



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ในศิริราช (Creating Siriraj Safety Culture)



ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร
รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล



ประเด็นการเรียนรู้

- ความเสี่ยง & อุบัติการณ์
- ทำไมต้องป้องกันความเสี่ยง
- ทำไมต้องสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
- ศิริราชทำอย่างไร
- ทำไมต้องมีวันนี้



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความเสี่ยง & อุบัติการณ์



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



Duangmanee Laohaprasitiporn



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



Duangmanee Laohaprasitiporn



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อะไรคือ ความเสี่ยง คืออะไร



ความเสี่ยง \neq ความปลอดภัย

เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น จากกระบวนการหรือกิจกรรมการทำงาน การให้บริการ การดูแลรักษาพยาบาล ทำให้เกิด**ความเสียหาย การไม่บรรลุเป้าหมาย**

- เป็นคุณภาพพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล/คณะฯ
- นำไปสู่ความสูญเสียที่รุนแรงได้ & ผลกระทบต่อครอบครัว ชี้อันตราย
- ความซับซ้อนของระบบ เทคโนโลยี **และบุคลากร** ยิ่งทำให้เสี่ยงเพิ่มขึ้น
- ต้องอาศัยความรู้ หลักฐานวิชาการ ในการจัดการเป็นทีม & ระบบ



คุณภาพ คืออะไร



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

- **ไม่มีปัญหา**
 - zero defect (ไม่มีของเสีย/ผิดพลาด ปลอดภัย)
 - do right thing right, from the first time
- **ลูกค้าพอใจ**
 - แก้ปัญหา ตอบสนองเหตุผลที่นำผู้ป่วยมาหาเรา
 - ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - ตอบสนอง/ทำให้เกินกว่าความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- **ได้มาตรฐาน**
 - มาตรฐานงานของหน่วยงาน
 - มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ
 - กฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนด ที่เกี่ยวข้อง
- **สานคุณภาพชีวิต/สานสู่ความเป็นเลิศ**



ประเภทความเสี่ยงสำคัญขององค์กร

SOFC

ขาด
ประสิทธิภาพ
และประสิทธิผล
ไม่คุ้มค่า
(Operation)

รายงานการเงิน
ไม่น่าเชื่อถือ
(Finance)

การบริหารเชิงกลยุทธ์
ไม่เป็นไปตาม
วัตถุประสงค์
(Strategy)

การไม่ปฏิบัติตาม
กฎหมาย
ระเบียบ ข้อบังคับ
(Compliance)





ท่านคิดว่าศิริราช มีความเสี่ยงมากน้อยแค่ไหน?



Iceberg Model of Accidents and Errors





The Incidence of Needlestick Injuries During Perineorrhaphy and Attitudes Toward Occurrence Reports Among Medical Students

Nallnee Pantchaywat, M.D., Tripop Lertbunnaphong, M.D.

Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

ABSTRACT

Background: Medical students are at risk of needlestick injuries (NSIs) while performing obstetrical procedures especially perineorrhaphy, because of their less experience. This study aims to determine the incidence and causes of NSIs during perineorrhaphy and medical students' attitudes toward occurrence reports.

Methods: A cross-sectional study was conducted. After completion of Obstetrics & Gynaecology rotation, the data from final year medical students were collected using a self-administered questionnaire.

Results: Of 390 medical students, 290 (74.4%) returned questionnaires with complete data. The annual NSIs incidence during perineorrhaphy was 26.9%. The most common site of injury was the index finger of the non-dominant hand (66.2%). Common causes of NSIs were time pressure (52.1%) and lack of surgical skills (50.7%). Nearly half of students (41%) did not report their occurrence, and 81.3% of injured students believed that NSIs were harmless.

Conclusion: The incidence of NSIs during perineorrhaphy and the non-reporting occurrence were quite high among medical students. Structural clinical supervision by medical staffs, HBV vaccination for all medical students, and instruction on standard pre-exposure precaution should be applied. We advocate a strategy plan for increasing students' awareness and having a simple occurrence reporting system for NSIs, with clear guidelines on post-exposure protocols in all medical schools and teaching hospitals.

