

Safety Culture

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
ทบทวนและปรับปรุงเอกสารที่เคยบรรยายและเรียบเรียงไว้
มีนาคม 2567

แนวคิดเรื่องวัฒนธรรม

Culture in HA Standards 5th Edition

**Open communication &
empowerment**

I-5.2 ข (1)

Living Organization

High performance

I-5.2 ข (1)

High Performance Organization (HPO)

Safety Culture

I-1.1 ค (3)

High Reliability Organization (HRO)

**People-center /
Customer-focused Culture**

I-1.1 ค (3), I-3.1 ก (1)

Learning Culture

I-1.1 ค (3), I-4.2 ข (3)

Learning Organization (LO)

Improvement Culture

I-1.1 ค (3)

วัฒนธรรมคืออะไร

วัฒนธรรม น. สิ่งที่ทำให้ความเจริญงอกงามให้แก่หมู่คณะ

- 1) สิ่งที่ดีงาม
- 2) สิ่งที่ทำให้เกิดสุนทรียะ
- 3) วิถีชีวิตทั้งมวลที่ผู้คนปฏิบัติคล้ายกันโดยอัตโนมัติ
ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน



ข้อคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรม

- **ลักษณะของวัฒนธรรม:** ทำโดยอัตโนมัติ ทำซ้ำในช่วงเวลาหนึ่งยาวพอควร มนุษย์เป็นผู้กำหนด สร้างขึ้นมาเพื่อรับใช้มนุษย์ ต้องปรับเปลี่ยน
- วัฒนธรรมเกิดจากการสั่งสมการเรียนรู้ของสมาชิก ต้องใช้เวลาในการสั่งสมพอสมควร
- **วัฒนธรรมองค์กร:** เกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ มีทั้งดีและไม่ดี เปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับผู้บริหารสูงสุด

Culture

การเพาะบ่มมนุษย์ให้เป็นไปอย่างที่ยากให้เป็น

Collective

Totality

Sum of total

Cumulative deposit

Predominating

-Are passed along /
transmitted from one
generation to the next

-**Socially transmitted**

เป็นผลรวมของหมู่คณะ

มีการสืบทอด

Knowledge, Experience
Meanings, Beliefs

Values, Attitudes
Perceptions

Competencies
Behavior

Arts, Institutions
Products of human work
and thought

โดยไม่ต้องคิด

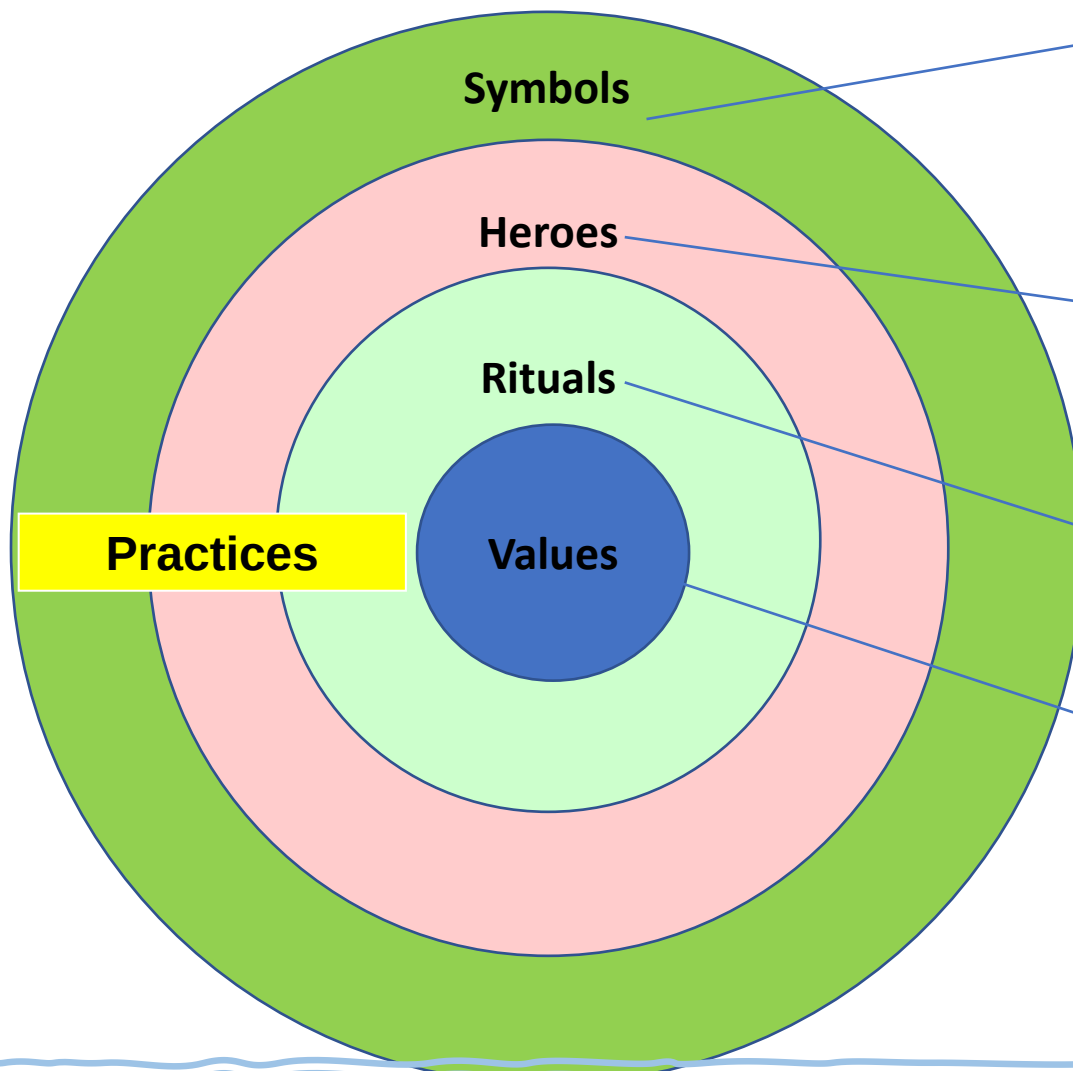
-Accept without thinking
-**Programming of mind**

วัฒนธรรม คือวิถีชีวิตทั้งมวลที่ผู้คนปฏิบัติต่อกันโดยอัตโนมัติ ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน

เป็นผลรวมของหมู่คณะ มีการสืบทอด

เป็นเรื่องของ ความรู้ ประสบการณ์ ความหมาย ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ พฤติกรรม ความสามารถ
ศิลปะ สถาบัน ผลผลิตของงานและความคิดของมนุษย์

การแสดงออกซึ่งวัฒนธรรม



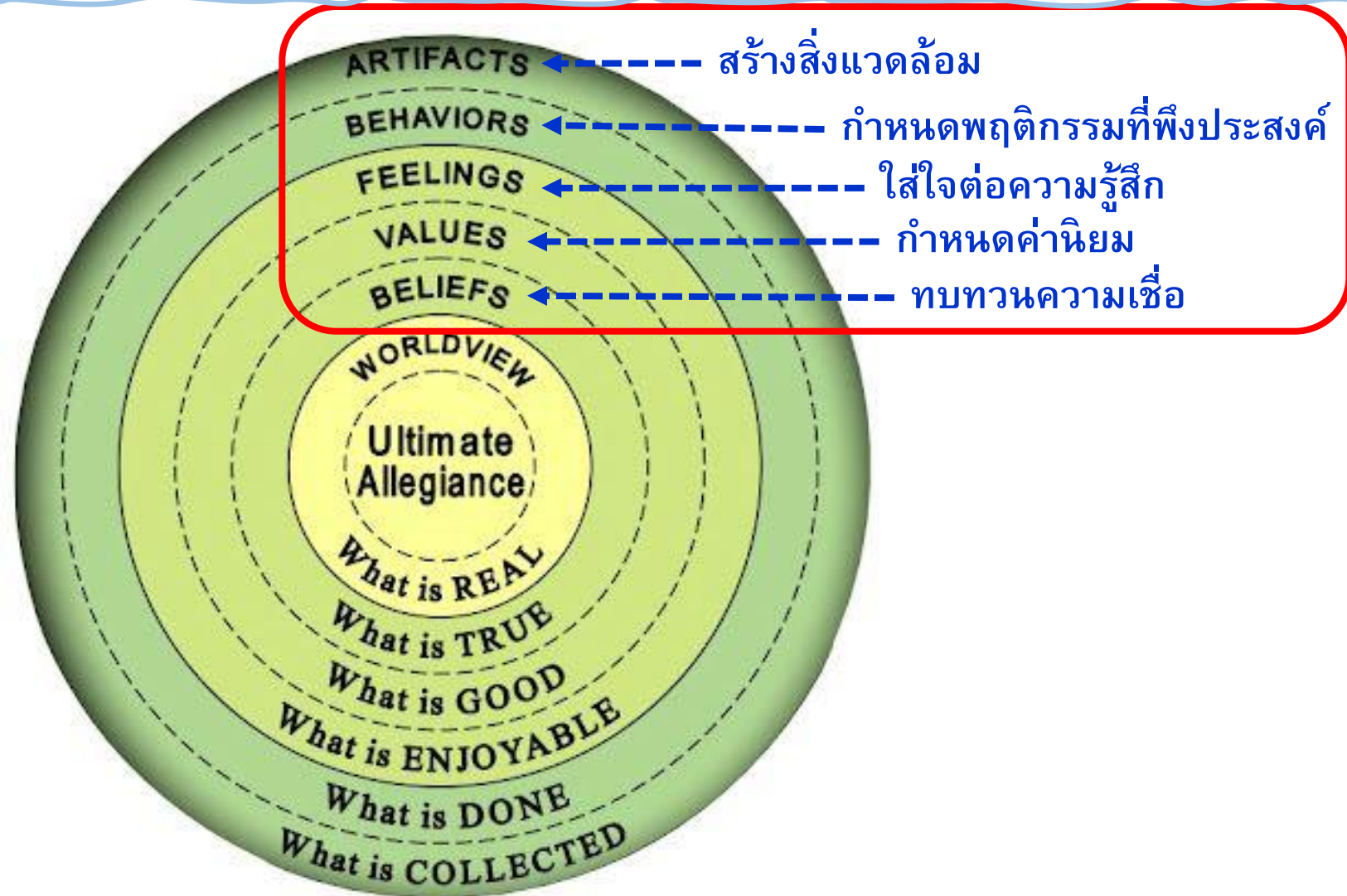
Symbols : คำพูด ท่าทาง รูปภาพ วัตถุ ที่มี
ความหมายเฉพาะสำหรับผู้ที่มีวัฒนธรรม
เดียวกัน ลอกเลียนกันได้ง่าย

Heroes: บุคคลซึ่งมีลักษณะที่เป็นต้นแบบ
ของพฤติกรรมที่พึงประสงค์

Rituals: กิจกรรมร่วมทางสังคมที่จำเป็น
(เช่น วิธีการทักทาย)

Values: เป็นแกนหลักของวัฒนธรรม เป็น
แนวโน้มที่จะนิยมสิ่งหนึ่งมากกว่าอีกสิ่งหนึ่ง
บางครั้งเป็นไปโดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ต้องอนุมาน
จากการกระทำภายใต้สถานการณ์ต่างๆ

Onion Model of Culture

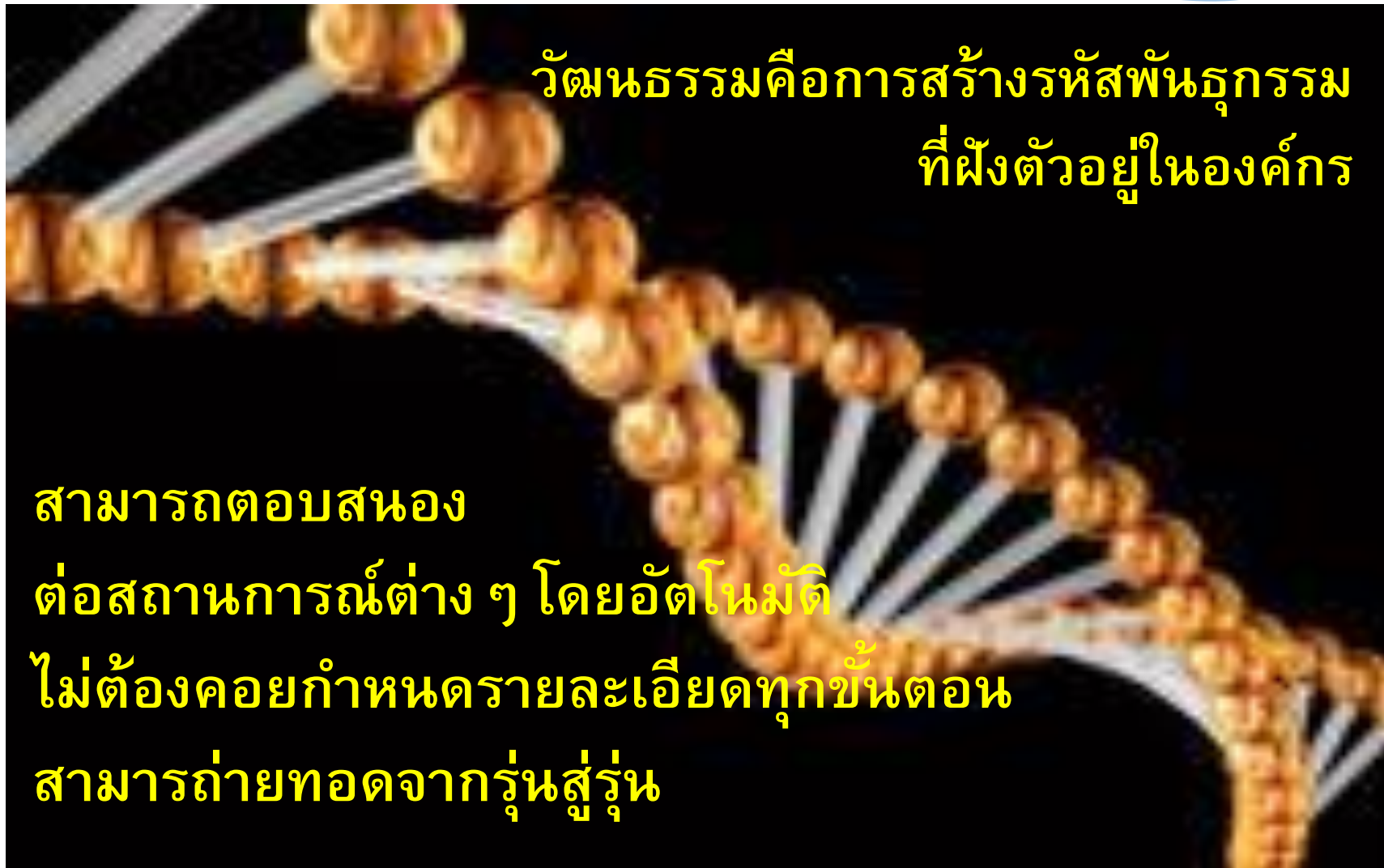


การพิจารณาวัฒนธรรมองค์กร

- **Individual initiative** ระดับความรับผิดชอบ อิสระ และความเป็นตัวของตัวเองที่แต่ละคนมี
- **Risk tolerance** ระดับที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการส่งเสริมให้คิดต่าง และกล้าเสี่ยง
- **Direction** ระดับซึ่งองค์กรกำหนดวัตถุประสงค์และความคาดหวังที่ชัดเจน
- **Integration** ระดับที่หน่วยงานต่างๆ ในองค์กรได้รับการส่งเสริมให้ทำงานโดยมีการประสานงานที่ดี
- **Management support** ระดับความชัดเจนของการสื่อสาร การช่วยเหลือ และการสนับสนุนที่ผู้บริหารมีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา
- **Control** จำนวนกฎระเบียบ จำนวนหัวหน้างานที่ดูแลและควบคุมพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน
- **Identity** ระดับที่ผู้ปฏิบัติงานระบุอัตลักษณ์กับองค์กรโดยรวม มากกว่ากับกลุ่มที่ปฏิบัติงานเฉพาะหรือความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ
- **Reward system** ระดับซึ่งการให้รางวัลขึ้นกับเกณฑ์การปฏิบัติงาน แทนที่จะเป็นตามอาวุโสหรือความความสนิทสนม
- **Conflict tolerance** ระดับซึ่งผู้ปฏิบัติงานได้รับการส่งเสริมให้พูดเรื่องความขัดแย้งหรือการวิพากษ์วิจารณ์อย่างเปิดเผย
- **Communication pattern** ระดับที่การสื่อสารขององค์กรจำกัดอยู่ที่ลำดับชั้นของอำนาจที่เป็นทางการ

วัฒนธรรมความปลอดภัย

ทำไมต้องวัฒนธรรมความปลอดภัย



วัฒนธรรมคือการสร้างรหัสพันธุกรรม
ที่ฝังตัวอยู่ในองค์กร

สามารถตอบสนอง
ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ โดยอัตโนมัติ
ไม่ต้องคอยกำหนดรายละเอียดทุกขั้นตอน
สามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น

Safety Culture

Safety Culture

เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรม
ของบุคลากรและของกลุ่ม ซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น วิธีการทำงาน และ
ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในองค์กร

Physiological Aspects

“ผู้คนรู้สึกอย่างไร”
ค่านิยม เจตคติ การรับรู้
ของผู้คน

Behavioral Aspects

“ผู้คนทำอะไร”
การกระทำและพฤติกรรม
เกี่ยวกับความปลอดภัย

Situational Aspects

“องค์กรทำอะไร”
นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ
โครงสร้างองค์กร ระบบบริหาร

“The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization’s health and safety management”

“Organizations with a positive safety culture are characterized by **communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety and by confidence in the efficacy of preventive measures.**”

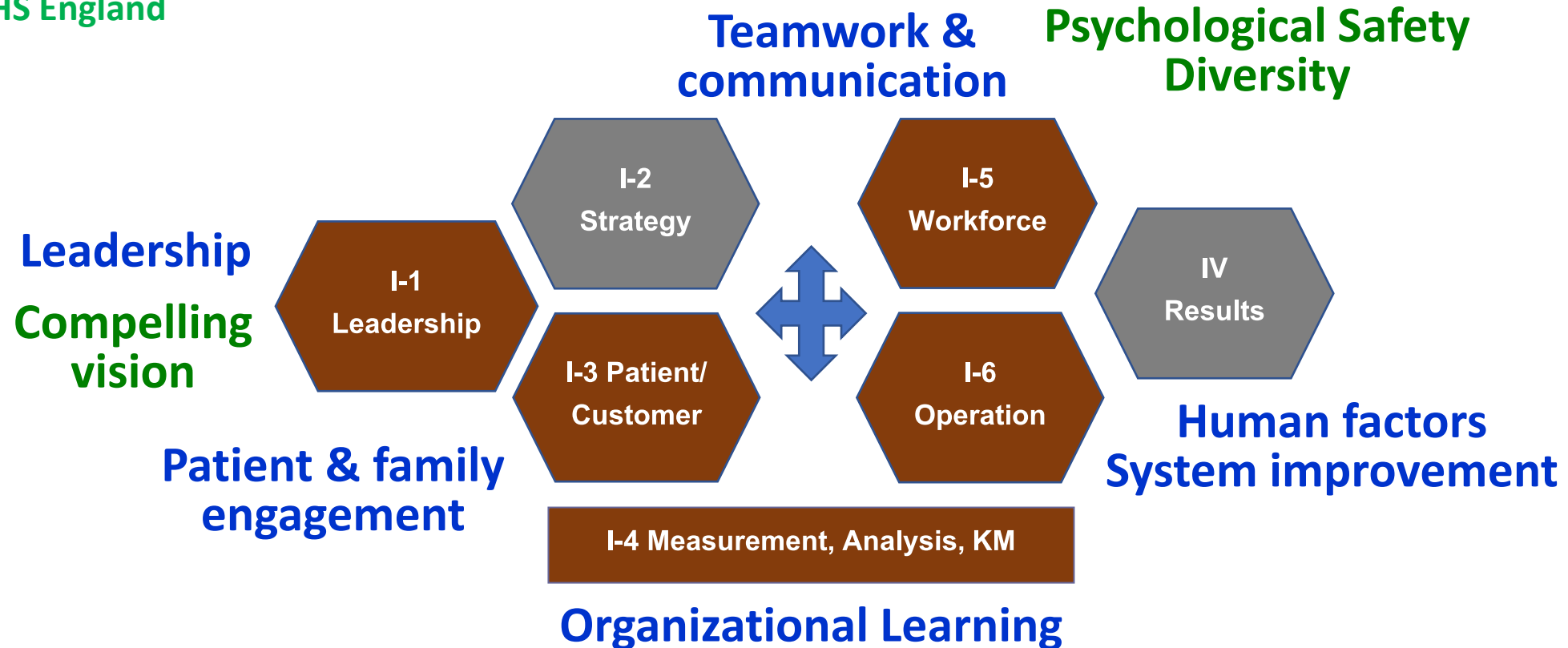
องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture)



Multidimensional Concept of Patient Safety Culture

Blue: WHO Global Action on Patient Safety

Green: NHS England



NHS Patient Safety Strategy

Continuously improving patient safety



Improve our understanding of safety by drawing insight from multiple sources of patient safety information.

Insight

Measurement, incident response, medical examiners, alerts, litigation



People have the skills and opportunities to improve patient safety, throughout the whole system.

Involvement

Patient safety partners, curriculum and training, specialists, Safety II.



Improvement programmes enable effective and sustainable change in the most important areas.

Improvement

Deterioration, spread, maternity, medication, mental health, older people, learning disability, antimicrobial resistance, research.

Patient safety culture:

- psychological safety for staff
- diversity
- compelling vision
- leadership & teamwork
- open to learning

Patient safety system:

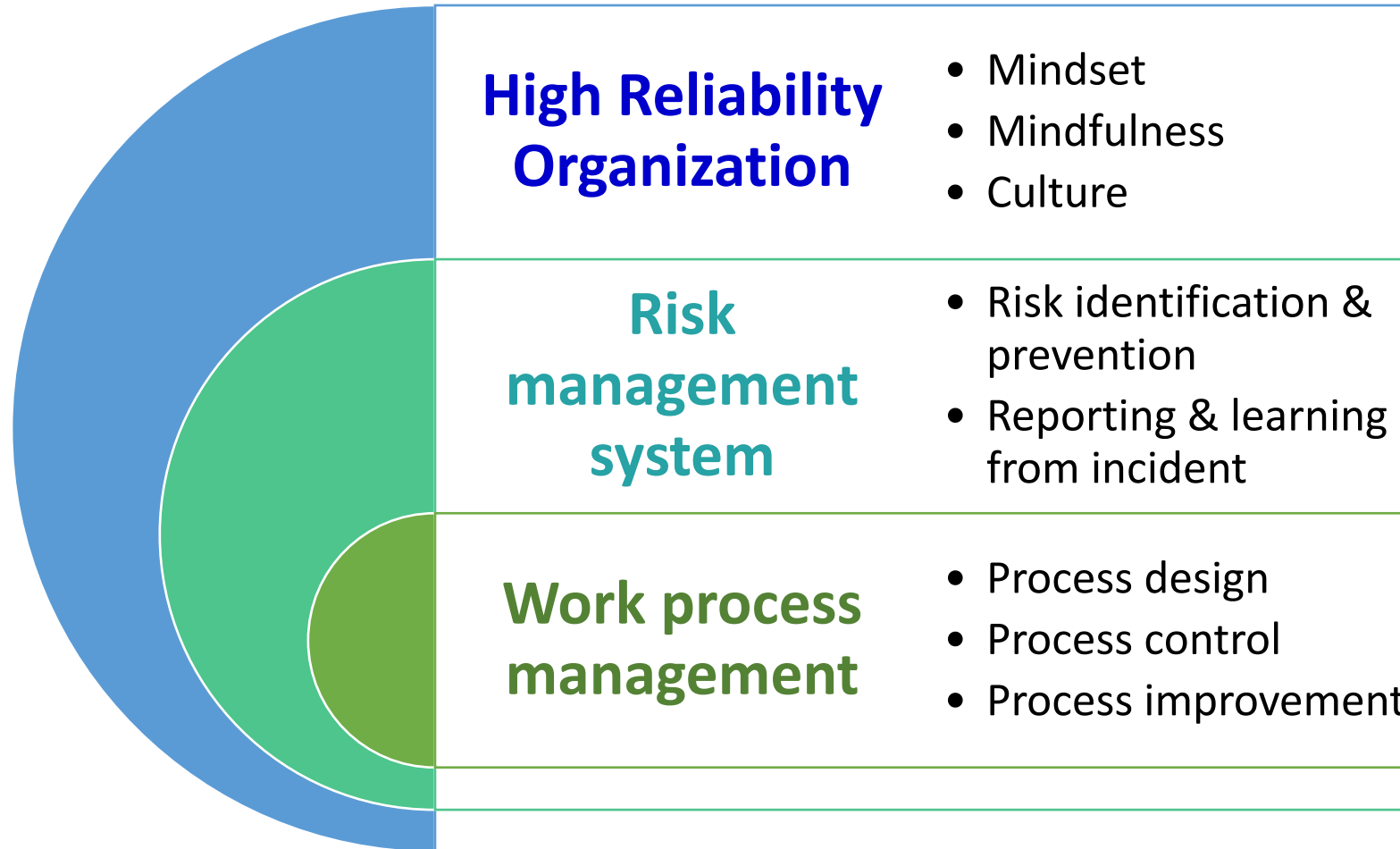
- workforce
- regulation
- digital & technology

A patient safety *culture*
A patient safety *system*

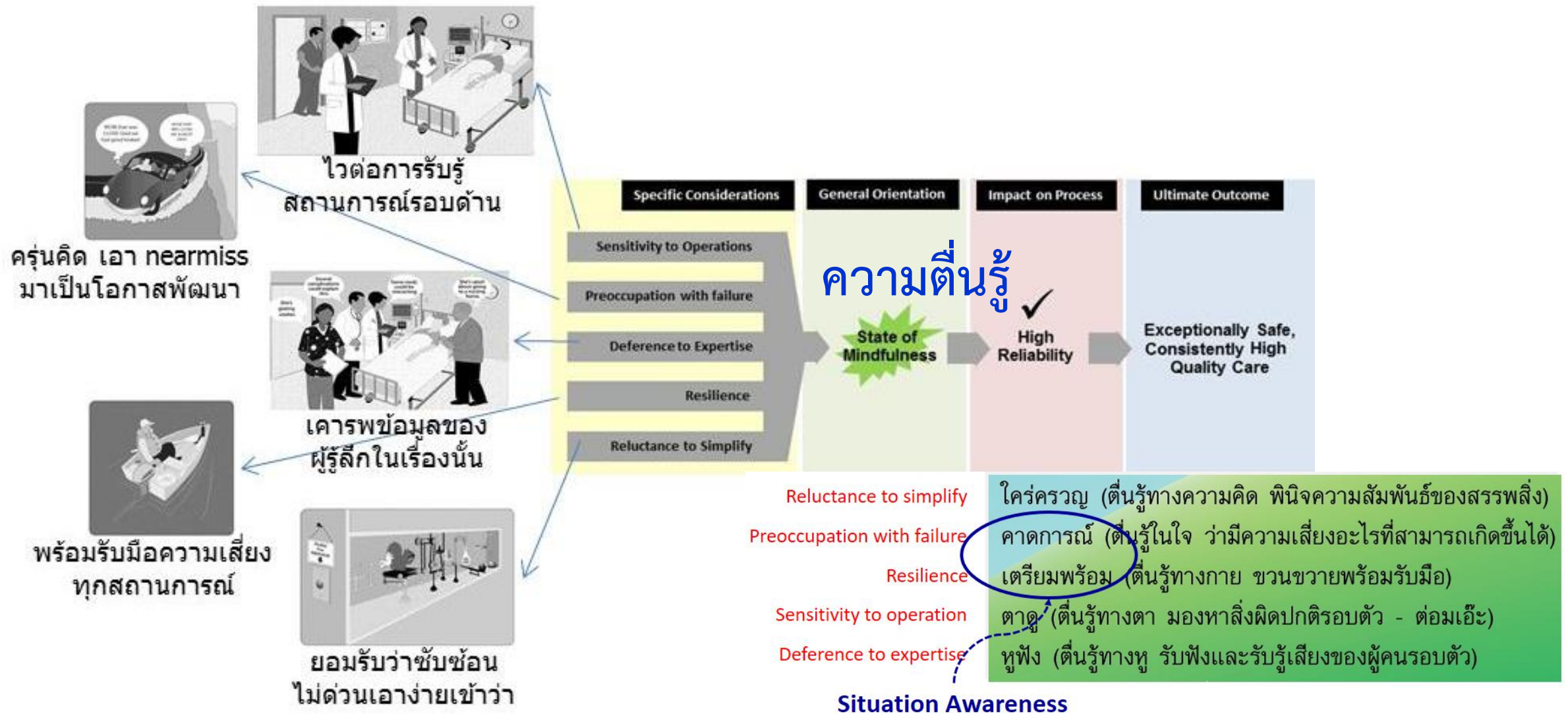
Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success



3 ระบบที่ซ้อนกันอยู่เพื่อความปลอดภัย



High Reliability Organization: Trust for the Public



AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS) 2.00

Composite Measures: A composite measure is a grouping of two or more survey items that assess the same area of culture. The 10 composite measures and 32 survey items assessed in the SOPS Hospital Survey 2.0 are:



- Teamwork (3 items)
- Staffing and Work Pace (4 items)
- Organizational Learning– Continuous Improvement (3 items)
- Response to Error (4 items)
- Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety (3 items)
- Communication About Error (3 items)
- Communication Openness (4 items)
- Reporting Patient Safety Events (2 items)
- Hospital Management Support for Patient Safety (3 items)
- Handoffs and Information Exchange (3 items)

Additional Measures: In addition to the composite measures, single item measures included assess:



- Number of events reported (1 item)
- Patient safety rating (1 item)
- Background questions (4 items)

Manchester Patient Safety Assessment Framework

Dimension of patient safety culture	A	B	C	D	E
1. Commitment to overall continuous improvement					
2. Priority given to safety					
3. System errors and individual responsibility					
4. Recording incidents and best practice					
5. Evaluating incidents and best practice					
6. Learning and effecting change					
7. Communication about safety issues					
8. Personnel management and safety issues					
9. Staff education and training					
10. Team working					

Level	Description
A – Pathological	Why do we need to waste our time on patient safety issues?
B – Reactive	We take patient safety seriously and do something when we have an incident.
C – Bureaucratic	We have systems in place to manage patient safety.
D – Proactive	We are always on the alert/thinking about patient safety issues that might emerge.
E – Generative	Managing patient safety is an integral part of everything we do.

ประมวลองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัย

MaPSF	AHRQ	Reason	WHO	NHS England	HRO
Commitment to QI	Mgmt. support		Leadership	Leadership, Compelling vision	
Priority given to PS					
System errors & ind.		Just culture	Human factors & system improve.		Reluctance to simplify
Recording/Reporting	Reporting	Reporting	Org. learning	Open to learning	
Analysis	Org. learning & QI	Learning			
Learning & change					
Communication	Comm., Handoff	Informed	Communication	Diversity	Deference to expertise
Personnel mgmt.	Staffing, Response to error, Mgmt. support	Just culture		Psychological safety	
Staff education		Informed			
Team working	Teamwork		Teamwork & comm.	Teamwork	
		Flexible			Preoccupation with failure, Resilience, Sensitivity to operation
			Pt. & Fam. engage.		

