



# Siriraj Quality Fair 2552

ร่วมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย  
ฐานรากสู่ความเป็นเลิศของศิริราช

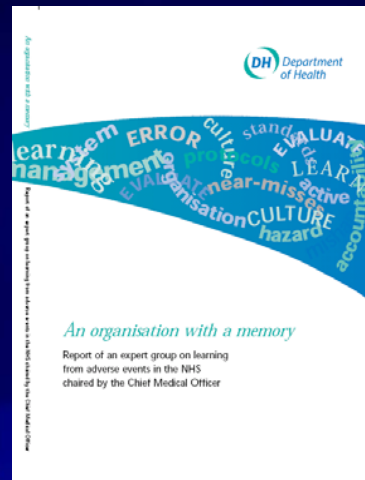
สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ด้วยกลยุทธ์การจัดการความรู้  
Create Safety Culture by KM Strategy



วัฒนธรรมความปลอดภัย หมายถึงอะไร  
ทำอย่างไร จึงจะมีวัฒนธรรมความปลอดภัย  
ประเมินได้อย่างไรว่า องค์กรมีวัฒนธรรมความปลอดภัย  
การจัดการความรู้ กับวัฒนธรรมความปลอดภัย  
ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



: Building a Safer Health System, 2000  
(www.nap.edu)



An Organization with a Memory  
UK Department of Health 2000  
(www.dh.gov.uk)



## ความหมายของคำว่าวัฒนธรรม ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน

- พ.ศ. 2542 สิ่งที่ทำให้ความเจริญงอกงามให้แก่หมู่คณะ เช่นวัฒนธรรม

พฤติกรรม และสิ่งที่คนในหมู่คิดสร้างขึ้น ด้วยการเรียนรู้  
จากกันและกัน และร่วมใจอยู่ในหมู่ของตน

หรือบวช ความกลมเกลียว การเห็นอกเห็นใจ และศรัทธาของตนของ  
ประชาชน ทางวิชาการ หมายถึงพฤติกรรม และสิ่งที่คนในหมู่คิด  
สร้างขึ้นด้วยการเรียนรู้จากกันและกัน และร่วมใจอยู่ในหมู่ของตน



## ความหมายของคำว่า ปลอดภัย ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน

พ.ศ. 2517, 2525, 2542

ปลอดภัย = พันภัย

ความปลอดภัย ไม่พบคำนี้

Webster's New World Dictionary

**Safety = The condition or quality of freedom from danger, injury or damage.**



- The term “safety culture” was first introduced by the International Nuclear Safety Advisory Group after the Chernobyl diaster in 1986.

ORGANIZATIONAL  
CULTURE

“The way we do things around here.....”



UK: Health and Safety Executive -HSE, 2002

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.



## ความสำคัญของวัฒนธรรม

- เป็นสิ่งที่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจ การปฏิบัติและพฤติกรรมของคนในองค์กร
- เป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลต่อการกระทำของคน รวมถึงการบริหารจัดการขององค์กร