Keywords: Medical students, needlestick injury, perineorrhaphy

Siriraj Med J 2016;68:209-217

E-journal: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj>

INTRODUCTION

Sharp injuries to mucocutaneous surfaces are very common in medical practice, especially during the training period. A previous study in our hospital reported a high incidence of medical accidents (51.5%) and the most common accident was needlestick injuries (NSIs).¹ Exposure to blood or body fluids from

medical injuries carries risks of serious blood-borne infections, for example, hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), and human immunodeficiency virus (HIV). Risk of infection is 6-30% for HBV, 1.8% for HCV, and 0.3% for HIV.² In addition, these injuries also cause adverse psychosocial effects and influence working ability.³

Among occupational groups, medical students have the highest risk for NSIs, and they are also at risk of exposure to blood-borne infections, because of their novice status and limited clinical practice experience. They also have less awareness of the risks involved. Several studies report the

Correspondence to: Tripop Lertbunnaphong
E-mail: tripop2520@hotmail.com

Siriraj Hospital

Siriraj Med J 2016;68:209-217

E-journal: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj>

- The annual Needle Stick Injuries incidence during perineorrhaphy was 26.9%
- 41% did not report the occurrence



International Patient Safety Goals 2022

Goal 1 : **Identify** patients correctly

Goal 2 : Improve staff **Communication**

Goal 3 : Use **medicines** safely

Goal 4 : Use **alarms** safely

Goal 5 : Prevent **infections**

Goal 6 : **Identify** patient safety **risk**

Goal 7 : Prevent mistake in **surgery**





Thai Patient Safety Goals 2022

2P Safety Goals



Patient Safety Goals:

S: Safe Surgery

S 1: Safe Surgery and Invasive Procedure

S 2: Safe Anesthesia

S 3: Safe Operating Room

I: Infection Prevention and Control

M: Medication and Blood Safety

Medication Safety

M 5: Blood Transfusion Safety

P: Patient Care Process

P 3: Reduction of Diagnostic Errors

P 5: Pain Management

L: Line, Tube, and Catheter & Laboratory

L 2: Right and Accurate Laboratory Results

E: Emergency Response

E 4: ER Safety

Personnel Safety Goals:

S: Security and Privacy of Information and Social Media

I: Infection and Exposure

I 1: Fundamental of Infection Control
and Prevention for Workforce

I 2: Specific Infection Control and Prevention
for Workforce

M: Mental Health and Mediation

M 1: Mental Health

P: Process of Work

L: Lane (Ambulance) and Legal Issues

L 1: Ambulance and Referral Safety

E: Environment and Working Condition

E 1: Safe Physical Environment

E 2: Working Conditions



Siriraj 2P Safety Goals 2565

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Siriraj Patient Safety Goals

- 1. **Safe Surgery:** Surgical safety Checklist **S**
- 2. Surgical Site Infection (**SSI**) Prevention
- 3. **Hand Hygiene** **I**
- 4. Prevention of **Healthcare Association Infection**
 - Catheter-associated UTI (**CAUTI**) Prevention
 - Ventilator-associated Pneumonia (**VAP**) Prevention
 - Peripheral & Central Line- associated Blood Stream Infection (**CABSI**) Prevention
- ★ 5. Safe from High-Alert Drug (**HAD**) **M**
- ★ 6. Safe from Preventable Adverse Drug Reaction (**ADR**)
- ★ 7. Safe from **Fatal Drug Interaction**
- ★ 8. **Blood Transfusion** Safety
- ★ 9. **Patient Identification** **P**
- 10. Effective Communication-**ISBAR**
- 11. Preventing **Pressure Injury**
- 12. Preventing **Patient Falls**
- 13. Medical Emergency (**Sepsis**) **E**

Siriraj Personnel Safety Goals

- 1. Security & Privacy of **Information** **S**
- 2. **Social media & Communication** Professionalism
- 3. Specific Infection Prevention & Control for Workforce **I**
 - Airborne Transmission (TB)
 - Contact Transmission (อุบัติเหตุจากของมีคม สารคัดหลั่ง)
- 4. Safe Physical Environment **E**
- 5. Workplace Violence_ER Safety (Verbal, Mental, Physical)

