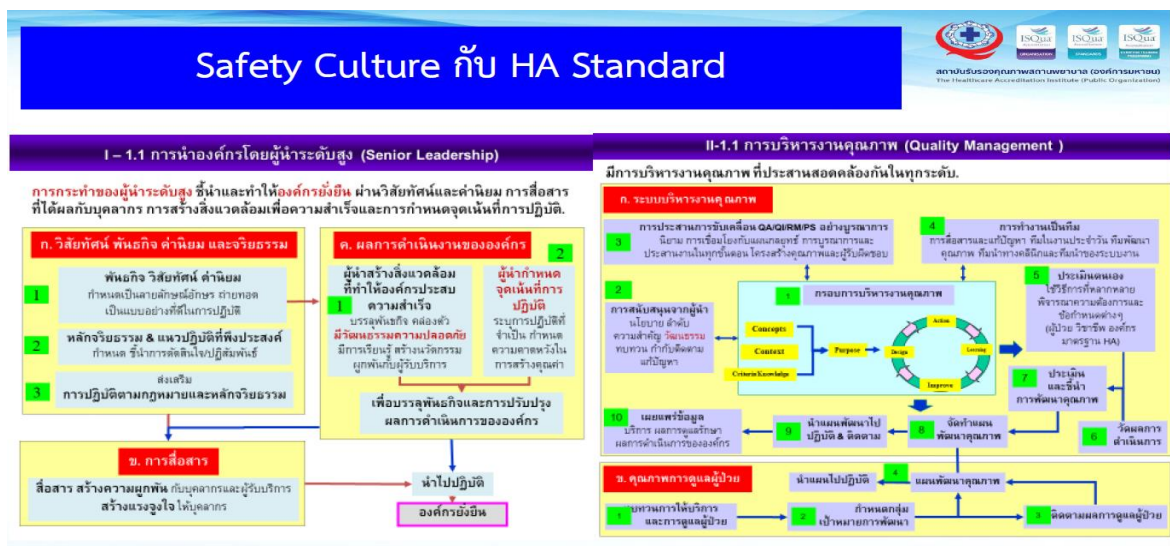
การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย

- การสัมภาษณ์ / การพูดคุย (Interviews)
- การทำแบบสอบถาม (Questionnaires)
- การเฝ้าสังเกต (Observations)
- ประเมินจากเอกสาร (Review of documentation)

Safety Culture กับ HA Standard

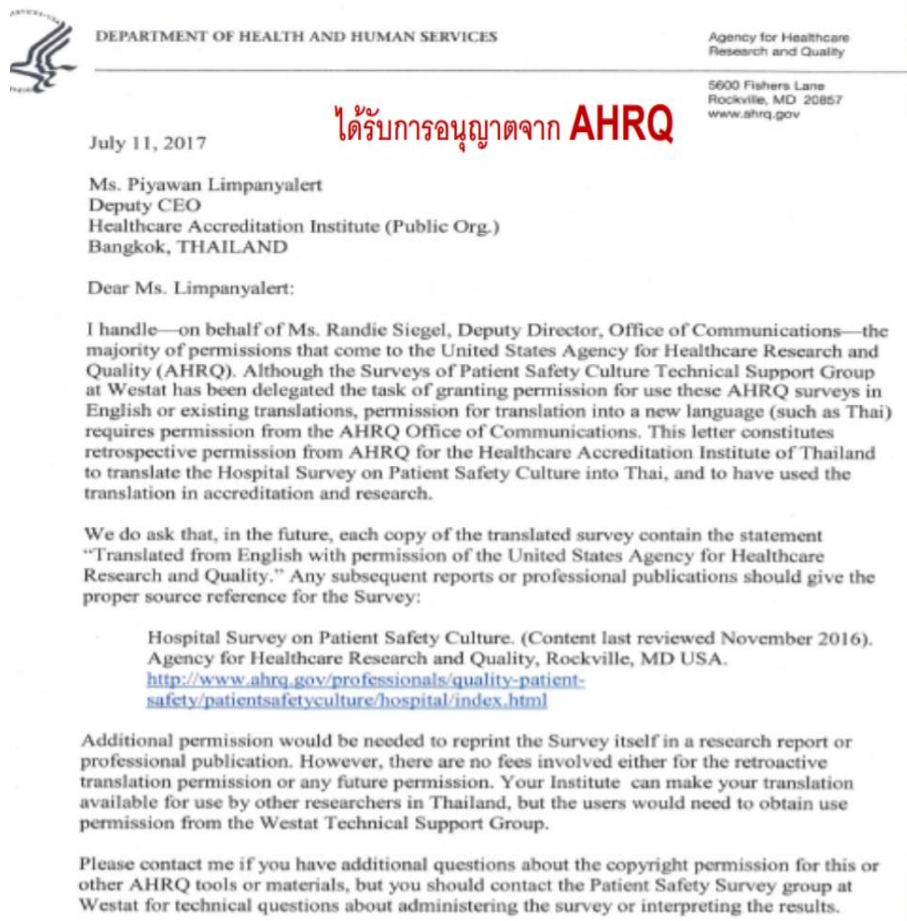
มาตรฐาน I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง การนำองค์กรต้องมีบทบาทในการดำเนินงานที่ดี ตั้งเป้า สื่อสาร สร้างสิ่งแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมที่คนในองค์กรมีการทำงานอย่างมีพลัง และปลอดภัย ฉะนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อม คือการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย โดย Key person ที่ทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ ผู้บริหาร เพื่อเป้าหมายทำให้เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยและสู่การเป็นองค์กรที่ยั่งยืน

มาตรฐาน II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ มีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันทุกระดับ



การดำเนินการ

โดยสพ.ได้พัฒนาโปรแกรม HSCS ขึ้นโดยใช้แนวข้อคำถามจาก AHRQ ซึ่งได้รับอนุญาตในการประยุกต์ใช้อย่างเป็นทางการ



ภาพหน้าปก 8. Hospital Survey on Patient Safety Culture

ภาพหน้าปก 9. ศูนย์ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์

เปิดระบบประจำปี / ปีงบประมาณปัจจุบัน

ปีงบประมาณ 2561

ปีงบประมาณ 2562

ปี 2563

เกณฑ์การนำเสนอผลการสำรวจ Safety Culture

ระดับ %	สีในการแสดงผล	ความหมาย
80% ขึ้นไป	เขียว	ควรส่งเสริม
50-80%	เหลือง	ควรพัฒนา
ต่ำกว่า 50%	แดง	ควรพัฒนาเร่งด่วน

12 หัวข้อ Area ในการประเมิน safety culture

ประกอบด้วย

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน เหตุการณ์
2. ความเห็นต่อความปลอดภัยใน ภาพรวม
3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล
6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด
8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง
9. การจัดคนทำงาน
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาล สำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย
11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูล Safety Culture Survey

- 3 อันดับพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนาเราควรทำอะไร
- 3 อันดับพื้นที่ที่ควรส่งเสริมเราทำอะไรดี
- วางแผนดำเนินการ (PDCA)ให้มีความสำคัญกับลำดับคะแนนขอย่อยที่ต่ำของพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา และส่งเสริมลำดับคะแนนขอย่อยที่สูงในพื้นที่ที่ควรส่งเสริมความแข็งแรง เอาเฉพาะพื้นที่อันดับ 1
- ในขอย่อยที่เป็นสีแดงพิจารณาเพื่อพัฒนา และขอย่อยสีเขียวพิจารณาส่งเสริม (กรณีไม่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย)

เสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลที่ได้ใช้ระบบ HSCS สู่อุปกรณ์ปฏิบัติ

โรงพยาบาลตากสิน

HSCS เป็นเครื่องมือของผู้บริหาร ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำสู่การสนับสนุนทรัพยากร พัฒนา และบริหารองค์กรได้ตรงจุดปัญหาที่แท้จริงในแต่ละกลุ่มบุคลากรวิชาชีพและกลุ่มพื้นที่ปฏิบัติงาน

Key success สำคัญ:

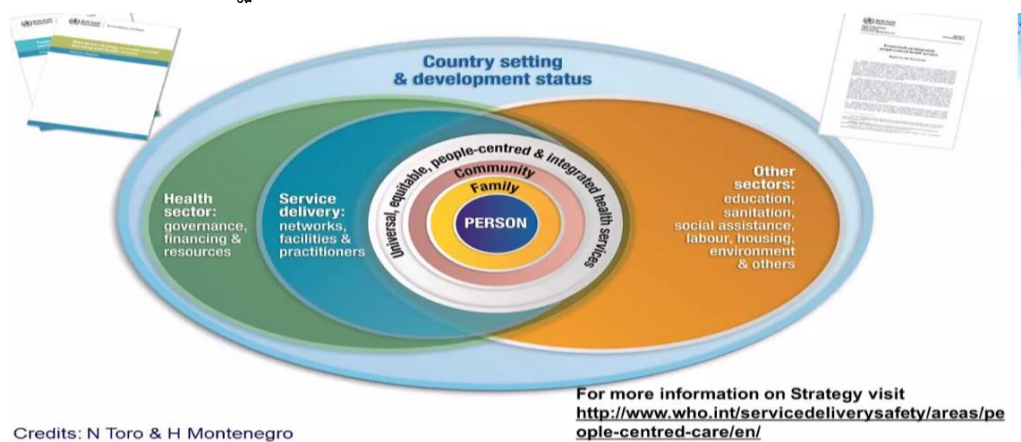
1. กำหนดพื้นที่ ผู้รับผิดชอบหลัก Owner
2. กำหนดระยะเวลาการติดตาม ต้องให้ระยะเวลานานเท่าไรการดำเนินงานถึงจะเกิดผลการเปลี่ยนแปลง
3. รู้จักคนทำงาน มีการวางแผนอัตรากำลังระยะสั้น และระยะยาว
4. การสื่อสารงานด้าน Safety Culture สื่อสารการส่งต่อข้อมูลคนไข้ และระบบการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

Patient Experience Program (PEP)

หลักการ/แนวคิดสำคัญ

จากการศึกษาเรื่อง trust ความไว้วางใจ ถ้าแพทย์และพยาบาล สร้าง trust คนไข้จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นหนึ่งในปัจจัยการ engagement Patient Experience Program เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยสร้าง trust ได้

ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องทราบถึงความต้องการและจัดบริการที่ตอบสนองหรือสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่าง โดยการพัฒนามาบนฐานคิด “People Center Care”

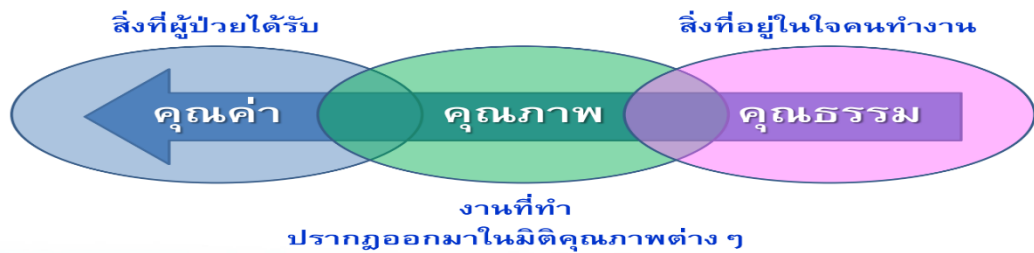


WHO, 2016

ในประเทศไทย มีการทำ country self-assessment patient safety พบประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาหนึ่งในสามประเด็นหลักๆ คือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชนเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ ดังนั้นเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชนจึงถูกกำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายขับเคลื่อน 2P Safety ในประเทศไทย

กรอบแนวคิดที่สำคัญของ Patient Experience

- การยอมรับว่าผู้ป่วยคือผู้ที่รู้จักหรือผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่งในการรักษาพยาบาลตนเอง
- การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการ เพื่อให้สอดคล้องต่อความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด
- ทำ



๔๔

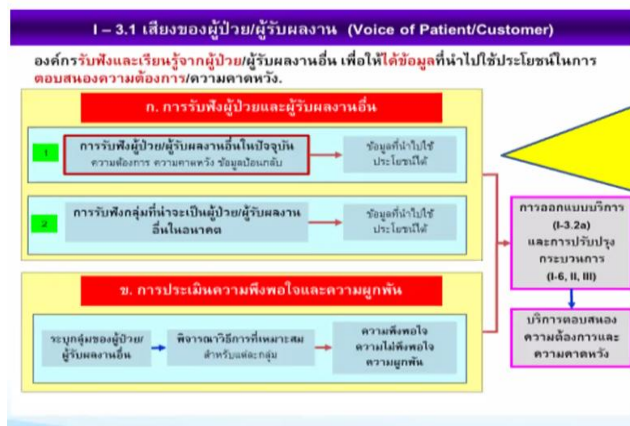
ระบบงานที่วางไว้นั้น มีคุณค่า มีความหมายและมีคุณธรรมต่อคนไข้มากยิ่งขึ้น

“การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเริ่มต้นด้วยการฟังอย่างมีความหมาย การรับฟังเสียงของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงาน ทำให้งานที่มีอยู่มีคุณค่า มีความหมาย มีคุณธรรม และตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น”

ความสำคัญของเสียงผู้ป่วยกับมาตรฐาน HA สอดคล้องกับมาตรฐานตอนที่ 1-3 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Voice of Patient/Customer) ซึ่งได้กล่าวถึงการนำเสียงสะท้อนจากการใช้บริการ เพื่อทราบความคาดหวังสู่การปรับระบบงาน การออกแบบระบบบริการ ต้องตอบสนองความต้องการของประชาชน

ในระบบบริการสุขภาพ เสียงของผู้ป่วยมีความสำคัญ ในการวางระบบให้สมดุลระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ มาตรฐาน 1-3 คือการมีส่วนร่วมในระบบการพัฒนาคุณภาพ

Patient Experience กับมาตรฐาน HA



ลักษณะความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) Expected quality คือความต้องการด้านความปลอดภัยจากการใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งในส่วนนี้จะนำมาซึ่งความไว้วางใจในบริการ และ 2) Attractive quality คือความพึงพอใจจากการใช้บริการ

การรับฟังเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับบริการในมาตรฐาน I-3.1 ที่มีหลากหลายวิธี นำสู่การออกแบบบริการสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ กำหนดระบบบริการตอบสนองความต้องการ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในบริการ และพึงพอใจในระบบบริการ ซึ่งมีความเชื่อมโยงไปในมาตรฐาน I-6 การออกแบบบริการ และในมาตรฐานตอนที่ III Process of Care

โดยเราต้องกำหนดลักษณะบริการ และกำหนด Process requirement และออกแบบบริการ เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ดี และมีระบบการประเมิน กำหนดกลุ่ม ประเด็น และวิธีการประเมิน และนำผลสู่การวิเคราะห์ และปรับปรุงบริการ โดยปรับ 2 ส่วน ความต้องการจากการประเมิน ประเมินจากระบบบริการที่มีอยู่แล้ว มาตรฐานฉบับใหม่ จะเห็นถึงความเชื่อมโยง ต่อมาที่ I-6 ออกแบบกระบวนการ ในหมวดการนำองค์กร ดังนั้น ต้องมองระบบบริการ ผ่านการนำองค์กร ให้บรรลุวิสัยทัศน์ได้



I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM.1)

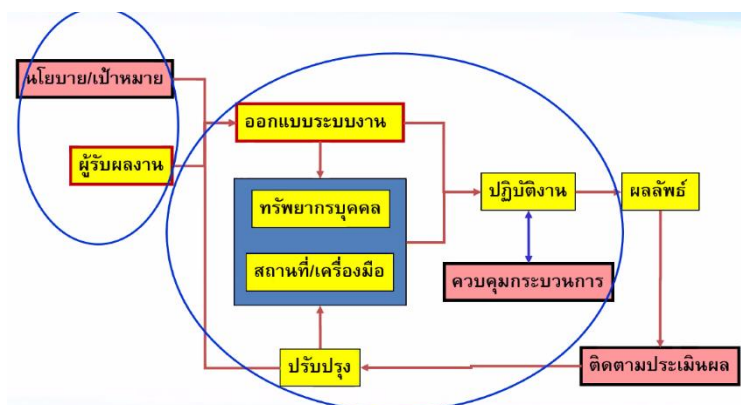
องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง.

- ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น
 - (1) องค์กรรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังเข้ารับบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
 - (2) องค์กรรับฟังเสียงจากกลุ่มที่น่าจะเป็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์.
- ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น
 - (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

ภาพที่ 3 มาตรฐาน I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

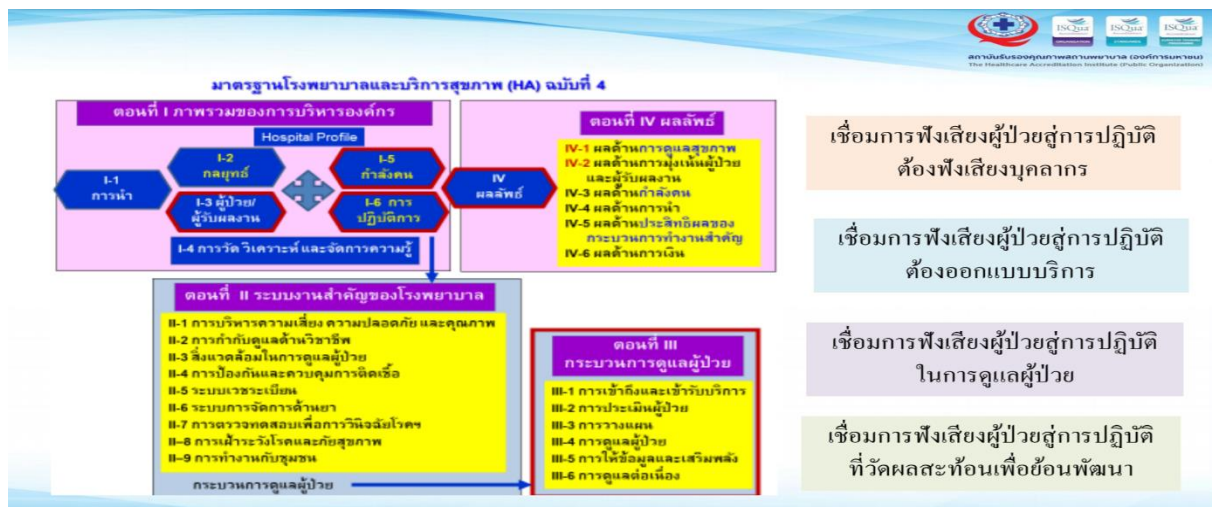
การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ป่วยในระบบ Healthcare มีหลากหลายรูปแบบ และหลากหลายช่องทาง เช่น คำร้องเรียน การประเมินความพึงพอใจ การรับฟังเสียงสะท้อนของชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การรับรู้ความต้องการของสังคม เป็นต้น

Patient Experience & Patient Opinion & Patient Journey Map เป็นกลไกสำคัญในการนำสู่การพัฒนาบริการ การออกแบบระบบงาน



ภายใต้ทรัพยากรบุคคล สถานที่ และเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ เช่น Lean, Design thinking รวมถึงการดำเนินการตามแนวทางคุณภาพ คือ การควบคุมกระบวนการ และการติดตามประเมินผล