Safety Culture Characteristic

Attitude & Value

1. Clear expectation
2. Contribution
3. Long-term success
4. Openness
5. Share information
6. Communication
7. Self-critical
8. Corporate identity
9. Clear goals
10. Diversity
11. Safety is investment
12. Relationship

Organizational Policy

1. Creative tension
2. Training
3. Learning
4. Root cause
5. Safety is top priority
6. Investment for safety
7. Commitment
8. Top-level commitment
9. Intention for change
10. Systematic approach
11. Timely & efficient
12. Competent staff
13. Clear role & responsibility
14. Work environment

Employee Behavior

1. Accept responsibility
2. Participation, collaboration
3. Engage
4. Proactive
5. Challenge assumption
6. Mindfulness for failure
7. Feedback for change
8. Performance (better than require)
9. Reporting
10. Knowledge-based
11. Adherence to procedure
12. Attitude of questioning
13. Raise issues with comfort
14. Stop work if unable
15. Support each other

Management Behavior

1. Listening to frontline's need
2. Support idea for improvements
3. Communication
4. Confront with poor performance
5. Positive response
6. Lead by example
7. Give credit to staff perceptions
8. Motivation, reward & recognition
9. Empower
10. Discipline
11. Real work

แจกแจงวัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นนโยบายและพฤติกรรม

	Organizational Policy	Management Beh.	Staff Behavior	Pat.& Family Behavior
Commitment to QI	สิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ	เปิดใจรับฟัง ชี้อธิบาย สนับสนุน	ไม่ละเลย ไม่รอปัญหาเกิด	ให้ข้อมูล ข้อคิดเห็น
Priority given to PS	กลยุทธ์สำคัญ ลงทุน	ทำให้เห็น ส่งเสริม ติดตาม	ตระหนัก คอยทุกโอกาส	ร่วมมือเพื่อให้ตนปลอดภัย
System errors & ind.	Just culture	รับฟังโดยไม่ตำหนิ	เข้าใจ human factor ทำทนายสมมติฐาน	
Recording/Reporting	ระบบรายงานที่ใช้อย่าง	มีท่าทีเชิงบวก สื่อสารการ นำไปใช้	ไม่ต้องกังวลว่าจะถูกตำหนิ คุยปัญหาอย่างสบายใจ	ได้รับการส่งเสริมให้รายงาน
Analysis	การวิเคราะห์เป็นระบบ	สร้างบรรยากาศที่ดี	ยินดีให้ข้อมูล ความเห็น	ร่วมให้ข้อคิดเห็น
Learning & change	ส่งเสริมการเรียนรู้/แบ่งปัน	ปรับปรุงประเด็นเชิงระบบ	นำ AE มาคุยกันในเวทีเปิด ตื่นรู้กับความล้มเหลว	ร่วมรับรู้และมีส่วน
Communication	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	สัมผัสปัญหาหน้างาน	สื่อสารกันบ่อยๆ ตั้งคำถาม	เป็นหุ้นส่วนที่ดีจากข้อมูล
Personnel mgmt.	มีคนที่สามารถ & เพียงพอ	จูงใจ ให้รางวัล ชื่นชม	ผูกพันและลงมือปฏิบัติ	
Staff education	การศึกษาต่อเนื่องที่จำเป็น/ เหมาะสมสำหรับทุกคน	ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นการ เรียนรู้	สร้างการเรียนรู้คู่การทำงาน	ร่วมฝึกอบรมบุคลากร
Team working	สนับสนุนทีมสหสาขาที่ บูรณาการ	ยอมรับ สนับสนุน เสริมพลัง เอาเรื่องกับผลงานที่ไม่ดี	เกื้อหนุนกันและกัน ท่วมเทกัย การปรับปรุงกระบวนการ	ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีม
Flexible/Mindfulness	ส่งเสริมความยืดหยุ่นอย่างมี consistency และ mindfulness		คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตา ดู หูฟัง ปฏิบัติตามคู่มือ ใช้ ฐานความรู้	

ระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัย

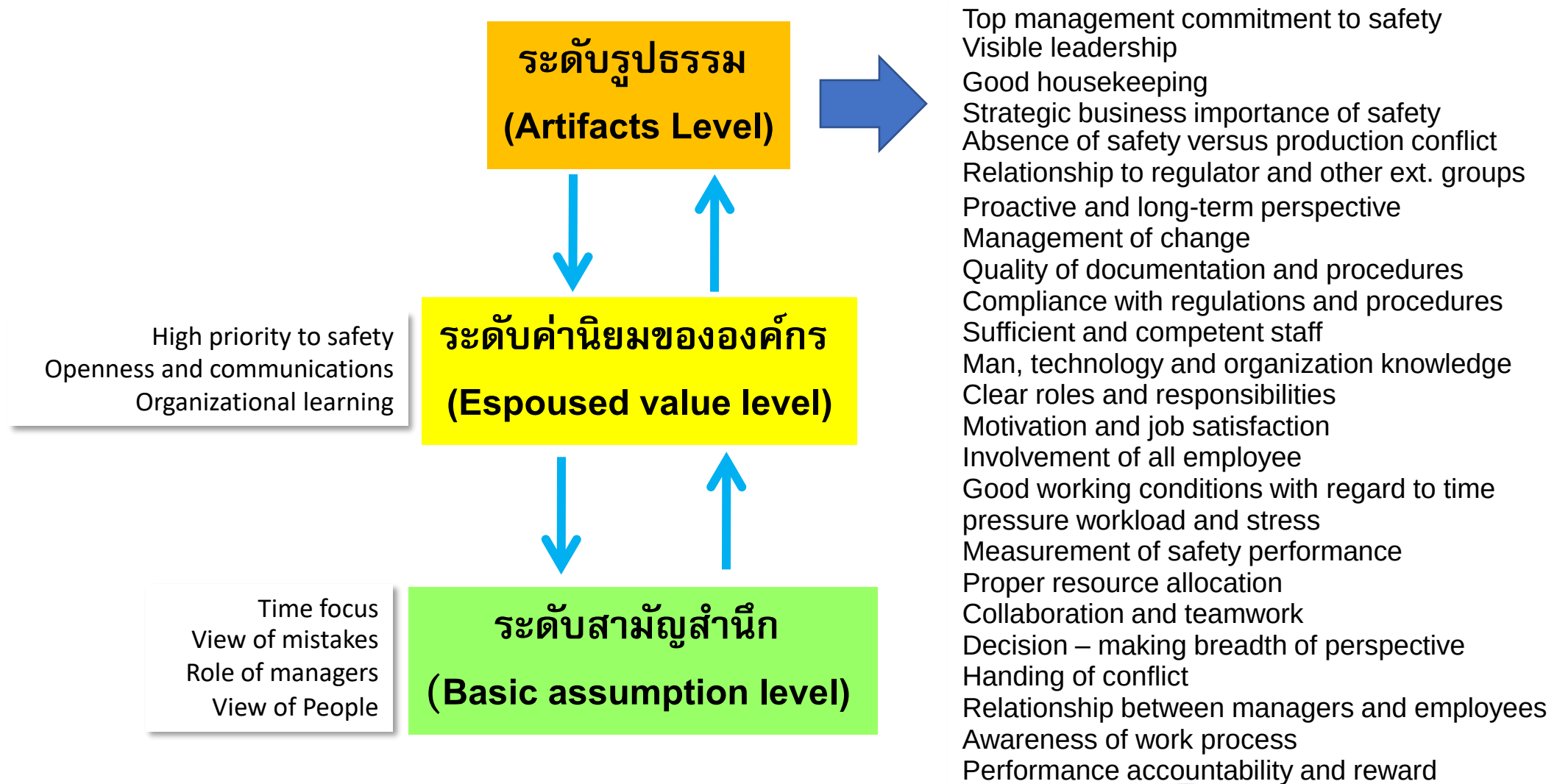
ระดับของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

ระดับที่ 3: พัฒนาต่อเนื่อง

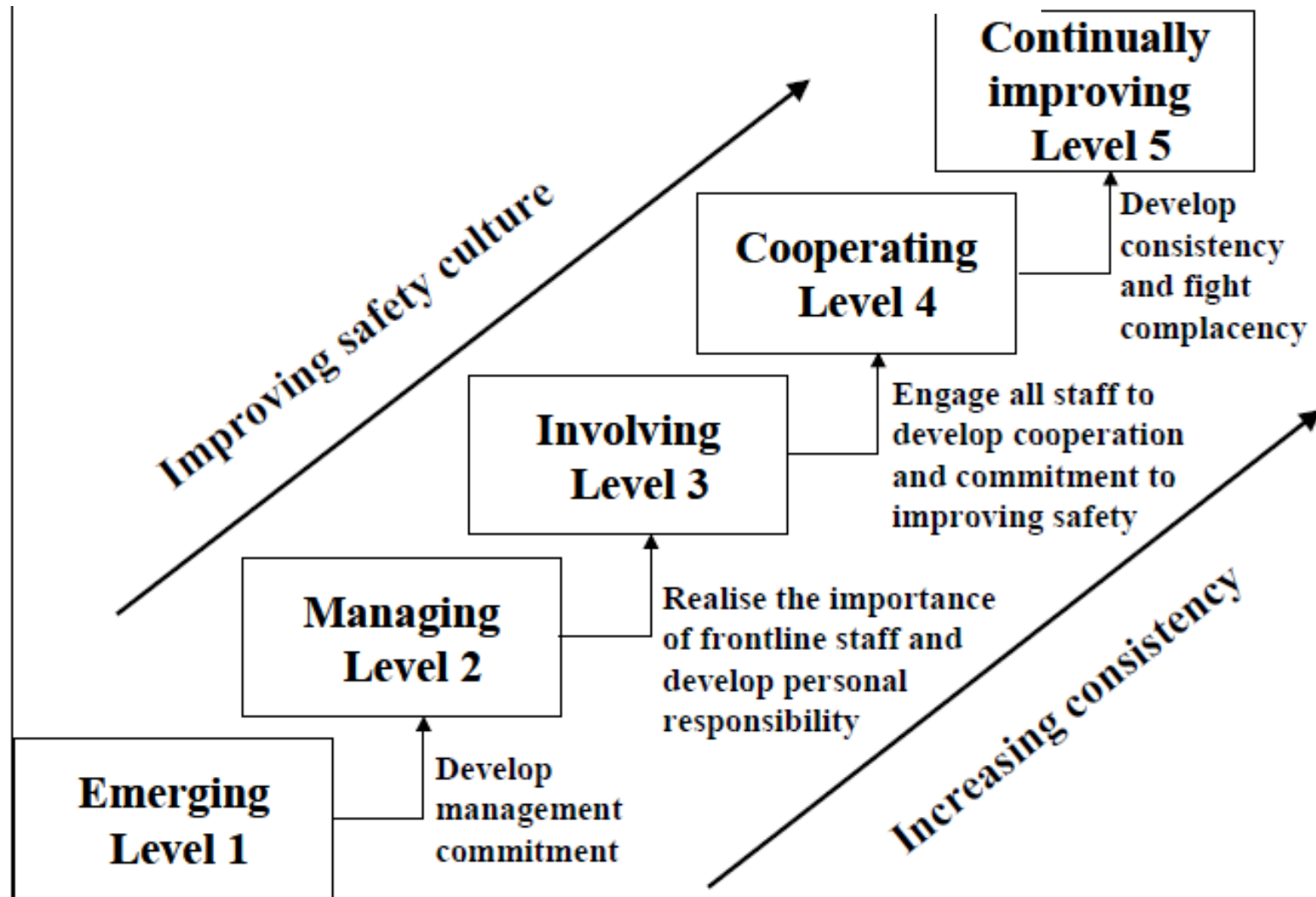
ระดับที่ 2: ใช้เป้าประสงค์ขององค์กร

ระดับที่ 1: ใช้กฎระเบียบและการควบคุม

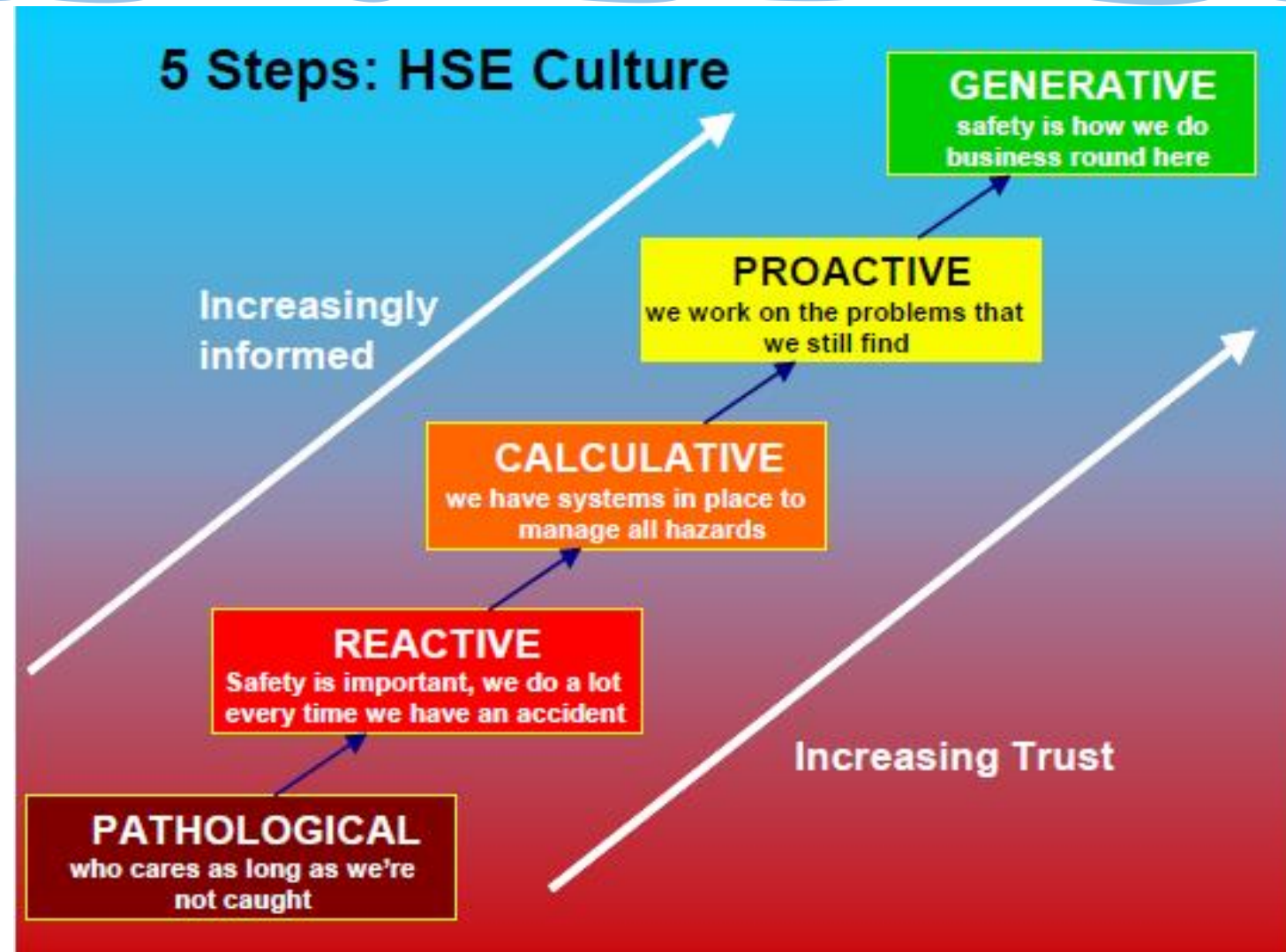
ระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัย



Safety Culture Maturity Model



Health, Safety, & Environment Culture



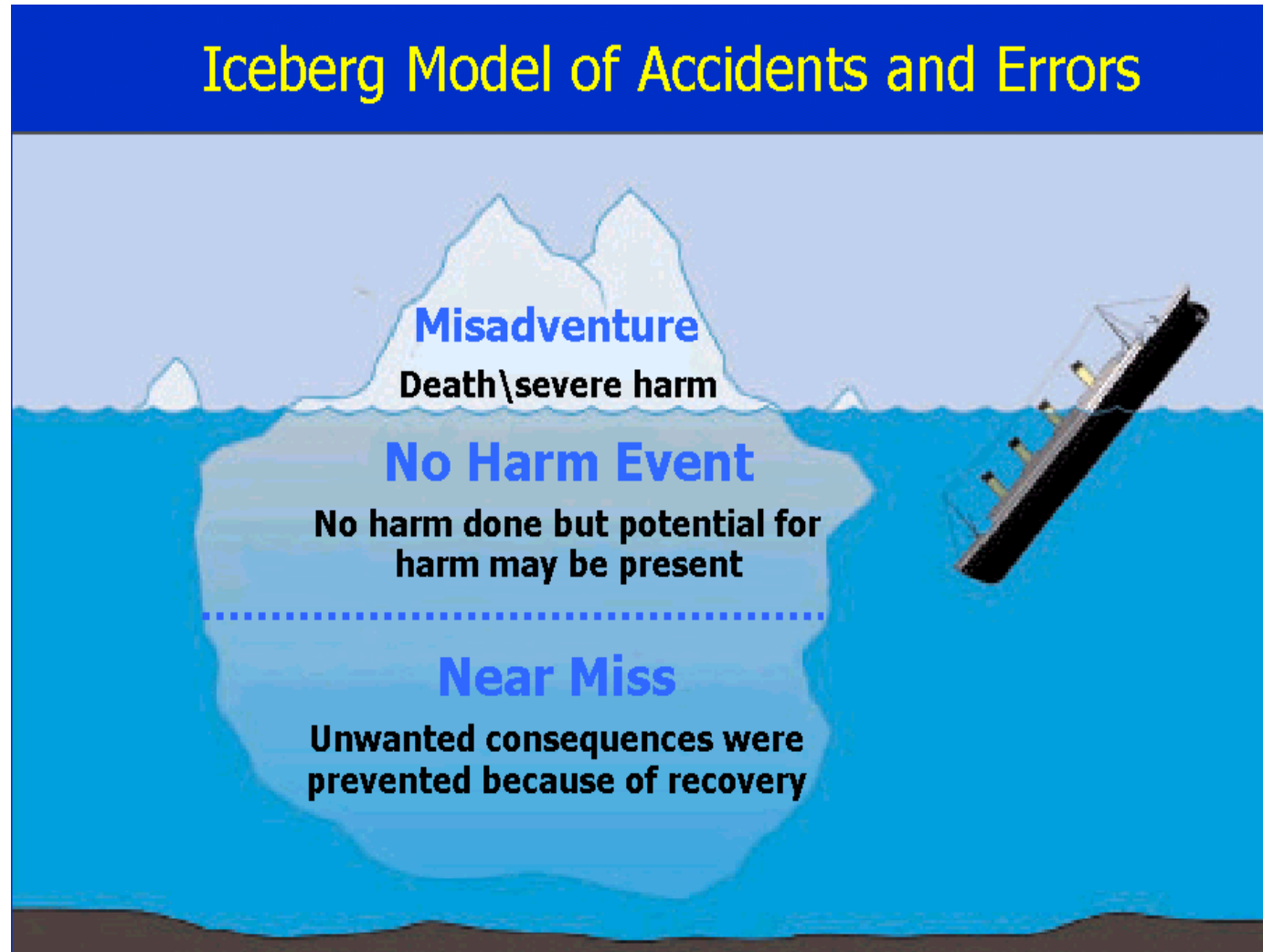
3rd report of ACSNI study group on human factors HSC (1993)

แนวคิดเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัย
ที่ควรทำความเข้าใจ

แนวคิดเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยที่ควรทำความเข้าใจ

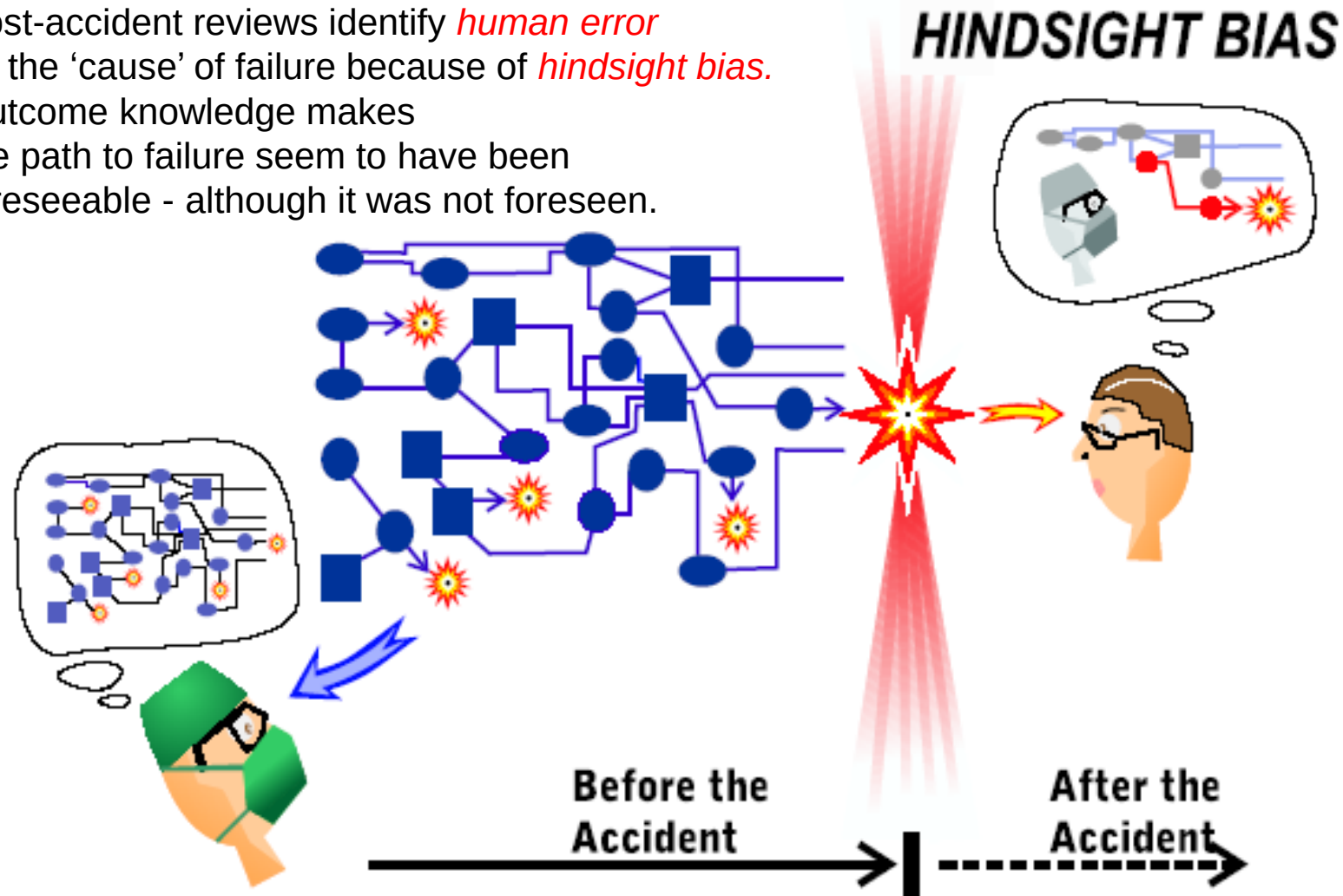
Iceberg Model of AE
Hindsight Bias
Systems Approach vs People Approach to AE
The Swiss Cheese Model of Defenses
Active Failure & Latent Failure
Organizational Factors
Human Factor Engineering
Safety Culture
Just Culture
Psychological Safety

มีโอกาสเกิดเหตุอีกมากมายที่เราไม่รู้ตัว

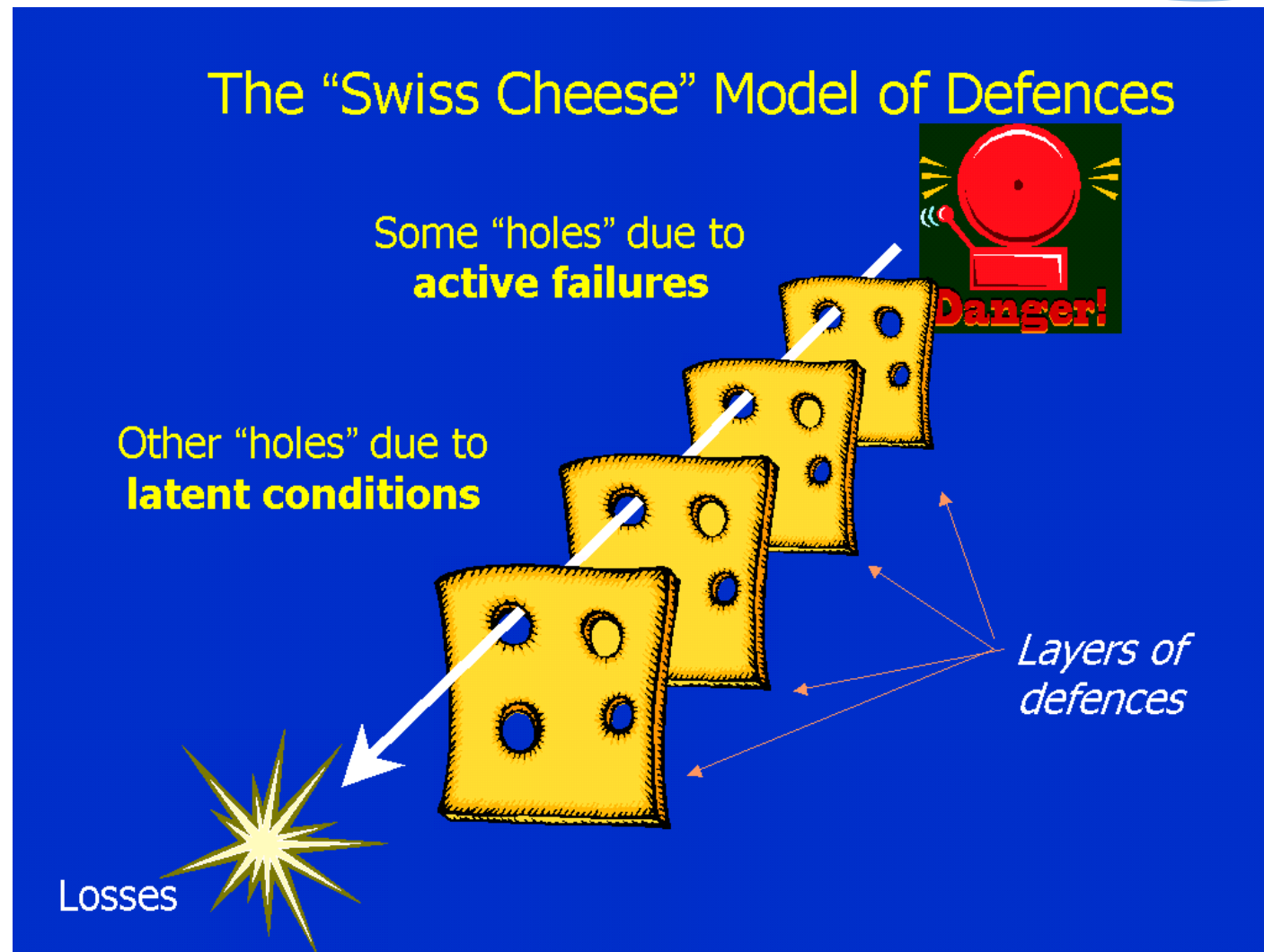


เจตคติต่อผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์

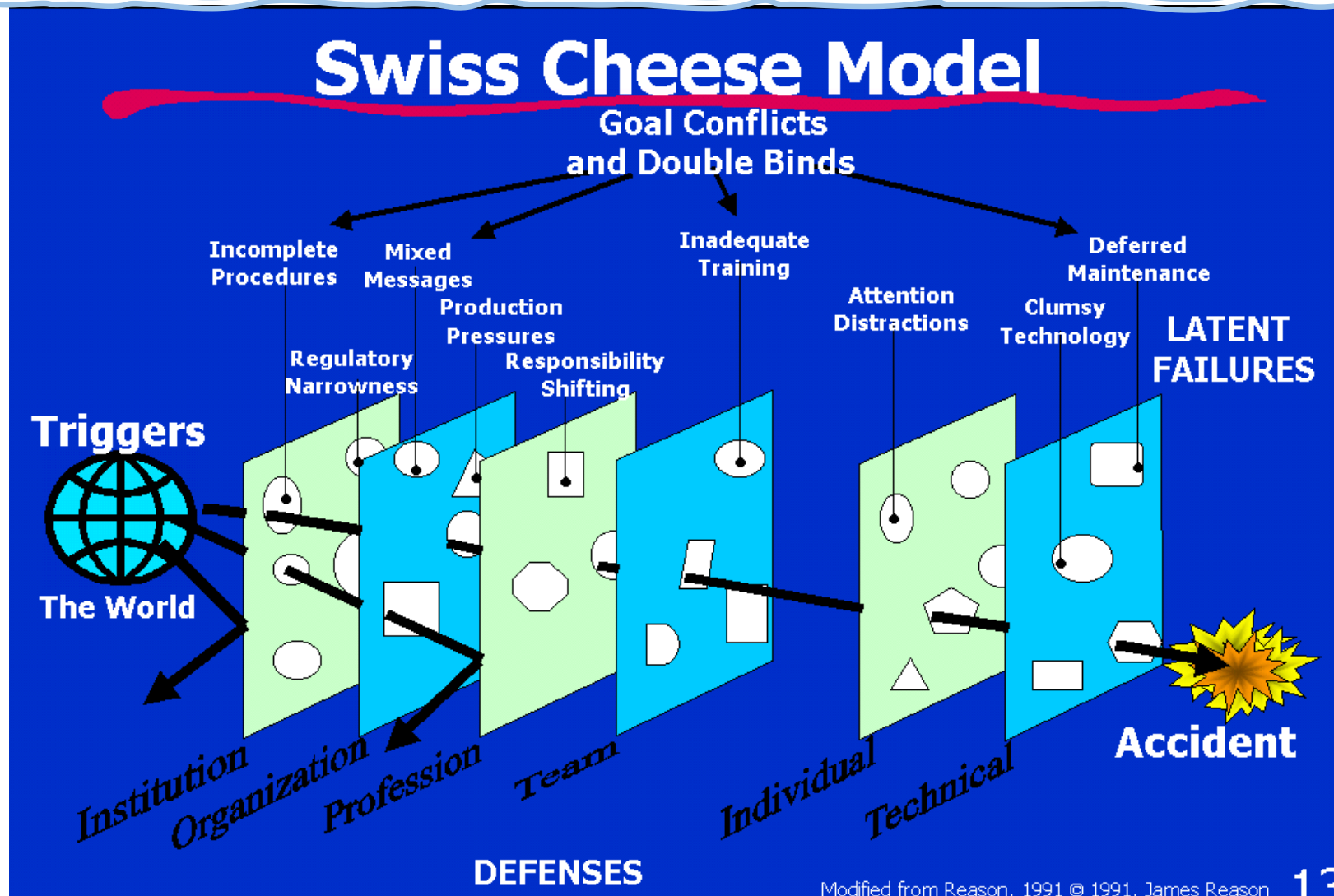
Post-accident reviews identify *human error* as the 'cause' of failure because of *hindsight bias*. Outcome knowledge makes the path to failure seem to have been foreseeable - although it was not foreseen.