หมายเหตุ ★ = *Ultrasafe*

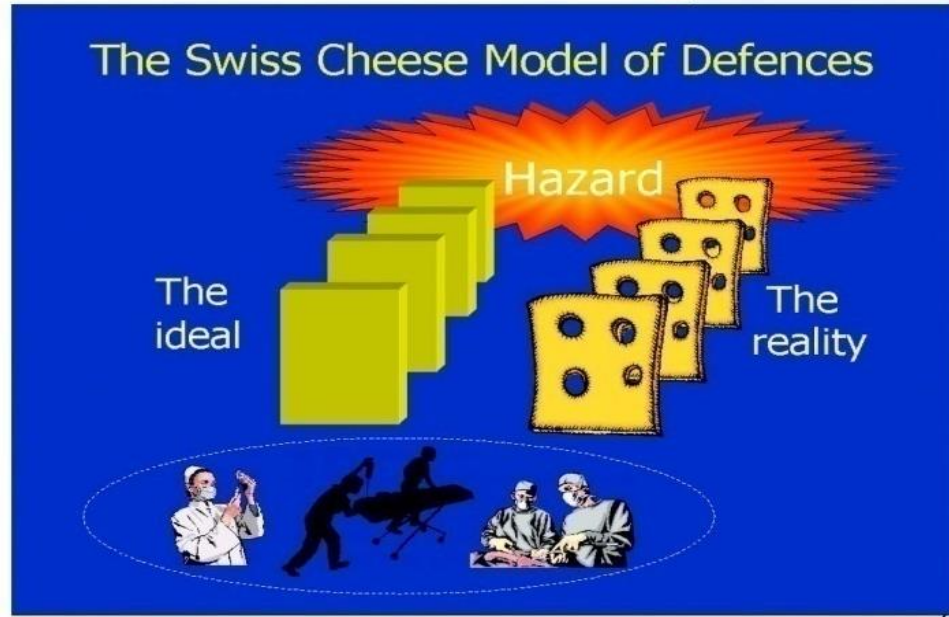


มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อุบัติเหตุการรณ & ความผิดพลาด