ในการมาตรฐานที่ว่าด้วยการรับฟังเสียงของผู้ป่วย สู่การปรับระบบบริการ ในการปฏิบัติต้องฟังเสียงบุคลากรด้วย ซึ่งต้องฟังแบบ engagement คือฟังอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งจะเชื่อมมายังมาตรฐาน 1-5 กำลังคน และเชื่อมสู่ 1-6 การปฏิบัติการ เชื่อมต่อไปยังกระบวนการดูแลผู้ป่วย (มาตรฐานตอนที่ III) โดยในมาตรฐานตอนที่ 1-3.2 ฟังเพื่อสู่ระบบการวัดผลสะท้อนการพัฒนา ซึ่งจะเชื่อมไปยังมาตรฐานส่วนผลลัพธ์การดำเนินงานคือ ตอนที่ VI (ดังภาพ)



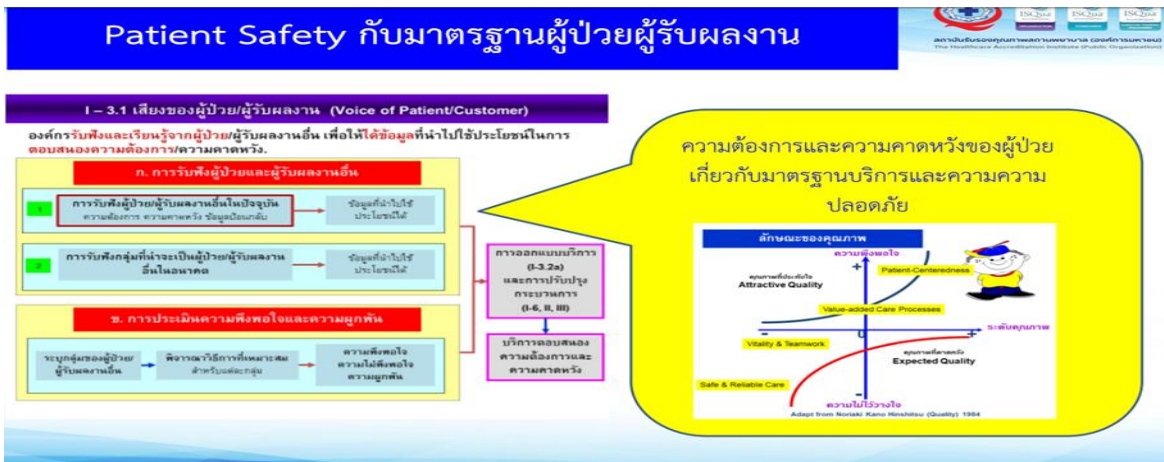
ภาพที่ 4 การรับฟังเสียงผู้ป่วยเชื่อมโยงมาตรฐาน 1-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน 1-5 กำลังคน 1-6 การปฏิบัติการ มาตรฐานตอนที่ III และมาตรฐานตอนที่ IV ผลลัพธ์การพัฒนา

การดำเนินการ : Patient Experience program

เป็นเครื่องมือในการพูดคุยกับบุคลากรและผู้ป่วย เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาในประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจง

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P safety Hospital จะได้รับสิทธิ์ในการเข้าใจ Program Patient Experience โดยเครื่องมือนี้จะสามารถตอบสนองและแปลผลแบบ real time โดยให้ผู้ป่วยและญาติตอบแบบสอบถามผ่าน Application ใน QR code หรือ link หลังเข้ารับบริการจาก รพ.โดยมือถือ 1 เครื่องสามารถตอบได้ 1 ครั้งต่อวัน และสามารถค้นหาสถานบริการได้โดยจะมี drop down แสดง โดยข้อความถามจะมี 17 ข้อคำถาม

สามารถนำข้อมูลสู่การวิเคราะห์รายข้อ โดยแบ่งข้อมูลที่ชื่นชม ดี-ดีมาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เชื่อมโยงกับข้อมูล Incident report เพื่อสะท้อนทีม และสร้างระบบ Preventable Harm



ภาพที่ 5 มาตรฐาน 1-3 คือการให้ความสำคัญกับ Customer โดยในมาตรฐาน 1-3.1 ได้กล่าวถึง Voice of Customer (เสียงของผู้รับผลงาน)

ต้องได้รับการรับฟังและประเมิน เรียนรู้ และใช้ข้อมูลเพื่อออกแบบและปรับปรุงบริการ และควรออกแบบและปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติและผู้มาเยือน

การปรับปรุงสิ่งต่างๆ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า คุณภาพบริการมี 2 แบบ คือ คุณภาพที่ประทับใจ คือสถานที่สวยงาม บรรยากาศดี และออกแบบบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการและการดูแลที่ปลอดภัย.

ความต้องการที่คนไข้รู้ คือ Attractive Quality และความต้องการที่คนไข้ไม่รู้ เช่น คนไข้มี underlying บางอย่าง เช่น HT DM ความต้องการที่คนไข้ไม่รู้คือ ต้องได้รับการมาผ่าตัดปลอดภัย ต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์อายุรศาสตร์ เราได้ออกแบบบริการในการให้ข้อมูลผู้ป่วยไว้หรือไม่ เป็นต้น มาตรฐาน 1-3 เชื่อมมาที่มาตรฐาน 1-6 การออกแบบบริการ โดยการรับฟังต้องมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และวิธีการรับฟัง นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงและออกแบบกระบวนการ เพื่อให้ระบบบริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยเราต้องกำหนดลักษณะบริการ และกำหนด Process requirement และออกแบบบริการ เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ดี และมีระบบการประเมิน กำหนดกลุ่ม ประเด็น และวิธีการประเมิน และนำผลสู่การวิเคราะห์ และปรับปรุงบริการ โดยปรับ 2 ส่วน ความต้องการจากการประเมิน ประเมินจากระบบบริการที่มีอยู่แล้ว มาตรฐานฉบับใหม่ จะเห็นถึงความเชื่อมโยง ต่อมาที่มาตรฐาน 1-6 ออกแบบกระบวนการ โดยอยู่ในหมวดการนำองค์กรดังนั้น ต้องมองระบบบริการ ผ่านการนำองค์กร ให้บรรลุวิสัยทัศน์ได้.

เสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลที่ได้ใช้ระบบ PEP สู่การปฏิบัติ
รพ.ที่อาร์พีเอส จ.ตรัง

ค่านิยมองค์กร ได้กำหนดให้มุ่งเน้นผู้ป่วย (Patient Focus) สนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นการนำ PEP มาบูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพตามหลัก 3 P จึงเป็น

กลยุทธ์สำคัญ Purposes การบริการคนไข้ให้ได้รับบริการสูงสุด Process โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐาน HA และ Performance คือ Patient Experience

กลยุทธ์และ Road Map การ Implement PEP ใช้แบบ Hybrid Strategy (QR Code/ Paper)

- สื่อสารและสร้างความเข้าใจกับหัวหน้าหน่วยงานและพนักงานผ่านกิจกรรมรณรงค์ 2P Safety
- จัดทำป้าย QR Code ติดตั้ง/ กระจายไปตามจุดบริการและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้ง OPD และ IPD
- กำหนดให้พนักงานทั้ง OPD และ IPD นำ QR Code/ แบบสอบถามให้ผู้ป่วย/ ครอบครัวตามความสะดวกแต่เน้นการดำเนินการผ่าน QR Codeโดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการบริการในการได้มีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการบริการที่ได้รับ
- กระตุ้นการดำเนินการผ่านทางกิจกรรม Tracer Round หน่วยงาน



กลยุทธ์และ Road Map การ Implement PEP



การ Monitor ในการประชุมผู้บริหารจะมีวาระของโปรแกรม PEP และ 2P Safety โดยมีการติดตาม Weekly: Tracer Round ทุกวันอังคาร และพฤษภาคม Monthly: ประชุม HOD ทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน และที่ประชุมประจำเดือนองค์กรแพทย์ Quarterly: Performance Review ทุกไตรมาส และ Annually: กิจกรรมรณรงค์ 2P Safety

ผลการดำเนินงาน คะแนนความพึงพอใจจากผู้รับบริการเพิ่มขึ้น มีค่าคะแนน 96.96% โดยมีบทเรียนสำคัญคือ “หมอเป็นคนสำคัญการสื่อสารกับคนไข้ให้เข้าใจในการเก็บแบบสำรวจ”

ประโยชน์ของ Patient Experience Program

- ช่วยลดการฟ้องร้องที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล
- สามารถบริการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- คำถาม 17 ข้อ มีส่วนช่วยให้บุคลากรทำงานและดูแลคนไข้ได้อย่างปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

การพัฒนาต่อเนื่อง โดยต่อยอดโครงการ AIDET และ Transforming care at Bedside ส่งเสริมการ

วิเคราะห์ข้อมูลแยกกลุ่มโรคที่มุ่งเน้นของแต่ละ PCT/ Clinical Tracer และ Benchmarking กับโรงพยาบาลในพื้นที่

“การศึกษาริบทโรงพยาบาลมีความสำคัญ ในการประยุกต์ใช้การสำรวจประสบการณ์ผู้ป่วย และผู้รับบริการ รวมถึงการศึกษาถึงบริบทผู้รับบริการ การเข้าถึงเทคโนโลยี”

นายจรัส ชูวงศ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายงานคุณภาพและกลยุทธ์
โรงพยาบาล ที อาร์ พี เอช จังหวัดตรัง

Community of Practice for Patient Safety: CoP SIMPLE

“Learning from Mistake, Make it Better”

การจัดทำ CoP Patient Safety จัดขึ้นภายใต้แนวคิด Patient Safety ร่วมด้วยช่วยกันได้ด้วยการแก้ไขเชิงระบบ เนื่องจากพบว่ามีความผิดปกติๆ เกิดขึ้นมากมาย ที่มีความหลากหลายตามบริบท ค้นหา รวบรวม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และองค์ความรู้ บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์

รวบรวมความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) ความรู้ที่ฝังในคน (Tacit Knowledge) รวมความรู้กับความจริง เพื่อค้นหา แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ด้วยกระบวนการ KM แลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ผู้ปฏิบัติและประสบการณ์จริงจากโรงพยาบาลต่างๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับผู้เชี่ยวชาญเพื่อตกลึกองค์ความรู้และวางแนวทางป้องกันที่สามารถใช้ได้จริงตามบริบท

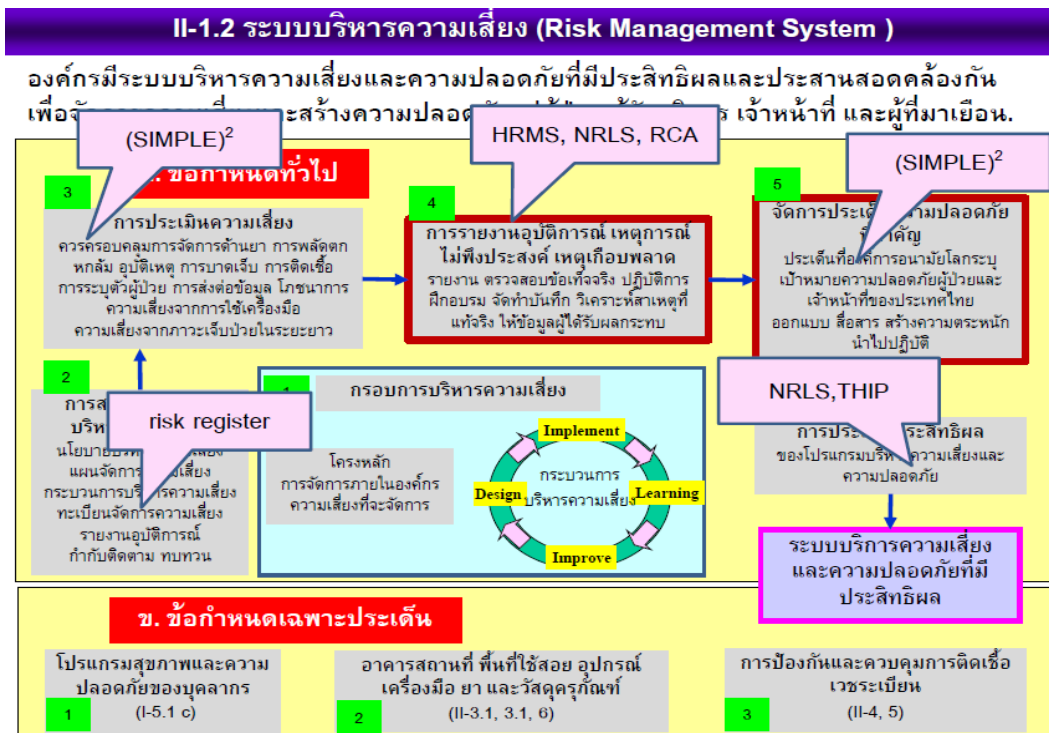
ลักษณะสำคัญของ Community of Practice : CoP “ รู้จัก ไว้วางใจ เชื่อใจ คุ่นเคย สนิท สนุก”

เป็นกลุ่มคนที่สนใจเรื่องเดียวกันรวมตัวกัน (Knowledge Domain) มีความสัมพันธ์อันดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Community) พัฒนาแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน สร้างฐานข้อมูล ความรู้หรือแนวทางปฏิบัติร่วมกัน (Practice) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะๆและต่อเนื่อง สมาชิกในกลุ่ม CoP ประกอบด้วย คุณเอื้อ (ผู้เชี่ยวชาญ) คุณอำนวย (Facilitator) คุณลิขิต (Notetaker) และ คุณกิจ (สมาชิกผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน (CoP) โดยจะเริ่มกิจกรรมละลายพฤติกรรม ทำความรู้จัก ไว้วางใจ เชื่อใจ คุ่นเคย สนิทสนม เพื่อให้การทำ CoP มีความสุขสนุกสนานไปด้วย

KMS on NRLS Concept & System Flow

แนวคิดหลัก (Core Concepts)

1. เป็นการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด
 2. ต้องปลอดภัย ต้องมีนโยบายที่ชัดเจน
 3. ต้องมีการตอบสนองจึงจะมีคุณค่า อย่างน้อยที่สุดต้องมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback การวิเคราะห์ (Analysis) สิ่งที่สำคัญ คือ ต้องมีข้อเสนอแนะในการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความปลอดภัยในระบบสุขภาพ
 4. ส่วนกลางต้องวิเคราะห์และส่งข้อมูลให้กับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมดำเนินการ
การรายงานความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในผู้ป่วย เป้าหมายแรกของการรายงานความเสี่ยง คือ เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์ ต้องมีการตอบสนอง การวิเคราะห์และการกระจาย และเกิดแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลรายงานความเสี่ยง
- ระบบ NRLS มีการพัฒนาเชื่อมโยงกับมาตรฐาน HA ตอนที่ II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System) รายละเอียด ดังภาพ



ภาพที่ 6 มาตรฐาน II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

ที่ผ่านมาพบว่า รายงานแยกตาม SIMPLE ที่เข้าระบบ NRLS เรียงจากมากไปน้อย ตามลำดับ ดังนี้

1. Medication & Blood Safety
2. Patient Care Process
3. Line, Tube, Catheter and Laboratory

- 4. Emergency Response 5.Safe Surgery
- 5. Infection and Prevention Control

การพัฒนา ระบบ KM on NRLS

1. ระบบ NRLS มีแผนการพัฒนา Module ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ตาม SIMPLE และพัฒนาระบบ Report ด้วยเทคโนโลยีแบบ Business Intelligence (BI)
2. มีการพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเชื่อมโยง Risk Register โดยการออกแบบให้ระบบสามารถจัดลำดับเหตุการณ์ตาม Risk Matrix โดยอยู่ในช่วงการพัฒนา ระบบ Risk Register แบบอัตโนมัติจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เข้ามาในระบบ NRLS โดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายปี นำมาทำ Critical Knowledge Sharging ในอนาคต

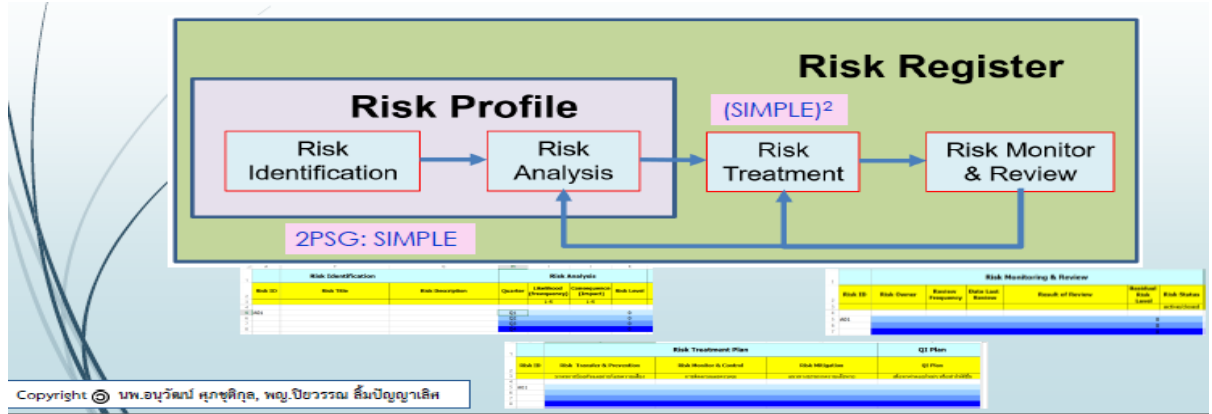
	Risk Matrix	Insignificant A-B (1)	Mild C-D (2)	Moderate to Sever E-I (3)
Likelihood	Almost certain (3) Often Occurs, >= once a week	Moderate (4)	High (5)	Critical (6)
	Likely (2) Could easily happen or 3-10 times/years or once a month	Low (3)	Moderate (4)	High (5)
	Possible (1) Hasn't happened yet but could or <=1-3 times/year	Low (2)	Low (3)	Moderate (4)
		Impact		

แผนการบริหารจัดการตาม Risk matrix

1. วิเคราะห์ข้อมูลรายปี เพื่อจัดลำดับความสำคัญทำ Risk Register โดย Incident ที่ เป็นระดับ High ขึ้นไป ให้มากำหนดเป็น Risk Register ระดับประเทศ รายปี และ ต้องมีการวาง Risk Treatment and Risk Monitor
2. ระดับ Critical ให้จัดการประชุม Knowledge Sharing แบบ Face to Face และให้สกัดชื่อ รพ.ที่ รายงานประเด็นดังกล่าวเข้าร่วมประชุมกับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เพื่อวางระบบและปรับแนวทางปฏิบัติ และให้ข้อเสนอแนะ
3. ระดับ High และ Moderate ให้ทำ CoP ผ่านระบบ Learning system เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

KM จากระบบ NRLS และวิธีการออกแบบ Risk Register ในระบบ NRLS

KM ของ NRLS ในภาพรวมประเทศได้ออกแบบ Risk Register โดยออกแบบ Risk Profile (Risk Identification และ Risk Analysis) ตาม 2P Safety Goals และ ออกแบบ Risk Treatment ตาม (SIMPLE)² และ Risk Monitor & Review ด้วยระบบ NRLS



