

### Leadership for high reliability organization

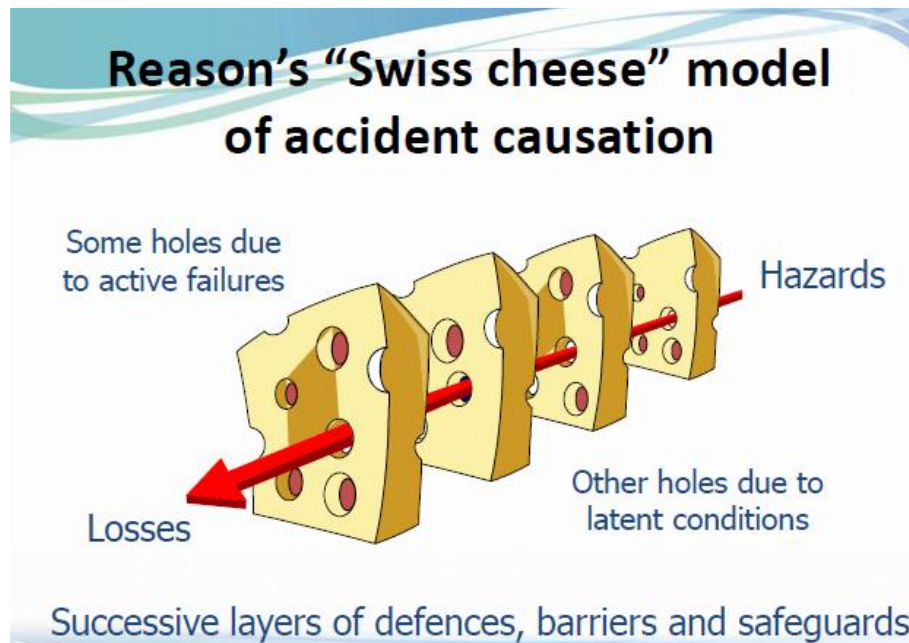
ศ (คลินิก) นพ. อภิชาติ ศิวาภรณ์ สมาคมพัฒนาผู้นำด้านบริการสุขภาพแห่งประเทศไทย

ผศ. นพ. ก่อพงศ์ รุกขพันธ์ รพ. เวชธานี

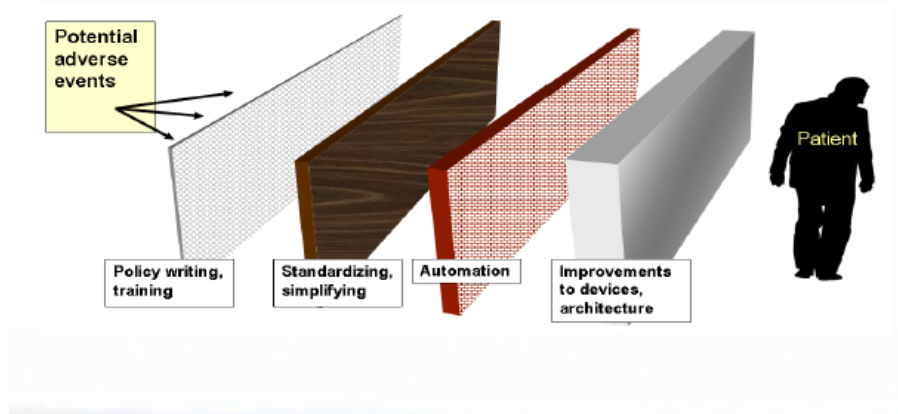
ภก. อาทิตร์น จารุกิจพิพัฒน์ ผู้อำนวยการด้านการจัดการ รพ. บำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล

14 มีนาคม 2556

บริการสุขภาพมีความซับซ้อนมาก โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดเป็นไปได้สูง มีอุบัติการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ตั้งแต่ความรุนแรงน้อยๆ จนถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (sentinel events) ในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นตั้งแต่ 2.9% ถึง 3.7% พบว่า 8.8% จนถึง 13.6% ของความคลาดเคลื่อนนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย การจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้ดำเนินการมา 10 ปีเศษ การพึ่งพาวิชาชีพเพียงอย่างเดียวจะไม่เพียงพอ คงต้องใช้ระบบในการจัดการโดยใช้ System Thinking และ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Creating a Culture of safety) ในการทำงานจะมีปราการเพื่อป้องกันความผิดพลาดอยู่ในระบบ เมื่อปราการไม่สมบูรณ์ จึงมีอันตรายเกิดขึ้น ตามการอธิบายในรูปแบบของความผิดพลาด swiss cheese model