สาเหตุการเกิดความผิดพลาด

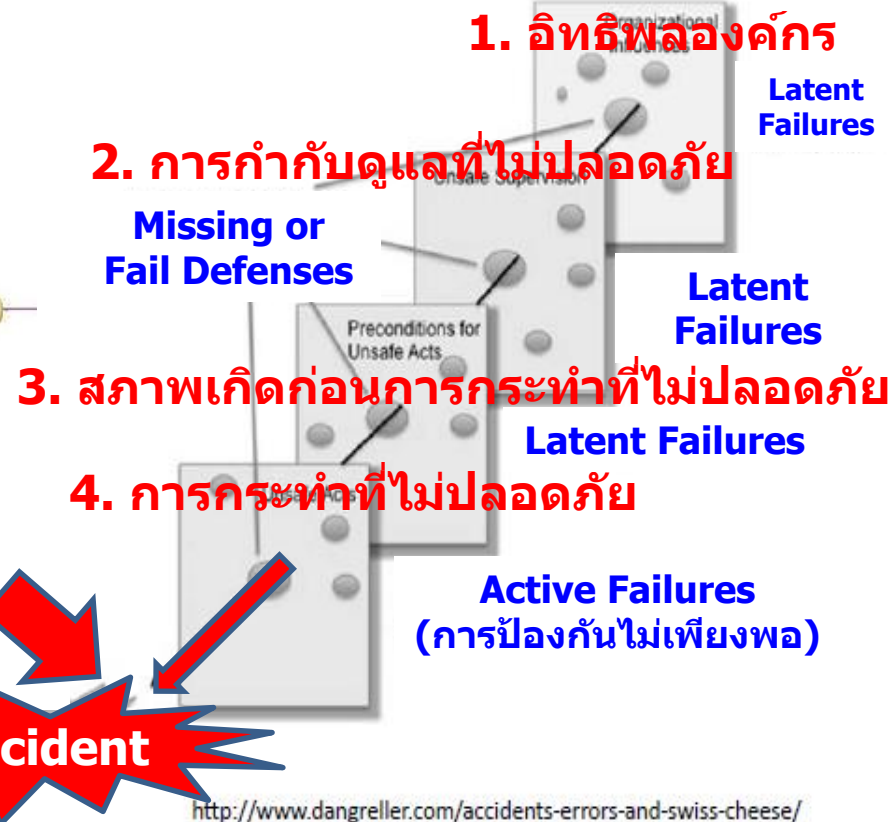


James Reason

11

**Window of Opportunity
(รูพรุนของ Swiss Cheese)**

A Plane Crash : Swiss Cheese Model of Human Error Causation





สาเหตุการเกิดความผิดพลาด

บรรยากาศ/นโยบาย — ระบบงาน

ผู้ป่วย/ญาติ

คนทำงาน

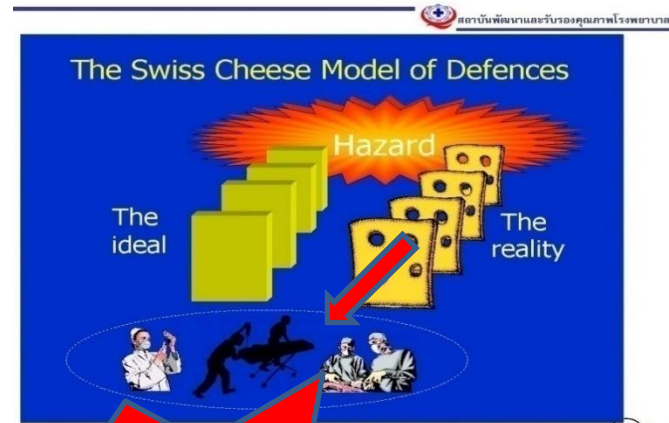


Human Factors (มนุษย์ปัจจัย)

- คุณลักษณะมนุษย์
- ขีดจำกัด
- ความสามารถในการทำงาน



- **Unsafe act**
- **Unsafe condition**





Human Factors (มนุษย์ปัจจัย)

1. Overload (การทำงานเกินความสามารถ)

- สิ่งแวดล้อม (แสง เสียง ความร้อน)
- คุณลักษณะบุคคล (ความสมบูรณ์)
- สถานการณ์อื่น (นโยบาย คำสอน)

การบริหารจัดการ

2. Inappropriate activities (การทำงานไม่เหมาะสม)

- ขาดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง
- ขาดประสบการณ์และความชำนาญ
- การตัดสินใจผิดพลาด/คาดไม่ถึงว่ามีความเสี่ยง

ความรู้/ทักษะ

3. Inappropriate responses (ขาดความรับผิดชอบ)

- รู้ว่าอันตราย แต่ไม่แก้ไข
- ละเลยความปลอดภัย ลัดขั้นตอน เองง่ายเข้าว่า

~~Violation~~



Human Factor Engineering

- Design of labeling
- Design of warning or alarm
- Design of software program
- Design of information display
- Design of paper forms
- Design of process/activity flow
- Design of workplace
- Design of training/education