โอกาสป้องกันเหตุร้าย มีมากมาย



จากระดับองค์กรถึงตัวบุคคล

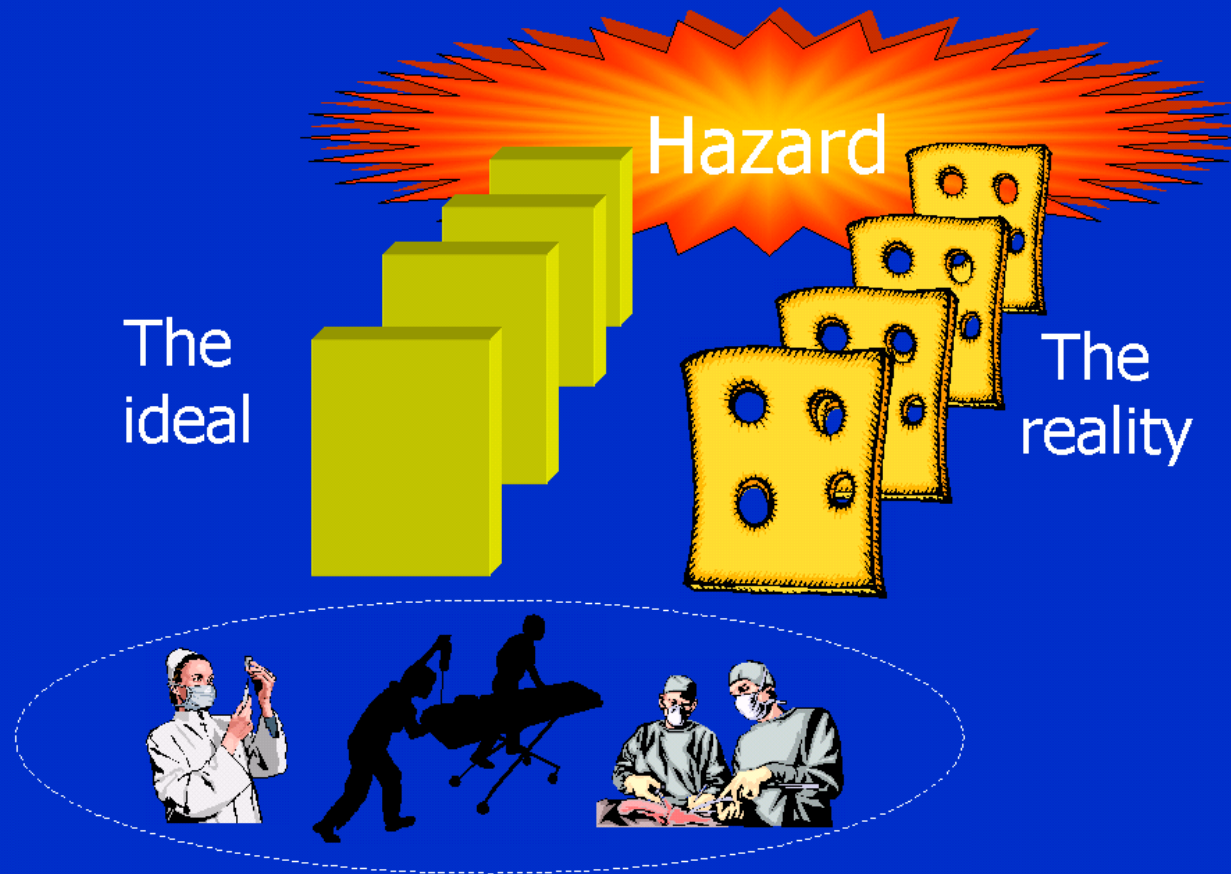


Modified from Reason, 1991 © 1991, James Reason

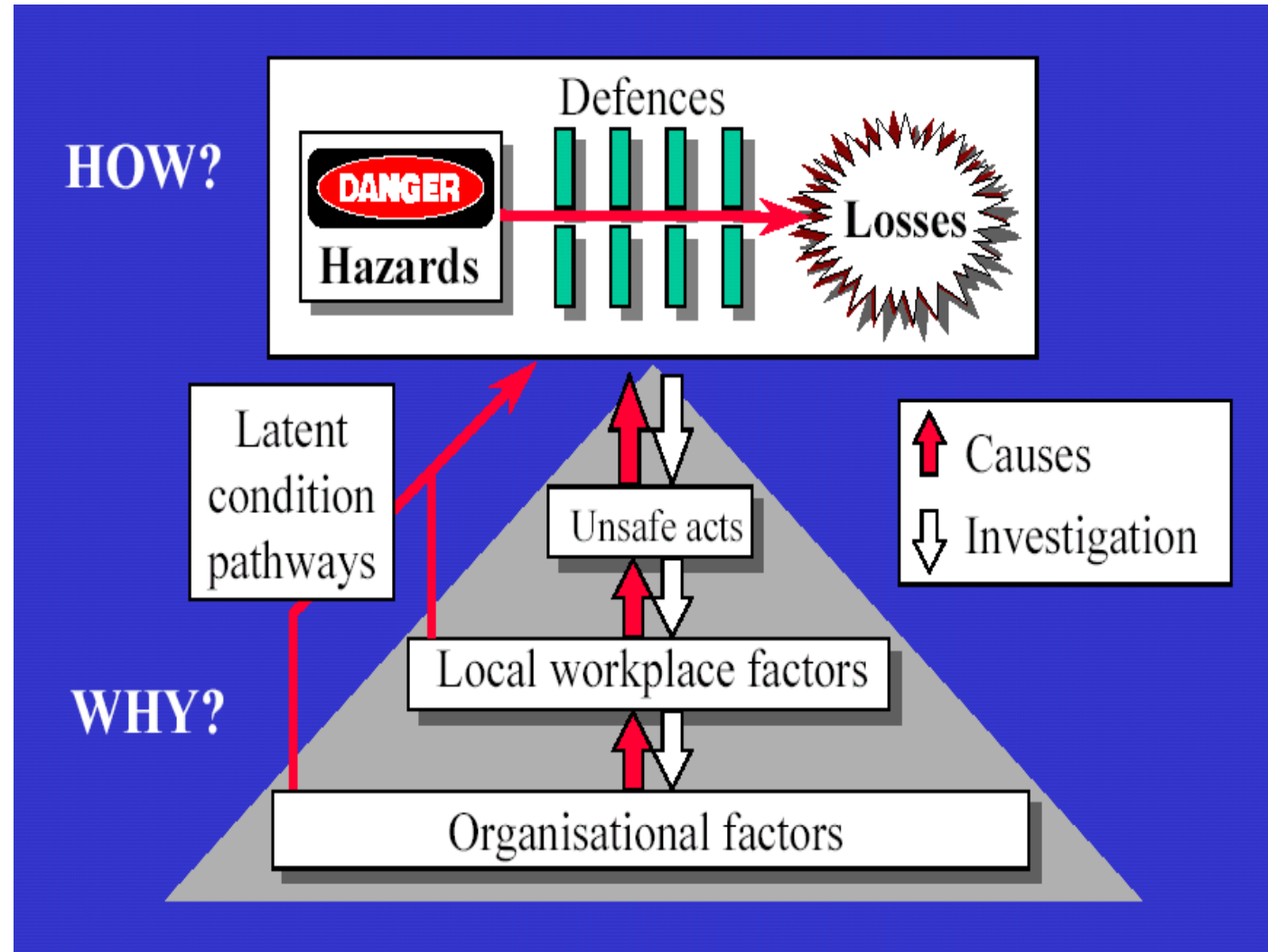
13

จะไปถึงจุดมคติได้อย่างไร

The Swiss Cheese Model of Defences

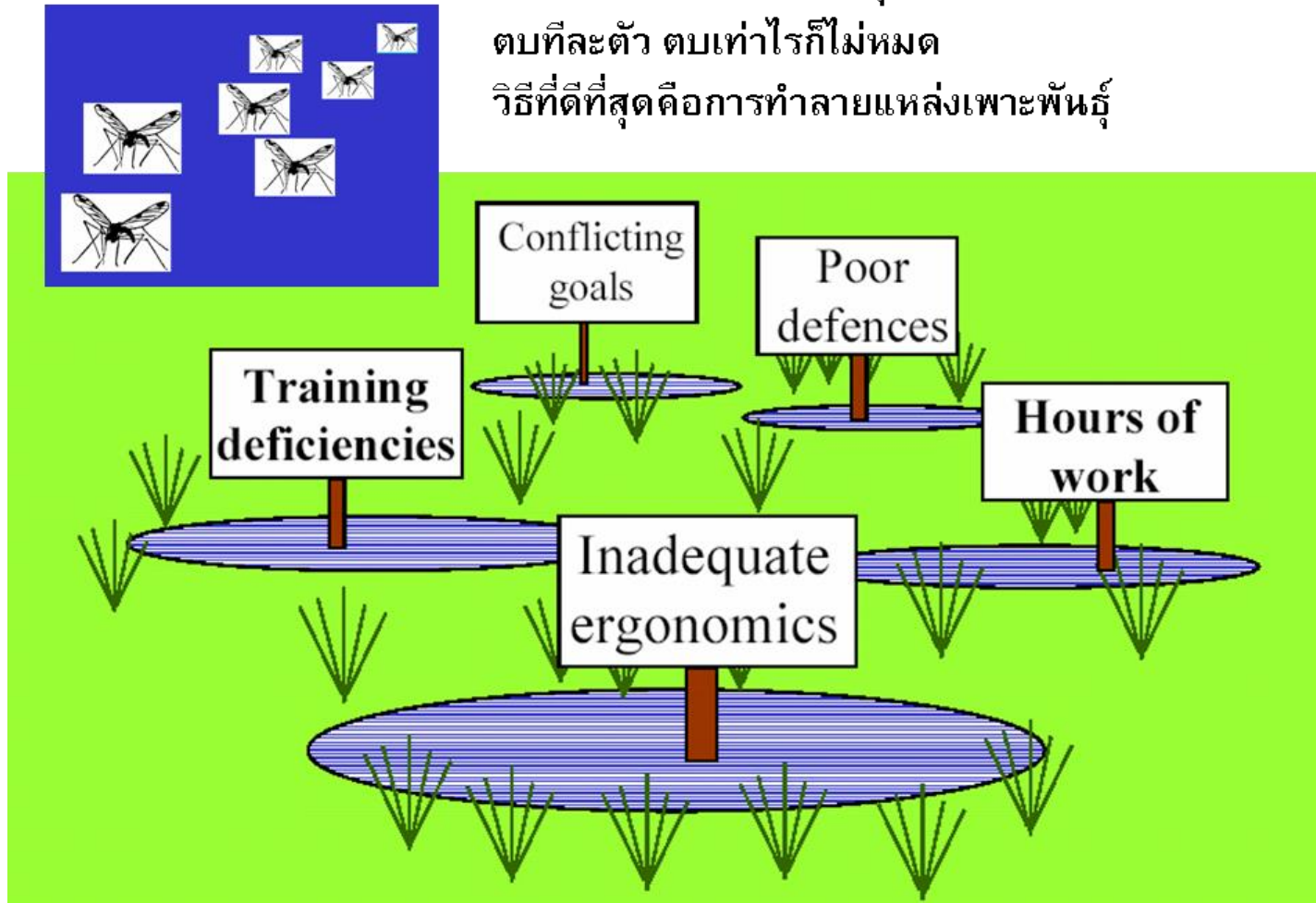


ความเป็นจริงมีใช้แค่สิ่งที่เห็น

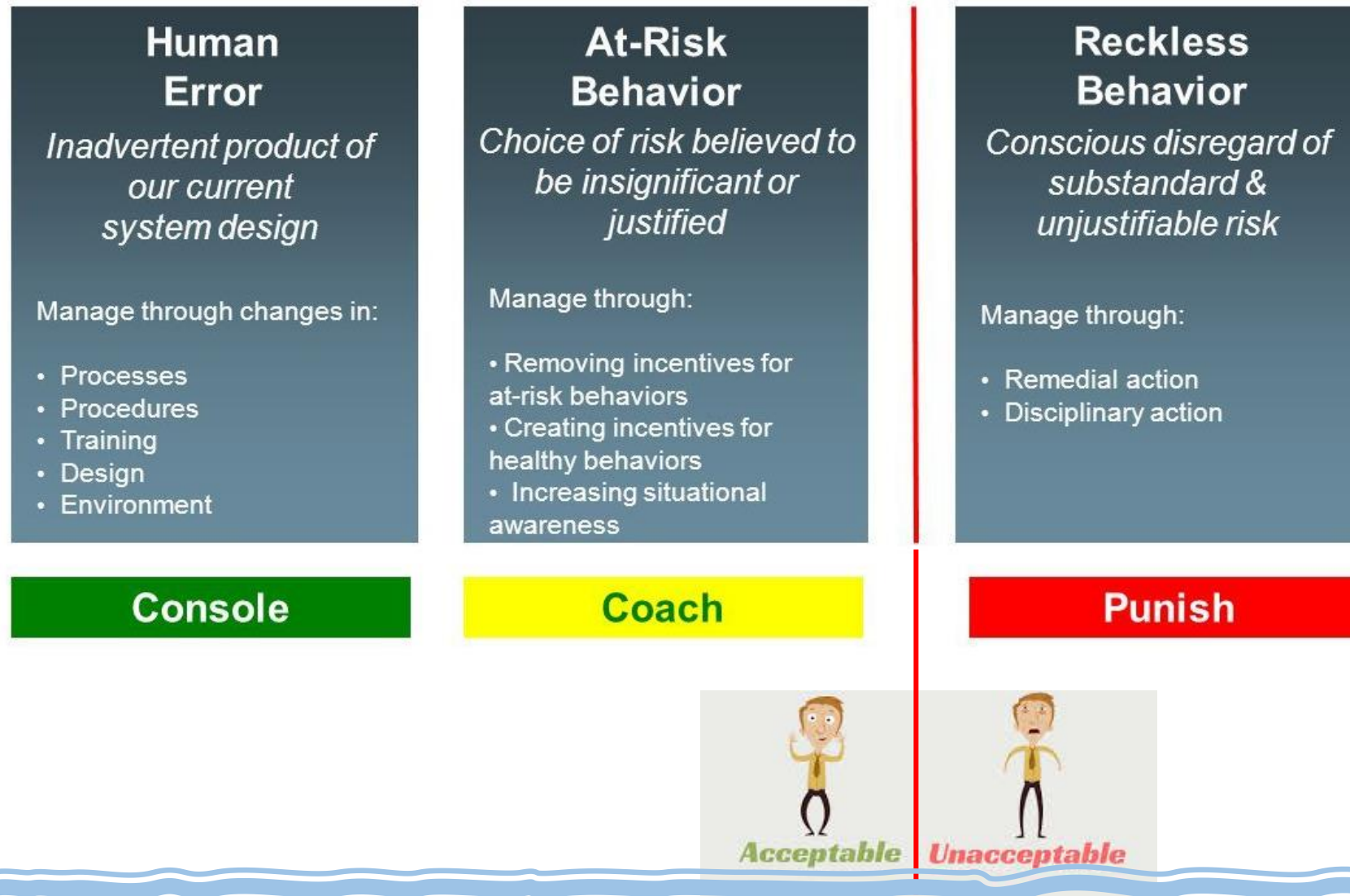


Organizational Factors

ความผิดพลาดเป็นเสมือนยุง
ตบทีละตัว ตบเท่าไรก็ไม่หมด
วิธีที่ดีที่สุดคือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์



The Just Culture : Accountability of Our Behavior



Types of Failure, Just Culture, & Serious Events



ความล้มเหลวที่ป้องกันได้ (Preventable Failure) = Mistakes	ความล้มเหลวที่ซับซ้อน (Complex Failure) = Accidents	ความล้มเหลวที่ชาญฉลาด (Intelligent Failure) = Discoveries
- การฝึกอบรม - การฝึกอบรมซ้ำ	- การวิเคราะห์ความล้มเหลวจากหลายมุมมอง	- การเลี้ยงฉลองความล้มเหลว - รางวัลสำหรับความล้มเหลว
- การปรับปรุงกระบวนการ - การออกแบบระบบใหม่	- การระบุปัจจัยเสี่ยงที่ต้องจัดการหรือเฝ้าระวัง	- การวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นในเชิงลึกเพื่อค้นหาัยที่มีต่อการทำงานในอนาคต
- การลงโทษหากทำซ้ำหรือเป็นการกระทำที่ควรประณาม	- การปรับปรุงระบบ	- ระดมสมองเพื่อหาสมมติฐานใหม่ - ออกแบบขั้นตอนต่อไป/ทดลองเพิ่มเติม

Cr: David Marx (just culture)

Cr: Amy Edmondson (types of failure)

Culture and Patient Safety

Healthy Culture

- Psychological safety
- Organizational fairness
- Transparency

Psychological safety

- Definition: people's perception of the consequences associated with taking personal risks

- Mutual respect is key
 - Professional tone of communication
 - Flattened hierarchy between disciplines
 - Management of disruptive behavior

Encourage staff to raise **concerns** and welcome it

Concern are acted on

Encourage **feedback** and treat with respect

Feedback are acted on

Cerebrate and praise **new ideas**

Psychological Safety

Psychological Safety

Psychological safety คือ “ความเชื่อว่าบริบทมีความปลอดภัยสำหรับ interpersonal risk-taking – การแสดงความคิด ตั้งคำถาม บอกข้อห่วงกังวล หรือรายงานความผิดพลาด จะเป็นที่ยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า”



A belief that the context is safe for **interpersonal risk taking** – that speaking up with ideas, questions, concerns, or mistakes will be welcomed and valued.

THINK OF IT AS PERMISSION FOR CANDOR

ได้รับอนุญาตให้พูดได้อย่างเปิดเผย

อาการขององค์กรที่มีปัญหา
วัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย

Mindset ที่เป็นอุปสรรคต่องานคุณภาพ

คุณภาพเป็นการเพิ่มภาระงาน

คุณภาพคืองานเอกสาร

คุณภาพทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

ทำคุณภาพแล้วไม่ได้อะไร

คุณภาพเป็นหน้าที่ของบางคน

อยากให้ทำอะไรก็บอกมา

อยู่อย่างเดิมก็ดีแล้ว

“Unpreventable death”

Signs of a Weak Culture of Quality

1



The CEO and other senior executives **rarely discuss quality**—let alone performance against quality objectives.

2



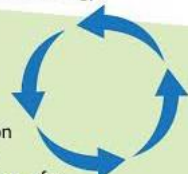
The company's **quality vision** is either **nonexistent** or has minimal linkage to business strategy.

3

Managers throughout the organization either **fail to consistently emphasize quality** or are resistant to quality initiatives.



4



The organization has **few** if any **feedback loops** for continuous improvement of processes.

5

The company **lacks formal mechanisms** for collecting and analyzing customer feedback.



6



Metrics used for performance evaluation feature **little to no mention** of quality goals.

7

Employees are **not familiar** with the company's **quality vision** and values—or perhaps worse, view them as mere slogans.

8

Training and development **do not emphasize quality**.



9

New hires are **not** formally **introduced** to the organization's **quality vision** and values.



10

The organization experiences **frequent**—though often minor—**setbacks** owing to inconsistent quality.

1. ผอ.และผู้บริหารระดับสูงไม่ค่อยได้พูดคุยเรื่องคุณภาพ ปลอมให้ผลการดำเนินการไปคนละทางกับวัตถุประสงค์คุณภาพ
2. วิสัยทัศน์คุณภาพขององค์กรไม่ปรากฏ หรือมีแต่ไม่เชื่อมโยงกับกลยุทธ์ทางธุรกิจ
3. ผู้บริหารทั้งองค์กรไม่เน้นเรื่องคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ หรือต่อต้านแผนงานริเริ่มด้านคุณภาพ
4. องค์กรมี feedback loops เพื่อการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องน้อยมาก
5. องค์กรขาดกลไกที่เป็นทางการสำหรับรวบรวมและวิเคราะห์เสียงสะท้อนจากลูกค้า
6. ตัววัดที่ใช้ประเมินผลการดำเนินการมีเป้าหมายคุณภาพน้อยมาก
7. บุคลากรไม่คุ้นเคยกับวิสัยทัศน์คุณภาพและค่านิยมขององค์กร หรือมองว่าเป็นเพียงสโลแกน
8. การฝึกอบรมและพัฒนาไม่เน้นเรื่องคุณภาพ
9. บุคลากรใหม่ไม่ได้รับการแนะนำให้รู้จักวิสัยทัศน์คุณภาพและค่านิยมขององค์กรอย่างเป็นทางการ
10. องค์กรประสบภาวะชะงักงันบ่อยครั้งเนื่องจากคุณภาพที่ไม่คงเส้นคงวา

Symptoms of Safety Culture Problems

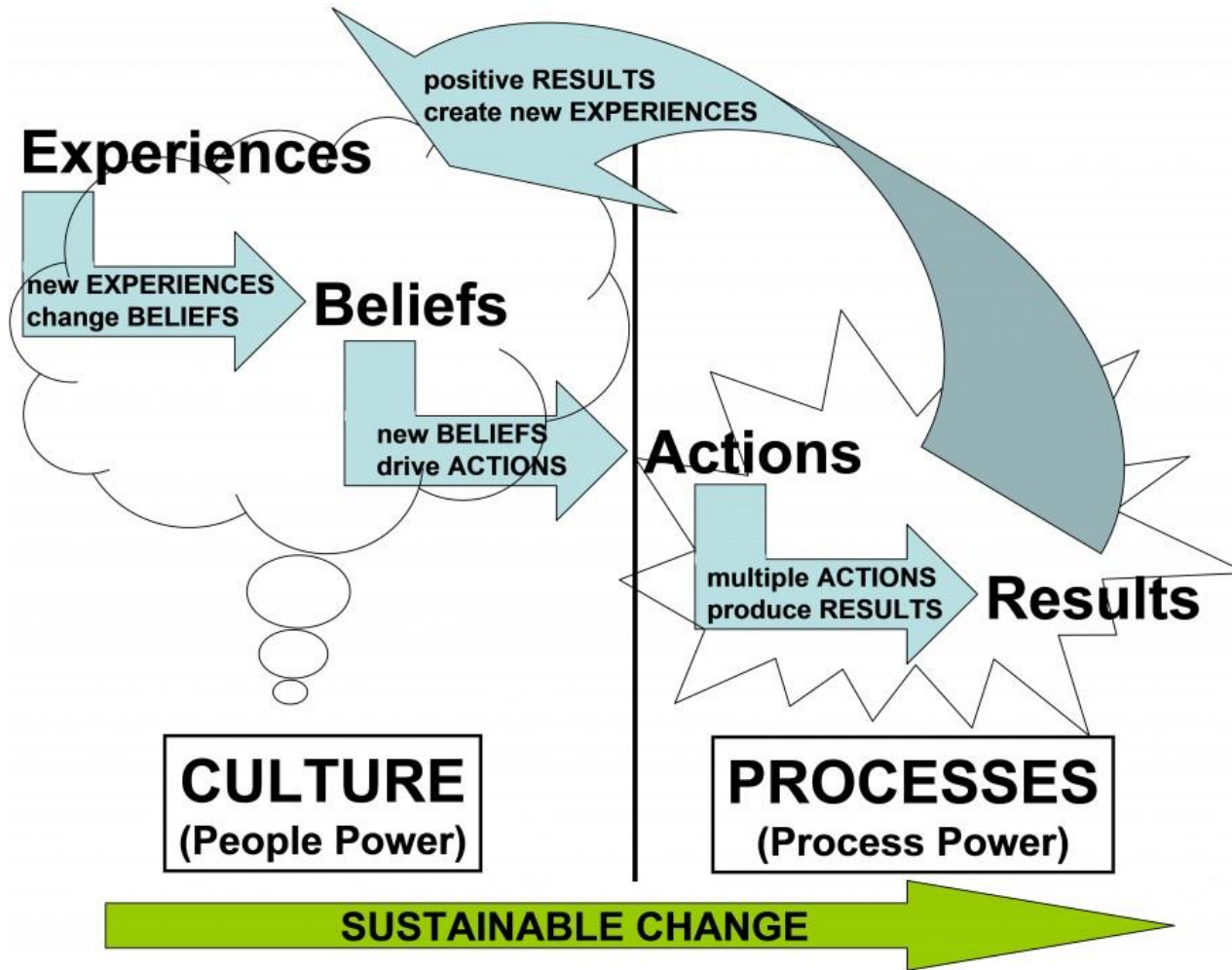
- **Relationship** มีความสัมพันธ์เชิงปฏิบัติกับผู้ร่วมงานภายในองค์กร
- **Blame** ผู้ปฏิบัติงานถูกตำหนิเมื่อเกิดปัญหา
- **Subculture** มีการเกิดวัฒนธรรมย่อยๆ ที่เด่นกว่าวัฒนธรรมหลัก
- **Failures** มีข้อบกพร่องในองค์ประกอบของการทำงานหรือการผลิต
- **Raise concern** ผู้ปฏิบัติงานเกรงกลัวที่จะหยิบยกประเด็นที่ห่วงกังวลเนื่องจากกลัวถูกลงโทษ
- **Report accident** ผู้ปฏิบัติงานเกรงกลัวที่จะรายงานอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ
- **Overtime** ต้องทำงานนอกเวลามาก
- **Injury** มีการบาดเจ็บของผู้ปฏิบัติงาน
- **Sick** มีวันลาป่วยมาก
- **Grievance** มีการร้องเรียนมาก
- **Deviation** มีการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากข้อกำหนดของระเบียบปฏิบัติหรือกฎหมาย
- **Turnover** มีการลาออกสูง
- **Process safety** ขาดความมุ่งมั่นต่อความปลอดภัยในกระบวนการทำงาน
- **Task** ขาดความคงเส้นคงวาในการปฏิบัติงาน
- **Attitude** ขาดความคงเส้นคงวาในเจตคติของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความสำคัญของประเด็นต่างๆ
- **Ownership** ไม่แสดงความเป็นเจ้าของต่อปัญหา

Symptoms of Safety Culture Problems

- **Preventive maintenance** ขาดการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
- **Teamwork** ขาดการทำงานเป็นทีม
- **Goals and objectives** ไม่รับรู้และใส่ใจกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
- **Morale** ขาดขวัญกำลังใจในหมู่ผู้ปฏิบัติงาน
- **Communications** มีการสื่อสารน้อยหรือไม่มีเลย
- **Forward-thinking** ไม่มีการคิดไปข้างหน้าในการทำงานประจำวัน
- **Maintenance** การบำรุงรักษามีงานคั่งค้างมากเกินไป
- **Management** ผู้บริหารซ่อนอยู่เบื้องหลังสายการบังคับบัญชา
- **Behavioral safety** เน้นความปลอดภัยเชิงพฤติกรรมมากเกินไป
- **Housekeeping** งานแคหะบริการคุณภาพไม่ดี
- **Procedures** ไม่มีการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่เขียนไว้
- **Promotion** ส่งเสริมผู้ที่ไม่ทำตัวเป็นตัวอย่าง
- **Priority** การบรรลุเป้าหมายการผลิตมีความสำคัญมากกว่าการจัดการความเสี่ยง
- **Recurring problems** มีปัญหาเดิมเกิดขึ้นซ้ำ
- **Top-management** ผู้บริหารระดับสูงไม่ตระหนักในสภาพที่แท้จริงขององค์กรและบุคลากร
- **Difficult problems** ไม่เต็มใจที่จะเผชิญหรือแก้ไขปัญหายากๆ
- **Openness** บุคลากรไม่รายงานหรือพูดถึงปัญหาที่ตนตระหนัก

Culture Development

ใช้ Results ขับเคลื่อน Culture



Nudge Theory (ทฤษฎีสะกิดพฤติกรรม)

Dual Process Theory (DPT): our brain works in two different ways, at the same time

- **automatic system:** fast, unconscious, parallel, associative, cheap energy consumption
- **reflective system:** slow, conscious, serial, analytic, consumes a lot of energy

Why we fail:

- The reflective system remains unaware of a problem
- The automatic processes provide us with the wrong answer
- The reflective system provide us with the wrong answer

Nudges (สะกิด)

- make our automatic system choose differently without us even knowing about it
- activate our reflective system at the right time, making sure that it creates a better response



A fly image at the bottom of a urinal 
has been proven to improve men's aim, leading to lowered cleaning costs.^[16]

Easy
Attractive
Social
Timely

Culture Hacking

Culture hacking คืออะไร

Culture hacking มาจากแนวคิดของ computer hacking

- Computer hacker มองหาจุดอ่อนของรหัสของระบบ แล้วใช้ประโยชน์จากจุดอ่อนนั้น เปลี่ยนแปลงรหัสอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้ทำงานแตกต่างออกไป
- Culture hacking มองหาจุดอ่อนของวัฒนธรรมองค์กร ใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อหา solution ที่ดีกว่า แล้วก็มองหาจุดอ่อนต่อไป สร้างการเปลี่ยนแปลงนับร้อยซึ่งมีผลต่อวัฒนธรรมองค์กร เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สร้างผลกระทบที่ยิ่งใหญ่ โดยใช้ทรัพยากรน้อยมาก

WHY Culture Hacking



ทำไมต้อง culture hacking

การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม

- เป็นเรื่องยาก
- ต้อง influence ความคิด ความเชื่อ ค่านิยมของทุกๆ คน
- ต้องขับเคลื่อนจิตใจและพฤติกรรมของผู้คน ทำอย่างคงเส้นคงวา ซึ่งต้องใช้เวลา
- มีข้อเสนอว่ามีเรื่องราวต้องทำมากมาย แล้วก็ทำไม่สำเร็จ
- ไม่ได้เริ่มต้นเพราะท้อมันด้วยภาระ

ข้อดีของ culture hacking

- เป็นวิธีการที่ได้ผลที่สุด คุ่มค่าที่สุด
- กระแทกความรู้สึก -> เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม -> เปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม
- ผู้นำไม่ต้องลงแรงมาก
- ไม่ค่อยมีค่าใช้จ่าย

Culture Hacking

Culture hacking เป็นการทำในสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถทำได้ทุกวันเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ซ้ำแล้วซ้ำอีก. อาจจะดูเหมือนการแก้ปัญหาแบบรีปัด่วน แต่ที่จริงมีผลมากกว่านั้น. เป็นเรื่องของการมุ่งเน้นในสิ่งเล็กๆ ทำให้บ่อยๆ มากกว่าที่จะไปจัดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องใหญ่ๆ. เป็นการทำความตั้งใจ ด้วยความเชื่อว่าวัฒนธรรมเป็นเรื่องของ living & breathing. จะได้ผลในองค์กรที่เชื่อใน co-creating culture ไม่ใช่การสั่งการจากผู้บริหาร. ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมทำให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน คิดเหมือนกัน ร่วมมือกันปฏิบัติ โดยมี constant feedback loop ที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและสร้างวัฒนธรรม.

ตัวอย่างการเริ่มต้น

- เปลี่ยนคำที่ใช้พูดถึงวัฒนธรรม แทนที่จะพูดว่า “สร้างวัฒนธรรม” ก็เปลี่ยนเป็น “**ร่วมสร้างวัฒนธรรม**”
- ใช้ **focused pulse survey** เพื่อรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรให้บ่อยขึ้น แทนที่จะเป็นปีละครั้ง
- **CEO Swap** จะช่วยเพิ่ม empathy และให้มุมมองใหม่ๆ
- **Nap time** จะมีผลดีต่อสุขภาพและผลผลิตของบุคลากร
- Friday 15 เวลาสั้นๆ กับความคิดสร้างสรรค์
- หมุนเวียนกันทำหน้าที่ multi-tasking เช่น front desk

Culture Hacking: for Innovators

เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมบ่อยๆ

- เช่น การเปลี่ยนการออกแบบภายในจะกระตุ้นความกระตือรือร้น ความอยากรู้อยากเห็น ความตื่นตัว

การยกย่องชมเชย

- เช่น Google มี Courageous Penguin Award สำหรับผู้ที่กล้าทำเรื่องใหม่ๆ โดยไม่รู้ว่าผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร เปรียบเหมือนนกเพนกวินตัวแรกที่จะกระโดดจากขอบภูเขาน้ำแข็ง โดยไม่รู้ว่าจะเจอน้ำหรือน้ำแข็งใต้น้ำ

ทำให้เป็นการยากที่จะตอบปฏิเสธสำหรับความคิดใหม่ๆ

- เช่น Amazon มีข้อกำหนดว่าหัวหน้าที่จะปฏิเสธความคิดของพนักงาน จะต้องเขียนรายงาน 2 หน้า ว่าเหตุใดจึงปฏิเสธความคิดนั้นและเผยแพร่บน intranet ทำให้หัวหน้าต้องพิจารณาข้อเสนอนั้นอย่างรอบคอบและทำให้พนักงานกล้าเสนอความคิดมากขึ้น

Reverse mentoring

- เช่น IBM Nordic Region ให้ผู้บริหารระดับสูงติดตาม (shadow) พนักงานเด็กๆ เป็นเวลาครึ่งหรือหนึ่งวัน เพื่อทำความเข้าใจพวกเขาได้ดีขึ้น

เปิดโอกาสให้ผู้คนออกแบบวัฒนธรรมที่ต้องการ

- เช่น ตั้ง culture club ให้พนักงานมาค้นหาว่าวัฒนธรรมประเภทไหนที่ต้องการ จะต่อเชื่อมกับค่านิยมองค์กรอย่างไร มีเวทีให้นำเสนอแนวคิดประกวดกัน



Examples of Culture Hacking

Employee Pulse Survey

WHAT

- Pulse survey เป็นการสำรวจที่เร็วและบ่อย (fast & frequent) เช่น ทุกเดือนหรือทุกไตรมาส
- ทำให้สามารถจับชีพจร (pulse) ขององค์กร และได้มุมมองที่เป็น snapshot ของบุคลากรในแต่ละประเด็นเฉพาะ

WHY

- Pulse survey ทำได้บ่อยและทำได้เรื่อยๆ (ขณะที่การทำ annual survey ด้วยข้อคำถามจำนวนมากทำให้เกิด survey fatigue)

HOW

- การสำรวจความเห็นของบุคลากรควรนำมาใช้ประโยชน์ได้ จึงต้องถามคำถามที่ใช่ (right question)
- คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามที่สั้น เฉพาะเจาะจง และ standalone (ไม่เชื่อมโยงกับข้ออื่น)
- ใช้ fixed measurement scale เช่น Likert scale
- ตัวอย่างคำถาม 10 ข้อซึ่งปรับมาจาก Gallup Q12

Employee Pulse Survey

ตัวอย่างคำถามที่ปรับให้ชัด

1. มีความสุขในการทำงานเพียงใด (1 ไม่มีความสุขมากที่สุด -> 5 มีความสุขมากที่สุด)
2. ฉันรู้ว่าอะไรทำให้ฉันมีผลงานที่ดีในบทบาทหน้าที่ของฉัน (มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ วิธีการวัดผลงานที่ชัดเจน)
3. ฉันเข้าถึงทุกสิ่งที่ต้องการเพื่อทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ (เช่น เครื่องมือและทรัพยากรที่จำเป็น ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค)
4. ฉันได้รับการยกย่องชมเชยที่มีความหมายเมื่อทำงานได้ดี (งานที่ทำมีคุณค่า ความสำเร็จเป็นที่รับรู้ชื่นชม)
5. ฉันรู้สึกสบายใจที่จะให้ความเห็นและ feedback แก่หัวหน้า (มีความสัมพันธ์ที่ดีหัวหน้า หัวหน้าเปิดรับฟัง)
6. คะแนนสมดุลงาน-ชีวิตเป็นเท่าไร ระหว่าง 1-10
7. ค่านิยมส่วนตัวของฉันสอดคล้องกับวิสัยทัศน์พันธกิจขององค์กร (รู้สึกเชื่อมต่อกับสิ่งที่องค์กรทำหรือเป้าหมายขององค์กร)
8. ท่านจะแนะนำผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์กรให้แก่เพื่อน (1 ไม่อย่างแน่นอน -> 10 แนะนำอย่างแน่นอน)
9. ฉันได้รับโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ (องค์กรและผู้บริหารมีจุดเน้นในการพัฒนาบุคลากร และฉันได้รับโอกาส)
10. ฉันเห็นความก้าวหน้าในหน้าที่การงานอย่างชัดเจน (เห็นโอกาส เห็นอนาคต หัวหน้าสนับสนุน)

CEO Swap

WHAT

- หัวหน้าขององค์กรหรือหน่วยงานสลับกันไปเป็นหัวหน้าของอีกองค์กรหรืออีกหน่วยงานหนึ่งเป็นเวลา 1 สัปดาห์

WHY

- เป็นการนำ super power ของคนหนึ่งไป duplicate ในกิจการของอีกคนหนึ่ง
- ทำให้งานที่อาจต้องใช้เวลานานเสร็จได้เร็วขึ้นหลายเท่า (เช่น จากระยะเวลาเดือน-ปี เหลือเป็น สัปดาห์)
- เกิดการเรียนรู้และเข้าใจวัฒนธรรมของผู้อื่น ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ในงานประจำได้
- ทำให้มองลูกค้าในมุมมองใหม่ และตอบสนองความต้องการของลูกค้าต่างไปจากเดิม

HOW

- กำหนดประเด็นที่ต้องการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด
- หาผู้ที่จะมา swap ซึ่งควรจะมีความสามารถที่ตรงข้ามกับ super power ที่แต่ละคนมีอยู่
- ให้สลับกันทำหน้าที่ หรือยกตำแหน่งให้ทำหน้าที่แทนเป็นเวลา 1 สัปดาห์เพื่อทำความเข้าใจและลงมือปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการพัฒนา
- ทีมของทั้งสององค์กร/หน่วยงาน มาร่วมสนับสนุนกันและกัน

Telephone Greeting

WHAT

- ร่วมกันคิดค้น script การรับโทรศัพท์ที่สะท้อนว่าเราเป็นใคร เช่น “[Good morning, welcome to Jetts – How can I move you?](#)”

WHY

- แต่ละวันมีโอกาสเป็นร้อยที่บุคลากรขององค์กรต้องรับโทรศัพท์ การใช้คำพูดบางอย่างที่แตกต่างจากที่คาดฝัน เป็นการ bright up people's day

HOW

- ค้นหาและเชิญชวน culture hackers มาร่วมกัน
- ระดมสมองว่าข้อความอะไรที่เราอยากจะให้อยู่ใน script การรับโทรศัพท์. คำพูดใดที่จะสะท้อนวัฒนธรรมของเรามากที่สุด? คำพูดนั้นสนุกและมีพลัง (fund & high energy) หรือแผ่วเบาและใส่ใจ (quiet & caring)?
- สร้าง script ขึ้นมาหลายๆ อัน และดูการตอบสนอง อาจจะเชิญชวนให้มีการประกวดแข่งขัน
- เมื่อสรุปได้แล้วก็สร้าง short VDO เปิดตัวเพื่อสื่อสารกับบุคลากร
- บางคนอาจจะปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้เร็ว บางคนช้า ต้องอดทนและคงเส้นคงวา
- ให้นำงานเป็นคณนำ และผู้นำทำเป็นตัวอย่าง
- ให้งานวัลกับผู้ที่ทำได้ถูกต้องและสอดคล้องกับวัฒนธรรมที่ต้องการให้เติบโต

Stars and Spoons

WHAT

- เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ทีมรับรู้ในความสำเร็จของกันและกัน และให้รางวัล/ยกย่องชมเชยต่อพฤติกรรมที่สนับสนุนวัฒนธรรมองค์กร/ความร่วมมือ
- Star คือการยกย่องชมเชย (+10 คะแนน)
- Spoon จะให้กับคนที่ทำผิดพลาด (-5 คะแนน)

WHY

- ทุกคนต่างต้องการการยกย่องชมเชย โดยเฉพาะเมื่อมาจากเพื่อนด้วยกันจะเป็นที่แปลกใจของผู้รับ และเป็นการแสดงวัฒนธรรมที่แข็งแกร่ง เปลี่ยนจากความอิจฉาและแข่งขันมาเป็นการแสดงมุทิตาจิต

HOW

- กำหนดรางวัลซึ่งไม่ยากที่จะให้ เช่น เช่น ที่จอดรถในตำแหน่งที่ดีที่สุดซึ่งเป็นของหายาก เป็นเวลา 1 เดือน
- อธิบายวิธีการให้ทีมฟังในบรรยากาศสนุกๆ ตามด้วย e-mail
- เริ่มต้นที่ด้วยการให้ Star เมื่อเห็นใครบางคนทำดี แม้แต่ท่าทางเล็กน้อยก็ได้ โดยผู้นำเป็นผู้เริ่มก่อน Star อาจจะมีจดหมายหรือบัตรขอบคุณร่วมด้วย
- การให้ Spoon แก่ผู้ที่ทำผิดพลาดจะทำในลักษณะตลกขบขัน ทุกคนร่วมสนุก
- มอบหมายให้มีผู้รวบรวมคะแนนของแต่ละคน
- เมื่อสิ้นเดือนจะมีการฉลองความสำเร็จร่วมกัน ด้วยการรวมคะแนนของทุกคนและให้รางวัลกับผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงสุด



Hi Team,

I have a huge STAR to give to Paul on behalf of Marketing & Ops – we had an urgent request today for some data we needed to provide a Business Owner ASAP and Paul dropped everything to deliver a same day turn around! THANK YOU PAUL!!! We always throw last minute requests your way and need your help to deliver on activities (eg. March Direct Mail out) and you are always able to give us a hand and get the job done which makes a big difference to the network!