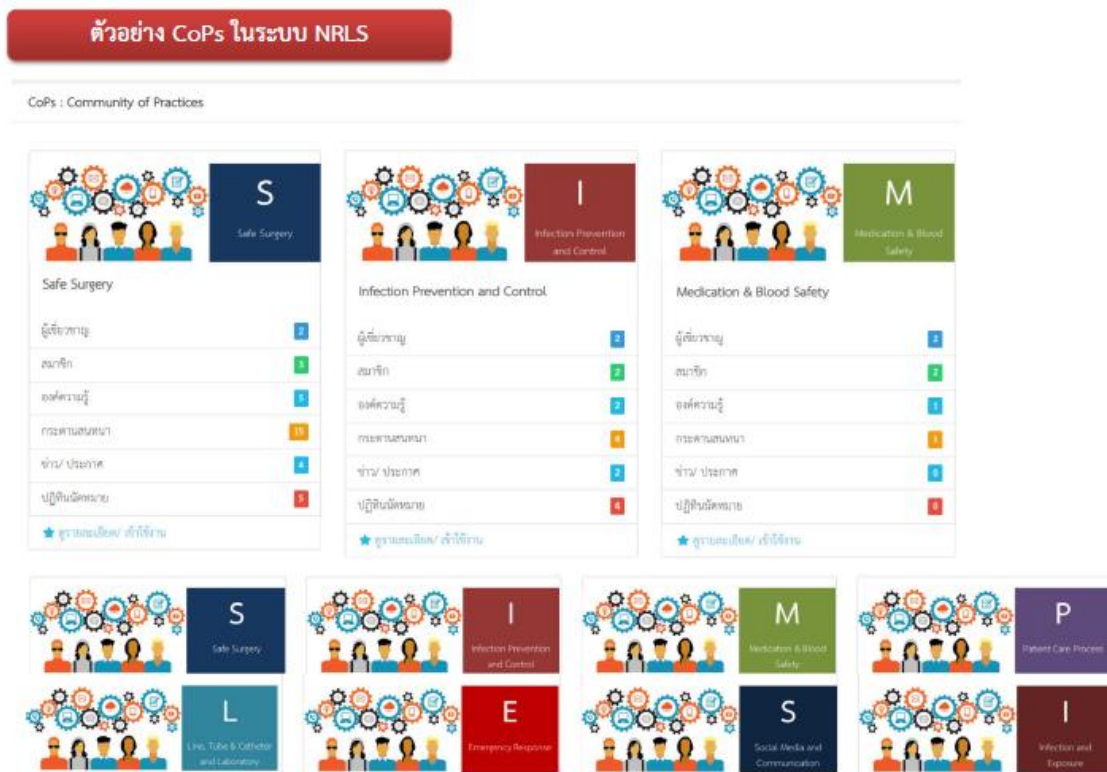
ภาพที่ 7 แนวคิดการออกแบบ Risk Register ในระบบ NRLS

โดย NRLS ได้จากการพัฒนา CoPs และ KM ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ส่วนโรงพยาบาลนำข้อมูลจาก HRMS นำมาทำ RCA ได้แนวทางแก้ไขของกลุ่ม/หน่วยงาน การพัฒนาระบบงาน และองค์ความรู้ขององค์กรมีระบบรายงาน Risk (Incident) Monitoring & Review ทั้งใน NRLS และ HRMS

ระบบการจัดการความรู้ระบบ NRLS



ภาพที่ 8 ระบบการจัดการความรู้ระบบ NRLS



ภาพที่ 9 ภาพตัวอย่าง CoPs ในระบบ NRLS

ในปี 2562 สรพ.ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ Community of Practice for Patient Safety “Learning from Mistake ,Make it Better” ครั้งแรก ในวันที่ 11-12 มิถุนายน 2562 ณ โรงแรม มิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น หลักสี่ กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์

1. เรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากระบบ National Reporting and Learning System (NRLS) เพื่อพัฒนาพัฒนาระบบบริการ
2. เรียนรู้การทำ Root Cause Analysis และปฏิบัติจริงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบ
3. เรียนรู้ผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจาก งานวิจัย
4. สร้างแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบจากผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ ผ่านกระบวนการ Community of Practice (CoP)
5. ร่วมพัฒนาระบบ Learning แบบ Face to Face และ Web application
6. ร่วมออกแบบระบบ Risk Register จาก NRLS

โดยเชิญกลุ่มเป้าหมาย

1. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital และ รายงานอุบัติการณ์เข้าสู่ระบบ National

Reporting and Learning System ประเด็น 5 อันดับแรก ของ Patient Safety Goals ในแต่ละหมวด ของ SIMPLE ที่มีระดับความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป โดยเชิญโรงพยาบาลละ 3-2 คน ดังนี้

2. แพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษา ในหมวด ของ SIMPLE นั้น หรือเป็นผู้เกี่ยวข้องในอุบัติการณ์ที่รายงาน จำนวน 2 ท่าน
3. ผู้รับผิดชอบระบบบริหารจัดการความเสี่ยงหรือผู้รับผิดชอบเรื่องงานพัฒนา คุณภาพใน สถานพยาบาล (QMR) จำนวน 1 ท่าน

แบ่งเป็น 6 กลุ่ม เพื่อเรียนรู้การทำ CoP SIMPLE ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญตามหมวดของ SIMPLE ผู้เยี่ยมสำรวจที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตามหมวด SIMPLE ผู้เข้าร่วมประชุมจากโรงพยาบาลตาม หมวด SIMPLE นักถอดบทเรียน นักวิจัย Facilitator

CoP S : Safe Surgery

CoP I : Infection and prevention control

CoP M : Medication & Blood Safety

CoP P : Patient Care Process

CoP L : Line, Tube, Catheter and Laboratory

CoP S : Emergency Response

แนวคิดผู้บริหารในการจัดการความรู้โดยใช้เครื่องมือ Root Cause Analysis : RCA

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

จากประสบการณ์เยี่ยมสำรวจมักพบว่าโรงพยาบาล ต่างๆทำ Root Cause Analysis แล้วไม่ได้สาเหตุ ฐานรากที่ แท้จริง นำไปสู่การแก้ปัญหาไม่ตรงจุด การทำ Root cause analysis (RCA) ที่มีประสิทธิภาพ ต้องทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง (change) ในกระบวนการทำงาน เทคนิคในการ ทำ Root cause analysis (RCA) ที่มีประสิทธิภาพ มีหลักคิดสำคัญ ดังนี้

1. ให้คิดว่า RCA เป็นกระบวนการเรียนรู้จากความผิดพลาดไม่ใช่กระบวนการได้ส่วนว่าใคร ทำผิดหรือทำไมเป็นไปตามมาตรฐาน จึงจะทำให้เกิดความไว้วางใจ เปิดใจเรียนรู้จาก ความผิดพลาดและได้บทเรียนจากความผิดพลาดนั้นมาป้องกันแก้ไขไม่ให้เกิดความ ผิดพลาดในครั้งต่อไป



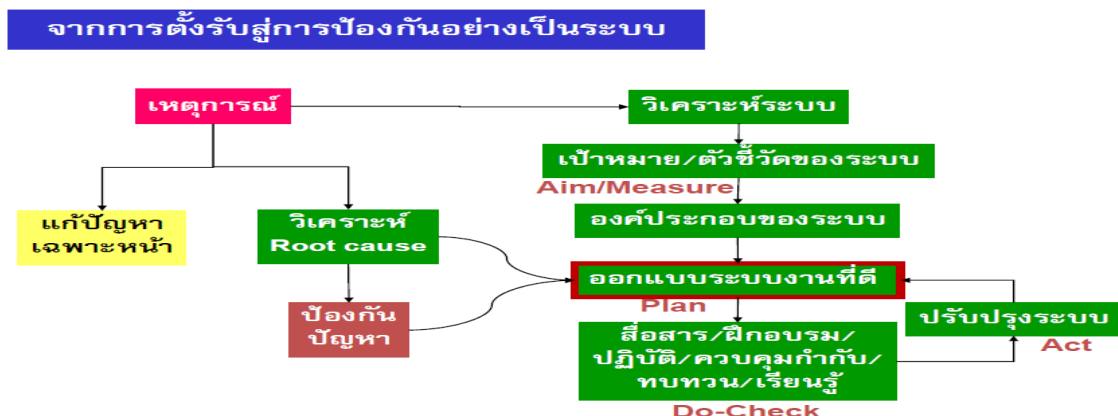
2. ต้องมองภาพรวมเชิงระบบ ซึ่งได้จากรายงานในระบบ NRLS ร่วมกับ ภาพอุบัติการณ์รายกรแล้วนำมาเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและคนทำงานหน้างาน เพื่อหาทางออกในการแก้ปัญหาด้วยวิธีการใหม่ๆ ร่วมกันได้
3. ในการทำ RCA การนำพาผู้คนที่เข้าสู่กระบวนการเรียนรู้เพื่อหาโอกาสพัฒนาที่ดีในอนาคตมีความสำคัญมาก
4. เมื่อได้แนวปฏิบัติที่ดีแล้ว Knowledge Sharing เป็นสิ่งสำคัญ จึงขอเชิญชวนให้แชร์เข้าไปในระบบ NRLS เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อลดความผิดพลาดในภาพรวมเชิงระบบได้
5. การเกิด Adverse Event ในแต่ละครั้ง นำไปสู่การมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล การลงทุนด้านคุณภาพและความปลอดภัยจึงเป็นการลงทุนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในอนาคต ถ้าไม่ทำจะทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อ รวมถึงค่าชดเชยเยียวยาที่เกิดจากความผิดพลาดการรักษายาบาล ค่าต่อสู้คดีในศาล ต่างๆ ตามมาอีกมากมาย

เรียนรู้กระบวนการทำ RCA (Root Cause Analysis)

Root Cause Analysis คือ กระบวนการที่ใช้ค้นหาปัจจัย (The Possible Factors) ที่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้คำถาม เกิดอะไรขึ้น? ทำไมมันถึงเกิด? เราจะทำอะไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำได้บ้าง?

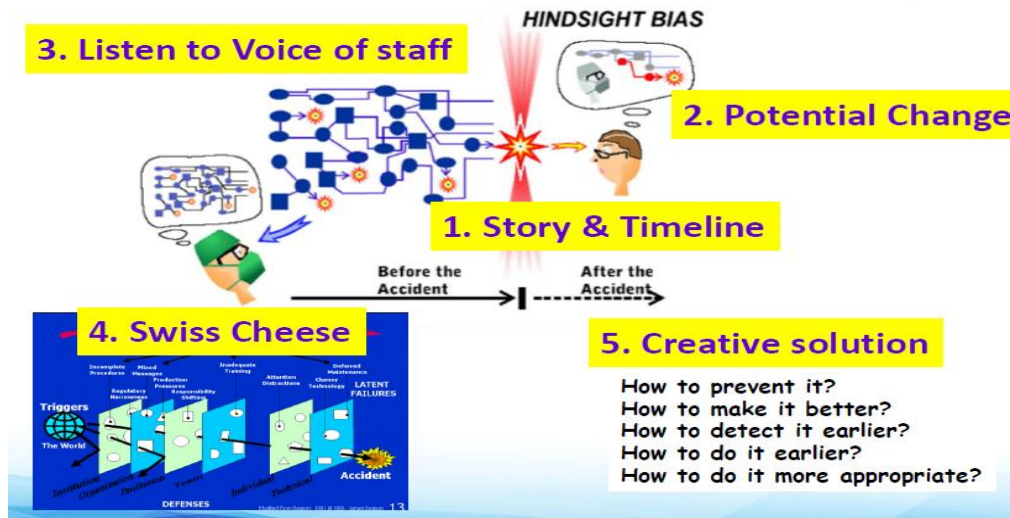
ลักษณะสำคัญของ Root Cause Analysis ต้องทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา มุ่งวิเคราะห์เชิงระบบและกระบวนการ โดยใช้คำถาม “What” และ “Why”จนได้สาเหตุที่แท้จริง และระบุจุดเปลี่ยน (Potential Change) ที่จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำได้

RCA เป็นเพียงเครื่องมือในการวิเคราะห์แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งในการทำ RCA คือ Facilitator โดยมี RCA เป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนจากการตั้งรับสู่การป้องกันอย่างเป็นระบบ



ภาพที่ 10 จากการตั้งรับสู่การป้องกันอย่างเป็นระบบ

RCA เป็นเครื่องมือเรียนรู้จากความผิดพลาด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน



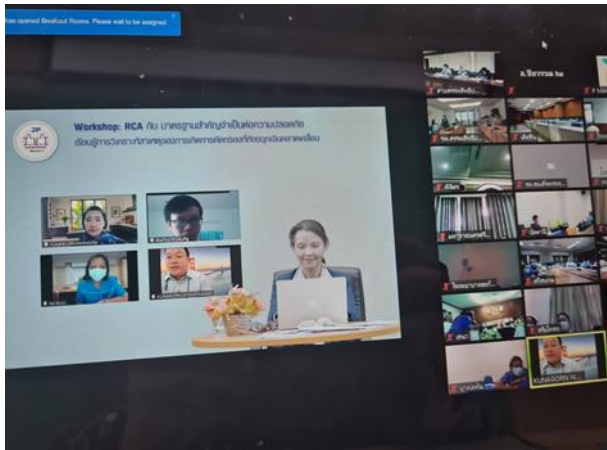
ปี 2564 ปีแห่งการสร้างการเรียนรู้

โดยมีการสร้างการเรียนรู้ผ่านกระบวนการ CoP SIMPLE โดยใช้เครื่องมือ RCA โดยเริ่มต้นด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านระบบ Virtual Conference เพื่อสร้างการเรียนรู้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root cause analysis: RCA) กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย โดยกระบวนการเรียนรู้ผ่านการ



แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำ Root Cause Analysis ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและรพ.ต่างๆ ที่รายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปในมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยเข้ามาในระบบ NRLS ร่วมกันเสนอและพัฒนาแนวทางปฏิบัติ พัฒนาระบบหรือพัฒนานวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบในการป้องกัน Preventable Harms ที่สำคัญ ลด/ป้องกันอุบัติการณ์ ตามหัวข้อมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety Goals)

“Learning from Mistake, Make it Better”



ใช้การเรียนรู้ผ่าน Community of Practice: CoP โดยกลุ่มคนที่สนใจเรื่องเดียวกัน มีเป้าหมายเดียวกัน ลงมือปฏิบัติจริงในเรื่องนั้นๆ เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปัน ประสบการณ์ แล้วนำไปปรับใช้ในงานของตน หรือหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เพื่อลด preventable harm และพัฒนาสู่การกำหนดเป็น Never Event

“ร่วมแลกเปลี่ยน เพื่อ pickup ประเด็นสู่การเรียนรู้ มองหา pitfall ของระบบ นำสู่การปรับปรุงระบบงานที่เกิดประโยชน์กับทุกฝ่าย”

การเรียนรู้ร่วมกันในโครงการ 2P safety Hospital มีการเรียนรู้ผ่าน 3 รูปแบบ ได้แก่

“การเรียนรู้จาก incident ด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และหมุนวงล้อ PDCA เป้าหมายเพื่อลด preventable harm”

ตัวอย่างบทเรียนที่ได้รับ จากการเรียนรู้ผ่าน CoP

CoP Safe Surgery การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ปัจจัยที่ทำให้เกิดเหตุ มีหลากหลาย เปรียบได้กับ Swiss sheet เหตุมักเกิดนอกเวลาราชการ และเป็นการผ่าตัด Emergency กระบวนการมีความเร่งรีบ ระบบที่ควรมีการดำเนินการ คือ การconfirm ข้างโดยดูทั้งเวชระเบียนและ film โดยแพทย์ผู้ลงมือมีความสำคัญกับการ mark site

และระบบ Safety surgical check list → Sign in Time Out Check out มีความสำคัญต้องดำเนินการทั้ง 3 วิชาชีพ คือ วิศวกร แพทย์ และพยาบาล ทั้งหมดได้รับการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และการสื่อสารระหว่างทีม และผู้ป่วย ก็ควรให้ความสำคัญ

กระบวนการสำคัญก่อนผู้ป่วยมา OR มีความสำคัญ เรื่องการ confirm ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ของ inform consent ดังนั้น เป็นหน้าที่ของทีมที่ต้องตรวจสอบความสอดคล้องของ Doctor Order , inform consent การให้ข้อมูลความเสี่ยงจากการผ่าตัด รวมถึงการ confirm กับผู้ป่วย และการ mark site ที่ส่วนมากจะดำเนินการที่หอผู้ป่วย ยกเว้น กรณี case Emergency

ประเด็นสำคัญเพิ่มเติม คือ Patient Identification ในการทำ Safety Surgical check list และการย้ำว่าเรากำลังจะผ่าตัดอะไรข้างไหน การส่งเวรเรื่อง complication ที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดเพื่อให้หน่วยงานที่รับผู้ป่วยได้ monitor ใกล้ชิดจากการวิจัยของทีมวิศวกร รพ.จุฬาฯ พบว่ามีการดำเนินการเพียง 50% และ team communication การบันทึกเวชระเบียน และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในทีมที่เกี่ยวข้อง

Time / Staff Experience / Environment / System / Process of care

“Effective Safety Surgical check list + Team & System Support + Strong RCA for potential change”

2P Safety Tech

โครงการพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข หรือ 2P @Safety Tech (Patient and Personnel at Safety Technology Awards)

หลักการและเหตุผล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ. และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ(สวทช.) ร่วมมือกันดำเนินโครงการพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อความ



ปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient and Personnel Safety Goal (SIMPLE) ภายใต้แนวคิด Human Factor Engineering เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่เข้าโครงการ 2 P Safety Hospital พัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขใน 12 ด้านตามเป้าหมายความปลอดภัย (SIMPLE) สำหรับป้องกันความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ดังนี้

SIMPLE for Patient	SIMPLE for Personnel
S: Safe Surgery and invasive procedures	S: Security and privacy of information and Social media (communication)

SIMPLE for Patient	SIMPLE for Personnel
I: Infection and prevention control	I Infection and exposure
M: Medication & Blood Safety	M: Mental health and medication
P: Patient care process	P: Process of work
L: Line, Tube & Catheter, Device and	L; Lane (ambulance), Legal issues, Laboratory regulation (medical legal)
E: Emergency Response	E: Environment & working conditions

วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อส่งเสริมให้เกิดเทคโนโลยี นวัตกรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุขตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient and Personnel Safety Goal (SIMPLE)² ทั้ง 12 ด้าน