- Design of cognitive aids
- Design of decision support systems
- Design of policies and protocols

สร้างระบบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด



ทำไมศิริราชต้องสร้าง safety culture & สู่ HRO

- มีบุคลากรที่มาก หลากหลายภาระงาน หลาก
สังกัด
- มีนักศึกษาหลายหลักสูตร หลายสังกัด
- มีระดับชั้นของการตัดสินใจ
- มีการหมุนเวียนของบุคลากร ผู้เรียน
- สังคมต้องการให้แสดงความชัดเจน/โปร่งใส/
คาดหวังสูง (High degree of accountability)





ทำไมต้องสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture)



องค์กรที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้
จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกัน
ทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหา
ที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น
และยั่งยืน

เพิ่มความปลอดภัย คุณภาพ คุ่มค่า & คุณค่า



การสร้างวัฒนธรรม

- การสร้างวัฒนธรรมต้องใช้เวลา ต้องบ่มเพาะ ต้องสะสม
- วัฒนธรรมเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันในคุณค่าของสิ่งที่กระทำลงไป
- ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีคิดของแต่ละคน แล้วค่อย ๆ เกิดเป็นความเห็นพ้องภายในองค์กร
- จะพบว่ามีวัฒนธรรมความปลอดภัย เราจะต้องเห็นว่าวัฒนธรรมนั้น เกิดกระจายทั่วทั้งองค์กร



การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture)