Kind Regards,

Sophie Howlie

Marketing Coordinator



Pranking, Practical Jokes

WHAT

- เป็นการสร้างความตลกขบขันด้วยการกระทำ (มิใช่ด้วยวาจา)

WHY

- ทำให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายและครื้นเครงในที่ทำงาน เกิดความเป็นกันเอง

HOW

- ผู้นำเป็นผู้เริ่ม เช่น April Fools หรือยอมให้ทีมงานเล่นตลกกับตนเองได้
- ศึกษาตัวอย่างจาก <https://blog.hubspot.com/marketing/funny-office-pranks>



Caramel Onion



Foxhorn Entrance



Desk Trolls



Toilet Seat



Pant in the Stall

Meeting Hacks

WHAT

- การใช้วิธีการใหม่ๆ เพื่อสร้างวัฒนธรรมการประชุมที่มีประสิทธิภาพ ผลិតภาพ และน่าสนุก

WHY

- วัฒนธรรมการประชุมที่ไม่ดีทำให้พลังขององค์กรถูกดูด มีความสูญเปล่า ผู้คนรู้สึกไร้พลัง

HOW

- **The Magic Clock** ใช้นาฬิกาจับเวลาเพื่อบอกเวลาที่เหลือของการประชุม ให้ทุกคนในที่ประชุมเห็นได้ นาฬิกาที่เป็น physical จะดีกว่า App บน screen เพราะปรับและตั้งง่าย และไม่อาจ ignore ได้
- **Walk It Out** การนั่งประชุมใช้เวลามากกว่าการยืนประชุม 1 ใน 3 ขณะที่การยืนประชุมให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า มีความร่วมมือดีกว่า ย้ำคิदन้อยกว่า ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาดีกว่า
- **10-Minute Meeting** แบ่งการประชุมออกเป็นการประชุมเล็กๆ 5-10 นาที ระยะเวลารวมทั้งหมดไม่เกิน 20 นาที
- **Design an Effective Agenda**



Meeting Hacks

HOW

- **Design an Effective Agenda**

- ขอความเห็นของผู้เข้าประชุมเพื่อกำหนดวาระ ก่อนที่จะมีการประชุม เพื่อไม่ให้เรื่องที่โผล่ขึ้นมาโดยไม่คาดฝันมาเบียดเป้าหมายหลัก
- ระบุเป้าหมายของการประชุมให้ชัดเจน
- ระบุผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน พยายามจำกัดเท่าที่จำเป็น (Google จำกัดให้ไม่เกิน 10)
- เขียนวาระการประชุมในรูปแบบคำถาม เพื่อให้ผู้ร่วมประชุมมุ่งไปที่การตัดสินใจ
- ประเมินการเวลาที่จะใช้ในแต่ละวาระ (ที่ realistic)
- ถ้าต้องการมุ่งเน้น person-centered care ให้กำหนด patient experience เป็นวาระแรกของการประชุม

One on One Meeting

WHAT

- เป็นการพบปะระหว่างหัวหน้ากับผู้ปฏิบัติงานทีละราย

WHY

- เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ศักยภาพของตนได้เต็มที่ผ่านการโค้ชโดยหัวหน้า

HOW

- กำหนดเวลาพบกันอย่างสม่ำเสมอ อาจจะเป็นรายสัปดาห์ รายปักษ์ หรือรายเดือน ระยะเวลา 30-60 นาที
- กำหนดความคาดหวัง สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานเตรียมประเด็นที่จะมาพูดคุยและแจ้งให้หัวหน้าทราบล่วงหน้า
- ทบทวนตัววัดผลการปฏิบัติงานเพื่อดูว่าตรงไหนที่บรรลุเป้า ตรงไหนที่ยังไม่บรรลุเป้า
- เตรียมคำถามจากการทบทวนผลการปฏิบัติงาน
- การแบ่งเวลา
 - 5-10 นาที catch up ให้ผู้ปฏิบัติงานเล่าเกี่ยวกับสัปดาห์ที่ผ่านมา และฟังอย่างตั้งใจ
 - 30-40 นาที Discussion ทบทวนผลงาน ถามคำถาม รับฟัง insight/question/concern จากผู้ปฏิบัติงาน
 - 5-10 นาที Prepare for upcoming week ตั้งเป้าหมายและเขียนแผนปฏิบัติการร่วมกัน

Safety Brief

WHAT

- กิจกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ปัญหาและประเด็นที่ห่วงใยเกี่ยวกับความปลอดภัย

WHY

- เพื่อสร้าง safety awareness สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานที่หน้างาน

HOW

- องค์ประกอบที่สำคัญ: ข้อมูลไม่ถูกนำมาใช้ทำโทษ, จำกัดเวลาที่ 5 นาที, ทำรายการประเด็นความปลอดภัยที่อยู่ในข่ายที่จะนำมาพูดคุย, ทำได้ง่ายด้วยตนเองในทุกเวอร์
- Tips
 - กำหนดความถี่ให้เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน ไม่ให้ถูกมองว่าเป็นภาระมากเกินไป
 - เริ่มจากหนึ่งวิชาชีพแล้วขยายให้ครอบคลุมทีมดูแลผู้ป่วยทั้งหมด
 - ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อระบุโอกาสพัฒนา
 - ผู้บริหารสื่อสารให้เห็นว่ามีการติดตามประเด็นที่พูดคุยกัน

Friday 15

WHAT

- เป็นกิจกรรมกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ที่ใช้เวลาสั้นๆ 15 นาทีในทุกวันศุกร์

WHY

- เพื่อฝึกทักษะการออกแบบด้วยความคิดสร้างสรรค์
- สร้างความไว้วางใจ ความสัมพันธ์ และความร่วมมือในทีม

HOW

- ศึกษาตัวอย่างกิจกรรมจาก <https://zurb.com/friday15>
- ตัวอย่าง
 - (Un) Tying the Knot
 - Off the top of your head
 - What if?
 - Copy Cat
 - Flash News
 - Marching Ants
 - Zombie Virus
 - First Look

• ตัวอย่าง

- Childhood Memory
- Pleasing the Spirits
- Monuments
- Timetable
- Picture Blocks
- Magic Potions
- News Anchor
- Unlikely Heros
- (In)Animate Objects
- Fun in the Sun
- Once Upon a Story
- The Watchmaker
- Drop the Mic
- Back in the Day
- Wacky Chemistry
- Disco Fever
- What Dreams May Come
- Thinking Hat

Post-discharge Telephone Call

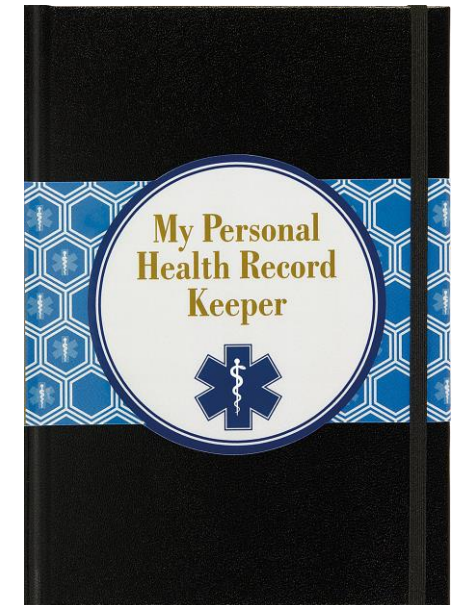
Table 1. Example of Script used for Follow-up Telephone Calls

1. How is the patient feeling since discharge? Any new or worsening symptoms?
2. What medications is the patient taking, and are there any questions about his/her medications?
3. Does the patient have an appointment set with his primary care physician?
4. If he/she has questions, does the patient know how to contact their primary care physician or the hospitalists who saw the patient while hospitalized to answer these questions?
5. Does this phone call increase the patient's satisfaction of care being provided?

Symptom Diaries / Personal Record / Health Passport

GENERAL SYMPTOM DIARY

Patient's name: _____ Date of birth: ____ / ____ / ____ Medical record #: _____

[illegible]

Ask Me 3 ขอรถาม 3 ข้อ ขอมใหอธิบาย 3 ประเด็น

Good Questions for Your Good Health

Ask Me3[®]

Every time you talk with
a health care provider

Ask these questions

1.

What is
my main
problem?

2.

What do I
need to do?

3.

Why is it
important
for me to
do this?

ปัญหาหลักของฉันทืออะไร

- ผู้ป่วยมักไม่สามารถเข้าใจและไม่สามารถประมวลผลหลายเรื่องราวในคราวเดียวได้
- การจัดลำดับความสำคัญ และจำกัดการมุ่งเน้นให้แคบลงไปที่ปัญหาเพียงเรื่องเดียว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่แพทย์ห้วงกังวลได้ดีขึ้น

ฉันต้องทำอะไรบ้าง

- นี่เป็นโอกาสที่จะขออนุญาตให้ข้อมูล / ความรู้ที่ได้ให้กับผู้ป่วยไปแล้ว และใช้คำอธิบายง่ายๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจได้

ทำไมสิ่งที่ต้องทำจึงสำคัญสำหรับฉัน

- แพทย์จะมีโอกาสตอกย้ำอีกครั้งว่าทำไมผู้ป่วยจึงต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตัวเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

Code H (Help)

Code Help: เมื่อไรก็ตามที่ผู้ป่วยหรือญาติ concern ให้ตาม code Help. ภายใน 15 นาที clinical resource nurse จะมาพบที่ข้างเตียงผู้ป่วย. ระบบนี้ช่วยเชื่อมต่อ silo ต่าง ๆ ที่อยู่ในระบบ โดยไม่ได้ใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น.

Code H is a **patient and family activated safety system** that allows patients and families on medical and surgical units at SPH to contact a clinical resource nurse (CRN) 24 hours-a-day, 7 days-a-week if they have questions or concerns about care.

- **Reach:** Code H phone, pager from staff
- **WHY** CRN as a safety net to hear concerns from patients and families and to help them navigate the system.
- **HOW:** CRN work with patients, families and their care team to help resolve issues, e.g. not knowing the plan of care, questions about discharge planning.



**CHERYL MCDONALD CLINICAL
RESOURCE NURSE
PROVIDENCE HEALTHCARE, BC.**

My Board

ขอให้เรียกฉันว่า “ ”

สิ่งที่สำคัญสำหรับฉัน

คำถามของฉันและครอบครัว

My Board		South West Hospital and Health Service Building better health in the bush
Day: 	Date: 	My care team members:
I like to be called: 		
What's important to me: 1. 2. 3. 		What's happening today:
My questions / My family's questions: 		My care instructions:

South West Hospital and Health Service
Our Values
Building better health in the bush

QUALITY COMPASSION ACCOUNTABILITY ENGAGEMENT HOSPITALITY

Government of Western Australia

keep clients updated and provides an avenue for clients and families to stay connected and ask questions

สมาชิกทีมที่ดูแลฉัน

สิ่งที่จะเกิดขึ้นในวันนี้

คำแนะนำในการดูแล

Daily Huddle

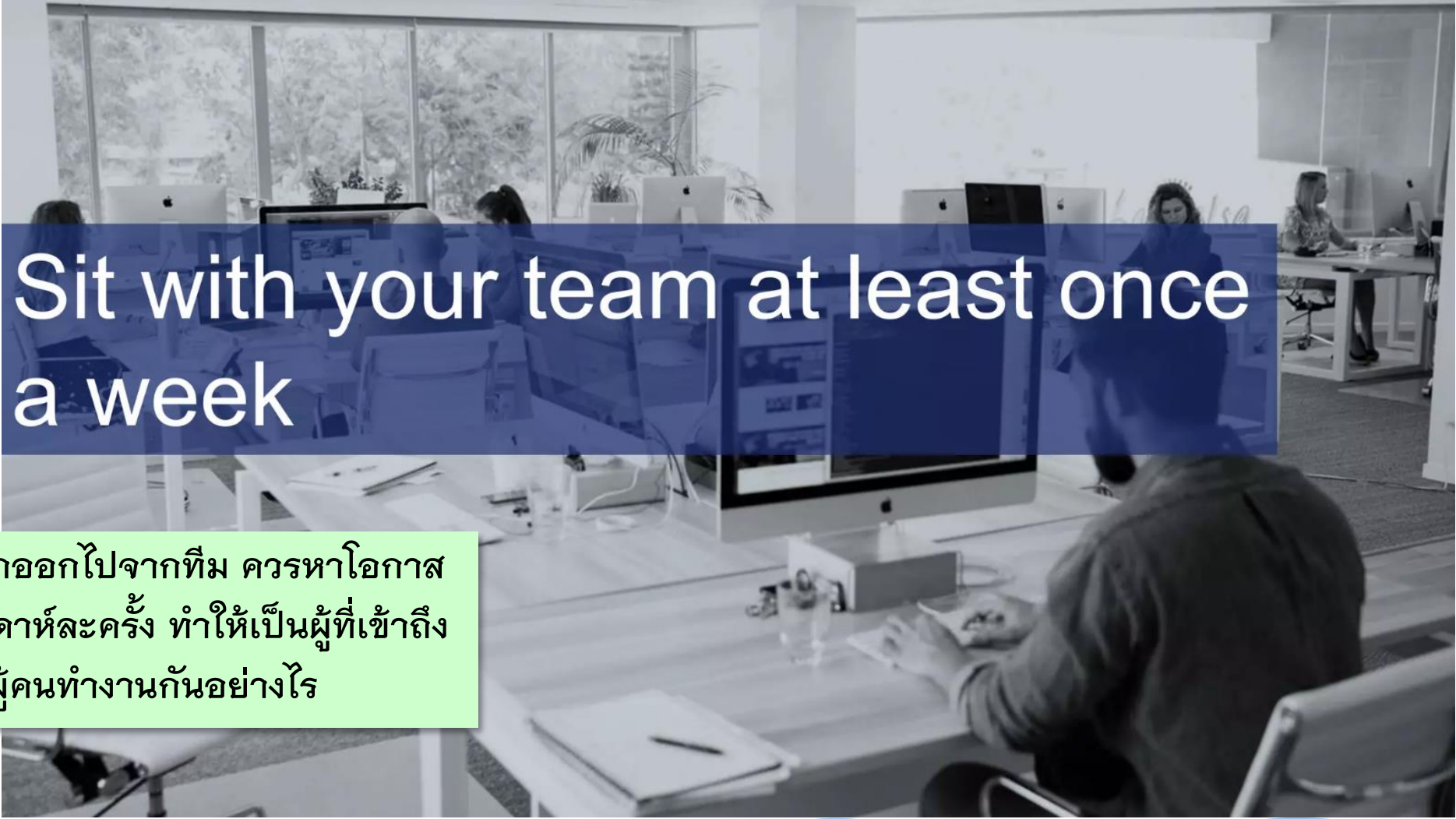


- Congratulatory shoutouts for yesterday's **notable achievement**
- Leaders discuss how achievement exemplify company **core values**
- Team members list **top priorities** of the day

- **Am I on track** with my commitments for the day?
- If not, what adjustments am I making? What help do I need?
- Where do I see **an opportunity to improve** how we are working together?

“Every morning ... each team of five to eight people would take a few minutes to jot **down three things that made them happy in the last 24 hours**. Two had to be work-related; the third had to be personal. Each person would then read them out loud.”

Sit with Your Team



Sit with your team at least once a week

ผู้บริหารที่มีห้องทำงานแยกออกไปจากทีม ควรหาโอกาสมานั่งทำงานร่วมกับทีมสัปดาห์ละครั้ง ทำให้เป็นผู้ที่เข้าถึงได้ง่าย และรับรู้ sense ว่าผู้คนที่ทำงานกันอย่างไร

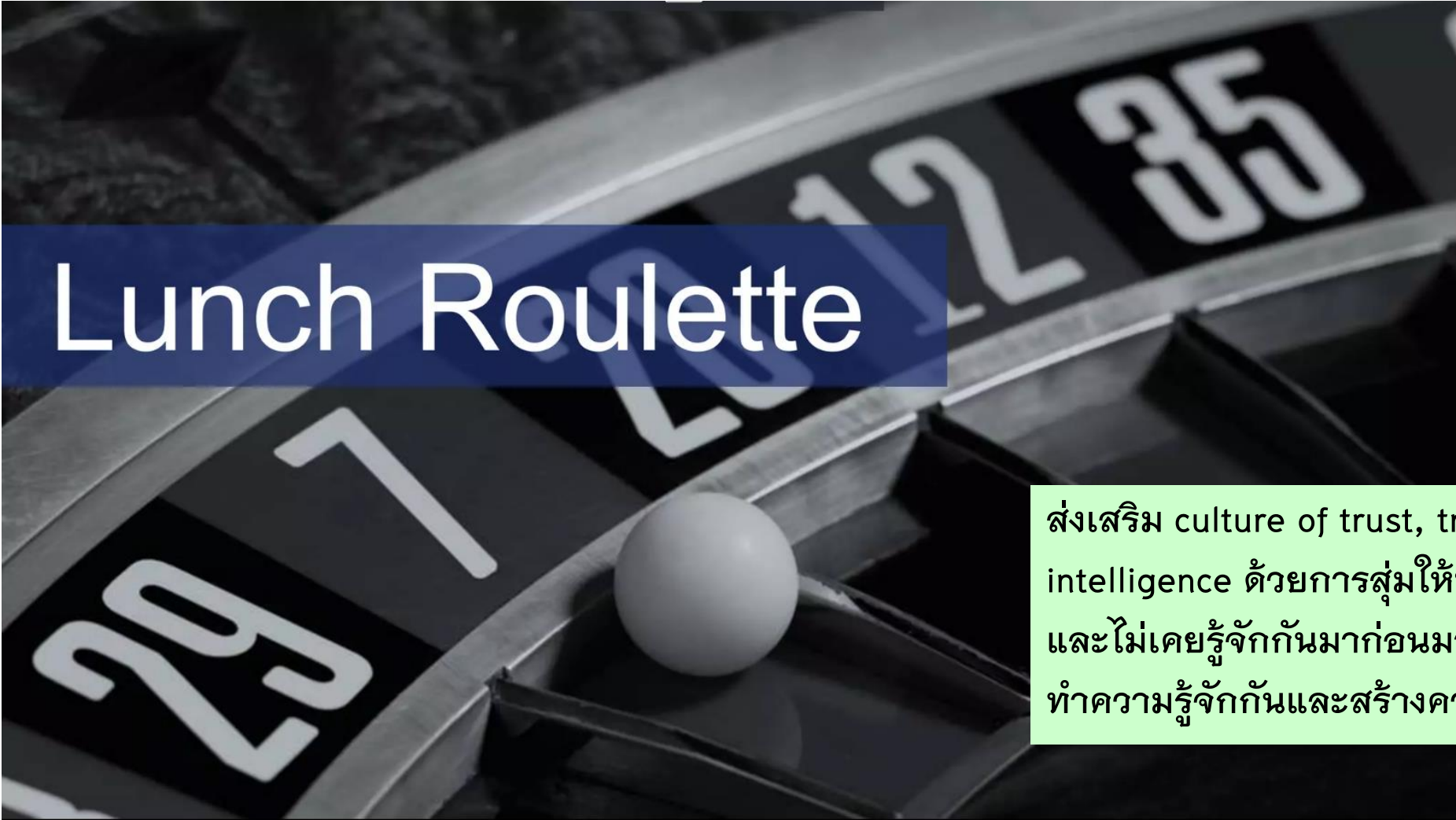
Book Allowance



Book allowance

ส่งเสริมให้ผู้คนมี life-long learning ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับอนาคต อาจจัดร่วมกับ book club initiative ให้มีผู้นำเนื้อหาในหนังสือที่น่าสนใจมานำเสนอ

Lunch Roulette



Lunch Roulette

ส่งเสริม culture of trust, transparency, collective intelligence ด้วยการสุ่มให้บุคลากรที่อยู่ต่างแผนก และไม่เคยรู้จักกันมาก่อนมากินอาหารกลางวันร่วมกัน ทำความรู้จักกันและสร้างความสัมพันธ์ใหม่ๆ

Actionable Culture hacks

Wall of fame (กำแพงแห่งเกียรติยศ): จัดฝาผนังด้านหนึ่งในสำนักงานเพื่อแสดงความสำเร็จอันยอดเยี่ยมของบุคลากร และสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้อื่น

Office pets (สัตว์เลี้ยงในสำนักงาน): อนุญาตให้มีสัตว์เลี้ยงนิสัยดีในที่ทำงาน เพื่อลดความเครียดและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรกับสัตว์เลี้ยง

Random acts of kindness (เอื้ออาทรไม่เลือกหน้า): ส่งเสริมการแสดงความเอื้ออาทรระหว่างบุคลากรอย่างเป็นธรรมชาติ หนุนเสริม culture of positivity

Themed brainstorming (ระดมสมองตามธีม): จัดให้มีการระดมสมองตามธีมที่กำหนดขึ้น เช่น "Sci-Fi Solutions" เพื่อจุดประกายความคิดสร้างสรรค์

Reverse mentoring (ให้คำปรึกษาย้อนกลับ): ให้บุคลากรที่อายุน้อยเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรอาวุโสเกี่ยวกับแนวโน้มเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ และนำเสนอ insight ที่สดใหม่

Comedy club (ชมรมแสดงตลก): จัดให้มีการแสดงตลกแบบมีอาชีพหรือโดยนักแสดงมืออาชีพที่สำนักงาน เพื่อสร้างค่าคืนที่เต็มไปด้วยเสียงหัวเราะ

Silent meetings (ประชุมเงียบ): ทดลองจัดประชุมที่ใช้การสื่อสารผ่านการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น กระตุ้นให้มีการตอบสนองอย่างใคร่ครวญ

Art wall (กำแพงศิลปะ): เปิดโอกาสให้บุคลากรนำเสนอผลงานศิลปะในที่ทำงาน เพื่อเพิ่มสัมผัสแห่งความคิดสร้างสรรค์ให้กับสิ่งแวดล้อม

Actionable Culture hacks

Outdoor meetings (ประชุมกลางแจ้ง): จัดประชุมในสวน เพื่อเพิ่มความสดชื่นให้กับที่ประชุม

Learning lunches (เรียนรู้คู่อาหารกลางวัน): แลกเปลี่ยนความรู้และทักษะระหว่างอาหารกลางวัน ส่งเสริมการเรียนรู้ต่อเนื่อง

Hobby clubs (ชมรม): สร้างชมรมตามความสนใจร่วมกัน ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร

Feedback Fridays (ศุกร์สะท้อน): กำหนดให้วันศุกร์เป็นวันสำหรับการให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างสร้างสรรค์ มีการพูดคุยอย่างเปิดเผย ส่งเสริมการปรับเปลี่ยน

Flexible seating (ที่นั่งยืดหยุ่น): อนุญาตให้บุคลากรเลือกพื้นที่ทำงานของตนเองได้ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นส่วนตัวและสะดวกสบาย

Job rotation (การหมุนเวียนงาน): เปิดโอกาสให้บุคลากรหมุนเวียนบทบาท เพิ่มพูนทักษะและความเข้าใจ

Innovation time (เวลาแห่งนวัตกรรม): จัดเวลาให้บุคลากรทำงานในโครงการสร้างสรรค์และนวัตกรรม

Gratitude journals (บันทึกคำขอบคุณ): ส่งเสริมให้บุคลากรจัดทำบันทึกประจำวันในสิ่งที่เขารู้สึกขอบคุณ.

Themed potlucks (ของว่างตามธีม): จัดกิจกรรมของว่างประจำเดือนตามธีม เพิ่มความหลากหลายให้กับอาหารของทีม

Praise postcards (การ์ดขอบคุณ): ส่งการ์ดขอบคุณให้กับเพื่อนร่วมงาน แสดงความขอบคุณในความพยายามของพวกเขา

Actionable Culture hacks

Mentorship program (โปรแกรมให้คำปรึกษา): เพื่อความก้าวหน้าและการพัฒนาทางวิชาชีพ

Escape room challenges: จัดให้มี team-building sessions in escape rooms (ร่วมกันทำงานแก้ปัญหาเพื่อหลบหนีออกจากห้องที่ถูกขัง) ที่ซึ่งบุคลากรทำงานร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาและสร้างมิตรภาพ (camaraderie)

Inspirational quotes (คำพูดที่สร้างแรงบันดาลใจ): แชร์ข้อความเหล่านี้ในพื้นที่ส่วนกลางเพื่อกระตุ้นทีม

Wellness challenges (ความท้าทายด้านสุขภาพ): ตั้งความท้าทายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

Dress-down days (วันแต่งกายลำลอง): จัดให้มีวันที่แต่งกายตามสบายในบางโอกาส เพื่อให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ผ่อนคลาย

Virtual team-building (การสร้างทีมเสมือนจริง): ใช้กิจกรรมสร้างทีมเสมือนจริงสำหรับทีมที่อยู่ห่างไกลหรือกระจายตัวกัน ทำให้เกิดความรู้สึก connection and collaboration

Cross-functional lunches (อาหารกลางวันข้ามสายงาน): จัดให้มีการรับประทานอาหารกลางวันร่วมกันระหว่างบุคลากรจากต่างแผนก ให้มีปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนมุมมองกัน.

Internal skill showcases (การแสดงผลทักษะภายใน): จัดกิจกรรมที่บุคลากรสามารถแสดงทักษะหรือความสามารถเฉพาะตัว เป็นเวทีสำหรับการรับรู้และชื่นชมภายในองค์กร

Actionable Culture hacks

Recognition badges (ป้ายยกย่อง): ใช้ระบบป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ปรับเปลี่ยนได้เพื่อยกย่องและให้รางวัลบุคลากรสำหรับความสำเร็จหรือการอุทิศตน

Book club (ชมรมหนังสือ): เริ่มชมรมหนังสือในที่ทำงานเพื่อส่งเสริมการอ่านและการอภิปราย ส่งเสริมมิตรภาพและ intellectual engagement

Personal development stipends (ค่าใช้จ่ายสำหรับการพัฒนาตนเอง): มอบให้บุคลากรเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมอบรมหรือกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะ.

Flexibility hours (ชั่วโมงทำงานยืดหยุ่น): เพื่อรองรับ lifestyles ที่แตกต่างกัน ทำให้มีสมดุลระหว่างชีวิตและงาน

Passion projects (โครงการในฝัน): ส่งเสริมให้บุคลากรได้ทำงานกับโครงการที่ตนใฝ่ฝันภายในองค์กร ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และความรู้สึก fulfillment

Team-building retreats (กิจกรรมสร้างทีม): จัดกิจกรรมสร้างทีมนอกสถานที่ เปิดโอกาสให้สร้าง bonding และความร่วมมือในสิ่งแวดล้อมที่ต่างไปจากในที่ทำงาน

Charity initiatives (กิจกรรมการกุศล): ให้ทีมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการกุศล ส่งเสริม a sense of purpose and social responsibility ในกลุ่มบุคลากร

Develop a Culture of Safety

IHI 2004

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

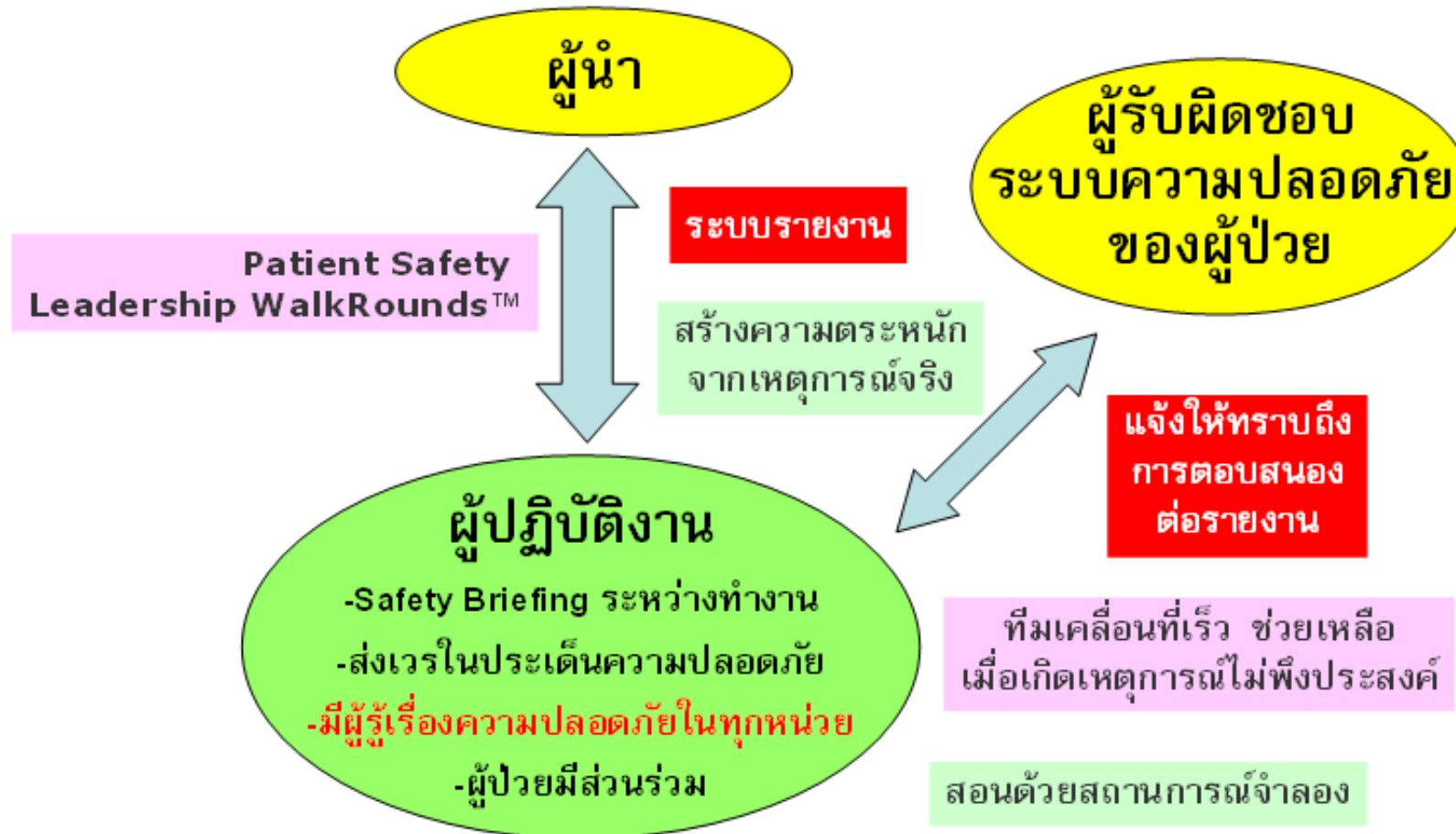
เรียบเรียงจาก IHI (2004): Develop a Culture of Safety

24 พฤศจิกายน 2549

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

- วัฒนธรรมความปลอดภัยคือสถานะที่ทุกคนลงมือทำในสิ่งที่จำเป็น
- ใครไม่ทำจะถูกตำหนิ มีแรงกดดันมาจากทุกทิศทาง
- ไม่มีช่องให้ใครบอกว่าความปลอดภัยไม่ใช่หน้าที่ของฉัน
- ผู้นำต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่แชร์ข้อมูลเรื่องความปลอดภัย สนับสนุนทรัพยากร
- การประเมินบรรยากาศของความปลอดภัยเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย



คุยกันวันละนิด จิตเต็มตัว

ผู้ปฏิบัติงานนำประเด็นความเสี่ยงมาคุยกัน
ในทีมเป็นประจำในทุกเวอร์โดยใช้เวลานสั้นๆ

**สรุปย่อ ข้อปลอดภัย
(Safety Brief)**

ตรวจสอบปัญหาที่อาจจะถูกละเลย
ไประหว่างการดูแลผู้ป่วยตามปกติ

ทบทวนข้างเตียง

ส่งต่อประเด็นความเสี่ยงและข้อ
พึงระวังที่คุยกันภายในแต่ละเวอร์

ส่งต่อระหว่างเวอร์

ผู้ป่วยที่รับใหม่และปัญหาการดูแลผู้ป่วย
ที่เกิดขึ้นในช่วงเวรป่วยและเวรตึก

**คุยกันยามเช้า
(Morning Brief)**



**ผู้นำออกหน้ารับรู้
(PS Leadership Walkround)**

ตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ อย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์
เพื่อรับรู้ปัญหาและอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น
ให้ความมั่นใจว่าจะมุ่งเน้นการแก้ไขปรับปรุงระบบ
และดำเนินการแก้ไขโดยทันที

1. มอบหมายผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย

Designate a Patient Safety Officer

ผู้จัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทำหน้าที่

- สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ
- จัดการฝึกอบรม
- แนะนำวิธีการต่าง ๆ ที่ได้ผลมาสู่การปฏิบัติ

แนวทาง

- ขึ้นตรงกับผู้อำนวยการ มีอำนาจดำเนินการ จัดอุปสรรคต่าง ๆ
- ควรเป็นงานหลัก ไม่ใช่งานฝาก
- มีหน้าที่รายงานผลแก่ผู้บริหารสม่ำเสมอ
- เป็นวิชาชีพใดก็ได้ แต่ควรเป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับ

2. มีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วย Appoint a Safety Champion for Every Unit

ค้นหาสมาชิกในหน่วยงานมาเป็น Safety Champion

- ทำหน้าที่ช่วยหัวหน้าหน่วยงานในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย

แนวทาง

- ค้นหาอาสาสมัครที่เต็มใจทำหน้าที่นี้
- ให้การฝึกอบรมความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ให้ทรัพยากรและอำนาจอย่างเพียงพอ
- ให้ Safety Champion ของแต่ละหน่วยงานมาพบปะกันสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน
- ประเมินผลการทำหน้าที่จากความเห็นของสมาชิกในหน่วยงาน

3. การตรวจเยี่ยมหน่วยงานโดยผู้นำระดับสูง Conduct Patient Safety Leadership WalkRounds™

เพื่อแสดงความมุ่งมั่นของผู้บริหารในเรื่องความปลอดภัย และเรียนรู้ปัญหา
ด้านความปลอดภัยในองค์กร

แนวทาง

- เยี่ยมหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมงโดยไม่มียกเว้น
- พูดคุยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยเท่านั้น
- ผู้นำทุกระดับเข้ามาร่วม
- อธิบายเหตุผลที่มาเยี่ยม
- มีให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับเสมอ
- บันทึกเหตุการณ์และภาพไว้เพื่อนำเสนอในเวทีคุณภาพ

3. การตรวจเยี่ยมหน่วยงานโดยผู้นำระดับสูง

Conduct Patient Safety Leadership WalkRounds™

คำถามนำ

- ในสัปดาห์ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่
- การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติ ช่วยส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่
- ในการดูแลผู้ป่วย เราได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมดีเพียงใด
- มีเหตุการณ์ near miss หรือ AE เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์หรือไม่ จะหาทางป้องกันอย่างไร
- มีการรายงานทุกครั้งที่เกิดความคลาดเคลื่อน / เหตุการณ์หรือไม่
- ผู้รายงานรู้สึกอย่างไรกับการรายงาน ทราบหรือไม่ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง
- จากรายงานเหล่านั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนการทำงานเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนเกิดซ้ำอย่างไร
- ได้พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเรื่องความปลอดภัยในการดูแลรักษาหรือไม่
- ผู้ป่วย / ครอบครัวให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยอย่างไรบ้าง
- ต้องการให้ผู้บริหารช่วยเหลืออะไรบ้างในการสร้างความปลอดภัย
- ควรปรับปรุง safety walk round อย่างไรบ้างให้ดียิ่งขึ้น

4. สร้างทีมเคลื่อนที่เร็ว ช่วยเหลือเมื่อเกิด AE Create an Adverse Event Response Team

เพื่อให้มีทีมตอบสนองต่อ AE อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสงบ ลด และป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย ป้องกันการดาวน์ลงโทษ โดยการทบทวนเหตุการณ์ และให้กำลังใจทุกฝ่าย

แนวทาง

- จัดอบรมและฝึกทักษะการตอบสนองเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- จัดจำนวนเจ้าหน้าที่ให้มากพอจะมีทีมทำงานได้ตลอดเวลา
- มีทีมสำรองหากทีมหลักเป็นผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์
- ประชุมทบทวนเพื่อปรับปรุงวิธีการตอบสนองเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอ
- เชิญเจ้าหน้าที่ part time ให้มีส่วนร่วมในทีม

5. สร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง Reenact Real AEs from Your Hospital

เพื่อจำลองเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจริงมาแสดงให้เห็นเพื่อน
พนักงานทราบ เป็นการสร้างความตระหนักและเป็นบทเรียนให้ทั้งผู้
ปฏิบัติและผู้บริหาร

แนวทาง

- พยายามให้ทุกวิชาชีพที่อยู่ในเหตุการณ์จริงมาร่วมเล่าเหตุการณ์
- ถ้าไม่สบายใจก็ไม่ต้องฝืน
- ถ้าได้ผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมด้วยยิ่งดี
- นำหลายเหตุการณ์มาแสดงร่วมกันเป็นเหตุการณ์ใหม่
- ใช้อาสาสมัครเป็นนักแสดง

6. สอนด้วยสถานการณ์จำลอง Simulate Possible Adverse Events

สมมติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความเป็นไปได้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายได้เตรียมตัวรับเหตุการณ์ดังกล่าวได้ มีประโยชน์สำหรับเตรียมรับเหตุการณ์ที่เสี่ยงสูง หรือผิดพลาดได้ง่าย

แนวทาง

- ทดลองตั้งคำถามทุกคนที่เกี่ยวข้องหลังการแสดง
- ใช้ห้องผู้ป่วยที่ว่างเพื่อแสดงให้เห็นเหมือนจริง

7. คุยกันเป็นนิจ จิตตื่นตัว Conduct Safety Briefing

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความตระหนักในด้านความปลอดภัยตลอดเวลา
ปฏิบัติเป็นประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องมีหัวหน้าหน่วยอยู่ด้วย

แนวทาง

- ไม่กล่าวโทษกัน
- ใช้เวลาสั้น ๆ ไม่ควรเกิน 5 นาทีต่อครั้ง เวิร์ด 2 ครั้ง
- จัดทำให้ง่ายเข้าใจ
- นำไปใช้ได้กับทุกประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย
- เก็บรวบรวมประเด็นที่ผู้ปฏิบัติเสนอแนะในแต่ละครั้ง นำไปพูดคุยอย่างละเอียดสัปดาห์ละครั้ง

8. ส่งเวรในประเด็นเรื่องความปลอดภัย Relay Safety Reports at Shift Changes

เพื่อระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด AE ในขณะรับส่งเวร
เพื่อให้ผู้รับเวรระมัดระวังเป็นการลดโอกาสเกิด error/AE

แนวทาง

- กำหนดให้มีผู้ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลในแต่ละเวร
- กระจายข้อมูลให้วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทราบความเสี่ยงด้วย
- ติดตามเฝ้าระวังประเด็นที่พบบ่อยร่วมกันหลายหน่วยงาน เพื่อแจ้งให้ทราบทั่วกันได้ทันที

9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม Involve Patients in Safety Initiatives

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการป้องกัน AE ไม่เพียงผู้ป่วยจะรู้สึกมีคุณค่า แต่คำถามและข้อเสนอยังบ่งชี้ error ที่เป็นไปได้

แนวทาง

- เชิญผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตรวจเยี่ยมสหสาขาและขอความเห็น
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย (เช่น การบ่งชี้ผู้ป่วยก่อนการบริหารยา)
- สร้างมาตรฐานการปฏิบัติในการหยุดและตรวจสอบสิ่งที่จะทำกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยหรือญาติตั้งคำถามว่าถูกต้องหรือไม่
- เชิญผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสมาชิกกรรมการความปลอดภัยของผู้ป่วย