การคิดเชิงระบบคือการกำหนดปราการในการป้องกัน ได้แก่ policy มาตรฐานการทำงาน เทคโนโลยี automation การปรับปรุงเครื่องมือและในเชิงกายภาพ



เราอาจเรียนรู้จากองค์กรอื่นๆ ที่มีความซับซ้อนในการทำงาน และมีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดรุนแรง มาปรับปรุงการทำงานในโรงพยาบาลได้ โดยใช้วิธี benchmarking

การสร้างความปลอดภัยในระบบสุขภาพ เริ่มจากการบริหารความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย พัฒนาเป็น HRO ซึ่งหมายถึงองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงอันตรายอย่างรุนแรงในสิ่งแวดล้อมที่ปกติมีโอกาสเกิดเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงและความซับซ้อน

HRO เริ่มตั้งแต่ในปี 1987 มีการประชุมเกี่ยวกับเรื่องนี้ที่ University of Texas ปี 1993 Weick & Roberts พบว่ามีสติและตระหนักในความเสี่ยง (Collective Mind in Organizations) ปี 2001 Weick & Sutcliffe เขียนหนังสืออธิบายคุณลักษณะของ HRO ประกอบด้วยสติ 5 ด้าน ได้แก่ ตระหนักถึงความล้มเหลวผิดพลาด (Preoccupation with failure), ไม่ทำอะไรง่ายเกินไป (Reluctance to simplify interpretations), มีความไวในการปฏิบัติการ (Sensitivity to operations), ล้มแล้วต้องลุกได้ ปรับปรุงแก้ไข (Commitment to resilience), ปรึกษาผู้รู้ (Deference to expertise)

Mark Chassin ประธานของ joint commission ผลักดันแนวคิด HRO ใช้คุณลักษณะที่ต้องการมาปรับเป็นเส้นทางเดิน และใส่สิ่งเหล่านี้ในมาตรฐาน joint commission เพื่อผลักดันอย่างจริงจังเป็นระบบ (ตั้งรูป) โดยแกน x สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) แกน y สร้างการปรับปรุงกระบวนการอย่างรวดเร็ว (rapid process improvement) โดยทีมที่ตระหนักรู้ (mindfulness) จนพัฒนาถึง HRO