ทำงานประจำให้ดี

ตั้งใจไม่ให้เกิดอันตราย **(No harm)**
ทำด้วยความระมัดระวัง ด้วยใจ
ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

No violation

มีอะไรให้คุยกัน

ไม่กล่าวหา ไม่เน้นลงโทษ
(No blame)
เกิดเหตุให้บอก ให้งาน กลับอก
กล้าเล่า **(No shame)**
แลกเปลี่ยนความคิดอย่างอิสระ

KM Tool

ขยันทบทวน

ทบทวนหลังเกิดเหตุ: **RCA -> HFE**
ทบทวนก่อนเกิดเหตุ: **FMEA**

ประเมิน & บริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุก เน้นผู้ให้บริการ
ใช้ข้อมูล มาตรฐาน สร้างคุณค่า เป็นทีม และบูรณาการ

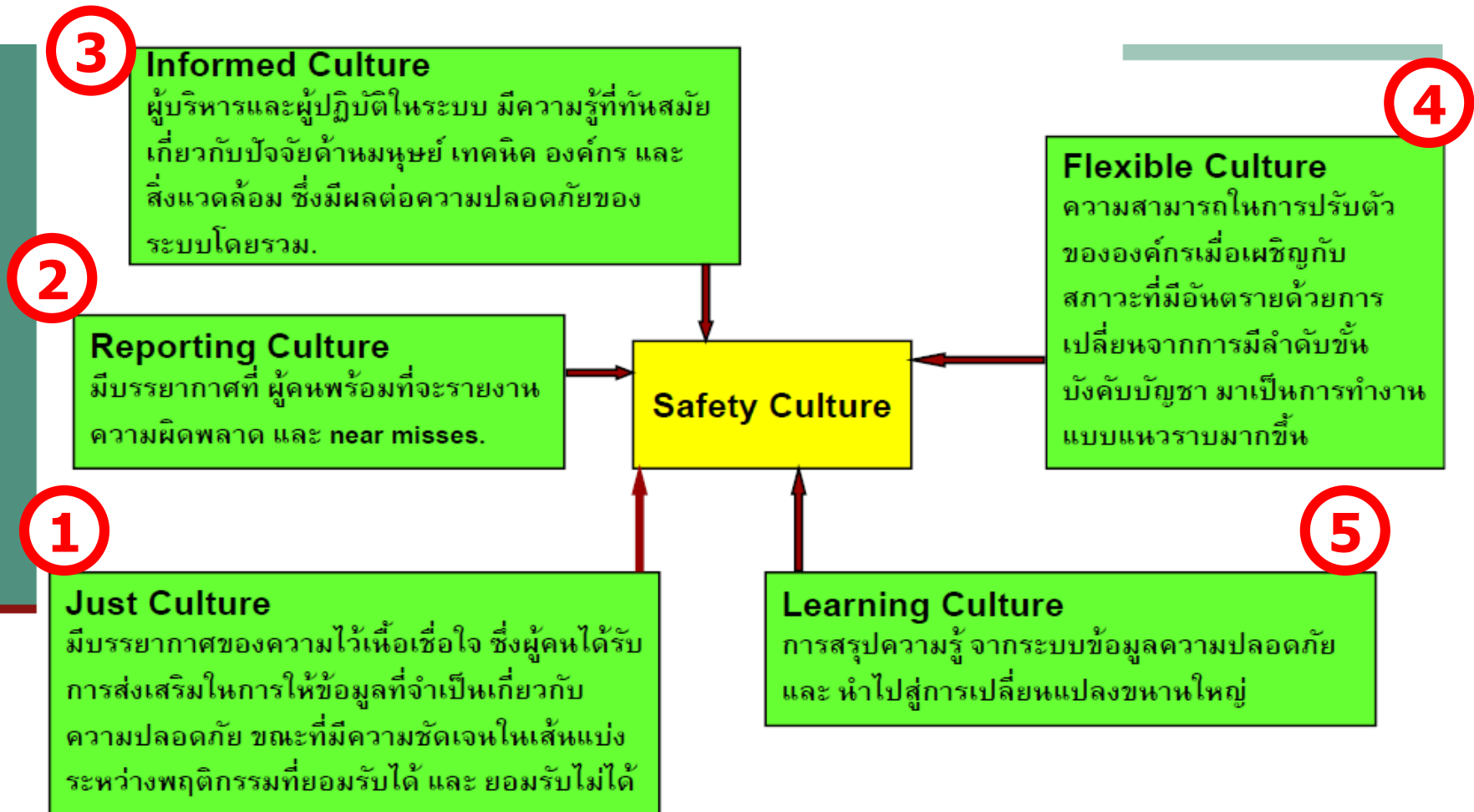


Risk - based Thinking

- **ทำเป็นอัตโนมัติ : สัญชาตญาณ**
- **คิดว่ามีโอกาสเสี่ยงทุกเมื่อ : ช่วยบ่งชี้โอกาส/ความเสี่ยงให้ชัดเจนขึ้น เกิดการบริหารจัดการ เพื่อ**
 - **สร้างความมั่นใจ และพึงพอใจต่อลูกค้า**
 - **ประกันความคงที่ของคุณภาพของผลิตภัณฑ์และบริการ**
 - **สร้างวัฒนธรรมการป้องกันและการปรับปรุง**
 - **องค์กรประสบความสำเร็จ**
- **เป็นส่วนหนึ่งของการมองอย่างเป็นระบบ (Process approach)**
- **เป็นการคิดมาตรการป้องกันในงานประจำ และการวางแผนกลยุทธ์**