10. สร้างระบบรายงาน Create a Reporting System

เพื่อจัดระบบการรายงานที่ผู้ปฏิบัติจะเกิดความตระหนักและรายงานเหตุการณ์ได้อย่างอิสระ ยึดหลักไม่ลงโทษแต่จะให้รางวัลกับการรายงานความเสี่ยง
แนวทาง

- นำเรื่องที่รายงานมาพูดในการทำ **Patient Safety Leadership Walkround**
- ให้ผู้ปฏิบัติในเหตุการณ์เล่าถึงความช่วยเหลือและสนับสนุนของผู้บริหาร
- ฝึกให้หัวหน้าหน่วยวิเคราะห์เหตุการณ์ที่รายงานในเชิงระบบ
- ให้ผู้รายงานทราบว่ารายงานทุกฉบับจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงระบบอย่างไร

11. แจ้งให้ทราบถึงการตอบสนองต่อรายงาน Provide Feedback to Front-Line Staff

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าผู้นำตอบสนองต่อข้อเสนอแนะ/รายงาน
อุบัติการณ์ต่าง ๆ อย่างไรบ้าง เป็นหลักประกันว่าทุกข้อเสนอแนะมี
ความสำคัญและจะไม่ถูกละเลย

แนวทาง

- ใช้ในโอกาสเมื่อทำ Patient Safety Leadership Walkround
- สื่อให้ถึงพนักงานทุกคนผ่านสื่อ เช่น จดหมายข่าว
- แสดงความขอบคุณพนักงานที่ให้ข้อเสนอแนะ/รายงานอุบัติการณ์
- ตอบทุกข้อเสนอแนะกับผู้เสนอแม้จะปฏิบัติไม่ได้ก็ต้องบอกเหตุผล
- ตอบสนองให้ทันต่อเหตุการณ์ ช้าเกินไปก็เหมือนลະเลย

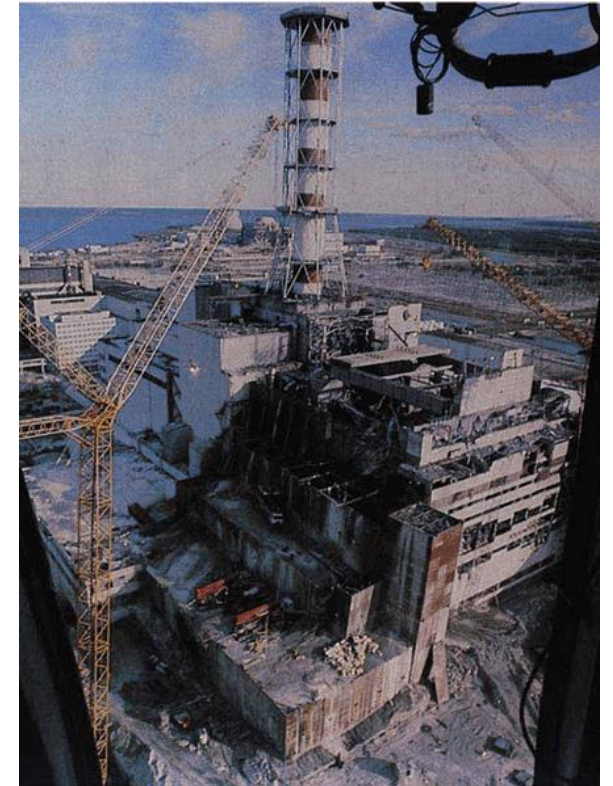
Culture & High Reliability Organization

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

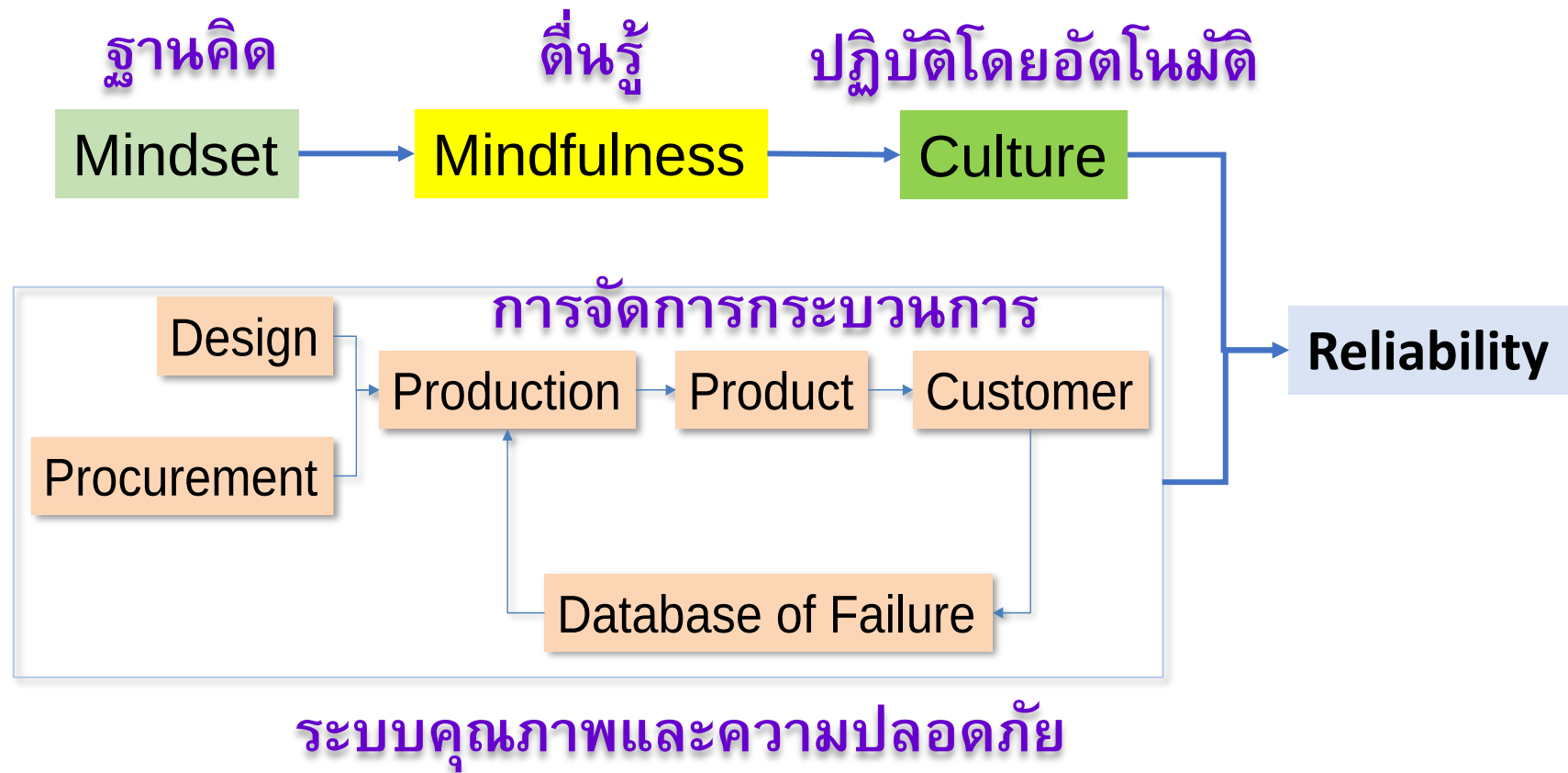
After Chernobyl Disaster

วัฒนธรรมความปลอดภัยคือ “คุณลักษณะและเจตคติโดยรวม (that assembly of characteristics and attitudes) ในองค์กรและบุคคล ซึ่งถือว่า “ประเด็นความปลอดภัย (safety issues) ของโรงไฟฟ้าปรมาณูเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเหนือกว่าสิ่งอื่นใด (overriding priority) ที่จะต้องได้รับความใส่ใจตามความสำคัญนั้น (receive the attention warranted by their significance)”

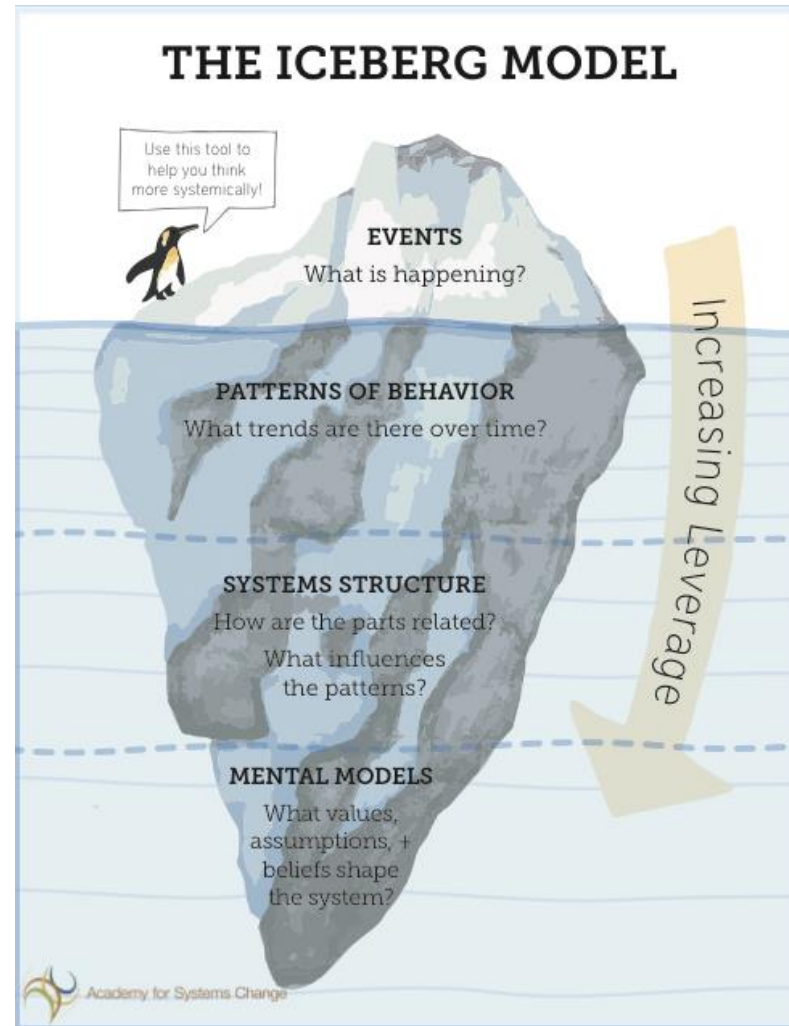


องค์กรที่น่าเชื่อถือไว้วางใจ (High Reliability Organization-HRO)

ผสมผสาน mindset & culture กับการพัฒนาระบบงาน



Mental Model หรือ Mindset อยู่ลึกที่สุด และมีพลังที่สุด



Culture

Mindfulness

Mindset

Safety Mindset

ใคร่ครวญ (ตื่นรู้ทางความคิด พินิจความลัมพันธ์ของสรรพสิ่ง)

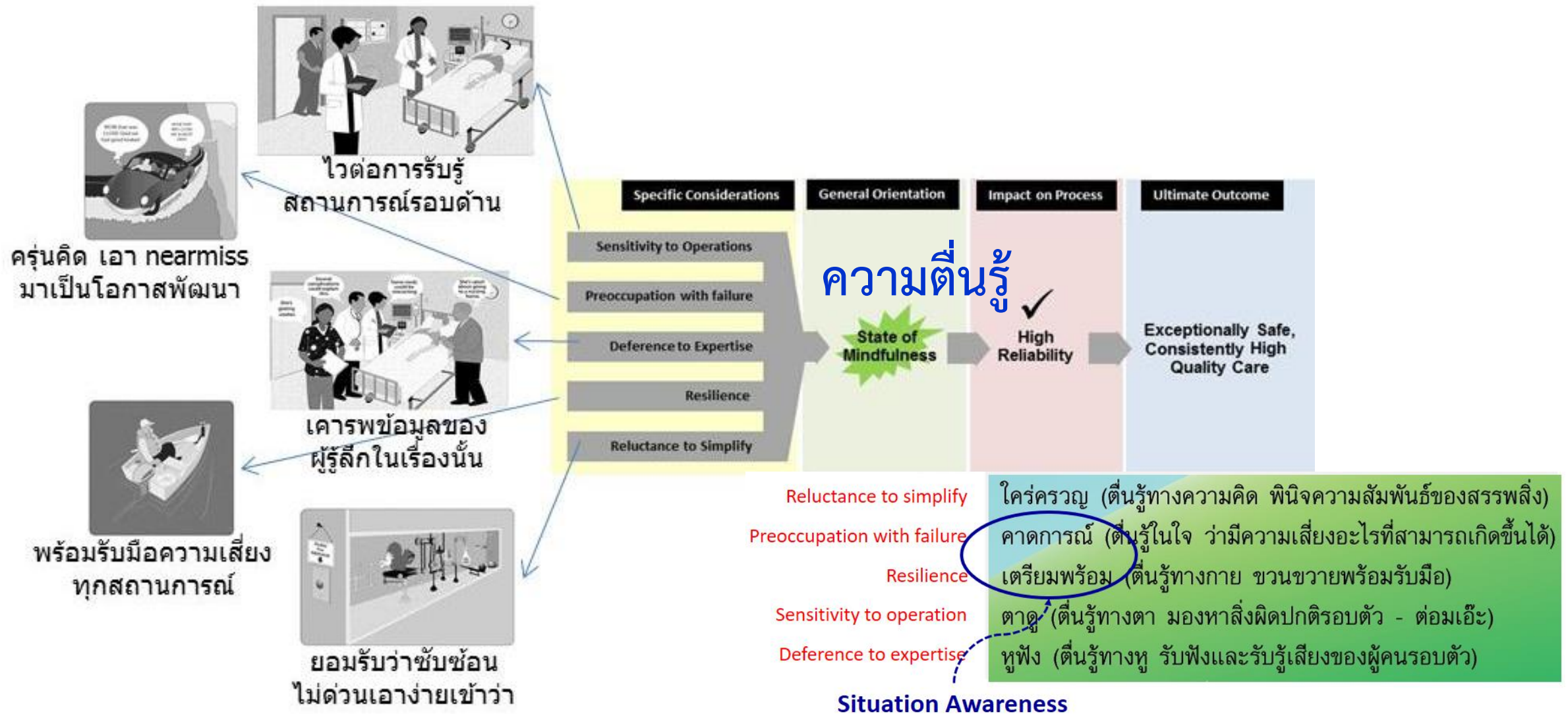
คาดการณ์ (ตื่นรู้ในใจ ว่ามีความเสี่ยงอะไรที่สามารถเกิดขึ้นได้)

เตรียมพร้อม (ตื่นรู้ทางกาย ขวนขวายพร้อมรับมือ)

ตาดู (ตื่นรู้ทางตา มองหาสิ่งผิดปกติรอบตัว - ต่อมเอ๊ะ)

หูฟัง (ตื่นรู้ทางหู รับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว)

High Reliability Organization: Trust for the Public



ใคร่ครวญ (Reluctance to Simplify)

❑ องค์กร resist simplification หรือไม่ ทำทาสีที่ทำอยู่เดิม ๆ หรือไม่ ส่งเสริมให้ผู้คนวิเคราะห์ลงไปใต้ผิวของปัญหาเพียงใด มีความไว้วางใจและยอมรับกันเพียงใด

❑ การให้คุณค่า

- ส่งเสริมความหลากหลายในประสบการณ์ มุมมอง และความเห็น
- ไม่ปล่อยผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ไปง่าย ๆ ความสงสัยเป็นสิ่งที่ได้รับคุณค่าสูง
- พยายามท้าทายวิธีการทำงานเดิม ๆ (status quo)
- ส่งเสริมการตั้งคำถาม ผู้คนมีอิสระที่จะหยิบยกปัญหาและประเด็นยาก ๆ มาพูดคุยกัน

❑ การรับฟังและวิเคราะห์

- ผู้คนได้รับการส่งเสริมให้แสดงมุมมองที่แตกต่างกัน
- ผู้คนรับฟังอย่างระมัดระวัง ไม่ละเลยมุมมองของสมาชิก
- ผู้คนจะไม่ถูกโจมตีเมื่อเขารายงานข้อมูลที่อาจทำให้การทำงานต้องหยุดชะงัก
- ผู้คนจะวิเคราะห์ลึกเพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของปัญหาที่เกิดขึ้น
- เมื่อมีสิ่งที่ไม่คาดฝันเกิดขึ้น ผู้คนจะใช้เวลาเพื่อการวิเคราะห์มากกว่ายืนยันความเห็นของตัวเอง

❑ การปฏิบัติต่อกัน

- ผู้คนไว้วางใจกันและกัน
- ผู้คนแสดงการยอมรับกันและกัน

คาดการณ์ (Preoccupation with Failure)

❖ แนวทางการคาดการณ์

- ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้
- สิ่งที่แตกต่างกันออกไป (ผู้ป่วย หัตถการ ทีม เครื่องมือ ช่วงเวลา)
- ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ออกแบบ (WAI) กับสิ่งที่ทำจริง (WAD)

❖ มองหาใน

- **Most critical area**
- **Most frequently completed task**
- **Places where human choices most affect the system**

❖ สิ่งที่ไม่ควรมองข้าม

- ถือว่า **small failure / near misses** เป็นสัญญาณของ **failure** ในระบบ
- **FMEA** ในสิ่งที่ไม่เคยทำหรือเพิ่งเริ่มทำ
- **Feeling of doubt**

- ☐ ตรงไหนที่เราจะต้องมี **mindful** มากที่สุด
ต้องการการประสานงาน
และความร่วมมือ ต้องการ
feedback
- ☐ องค์กรพยายามมองหา **potential failure** เพียงใด
มีการเรียนรู้จากสิ่งที่
เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน
เพียงใด ผู้คนเปิดใจพูด
เกี่ยวกับเรื่อง **failure**
เพียงใด

เตรียมพร้อม (Commitment to Resilience)

- ☐ องค์กรมุ่งเน้นที่ resilient operation หรือไม่ มีการ monitor สิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดเดาหรือไม่
- ☐ องค์กรมุ่งมั่นที่จะ resilient มากขึ้นหรือไม่ พัฒนาศักยภาพของคนและส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายที่สูงขึ้นหรือไม่

❖ รับมือกับแรงกดดันที่เพิ่มขึ้นได้ (Elasticity - absorb strain and keep working)

- Keep error small ลดความแตกต่างระหว่าง Work-As-Imagine กับ Work-As-Done
- ตรวจสอบโดยไม่บอกกล่าวเพื่อให้ระบบทำการได้ปกติตลอดเวลา
- ใส่แรงกดดันและสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน (incredible stress & unforeseen circumstances) เข้าในระบบอย่างสม่ำเสมอ

❖ เตรียมพร้อมในงานประจำ

- นำความเป็นไปได้ต่าง ๆ มาพิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร ถ้าเกิดขึ้นจะบรรเทาความเสียหายอย่างไร
- มีความยืดหยุ่นในการทำให้ทรัพยากรพร้อมใช้ได้ทันที
- ทำงานเป็นทีม ขจัดอุปสรรคต่อความร่วมมือ

❖ พร้อมรับมือกับสิ่งที่ไม่คาดฝัน

- ได้รับการฝึกให้พร้อมรับมือกับเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการสื่อสารและการควบคุม

❖ ฟื้นกลับจากภาวะวิกฤติได้ (Recovery- bounce back from crisis)

ตาตู (Sensitivity to Operation)

❖ คนทำงาน

- ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นตรงหน้า (Focus on what's actually happening)
- ให้น้ำหนักกับความรู้เชิงประสบการณ์/คุณภาพ (qualitative and experiential knowledge) ไม่น้อยกว่าความรู้เชิงปริมาณ (quantitative knowledge)
- ผู้คนคุ้นเคยกับการทำงานเกินกว่าขอบเขตงานของตนเอง

❖ เรียนรู้จากเหตุเกือบพลาด

- แสดงว่ายังมีปัญหาบางอย่างในระบบอยู่

❖ ผู้บริหาร

- ติดตามภาระงานอยู่ตลอดเวลาและสามารถเพิ่มทรัพยากรเข้ามาเมื่อภาระงานเริ่มมากเกินกว่ากำลังคนที่มี
- ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้น คนหน้างานจะเข้าถึงผู้มีอำนาจที่จะจัดการได้

- ❑ องค์กร mindful มากเพียงใด ใส่ใจกับโอกาสเกิดปัญหา เพียงใด เห็นพ้องกันใน โอกาสที่จะผิดพลาดมากที่สุดหรือไม่
- ❑ องค์กร mindless เพียงใด กดดันให้ผู้คนทำงานด้วยวิธี เดิม ๆ หรือทำงานโดยไม่มี ข้อมูล/การฝึกอบรม ทำงาน โดยไม่มีอิสระในการ ตัดสินใจจนนำไปสู่ mindlessness เพียงใด

หุฟัง/รับฟังผู้เชี่ยวชาญ (Deference to Expertise)

❖ Expertise (ความเชี่ยวชาญ)

❑ สมาชิกในองค์กรยอมรับกันและกัน รับฟังผู้ที่รู้เรื่องนั้นดีที่สุดเพียงใด

- ประกอบด้วย “knowledge” + “Credibility, trust, attentiveness”
- ให้ความสำคัญกับ deep expertise หรือ situational knowledge โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

❖ Authority

- ความรู้มีได้ขึ้นกับตำแหน่ง ควรก้าวข้ามเรื่องสายการบังคับบัญชา ผู้มีอำนาจเหนือกว่าต้องยอมปล่อยวาง
- ผู้นำต้องรู้ว่าใครในองค์กรมีความรู้เฉพาะในเรื่องใด และต้องสร้างผู้เชี่ยวชาญ

❖ Recognize & improve our expertise

- ตระหนักว่าเรามีความรู้อะไร
- แบ่งปันข้อมูล所知 แม้ว่าผู้คนจะไม่อยากได้ยิน ขณะที่รู้ข้อจำกัดของตนเอง
- เรียนรู้จากการตัดสินใจที่ผ่านมา

วัฒนธรรมความปลอดภัย กับองค์กรที่มีชีวิต

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

“Quality, Safety & Learning Culture”

การประชุม 9th HA National Forum “องค์กรที่มีชีวิต”

13 มีนาคม 2551

วัฒนธรรมความปลอดภัย

- นำเรื่องความเสี่ยงมาเล่าสู่กันฟังได้อย่างสะดวกใจ
- ทบทวนและเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่รุนแรงโดยไม่ชักช้า
- การรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุม
- มีสายตาที่ว่องไวในการมองหาความเสี่ยงตลอดเวลา
- ขวนขวายหาทุกวิธีการที่จะทำให้เกิดความปลอดภัย
- สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยเข้าในทุกโอกาส
- ผู้นำเห็นคุณค่าและใส่ใจอย่างต่อเนื่อง
- ต่อยอด ขยายผล จากจุดเล็ก ๆ
- Share ข้อมูล Share ปัญหา Share ทางออก Share ความรู้สึก

Core Values ก้บการสร้างวัฒนธรรม

วัฒนธรรม	Core Values
คุณภาพ	Customer Focus และทุก ๆ หัวข้อ
ความปลอดภัย	Systems Perspective, Staff Focus, Innovation
การเรียนรู้	Learning, Staff Focus, CQI, Innovation
การสร้างเสริมสุขภาพ	Focus on Health, Learning, Empowerment

สร้างวัฒนธรรมด้วยความเรียบง่าย

- **วัฒนธรรมความปลอดภัยแบบเรียบง่าย**
 - พูดคุยกันอย่างง่าย ๆ เกี่ยวกับความปลอดภัยในทุกโอกาส
- **วัฒนธรรมการทบทวนแบบเรียบง่าย**
 - ทบทวน C3THER ระหว่างเช็ดตัวให้ผู้ป่วย
 - ทบทวนเวชระเบียนแล้วสรุปการดำเนินโรคด้วยแผนภูมิที่เข้าใจได้ง่าย ๆ
- **วัฒนธรรมคุณภาพแบบเรียบง่าย**
 - การชักชวนความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสนุกสนาน
- **วัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบเรียบง่าย**
 - ถามตัวเองว่าในผู้ป่วยรายนี้จะมีประเด็นสร้างเสริมสุขภาพอะไร และควรได้รับการ empower อย่างไร
- **วัฒนธรรมการเรียนรู้แบบเรียบง่าย**
 - มองดูผู้ป่วยสักรายหนึ่งแล้วถามตัวเองว่ามีความรู้อะไรที่น่าจะแสวงหาเพิ่มเติมเพื่อการดูแลรักษาที่ดีขึ้น
 - หยิบเอกสารใกล้ตัวขึ้นมาแล้วถามตัวเองว่ามีข้อมูลอะไรที่น่านำมาวิเคราะห์
 - มองอะไรก็ได้แล้วถามตัวเองว่ามีคำถามอะไรที่ควรหาคำตอบ มีงานวิจัยอะไรที่เป็นไปได้

ใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นบทเรียน

- ใช้กระบวนการ **Appreciative Inquiry (AI)** เพื่อนำประสบการณ์เชิงบวกของสมาชิกมาสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เพิ่มพูน
- ใช้อุบัติการณ์ของตนเองและของผู้อื่นมาเรียนรู้อย่างเปิดใจเพื่อหาทางปิดช่องโหว่ในระบบ เพื่อปกป้องคนทำงานมิให้ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

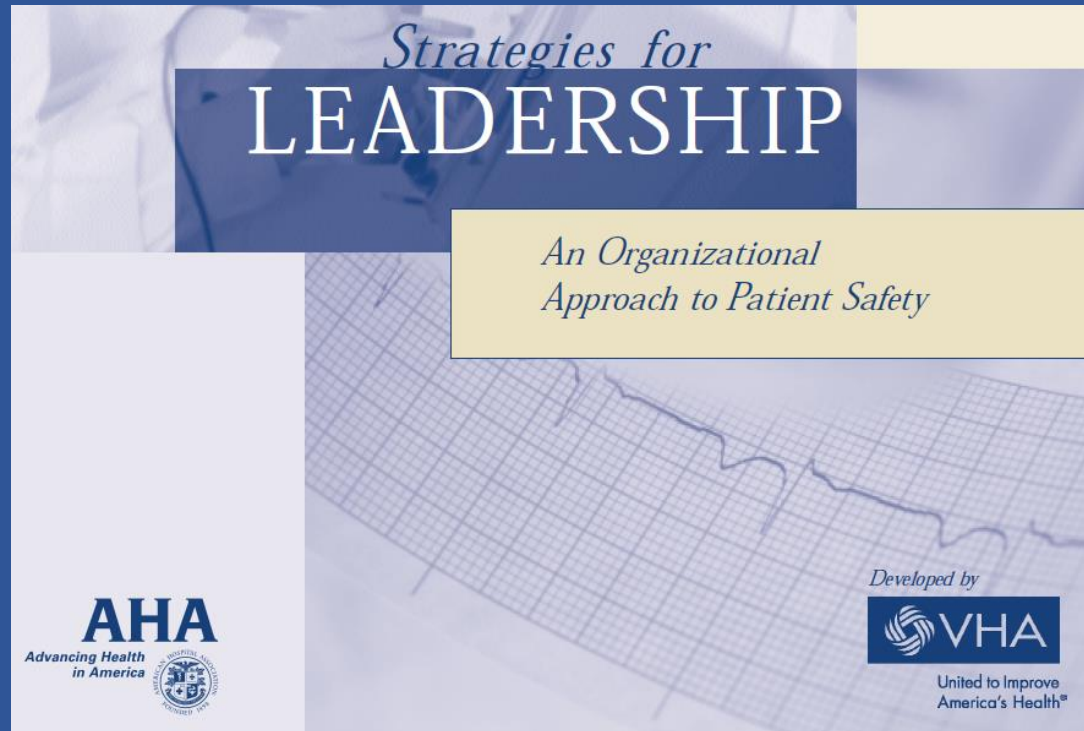
นำวัฒนธรรมมาเติมเต็มระบบ

ระบบที่เป็นทางการ	เน้นการสร้างวัฒนธรรม
การวางแผนพัฒนาบุคลากร	ความตื่นตัวที่จะชวนขยายหาความรู้ใส่ตัวเมื่อพบผู้ป่วยแปลก ๆ
การรายงานอุบัติการณ์และการทำ RCA	การเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์บอกเล่าความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ข้อติดขัด (Cognitive Walkthrough)
การติดตามและการรายงานตัวชีวิต	การนำตัวชีวิตมาเรียนรู้ร่วมกัน วิเคราะห์ แก้ไข manipulate
การให้ความรู้และ empower ผู้ป่วย	การรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วยจนเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย
การมี CPG	การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบ และด้วยความระมัดระวัง

องค์กรที่มีชีวิตกับการสร้างวัฒนธรรม

แนวคิดเรื่ององค์กรที่มีชีวิต	นำไปใช้สร้างวัฒนธรรม
การพัฒนาจิตตปัญญาของสมาชิกแต่ละคน ให้เป็นจิตที่ ตื่น รู้ เบิกบาน เป็นจิตใหญ่ ไม่คับแคบ	วัฒนธรรมการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง
การสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกในองค์กร หันหน้าเข้าหากัน รวมใจกันเพื่อความอยู่รอด	วัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน
การร่วมมือกันสร้างคุณค่าให้กับองค์กรผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการและโครงสร้างที่เป็นทางการ	วัฒนธรรมและค่านิยมในการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
ระบบเปิด ใช้ความไม่สมดุลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสื่อม	วัฒนธรรมของการเปิดรับความคิด มีความยืดหยุ่น พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง

ใช้กรอบการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (MBNQA/TQA) กับความปลอดภัยของผู้ป่วย



ผู้นำ

แสดงให้เห็นว่า patient safety เป็น top leadership priority

กำหนดเป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร

บูรณาการการทำงานที่ RM & QM มาพัฒนา PS

กำกับดูแลโดยกรรมการชุดเดียวหรือผู้นำระดับสูง

ติดตามความก้าวหน้าสม่ำเสมอ

ทุกหน่วยงานและทีมงานประยุกต์ใช้หลักความปลอดภัย

ส่งเสริมวัฒนธรรมไม่กล่าวโทษ เพื่อส่งเสริมการแบ่งปันข้อมูลและบทเรียน

มีนโยบายไม่กล่าวโทษ

ผู้นำส่งเสริมและให้รางวัลการรายงาน AE & near miss

ผู้นำมองหาประเด็นเชิงระบบจาก AE เพื่อปรับปรุงและแบ่งปันบทเรียน

ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับแพทย์และผู้ปฏิบัติงานด้วยกรณีศึกษา

เป็นแบบอย่างการไม่กล่าวโทษในการสอน และการประชุมทบทวนคุณภาพ

การวางแผนกลยุทธ์

ประเมินความเสี่ยงต่อ error & AE ทั้งทั้งองค์กร เป็นประจำ

ประเมินความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับองค์กรอย่างสม่ำเสมอ
ใช้ผลการประเมินเพื่อทำแผนความปลอดภัยผู้ป่วย
แผนครอบคลุมการรณรงค์สร้างความตื่นตัวเรื่องความปลอดภัย
ประเมินความสามารถของผู้ส่งมอบในการปฏิบัติตามข้อกำหนดเรื่องความปลอดภัย

ประเมินความร่วมมือและค้นหาคู่พันธมิตรมาร่วมเรียนรู้/แบ่งปัน

นำบทเรียนจากองค์กรอื่น และธุรกิจอื่นมาบรรจุในแผนความปลอดภัยผู้ป่วย
นำชุมชนผู้ป่วยมาร่วมในการสนทนากับเรื่องความปลอดภัย

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว

ให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบและสะท้อนกลับ

ตอบสนองต่อ **concern** ของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรวดเร็ว
ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน ออกแบบ พัฒนาคุณภาพ
ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เป็นเพื่อนคู่คิดที่ดี
บอกกล่าวและขอโทษผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

สารสนเทศและการวิเคราะห์

วิเคราะห์ AE และแนวโน้ม

จัดให้มีระบบรายงานที่ใช้ง่าย เข้าถึงง่าย เป็นความลับ
มีการบ่งชี้โอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาคุณภาพหลังจากเกิด AE
มีการบ่งชี้แนวโน้มของ AE เป็นระยะ และใช้กำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนา
มีการใช้ข้อมูลความปลอดภัยผู้ป่วยจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพ
ผู้วิเคราะห์ AE มีความรู้ในเรื่องหลักการออกแบบที่เน้นผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง
ติดตามตัวชี้วัดที่มีหลักฐานสนับสนุนเพื่อมุ่งสู่การดูแลที่ไม่มีข้อบกพร่อง
มีการรายงานประเด็นหรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย
มีการสื่อสารและกระจายข้อมูลเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในเวลาที่เหมาะสม

ทรัพยากรบุคคล

ให้รางวัล ยกย่องสำหรับการรายงาน error และการตัดสินใจที่ปลอดภัย

กำหนดบทบาทบุคลากรที่ชัดเจน

ทุกคนได้รับการฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัยและการพัฒนาคุณภาพ

มีการจัด stress debriefing โดยใช้ peer counselors หลักเกิดเหตุ

ผู้เกี่ยวข้องได้รับ support จากผู้บริหารโดยไม่กล่าวโทษ

การตัดสินใจเพื่อขับเคลื่อนความปลอดภัยเป็นองค์ประกอบสำคัญของการให้รางวัลและการส่งเสริมความก้าวหน้า

ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

ฝึกอบรมทักษะการทำงานของทีม (ด้านคลินิก และด้านการทำงานร่วมกัน)

ใช้การจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง

เสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกตำแหน่ง ลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง

การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม และจำกัดชั่วโมงทำงาน

ส่งเสริมความรู้ความสามารถด้านการพัฒนาคุณภาพ การสื่อสาร การแก้ปัญหา นวัตกรรม

การจัดการกระบวนการ

ปรับปรุงระบบงานเพื่อลดการพึ่งพาความจำและการตรวจสอบ

ใช้ checklist, protocol, reminder, decision support, standardized equipment / forms / times / location

ใช้ system constraints, forcing function, natural mapping, effective alarm

ลดขั้นตอนการดูแลให้เหลือน้อยที่สุด มีการส่งมอบน้อยที่สุด

ออกแบบการดูแลให้มีโอกาสแก้ไขภาวะวิกฤติได้ทันทีในระบบ

ทำให้การดูแลที่ไม่ผิดพลาดเป็นเรื่องที่ทำได้โดยไม่ต้องออกแรงมาก

นำร่องกรออกแบบใหม่ ก่อนที่จะขยายผล

ลงทุน IT เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย

รับฟังข้อมูลจากผู้ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีก่อนที่จะมีการจัดซื้อ

ทดลองใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีก่อนที่จะใช้อย่างกว้างขวาง

การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) Acute



The Level of Patient Safety Culture (MaPSaF)

Level	Description
A – Pathological	Why do we need to waste our time on patient safety issues?
B – Reactive	We take patient safety seriously and do something when we have an incident.
C – Bureaucratic	We have systems in place to manage patient safety.
D – Proactive	We are always on the alert/thinking about patient safety issues that might emerge.
E – Generative	Managing patient safety is an integral part of everything we do.