Mark Chassin M.D., President, Joint Commission

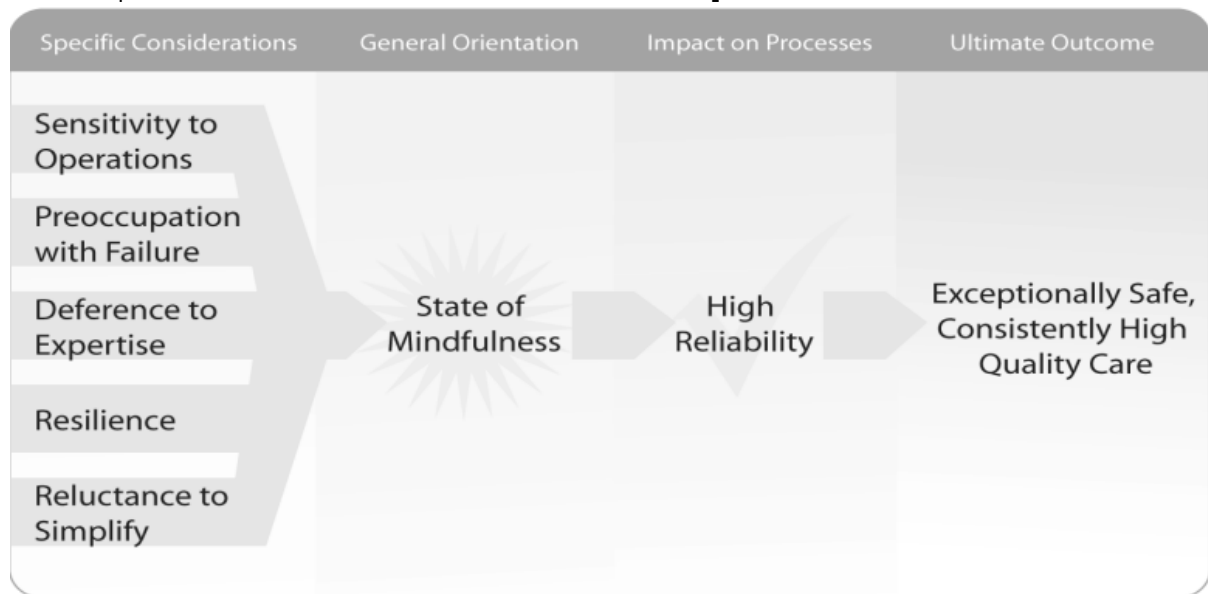


ผู้นำองค์กรต้องทำ high reliability เป็นลำดับแรกโดย ผู้นำทุกระดับ (กรรมการบริหาร ผู้จัดการ แพทย์ พยาบาล) ต้องให้คำมั่นสัญญา (committed) ใน 3 จุดเน้น ได้แก่ 1. Strong commitment by leadership (ตั้งเป้า ทำเป็นตัวอย่างให้เห็น ให้การสนับสนุน โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงสูง) 2. Safety Culture (เน้นความไว้วางใจ เชื่อใจ ระบบรายงานภาวะที่ไม่ปลอดภัย ดำเนินการ รับผิดชอบต่อการปฏิบัติที่ปลอดภัย สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ และบอกว่าจะทำอะไรต่อ สื่อสารกับผู้ปฏิบัติว่าจะไม่ตำหนิหรือลงโทษสำหรับการรายงานภาวะที่ไม่ปลอดภัยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (potentially unsafe conditions) ต้องมีการกระทำต่อรายงานเหล่านั้น แก้ปัญหาในสิ่งที่ไม่ปลอดภัยและสื่อสารการปรับปรุงให้กับบุคลากรที่รายงานสิ่งเหล่านั้นมาให้รับทราบ) 3. Robust Process Improvement (การปลูกฝังค่านิยม Six Sigma, Lean และ change management เพื่อทำให้เกิดกระบวนการที่สมบูรณ์และรักษาระดับที่สูงของความปลอดภัยให้ยาวนานออกไป ที่เกิดจากคนในองค์กรเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง เป็นระบบ)

เราจะทำเรื่องนี้ให้เกิดขึ้นได้โดยการประเมินตนเอง 14 ข้อ เพื่อประเมิน HRO โดยใช้หลักการว่า อะไรคือระดับของ leadership commitment ในปัจจุบัน ในกรรมการบริหาร แพทย์อาวุโสและผู้จัดการ ด้านบริหาร ? และเขาเหล่านั้นได้ตั้งเป้าหมาย วิธีการวัดและการติดตามความก้าวหน้าอย่างไร? มีวัฒนธรรมของคนที่รู้สึกว่าจะปลอดภัยในการรายงานปัญหาและเชื่อว่าการบริหารจัดการจะค้นหา ทางออกก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอันตราย? องค์กรวัดความก้าวหน้าเพื่อไปสู่ safety culture อย่างไร? องค์กรมีวิธีการที่จะระบุและมีการวัดขนาดของปัญหาคุณภาพและความปลอดภัย ค้นหาสาเหตุราก ค้นหาทางออกต่อสาเหตุรากเหล่านั้นและทำให้เห็นประสิทธิผลของลทางแก้เหล่านั้นก่อนที่จะถ่ายทอด สื่อสาร?

สรุปว่าคุณภาพการรักษายาบาลและความล้มเหลวของความปลอดภัยทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย ได้ทุกวันในทั่วโลก สภาพการณ์ปัจจุบันยังไม่เพียงพอ การตอบสนองต่อการปรับปรุงที่เหลือนด้วยองค์กร สุขภาพทั้งหมดและการสนับสนุน ระบบควบคุมกำกับ กลยุทธ์สำคัญ 3 ประการที่ผู้นำควรทำคือ การให้ คำมั่นสัญญาที่จะทำให้ความล้มเหลวด้านคุณภาพหลักเป็นศูนย์ (zero major quality failures), การ สร้างองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยและใช้เครื่องมือในการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมทั้งองค์กร (lean, six sigma, และ change management) การเดินทางไปสู่ high reliability อาจจะยาวนานและ ยากสำหรับธุรกิจการให้บริการดูแลสุขภาพ ไม่มีอะไรดีกว่าการเริ่มต้น ณ วันนี้