ลักษณะขององค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย





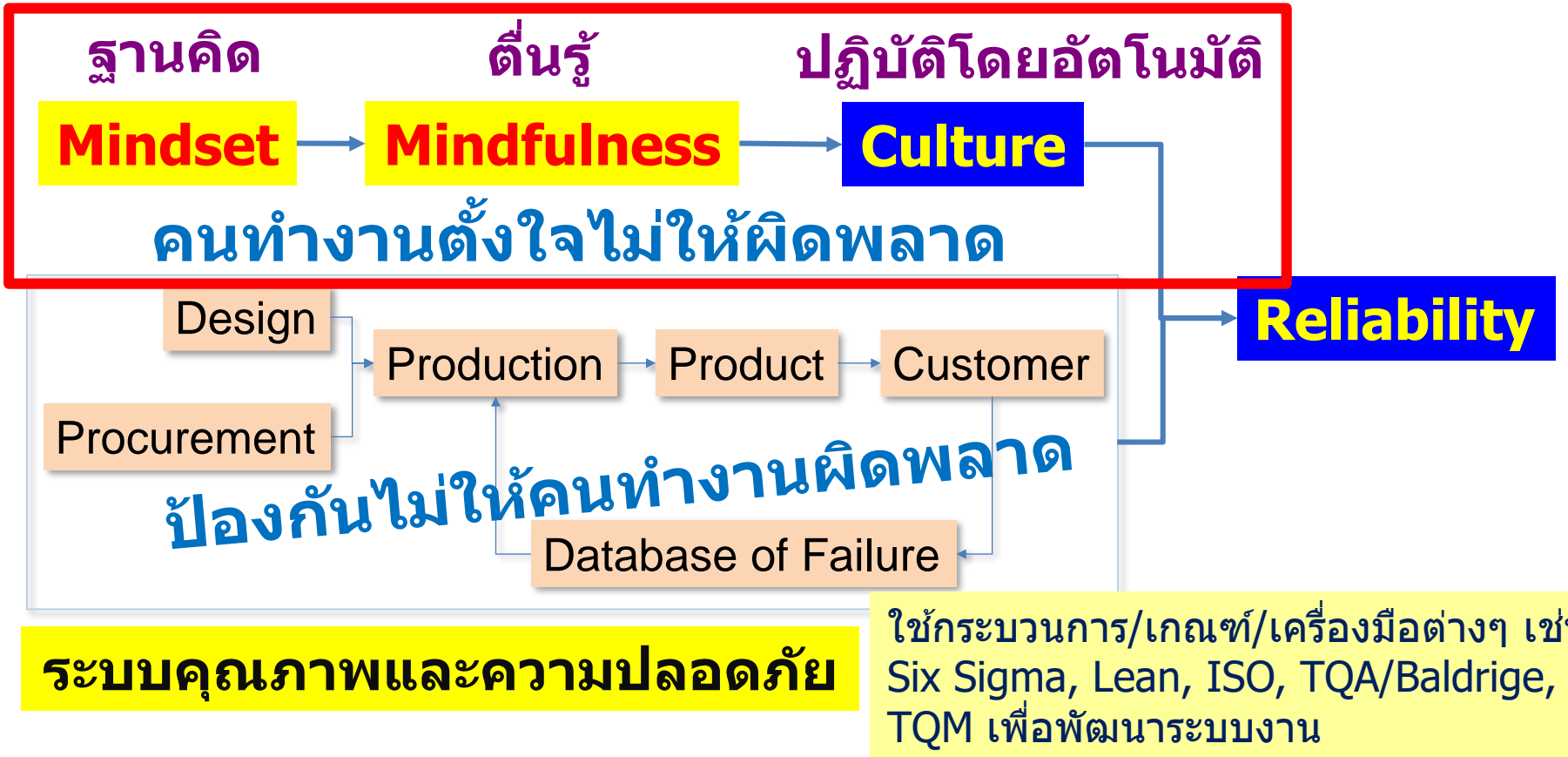
องค์กรที่น่าไว้วางใจ

(High Reliability Organization : HRO)

ส่งมอบการบริการที่มีความปลอดภัยสูง (คุณภาพ)

สร้างความน่าไว้วางใจ :

สร้าง **mindset & culture** + การพัฒนาระบบงาน





มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Siriraj Safety Culture Course

High Reliability Organization

เริ่มปี

2558

พัฒนาหลักสูตร & วิทยาการสหสาขา

“สร้างการตื่นรู้ สู่การบริหารความเสี่ยงเชิงรุก”

ขยายสู่ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน อาจารย์ นศ.พ. พบ.และพบ.ต่อยอด



เรียนรู้จากการบินไทย ต่อยอดในศิริราช
เพื่อผู้รับบริการและสังคม



Duangmanee Laohaprasitiporn



Siriraj Safety Culture

High Reliability Organization

ดังนั้น **ต้องมี Safety Mindset :**

- ตื่นรู้ (highly alert) ไวต่อการรับรู้ ในสถานการณ์รอบข้าง ช่างสังเกต "ต่อมเอ๊ะ"
- ยอมรับว่าซับซ้อน ไม่ด่วนเอางายเข้าว่า
- ครุ่นคิด เอา nearmiss มาเป็นโอกาสพัฒนา (ป้องกันเชิงรุก)
- พร้อมรับมือความเสี่ยงทุกสถานการณ์เป็นทีม เชิงระบบ ยืดหยุ่น (flexible) สามารถปรับตัวได้ (adaptable)

No harm,
Proactive risk
management

No blame
ไม่กล่าวหา ไม่
เน้นลงโทษ

No shame

เกิดเหตุ
ให้บอก
ให้รายงาน
กล้าบอก
กล้าเล่า

Preconceive with failure

ทุกครั้งที่จะวางแผนและลงมือทำห้เหตุการณ์
ให้คาดการณ์ถึงปัญหาหรือความล้มเหลวที่จะเกิดขึ้น