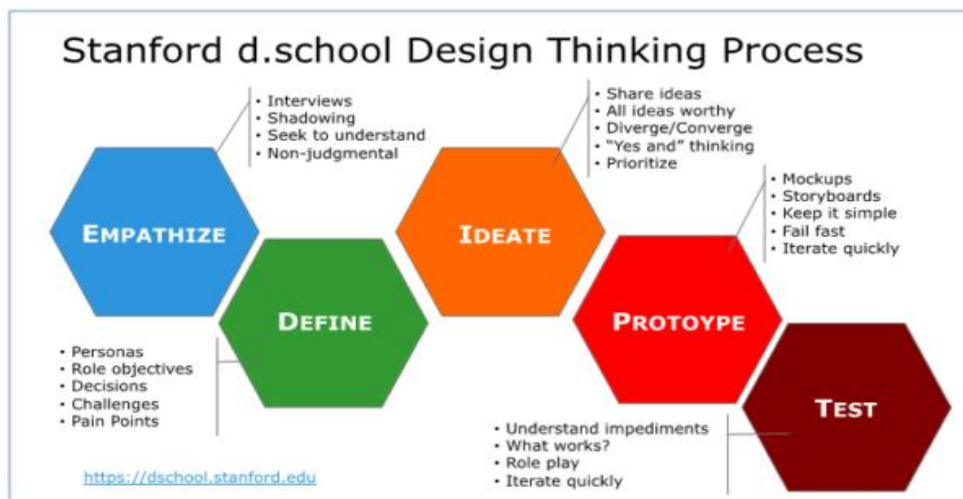
3.2 เพื่อพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม ที่สามารถแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงใน โรงพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และสามารถนำมาใช้ได้จริง

3.3 เพื่อส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

3.4 เพื่อให้เกิดการยอมรับในข้อจำกัดของมนุษย์และนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงานได้อย่างราบรื่น (Human Factor Engineering)

แนวคิดโครงการ 2P Safety Tech

พัฒนานวัตกรรมสำหรับแก้ไขปัญหา และป้องกันอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตามแนวทางเป้าหมายความปลอดภัย Patient and Personnel Safety Goals (SIMPLE)² ภายใต้แนวคิด Human Factor Engineering ที่ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการลดความผิดพลาดในการทำงานของมนุษย์ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ “ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย” และเป็นการนำร่องสู่การสร้างโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ในประเทศไทย



โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ร่วมกับ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและผู้ประกอบการเทคโนโลยีด้านสุขภาพและการแพทย์ เพื่อนำนวัตกรรมมาช่วยให้ระบบงานบริการในโรงพยาบาลสะดวกและง่ายขึ้น ลดความเสี่ยงและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรการแพทย์ นำกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) มาช่วยวิเคราะห์ปัญหาให้ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และนักนวัตกรรมได้ร่วมคิดร่วมทำงานกัน เกิดความคิดริเริ่มในการพัฒนานวัตกรรมต้นแบบหรือนำเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้วและสอดคล้องกับบริบทปัญหาของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยศูนย์พัฒนาผู้ประกอบการเทคโนโลยีด้านสุขภาพและการแพทย์ จะเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาด้านเทคโนโลยี ออกแบบโมเดลธุรกิจที่สามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน รวมถึงยังคอยเสาะหาและดึงกลไกให้ทุนสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ ซึ่งถือเป็นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาภายใต้แนวคิด Open Innovation

กลุ่มเป้าหมาย

- 4.1 โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมประกาศนโยบาย และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพและความปลอดภัยสถานพยาบาล (2 P Safety Hospital)
- 4.2 โรงพยาบาลมีแนวคิดในการพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมที่สอดคล้องกับ (SIMPLE)² และมีความพร้อมในการนำนวัตกรรมไปใช้งานจริงเมื่อผลงานเสร็จสมบูรณ์
- 4.3 นักพัฒนาเทคโนโลยี และสถาบันทางการศึกษาที่มีความประสงค์พัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

กิจกรรมในโครงการ

เริ่มเปิดโครงการมาตั้งแต่ปี 2561 โดย สรพ. ได้เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลที่มีความต้องการจะยกระดับการบริการได้ระบุปัญหาในรูปแบบข้อเสนอโครงการที่มีโอกาสที่จะนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมมาช่วยแก้ปัญหา จากนั้นทาง สรพ. และ สวทช. จะนำข้อเสนอโครงการมาพิจารณาคัดเลือกและจับคู่กับ นักวิจัย นวัตกรรมหรือผู้ประกอบการเทคโนโลยีที่ สวทช. มี เพื่อนำเทคโนโลยีไปใช้แก้ปัญหาและยกระดับการบริการตามข้อเสนอโครงการของโนทโดยจัดให้ทีมพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมจากโรงพยาบาลเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ “2P Safety Tech Hackaton Camp” ร่วมกับทีมนวัตกรรม (Innovator)

ทุกโรงพยาบาลจะต้องไปพัฒนา Model นำร่องเพื่อมานำเสนอในเวที HA national Forum ในเดือนมีนาคม โดยนำเสนอต่อรัฐมนตรี จากนั้นก็นำไปปฏิบัติจริง จนถึงเดือนกันยายน และนำผลการดำเนินการมานำเสนอกันอีกครั้งในงาน Word Patient Safety Day Thailand Patient and personal Safety Day โครงการนี้มีการติดตามความก้าวหน้า นวัตกรรมคือ จะมีแผนการติดตามเป็น 4 สถานะ

ได้แก่ ชั้น 1 อยู่ในระหว่างการวางแผนพัฒนา/อนุมัติดำเนินโครงการ ชั้น 2-2.5 กำลังดำเนินการพัฒนานวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การทดลองใช้จริง ชั้น 3 นวัตกรรมต้นแบบเสร็จแล้วและดำเนินการทดลองใช้จริง และ ชั้น 4 มีการประเมินผลการทดลองใช้จริงนวัตกรรมที่ได้รับการอนุมัติ



ปี 2562 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “2P Safety Tech Hackaton Camp” โครงการความร่วมมือพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 16-18 มกราคม 2562 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น หลักสี่ กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลทั่วประเทศ ส่งโครงการเข้าร่วมจำนวน 28 รพ. 39 โครงการ ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ 18 แห่ง พร้อมด้วยบริษัทเทคโนโลยีการแพทย์ 12 แห่ง สามารถพัฒนานวัตกรรมต้นแบบได้รวม 15 ผลงาน เป็น โครงการที่สัมพันธ์กับ Personnel 1 โครงการ Patient Safety 11 โครงการ ทั้ง Patient และ Personnel 3 โครงการ ได้รับการต่อยอดการพัฒนาจนใช้จริงได้ รวม 7 ผลงาน นวัตกรรมที่จะได้รับการพัฒนาในปี 2562 จำนวน 18 ผลงาน ได้แก่

1. Application การจัดการและควบคุมโรคระบาดคัดกรองผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจคัดกรอง ถูกที่ถูกต้องตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลยะลา
2. Smart Stroke Alert ระบบประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มต้นของการเป็น Stroke เพื่อเข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้น โดยโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
3. โปรแกรม EMS Mapping for Mobile Application ช่วยให้ทีม EMS สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้เร็วทันเวลา โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
4. Application คัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการโดยโรงพยาบาลตำรวจ

5. Smart Wristband for Patient Identification ระบบระบุตัวตนผู้ป่วยที่ชัดเจน ทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว โดยโรงพยาบาลระยอง
 6. Smart OPD เพิ่มคุณค่า ลดระยะเวลารอคอย ระบบจัดคิวให้รับรู้สถานการณ์ รวมถึงบริหารจัดการการตรวจรักษาในโรงพยาบาลทุกชั้นตอน ดดยโรงพยาบาลมหาสารคาม
 7. ระบบบริหารเวรเปลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ช่วยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเวรเปล ที่ส่งผู้ป่วยถูกที่ทันเวลา โดยโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
 8. Surgical Safety Checklists for Patient and Personnel Safety ห้องผ่าตัดมีระบบการตรวจสอบความถูกต้องที่มีประสิทธิภาพโดยโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์
 9. รถเข็นเครื่องมือแพทย์แบบยกกระดาน เครื่องมือช่วยขนยก/ขนย้าย เครื่องมือผ่าตัดที่มีน้ำหนักมาก เพื่อช่วยการบาดเจ็บร่างกายของเจ้าหน้าที่ โดยโรงพยาบาลนครนายก
 10. Stop Fall in Childhood เป็น Application ป้องกันผู้ป่วยตกเตียงในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยโรงพยาบาลสุโขทัย
 11. อุปกรณ์แจ้งเตือนเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
 12. เข็มระวังผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายด้วย PAD ALARM เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ โดยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
 13. สื่อสารปลอดภัยโดย Automatic ISBAR Application โดยโรงพยาบาลสัทธิพิศ กม10
 14. ลด Medication Error ด้วย PED. Drug Dose Application โดยศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา
 15. พัฒนาโปรแกรมป้องกันการบริหารยาผิดพลาดรวมทั้งป้องกันการแพ้ยาซ้ำ (ADMIN NA Application) โดยโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชสุพรรณบุรี
 16. Rapid Response Innovation พัฒนา Real Time Vital Signs Monitoring Wearable Devices วัด Heart rate, Temperature ได้ด้วย โดยโรงพยาบาลเพชรบูรณ์
 17. โปรแกรมลดการคัดลอกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารยา ป้องกันการบริหารยาผิดพลาดและความคลาดเคลื่อนทางยา โดยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์
 18. รถขนส่งอาหารระบบไฟฟ้า 4.0 เทคโนโลยีขนส่งลำเลียงอาหารผู้ป่วยในพื้นที่ลาดชัน ป้องกันอาหารตกหล่น ช่วยผ่อนแรงเจ้าหน้าที่เข็นรถขนส่ง โดยโรงพยาบาลหนองม่วง
- สรพ. ร่วมกับ สวทช. มอบรางวัลนวัตกรรมดีเด่น 2P Safety Tech ให้โรงพยาบาลที่นำนวัตกรรมปรับใช้เพิ่มความปลอดภัยผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
- วันที่ 16-17 กันยายน 2562 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) โดยศูนย์พัฒนาผู้ประกอบการธุรกิจเทคโนโลยี (BIC) ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. จัดการประกวดนวัตกรรม
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ในโครงการ 2P Safety Tech (Patient and Personal Safety Technology Awards) โดยจัดเวที 2P Safety Tech Pitching ภายใต้งาน “วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก (The 1st World Patient Safety Day)” และ “วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย (The 3rd Thailand Patient and Personnel Safety Day)” ที่จัดโดย สรพ. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ โดยเวทีพิเศษซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมด้าน Innovation for 2P Safety ที่เปิดโอกาสให้โรงพยาบาล 12 แห่งในโครงการ 2P Safety Tech Hospitals นำเสนอนวัตกรรม เพื่อคัดเลือกนวัตกรรมที่มีผลงานดีเด่นใน 3 ด้าน คือ รางวัลด้าน Collaboration ได้แก่ ผลงานรถขนส่งอาหารขับเคลื่อนไฟฟ้าของโรงพยาบาลหนองม่วง ลพบุรี รางวัลด้าน Care ในมุมมอง attractive คือ ผลงาน Smart OPD โรงพยาบาลมหาสารคาม และรางวัลด้าน Care ในมุมมอง expected quality ผลงานเครื่องมือ Stop Fall โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก ส่วนรางวัลด้าน Change คือ ผลงานระบบบริหารเวรเปล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ รางวัลเพิ่มเติมให้กับโรงพยาบาลที่มีนวัตกรรมโดดเด่นและน่าสนใจประกอบด้วย รางวัลชมเชย 2 รางวัล ได้แก่ โรงพยาบาลสตึก กม.10 จ.ชลบุรี กับผลงาน Automatic ISBAR และโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จ.สุพรรณบุรี กับผลงาน Administration Yommarat-Nurse Advance ขณะที่รางวัลพิเศษ ได้แก่ โรงพยาบาลระยอง จ.ระยอง กับผลงาน Smart wristband for patient identification

พร้อมโอกาสนี้ยังได้จัดเวทีเสวนาเรื่อง “Open Innovation รวมพลังงานสร้างนวัตกรรม ทำได้จริง : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การคิด ทำ ใช้ นวัตกรรม” โดยผู้แทนจากทีมนวัตกรรมโรงพยาบาล 2P Safety Tech และทีม Start up ในเครือข่าย สวทช. เพื่อเสริมความรู้และสร้างแรงบันดาลใจให้กับโรงพยาบาล แต่ละแห่งในการนำนวัตกรรมไปปรับใช้ในโรงพยาบาลซึ่งทุกนวัตกรรมต้นแบบที่พัฒนาจะเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทปัญหาของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมีความปลอดภัยและสะดวกยิ่งขึ้น สนับสนุนการเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ตามนโยบายประเทศไทย 4.0



ปี 2563 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “2P Safety Tech Hackaton Camp” โรงการความร่วมมือ

พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 22-24 มกราคม 2563 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น หลักสี่ กรุงเทพมหานคร

ปี 2563 มีโรงพยาบาลทั่วประเทศ ส่งผลงาน 67 โครงการ จาก 36 โรงพยาบาล สรพ. และสวทช. ช่วยกันคัดเลือกตามความเป็นไปได้ แบ่งผลงานเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ Medication tools, Software/Hardware, Logistic ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ 19 แห่ง พร้อมด้วยบริษัทเทคโนโลยีการแพทย์ 15 แห่ง สามารถพัฒนานวัตกรรมต้นแบบได้รวม 14 ผลงาน ใช้จริงได้ 10 ผลงาน

นวัตกรรมที่จะได้รับการพัฒนาในปี 2563 จำนวน 19 ทีม ได้แก่

1. โปรแกรมการตรวจสอบความถูกต้องการใช้ยาโดยใช้ Barcode โรงพยาบาลกำแพงแสน
2. ตู้จ่ายยาฉุกเฉินและยาด่วน โรงพยาบาลสุโขทัย
3. Sweet Alarm โรงพยาบาลสวทช.
4. ตู้นับเม็ดยามืออาชีพ (Pharm Count) โรงพยาบาลหนองม่วง
5. Application Medication Error Nurse Assistant Program (MENA Program) โรงพยาบาลแม่ทา
6. การบริหารคลังยาของห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกอย่างชาญฉลาด โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
7. พัฒนาระบบ CPR Lifeguard Application CPR Digital Guideline Alert (CPR Lifeguard) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
8. Smart – CSSD การจัดชุดเครื่องมือการผ่าตัด โรงพยาบาลค่ายจิรประวัติ
9. Electronic medical records สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
10. High-tech ALARM High-Touch ALERT โรงพยาบาลขอนแก่น
11. Application “RAPID RESPONSE ALERT” เตือนก่อนปลอดภัยกว่า โรงพยาบาลหาดใหญ่
12. เครื่องซิงติจิตอลความไวสูง โรงพยาบาลระยอง
13. เครื่องซิงแจ่งเตือนเพื่อลดอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงดาว
14. “Safety Mobility” Faster Aggression control vehicle หรือรถนั่งจำกัดพฤติกรรมโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์
15. Application ควบคุม ตรวจสอบการให้เลือดครบวงจร “Blood Transfusion Safety” โรงพยาบาลสุรินทร์
16. ระบบขนส่งสำรองด้วยรถไฟฟ้า โรงพยาบาลพนัสนิคม
17. Hospital Zero-Touch” การขนส่งในโรงพยาบาลโดยใช้ tracking โรงพยาบาลสกลนคร
18. “หุ่นยนต์ส่งของน้องนानी” โรงพยาบาลพัฒนานิคม



ปี 2563 มีการประชาสัมพันธ์เปิดตัวกิจกรรมและจัดกิจกรรมในท้องประชุม ในช่วงแข่งขัน Pitching ผลงานผ่าน Virtual Conference ที่สามารถทำได้จริง เป็น ระบบ Face to Face : Online 50:50 ในรอบการนำเสนอผลงาน วันที่ 17 กันยายน เป็นการนำผลงานที่ผ่านเข้ารอบมานำเสนอใน ส่วนกลาง ถ่ายทอดไปทั่วประเทศ โดยจำกัดทีมเข้าร่วมการประชุม ภายหลังจากนำเสนอแล้วก็มี การติดตาม ชื่นชมและเผยแพร่ ผลงานต่างๆ โดยมีผลงานที่มีการพัฒนานำไปใช้ 10 เรื่อง

ชื่อโรงพยาบาล	ชื่อผลงานนวัตกรรม
สุรินทร์	SURIN BLOOD SAFETY
ระแงะ	Digital bleed box
พหลพลพยุหเสนา	เด็กน้อยจะปลอดภัยเมื่อใช้ App PEWS
หาดใหญ่	Rapid response alert alarm
แม่ทา	MENA by MAETHA
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	Easy safety buddy transfer
สกลนคร	Hospital Zero-Touch การขนส่งในโรงพยาบาลโดยใช้ tracking
กำแพงแสน	โปรแกรมตรวจสอบความถูกต้องก่อนจ่ายยาโดยBarcode
พระศรีมหาโพธิ์	รถนั่งจำกัดพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
สวี	การใช้ Application เพื่อติดตามการใช้ยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Sweet Alarm)

ปี 2564 มีโรงพยาบาลส่งโครงการจำนวน 67 โครงการจาก 36 โรงพยาบาล สรพ.และ สวทช.ร่วมกัน คัดเลือกได้ 21 รพ. จาก รพ.ทั่วประเทศ

1. โปรแกรมwarfarin clinic โรงพยาบาลนาแห้ว
2. Critical Lab Alert “Personnel Alert Patient No Arrest” โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
3. QR code screening for ambulance safety program ทุกชีวิตปลอดภัยเมื่ออยู่ในมือคุณ โรงพยาบาลสอยดาว
4. SMART Medication Safety โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
5. โครงการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรักษาทางทันตกรรม โรงพยาบาลบึงสามพัน

6. โรคประจำตัวของฉัน โรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี
7. HT SMART Cooling Bed ป้องกันและลดอันตรายจากโรคลมร้อน โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช
8. พัฒนาเครือข่ายช่วยเบาหวาน ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ได้ด้วยนวัตกรรม โรงพยาบาลแก่ง
9. Application You Drug โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร
10. พัฒนาระบบจ่ายยาอัตโนมัติ เพื่อจัดยาและจ่ายยาฉุกฉิน (stat dose) ให้ทันเวลาและถูกต้อง โรงพยาบาลสกลนคร
11. พัฒนาโปรแกรมจัดการข้อมูลปริมาณเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลระแงะ และโรงพยาบาลเชียงดาว
12. ครอบครัวยุค PCC ปรึกษาได้ทุกที่ ทุกเวลา โรงพยาบาลอ่างทอง
13. ระบบแจ้งเตือนการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด เครือข่ายจังหวัดระยอง (Alert Sepsis Network Rayong) โรงพยาบาลระยอง
14. Safety Preventable ADR Borabue Hospital โรงพยาบาลบรบือ
15. Surin Blood Transfusion Safety (Phase II) โรงพยาบาลสุรินทร์
16. Surasi Sepsis Alert โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์
17. การบริหารยาปลอดภัยด้วย IT wristband โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
18. Smart LAB โรงพยาบาลแม่ทา
19. โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤตด้วยนวัตกรรมในการเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วย (อ่อนแรงผู้ให้ ปลอดภัยผู้รับ) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
20. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารยาผู้ป่วยในแบบผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยใช้ SMART SAM
โรงพยาบาลกรงปินัง