A/1 Pathological

B/2 Reactive

C/3 Bureaucratic

D/4 Proactive

E/5 Generative

ทำไมเราต้องเสียเวลากับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
เราคำนึงถึงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจังและทำ
อะไรบางอย่างเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น
เรามีระบบรองรับเพื่อจัดการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
เรามักจะมีความตื่นตัวและคำนึงถึงประเด็นเรื่องความปลอดภัย
ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น
การจัดการเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่บูรณาการอยู่
ในทุกเรื่องที่เราทำ

องค์ประกอบของวัฒนธรรม (Onion Model of Culture)



Safety Culture

เป็นผลของค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ และแบบแผนพฤติกรรมของบุคลากรและของกลุ่ม ซึ่งกำหนดความมุ่งมั่น วิธีการทำงาน และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในองค์กร



HSE's Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations 1993



Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) – Acute

Increasing maturity

	A	B	C	D	E
01. Commitment to overall continuous improvement	No resources are invested in the identification of problems or areas of good practice. If any auditing occurs it lacks structure and there is no response to what is discovered. Whatever protocols or policies exist are there to meet the organisation's statutory requirements and are not used, reviewed or updated. Poor quality care is tolerated or ignored. This attitude is evident at Board level and throughout the organisation in the healthcare teams.	A continuous improvement framework is developed in response to specific directives or an imminent inspection visit. Auditing only occurs in response to specific incidents and national directives and does not reflect local needs. Little attempt is made to respond to any audit findings. The bare minimum of protocols and policies exist and these tend to be out-of-date and unused unless an incident occurs that triggers their review. Development of new protocols and policies occurs in response to incidents and complaints.	Frontline staff are not engaged in the improvement process and they see it as a management activity that is externally driven. Lots of auditing occurs but lacks an overall strategy linking with organisational or local needs. Staff are overloaded with protocols and policies (which are regularly reviewed and updated) that are rarely implemented. Patients and the public may be involved in quality issues but this is lip service rather than real engagement.	There is a genuine desire and enthusiasm throughout the organisation for continuous improvement. It is recognised that continuous improvement is everyone's responsibility and that the whole organisation, including patients and the public, need to be involved. Such organisations aim to be centres of excellence and compare their performance against that of others. Clinicians are involved in, and have ownership of, the auditing process which leads to continuous improvement. Protocols and policies are developed and reviewed by staff and are used as the basis for care and service provision. Patients and the public are formally involved in internal decisions – making it a patient-centred service.	A culture of continuous improvement is embedded within the organisation and is integral to decision making at all levels. The organisation is a centre of excellence, continually assessing and comparing its performance against others both within and outside the health service. Teams design and conduct their own outcome focused audit programme, in collaboration with patients and the public. Staff are alert to potential safety risks. This means that over time the need for protocols and policies is reduced as evidence-based practice is second nature and patient safety is constantly on everyone's mind. Patients and the public are involved in a routine, meaningful way with ongoing contribution and feedback.
02. Priority given to safety	A low priority is given to safety. There are some risk management systems in place, such as strategies and committees, but nothing is actually delivered. This is an organisation unaware of their risks, believing that if a patient safety incident occurs, insurance schemes can be used to bail them out.	Safety becomes a priority once an incident occurs, but the rest of the time only lip service is paid to the issue apart from meeting legal requirements. There is little evidence of any implementation of a risk management strategy. Safety is only discussed by the Board in relation to specific incidents. Any measures that are taken are aimed at self-protection and not patient protection. In order to meet financial constraints or government set targets, risks are taken.	Safety has a fairly high priority and there are numerous systems (including those integrating the patient perspective) in place to protect it. However, these systems are not widely disseminated to staff or reviewed. They also tend to lack the flexibility to respond to unforeseen events and fail to capture the complexity of the issues involved. Responsibility for risk management is invested in a single individual who does not integrate it within the wider organisation. It is an imposed culture.	Safety is promoted throughout the organisation and staff are actively involved in all safety issues and processes. Patients, the public and other organisations are also involved in risk management systems and their review. Measures taken are aimed at patient protection and not self-protection. Risks are proactively identified, using prospective risk assessments, and action is taken to manage them. There are clear accountability lines and while one individual takes the lead for patient safety in the organisation, it is a key part of all managers' roles.	Safety is the top priority in the organisation, and responsibility for safety is seen as being part of everyone's role including patients and the public. Staff constantly assess risks and look for potential improvements. Patient safety is a high profile issue throughout the organisation and is embedded in the activities of all staff, from the Board/senior managers through to healthcare teams who have day-to-day contact with patients, including support staff. Patient involvement in, and review of, patient safety issues is well established.
03. System errors and individual responsibility	Incidents are seen as 'bad luck' and outside the organisation's control, occurring as a result of staff errors or patient behaviour. There is a strong blame culture with individuals subjected to victimisation and disciplinary action.	The organisation sees itself as a victim of circumstances. Individuals are seen as the cause and the solution is retraining and punitive action. When incidents occur there is no attempt to support those involved, including the patients and their relatives.	There is a recognition that systems contribute to incidents and not just individuals. The organisation says that it has an open and fair culture but it is not perceived in that way by staff. Being open/open disclosure protocols have been written to ensure that staff and patients/carers receive support following an incident do exist, but they are not widely known about or used.	It is accepted that incidents are a combination of individual and system faults. The organisation has an open, fair and collaborative culture. Following a patient safety incident, a systems analysis is carried out and used to make decisions about the relative contribution of systems factors and the individual, e.g. the Incident Decision Tree. This process informs decisions about staff suspensions and so there is a consistent and fair approach to dealing with staff issues following incidents. The organisation is also open and honest with patients and/or their carers when a patient safety incident occurs that led to severe harm or death, but does not discuss all types of incidents.	Organisational and system failures are noted and staff are also fully aware of their own personal accountability in relation to errors and of their empowerment to report them. Integrated systems enable patient safety incidents, complaints and litigation cases to be analysed together. Staff, patients and relatives are actively involved and supported from the time of the incident. The organisation has a high level of openness and trust. The organisation is also open and honest with patients and/or their carers about all types of patient safety incidents, irrespective of the level of harm caused.
04. Recording incidents and best practice	Ad hoc incident reporting systems are in place but the organisation is largely in 'blissful ignorance' unless serious incidents occur or solicitors' letters are received. There is a high blame culture, with individuals subjected to victimisation and disciplinary action. No learning can occur.	There is an embryonic incident reporting system, although staff are not encouraged to report incidents. Minimal data on the incidents is collected but not analysed. There is a blame culture, so staff are reluctant to report incidents. When incidents occur, there is no attempt to support any of those involved.	A centralised anonymous reporting system is in place with a lot of emphasis on form completion. Attempts are made to encourage staff and patients to report incidents (including those that were prevented or led to no harm) though staff do not feel safe and patients do not feel comfortable reporting them. The organisation considers other sources of safety information alongside incident reports (e.g. complaints and audits).	Reporting of patient safety incidents at both a local and national level (e.g. the National Reporting and Learning System) is encouraged and they are seen as learning opportunities. Accessible, 'staff and patient friendly' reporting methods are used, allowing trends to be readily examined. Staff feel safe reporting all types of patient safety incidents, including those that were prevented. Staff, patients and/or their carers are supported from the moment of reporting.	It is second nature for staff to report patient safety incidents (including those that led to no harm or were prevented) as they have confidence in the investigation process and understand the value of reporting to both local systems and nationally (e.g. the National Reporting and Learning System). Patients are actively encouraged to report incidents. It is a learning organisation and robust systems exist in order to record best practice and compliments.
05. Evaluating incidents and best practice	Incidents and complaints are 'swept under the carpet' if possible. Incidents are superficially investigated by a junior manager with the aim of 'closing the book' and 'hiding any skeletons in the cupboard'. Information gathered from the investigation is stored but little action is taken apart from disciplinary action ('public executions') and attempts to manage the media. In this organisation there is little recognition of good safe practice.	Investigations are instigated with the aim of damage limitation for the organisation and apportioning individual blame. Investigations are cursory and focus on a specific event and the actions of an individual. Quick-fix solutions are proposed that deal with the specific incident, but may not be instigated once the 'heat is off'. Some investigations are not completed.	Senior managers are involved in the investigation, which is narrow and focuses on the individuals and systems surrounding the incident. There is a detailed procedure for the investigation process, which involves the completion of multiple forms – the investigation is conducted for its own sake and to placate patients/carers rather than examine root causes and support those involved. Staff are motivated to review procedures or how the procedures are implemented, but learning is variable.	The organisation is open to inquiry and welcomes external involvement in investigations in order to gain an independent perspective. The staff involved in incidents are involved in their investigation to identify root causes and interface issues. The aim of investigations is to learn from incidents and disseminate the findings widely. Data from incident reports are used to analyse trends, identify 'hot spots' and examine training implications. It is a forward-looking, open organisation. Patients are involved in the investigation process and their perceptions, experience and recommendations sought.	The organisation conducts both internal and external independent incident investigations that include the staff and patients involved. Incident investigations are seen as learning opportunities and focus upon improvement and include patient recommendations. The incident analysis process is systematically and regularly reviewed following consultation with all staff. Learning from best practice is shared across the organisation and nationally. It is a learning organisation as evidenced by a commitment to learn from incidents throughout all levels – from the Board/senior managers through to healthcare teams and support staff.
06. Learning and effecting change	No attempts are made to learn from incidents unless imposed by external bodies such as public enquiries. The aim after an incident is to 'paper over the cracks' and protect itself – the organisation considers that is has been successful when the media do not become aware of incidents. No changes are instigated after an incident apart from those directed at the individuals concerned.	Little, if any, organisational learning occurs and what does take place relates to the amount of disruption that senior staff have experienced. All learning is specific to the particular incident. Any changes instigated in the aftermath of an incident are not sustainable as they are knee-jerk reactions to perceived individual errors and are devised and imposed by senior managers. Consequently, similar incidents tend to recur.	Some systems are in place to facilitate organisational learning and this may include consideration of the patient perspective. The lessons learned are not disseminated throughout the organisation. Some enforced local changes relating directly to the specific incident are made. Committees and managers decide on any changes to be introduced, but lack of staff involvement leads to them not being integrated into working patterns. Patients are only involved so the organisation can prove to regulators that they have some commitment to patient and	The organisation has a learning culture and processes exist to share learning, such as reflection and sharing patient perceptions. There is Board/senior management support for in-depth incident investigations, and changes instigated address underlying causes (e.g. systems factors). Staff are actively involved in the process and there is a real commitment to sustainable change throughout the organisation. The organisation 'scans the horizon' for learning opportunities and is keen to learn from others' experiences. Organisational learning following incidents is used in forward planning. It is an open, self-confident organisation.	It is a learning organisation. The organisation learns from internal and external information and experience and is committed to sharing this learning both within and outside the organisation. Patient safety incidents (including those that led to no harm or were prevented) are discussed in open forums where all staff are empowered to contribute. Both individual and organisational learning is evaluated. Improvements in practice occur without the trigger of an incident as the culture is one of continuous improvement. Patients play a key role in learning and contribute to subsequent change processes.

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) – Acute

Increasing maturity

	A	B	C	D	E
06. Learning and effecting change	No attempts are made to learn from incidents unless imposed by external bodies such as public enquiries. The aim after an incident is to 'paper over the cracks' and protect itself – the organisation considers that it has been successful when the media do not become aware of incidents. No changes are instigated after an incident apart from those directed at the individuals concerned.	Little, if any, organisational learning occurs and what does take place relates to the amount of disruption that senior staff have experienced. All learning is specific to the particular incident. Any changes instigated in the aftermath of an incident are not sustainable as they are knee-jerk reactions to perceived individual errors and are devised and imposed by senior managers. Consequently, similar incidents tend to recur.	Some systems are in place to facilitate organisational learning and this may include consideration of the patient perspective. The lessons learned are not disseminated throughout the organisation. Some enforced local changes relating directly to the specific incident are made. Committees and managers decide on any changes to be introduced, but lack of staff involvement leads to them not being integrated into working patterns. Patients are only involved so the organisation can prove to regulators that they have some commitment to patient and public involvement.	The organisation has a learning culture and processes exist to share learning, such as reflection and sharing patient perceptions. There is Board/senior management support for in-depth incident investigations, and changes instigated address underlying causes (e.g. systems factors). Staff are actively involved in the process and there is a real commitment to sustainable change throughout the organisation. The organisation 'scans the horizon' for learning opportunities and is keen to learn from others' experiences. Organisational learning following incidents is used in forward planning. It is an open, self-confident organisation.	It is a learning organisation. The organisation learns from internal and external information and experience and is committed to sharing this learning both within and outside the organisation. Patient safety incidents (including those that led to no harm or were prevented) are discussed in open forums where all staff are empowered to contribute. Both individual and organisational learning is evaluated. Improvements in practice occur without the trigger of an incident as the culture is one of continuous improvement. Patients play a key role in learning and contribute to subsequent change processes.
07. Communication about safety issues	Communication in general is poor; it comes from the top down and staff are not able to speak to their managers about risk. Events are kept in-house and not talked about. The organisation is essentially closed. What communication there is, is negative, with a focus on blame. Patients are only given information which must be legally provided and only after exerting a lot of pressure on the organisation to give them access.	Communication in general is directive with managers issuing instructions. Staff are only able to speak to their managers after something has gone wrong. Communication is ad hoc and restricted to those involved in a specific incident. The patient is given the information the organisation feels is appropriate in a one-way communication.	There is a communication strategy. Policies and procedures are in place, and lots of records are kept. There is a lot of information collected from staff, patients and other organisations but it is not effectively utilised. This leads to an information overload meaning that little is actually done with the information received by staff. A risk communication system is in place, but no-one checks whether it is working.	The communications system and record keeping are fully audited. There is communication across organisations facilitating meaningful benchmarking. All levels of staff are involved, and there are robust mechanisms for them to feedback to the organisation. Information is shared, there are regular briefing sessions where staff are encouraged to set the agenda. Effective communication regarding safety issues is made with patient and public involvement groups.	Everybody communicates safety issues and learns from the experiences of others (good and bad). It is a transparent organisation and includes patient participation in risk management policy development. Innovative ideas are encouraged and staff are empowered to implement them. This is an organisation that communicates good practice both externally and internally.
08. Personnel management and safety issues	Staff are seen just as bodies to fill posts. Recruitment and selection processes are rudimentary. The language used is negative and poor health and attendance records are seen as disciplinary matters. Staff feel unsupported and see Personnel as 'them' and not 'us'. There is a rudimentary staff policy, no structured HR development programme and no links with occupational health.	Job descriptions and staffing levels change only in response to problems, so there are good selection and retention policies in areas where the organisation has been vulnerable in the past. The atmosphere is of blame and punishment. Staff support is available, but is minimal and tokenistic. There is a very basic HR policy, but it is inflexible and developed in response to problems that have already been experienced.	Recruitment and retention procedures are in place and credentials are always checked. The language used to manage staff is generally formal and neutral and guided by policies and procedures. Mechanisms for staff support are governed by a lot of paperwork and policies. The procedures on appraisal, staff development and occupational health are there but are inflexibly applied, and so do not always achieve what they were designed for. These procedures are seen as a tool for management to control staff.	There is some commitment to matching individuals to posts. There are attempts to understand why poor performance occurs, and visible, flexible support systems exist tailored to the needs of the individual. Personnel management processes are reviewed and changes are made when necessary. There is genuine concern about staff health, and good systems of appraisal, monitoring and review. Patient/carer input on safety and staffing issues is actively sought. There is demonstrable evidence of proactive measures taken in some areas (for example by using the NPSA's Incident Decision Tree following an incident).	Job specifications are designed to identify competencies using a Knowledge and Skills Framework. Reflection and review (both positive and negative) occur continuously and automatically. The organisation is committed to its staff, and everyone has confidence in the personnel management procedures that include mentorship and supervision. Patients and the public have meaningful involvement in the development and implementation of any policies related to safety and staffing issues. Personnel management is not a separate entity but an integral part of the organisation. Following a patient safety incident, a systems analysis is used (for example by using the NPSA's Incident Decision Tree) to make decisions about the relative contribution of systems factors and the individual healthcare professional. This process informs decisions about staff suspensions and as such there is a consistent and fair approach to dealing with staff issues following incidents.
09. Staff education and training	Training has a low priority. The only training offered is that required by government. Staff education is seen by management as irritating, time consuming and costly. There are consequently no checks made on the quality or relevance of any education or training given with regards to career development of staff. Staff are seen as already trained to do their job, so why would they need more training?	Training occurs where there have been specific problems and relates almost entirely to high risk areas where obvious gaps are filled. It is the responsibility of the individual to read, act upon and fund their own educational needs. Education and training focus on maximising income and covering the organisation's back rather than the career development of the staff. There is no dedicated training budget and staff appraisals occur on an ad hoc basis.	The training programme reflects organisational needs so training is supported only if it benefits the organisation. No thought is given to actively involving patients in training. Basic Personal Development Plans are in place so everyone has their own file. However these are not very effective as they are not properly resourced or given priority. There are a large number of courses on offer, however not all of these are relevant to the career development of the staff expected to make use of them. Training is seen as the way to prevent mistakes and appraisals are focused around this.	There is an attempt to identify the training needs of the organisation, and of individuals, and to match them up. Educational opportunities are well planned and resourced and are available from and for all relevant agencies. Training and education are seen as integral to the career development of individuals and are linked directly to other organisational systems, such as incident reporting. Appraisals are staff centred and are built around the needs of the individual. Preliminary attempts to involve patients and the public in staff training are underway and the organisation is starting to learn lessons from their experiences.	Individuals are empowered and motivated to undertake their own training needs analysis and negotiate their own training programme. Learning is a daily occurrence and does not happen solely in a classroom environment. Education is seen as being integral to the organisational culture. The approach to training and education is flexible and seen as a way of supporting staff in fulfilling their potential. Appraisals are initiated and managed by the staff themselves. Patients are involved in staff training to aid understanding of patient perceptions of risk and safety.
10. Team working	Individuals mainly work in isolation but where there are teams they are uni-disciplinary and dysfunctional. There are tensions between the team members and a rigid hierarchical structure. They are more like a collection of people brought together under the direction of a nominal leader. Information is not shared between team members. The team operates secretly.	People only work as a team following a negative event and to respond to external demands. Individuals are not actually committed to the team. There is a clear hierarchy in every team, corresponding to the hierarchy of the organisation as a whole. There are multidisciplinary teams, but they have been told to work together, and only pay lip service to the ideals of team working. Information is cascaded to team members following an incident. The team operates defensively and newcomers are not welcomed.	Multidisciplinary teams are put together to respond to government policies, but there is no way of measuring how effective they are. Teamwork is seen by lower grades of staff as paying lip service to the idea of empowerment. Teams are given lots of written information about how they should function. There are official mechanisms for the sharing of ideas or information within and across teams but these are not used effectively. Teams operate behind the scenes and generally within a single organisation.	Teams are multidisciplinary and time and resources are devoted to team development processes. Team structure is fluid, with people taking up the role most appropriate for them at the time. There is evaluation of how effective the team is and changes are made when necessary. Teams are collaborative and adaptable. Teams are open and may involve members external to the organisation.	Regular and evaluated team resource management training is offered to fully integrated multidisciplinary teams. Team membership is flexible with a horizontal structure. Different people make equally valued contributions when appropriate. Teams are about shared understanding and vision rather than geographical proximity. Team working is the accepted way in the organisation. Teams are totally open, involving members from diverse organisations, locally, nationally and even internationally.



Agency for Healthcare Research and Quality

SOPS Hospital Survey 2.0 (released 2019)

Topics Covered by the SOPS Hospital Survey 2.0

Composite Measures: A composite measure is a grouping of two or more survey items that assess the same area of culture. The 10 composite measures and 32 survey items assessed in the SOPS Hospital Survey 2.0 are:



- Teamwork (3 items)
- Staffing and Work Pace (4 items)
- Organizational Learning – Continuous Improvement (3 items)
- Response to Error (4 items)
- Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety (3 items)
- Communication About Error (3 items)
- Communication Openness (4 items)
- Reporting Patient Safety Events (2 items)
- Hospital Management Support for Patient Safety (3 items)
- Handoffs and Information Exchange (3 items)

Additional Measures: In addition to the composite measures, single item measures included assess:



- Number of events reported (1 item)
- Patient safety rating (1 item)
- Background questions (4 items)

The AHRQ Surveys on Patient Safety Culture v 2.0

1. การทำงานเป็นทีม (teamwork)

- A1 ในหน่วยงานนี้ เราทำงานร่วมกันเป็นทีมที่มีประสิทธิผล (effective team)
- A8 ในช่วงเวลาทำงานยุ่ง เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้จะช่วยเหลือกันและกัน
- A9 มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เคารพให้เกียรติกัน (disrespectful behavior) โดยผู้ทำงานในหน่วยงานนี้

2. การจัดคนทำงานและอัตรางานเข้า (staffing and work pace)

- A2 ในหน่วยงานนี้ เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงาน
- A3 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานยาวนานเกินกว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด
- A5 หน่วยงานนี้อาศัยเจ้าหน้าที่ชั่วคราว เจ้าหน้าที่ลอย หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอกมากเกินไป
- A11 อัตรางานเข้าในหน่วยงานนี้มากเกินไปจนมีผลทางลบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. การเรียนรู้ขององค์กร-การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (organizational learning-continuous improvement)

- A4 หน่วยงานนี้ทบทวนกระบวนการทำงานเพื่อพิจารณาความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนให้มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น
- A12 ที่หน่วยงานนี้ มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าได้ผลดีเพียงใด
- A14 หน่วยงานนี้ ปลอมให้ปัญหาความปลอดภัยเดิมๆ เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก

4. การตอบสนองต่อความผิดพลาด (response to error)

- A6 ที่หน่วยงานนี้ เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเองจะถูกนำมาจัดการกับตน
- A7 เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหา
- A10 เมื่อเจ้าหน้าที่ทำผิดพลาด หน่วยงานนี้จะมุ่งเน้นที่การเรียนรู้ มากกว่าการตำหนิตัวบุคคล
- A13 ที่หน่วยงานนี้ ไม่มีการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย

5. การสนับสนุนของ ผู้ตรวจการ ผู้บริหาร ผู้นำ

- B1 ผู้ตรวจการ ผู้บริหาร ผู้นำทางคลินิก จะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง
- B2 ผู้ตรวจการ ผู้บริหาร ผู้นำทางคลินิก ต้องการให้เราทำงานให้เร็วขึ้นในระหว่างชั่วโมงเร่งด่วน แม้จะต้องลัดขั้นตอน
- B3 ผู้ตรวจการ ผู้บริหาร ผู้นำทางคลินิก ลงมือทำอะไรบางอย่างเมื่อได้รับทราบข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

6. การสื่อสารความผิดพลาด (communication about error)

- C1 เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้
- C2 เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก
- C3 ที่หน่วยงานนี้ เราได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์

7. การสื่อสารที่เปิดกว้าง (communication openness)

- C4 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้สามารถ speak up เมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย
- C5 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้จะ speak up เมื่อเห็นผู้ที่มีอำนาจมากกว่าทำบางอย่างที่ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- C6 เมื่อเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้ speak up ผู้ที่มีอำนาจมากกว่าจะเปิดใจรับฟังข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่พวกเขาแสดงออก
- C7 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้กลัวที่จะตั้งคำถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง

8. การรายงานเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย (reporting patient safety events)

- D1 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด เมื่อมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย
- D2 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น ถึงตัวผู้ป่วย มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด

9. การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย (hospital management support for patient safety)

- F1 การกระทำของผู้บริหาร แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด
- F2 ผู้บริหารโรงพยาบาลจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย
- F3 ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย ต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น

10. การส่งต่องานและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (handoffs and information exchange)

- F4 เมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยหนึ่งไปอีกหน่วยหนึ่ง ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญมักจะมีการตกหล่น
- F5 ระหว่างการเปลี่ยนเวร ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญมักจะตกหล่น
- F6 ระหว่างการเปลี่ยนเวร มีเวลาเพียงพอสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ

ประเด็นที่เคยมีใน The AHRQ Surveys on Patient Safety Culture v 1.0 และถูกตัดออกใน v 2.0

2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม

A15 แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

A18 แนวทางปฏิบัติและระบบงานของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี

A10 การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้ เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ

A17 เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้

11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

F4 มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน

F10 หน่วยงานในโรงพยาบาล ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

F2 หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี

F6 รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล

The AHRQ Surveys on Patient Safety Culture v 1.0

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์

- D1 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- D2 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- D3 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม

- A15 แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- A18 แนวทางปฏิบัติและระบบงานของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี
- A10 การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้ เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกันควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ
- A17 เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้

3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัย

- B1 หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชมเมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้
- B2 หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง
- B3 เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว แม้จะมีการลดขั้นตอน แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น
- B4 หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก

4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- A6 เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- A9 ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก
- A13 เราประเมินประสิทธิภาพ หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล

- A1 สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน
- A3 ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม
- A4 สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติตามกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน
- A11 ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีความยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ

6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง

- C2 เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- C4 เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า
- C6 เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง

7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด

- C1 เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์
- C3 เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้
- C5 ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดขึ้นอีก

8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการลงโทษกับตนเองในภายหลัง

- A8 เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเองเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ
- A12 เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล
- A16 เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าการผิดพลาด (mistake) ของตนเอง จะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ

9. การจัดคนทำงาน

- A2 เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน
- A5 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด
- A7 เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราวหรือเจ้าหน้าที่จากภายนอกจำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด
- A14 เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ะมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)

10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย

- F1 ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- F8 การกระทำของผู้บริหาร แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด
- F9 ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

- F4 มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน
- F10 หน่วยงานในโรงพยาบาล ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- F2 หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี
- F6 รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล

13. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร

- F3 ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ
- F5 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารระหว่างเปลี่ยนเวร
- F7 ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ
- F11 จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ

เชื่อมโยง MaPSaF, MaPSCAT, AHRQ Hospital SOPS Survey



Agency for Healthcare
Research and Quality

SOPS Hospital Survey 2.0 (released 2019)

Topics Covered by the SOPS Hospital Survey 2.0

Composite Measures: A composite measure is a grouping of two or more survey items that assess the same area of culture. The 10 composite measures and 32 survey items assessed in the SOPS Hospital Survey 2.0 are:



- Teamwork (3 items)
- Staffing and Work Pace (4 items)
- Organizational Learning – Continuous Improvement (3 items)
- Response to Error (4 items)
- Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety (3 items)
- Communication About Error (3 items)
- Communication Openness (4 items)
- Reporting Patient Safety Events (2 items)
- Hospital Management Support for Patient Safety (3 items)
- Handoffs and Information Exchange (3 items)

Additional Measures: In addition to the composite measures, single item measures included assess:



- Number of events reported (1 item)
- Patient safety rating (1 item)
- Background questions (4 items)

1. Commitment to overall continuous improvement ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- A. ไม่มีการลงทุนเพื่อจะค้นหาปัญหาหรือหาโอกาสในการค้นหาแนวปฏิบัติที่ดี แม้จะมีการตรวจสอบแต่ก็ไม่มีโครงสร้างการจัดการและไม่มีกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งที่หาพบ ข้อกำหนดหรือนโยบายใดๆ ที่มีอยู่ก็มีเพื่อเป็นไปตามข้อกำหนด แต่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการทบทวนหรือปรับปรุง การดูแลผู้ป่วยที่ด้อยคุณภาพมักถูกละเลย ทัศนคตินี้ปรากฏตั้งแต่ระดับที่ไม่น่าจนถึงผู้ปฏิบัติ
- B. การพัฒนาคุณภาพถูกจัดการขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยม การตรวจสอบมีเฉพาะเหตุการณ์จำเพาะ หรือนโยบายที่ได้รับมอบมาซึ่งไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการในพื้นที่ มีการปรับปรุงเล็กน้อยเฉพาะเหตุที่ตรวจสอบพบ มีกระบวนการขั้นพื้นฐานและมักจะล่าช้าและไม่ได้ใช้งานถ้าไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นจนทำให้ต้องทบทวน การพัฒนาแนวทางใหม่หรือนโยบายใหม่มักจะมีขึ้นเพื่อตอบสนองต่ออุบัติการณ์และข้อร้องเรียนเท่านั้น
- C. ผู้ปฏิบัติงานไม่ผูกพันกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และมักจะมองว่าเป็นการจัดการที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากภายนอกองค์กรเช่นการตรวจเยี่ยม มีกระบวนการตรวจสอบมากพอแต่ขาดความเชื่อมโยงกับกลยุทธ์ในภาพรวมขององค์กรและผู้รับบริการในพื้นที่ ผู้ปฏิบัติงานมีข้อกำหนดและรับนโยบายมากมาย ซึ่งนโยบายเหล่านี้ได้มีการทบทวนและปรับปรุงสม่ำเสมอ แต่ไม่ค่อยได้นำลงสู่การปฏิบัติจริง ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการคุณภาพแต่มักจะเป็นแบบผิวเผินมากกว่าจะมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
- D. มีความปรารถนาและกระตือรือร้นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร รับรู้ได้ว่าเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในองค์กร เพื่อองค์กรเพื่อผู้ป่วยและเพื่อชุมชน เป็นองค์กรที่มีเป้าหมายเพื่อความเป็นเลิศ รวมทั้งมีการเปรียบเทียบความสำเร็จกับองค์กรอื่น แพทย์มีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของกระบวนการ มีการทบทวนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ ข้อกำหนด แนวปฏิบัติและนโยบายจะถูกพัฒนาขึ้น ได้รับการทบทวนโดยบุคลากรเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยและบริการต่างๆ ผู้ป่วยและชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบในการตัดสินใจต่างๆ เพื่อให้เป็นการบริการที่ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- E. วัฒนธรรมของการพัฒนาคุณภาพฝังรากลึกในองค์กรและใช้เป็นหลักการในการประกอบการตัดสินใจในทุกๆระดับ องค์กรมีการปฏิบัติที่เป็นเลิศประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับคู่แข่งทั้งในกลุ่มบริการสุขภาพและบริการประเภทอื่นๆ ทีมงานได้ออกแบบและกำกับกำกับการดำเนินงานของตนเองเพื่อหวังผลลัพธ์โดยความร่วมมือกับผู้ป่วยและชุมชน บุคลากรให้ความสำคัญกับความเสี่ยงซึ่งมีความหมายว่าในอนาคตข้อกำหนดและนโยบายต่างๆ จะลดน้อยลงเพราะมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการเป็นธรรมชาติ รวมทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในใจของบุคลากรทุกคน ผู้ป่วยและชุมชนมีการให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับที่มีความหมายอย่างเป็นธรรมชาติ

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

1. Commitment to overall continuous improvement ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

a. Attitude & values

- วัฒนธรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่องฝังอยู่ในองค์กรและเป็นส่วนสำคัญสำหรับการตัดสินใจในทุกระดับ
- องค์กรมีเอกลักษณ์ที่เด่นชัด
- ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมุ่งความสำเร็จระยะยาว
- ทุกคนตระหนักเรื่องความปลอดภัยอยู่ในใจ
- ทุกคนตื่นตัวต่อโอกาสเกิดความเสี่ยง

b. Organizational policy

- มีการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการก่อนที่จะเกิดปัญหา
- โปรแกรมการทบทวน/ตรวจสอบโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์
- ประเมินและเปรียบเทียบผลการดำเนินการด้านความเสี่ยงตลอดเวลา

c. Management behavior

- ผู้บริหารระบุความคาดหวังที่ชัดเจน
- ผู้บริหารประเมินความปลอดภัยและใช้ผลการประเมินเพื่อทำแผน

d. Staff behavior

- ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจเป้าหมายและความคาดหวัง
- ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนต่อการบรรลุเป้าหมาย
- ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามข้อมูลวิชาการอย่างเป็นธรรมชาติ โดยไม่ต้องอาศัยคู่มือ

e. Patient participation

- ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในการให้ข้อคิดเห็นและข้อมูลสะท้อนกลับ

MaPSCAT ระบุลักษณะที่สมบูรณ์ที่สุดเพื่อเป็นแนวทางพัฒนา

ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Commitment to Cont. Improvement)

	1. ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Commitment to Cont. Improvement)
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	การพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นหน้าที่รับผิดชอบของทุกคน คุณภาพเป็นการเดินทางที่ไม่สิ้นสุด
Values (What is good)	มุ่งความสำเร็จระยะยาว มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ ทุกคนตระหนักเรื่องความปลอดภัยและต้นตอต่อความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลา
Feelings (What is enjoyable)	งานคุณภาพและความปลอดภัยเป็นเรื่อง ง่าย มัน ดี มีสุข มีความสุขและกระตือรือร้นในการหาโอกาสพัฒนา ร่วมเสนอ ร่วมลงมือ และเห็นความสำเร็จ
Behaviors (what is done)	องค์กรสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนา ด้วยนโยบาย ทรัพยากร การทบทวน/ตรวจสอบ/ติดตาม/ประเมินตนเอง ระบบแรงจูงใจ เวทีนำเสนอ การขยายผล การเชิดชูยกย่อง
แจกแจง MaPSCAT ออกมาตาม Onion Model of Culture	ผู้บริหาร เปิดใจรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะ ส่งเสริมการประเมินเพื่อปรับปรุง ระบุความคาดหวัง ชี้ ทิศทาง สนับสนุน ช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
	ผู้ปฏิบัติงาน รับทราบหน้าที่ เข้าใจเป้าหมายและความคาดหวัง ออกแบบและกำกับการทำงานของตนเอง เพื่อผลลัพธ์ที่ดี ปฏิบัติตามข้อกำหนดและแนวปฏิบัติที่จัดทำไว้ ใช้หลักฐานวิชาการอย่างเป็นธรรมชาติ ประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง หาโอกาสและลงมือพัฒนาก่อนจะเกิดปัญหา ไม่ละเลยเมื่อเห็นการดูแลหรือ การทำงานที่ด้อยคุณภาพ
	ผู้ป่วยและประชาชน มีส่วนร่วมให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
Artifacts (What is collected)	

2. Priority given to safety ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย

- A. ให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยน้อย มีระบบบริหารความเสี่ยงอยู่บ้างเช่นกลยุทธ์และมีคณะกรรมการ แต่ไม่มีผลการดำเนินงานใดๆ องค์กรไม่ได้ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงและเชื่อว่าถ้ามีปัญหาหรืออุบัติการณ์เกิดขึ้น กลไกทางประกันจะช่วยได้
- B. ประเด็นความปลอดภัยจะถูกหยิบยกขึ้นมาเมื่อมีอุบัติการณ์ขึ้น แต่ที่เหลือก็จะได้ทำอะไรยกเว้นการประชุมตามข้อกำหนด มีหลักฐานการนำกลยุทธ์ด้านบริหารความเสี่ยงลงสู่การปฏิบัติน้อย มีการพูดคุยกันในระดับบริหารเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น การวัดผลต่างๆ มีไว้สำหรับป้องกันตนเองขององค์กรแต่ไม่ได้มีไว้เพื่อป้องกันผู้ป่วย เรื่องความเสี่ยงจะถูกนำมาเป็นประเด็นก็เพื่อตอบสนองต่อข้อจำกัดทางการเงินหรือเป้าหมายของหน่วยงานที่กำกับอยู่เช่นภาครัฐเท่านั้น
- C. มีการให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยค่อนข้างสูง มีระบบการจัดการเพื่อป้องกันที่หลากหลายรวมทั้งมีการใช้มุมมองของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามระบบดังกล่าวยังไม่กระจายเข้าไปถึงบุคลากรรวมทั้งการทบทวน มีแนวโน้มจะขาดความยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและไม่สามารถจัดการปัญหาที่ซับซ้อนได้ ความรับผิดชอบในระบบบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับบุคคลซึ่งไม่ได้บูรณาการไปทั่วทั้งองค์กร มีลักษณะเป็นวัฒนธรรมแบบกำหนดขึ้น
- D. เรื่องความปลอดภัยได้กระจายทั่วทั้งองค์กรและบุคลากรก็มีส่วนร่วมทั้งในประเด็นและกระบวนการของความปลอดภัย ผู้ป่วย ชุมชนและองค์กรต่างๆ มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริหารความเสี่ยงนี้ การวัดผลมีเป้าหมายเพื่อป้องกันผู้ป่วยเป็นหลักไม่ใช่เพื่อป้องกันตนเอง ความเสี่ยงจะถูกค้นหา ประเมินและมีการปฏิบัติการเพื่อจัดการในเชิงรุก มีกระบวนการที่ระบุผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีผู้จัดการความเสี่ยงชัดเจน และให้การบริหารความเสี่ยงเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารทุกคน
- E. ความปลอดภัยถือเป็นเป้าหมายสำคัญลำดับต้นๆ ขององค์กร ความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยถือเป็นบทบาทของทุกคนในองค์กรทั้งต่อผู้ป่วยและชุมชน บุคลากรมีการประเมินความเสี่ยงและหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นเรื่องสำคัญขององค์กรและให้ฝังไว้ในกิจกรรมต่างๆของบุคลากรตั้งแต่ระดับบริหารไปจนถึงผู้ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยและบุคลากรสายสนับสนุนด้วย มีการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในประเด็นความเสี่ยง