มุมมองโรงพยาบาลเวชธานี ใช้ 5 เสาหลักในการตื่นรู้



องค์ประกอบของผู้นำใน HRO ได้แก่

HRO (High Reliability Organization)	HLA (Healthcare Leadership Alliance)
1. ไวต่อสถานการณ์รอบตัว (Sensitivity to Operation)	1. Knowledge of the Healthcare Environment
2. ไม่เอาง่ายเข้าว่า (Reluctance to Simplify)	2. Professionalism
3. ครุ่นคิดว่ามีโอกาสเกิดปัญหา (Preoccupation with Failure)	3. Business Skill and Knowledge
4. รับฟังเสียงของผู้รู้จริง (Deference to Expertise)	4. Communication and Relationship Management
5. เตรียมพร้อมรับมือทุกสถานการณ์ (Resilience)	5. Leadership


[www.ahrq.gov/qual/hroadvice](http://www.ahrq.gov/qual/hroadvice)

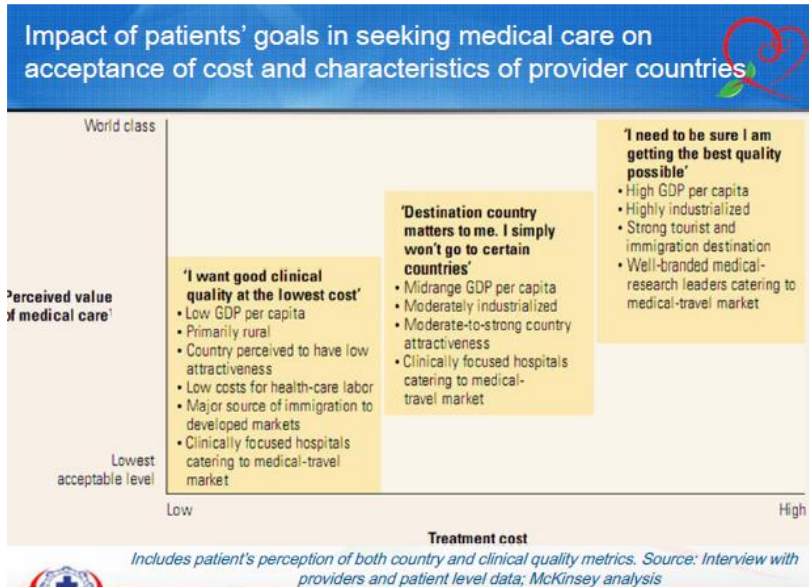
[www.ache.org](http://www.ache.org)


**การประชุม 14<sup>th</sup> HLA National Forum 12-15 มีนาคม 2556 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี**

ผู้นำต้องไวต่อสถานการณ์รอบตัว ไม่เอาง่ายเข้าว่า ไม่อนุญาตให้ลดขั้นตอน ครุ่นคิดว่ามีโอกาสเกิดปัญหา รับฟังเสียงของผู้รู้จริง และเตรียมพร้อมรับมือทุกสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องระหว่าง HRO กับ HLA (healthcare leadership alliance) ในอนาคต HRO จะถูกบรรจุในมาตรฐานของ JCI ควรมีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย flow การทำงานอย่างสม่ำเสมอ

ประสบการณ์โรงพยาบาลเวชธานี ปรับระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการต่อผู้รับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะ medical tourism จากต่างประเทศ สิ่งผู้ป่วยต้องการแต่ละกลุ่มไม่เหมือนกัน มองหาการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า (better quality care) เช่น การสวนหัวใจ บางที่สามารถใช้ trans radial approach ได้แล้ว น่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับ trans femoral หรือ การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด



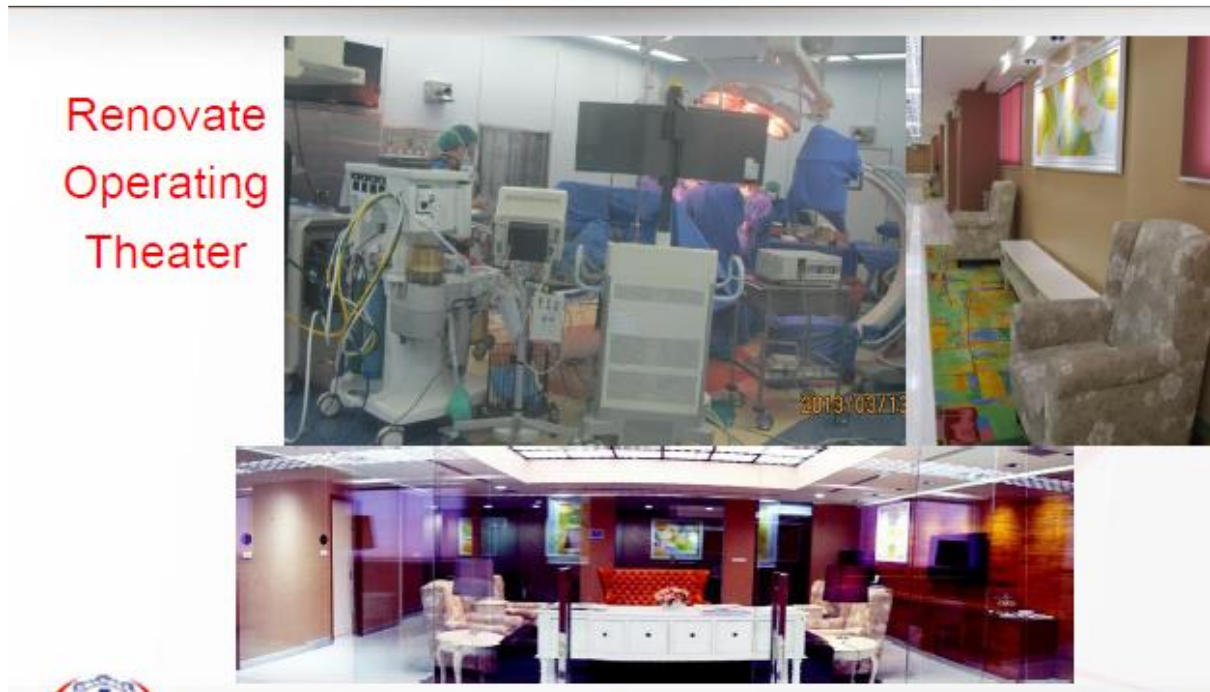


การวิจัยพบว่าความสูญเปล่าในโรงพยาบาลเกิดจากการไม่คุยกัน ตัวอย่างการทำ TJR หากทีม มีคนสอน มีอุปกรณ์ minimally invasive robot ค่อยๆเรียนรู้และพัฒนา 8 ปีผ่านไป ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ ร่วมมือจากทีมแพทย์ หมุนวงล้อคุณภาพตลอด



สิ่งที่ไม่บรรลุคือ การติดเชื้อ เริ่มปรับปรุงห้องผ่าตัด การแต่งกาย มีอุปกรณ์เปลี่ยนเข่าที่ทันสมัย (loaner) resterile ก่อนใช้กับผู้ป่วยทุกราย เทียบเคียงกับ IHI ใช้ระบบ IT บริหารจัดการการจัดซื้อ เอื้อความ

สะดวกในการดูแลผู้ป่วยของทีม พัฒนา CPG, protocol, clinical pathway ใช้ venous thromboembolism prophylaxis กำหนดตัววัดเพื่อใช้ติดตามผล แลได้นำเสนอผลงานในการประชุมระดับนานาชาติ (ISQUA)



บทเรียนที่ได้คือ การประเมินองค์กรของเราเอง การ Copy & Paste ไม่ได้ผล ควรเรียนรู้ ตามบริบท การสนับสนุนทั้งทิศทางและทรัพยากรจากผู้นำ ให้แพทย์เข้ามาอยู่ในทีมและเป็นผู้นำ ทำงานเป็นทีมโครงการ (ด้วยการดูแลคนเก่ง ทำสิ่งที่ดีที่สุด สดใสที่สุด (brightest & best) การเปลี่ยนทัศนคติ สร้างทีมที่ดีและเสริมพลังอำนาจ) การสื่อสาร สร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัดผลลัพธ์ ด้วยกระบวนการที่เชื่อถือ โปร่งใส อัตโนมัติ การเทียบเคียงสมรรถนะ (Benchmarking with Best Practices) การใช้ที่ปรึกษาที่เหมาะสม ให้ความสำคัญกับบุคลากรด้านหน้า เขาจะบอกคุณในสิ่งที่ต้องทำ