ที่ผ่านมา ได้มีโรงพยาบาลทั่วประเทศที่ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ 2PSafety แล้วจำนวน 58 แห่ง จากที่สมัครมากกว่า 170 แห่ง พร้อมด้วยบริษัทเทคโนโลยี 15 ราย ขณะนี้สามารถพัฒนานวัตกรรมต้นแบบที่นำไปใช้จริงในโรงพยาบาลมากกว่า 17 ผลงานแล้ว ซึ่งทำให้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมาก นำนวัตกรรมมาให้แก้ไขปัญหาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและตอบโจทย์ตรงกับความต้องการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ตัวอย่างนวัตกรรมที่มีความโดดเด่น ขยายผลการดำเนินการในวงกว้างและตอบโจทย์ 2P Safety Hospital ได้แก่ “ระบบระบุตัวตนผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน”(RFID Patient Tracking & Identification) โรงพยาบาลระยอง



ที่มา : <https://mgronline.com/smes/detail/9630000112537> เผยแพร่: 30 ต.ค. 2563 10:47

โดย: ผู้จัดการออนไลน์

“ระบบระบุตัวตนผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน”(RFID Patient Tracking & Identification) ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน คือ

1. ระบุตัวตนผู้ป่วย ช่วยให้ทีมแพทย์สามารถแยกประเภทผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรก โดยแบ่งสีของริสแบนด์ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเป็น สีแดง-ชมพู-เหลือง-เขียว และขาว ทำให้ลดขั้นตอนการตรวจสอบและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

2. ติดตามการรักษา ระบบสามารถเก็บบันทึกประวัติการรักษาและประวัติความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ดูรายงานสถานะคนไข้แบบเรียลไทม์

3. นำข้อมูลการรักษามาวิเคราะห์ เพื่อสรุปผลการทำงานและปรับปรุงพัฒนาการรักษาให้ดีขึ้น

4. มีหน้าแสดงผลหน้าจอ เพื่อสะท้อนภาพรวมการทำงาน

สามารถนำริสแบนด์กลับมาใช้ซ้ำได้ถึง 200,000 ครั้ง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและช่วยลดขั้นตอนการทำงานของทีมแพทย์ ผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาได้อย่างทันที่ และเพื่อเป็นมาตรฐานการทำงานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล และโรงพยาบาลระยองเตรียมขยายผลไปสู่โรงงานอุตสาหกรรมในเขตนวัตกรรมระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EECI) เพื่อใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงงานต่อไป

สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานโครงการ 2P Safety ในช่วงปี 2561-2564

“ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปฏิบัติงานปลอดภัย คือหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน”

ความปลอดภัยของผู้ป่วย คือโอกาสสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยกว่าล้านคนเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างรับบริการทางการแพทย์ และถือเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตของประชาชน ทุกๆ 10 คน มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

ในความเป็นจริง มนุษย์ทุกคนมีโอกาสเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่เหนื่อยล้าสะสมจากการทำงานหนักอย่างต่อเนื่อง เราจึงต้องร่วมกันพัฒนาระบบและคิดค้นนวัตกรรมสนับสนุนการทำงานและป้องกันข้อผิดพลาดเพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากร



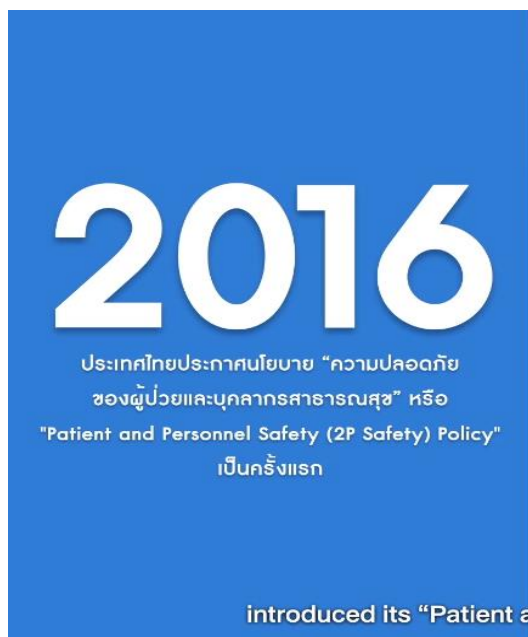
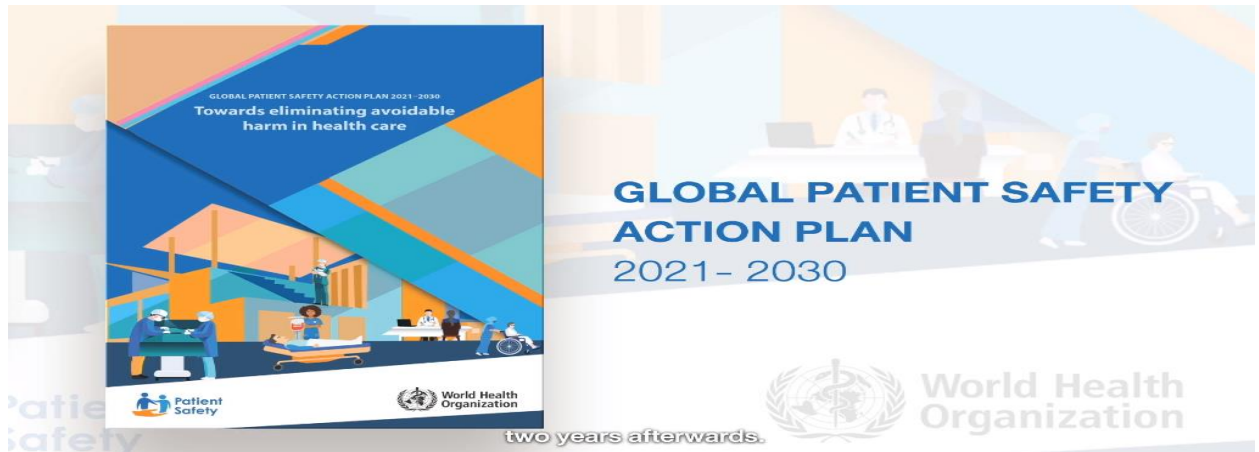
องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ เรื่อง Patient Safety เป็นประเด็นสำคัญที่ทุกๆ ประเทศสมาชิก ในโลกต้องคำนึงถึง นับตั้งแต่การประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 55 ในปี 2002 มีการสนับสนุนประเทศสมาชิกให้สนับสนุนการขับเคลื่อนความปลอดภัยด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์ความรู้ กลไกเครื่องมือและแนวทางสร้างความเข้มแข็งอย่างเป็นระบบ



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



และในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 72 ในปี 2019 ได้มีกำหนดให้ Patient Safety ให้เป็น Global Patient Safety และกำหนดให้วันที่ 17 กันยายนของทุกปีเป็น World Patient Safety Day โดยประเทศไทยเข้าร่วมการประชุมพร้อมมีการสนับสนุนรวมทั้งร่วมผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อน Global Action for Patient Safety 2021 ถึง 2030 ใน 2 ปีถัดมา



introduced its "Patient and Personnel Safety (2P Safety) policies.

ในปี 2016 ประเทศไทยได้ประกาศ นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขหรือ Patient and Personnel Safety (2P Safety) Policy เป็นครั้งแรก โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และมีปฏิญญาที่บันทึกร่วมกันของภาคีเครือข่าย 16 องค์กร เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ที่สำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่

1. กำหนดให้มีเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร Patient and Personnel Safety Goals หรือ 2P Safety Goals โดยมียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน
2. สนับสนุนให้มีระบบ National Reporting and Learning System (NRLS)
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพอย่างสร้างสรรค์



โดยมีคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน พร้อมกันนี้จึงได้ประกาศยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขปี 2018-2019 มีคณะกรรมการ 3 ชุดในการขับเคลื่อน และยุทธศาสตร์ แบ่งออกเป็น 5 ด้านดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคมผู้ป่วยและองค์กรต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อสุขภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบรายงานเรียนรู้และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับตรวจสอบและอภิบาลระบบสุขภาพ

ตลอดระยะเวลา 4 ปียุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ได้รับการขับเคลื่อนและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

ปี 2561 ปีแห่งการเริ่มต้น

เริ่มโครงการ 2P Safety Hospital เพื่อขับเคลื่อนสถานพยาบาลให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัย ให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อผู้ป่วยและบุคลากร

1. ประกาศ 2P Safety Goals โดยมีทีมผู้เชี่ยวชาญร่วมกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรตามหมวดหมู่ของ SIMPLE โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลในโครงการ และโรงพยาบาลที่สนใจนำไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้

2. เริ่มพัฒนาเครื่องมือต่างๆในการสนับสนุนสถานพยาบาลในการขับเคลื่อน 2P Safety Goals ได้แก่

1) ระบบรายงานอุบัติการณ์ Health Care Risk Management System (HRMS) สำหรับสถานพยาบาล

2) ระบบรายงานอุบัติเหตุการเข้าสู่ระบบส่วนกลางของประเทศ National Reporting and Learning Systems (NRLS)

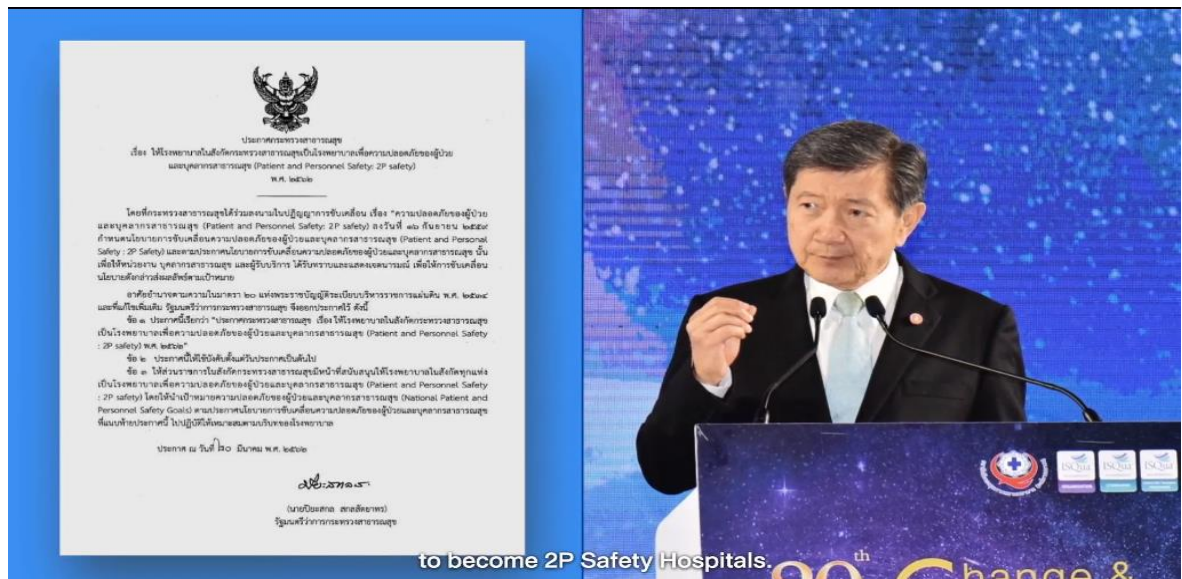
3) พัฒนาเครื่องมือประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานพยาบาล (Hospital Safety Culture Survey (HSCS) โดยนำรูปแบบจาก AHRQ ที่ได้รับการอนุมัติมาประยุกต์ใช้

4) เปิดตัวเครื่องมือประเมินประสบการณ์ผู้ป่วย Patient Experience Program (PEP) เพื่อโรงพยาบาลในโครงการได้เรียนรู้และพัฒนาระบบจากเสียงผู้รับบริการ

ปี 2562 ปีแห่งการก้าวกระโดด

จากการเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital และการประกาศเป้าหมายความปลอดภัย 2P Safety Goals ตามความสมัครใจของแต่ละโรงพยาบาล

1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกโรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาล 2P Safety (2P Safety Hospital) และมีการลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 20 มีนาคม 2562 ส่งผลให้มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมาก



2. มีการบูรณาการเรื่อง 2P Safety Goals ในระบบบริหารความเสี่ยงของมาตรฐาน HA เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

3. มีการสร้างความร่วมมือกับ สวทช. เพื่อเปิดตัวโครงการพิเศษ 2P Safety TECH การร่วมกันพัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัย




4. ประเทศไทยร่วมขับเคลื่อน Patient Safety ในเวทีโลกและจัดงาน World Patient Safety Day ครั้งที่ 1 พร้อมกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก



ปี 2563 ปีแห่งการเดินหน้า

1. ประกาศมาตรฐานสำคัญจำเป็น ต่อความปลอดภัย 9 ข้อ เป็นเกณฑ์การพิจารณารับรองสถานพยาบาล โดยเลือกประเด็นสำคัญต่อความปลอดภัยจาก 2P Safety Goals เพื่อมุ่งเน้นให้โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน มีระบบเก็บและรายงานอุบัติเหตุการณ์ มีการทบทวนอุบัติเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วยและมีการวางระบบการบริหารความเสี่ยงในเรื่องดังกล่าว



มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ

1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
2. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS I
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
4. การเกิด Medication Errors IIa: Adverse Drug Event
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

with 2P Safety Goals.

2. นอกจากนี้ในสถานการณ์โควิด-19 ที่เริ่มรุนแรงขึ้นตั้งแต่ช่วงปลายปี 2563 จึงได้มีการผลักดันเรื่อง Personnel Safety โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศเป็นนโยบาย “ความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขทุกคนในสถานการณ์โควิด-19”

ปี 2564 ปีแห่งการเรียนรู้

1. พัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสถานการณ์โควิด-19 ด้วยการใช้อุปกรณ์จากระบบ NURL ในโปรแกรม Learning System สร้าง Platform Community of Practice เรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญในรูปแบบต่างๆ

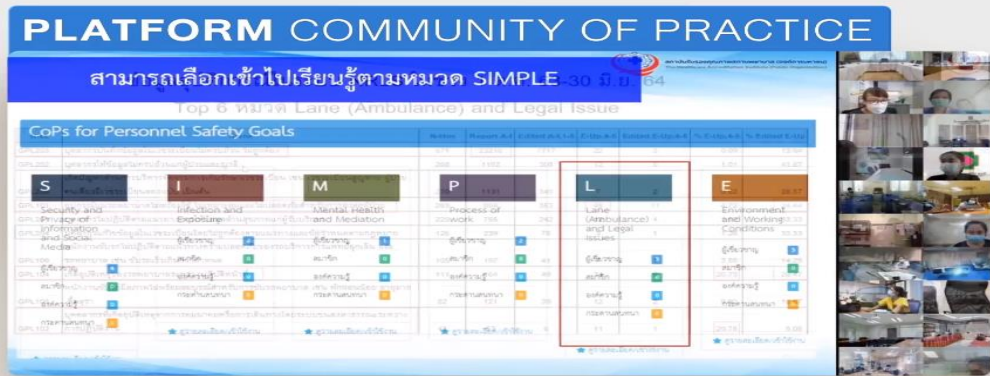


It used information from the National Reporting and Learning System (NRLS).



The Community of Practice platform was created to support learning activities with experts.

2. พัฒนาการความรู้ SIMPLE ผ่านสื่อการสอนออนไลน์ ถอดบทเรียนสถานการณ์โควิด-19 กับมาตรฐานและความปลอดภัย พัฒนาแนวทางปฏิบัติ 2P Safety SIMPLE Tools ในสถานการณ์โควิด-19 และการทำ RCA ผ่านระบบสื่อสารทางไกล



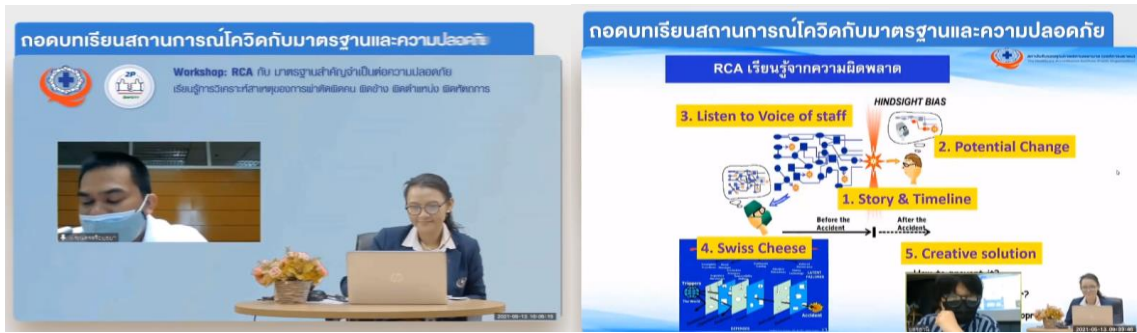
Knowledge about SIMPLE was shared via online content.



Lessons were drawn on standards and safety related to COVID-19.