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

2. Priority given to safety ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย

a. Attitude & values

- ความปลอดภัยเป็นความรับผิดชอบของทุกคน รวมทั้งผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

b. Organizational policy

- ความปลอดภัยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุดขององค์กร (safety is the top priority) ไม่มีคู่แข่ง
- กำหนดความปลอดภัยเป็นประเด็นสำคัญเชิงกลยุทธ์
- มีการลงทุน (การเงินและทรัพยากรอื่นๆ) เรื่องความปลอดภัยที่ชัดเจน เพื่อการแก้ปัญหาและปรับปรุง
- มีสภาพการทำงานที่ดี ในแง่ เวลา แรงกดดัน ภาระงาน ความเครียด

c. Management behavior

- ผู้บริหารส่งเสริมให้ความปลอดภัยเป็นประเด็นที่ฝังอยู่ในกิจกรรมของบุคลากรทุกคน ทุกระดับ ทุกส่วนงาน
- ผู้บริหารทุกระดับแสดงความมุ่งมั่นในเรื่องความปลอดภัย ด้วยการกระทำและการเสริมพลัง
- ผู้บริหารติดตามความก้าวหน้าสม่ำเสมอ
- ความปลอดภัยเป็นหัวเรื่องแรกในทุກการประชุม

**MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา**

d. Staff behavior

- ผู้ปฏิบัติงานคาดการณ์ถึงความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในทุกกิจกรรมที่จะทำ
- ผู้ปฏิบัติงานตระหนักในสถานการณ์ตรงหน้าว่ากำลังเผชิญกับความเสี่ยงอะไร
- ผู้ปฏิบัติงานใช้ทุกโอกาสที่จะคุยกันเรื่องความปลอดภัย
- ผู้ปฏิบัติงานมองหาโอกาสปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัยอยู่ตลอดเวลา

e. Patient participation

- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทบทวนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

9. การสนับสนุนของผู้บริหาร โรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัย ของผู้ป่วย (hospital management support for patient safety)

- F1 การกระทำของผู้บริหาร แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด
- F2 ผู้บริหารโรงพยาบาลจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย
- F3 ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย **ต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น**

The AHRQ Surveys on Patient Safety Culture v 2.0

	2. การให้ความสำคัญกับความปลอดภัย (Priority Given to Safety)
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	ความปลอดภัยเป็นความรับผิดชอบของทุกคน รวมทั้งผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป
Values (What is good)	ความปลอดภัยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุดขององค์กร (safety is the top priority) ไม่มีเรื่องอื่นสำคัญกว่า ทุกคนตระหนักเรื่องความปลอดภัยและตื่นตัวต่อความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลา การวัดผลมีเป้าหมายเพื่อปกป้องผู้ป่วยมิใช่เพื่อปกป้ององค์กร
Feelings (What is enjoyable)	
Behaviors (what is done)	องค์กร กำหนดความปลอดภัยเป็นประเด็นสำคัญเชิงกลยุทธ์ มีการลงทุนด้านการเงินและทรัพยากรอื่นๆ เพื่อความปลอดภัย มีระบบการจัดการเพื่อป้องกันที่หลากหลาย มีการจัดสภาพการทำงานที่ดี (พิจารณา เวลา แรงกดดัน ภาระงาน ความเครียด) ความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงบูรณาการไปทั่วทั้งองค์กร มีการระบุบทบาทหน้าที่และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
แจกแจง MaPSCAT ออกมาตาม Onion Model of Culture	ผู้บริหารแสดงความมุ่งมั่นในเรื่องความปลอดภัยด้วยการกระทำและการเสริมพลัง จัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัย ส่งเสริมให้ความปลอดภัยเป็นประเด็นที่ฝังอยู่ในกิจกรรมของบุคลากรทุกคน/ทุกระดับ/ทุกส่วนงาน ติดตามความก้าวหน้าเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ บรรลุความปลอดภัย เป็นหัวข้อแรกในทุกการประชุม ม
	ผู้ปฏิบัติงาน คาดการณ์ถึงความเสี่ยงในทุกกิจกรรมที่จะทำ ตระหนักในสถานการณ์ตรงหน้าว่ากำลังเผชิญกับความเสี่ยงอะไร ใช้ทุกโอกาสที่จะคุยกันเรื่องความปลอดภัย ประเมินและหาโอกาสปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ
	ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในเรื่องความปลอดภัย รู้ว่าจะทำอะไรให้ตนเองปลอดภัย
Artifacts (What is collected)	

3. System errors and individual responsibility ข้อผิดพลาดของระบบและความรับผิดชอบของบุคคล

- A. เห็นว่าอุบัติการณ์เป็นความโชคร้าย และอยู่นอกเหนือจากการควบคุมขององค์กร เกิดขึ้นเพราะความผิดพลาดของบุคลากร และอุปนิสัยของผู้ป่วย มีวัฒนธรรมของการกล่าวโทษต่อบุคคล ทำให้ตกเป็นเหยื่อและดำเนินการทางวินัย
- B. องค์กรมองว่าตนเองเป็นเหยื่อของสถานการณ์ บุคลากรเป็นเหตุ ดังนั้นการแก้ปัญหาคือการฝึกอบรมและการลงโทษ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจะไม่มี ความพยายามในการดูแลผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ
- C. มีระบบในการจัดการกับอุบัติการณ์ องค์กรบอกว่าตนมีวัฒนธรรมที่เปิดกว้างและเป็นธรรมแต่ไม่สามารถรับรู้ได้โดยการสัมผัสพูดคุยกับบุคลากร เพื่อให้โปร่งใสจึงมีการบันทึกข้อมูลว่าทั้งบุคลากรและผู้ป่วยได้รับการดูแลภายหลังเกิดอุบัติการณ์ แต่ไม่เป็นที่รับทราบกันในวงกว้างหรือการใช้ประโยชน์จากกลไกนี้
- D. เป็นที่ยอมรับว่าอุบัติการณ์เกิดจากกลไกร่วมกันของบุคคลและระบบ องค์กรมีวัฒนธรรมในการเปิดกว้าง เป็นธรรม และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อมีอุบัติการณ์กับผู้ป่วยจะมีการวิเคราะห์และสรุปผลว่าเกิดจากปัจจัยเชิงระบบหรือจากตัวบุคคล เช่น ใช้ incident decision tree กระบวนการนี้จะบอกผลการตัดสินใจ ทำให้นำจะเป็นกระบวนการที่เป็นระบบและเป็นธรรมในการจัดการปัญหาของบุคลากรเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น
- E. บุคลากรมีบทบาทและภาระรับผิดชอบต่อความผิดพลาดรวมทั้งได้รับการเสริมพลังในการรายงาน มีการบูรณาการระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อร้องเรียน รวมทั้งกรณีเป็นคดีความ มาวิเคราะห์ด้วยกัน บุคลากร ผู้ป่วย ญาติ มีส่วนร่วมและได้รับการดูแลเยียวยาตั้งแต่หลังเกิดเหตุการณ์ องค์กรมีระดับของการเปิดกว้างและพร้อมให้ผู้ป่วยไว้วางใจ องค์กรซื่อสัตย์ต่อผู้ป่วย ผู้บริหาร ผู้ป่วย ในทุกกรณีของอุบัติการณ์ ไม่ว่าจะรุนแรงระดับใดก็ตาม

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

3. System errors and individual responsibility ข้อผิดพลาดของระบบและความรับผิดชอบของบุคคล

a. Attitude & values

- human errors สามารถป้องกันได้ด้วยการออกแบบระบบที่ดี
- มีบรรยากาศของความเปิดกว้างและความไว้วางใจ (openness and trust) ในระดับสูง

b. Organizational policy

- บูรณาการระบบเพื่อนำอุบัติการณ์ คำร้องเรียน การถูกฟ้อง การทบทวนเวชระเบียน มาวิเคราะห์ร่วมกัน
- มุ่งเน้นปรับปรุงปัจจัยองค์กรด้วยแนวทางที่เป็นระบบ
- ส่งเสริม just culture ปฏิบัติต่อคนทำงานอย่างเหมาะสม โดยแยกแยะความผิดพลาดจากระบบ กับ พฤติกรรมที่ยอมรับไม่ได้
- เปิดใจและจริงใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกประเภท ทุกระดับความรุนแรง

c. Management behavior

- ผู้บริหารส่งเสริมให้มีการตรวจสอบเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ
- ผู้บริหารส่งเสริมให้มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ง่ายต่อการทำงานที่ปลอดภัย
- ผู้บริหารรับฟังข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอุบัติการณ์โดยไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษ
- ผู้บริหารให้ความช่วยเหลือและเกื้อหนุนผู้เกี่ยวข้องที่อาจมีภาวะเครียดจากอุบัติการณ์

d. Staff behavior

- ผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักในกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้
- ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามกฎระเบียบและคู่มือ
- ผู้ปฏิบัติงานตระหนักในการรับผิดชอบเกี่ยวกับความผิดพลาดต่างๆ และได้รับการเสริมพลังที่จะรายงาน
- ผู้ปฏิบัติงานจะหยุดทำงานถ้าตระหนักว่าตนไม่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย

e. Patient participation

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน
- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อเกิดเหตุการณ์

**MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา**

AHRQ Survey

5. การสนับสนุนของ ผู้ตรวจการ ผู้บริหาร ผู้นำ

- B1 ผู้ตรวจการ ผู้บริหาร
ผู้นำทางคลินิก จะ
พิจารณาข้อเสนอแนะ
ของเจ้าหน้าที่เพื่อ
ปรับปรุงความปลอดภัย
สำหรับผู้ป่วยอย่างจริงจัง
- B2 ผู้ตรวจการ ผู้บริหาร
ผู้นำทางคลินิก ต้องการ
ให้เราทำงานให้เร็วขึ้นใน
ระหว่างชั่วโมงเร่งด่วน แม้
จะต้องลัดขั้นตอน
- B3 ผู้ตรวจการ ผู้บริหาร
ผู้นำทางคลินิก ลงมือทำ
อะไรบางอย่างเมื่อได้รับ
ทราบข้อห่วงกังวล
เกี่ยวกับความปลอดภัย
ของผู้ป่วย

The AHRQ Surveys on Patient Safety
Culture v 2.0

	3. มุมมองเรื่องระบบและบุคคล (Perspective on Systems and Individuals)
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	ความปลอดภัยเกิดจากการออกแบบระบบที่ดี และ mindfulness ของคนทำงาน อุบัติการณ์เกิดจากกลไกร่วมกันของบุคคลและระบบ
Values (What is good)	ความผิดพลาดของมนุษย์สามารถป้องกันได้ด้วยการออกแบบระบบที่ดี ความซื่อสัตย์และจริงใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว ให้คุณค่ากับการเปิดกว้าง เป็นธรรม ช่วยเหลือกันและกัน
Feelings (What is enjoyable)	มีบรรยากาศของความเปิดกว้างและความไว้วางใจ (openness and trust) ในระดับสูง
Behaviors (what is done)	องค์กรมุ่งเน้นปรับปรุงปัจจัยองค์กรเพื่อป้องกันความเสี่ยง ส่งเสริม just culture (การปฏิบัติต่อคนทำงาน อย่างเป็นธรรม เหมาะสมตามพฤติกรรมของบุคคล) บุรณการสารสนเทศ (อุบัติการณ์ คำร้องเรียน คดี ความ การทบทวนเวชระเบียน) เพื่อการวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของความเสี่ยง
แจกแจง MaPSCAT ออกมาตาม Onion Model of Culture	ผู้บริหาร เปิดใจและจริงใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เสริมพลังให้บุคลากรรายงานอุบัติการณ์ รับ ฟังข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องโดยไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษ ช่วยเหลือผู้เกี่ยวข้องที่อาจเครียดจากอุบัติการณ์ ส่งเสริมให้มีการตรวจสอบเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ง่าย ต่อการทำงานที่ปลอดภัย พิจารณาข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยอย่างจริงจัง ลงมือทำอะไร บางอย่างเมื่อรับทราบข้อห่วงกังวล
	ผู้ปฏิบัติงานตระหนักในกระบวนการที่ออกแบบไว้ ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบและคู่มือ มี mindfulness (ใคร่ครวญ คาดการณ์ เตรียมพร้อม ตาดู หูฟัง) ในระหว่างการทำงาน หยุดทำงานถ้าตระหนักว่าตนเองไม่ สามารถทำได้อย่างปลอดภัย สังสัญญาณเมื่อพบที่กำลังจะเกิดความไม่ปลอดภัย ตระหนักในการะ รับผิดชอบเกี่ยวกับความผิดพลาดต่างๆ และการรายงาน
	ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ได้รับความช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อเกิดเหตุการณ์
Artifacts (What is collected)	

4. Recording incidents and best practice

การรายงานอุบัติการณ์และบันทึกแนวทางปฏิบัติที่ดี

- A. มีระบบรายงานอุบัติการณ์ แต่ส่วนใหญ่ในองค์กรยังทำแบบ “ทองไม่รู้ร้อน” ยกเว้นอุบัติการณ์ที่รุนแรงหรือกรณีได้รับการร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้อง
- B. มีระบบการรายงานอุบัติการณ์แบบเพิ่งเริ่มเกิดขึ้น และบุคลากรไม่ให้ความสนใจในการรายงาน มีข้อมูลน้อยและยังไม่ได้นำมาวิเคราะห์ ยังคงมีวัฒนธรรมการกล่าวโทษทำให้บุคลากรไม่อยากจะรายงาน ยังไม่มีระบบที่จะช่วยสนับสนุนหรือสร้างความมั่นใจในการรายงาน
- C. มีระบบรายงานอุบัติการณ์เข้าส่วนกลางแบบไม่ระบุชื่อรวมทั้งมีการต้องลงรายละเอียดของแบบฟอร์ม มีความพยายามกระตุ้นให้บุคลากรและผู้ป่วยให้รายงานอุบัติการณ์รวมทั้งประเภทที่เกือบเกิดขึ้นแต่ถูกจัดการก่อน ทั้งนี้ทำให้ทั้งบุคลากรและผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดที่จะรายงาน องค์กรเริ่มมีแนวทางอื่นๆในการรับรู้ข้อมูลความปลอดภัยคู่ขนานไปกับการรายงานดังกล่าวเช่นข้อร้องเรียน การตรวจสอบ เป็นต้น
- D. มีการกระตุ้นและสนับสนุนให้รายงานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งระดับองค์กรและระดับชาติ(เช่นnational reporting and learning system)ด้วยทำให้เห็นว่าเป็นโอกาสในการเรียนรู้ มีการนำกลไก “ความร่วมมือกันฉันเพื่อน” มาใช้เป็นแนวทางกระตุ้นการรายงานเพื่อนำไปสู่การประเมินและจัดการที่ทันท่วงที บุคลากรรู้สึกถึงความมั่นใจว่าปลอดภัยที่จะรายงานในทุกประเภทของอุบัติการณ์ รวมทั้งประเภทที่ป้องกันได้ ทั้งบุคลากร ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลตั้งแต่มีการรายงาน
- E. กลายเป็นเรื่องปกติธรรมดาในการที่รายงานอุบัติการณ์ซึ่งรวมทั้งกลุ่มที่เกือบเกิดเหตุและประเภทที่ป้องกันได้ เนื่องจากผู้รายงานเข้าใจ และมั่นใจในระบบการทบทวน การวิเคราะห์ และทราบถึงคุณค่าของการรายงานทั้งต่อระดับองค์กรหรือระดับชาติ ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้รายงานอุบัติการณ์ด้วย เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นระบบที่เข้มแข็งเพื่อทำให้ได้สิ่งที่ดีที่สุดและรองรับการชมเชย

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

4. Recording incidents and best practice

การรายงานอุบัติการณ์และบันทึกแนวทางปฏิบัติที่ดี

AHRQ Survey

a. Attitude & values

- มั่นใจในกระบวนการสืบสวน (investigate) และเข้าใจคุณค่าของการรายงานภายในองค์กรและต่อหน่วยงานระดับชาติ

b. Organizational policy

- มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ใช้อย่าง เข้าถึงง่าย เป็นความลับ
- มีระบบเพื่อบันทึกวิธีปฏิบัติที่ดีต่างๆ เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

c. Management behavior

- ผู้บริหารส่งเสริมและให้รางวัลการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด
- ผู้บริหารมีท่าทีเชิงบวกต่อการรับทราบรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด
- ผู้บริหารสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่ารายงานนั้นถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงอะไรบ้าง

d. Staff behavior

- ผู้ปฏิบัติงานรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดอย่างเป็นเรื่องปกติ (second nature)
- ผู้ปฏิบัติงานมีความสบายใจที่จะรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด โดยไม่ต้องกังวลว่าจะถูกตำหนิ

e. Patient participation

- ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้รายงานอุบัติการณ์

MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา

4. การตอบสนองต่อความผิดพลาด (response to error)

A6 ที่หน่วยงานนี้ เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนจะถูกนำมาจัดการกับตน

A7 เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหา

A10 เมื่อเจ้าหน้าที่ทำผิดพลาด หน่วยงานนี้จะมุ่งเน้นที่การเรียนรู้ มากกว่าการตำหนิตัวบุคคล

A13 ที่หน่วยงานนี้ ไม่มีการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย

8. การรายงานเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย (reporting patient safety events)

D1 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด เมื่อมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย

D2 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น ถึงตัวผู้ป่วย มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด

4. การรายงานอุบัติการณ์และรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี (Recording incidents and best practice)

	4. การรายงานอุบัติการณ์และรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	
Values (What is good)	คุณค่าของการรายงานคือโอกาสในการเรียนรู้เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ทำนองเดียวกัน เมื่อมีการรายงาน สิ่งที่ถูกรายงานคือตัวปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล
Feelings (What is enjoyable)	มั่นใจในความปลอดภัยที่จะรายงานอุบัติการณ์ทุกประเภท ทุกระดับความรุนแรง มั่นใจในกระบวนการทบทวนอุบัติการณ์ ว่ามุ่งเน้นที่การเรียนรู้มากกว่าการตำหนิตัวบุคคล
Behaviors (what is done)	องค์กร จัดให้มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ใช่ง่าย เข้าถึงง่าย เป็นความลับ มีแนวทางอื่นๆ ในการรับรู้ อุบัติการณ์คู่ขนานไปกับการรายงาน (เช่น ข้อร้องเรียน การตรวจสอบ การทบทวนเวชระเบียน) มีระบบ บันทึกวิธีปฏิบัติที่ดีเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
ແຈກແຈງ MaPSCAT ອອກມາຕາມ Onion Model of Culture	ผู้บริหาร ส่งเสริมและให้รางวัลการรายงาน มีท่าทีเชิงบวกต่อการรับทราบรายงาน สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติทราบว่า รายงานนั้นถูกนำไปใช้ในการปรับปรุงอะไรบ้าง
	ผู้ปฏิบัติงาน รายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดเป็นเรื่องปกติ ไม่ต้องกังวลว่าจะถูกตำหนิ
	ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้รายงานอุบัติการณ์
Artifacts (What is collected)	

5. Evaluating incidents and best practice

การประเมินอุบัติการณ์และวิธีการปฏิบัติที่ดี

- A. อุบัติการณ์และข้อร้องเรียนถูกชุกไว้ได้พรม อุบัติการณ์ต่างๆได้รับการทบทวนอย่างผิวเผินโดยผู้รับผิดชอบระดับล่างโดยมีเป้าหมายเพื่อปิดประเด็นและเก็บข้อไว้ ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการทบทวนวิเคราะห์จะถูกเก็บไว้มากกว่าจะนำมาปรับปรุงยกเว้นกลุ่มที่ต้องจัดการทางวินัยและต้องจัดการสื่อสารมวลชน องค์กรประเภทนี้จึงไม่ค่อยมีการปฏิบัติที่ดีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้รับรู้ได้มากนัก
- B. การทบทวนมีเป้าหมายเพื่อลดความเสียหายขององค์กรและกระจายความรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ในแง่การถูกกล่าวโทษ การทบทวนจะทำการคร่าวๆและพุ่งไปที่เหตุการณ์ตรงนั้นและการกระทำของบุคคลเท่านั้น (ในความหมายว่าไม่ดูปัจจัยแวดล้อมร่วมด้วย) กระบวนการแบบเร็วและด่วนสรุปนี้มีเป้าหมายเพื่อจัดการเหตุการณ์เฉพาะเท่านั้น บางครั้งการทบทวนก็ไม่สมบูรณ์
- C. ผู้รับผิดชอบระดับสูงร่วมในการทบทวน โดยดูทั้งตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดของกระบวนการทบทวนซึ่งเกี่ยวข้องกับการลงรายละเอียดในรูปแบบฟอร์มต่างๆ การทบทวนทำเพื่อประโยชน์องค์กรและเพื่อปกป้องผู้ป่วยมากกว่าที่จะหาสาเหตุรากและส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง
- D. องค์กรเปิดโอกาสให้บุคคลภายนอกสามารถร่วมในการทบทวนและตั้งคำถามเพื่อให้ได้มุมมองจากแหล่งอื่น บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์นั้นมีส่วนร่วมในการทบทวนหาสาเหตุรากและประเด็นที่เผชิญอยู่ เป้าหมายของการทบทวนเพื่อเกิดการเรียนรู้จากอุบัติการณ์และการสืบค้นที่กว้างขวางพอเพียง ข้อมูลจากการรายงานอุบัติการณ์ถูกนำไปวิเคราะห์และบอกแนวโน้ม ซึ่งจุดที่เป็นรอยรั่วและสำรวจกระบวนการฝึกอบรม เป็นองค์กรที่มองเป้าหมายไปข้างหน้า เปิดกว้างเพื่อรับสิ่งที่จะใช้ในการพัฒนา ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการทบทวนและร่วมแสดงการรับรู้ของตนเอง ประสิทธิภาพรวมทั้งเสนอแหล่งของข้อเสนอแนะได้
- E. องค์กรจัดให้มีทั้งการทบทวนจากภายในและการทบทวนจากภายนอกอย่างอิสระซึ่งรวมเอาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ป่วยด้วย การทบทวนเหล่านี้ องค์กรถือเป็นโอกาสของกระบวนการเรียนรู้และมุ่งไปที่การปรับปรุงพัฒนารวมทั้งข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลทำอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ รวมทั้งให้มีส่วนร่วมจากบุคลากรโดยรวม มีการเรียนรู้จากแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศทั่วทั้งองค์กรและในระดับชาติ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งมีหลักฐานจากข้อตกลงที่จะใช้การทบทวนรายงานอุบัติการณ์เป็นเหตุแห่งการเรียนรู้ในทุกระดับขององค์กรตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ให้บริการอีกทั้งบุคลากรฝ่ายสนับสนุนด้วย

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

5. Evaluating incidents and best practice

การประเมินอุบัติการณ์และวิธีการปฏิบัติที่ดี

a. Attitude & values

- การสืบสวนอุบัติการณ์ (incident investigation-RCA) เป็นโอกาสเรียนรู้และมุ่งเน้นที่การปรับปรุง
- มีความมุ่งมั่นที่จะเรียนรู้จากอุบัติการณ์โดยทุกระดับ ตั้งแต่คณะกรรมการ ผู้บริหารระดับสูง ไปถึงทีมดูแลผู้ป่วยและบุคลากรในสายสนับสนุน

b. Organizational policy

- แต่งตั้ง AE response team เพื่อให้มีการตอบสนองต่อ AE อย่างเหมาะสม
- มีระบบการสืบสวนอุบัติการณ์ (incident investigation-RCA) ที่เป็นอิสระ โดยบุคลากรและผู้ป่วยมีส่วนร่วม
- กระบวนการวิเคราะห์อุบัติการณ์มีความเป็นระบบและได้รับการทบทวนอย่างสม่ำเสมอจากข้อมูลที่ได้จากการปรึกษาหารือกับบุคลากร
- มีการแบ่งปันความรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก

c. Management behavior

- ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการทำ RCA ตามข้อกำหนด
- ผู้บริหารเป็นแบบอย่างในการเข้าร่วม RCA รับฟัง สร้างบรรยากาศที่ดี ปกป้องมิให้มีการตำหนิกัน
- ผู้บริหารสนับสนุนให้นำผลของ RCA มาปรับปรุงระบบโดยใช้หลัก human factor และหลักการเน้นผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง

d. Staff behavior

- ผู้ปฏิบัติงานยินดีให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ความรู้สึก ความเห็น เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริง
- ผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ยินดีเข้าร่วมในการทำ RCA

e. Patient participation

- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็น

**MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา**

5. การประเมินอุบัติการณ์ (Evaluating incidents)

	5. การประเมินอุบัติการณ์ Evaluating incidents
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	
Values (What is good)	การวิเคราะห์มูลเหตุ (RCA) หรือการสืบสวนอุบัติการณ์ (incident investigation) เป็นโอกาสเรียนรู้และมุ่งเน้นที่การปรับปรุง
Feelings (What is enjoyable)	มีความมุ่งมั่นที่จะเรียนรู้จากอุบัติการณ์โดยทุกระดับ
Behaviors (what is done)	องค์กร (1) แต่งตั้ง AE response team เพื่อให้มีการตอบสนองต่อ AE อย่างเหมาะสม (2) จัดระบบการสืบสวนอุบัติการณ์ (incident investigation-RCA) ที่เป็นอิสระ โดยบุคลากรและผู้ป่วยมีส่วนร่วม (3) ออกแบบกระบวนการวิเคราะห์อุบัติการณ์ให้มีความเป็นระบบและได้รับการทบทวนอย่างสม่ำเสมอจากข้อมูลที่ได้อจากการปรึกษาหารือกับผู้ปฏิบัติงาน (4) จัดให้มีการแบ่งปันความรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก
แจกแจง MaPSCAT ออกมาตาม Onion Model of Culture	ผู้บริหาร (1) สนับสนุนให้มีการทำ RCA ตามข้อกำหนด (2) เป็นแบบอย่างในการเข้าร่วม RCA รับฟัง สร้างบรรยากาศที่ดี ปกป้องมิให้มีการตำหนิกัน (3) สนับสนุนให้นำผลของ RCA มาปรับปรุงระบบโดยใช้หลัก human factor และการเน้นผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง
	ผู้ปฏิบัติงาน (1) ยินดีให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ความรู้สึก ความเห็น เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริง (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ยินดีเข้าร่วมในการทำ RCA
	ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นระหว่างการทำ RCA
Artifacts (What is collected)	

6. Learning and effecting change

การเรียนรู้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

- A. ไม่ได้พยายามจะเรียนรู้จากอุบัติการณ์ยกเว้นจะถูกตั้งคำถามจากชุมชนหรือบุคคลภายนอก เป้าหมายหลังจากรับรู้อุบัติการณ์ก็เพื่อปิดรอยแผลเท่านั้น และปกป้องตนเอง โดยองค์กรตระหนักเพียงแค่ว่าไม่ให้เรื่องราวแพร่กระจายออกไปก็บรรลุเป้าหมายแล้ว ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆหลังอุบัติการณ์ยกเว้นการรับรู้และความตระหนักเป็นรายคนเท่านั้น
- B. มีการเรียนรู้เกิดขึ้นเล็กน้อยและการดูแลเหตุการณ์ใช้ประสบการณ์ของบุคลากรอาวุโส การเรียนรู้เกิดขึ้นจำเพาะเหตุการณ์นั้นๆเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงใดๆที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์มักจะไม่ยั่งยืนเพราะเปรียบเสมือนปฏิกิริยาตอบสนองแบบรีเฟลกต่อความผิดพลาดเฉพาะบุคคลโดยมีการวางแผนและกำหนดโดยผู้บริหารระดับสูง ซึ่งมักจะทำให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำได้
- C. มีการวางระบบบางอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กรและอาจรวมถึงมุมมองจากผู้ป่วยด้วย บทเรียนเหล่านี้มักจะยังไม่กระจายทั่วองค์กร อาจมีการเปลี่ยนแปลงในบางจุดที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ คณะกรรมการและผู้จัดการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนแต่ยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือทำให้ไม่สามารถบูรณาการเข้าไปในงานประจำได้ ผู้ป่วยได้เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมแต่ก็เพียงได้รับทราบข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับตนและชุมชน
- D. องค์กรมีวัฒนธรรมการเรียนรู้และมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เช่นให้ข้อมูลป้อนกลับและแลกเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วย ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุนในการทบทวนเชิงลึกและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบ บุคลากรมีส่วนร่วมในเชิงรุกในกระบวนการและมีข้อตกลงร่วมในการจะขับเคลื่อนองค์กรอย่างยั่งยืน องค์กรได้ทำการสำรวจอย่างกว้างขวางเพื่อหาโอกาสการเรียนรู้และกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น การเรียนรู้ขององค์กรที่เกิดตามหลังอุบัติการณ์นั้นจัดทำเป็นแผนการที่ชัดเจน เป็นองค์กรที่เปิดกว้างและมีความเชื่อมั่นตนเอง
- E. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เรียนรู้จากข้อมูลสารสนเทศ ประสบการณ์ทั้งภายในและภายนอกองค์กร และมีข้อตกลงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรอื่นๆ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นรวมทั้งประเภทไม่อันตรายหรือประเภทป้องกันได้ ได้นำมาพูดคุยในเวทีที่เปิดกว้างซึ่งบุคลากรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน การเรียนรู้ทั้งระดับปัจเจกและระดับองค์กรได้รับการประเมิน มีวัฒนธรรมการปรับปรุงในบริการโดยไม่ต้องรอให้เกิดอุบัติการณ์มากระตุ้นเพื่อให้มีการพัฒนาต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีบทบาทในการร่วมเรียนรู้และส่งผลให้มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ดีตามมา

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

6. Learning and effecting change

การเรียนรู้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

a. Attitude & values

- เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- ยอมรับการวิพากษ์ตนเอง

**MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา**

b. Organizational policy

- มีการบ่งชี้โอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาคุณภาพหลังเกิดอุบัติการณ์
- มีการวัดผลการดำเนินการด้านความปลอดภัย
- องค์กรเรียนรู้จากข้อมูลและประสบการณ์ทั้งจากภายในและภายนอก มุ่งมั่นที่จะแบ่งปันบทเรียนนี้ทั้งในองค์กรและระหว่างองค์กร

c. Management behavior

- ผู้บริหารยินดีเผชิญหน้ากับผลการดำเนินการและวัฒนธรรมที่ไม่ดี
- ผู้บริหารติดตาม ประเมิน และส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงานและองค์กร
- ผู้บริหารมองหาประเด็นเชิงระบบจากอุบัติการณ์เพื่อปรับปรุงและแบ่งปันบทเรียน

d. Staff behavior

- มีการนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (รวมทั้ง near miss) มาพูดคุยกันในเวทีเปิด ซึ่งผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้รับการเสริมพลังให้มีส่วนร่วม
- ผู้ปฏิบัติงานมีวัฒนธรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานแม้ว่าจะไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น

e. Patient participation

- ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้และมีส่วนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามมา

AHRQ Survey

3. การเรียนรู้ขององค์กร-การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (organizational learning-continuous improvement)

A4 หน่วยงานนี้ทบทวนกระบวนการทำงาน เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนให้มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

A12 ที่หน่วยงานนี้ มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยว่าได้ผลดีเพียงใด

A14 หน่วยงานนี้ ปลอมให้**ปัญหาความปลอดภัย** เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก

The AHRQ Surveys on Patient Safety Culture v 2.0

6. การเรียนรู้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

	6. การเรียนรู้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Learning and effecting change)
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	
Values (What is good)	องค์กรแห่งการเรียนรู้ การวิพากษ์ตนเอง
Feelings (What is enjoyable)	กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น เปิดกว้าง มีความเชื่อมั่นตนเอง
Behaviors (what is done)	องค์กร (1) วางแนวทางการบ่งชี้โอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาคุณภาพหลังเกิดอุบัติการณ์ (2) มีการวัดผลการดำเนินการด้านความปลอดภัย (3) วางระบบการเรียนรู้จากข้อมูล สารสนเทศ และประสบการณ์ทั้งจากภายในและภายนอก (4) ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ การแลกเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วย (4) มุ่งมั่นที่จะแบ่งปันบทเรียนทั้งในองค์กรและระหว่างองค์กร (6) ประเมินการเรียนรู้ทั้งระดับปัจเจกและระดับองค์กร
แจกแจง MaPSCAT ออกมาตาม Onion Model of Culture	ผู้บริหาร (1) สนับสนุนการทบทวนเชิงลึกและการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ (2) มองหาประเด็นเชิงระบบจากอุบัติการณ์เพื่อปรับปรุงและแบ่งปันบทเรียน (3) ดำเนินการกับผลการดำเนินการและวัฒนธรรมที่ไม่ดี (4) ติดตาม ประเมิน และส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงานและองค์กร
	ผู้ปฏิบัติงาน (1) นำอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดมาพูดคุยกันในเวทีที่เปิดกว้าง ซึ่งผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้รับการเสริมพลังให้มีส่วนร่วม (2) มีวัฒนธรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานแม้ว่าจะไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น
	ผู้ป่วยมีบทบาทในการร่วมเรียนรู้และมีส่วนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามมา
Artifacts (What is collected)	

7. Communication about safety issues

การสื่อสารประเด็นความปลอดภัย

- A. การสื่อสารมีปัญหา ส่วนมากเป็นแบบสั่งการจากเบื้องบน บุคลากรไม่สามารถพูดคุยเรื่องความเสี่ยงกับผู้บริหารได้ เหตุการณ์จะถูกเก็บเงียบไว้และห้ามกล่าวถึง เป็นองค์กรลักษณะปิด สิ่งที่สื่อกันมักจะเป็นแง่ลบและกล่าวโทษกัน ผู้ป่วยได้แต่ให้ข้อมูลที่เป็นทางการและด้วยความยากลำบากกว่าจะได้แสดงข้อมูล
- B. การสื่อสารเป็นแบบทางเดียวจากผู้บริหารหรือผู้จัดการ บุคลากรจะมีโอกาสได้พูดเมื่อมีบางอย่างผิดปกติเท่านั้น การสื่อสารนี้ไว้เฉพาะสำหรับผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์เท่านั้น ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการสื่อสารทางเดียวจากองค์กร
- C. มีกลยุทธ์เกี่ยวกับการสื่อสาร มีการกำหนดนโยบายและวิธีการ รวมทั้งบันทึกที่หลากหลาย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลมากมายจากทั้งบุคลากร ผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลจากองค์กรอื่นแต่ยังไม่ได้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีข้อมูลมากเกินไปจนนำไปใช้ได้ไม่ดี เริ่มมีระบบการสื่อสารเรื่องความเสี่ยง แต่ไม่มีการทวนสอบถึงประสิทธิภาพของระบบ
- D. ระบบการสื่อสารและการบันทึกมีสมบูรณ์ มีการสื่อสารทั่วทั้งองค์กรเพื่อกระตุ้นการเทียบเคียงอย่างมีความหมาย บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วม มีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการที่จะส่งข้อเสนอแนะให้กับองค์กร มีการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ มีช่วงเวลาในการสรุปข้อมูลสารสนเทศสม่ำเสมอโดยให้บุคลากรจัดตารางเอง มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยกับผู้ป่วยและชุมชนที่เกี่ยวข้อง
- E. ทุกคนสื่อสารกันเรื่องความปลอดภัยและเรียนรู้จากผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่ดีหรือที่มีผลทางลบ เป็นองค์กรที่โปร่งใส ผู้ป่วยร่วมอยู่ในกระบวนการจัดทำนโยบายความเสี่ยง กระตุ้นให้เกิดความคิดเชิงสร้างสรรค์และนวัตกรรมเพื่อนำมาใช้ในองค์กร เป็นองค์กรที่มีการสื่อสารถึงแนวการปฏิบัติที่ดีทั้งภายในและภายนอกองค์กร