องค์กรที่น่าไว้วางใจ โดย ภก. อาทิตร์น จารุกิจพิพัฒน์ ผู้อำนวยการด้านการจัดการ รพ. บำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล เริ่มจาก on the spot reward คนที่อยู่หน้างาน โดยเฉพาะคนในรุ่น y การสร้างวัฒนธรรมเป็นบทบาทหลักของผู้นำ อยากให้เป็นแบบไหน จะ implement อย่างไร จะมีความสำคัญ การ engage บุคลากร หาทีมนำ ถ่ายทอดเป้าหมาย กลยุทธ์ลงสู่ระดับล่างได้ มีการทำแผนธุรกิจ quality and safety ต้องอยู่ในนั้น นำเสนอในที่ประชุม governing board การให้เครื่องมือเรียนรู้ การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การจัดการกิจกรรม QI เพื่อให้มีเวทีเสนอผลงาน มีระบบการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ระบบการปรับปรุงคุณภาพ กว่าจะเป็น HRO เริ่มจากความปลอดภัย คุณภาพ ความน่าเชื่อถือ และ HRO

## Level of Quality Improvement



บทบาทของผู้นำ มี 7 ประการในการทำให้เกิด ได้แก่ การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย ปฏิบัติการปิดช่องว่างความปลอดภัย เข้าใจหลักการปรับปรุงและความน่าเชื่อถือ ผลักดันให้เกิด high reliability organization สร้างความโปร่งใส ให้คำมั่นสัญญาของผู้นำ สร้างความผูกพันกับแพทย์พยาบาล ลงมือปฏิบัติและบทบาทผู้นำอย่างเป็นทางการ ทำในสิ่งที่ยากให้เป็น สร้างความเกี่ยวข้องของกรรมการบริหารในเส้นทางที่ปลอดภัย

กรอบความเข้าใจสำหรับ Patient Safety ประกอบด้วยกรอบสำหรับระบบของวัตถุประสงค์ความปลอดภัย การเชื่อมความปลอดภัยกับยุทธศาสตร์องค์กรและทรัพยากร กำหนดวัฒนธรรมของความปลอดภัย ประยุกต์วิธีการปรับปรุงผ่าน human factors และหลักฐานวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ แยกกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในระดับองค์กรและหน่วยงาน อธิบายหลักธรรมาภิบาลของความปลอดภัย ผู้ป่วย เชื่อมความปลอดภัยผู้ป่วยกับการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

กรอบความปลอดภัย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ วัฒนธรรมความปลอดภัย (ผู้นำอำนวยความสะดวก เป็นพี่เลี้ยงให้เกิดการทำงานเป็นทีม การปรับปรุง ความนับถือและความปลอดภัยด้านจิตใจ ทีมผู้รู้จักแผนของเกมและเห็นด้วยกับพฤติกรรมเฉพาะเจาะจง. ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ซึ่งสนับสนุนความปลอดภัยด้านจิตใจเนื่องจากลูกจ้างเชื่อว่าเขาถูกดูแลอย่างยุติธรรม) ระบบการเรียนรู้ (กระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องซึ่งทำให้เกิดการดูแลที่น่าเชื่อถือโดยการประยุกต์ใช้หลักฐานที่ดีที่สุดและลดความแปรปรวน กระบวนการดูแลที่เชื่อถือได้ โปร่งใส ต่อเนื่องโดยผู้ให้บริการด้านหน้า การประยุกต์ใช้วิธีการปรับปรุงอย่างเป็นทางการและการวัดเพื่อให้เกิดคุณภาพและบรรเทา กำจัดข้อบกพร่อง (ดูรูป)



# A Safety Framework – 6 components

## Culture of Safety

1. **Leaders** who facilitate and mentor teamwork, improvement, respect and psychological safety.
2. **Teams** who know the game plan and agree upon specific behaviors.
3. **Accountability** that supports psychological safety because employees believe that they'll be treated fairly.