2P Safety (SIMPLE)2 guidelines for action were formulated in response to COVID-19



ด้วยการขับเคลื่อนและมุ่งมั่นเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยตลอด 4 ปีที่ผ่านมา จึงมีโรงพยาบาลเข้าร่วมเป็นอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันมีจำนวนโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 764 แห่ง หรืออาจกล่าวได้ว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลในประเทศ

นอกจากนี้ยังมีการรายงานอุบัติการณ์เข้ามาในระบบ NRLS ทั้งสิ้นจำนวน 1,708,670 อุบัติการณ์ แสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยเรื่องการรายงานอุบัติเหตุการที่ได้เกิดขึ้นกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ และมีการนำอุบัติเหตุการต่างๆมาทบทวน แก้ไขสร้างการเรียนรู้ เพื่อวางแผนและป้องกันเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเรื่องการเรียนรู้ ให้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืนในอนาคตต่อไป

จาก Patient and Personal Safety สู่ People Safety เป็น 3P Safety สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เริ่มต้นง่าย ๆ ด้วยการหมั่นล้างมือใส่หน้ากากอนามัยเป็นประจำก็จะช่วยสร้างความปลอดภัย ลดและป้องกันติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อเป็น 3P Safety เกิดได้ทุกที่ทำได้ทุกคน



บทที่ 3

ผลการดำเนินโครงการ

ในการดำเนินการได้มีการถอดบทเรียนกลุ่มโรงพยาบาลที่มีความโดดเด่นในการนำองค์ความรู้ และเครื่องมือคุณภาพในโครงการ สู่การปฏิบัติในองค์กร ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลจาก 40 โรงพยาบาล จากข้อมูลสามารถสรุปบทเรียนในประเด็นต่างๆ ที่เป็นผลการดำเนินการโครงการได้ดังนี้

ผลการดำเนินการตามนโยบาย 2P Safety

ด้านการนำองค์กร

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ มีการกำหนดและประกาศนโยบาย 2P safety hospital เป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลที่ทุกคนต้องถือปฏิบัติ กำหนดเป็นจุดเน้น/เข็มมุ่งในการพัฒนา กำหนดกลยุทธ์ และแผนงานในการขับเคลื่อน มีการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นการสื่อสาร สร้างความเข้าใจ 2P Safety Goals และการดำเนินงานในภาพรวม สนับสนุนทรัพยากร สนับสนุนการดำเนินการโดยใช้เครื่องมือ HRMS/NRLS, HSCS, 2P Safety Tach , CoP SIMPLE, PEP, THIP และมีระบบกำกับติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

การขับเคลื่อนนโยบาย 2P safety สู่การปฏิบัติ

1. ศึกษานโยบาย ทบทวนตามบริบท กำหนดและประกาศนโยบาย 2P safety Hospital สร้างพันธสัญญาร่วมกัน สิ่งสำคัญ คือ นโยบาย no blame no shame no harm
2. กำหนดเป้าหมาย 2P safety goals เป็นเป้าหมายความปลอดภัยขององค์กร set priority นำมากำหนดเป็นจุดเน้น/เข็มมุ่งในการพัฒนาที่สำคัญตามบริบทโรงพยาบาล
3. กำหนดให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและศูนย์พัฒนาคุณภาพ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการวางแผนขับเคลื่อน ประสานงาน และกำกับ ติดตาม
 - ประธานคณะกรรมการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ควรเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล จะช่วยให้ได้รับความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบาย และมีอำนาจในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ทันท่วงที
 - มีรองผู้อำนวยการด้านต่างๆ ประธานที่มำทางคลินิกและที่มำระบบงานสำคัญ และผู้ประสานงานคุณภาพเป็นคณะกรรมการ มีหน่วยงานเป็นเครือข่าย มีหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้จัดการความเสี่ยงหน่วยงาน จะช่วยให้ขับเคลื่อนได้ทั่วทั้งองค์กร

- จัดประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ติดตามความก้าวหน้าทุกเดือน
4. ถ่ายทอดนโยบาย 2P safety สู่การปฏิบัติ โดยการสื่อสาร/มอบนโยบายผ่าน
- คณะกรรมการในระดับต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการที่มำนำสูงสุด
- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการที่มำนำระดับทุกระดับ
- ถ่ายทอดนโยบาย 2P safety (SIMPLE) ผ่านการประกาศ commitment ร่วมกับบุคลากร
 - สื่อสารนโยบายและแนวทางปฏิบัติผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
 - การจัดตั้งคณะอนุกรรมการย่อย ในแต่ละระบบที่สำคัญ เช่น ทีม IC ENV PTC IM X-ray Lab เป็นต้น โดยมีบทบาทหน้าที่ กำหนดนโยบาย สื่อสาร ถ่ายทอดนโยบาย ให้ทุกหน่วยงาน ถือปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน จัดระบบบริหารความเสี่ยงเชิงป้องกันและแก้ไข สร้างระบบความปลอดภัยทั้งทางคลินิกและหน่วยงานสนับสนุนในโรงพยาบาล
5. สร้างการมีส่วนร่วม ด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ จัดเวทีการสร้าง/แลกเปลี่ยนการเรียนรู้
- สร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้บริหาร ทีมนำและผู้ปฏิบัติโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาล โดยการประกาศเป็นนโยบาย ประชุมชี้แจง
 - มีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ นำแนวทางที่ได้กำหนดใน 2P Safety Goals มาถ่ายทอด เผยแพร่ให้ทราบอย่างทั่วถึง ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในเรื่องความเสี่ยง ความปลอดภัยให้กับบุคลากร
 - ประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลายตามบริบท เช่น Line Page Facebook เทคโนโลยีมีลติมีเดียที่แสดงในที่ต่าง ๆ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์หน้าลิฟต์ ป้ายสื่อสารขององค์กร บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
 - จัดแจกคู่มือ ให้ทุกหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน และงานประจำ
 - จัดอบรมให้ความรู้ประจำปี ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ แพทย์ใช้ทุน และนิสิตแพทย์ปี 3-4
 - แลกเปลี่ยนเรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้วยการทำ RCA ที่เน้นความปลอดภัยตาม 9 มาตรฐาน โดยใช้แนวคิด “Learning from mistake, Make it better”

- เข้าร่วมเรียนรู้ ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice, CoP) ผ่าน CoP SIMPLE ผ่านโปรแกรม NRLS ผ่านโปรแกรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต่างๆ ทั้งที่ รพ.จัดเอ' และ และจัดโดย สรพ.รวมทั้งเรียนรู้ผ่านช่องทางการเรียนรู้ผ่านสื่อ Social Media ที่ สรพ.เผยแพร่ เช่น Page Facebook : HA Thailand , You tube Live : HA Thailand
6. ใช้แนวคิดบริหารความเสี่ยง การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย ในการดำเนินงาน โดยใช้เครื่องมือ HRMS/NRLS, HSCS, 2P Safety Goals, PEP, CoP SIMPLE , THIP
- กระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับรายงานอุบัติการณ์ สามารถรายงานได้หลายช่องทาง ถือเป็นภารกิจของบุคลากรทุกคน เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
 - Empowerment หัวหน้างาน/ หัวหน้าภาควิชา เป็นผู้จัดการความเสี่ยง โดยใช้ระบบ Risk Profile (หน่วยงาน) Risk Register (ทีม/ รพ.) ร่วมกับกิจกรรม CQI (PDCA/3C-PDSA เชื่อมโยงกับระบบรายงาน HRMS/NRLS
 - มุ่งเน้นการค้นหาความเสี่ยงครอบคลุมทุกพื้นที่ การจัดการความเสี่ยง จัดทำ Risk Register มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานปรับทุก 6 เดือน พร้อมทบทวนอุบัติการณ์ (Top 5) ปรับระบบให้มีความรัดกุม ปลอดภัยป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
 - ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก โดยการนำ Steering & Risk Round ทุกเดือน ค้นหาและจัดการความเสี่ยง พร้อมนิเทศตามรอยระบบ มีการรายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม HRMS On Cloud
 - ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS ประจำปี สรุปจุดเน้นในการพัฒนา และจัดชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice, CoP) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ออกแบบระบบและกำกับติดตามตัวชี้วัด SIMPLE
 - การใช้ โปรแกรม NRLS สนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในแต่ละ CoP
 - นำ SIMPLE มาใช้ในการวางระบบ ปรับ WI และดำเนินงานตามมาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย
 - สสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยใช้ HSCS (hospital safety culture survey) นำผลสำรวจมาวิเคราะห์ วางแผนและปรับปรุงเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
 - การใช้ THIP ในการติดตามและเปรียบเทียบผลลัพธ์องค์กรในตัวชี้วัดสำคัญกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน นำสู่การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการ

- การใช้เครื่องมือ PEP วิเคราะห์ร่วมกับการสำรวจความพึงพอใจ และระบบการรับฟังข้อเสนอแนะคำร้องเรียน เพื่อพัฒนาภาพรวม และ Feed back ข้อมูลกลับไปยังทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการปรับปรุงพัฒนา / ปรับระบบบริการโดยนำ PEX มาปรับบริการ ช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

7. การติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

- Key process คือ การติดตามการรายงานความเสี่ยงของบุคลากรผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล/สภาคุณภาพและคณะกรรมการ/คณะทำงานต่างๆ ทุกเดือน

ตัวอย่าง โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ดีในด้านการนำองค์กร

1. โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระราชสุทิดา ผู้นำองค์กรเห็นความสำคัญสนับสนุนงาน 2P Safety Hospital ได้กำหนด Policy 2P Safety & Strategy SMART, Revised RMC, Revised Flow RM, Communication & Education ทีมนำสนับสนุนงบประมาณ จัดโครงการกิจกรรมต่างๆ นำการประชุม และทบทวน ทีมเลขานุการคณะกรรมการ RMC มีความรู้ความเข้าใจในระบบ 2P Safety ระบบสนับสนุนฐานข้อมูล การใช้ข้อมูล และทีมบริหารจัดการที่เข้มแข็ง (admin โปรแกรมที่นำมาใช้ ได้แก่ HRMS, PEP, HSCS, THIP) นำไปสู่การกำหนดนโยบายและเป้าหมายความปลอดภัย และการดำเนินการร่วมกันทั้งระดับคณะแพทยศาสตร์ที่มีการเรียนการสอน และโรงพยาบาลมีรับผิดชอบในส่วนของการบริการและสนับสนุนการเรียนการสอน

2. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีการทบทวน คณะกรรมการ นโยบาย และเข้มมุ่งในการพัฒนาทุกปี ปัจจุบันคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีแพทย์เป็นประธาน มีหัวหน้างานบริการทางคลินิก / หัวหน้างานสนับสนุน / เลขานำทางคลินิก และสหสาขา ร่วมเป็นคณะกรรมการ มีเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ ที่ครอบคลุมทั้ง ด้านคลินิกและทั่วไป รวมทั้งมีการจัดตั้งคณะกรรมการย่อย ในแต่ละระบบที่สำคัญ เช่น ทีม IC ENV PTC IM X-ray Lab เป็นต้น

กำหนดบทบาทหน้าที่ กำหนดนโยบาย สื่อสาร ถ่ายทอดนโยบาย ให้ทุกหน่วยงาน ถือปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน จัดระบบบริหารความเสี่ยงเชิงป้องกันและแก้ไข สร้างระบบความปลอดภัยทั้งทางคลินิกและหน่วยงานสนับสนุนในโรงพยาบาล ตัวอย่างการกำหนดนโยบาย เช่น ปี 2560 มีนโยบายบริหารความเสี่ยง ปี 2561 ประกาศนโยบายการจัดการคุณภาพ นโยบาย ไม่ตำหนิ กล่าวโทษ (No blame Policy) และ 2p safety เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ปี 2562 ประกาศนโยบาย Safe Surgery and Invasive Procedure(การผ่าตัดปลอดภัย) ปี 2564 ประกาศนโยบายการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด นโยบายการบริหารความเสี่ยงมาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ นโยบาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง จัดทำแผนดำเนินงานทุก 1 ปี โดยแผนครอบคลุม ด้านการบริหารของคณะกรรมการ การจัดระบบของการบริหารความเสี่ยงแก่หน่วยงาน และด้านการจัดวิชาการแก่บุคลากรรวมถึงแผนการติดตาม ประเมินผล

ในปี 2562 มีแผนการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน และสามารถปฏิบัติตามแผนได้ ร้อยละ 70 แผนการบริหารความเสี่ยง: ประกาศเข้มมุ่ง 4 ข้อ

(1) ระเบียบปฏิบัติ มีการจัดทำดังนี้ จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยง เพื่อสื่อสาร กับทุกหน่วยงาน ใน รพ. จัดทำแนวทางปฏิบัติ ในการดำเนินการเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่างๆ เช่น Flow การรายอุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยง แนวปฏิบัติการขอความช่วยเหลือ กรณีช่วย CPR การรายงานในโปรแกรม HRMS แนวปฏิบัติการผ่าตัดปลอดภัย safe surgery

(2) กระบวนการบริหารความเสี่ยง ค้นหาโดย RM round ในปี 2561-2562 มีการค้นหาความเสี่ยงโดยลงตรวจเยี่ยม ในหน่วยงานที่มีการให้เลือด สูงที่สุดในรพ. Round การบริหารยา Round การรายงานอุบัติการณ์ (หน่วยงานสนับสนุน) ในเดือน มี.ค.2561 จากการตามรอยหน่วยงานที่มีการให้เลือด ผลการตรวจเยี่ยม ทำให้ทีมมีความมั่นใจให้การบริการให้เลือดให้ได้ตามมาตรฐานขึ้น ในปี 2563 มีการกำหนดหัวข้อตรวจเยี่ยมให้ตรงประเด็นมากขึ้น ดังนี้ 1) เข้มมุ่งของ RM ปี 2563 (Safe surgery Effective, CPR, ET tube เลื่อนหลุด, ผ้าไม่พอใช้) 2) SIMPLE (2P safety) ในหน่วยงาน 3) RM เชิงรุก และ 4) การใช้งานโปรแกรม HRMS on clouds 5) Risk register ผลการตรวจเยี่ยม นำเสนอให้ RMC รับทราบ ทุก 1 เดือน และประเด็นที่สำคัญ บางอย่างนำเข้าสู่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เช่น ระบบส่งซ่อมล่าช้า อาคาร สถานที่ในห้องผ่าตัด เป็นต้น และกำหนดการนำเสนอ จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง ในปี 2562 ตาม SIMPLE / มาตรฐาน ในแต่ละ PCT / ระบบงานสำคัญ Risk register

(3) เรื่องที่สำคัญ ใน PCT / ระบบงานสำคัญ ผลการดำเนินการ พบว่า ส่วนใหญ่การนำ risk register ยังไม่ต่อเนื่อง และทักษะการใช้ข้อมูลที่มีมาทำ risk matrix เป็นโอกาสพัฒนา ทำให้ทีม RMC วางแผนทำโครงการ P4P คุณภาพในเรื่องการนำ Risk register มาใช้ในหน่วยงาน

(4) ส่งเสริมให้มีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน ตั้งแต่การทบทวนปัญหาที่พบระหว่างการทำงาน การสื่อสารขณะส่งเวร การทบทวนปัญหาก่อนการปฏิบัติงาน เช่น morning talk จัดอบรมให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยและความเสี่ยง วัฒนธรรมความปลอดภัยที่มีในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ โดยใช้หลัก 5 moment การชั่ง ด้วยการระบุชื่อ นามสกุล อายุ การไม่กล่าวโทษเมื่อพบและมีการรายงานความผิดพลาด เป็นต้น

3. โรงพยาบาลหาดใหญ่ ดำเนินนโยบาย 2P Safety Hospital โดยการนำนโยบาย 2P Safety Hospital มาใช้ในการ จัดการความเสี่ยง ค้นหาความเสี่ยง ทบทวนอุบัติการณ์และปรับระบบ นำ

PEX มาปรับบริการ ช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจ และความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย นำ SIMPLE มาใช้ในการวางระบบ ปรับ WI และดำเนินงานตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยการกำหนดนโยบาย 2P safety hospital การ Training และกำกับปฏิบัติตาม WI และ การกำกับติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเสริมแรงแก่บุคลากร ส่งผลให้ตัวชี้วัด Hand hygiene ดีขึ้น ,VAP ลดลง มีการใช้ VAP protocol อย่างจริงจัง และไม่เกิดอุบัติการณ์เกี่ยวกับ Identification ที่มีผลกระทบระดับ E ในระยะ 2 ปี ที่ผ่านมา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้นำทุกระดับเห็นความสำคัญ และมุ่งมั่นในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย นำสู่การกำหนดทิศทางการนำองค์กร กำหนดนโยบาย ที่เข้มมุ่งในการพัฒนาที่ชัดเจน สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. นโยบายสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ คือ No Blame No Shame
3. การทบทวนนโยบาย แผนการขับเคลื่อนและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ จะช่วยให้การดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
4. การสื่อสารองค์กรที่มีประสิทธิภาพจะช่วยสร้างความเข้าใจ ให้บุคลากรเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือนำสู่การปฏิบัติที่ดี
5. การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ทราบความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
6. การเสริมความรู้และการสนับสนุนให้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด ความเข้าใจ ความตระหนักรู้ นำสู่การปฏิบัติที่ดี การปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรได้

ประโยชน์ที่ได้รับหลังจากเข้าร่วมโครงการ 2P safety Hospital

1. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้นำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (National Patient and Personal Safety Goals, 2P Safety Goals) ไปกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ นโยบาย ค่านิยมองค์กร จุดเน้น เข้มมุ่ง ทำให้มีทิศทางการนำองค์กรที่ชัดเจน ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข มีความเข้าใจตรงกัน นำสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพที่รัดกุม เอื้อต่อการปฏิบัติ

2. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้มีการนำนโยบาย แนวทางการพัฒนา และเครื่องมือ ในโครงการ 2P Safety Hospital ไปเป็นเครื่องมือในการบริหารองค์กร สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาล และในระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

พบว่าประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการมีประเด็นหลักๆ ที่ได้รับแบ่งได้ 3 ส่วนคือ **องค์ความรู้ กระบวนการเรียนรู้ และผลลัพธ์การพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น (Good Outcome) ด้านองค์ความรู้ :**

ได้รับการสนับสนุนองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ ระบบบริหารความเสี่ยง เป้าหมายความปลอดภัยในผู้ป่วยและบุคลากร (2P Safety Goals) การเชื่อมโยงมาตรฐาน HA มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ การเขียนแบบประเมินตนเอง การทบทวน RCA **ด้านกระบวนการเรียนรู้ :**

พบว่ากระบวนการเรียนรู้สำคัญที่เกิดประโยชน์สูงสุดคือ เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้เครื่องมือในโครงการ แลกเปลี่ยน best practice ในการนำแนวคิด 2P Safety สู่อุปกรณ์ปฏิบัติ และการเรียนรู้ที่ได้จากการทำ RCA อุบัติการณ์ที่รายงานเข้าสู่ระบบ NRLS การใช้ผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลสู่การออกแบบระบบเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในประเด็นที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา การประยุกต์ใช้ข้อมูลการสำรวจประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient Experience) สู่การปรับระบบบริการและระบบงานสำคัญ

ในกระบวนการสร้างการเรียนรู้ สรพ.ได้จัดให้มี Quality coach จากสรพ. และผู้เชี่ยวชาญจากสภาวิชาชีพ ทำหน้าที่ที่เสี่ยงในการเสริมองค์ความรู้ ทั้งการเรียนรู้การใช้เครื่องมือคุณภาพ มีการทบทวนตัวเอง ได้ต่อยอดการเรียนรู้จากโรงพยาบาลในโครงการ และเรียนรู้การใช้ประโยชน์จากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง /การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย การทำ Patient experience/ การใช้ประโยชน์จากการเปรียบเทียบวัด THIP /CoP SIMPLE ฯลฯ

ด้านผลลัพธ์การพัฒนา ส่วนใหญ่การพัฒนามีแนวโน้มดีขึ้น ในประเด็นที่หลากหลาย เช่น

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำ RCA นำไปสู่การออกแบบระบบเพื่อปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วย (รพ.พระจอมเกล้า)
- บริหารจัดการเป็นระบบ (รพ.สรรพสิทธิประสงค์)
- บุคลากรสนใจและตระหนักรู้ในการป้องกันความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น (จิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์)
- ได้มีโอกาสได้ใช้เครื่องมือของ สรพ. ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์แบบ real time ได้อย่าง HRMS และ NRLS และช่วงที่ได้ใช้ HRMS เป็นช่วงที่คณะกรรมการความเสี่ยง กำลังคิด

ปรับปรุงระบบตามความต้องการของผู้ใช้ที่อยากทราบข้อมูลว่า เมื่อรายงานความเสี่ยงไปแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้รับทราบปัญหาหรือไม่ และแก้ไขอย่างไร ซึ่งระบบ HRMS เอื้อประโยชน์โดยตรงนี้ได้ส่วนหนึ่ง (รพ.เจริญกรุงประชารักษ์)