Siriraj Safety Culture Course High Reliability Organization

Situation awareness & Decision making

รับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ต่อมเอ๊ะทำงาน

ประเมินโอกาสเสี่ยง

คาดการณ์โอกาสเกิดผลเสีย

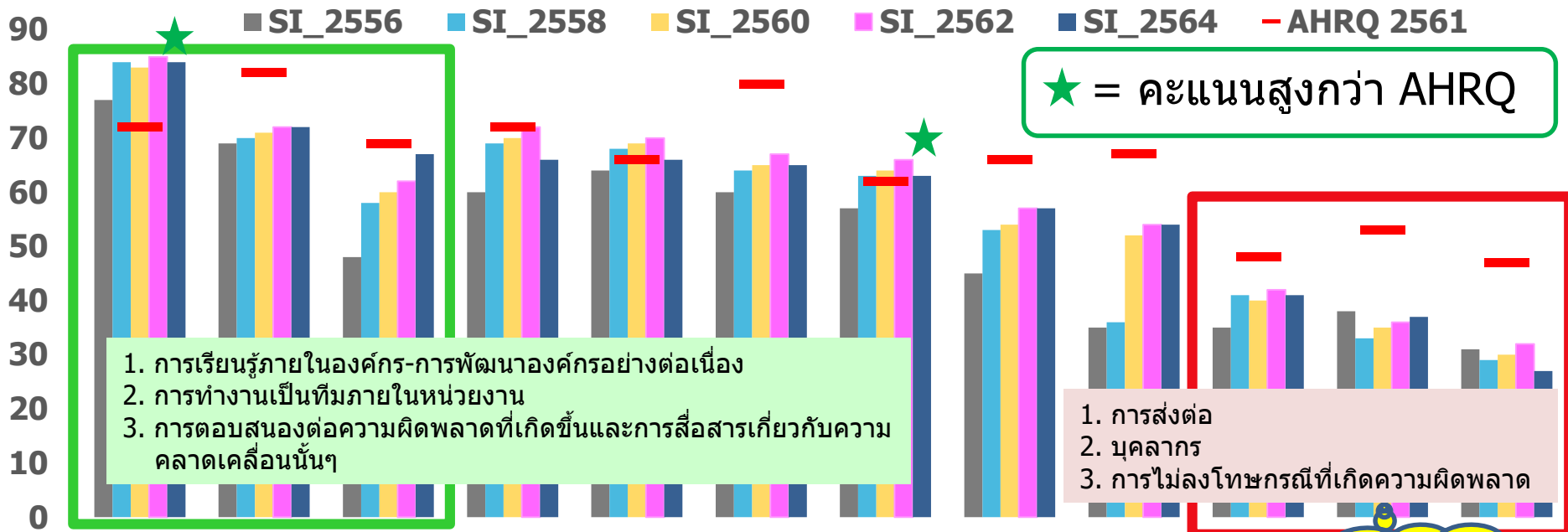
ตัดสินใจบริหารความเสี่ยงเชิงรุก

ป้องกัน หรือลดความเสี่ยง
เชิงระบบ เป็นทีม

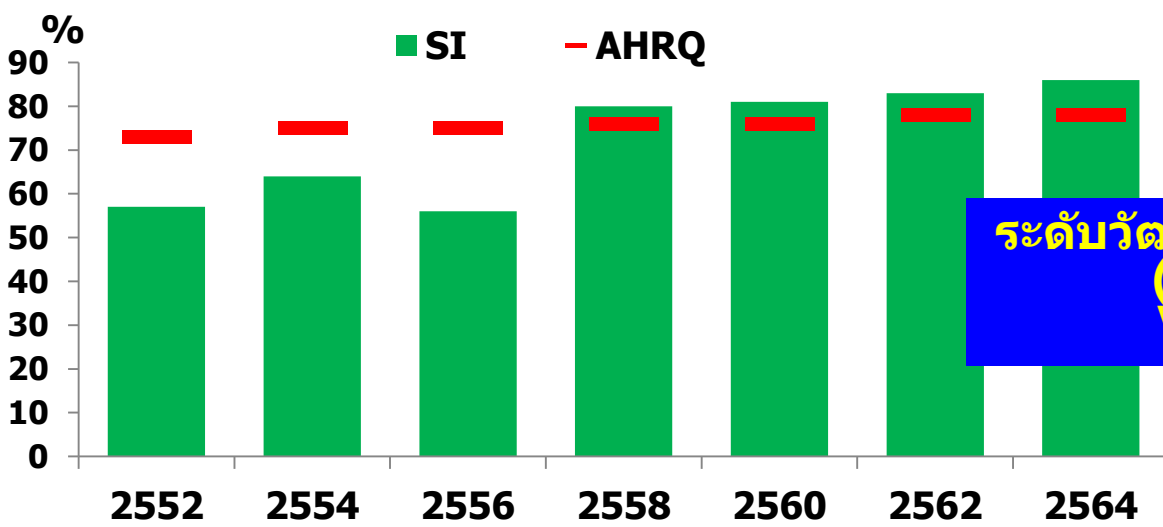




Siriraj Patient Safety Culture Survey



จุดเน้นประจำปี



ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
(Patient Safety Grade)
Very good + Excellent



มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริ

องค์กรที่น่าไว้วางใจ องค์กรที่มีสมรรถนะสูง และองค์กรอัจฉริยะ เพื่อความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน