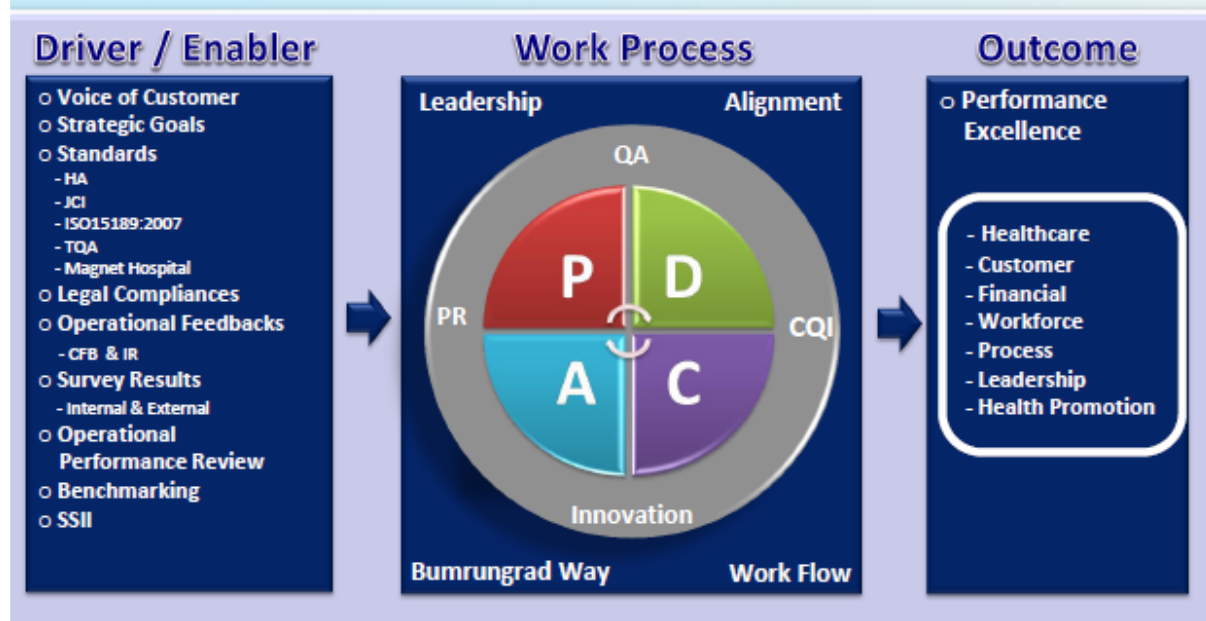
## Learning System

4. A **Continuous Learning** Process that generates reliable care by applying best evidence and minimizing variation.
5. **Reliable Care Processes** transparently, continuously, owned by frontline providers.
6. **Applies Formal Improvement Methods and Measurement** to generate quality and mitigate and eliminate defects.



ระบบคุณภาพของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ (รูป) ด้านซ้ายจะเป็น input กำหนด กระบวนการทำงาน (PDCA) และติดตามผลลัพธ์

## Bumrungrad Quality System



Remark : CFB = Customer Feedback    OPR = Organizational Performance Review    CQI = Continuous Quality Improvement  
 IR = Incident Report    SSII = Staff Suggestion and Innovation Ideas    QA = Quality Assurance  
 PR = Patient Safety and Risk Management

ในวันพุธ จะมี operation round ดูว่าหน่วยงานต้องการอะไรบ้าง นอกเหนือจาก leadership walk round มี patient safety walk round (รูป)

การสร้างและทำให้วัฒนธรรมความปลอดภัยมีความยั่งยืน ประกอบด้วย ❶ QP : Quality Planning

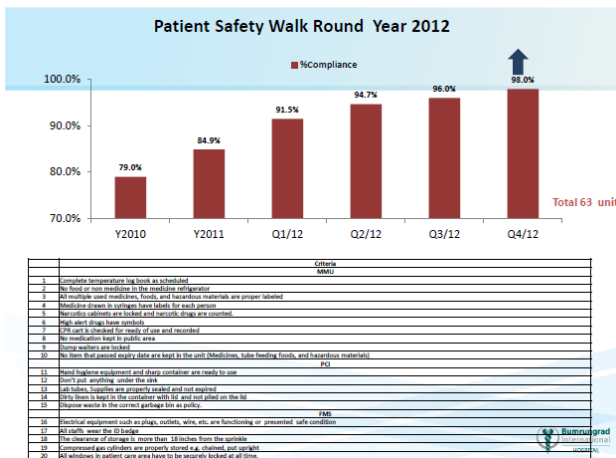
: Unit Self-Assessment ❷ QC/QA: Quality Control/ Quality Assurance

: IR & CFB, Internal Quality Assessment ❸ Patient Safety & Risk management

: IR & CFB, Patient Safety Program, Training ❹ QI: Quality Improvement

: CQI Activities, Annual QI Conference

มี annual quality training, IQA patient tracer, system tracer และ annual quality improvement conference ประจำปี



### Annual Quality Training



### Internal Quality Assessors 15 Teams : Year 2012



### Annual Quality Improvement Conference