- สร้างการเรียนรู้ในมาตรฐานและการนำมาตรฐานไปใช้ ทำให้มีแนวทางในการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (รพ. ชุมแพ)
- เรียนรู้แนวทางในการป้องกัน AE (รพ.ท่าศาลา)
- มีระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบ online เข้าถึงได้สะดวกกว่าเดิมที่รายงาน โดยการเขียนแล้วนำมาพิมพ์ ทำให้ลดภาระงานและทรัพยากร และมีระบบการจัดฐานข้อมูลบัญชีความเสี่ยง โดยการแบ่งกลุ่ม/หมวดหมู่/ประเภทของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ชัดเจน ทำให้ ความถูกต้องของข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล (รพ.ธนบุรี)
- มีโปรแกรม NRLS ระบบเดียวที่สามารถใช้ได้ทุกระบบงานในรพ. เช่น RISK, IC, ระบบยา เป็นต้น สามารถดูข้อมูล real time มี dashboard เพื่อการแก้ไขได้ทันที่รวมทั้งระบบ HSCS, PEP ที่ทำให้เห็นภาพรวมของพ. เทียบกับมาตรฐานและภาพรวมของประเทศ และการเรียนรู้ผ่าน CoP และ RCA ทำให้เห็นการแก้ปัญหาที่เป็น best practice โดยอาจปรับมาใช้กับบริบทของเรา และได้มีโอกาสเสนอ RCA ของรพ.ของเรา ทำให้ท่านอ.ผู้เชี่ยวชาญได้เปิดมุมมองการแก้ปัญหาที่กว้างและครอบคลุมกว่าที่รพ.เราทำ RCA เพียงลำพัง และมี การพัฒนานวัตกรรมภายใต้โครงการ 2P safety tech โดยการใช้ TECHNOLOGY ลด Human error และได้รับรางวัลด้าน change ในปี 2563 และเข้าโครงการอีกครั้งในปี 2564 (รพ.พหลโยธินเสนา)
- ได้มีโอกาสใช้ระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (HRMS& NRLS) โดยมีการ Implementation & Monitoring 2P Safety Goals ผ่านบัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS มีการประเมินประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (HSCS) และวิเคราะห์แนวคิด ทักษะคนติบุคลากร ในแต่หน่วยงานภาควิชา ที่มีต่อระบบความปลอดภัย เพื่อสนับสนุนผู้บริหารแต่ละฝ่ายใช้ข้อมูลในการ approach & Empowerment บุคลากรในแต่ละกลุ่มได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อระบบการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program: PEP) โดยใช้ผลการสำรวจประสบการณ์ การรับรู้ของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน มาปรับปรุงระบบงาน และจัดการบริการให้เกิดคุณค่า value สู่ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน สามารถตอบสนองความต้องการ/ ความคาดหวังได้ตรงประเด็น เช่น การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา การรับรู้ความต้องการ ความกังวล ความรู้สึก ความคาดหวัง และส่งผลถึงผลลัพธ์การรักษาที่ดี และใช้ THIP ใช้ Empowerment ภาควิชา/ ทีมนำทางคลินิก ได้เข้าร่วมเปรียบเทียบผลลัพธ์

ตามตัวชี้วัดกับโรงพยาบาลในกลุ่มที่มีการเรียนการสอน เพื่อให้เห็นโอกาสพัฒนาและพัฒนาผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดให้อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ซึ่งที่ผ่านมา รพ.ได้รับการคัดเลือกตัวชี้วัด กลุ่มโรค COPD และ CKD ให้เป็น Best in change เป็นต้น (ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ)

- การใช้ประโยชน์จากโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง /การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย การทำ Patient experience/ การใช้ประโยชน์จากการเปรียบเทียบวัด THIP /CoP SIMPLE ฯลฯ (รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี)

การขับเคลื่อน 2P Safety สู่อุปนิสัยปฏิบัติ

แต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีวิธีการขับเคลื่อนที่แตกต่างกันตามบริบทและระดับการพัฒนาของแต่ละโรงพยาบาล โดยการนำสู่การปฏิบัติมีส่วนใหญ่เริ่มต้นด้วยการประกาศนโยบายระดับองค์กร กำหนดกลยุทธ์และจุดเน้นการพัฒนาในแต่ละปี และขยายผลต่อเนื่อง ในบางโรงพยาบาลมีการขับเคลื่อนจาก bottom up เริ่มจากการปฏิบัติ ชัยสู่การประกาศนโยบายระดับโรงพยาบาล

ในการดำเนินการมีการประกาศนโยบาย 2P Safety และสื่อสารเป้าหมายอย่างชัดเจน คือ ผู้ป่วยปลอดภัย เจ้าหน้าที่ปลอดภัย ซึ่งมี Key Process คือ การสนับสนุนให้บุคลากรรายงานความเสี่ยง และสนับสนุนให้มีการทบทวน เพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ผ่านระบบ NRLS มีการติดตามผ่านรูปแบบต่างๆ เช่น ผ่านคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล มีการกำหนด Clinical Governance และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้วยการทำ RCA เชื่อมโยง 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการ

“เข้าใจ สื่อสาร ติดตาม และยึดหยุ่น”

Key Person คือ ผู้นำ

1. ผู้นำทุกระดับให้ความสำคัญกับความปลอดภัยทั้งในผู้ป่วยและบุคลากร มีการประกาศนโยบายสื่อสาร กำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินการในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร มีระบบกำกับติดตามต่อเนื่อง โดยใช้ตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการติดตามผลลัพธ์การพัฒนา
2. บุคลากรเข้าใจในแนวคิด 2P Safety และมีการใช้ประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ผ่านอุบัติการณ์ ทำให้เกิดองค์ความรู้ มีการปรับประยุกต์ใช้องค์ความรู้สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม บูรณาการกับระบบบริหารความเสี่ยง

3. มีการใช้นโยบาย No Blame No Shame ส่งเสริมให้บุคลากรกล้าการรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกกับการรายงานอุบัติการณ์และระบบบริหารความเสี่ยง
4. มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานโดยใช้กระบวนการคุณภาพ มาตรฐาน HA และแนวคิด 2P Safety Goals ในการวางแผนรับมือกับสถานการณ์ระบาดของ COVID-19
5. มี admin ระดับโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง ในการดูแลระบบ HRMS, PEP, HSCS, THIP

“Strong Leadership & Team Work”

ประโยชน์ที่ได้รับจากเครื่องมือ HRMS หรือ NRLS สู่การต่อยอดการพัฒนา

การบริหารจัดการความเสี่ยง โดยใช้ข้อมูลจากระบบ HRMS & NRLS รวบรวมและคืนข้อมูลแก่หน่วยงาน และทีมคร่อมสายงาน นำสู่การทำ RCA ในรูปแบบสหวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย เกิดกระบวนการป้องกัน ออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ เกิดแนวทางแก้ไขเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม และมีการ priority ความเสี่ยงสำคัญ ออกแบบระบบกำกับติดตามความเสี่ยง การเชื่อมโยงเข้ากับนโยบายและแนวปฏิบัติ 2P Safety Goal

หน่วยงานมีการทำ Risk Profile และ Risk Register มีการพัฒนาระบบ RCA ครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น จัดทำตัวชี้วัดตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และการมองภาพรวมเชิงระบบ กำหนดประเด็นการสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสม

เครื่องมือ HRMS & NRLS ส่งเสริมหัวหน้างาน หัวหน้าภาควิชา/ประธานทีมนำทางคลินิก/เลขาทีมนำทางคลินิก เป็นผู้จัดการความเสี่ยง รับรู้และทบทวนเพื่อยืนยันความเสี่ยงและร่วมทบทวนแก้ไข มีการประกาศนโยบายและส่งเสริมการปฏิบัติ ส่งเสริมการนำข้อมูลที่ได้จากการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานมาสะท้อน อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงานที่เป็นปัจจุบันและมีการประเมินผล พร้อมกับมีการทำ RCA เพื่อค้นหาสาเหตุ หาแนวทางปฏิบัติร่วมกันของหน่วยงาน เพื่อลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น

จัดหน่วยงานร่วมประชุม CoP SIMPLE ของ สรพ. ในแต่ละ SIMPLE เพื่อนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน

จากการเข้าร่วมโครงการ ได้มีการเพิ่มเติมองค์ความรู้ในระบบบริหารความเสี่ยง การค้นหารากของปัญหา (Root cause Analysis: RCA) จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น สามารถตัวอย่างผลลัพธ์การพัฒนา และปัจจัยความสำเร็จในการทำ RCA ได้ครอบคลุมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ตัวอย่างผลลัพธ์การพัฒนาที่ได้จาก

การกระบวนกร RCA เช่น การจัดตั้งศูนย์ CPR โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา การปรับ
กระบวนกร Identification ในโรงพยาบาลที่อาร์พีเอส (ตรังรวมแพทย์)

ปัจจัยความสำเร็จ การทำให้การรายงานความเสี่ยงเข้ามาอยู่ในชีวิตประจำวัน การพูดคุยอย่าง
สม่ำเสมอ ผู้นำทุกระดับให้ความสำคัญ ติดตามประเมินผลต่อเนื่อง การสร้างความรู้ ความเข้าใจ
ความตระหนัก และทัศนคติที่ดีต่อการทำ RCA ว่าไม่ใช่การกล่าวโทษ หรือหาตัวผู้กระทำผิด
(No Blame No Shame) แต่มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมในการจัดการ แก้ไขและป้องกันเชิงระบบให้เกิดขึ้น
เพื่อให้เกิดความปลอดภัย

การนำผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย (Hospital Safety Culture Survey: HSCS) ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ และเกิดผลลัพธ์การพัฒนา

ในการนำผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ไปใช้ประโยชน์ พบว่า มี
การใช้ประโยชน์โดยนำสิ่งที่ทำได้ดี ส่งเสริมให้พัฒนาต่อยอด และในประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา มี
การส่งเสริมให้ค้นหาสาเหตุและปรับปรุงแก้ไขเน้นการแก้ไขเชิงระบบ ในการคัดเลือกประเด็น
จุดเน้นใช้หลัก Priority มีการเทียบเคียงผลการพัฒนาในระดับประเทศ และระดับ Global จากผลกา
สำรวจของสถาบัน AHRQ

กระบวนกรใช้ประโยชน์จากข้อมูล 1) คืบข้อมูลให้ทีมสร้างการเรียนรู้การบริหารความ
เสี่ยงที่หน่วยงานหน่วยงานสนับสนุน focus group 2) สื่อสาร และติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย NO
BLAM NO Shame 3) จัดระบบการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตาม
แผนพัฒนา กำหนดผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลาการติดตาม และ 4) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์กร
แห่งการเรียนรู้ เช่น การจัดเวทีนำเสนอ CQI นวัตกรรมกรพัฒนา ส่งเสริมการทบทวนและ RCA
เพื่อปรับระบบงานสูงานประจำ

ตัวอย่างการพัฒนา เช่น การปรับเปลี่ยนอัตรากำลังที่เหมาะสม การสร้างแนวคิด
วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับหน่วยงาน ให้ความสำคัญกับคะแนนที่ได้ถึงแม้จะไม่อยู่ในพื้นที่สี
แดง แต่ถ้าพบว่าอยู่ใน Zone เหลือง แต่คะแนนอยู่ในระดับต่ำ จะมีการจับขึ้นมาให้ความสำคัญเป็น
early warning sign หากไม่มีการจัดการ ในปีต่อไปอาจปรับสู่ Zone แดงได้ เป็นต้น

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผลการสำรวจจะทำให้มองเห็นความเข้าใจและทัศนคติของบุคลากร ทั้งในภาพโรงพยาบาล และส่วนย่อยของกลุ่มงานชัดเจนขึ้น
2. การคืนข้อมูลให้ทุกภาคส่วน เพื่อใช้ในการวางระบบและพัฒนางานที่ตรงประเด็นเป้าหมายมากขึ้น
3. ใช้กระบวนการ Focus Group เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม เน้นหน่วยงาน/กลุ่มงาน ที่พบประเด็นที่อยู่ใน Zone สีแดงเพื่อหาแนวทางการป้องกัน เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ และร่วมหาทางออกร่วมกัน
4. การวิเคราะห์ข้อมูล การใช้ประโยชน์จากข้อมูล

การนำผลการสำรวจการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program : PEP) ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ

พบว่า โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำผลการสำรวจการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program : PEP) ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ โดยการออกแบบและการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เกิด “ระบบการแพทย์ที่น่าไว้วางใจและมีหัวใจความเป็นมนุษย์ได้” ผ่านกระบวนการสำคัญ 4S คือ

“Safety Standard Spiritual Shared decision”

1. นำผลสำรวจมาวิเคราะห์ ทำให้ทราบความต้องการ ความคาดหวัง ของผู้รับบริการในแต่ละด้านมากขึ้น นำสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้น ปรับปรุงมาตรฐานการบริการ ออกแบบและปรับปรุงระบบงาน รูปแบบและกระบวนการ บริการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ทำให้สามารถพัฒนาระบบบริการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น โดยวิธีการต่อไปนี้ ได้แก่

- feedback ข้อมูล ให้สหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ปรับปรุงพัฒนา พฤติกรรมบริการ การรับฟัง การเปิดโอกาสให้ซักถาม การให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การ การตอบคำถามและ ข้อสงสัยได้ชัดเจน การให้ข้อมูลการใช้ยา ผลข้างเคียง และอาการที่ต้องเฝ้าระวังอย่างชัดเจน เป็นต้น
- เพิ่มความร่วมมือของสหวิชาชีพในการให้บริการ
- ปรับปรุงขั้นตอนการรับบริการให้รวดเร็วและสะดวกมากขึ้น เช่น การลดขั้นตอน ลดระยะเวลาารอคอย
- ปรับปรุงอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ ให้ทันสมัย เพียงพอ

- พัฒนาอาคาร สถานที่ โครงสร้าง สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเยียวยาและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ เช่น ห้องน้ำ ที่นั่งรอตรวจ
 - การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการรักษา พัฒนา ระบบ/วิธีการให้ข้อมูล การลงนามยินยอมให้มีความเฉพาะของแต่โรค/หัตถการที่สำคัญ
2. นำข้อเสนอแนะวางแผนพัฒนาขยายงานบริการเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น

- เปิดบริการสวน/การผ่าตัดหัวใจ ทำให้ลดการ Refer
- เปิดคลินิก SMC การส่งกล้องทางเดินอาหาร, การตรวจพิเศษโรคหัวใจ ลดระยะเวลา รอคอยทำให้การตรวจวินิจฉัยรักษาได้รวดเร็ว ปลอดภัยขึ้น
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีโรงพยาบาล บางแห่งที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ยังไม่ได้นำ ผลการสำรวจการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program : PEP) ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพหรือยังนำไปใช้ประโยชน์น้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะ โรงพยาบาลในภาครัฐ เนื่องจากมีแบบสำรวจความพึงพอใจของ รพ. และของสภาการพยาบาลซึ่ง บางเนื้อหา มีความใกล้เคียงกัน ที่ต้องทำการสำรวจปีละ 2 ครั้งอยู่แล้ว ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนใน การทำงาน

พบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ให้ความสำคัญและมีการนำผลการสำรวจ การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program : PEP) ไปใช้ ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ ได้มากกว่า เนื่องจากความพึงพอใจจากการใช้บริการของลูกค้า ส่งผลต่อการดำเนินงาน ผู้บริหารโรงพยาบาลภาคเอกชนจึงให้ความสำคัญและนำเครื่องมือนี้ไป ใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานด้านลูกค้าสัมพันธ์มากกว่าโรงพยาบาลภาครัฐ

การใช้ประโยชน์และต่อยอดการพัฒนา 2P Safety พัฒนากลุ่มการเทียบเคียงตัวชี้วัด THIP

โรงพยาบาลใช้ประโยชน์จากโครงการ Thailand Hospital Indicator Program ; THIP ในส่วน ของการต่อยอดการพัฒนา ใช้ประโยชน์จากการเทียบเคียง ชวนเรียนรู้ Dictionary Template KPI THIP เพื่อกระตุ้นให้ทีมเลือกตัวชี้วัดที่อยากเทียบเคียง และ Feed back ผลการเทียบเคียงให้กับทีม ที่เกี่ยวข้องเพื่อกระตุ้นการพัฒนา ซึ่งก็มีทั้งที่ทำได้ดี และยังมีโอกาสพัฒนา ตัวอย่างเช่น ได้รับ คัดเลือกให้เป็น Best in change ในตัวชี้วัดของ COPD ปี 2561, CKD ปี 2562 และ ACS ปี 2564 รวมทั้งนำไปต่อยอดการพัฒนาในการจัดตั้งกลุ่ม ExPNet (MOU 4 สถานพยาบาล) เป็นต้น

กระบวนการเทียบเคียงเพื่อต่อยอดการพัฒนา ดำเนินการดังนี้

1. นำเสนอผลลัพธ์ต่อคณะกรรมการบริหาร เป็นสี เขียว เหลืองและแดง เพื่อให้ KPI ที่อยู่ เหลืองและแดงเกิดการพัฒนา ในการนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารในรอบต่อไป
2. นำ KPI รวมที่เป็นภาพรวมของ โรงพยาบาลในเครือข่ายของ สนพ มาวิเคราะห์ ว่า รพ ไหน ทำได้ดีในแต่ละตัว แล้วนำมาประมวลเปลี่ยนแปลงเรียนรู้ภายในเครือข่ายเข้าร่วม และ
3. มีการนำเสนอผลลัพธ์เทียบเคียง/และตัววัดที่เป็นสีแดงให้ผู้บริหารทราบเพื่อให้นโยบายที่ම්ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการพัฒนา ส่งเข้าประกวด THIP ได้รางวัล Best IN change

การเข้าร่วมโครงการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและเชื่อมโยงกับมาตรฐาน HA

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospitals ส่วนใหญ่พบว่า โรงพยาบาลได้รับองค์ความรู้ ในมาตรฐาน HA โดยเฉพาะการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมถึงเครื่องมือคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และเข้าใจมาตรฐานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ II-1.2 รวมถึงมาตรฐานสำคัญจำเป็น ต่อความปลอดภัย รวมถึง Part I การนำองค์กร และ Part III กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมถึง Part IV ผลลัพธ์การพัฒนา สรุปคือการพัฒนาในโครงการ 2P Safety Hospital มีความเชื่อมโยงกับมาตรฐาน HA ในทุกหมวดตัวอย่างเช่น การพัฒนาจากอุบัติการณ์หมวด Safety surgery สามารถไปตอบใน มาตรฐาน HA part III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข้อก.การระงับความรู้สึก และข.การผ่าตัด การพัฒนาจากอุบัติการณ์ หมวด Infection control สามารถไปตอบใน มาตรฐาน HA part II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การพัฒนาจากอุบัติการณ์หมวด Medication and blood safety สามารถไปตอบใน มาตรฐาน HA part II-6 ระบบการจัดการด้านยา และ II-7 การทดสอบเพื่อการวินิจฉัย การพัฒนาจากอุบัติการณ์หมวด Patient care process สามารถไปตอบใน มาตรฐาน HA part III กระบวนการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาจากอุบัติการณ์ หมวด Line, Tube & Catheter สามารถไปตอบใน มาตรฐาน HA part II-3.2 ก.เครื่องมือ การพัฒนาจาก อุบัติการณ์หมวด Emergency สามารถไปตอบใน มาตรฐาน HA part III กระบวนการดูแลผู้ป่วยการวางแผน การปฏิบัติให้มีมาตรการจัดการและป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ รวมทั้งมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ หลักการวิเคราะห์ข้อมูล หลักการทำ RCA