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

7. Communication about safety issues การสื่อสารประเด็นความปลอดภัย

A. Attitude & values

- ยินดีเปิดรับความคิดเห็นที่หลากหลายจากทุกระดับ

B. Organizational policy

- มีการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยและวิธีการปฏิบัติที่ดีทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ

C. Management behavior

- ผู้บริหารใช้เวลามากพอกับพนักงานจริง สัมผัสปัญหา พูดคุยกับผู้คน
- ผู้บริหารส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนเสนอความคิดเห็นเพื่อปรับปรุง
- ผู้บริหารส่งเสริมและเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ความคิดสร้างสรรค์
- ผู้บริหารสื่อสารแผนงานริเริ่ม กลยุทธ์ และเป้าหมายกับผู้ปฏิบัติงานบ่อยๆ
- ผู้บริหารสื่อสารกับแพทย์และผู้ปฏิบัติงานโดยใช้กรณีศึกษา

D. Staff behavior

- ผู้ปฏิบัติงานสื่อสารกันบ่อยๆ เพื่อสร้างความตระหนักในประเด็นความปลอดภัย (safety brief) (ครั้งละ 5 นาที เวิร์ล 2 ครั้ง)
- ผู้ปฏิบัติงานส่งเวรกันในเรื่องความปลอดภัยเพื่อให้ผู้รับเวรระมัดระวัง
- ทุกคนสื่อสารประเด็นความปลอดภัยและเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (ทั้งในด้านดีและด้านร้าย)

E. Patient participation

- ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เป็นเพื่อนคู่คิดที่ดี
- บอกกล่าวและขอโทษผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

**MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา**

6. การสื่อสารความผิดพลาด (communication about error)

- C1 เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้
- C2 เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก
- C3 ที่หน่วยงานนี้ เราได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์

7. การสื่อสารที่เปิดกว้าง (communication openness)

- C4 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้สามารถ speak up เมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย
- C5 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้จะ speak up เมื่อเห็นผู้ที่มีอำนาจมากกว่าทำบางอย่างไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- C6 เมื่อเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้ speak up ผู้ที่มีอำนาจมากกว่าจะเปิดใจรับฟังข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่พวกเขาแสดงออก
- C7 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้ **กลัวที่จะตั้งคำถาม** เมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง

10. การส่งต่องานและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (handoffs and information exchange)

- F4 เมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยหนึ่งไปอีกหน่วยหนึ่ง **ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญมักจะมีการตกหล่น**
- F5 ระหว่างการเปลี่ยนเวร **ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญมักจะตกหล่น**
- F6 ระหว่างการเปลี่ยนเวร มีเวลาเพียงพอสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ

AHRQ Survey

7. การสื่อสารประเด็นความปลอดภัย (Communication about Safety Issues)

	7. การสื่อสารประเด็นความปลอดภัย (Communication about Safety Issues)
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	
Values (What is good)	เป็นองค์กรที่โปร่งใส ยินดีเปิดรับความคิดเห็นที่หลากหลายจากทุกระดับ
Feelings (What is enjoyable)	รู้สึกปลอดภัยที่จะแสดงความเห็นหรือข้อห่วงกังวลได้โดยอิสระ (psychological safety)
Behaviors (what is done)	องค์กร (1) มีกลยุทธ์ นโยบาย วิธีการ เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องความเสี่ยง/ความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ (2) มีการรวบรวมข้อมูลและวิธีการปฏิบัติที่ดีเพื่อสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องทั่วทั้งองค์กร (3) มีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการรับข้อเสนอแนะ (4) มีการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสาร
แจกแจง MaPSCAT ออกมาตาม Onion Model of Culture	ผู้บริหาร (1) ใช้เวลามากพอกับพนักงานจริง สัมผัสปัญหา พูดคุยกับผู้คน เปิดใจรับฟังข้อห่วงกังวลของ ผู้ปฏิบัติงาน (2) ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนเสนอความคิดเห็นเพื่อปรับปรุง (3) ส่งเสริมและเสริม พลังให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ความคิดสร้างสรรค์ (4) สื่อสารแผนงานริเริ่ม กลยุทธ์ และเป้าหมายกับผู้ปฏิบัติงาน บ่อยๆ (5) สื่อสารกับแพทย์และผู้ปฏิบัติงานโดยใช้กรณีศึกษา
	ผู้ปฏิบัติงาน (1) สื่อสารกันบ่อยๆ เพื่อสร้างความตระหนักในประเด็นความปลอดภัย (safety brief) (2) สื่อสารข้อมูลสำคัญอย่างครบถ้วนในระหว่างการส่งเวร หรือเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (3) ทุกคนสื่อสาร ประเด็นความปลอดภัยและเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (ทั้งในด้านดีและด้านร้าย) (4) speak up หรือ กล้าตั้งคำถามเมื่อพบสิ่งนี้อาจมีผลด้านลบต่อผู้ป่วย
	(1) มีการสื่อสารที่ได้ผลเกี่ยวกับความปลอดภัยกับผู้ป่วยและชุมชนที่เกี่ยวข้อง (2) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เป็นหุ้นส่วนที่ดี (3) บอกกล่าวและขอโทษผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์

8. Personnel management and safety issues

ประเด็นความปลอดภัยกับการบริหารบุคลากร

- A. องค์กรเห็นว่าบุคลากรเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งที่มาทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย กระบวนการสรรหาและคัดเลือกเป็นแบบขั้นพื้นฐาน ภาษาที่ใช้เป็นแบบเชิงลบ ไม่ได้ดูแลสุขภาพบุคลากร มีการบันทึกข้อมูลแบบทางการเท่านั้น บุคลากรรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการดูแล รู้สึกว่าไม่ได้เป็นพวกเดียวกัน เป็นระบบดูแลบุคลากรขั้นพื้นฐาน ไม่มีระบบการพัฒนาบุคลากร ไม่เชื่อมโยงกับอาชีพอนามัย
- B. การเปลี่ยนแปลงกำหนดภาระงานและระดับบุคลากรจะทำเมื่อไม่ตอบสนองต่อปัญหา จึงเป็นจุดอ่อนขององค์กร บรรยากาศการทำงานเป็นแบบจับผิดและลงโทษ มีการดูแลบุคลากรอยู่บ้างแบบเพื่อให้มีไว้เท่านั้น เป็นระบบบริหารบุคคลแบบดั้งเดิมที่ไม่ยืดหยุ่น และมีไว้ตามแก้ปัญหาที่เคยเกิดแล้วเท่านั้น
- C. มีระบบในการคัดเลือกและการรักษาคนให้คงอยู่ รวมทั้งมีเอกสารรับรองชัดเจน ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารกับบุคลากรเป็นแบบเป็นทางการ ไม่มีชีวิตชีวา มักสื่อสารตามนโยบายและแนวปฏิบัติ กลไกในการดูแลบุคลากรใช้ระบบเอกสารมากและอ้างอิงนโยบาย มีกระบวนการประเมิน การพัฒนา และอาชีพอนามัยแต่มักจะไม่นิยมนำมาใช้ ทำให้ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ระบบแบบนี้จึงเสมือนมีไว้เพื่อกำกับควบคุมบุคลากรมากกว่า
- D. มีข้อตกลงบางอย่างที่จะตรงกับความต้องการของบุคลากร มีความพยายามจะทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการทำงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย จัดระบบสนับสนุนให้ยืดหยุ่นเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละคน กระบวนการดูแลบุคลากรมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนเมื่อจำเป็น มีระบบในการดูแลและติดตามสุขภาพบุคลากรอย่างจริงจัง มีระบบการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วย ญาติและบุคลากร มีตัวอย่างของการติดตามประเมินผลเชิงรุก เช่น การใช้ NPSA's Incident Decision Tree ตามหลังอุบัติการณ์
- E. มีการกำหนดลักษณะเฉพาะของงานโดยการใช้กรอบของความรู้และทักษะเพื่อบ่งชี้สมรรถนะของบุคลากร การสะท้อนข้อมูลและทบทวนทั้งบวกและลบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ องค์กรมีข้อตกลงกับบุคลากรและทุกคนมั่นใจในกระบวนการดูแลจัดการบุคลากรซึ่งรวมทั้งการมีที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงในการทำงาน ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาและการนำนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยไปใช้ การบริหารบุคลากรบูรณาการไปกับการบริหารองค์กร หลังจากการพบอุบัติการณ์ของความปลอดภัย มีการวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่าเกี่ยวกับปัจจัยเชิงระบบหรือบุคลากร กระบวนการนี้ใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้พนักงาน เป็นการจัดการที่เสมอภาคและเป็นธรรม

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

8. Personnel management and safety issues ประเด็นความปลอดภัยกับการบริหารบุคลากร

A. Attitude & values

- ความปลอดภัยเป็นค่านิยมพื้นฐานที่ทุกคนต้องมี และค่านิยมนี้เป็นเงื่อนไขในการจ้างงาน

B. Organizational policy

- องค์กรสร้างความมั่นใจในวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารบุคลากร รวมทั้งการการสอนงาน การกำกับดูแล
- มีบุคลากรที่เพียงพอและมีความสามารถ
- มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน

C. Management behavior

- ผู้บริหารกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของงาน (job specification) เพื่อกำหนดความสามารถที่ต้องการ โดยใช้กรอบความรู้และทักษะ (Knowledge and Skills Framework)
- ผู้บริหารจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและจำกัดชั่วโมงทำงาน
- ผู้บริหารทบทวนและสะท้อนความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่องและโดยอัตโนมัติ
- หลังเกิดอุบัติการณ์ มีการวิเคราะห์เพื่อพิจารณาสาเหตุจากปัจจัยเชิงระบบและตัวบุคคล เพื่อปฏิบัติต่อบุคลากรด้วยความเป็นธรรม
- ผู้บริหารนำโดยการทำตัวเป็นแบบอย่าง
- ผู้บริหารสนับสนุนและให้รางวัลกับพฤติกรรมเชิงบวกของผู้ปฏิบัติงาน

**MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา**

D. Staff behavior

- ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจและความพึงพอใจในงาน
- ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีส่วนร่วมและมีบทบาทที่มีความหมาย
- ผู้ปฏิบัติงานผูกพันและลงมือปฏิบัติในภารกิจความปลอดภัย สร้างผลลัพธ์ที่สัมผัสได้ และให้เสียงสะท้อน

E. Patient participation

- ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยและบุคลากร

AHRQ Survey

2. การจัดคนทำงานและ อัตรางานเข้า (staffing and work pace)

A2 ในหน่วยงานนี้ เรามี
กำลังคนเพียงพอที่จะ
รองรับปริมาณงาน

A3 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มี
จำนวนชั่วโมงทำงาน
ยาวนานเกินกว่าจะให้การ
ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด

A5 หน่วยงานนี้อาศัย
เจ้าหน้าที่ชั่วคราว
เจ้าหน้าที่ลอย หรือ
เจ้าหน้าที่จากภายนอก
มากเกินไป

A11 อัตรางานเข้าใน
หน่วยงานนี้มากเกินไปจน
มีผลทางลบต่อความ
ปลอดภัยของผู้ป่วย

The AHRQ Surveys on Patient Safety
Culture v 2.0

OVERVIEW OF THE NHS KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK

Dimensions		Level Descriptors			
CORE		1	2	3	4
1	Communication	Communicate with a limited range of people on day-to-day matters	Communicate with a range of people on a range of matters	Develop and maintain communication with people about difficult matters and/or in difficult situations	Develop and maintain communication with people on complex matters, issues and ideas and/or in complex situations
2	Personal and people development	Contribute to own personal development	Develop own skills and knowledge and provide information to others to help their development	Develop oneself and contribute to the development of others	Develop oneself and others in areas of practice
3	Health, safety and security	Assist in maintaining own and others' health, safety and security	Monitor and maintain health, safety and security of self and others	Promote, monitor and maintain best practice in health, safety and security	Maintain and develop an environment and culture that improves health, safety and security
4	Service improvement	Make changes in own practice and offer suggestions for improving services	Contribute to the improvement of services	Appraise, interpret and apply suggestions, recommendations and directives to improve services	Work in partnership with others to develop, take forward and evaluate direction, policies and strategies
5	Quality	Maintain the quality of own work	Maintain quality in own work and encourage others to do so	Contribute to improving quality	Develop a culture that improves quality
6	Equality and diversity	Act in ways that support equality and value diversity	Support equality and value diversity	Promote equality and value diversity	Develop a culture that promotes equality and values diversity

8. การบริหารบุคลากรกับความปลอดภัย (Personnel Management & Safety)

	8. การบริหารบุคลากรกับความปลอดภัย (Personnel Management & Safety)
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	
Values (What is good)	ความปลอดภัยเป็นค่านิยมพื้นฐานของทุกคน
Feelings (What is enjoyable)	มีความพึงพอใจและแรงจูงใจในงาน
Behaviors (what is done)	องค์กร (1) สร้างความมั่นใจในวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารบุคลากร รวมทั้งการสอนงาน การมีที่ปรึกษาและพี่เลี้ยง การกำกับดูแล (2) ใช้ค่านิยมความปลอดภัยเป็นเงื่อนไขในการจ้างงาน (3) มีบุคลากรที่เพียงพอและมีความสามารถ (4) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน (5) การบริหารบุคลากรบูรณาการไปกับการบริหารองค์กร (6) มีความพยายามจะทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการทำงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย จัดระบบสนับสนุนให้ยืดหยุ่นเหมาะสมกับความจำเป็นของแต่ละคน
แจกแจง MaPSCAT ออกมาตาม Onion Model of Culture	ผู้บริหาร (1) กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของงาน (job specification) เพื่อกำหนดความสามารถที่ต้องการ โดยใช้กรอบความรู้และทักษะ (Knowledge and Skills Framework) (2) จัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและจำกัดชั่วโมงทำงาน (3) ทบทวนและสะท้อนความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่องและโดยอัตโนมัติ (4) หลังเกิดอุบัติเหตุ มีการวิเคราะห์เพื่อพิจารณาสาเหตุว่าเกิดจากจากปัจจัยเชิงระบบหรือตัวบุคคล เพื่อปฏิบัติต่อบุคลากรด้วยความเป็นธรรม (5) นำโดยการทำตัวเป็นแบบอย่าง (6) สนับสนุนและให้รางวัลกับพฤติกรรมเชิงบวกของผู้ปฏิบัติงาน
	ผู้ปฏิบัติงาน (1) ทุกคนมีส่วนร่วมและมีบทบาทที่มีความหมาย (2) มีความผูกพันและลงมือปฏิบัติในภารกิจความปลอดภัย สร้างผลลัพธ์ที่สัมผัสได้ และให้เสียงสะท้อน
	ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัย

9. Staff education and training

การศึกษาและฝึกอบรมของบุคลากร

- A. องค์กรไม่ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม การฝึกอบรมมีเฉพาะที่ทางการกำหนด การศึกษาหรืออบรมของบุคลากรเป็นสิ่งที่สนใจ ใช้เวลาสิ้นเปลือง จึงทำให้ไม่มีการทบทวนเรื่องคุณภาพและความเหมาะสมของการฝึกอบรมที่ให้กับบุคลากรที่จะสอดคล้องกับความก้าวหน้าทางอาชีพ โดยมองว่าบุคลากรได้เรียนจบมาแล้วเพื่อจะทำงานนั้นๆจึงไม่จำเป็นต้องเพิ่มเติมการฝึกอบรมอันใด
- B. การอบรมจะเกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาและมักจะสัมพันธ์กับพื้นที่เสี่ยงสูงเท่านั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่บุคลากรต้องเรียนรู้เอง ขวนขวายและเสียค่าใช้จ่ายเอง ในการอบรม การฝึกอบรมต่างๆจะมุ่งเป้าเพื่อเพิ่มรายได้และค่าประกันองค์กรมากกว่ามองว่าเป็นการพัฒนาบุคลากร ไม่มีงบประมาณที่จัดไว้สำหรับเฉพาะการฝึกอบรม และการประเมินผลพนักงานก็เกิดขึ้นในลักษณะแบบพื้นฐานเท่านั้น
- C. การฝึกอบรมจะจัดให้มีขึ้นสอดคล้องกับความต้องการขององค์กร ดังนั้นการสนับสนุนก็จะมีเฉพาะที่ได้ประโยชน์กับองค์กร ยังไม่มีส่วนที่จะให้ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากำหนดการอบรม มีแผนพัฒนาบุคลากรขั้นพื้นฐานของแต่ละคน อย่างไรก็ตามไม่ค่อยมีประสิทธิภาพมากนักเพราะไม่ได้ตอบสนองตามความต้องการ มีการอบรมหลายอย่างมากแต่ก็ไม่ตรงกับพัฒนาตามสายงานที่บุคลากรต้องการ การฝึกอบรมถูกมองว่าเป็นวิธีที่จะป้องกันความผิดพลาดและใช้เพื่อการประเมินในรอบนั้นๆ
- D. องค์กรพยายามที่จะหาความสอดคล้องต้องการขององค์กรกับของบุคลากรเพื่อกำหนดการอบรม การศึกษาอบรมเพิ่มเติมมีการวางแผน รวมทั้งสนับสนุนอย่างดีทั่วทั้งองค์กร การฝึกอบรมบูรณาการไปกับการพัฒนาตามสายงานและเชื่อมโยงกับระบบงานขององค์กรเช่นระบบรายงานอุบัติการณ์ ให้บุคลากรเป็นศูนย์กลางของการประเมิน มีความพยายามเบื้องต้นในการเชื่อมโยงกับผู้ป่วยและชุมชนรวมทั้งนำประสบการณ์จากผู้ป่วยและชุมชนมาใช้ในการกำหนดการเรียนรู้
- E. บุคลากรแต่ละคนได้รับการเสริมพลังและกระตุ้นการเรียนรู้ตามที่ต้องการ โดยผ่านการวิเคราะห์และจัดการด้วยตนเอง การเรียนรู้ในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องอยู่ในห้องเรียน การเรียนรู้ของบุคลากรฝังเป็นวัฒนธรรมขององค์กร การเข้าถึงการอบรมจะมีความยืดหยุ่นเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรได้เติมเต็มสิ่งที่ต้องการ การประเมินผลด้วยตนเอง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยช่วยให้เข้าใจการรับรู้เรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อนำมากำหนดในการฝึกอบรม

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

9. Staff education and training

การศึกษาและฝึกอบรมของบุคลากร

A. Attitude & values

- การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร มีความยืดหยุ่น เป็นการสนับสนุนให้บุคลากรได้ทำงานเต็มศักยภาพ
- มีความชัดเจนในวัฒนธรรมที่ต้องการบรรลุ จะเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร

B. Organizational policy

- การเรียนรู้เกิดขึ้นในงานประจำ ไม่เฉพาะในห้องเรียน
- ทุกคนได้รับการฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัยและการพัฒนาคุณภาพ
- สร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง
- สอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

C. Management behavior

- ผู้บริหารเสริมพลังและจูงใจให้บุคลากรวิเคราะห์ความต้องการในการฝึกอบรมของตน (training needs)
- ผู้บริหารเป็นแบบอย่างในการไม่กล่าวโทษในการสอนและประชุมทบทวนคุณภาพ
- ผู้บริหารเป็นแบบอย่างในการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และวิพากษ์ระบบที่เป็นอยู่
- ผู้บริหารใช้หลักหัวใจนักปราชญ์ (สุ จิ ปุ ลิ) เพื่อสร้างการเรียนรู้ในหน่วยงาน

D. Staff behavior

- ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย รับทราบหน้าที่
- ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ริเริ่มและจัดการประเมินผลงานของตนเอง
- ผู้ปฏิบัติงานมีนิสัยสร้างการเรียนรู้คู่กับการทำงาน

**MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา**

E. Patient participation

- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมบุคลากรให้เข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและความปลอดภัย

9. การศึกษาและฝึกอบรมของบุคลากร (Staff Education & Training)

	9. การศึกษาและฝึกอบรมของบุคลากร (Staff Education & Training)
Worldview (what is real)	
Beliefs (What is true)	การเรียนรู้เกิดขึ้นในงานประจำ ไม่เฉพาะในห้องเรียน
Values (What is good)	การศึกษาเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร การศึกษาเรียนรู้มีความยืดหยุ่น เข้าถึงได้ง่าย เป็นการสนับสนุนให้บุคลากรได้เติมเต็มสิ่งที่ต้องการ มีความชัดเจนในวัฒนธรรมที่ต้องการบรรลุ จะเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร
Feelings (What is enjoyable)	ได้รับการสนับสนุนให้เข้าฝึกอบรมตรงตามสายงาน
Behaviors (what is done)	องค์กร (1) หาความสอดคล้องของความต้องการขององค์กรกับความต้องการของบุคลากรในการจัด การศึกษาอบรม (2) มีการวางแผนการศึกษาอบรมต่อเนื่องสำหรับทุกคน (3) ทุกคนได้รับการฝึกอบรมเรื่อง ความปลอดภัยและการพัฒนาคุณภาพ (4) การฝึกอบรมบูรณาการไปกับการพัฒนาตามสายงาน (career development) และเชื่อมโยงกับระบบงานขององค์กร เช่น ระบบรายงานอุบัติการณ์ (5) สร้างความ ตระหนักจากเหตุการณ์จริง สอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง
แจกแจง MaPSCAT ออกมาตาม Onion Model of Culture	ผู้บริหาร (1) เสริมพลังและจูงใจให้บุคลากรวิเคราะห์ความต้องการในการฝึกอบรมของตน (training needs) (2) ผู้บริหารเป็นแบบอย่างในการไม่กล่าวโทษในการสอนและประชุมทบทวนคุณภาพ (3) เป็น แบบอย่างในการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และวิพากษ์ระบบที่เป็นอยู่ (4) ใช้หลักหัวใจนักปราชญ์ (สุ จี ปุ ลิ) เพื่อสร้างการเรียนรู้ในหน่วยงาน
	ผู้ปฏิบัติงาน (1) ทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย รับทราบหน้าที่ (2) เป็นผู้ริเริ่มและจัดการ ประเมินผลงานของตนเองเพื่อกำหนดความต้องการในการฝึกอบรมและการเรียนรู้ (3) มินิสัยสร้างการเรียนรู้ คู่กับการทำงาน
	ใช้ "การฝึกอบรม" เป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากร

10. Team working

การทำงานเป็นทีม

- A. บุคลากรทำงานแบบเอกเทศ ไม่สามารถทำงานร่วมกันได้ มีความตึงเครียดในทีมงานและระบบบังคับบัญชาที่แข็งแกร่ง เปรียบเสมือนการรวมเอาคนจากหลากหลายส่วนมาอยู่รวมกันเท่านั้น ไม่มีการสื่อสารข้อมูลสารสนเทศในทีมงาน มักทำงานแบบมีความลับซึ่งกันและกัน
- B. บุคลากรจะทำงานแบบทีมเมื่อมีเหตุการณ์มากำหนดและกดดันจากภายนอก แต่ละคนไม่มีข้อตกลงร่วมกับทีม มีสายบังคับบัญชาที่ชัดเจนในแต่ละทีมซึ่งสอดคล้องกับสายบังคับบัญชาขององค์กร มีทีมสหสาขาเพียงแต่ยังทำงานภายใต้การกำหนดให้ทำ ยังขับเคลื่อนทีมเองอย่างผิวเผิน ข้อมูลถูกส่งให้ทีมงานตามเหตุการณ์ ทีมงานทำงานแบบตั้งรับและไม่ค่อยต้อนรับสมาชิกใหม่
- C. ทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อตอบสนองต่อนโยบายภาครัฐแต่ไม่ได้ประเมินประสิทธิภาพของทีม ทีมงานอยู่ในระดับเริ่มต้นของการทำงานร่วมกันที่เป็นผลจากการได้รับการเสริมพลัง ต้องได้รับการแนะนำมากเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม มีกลไกในการแบ่งปันความคิดและข้อมูลภายในและระหว่างทีมแต่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ทีมดำเนินการอยู่เบื้องหลังภายใต้องค์กร
- D. เป็นทีมที่มีลักษณะเป็นสหสาขาวิชาชีพ ใช้เวลา พยายามพัฒนากระบวนการ โครงสร้างทีมเป็นแบบยืดหยุ่นสั่นไหว ทำหน้าที่ตามต้องการอย่างเหมาะสมในแต่ละเวลา มีการประเมินการทำงานเป็นทีมและปรับเปลี่ยนถ้าจำเป็น มีการร่วมมือร่วมใจและพร้อมปรับตัว เปิดกว้างพร้อมรับบุคคลภายนอกเข้าร่วมทีม
- E. เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่บูรณาการอย่างเต็มที่ มีการปรับปรุงประเมินทุกด้านอย่างสม่ำเสมอ สมาชิกทีมมีความยืดหยุ่นในโครงสร้างแนวราบ แต่ละคนสามารถส่งมอบคุณค่าได้เท่ากัน ทีมงานมีความเข้าใจร่วมกันและมุ่งเป้าไปยังวิสัยทัศน์มากกว่าจะติดขัดเรื่องความแตกต่างจากปัจจัยอื่น การทำงานเป็นทีมเป็นที่ยอมรับในองค์กร เปิดกว้าง เกี่ยวข้องกับสมาชิกจากองค์กรอื่น ในทุกระดับ ทั้งระดับชาติและแม้แต่มาระดับนานาชาติ

MaPSaF ประเมินเป็น 5 ระดับ

10. Team working

การทำงานเป็นทีม

A. Attitude & values

- การมีส่วนร่วมของทุกคนได้รับคุณค่าอย่างเท่าเทียมกัน

B. Organizational policy

- ใช้การจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง

C. Management behavior

- ผู้บริหารยอมรับและสนับสนุนการทำงานเป็นทีม
- ผู้บริหารสนับสนุนการฝึกอบรมให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเรื่อง team resource management
- มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่ดี

D. Staff behavior

- ทีมมีลักษณะเปิด มีสมาชิกที่หลากหลาย
- มีการแบ่งปันความเข้าใจและวิสัยทัศน์
- สมาชิกภาพของทีมมีความยืดหยุ่น โดยอาศัยโครงสร้างแนวราบ
- อัตราการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง แสดงถึงแรงจูงใจที่ดี และเป็นพลังหนุนสำหรับสิ่งที่จะทำต่อไป

E. Patient participation

- ผู้ป่วยร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ทำงานเรื่องความปลอดภัย

AHRQ Survey

1. การทำงานเป็นทีม (teamwork)

- A1 ในหน่วยงานนี้ เราทำงานร่วมกันเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (effective team)
- A8 ในช่วงเวลาทำงานยุ่ง เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้จะช่วยเหลือกันและกัน
- A9 มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เคารพให้เกียรติกัน (disrespectful behavior) โดยผู้ที่ทำงานในหน่วยงานนี้

MaPSCAT เพื่อเป็น
แนวทางพัฒนา

The AHRQ Surveys on Patient Safety Culture v 2.0



**SCORE: Assessment of your work setting
Safety, Communication, Operational Reliability, and
Engagement**

Questionnaire containing items from the original SAQ, MBI, CBAQ, and JDRS.

Survey for Organizational Learning and Improvement

Safety Culture and Well-being Assessment Tool

Improvement Readiness

(Learning Environment สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้)

1. สิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ในที่ทำงานนี้ใช้ข้อมูล/ข้อเสนอแนะของผู้ที่ทำงานที่นี่
2. สิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ในที่ทำงานนี้เชื่อมโยงบทเรียนที่ได้จากที่ทำงานอื่น
3. สิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ในที่ทำงานนี้แก้ไขข้อบกพร่องเพื่อปรับปรุงคุณภาพของสิ่งที่เราทำอย่างมีประสิทธิภาพ
4. สิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ในที่ทำงานนี้ทำให้เราเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่เราทำได้ดี
5. สิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ในที่ทำงานนี้ได้รับการปกป้องจากผู้บริหารที่ใกล้ชิดที่สุด (หัวหน้างาน)

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Perception of Local Leadership

(หัวหน้างาน)

1. ในที่ทำงานนี้ หัวหน้างานพร้อมให้พบในเวลาที่เหมาะสมได้
2. ในที่ทำงานนี้ หัวหน้างานจัดเวลาเพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวกในสิ่งที่ฉันทำอย่างสม่ำเสมอ
3. ในที่ทำงานนี้ หัวหน้างานให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของฉันบ่อยๆ
4. ในที่ทำงานนี้ หัวหน้างานให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของฉัน
5. ในที่ทำงานนี้ หัวหน้างานสื่อสารความคาดหวังเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของฉัน

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Burnout Climate and Personal Burnout

(ภาวะหมดไฟในการทำงาน)

1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในที่ทำงานนี้มีผลกระทบต่อชีวิตของคนทำงานที่นี้ในลักษณะที่ไม่ดีต่อความรู้สึก
2. ผู้คนในที่ทำงานนี้รู้สึก burn out จากงานของพวกเขา
3. ผู้คนในที่ทำงานนี้รู้สึกอ่อนล้าจากงานของพวกเขา
4. ผู้คนในที่ทำงานนี้รู้สึกท้อแท้/ผิดหวังกับงานของพวกเขา
5. ผู้คนในที่ทำงานนี้กำลังทำงานหนักเกินไป
6. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในที่ทำงานนี้มีผลต่อชีวิตของฉันในลักษณะที่ไม่ดีต่อความรู้สึก
7. ฉันรู้สึก burn out จากงานของฉัน
8. ฉันรู้สึกอ่อนล้าเมื่อตื่นขึ้นมาในตอนเช้าและต้องมาเผชิญกับงานอีกวันหนึ่ง
9. ฉันรู้สึกท้อแท้/ผิดหวังกับงานของฉัน
10. ฉันรู้สึกว่าฉันกำลังทำงานหนักเกินไป
11. ในรอบเดือนที่ผ่านมา ฉันทำกิจกรรมได้จำกัดเนื่องจากไม่สบาย
12. ในรอบเดือนที่ผ่านมา มีวันที่ฉันไม่ได้มาทำงาน (ด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม)

Teamwork Climate

(บรรยากาศการทำงานเป็นทีม)

1. ความเห็นที่ไม่ตรงกันในที่ทำงานนี้ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม (ไม่ใช่หาว่าใครเป็นฝ่ายถูก แต่หาว่าอะไรดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย)
2. ในที่ทำงานนี้ เป็นการยากที่จะ **speak up** ถ้าฉันรับรู้ว่ามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
3. เป็นการง่ายสำหรับบุคลากรที่นี่ที่จะตั้งคำถามเมื่อมีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่เข้าใจ
4. ผู้คนที่นี้จากหลายสาขาวิชาหรือภูมิหลัง ทำงานร่วมกันเป็นทีมที่มีการประสานกันอย่างดี
5. การรับมือกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นปัญหาเป็นส่วนหนึ่งของงานที่ทำทนายของฉันอยู่ตลอดเวลา
6. ปัญหาการสื่อสารเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นประจำในที่ทำงานนี้
7. ปัญหาการสื่อสารเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นประจำเมื่อหน่วยงานนี้ต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Safety Climate

(บรรยากาศความปลอดภัย)

1. ข้อเสนอเกี่ยวกับคุณภาพที่ฉันเสนอต่อผู้บริหารจะได้รับการนำไปปฏิบัติ
2. มีการจัดการกับความผิดพลาดอย่างเหมาะสมในที่ทำงานนี้
3. ฉันได้รับข้อมูลป้อนกลับอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานของฉัน
4. วัฒนธรรมของที่นี่ทำให้ง่ายที่จะเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของคนอื่น
5. ฉันจะรู้สึกปลอดภัยถ้ามารับการรักษาที่นี่ในฐานะผู้ป่วย
6. ในที่ทำงานนี้ เป็นการยากที่จะพูดคุยเรื่องความผิดพลาด
7. ค่านิยมของผู้นำองค์กร เป็นค่านิยมเดียวกับที่คนในที่ทำงานนี้คิดว่าสำคัญ

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Engagement Assessment Tool

Growth Opportunities

(โอกาสเติบโต)

เกี่ยวกับโอกาสเติบโตในที่ทำงานนี้

1. ฉันมีโอกาที่จะพัฒนาตนเอง
2. ฉันรู้สึกว่าคุณสามารถประสบความสำเร็จบางอย่างได้
3. ฉันมีโอกาที่จะคิดและทำอย่างอิสระ
4. ฉันมีอิสระในการปฏิบัติงาน
5. ฉันมีส่วนตัดสินใจวางแผนการปฏิบัติงาน
6. ฉันมีส่วนตัดสินใจเกี่ยวกับกำหนดเวลาการปฏิบัติงาน

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Participation in decision making

(การมีส่วนร่วมตัดสินใจ)

ประสบการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในที่ทำงานนี้

1. กระบวนการตัดสินใจมีความชัดเจนในมุมมองของฉัน
2. มีความชัดเจนว่าฉันต้องพูดคุยปัญหาแต่ละประเภทกับใคร
3. ฉันสามารถพูดคุยเรื่องปัญหาในการทำงานกับหัวหน้าของฉัน
4. ฉันสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับธรรมชาติการทำงานของฉัน
5. ฉันมีส่วนโดยตรงต่อการตัดสินใจขององค์กร
6. องค์กรนี้ใช้ความเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับแผนงานริเริ่มด้านเทคโนโลยี

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Workload (ภาระงาน)

เกี่ยวกับการะงานในที่ทำงานนี้

1. ฉันมีงานที่ต้องทำมากเกินไป
2. ฉันต้องทำงานภายใต้แรงกดดันเรื่องเวลา
3. ฉันต้องใส่ใจกับหลายสิ่งหลายอย่างในเวลาเดียวกัน
4. ฉันต้องจดจ่อกับการทำงานอยู่ตลอดเวลา
5. ฉันต้องจดจำหลายเรื่อง

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Advancement

(ความก้าวหน้า)

เกี่ยวกับความก้าวหน้า (advancement) ในองค์กรนี้

1. ฉันสามารถอยู่ได้อย่างสบายๆ ด้วยเงินเดือนที่ได้รับ
2. องค์กรนี้จ่ายเงินเดือนสูง
3. ฉันได้รับค่าตอบแทนเหมาะสมกับงานที่ทำ
4. ฉันมีโอกาสก้าวหน้าทางการเงิน/ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม
5. ฉันมีโอกาสก้าวหน้าผ่านการฝึกอบรม
6. ฉันมีโอกาสที่จะได้รับการเลื่อนตำแหน่ง
7. ฉันพอใจกับสิทธิประโยชน์ทั้งหมดที่ได้รับอยู่

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Intention to leave

(ความคิดจะลาออก)

เกี่ยวกับความคิดที่จะลาออกจากในองค์กรนี้

1. ฉันอยากหางานที่ดีกว่านี้
2. ฉันมักจะคิดถึง การลาออกจากงานนี้
3. ฉันมีแผนที่จะลาออกจากงานนี้ภายใน 1 ปี

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

Job-related uncertainty (ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับงาน)

เกี่ยวกับความไม่แน่นอนในอนาคตของงานที่กำลังทำ

1. ฉันมั่นใจว่าจะยังทำงานที่นี้ภายในอีกหนึ่งปีนี้
2. ฉันมั่นใจว่าฉันจะยังคงทำงานนี้ในปีหน้า
3. ฉันมั่นใจว่าจะรักษาระดับหน้าที่การงานในปัจจุบันไว้

A	B	C	D	E	X
Disagree strongly	Disagree slightly	Neutral	Agree slightly	Agree strongly	Not applicable
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	กลางๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก	