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ 2P Safety ถูกผนวกอยู่ในมาตรฐาน HA ซึ่งช่วยกระตุ้นกลไกการพัฒนาคุณภาพให้ต่อเนื่องและมีมิติทางสังคมที่กว้างขวางครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพราะความเสี่ยง คุณภาพ ต้อง Balance ด้วยมาตรฐาน

ปัจจัยความสำเร็จ

- ❖ ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อนโยบายและสนับสนุน มีระบบการกำกับติดตาม และบุคลากรมี มุ่งมั่นในการพัฒนา มีความตระหนักเรื่องความปลอดภัย ให้ความสำคัญต่อลูกค้าและ บุคลากร ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจ
- ❖ Teamwork บุคลากรทุกระดับ
- ❖ การ monitor ติดตาม การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ❖ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการที่ชัดเจน เพื่อดำเนินได้ต่อเนื่อง และเมื่อมี มาตรการแก้ปัญหาต้องสื่อสารลงสู่หน่วยงานที่เห็นความสำคัญและพร้อมเปลี่ยนแปลงได้ สรุปรุทุกคนและทุกระดับในองค์กร เข้าใจให้ความสำคัญต่อนโยบายนี้
- ❖ ทักษะคติในการเห็นประโยชน์ของโครงการว่าทำแล้วเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ต่อตนเอง ต่อองค์กร ต่อสังคมประเทศชาติ
- ❖ มีแรงขับเคลื่อนภายในตัวตนอยู่ตลอดเวลา แล้วลงมือปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม
- ❖ ทิศทางที่ชัดเจนและการสนับสนุนของทีมผู้บริหาร การทำงานเป็นทีมร่วมแรงร่วมใจของ บุคลากรทุกคนใน รพ. การเป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือที่ดีของทีมพัฒนาคุณภาพ
- ❖ โปรแกรม NRLS : การกำหนดเป็นนโยบาย ให้มีการรายงานอุบัติการณ์ผ่านโปรแกรม มีการ เข้าใช้งานได้ง่าย ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถสื่อสารกับหน่วยงานต่างๆใน องค์กรได้ง่ายขึ้นจากโปรแกรมที่ใช้อยู่เดิม
- ❖ โปรแกรม PEP ความสำเร็จ คือ การกำหนดเป็นนโยบาย เพื่อ ประโยชน์ ทั้งผู้รับบริการและผู้ ให้บริการ ผู้รับบริการ ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และคำชื่นชมผู้ ให้บริการ ได้ เข้าสู่ กระบวนการ รับ ฟังเสียงสะท้อน เยียวยา จิตใจเข้าใจ ผู้รับบริการมากขึ้น
- ❖ ทีมนำสนับสนุน การมอบหมายงานและกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจน จับต้องได้ การจับถูก และชื่นชม ไม่มีการจับผิด และลงโทษ แต่ให้กำลังใจ ร่วมแก้ปัญหา จัดการกับสาเหตุ

ปัญหาและอุปสรรค

- 1) ความไม่คงเส้นคงวาของความร่วมมือของบุคลากรในทุกระดับ ไม่ว่าจะจากสาเหตุเกี่ยวกับ ทักษะคติ /ภาระงาน หรือความไม่เข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของการพัฒนา
- 2) การขยายตัวของโครงการที่จะสามารถรองรับและตอบสนองโรงพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการฯ (600 กว่า รพ.)

- 3) การพัฒนาระบบอย่างหนึ่ง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง อาจเป็นปัญหาต่อการเข้าถึงระบบ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงการก้าวข้ามโดยการ ในบางครั้งต้องถอยมาให้รายงานด้วยกระดาษ แล้ว RM มาลงระบบให้
- 4) สถานการณ์ระบาดของ COVID-19 บุคลากรต้องแยกย้ายรับมือกับสถานการณ์ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ภาระงานสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ (COVID-19) ทำให้เกิดการกระจายบุคลากรจากทุกหน่วยงานดำเนินการ โรงพยาบาลสนาม cohort ward การฉีดวัคซีน
- 5) ภาระงานของทีมบุคลากร องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโควิด 19 ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ที่ทำให้แผนงานต่างๆ หยุดชะงักลง แต่บุคลากรก็ยังคงมีเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าภาระงานจะหนักเพิ่มขึ้นอย่างไร ผู้ป่วยที่เข้ามารับการดูแลรักษาในรพ. จะต้องปลอดภัยจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้สังเกตเห็นได้จากการทำ HSCS
- 6) โปรแกรม NRLS : การเลือกหัวข้อหรือรหัสในการลงรายงานความเสี่ยง หาหัวข้อได้ยาก และผู้บันทึกข้อมูลไม่แน่ใจว่าจะลงรายงานอุบัติการณ์ในหัวข้อใด
รายงานอุบัติการณ์มีการค้างการแก้ไขจำนวนมาก อาจด้วยภาระงานในช่วงโควิด จึงได้มีการกระตุ้นโดยแจ้งไปยังหัวหน้าหน่วยงานให้ทำการสรุปข้อมูลการแก้ไขลงในโปรแกรม
- 7) โปรแกรม PEP อุปสรรคปัญหา คือ ผู้รับบริการ ไม่สะดวกในการตอบแบบประเมิน แม้กระทั่งสามารถใช้สื่อออนไลน์ได้ เนื่องจาก กังวล เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย ขณะ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือ ขณะ รอดตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก การสอบถามหรือเลือกกลุ่ม ผู้รับบริการที่มีความกังวลน้อย ในช่วงเวลาผ่อนคลาย เช่น ขณะ รอดผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงเป็นทางออก ของการ ทำ แบบประเมิน ในช่วงแรก ของการปรับระบบ โดยการใช้การประเมินแบบออนไลน์ ทีม พบปัญหาอุปสรรค จากการไม่สะดวกใช้ จากการวิตกกังวลในระบบบริการ ช่วงระหว่างรอดตรวจ จึงเลือกใช้ แบบประเมินออนไลน์ กับ ผู้รับบริการที่มีอายุ ช่วงวัยรุ่น หรือวัยกลางคนตอนต้น ที่สามารถ สะดวก ใช้สื่อได้ และเลือก ช่วงเวลา ที่ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก รอดผลตรวจเลือด ซึ่งเป็นช่วงเวลาผ่อนคลาย และ ปรับระบบบริการ ให้ผู้รอดผลตรวจเลือดรอบบริเวณระเบียง ในที่ มีอากาศโล่ง ตามมาตรการ การป้องกันการแพร่กระจาย โรคโควิด

การก้าวข้ามปัญหาอุปสรรค

- ❖ การให้ความสำคัญต่อสิ่งใหม่ การเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส ความภาคภูมิใจขององค์กร และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- ❖ ความสามัคคี
- ❖ การก้าวข้ามปัญหาอุปสรรค คือ เราต้องพยายามชี้ให้บุคลากรทุกคนเห็นให้ได้ว่า โครงการนี้ ถ้าประสบผลสำเร็จ จะส่งผลที่ดีกับเขาเหล่านั้นอย่างไร สิ่งที่ทำนี้ไม่ได้ทำให้เขาทำงานยากหรือหนักขึ้น แต่จะช่วยทำให้เขาทำงานได้ง่ายขึ้น เหนื่อยน้อยลง และเกิดความปลอดภัย รวมทั้งมีความสุขในการทำงานในแต่ละวัน
- ❖ ภาระงานที่มากเมื่อเทียบกับอัตรากำลัง แก้ไขโดยลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่กระทบกับคุณภาพงาน เพิ่มศักยภาพบุคลากรให้สามารถทำงานได้ในหลายหน้าที่
- ❖ การก้าวข้ามปัญหาในเรื่องความเข้าใจและทัศนคติต่อการพัฒนาด้วย 2P Safety โดยการพยายามเข้าไปกระตุ้นบรรยากาศจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมจากระดับฝ่าย แผนก ตัวบุคคล/เข้าไปมีส่วนร่วม เช่นร่วมทำ RCA ด้วยเครื่องมือคุณภาพอย่างเป็นระบบ / เป็นที่ปรึกษา

มุมมองและแนวทางของโรงพยาบาล ต่อการขับเคลื่อน 3P Safety

(Patient Personnel People)

การพัฒนาโดยแนวคิด 3P Safety (Patient Personnel People) โรงพยาบาลส่วนใหญ่สะท้อนรูปธรรมจากการปฏิบัติ ในการรับมือกับการระบาดของ COVID-19 ซึ่งต้องมีการดูแลให้เกิดความปลอดภัยทั้ง ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนในชุมชน ในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีการจัดบริการตอบสนอง ทั้งเชิงรับเชิงรุก มีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน การประสานความร่วมมือกับชุมชน มีการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน เมื่อ รพ. เข้าใจนโยบาย และ ประยุกต์ใช้มาตรฐาน HA โดยไม่ต้องทางตำรามาตรฐาน ในการออกแบบระบบงาน ออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วย การป้องกันบุคลากรจากการติดเชื้อ ประยุกต์ใช้มาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม และมาตรฐานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ic) เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

บทที่ 4

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการสำรวจความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับในการให้บริการของ สรพ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องของสถานพยาบาลที่รับการประเมินและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 2,313 ราย (คิดเป็นร้อยละ 50.46 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 4,584 ราย) จากสถานพยาบาล 549 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 71.86 จากสถานพยาบาลทั้งหมด 764 แห่ง) สามารถสรุปผลความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับจากสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาไกลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ดังนี้

ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการฯ

ประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการฯ	คะแนน	ร้อยละ
(1) ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการโครงการในด้านต่างๆ	3.8895	77.79
(2) ความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการขับเคลื่อนสถานพยาบาล	3.6556	73.11
(3) ความพึงพอใจต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อความปลอดภัยที่สถาบันสนับสนุน	3.7572	75.14
ค่าเฉลี่ย	3.7674	75.35

ตารางที่ 4.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการฯ

ที่มา การประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาไกลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ปี 2564 ดำเนินการโดยบริษัท ทริส คอร์ปอเรชั่น จำกัด

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

- ❖ เนื่องจากจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ มีจำนวนมาก จึงควรพิจารณาจัดกลุ่มโรงพยาบาล ในการสร้างการเรียนรู้ ในกลุ่มโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ควรจัดกลุ่มโรงพยาบาล เพื่อให้การดำเนินการโครงการ มีความคล่องตัวในการรองรับและตอบสนองได้ตรงกับเป้าหมายที่ต้องการมากขึ้น
- ❖ จัดประชุม zoom เพิ่มจำนวนครั้งการทำ CoP การ learning
- ❖ ในสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ขอให้ทาง สรพ.ช่วย lean ขึ้นต่องานต่างๆ เนื่องจากอัตรากำลังทางหน่วยงาน ไม่เพียงพอเพราะต้องรับมือกับสถานการณ์ที่ระบายนหนักขึ้น

- ❖ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- ❖ อยากให้มีผู้รับผิดชอบแต่ละโปรแกรมหัดเจนพร้อมแจ้งรายละเอียดติดต่อที่ชัดเจน เคยสอบถามข้อแก้ไขในไลน์แต่ผู้รับผิดชอบไม่ได้โต้ตอบท้วงไวนานมากและไม่รู้ว่าชื่อไลน์ไหนรับผิดชอบ เพราะอยากบันทึกข้อมูล พอตอบเราก็ไม่มีเวลาดำเนินการต่อทำให้ขาดความต่อเนื่อง อยากให้มีความชัดเจนมากกว่านี้ค่ะ
- ❖ ข้อเสนอแนะต่อระบบ NRLS:
 - 1.มีการยืนยันที่ซ้ำซ้อนคนพบ risk หัวหน้า กรรมการในระดับความเสี่ยงน้อยๆ อยากให้ลดขั้นตอนลง ส่วนความเสี่ยง E ขึ้นไปอยากให้มีขั้นตอนเหมือนเดิม
- ❖ ข้อมูลที่ได้มามากกว่าจำนวนอุบัติการณ์ เช่น ให้มาเป็น อัตรา VAP ต่อ 1000 วันนอน หรือ on ET
- ❖ ข้อเสนอแนะต่อระบบ PEP: มีคำถามจำนวนมาก เวลาถามผู้ป่วยต้องใช้เวลาานาน ทำให้ผู้ป่วยเบื่อและไม่มีเวลาจะตอบให้ หรือตอบแบบรีบๆ หรือไม่พอใจ
- ❖ เสนอให้มีการ sharing CoP และ share แนวทางปฏิบัติในการลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เป็น TOP 10 ของ NRLS โดยให้รพ. ที่มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในเรื่องที่เกิดมากที่สุด เกิดบ่อย ๆ และเขาสามารถทำให้ลดลงได้(โดยไม่มีการ under report) เขามีการออกแบบระบบหรือปรับระบบอย่างไร
- ❖ ในการขับเคลื่อน 3P Safety ควรมีแนวทางการดำเนินงานสู่ people safety ที่ชัดเจน และง่ายต่อการปฏิบัติ
- ❖ โรงพยาบาลควรเพิ่มการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัย ในระบบบริการสุขภาพอย่าง สร้างสรรค์
 1. เป็นกิจกรรมคุณภาพที่เข้าถึงง่ายเข้าใจง่ายและได้ประโยชน์กับทุกฝ่ายทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ให้บริการ
 2. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนจะทำให้มุมมองของ Safety goal ครบ 360 องศามากขึ้น
 3. คู่มือ/ คำอธิบาย และตัวอย่างที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งการแลกเปลี่ยนใน Line แล้วมีผู้เชี่ยวชาญมาตอบ ก็เป็นส่วนหนึ่ง และเมื่อมีการแก้ไข ปรับปรุง เพิ่มเติมรายการอุบัติการณ์ ควรมีการสรุปรวมเป็นระยะๆ เช่น ทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

องค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้จากการดำเนินการโครงการ

Avedis Donabedian ที่เคยกล่าวไว้ “การออกแบบระบบที่ดี และตระหนักว่ามีระบบอยู่นั้น สำคัญต่อบุคลากรสาธารณสุขเป็นอย่างมาก แต่ยังไม่พอ เพราะเป็นเพียงกลไกสนับสนุนการทำงานเท่านั้น มิติจริยธรรมของแต่ละบุคคลต่างหากที่ทำให้ระบบเหล่านั้นประสบความสำเร็จได้”



Avedis Donabedian

ในการกำหนดทิศทางการดำเนินการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทั่วโลกนั้น เราต้องมองไปยังอนาคตข้างหน้า **“ผู้ป่วยคือพันธมิตรที่สำคัญของเราในพันธกิจ”**

เราทุกคนต้องเน้นย้ำการทำงานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ยิ่งกว่าเดิม เมื่อเราก้าวสู่วิถีชีวิตแบบ New Normal หลังโรคระบาดใหญ่ในครั้งนี้ เราไม่อาจมองว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเพียงปัญหาเดิมๆ ที่รู้จักกันดีอีกต่อไป โรคระบาดในครั้งนี้สอนให้เราเห็นถึงความสำคัญของการลงมือจัดการกับภัยคุกคามทางสาธารณสุขเสียแต่เนิ่นๆ และเราสามารถนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้เช่นกัน เราต้องให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

แนวคิดเรื่องความมั่นคงทางสาธารณสุข ส่งเสริมให้มีการเตรียมรับมือกับภัยคุกคามที่อาจกระทบต่อระบบสาธารณสุขไว้ล่วงหน้า และเราก็ควรนำวิธีคิดนี้ ไปใช้ในการดูแลบุคลากรสาธารณสุขของเราให้ปลอดภัย มีสุขภาพที่ดี และสุขภาพดี

“ความปลอดภัยของผู้ป่วย ก็คือ ความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข

เหตุการณ์ที่เราเผชิญในปัจจุบัน เหมือนแว่นขยายที่ส่งให้เห็นว่า ผู้ป่วยจะปลอดภัยได้ก็ต่อเมื่อเราให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขก่อน”

เคล็ดลับงานคุณภาพก็คือ “ความรัก” ความรักที่เรามีให้ผู้ป่วยของเรา ให้ครอบครัวของเรา ให้เพื่อนร่วมงานของเรา ให้งานของเรา และที่สำคัญก็คือ ให้กันและกัน



Dr. Mike Durkin

Senior Advisor on Patient Safety Policy and Leadership,

Institute of Global Health Innovation, Imperial College London

“ภายใต้โครงการ 2P Safety ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใต้
ฐานข้อมูลที่แท้จริง... ต้องการ Change ...เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่
ปลอดภัยมากขึ้นและการจับประเด็น ER คุณภาพ การคลอดที่
ปลอดภัย การคลอดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดย สรพ.
ต้องการให้ผู้บริหารเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการฯ และเห็นผล
การใช้ประโยชน์จากข้อมูล ต้องการให้ผู้บริหารแชร์มุมมอง เพื่อให้
โครงการ 2P safety เกิดมรรคผลในการพัฒนาต่อไป และช่วยให้สิ่ง
เหล่านี้เกิดเป็นรูปธรรมต่อไป”



นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

“Safety, A lot More to Learn” การปรับมุมมองความปลอดภัย
ในการดูแลสุขภาพแบบยืดหยุ่น จาก Safety I ที่มุ่งการลดจำนวน
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มุ่งเน้นเรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาด ไปสู่
Safety II ที่สามารถประสบความสำเร็จภายใต้เงื่อนไขที่แตกต่างกัน
โดยมุ่งเน้นเรียนรู้จากสิ่งที่ถูกต้องและความสำเร็จ โดยใช้เครื่องมือ
FRAM (Functional Resonance Analysis Method)



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.

“กระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยล้นมีโอกาสดังเกิด preventable harm ทั้งสิ้น ดังนั้น ทุกกระบวนการต้อง
ประกอบกัน ดังนั้นต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมกันดูแล ร่วมกันมองตลอดสาย Care Process
และการเชื่อมโยงกับระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น LAB X-ray รพ.ที่ refer วางแผนร่วมกับผู้ป่วยใน
วางแผนร่วมกับ ICU นั่นคือสิ่งที่จะทำให้ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย”

“กระบวนการทำ RCA เหตุที่เกิด ณ ER ควรเป็นสหวิชาชีพ และทีมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มิใช่เพียง ER
ที่เดียว ซึ่งจะทำให้เราสามารถมองปัญหาต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม
และออกแบบระบบเพื่อปิดช่องโหว่ได้อย่างถูกต้อง ออกแบบระบบงาน
ที่สามารถปฏิบัติได้จริง ไม่เป็นภาระจนทำให้ไม่สนุกกับการทำงาน
และได้ผลลัพธ์ที่ดี
ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำ ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย”



พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

รองผู้อำนวยการ สรพ.