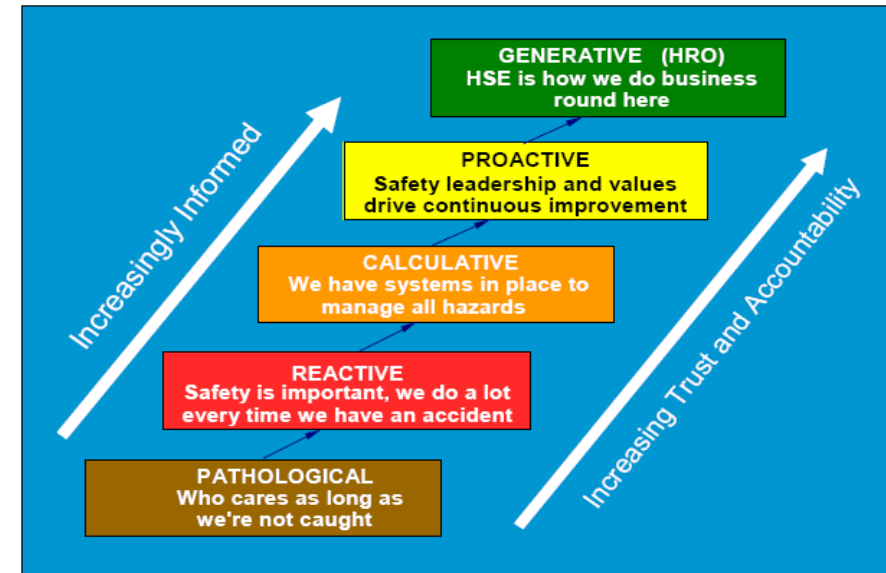
## Hudson 2001 -Safety culture levels

1. **Pathological** ความผิดพลาดเกิดจากความสะเพร่าของผู้ปฏิบัติงาน ถ้าไม่ถูกผู้ตรวจสอบจับได้ก็ไม่เป็นไร
2. **Reactive** องค์กรรู้ว่าสำคัญ แต่จะดำเนินการตรวจสอบแก้ไข เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นเท่านั้น
3. **Calculative** มีการเก็บข้อมูล แต่ไม่มีการนำข้อมูลไปใช้ ไม่เกิดการเรียนรู้ หรือทำให้ความปลอดภัยดีขึ้น
4. **Proactive** เริ่มมีระบบ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม กำหนดคุณค่า และพัฒนาให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย
5. **Generative** ความปลอดภัยเป็นวัฒนธรรมขององค์กร ทุกคนในองค์กรตระหนักและมีส่วนร่วม

Kitti Limapichat

## The HSE Culture Ladder

THREATS AND Mit



## Seven Steps to Patient Safety guide National Patient Safety Agency-NPSA 2004

1. Build a safety culture
2. Lead and support your staff
3. Integrate your risk management activity
4. Promote reporting
5. Involve and communicate with patients and the public
6. Learn and share safety lessons
7. Implement solutions to prevent harm

Kitti Limapichat

## Safety System Management

- Leadership commitment, actively participate, provide resource
- Make safety organization core value
- Safety Committee (regular meeting, policy, deploy, status-power of members, safety performance review)
- Set Safety Goal, safety standard of procedure (Standard operating procedures- SOP, checklist)
- Responsibility of key member, supervisors, employee
- Communication
- Worker participation and involvement, safety first attitude
- Risk (Hazard) identification & control
- Safety Training, education, refreshing
- Accident and Incident Report system, investigation, analysis, recommendation and correct problem, feedback, knowledge sharing of lesson learned
- Safety incentive (reward and recognize)
- Safety Workplace, reduce stress, prevent work overload

Kitti Limapichat



## James Reason's Error concept

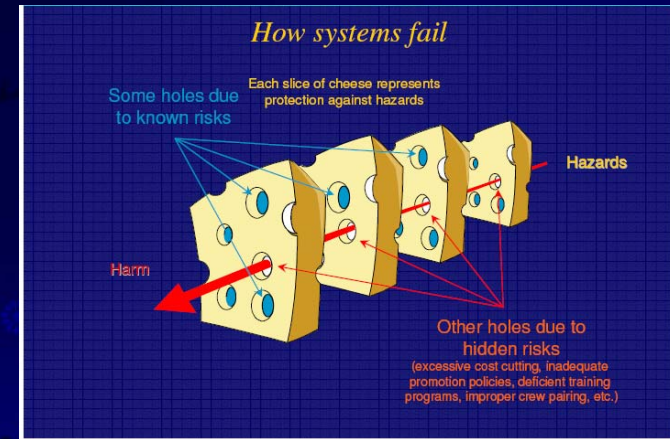
**Active Error** ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้ว

**Latent Error** ความผิดพลาดที่ซ่อนอยู่/รอจะเกิดขึ้น

“ความผิดพลาดของการออกแบบโครงสร้าง กระบวนการทำงาน การบำรุงรักษา การฝึกอบรม และการบริหารจัดการ ทำให้เกิดสภาพ หรือโอกาสที่ผู้ปฏิบัติงาน มีความผิดพลาด (**human error**) ได้ง่าย”

การแก้ไขหรือลด **human error** ที่ได้ที่สุด คือ

การรื้อ/ปรับปรุง/ตัดแปลง/แก้ไข/สาเหตุจากระบบที่ผิดพลาดข้างต้น



## Swiss cheese model



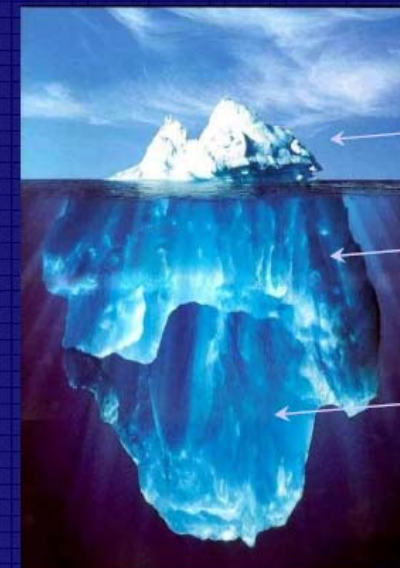
## Error Reporting: Patient Safety's Weakest Link

No Name

No Blame

No Shame

## Why do we need reporting culture?



Accidents

Incidents

Unreported Occurrences



## RATIO of INCIDENT to INJURY

1 Serious Injury
29 Minor Injuries
300 Near Misses or Incidents



## Human Error

- Mistakes, Violations
- Fatigue, Stress, Inattention
- Cognitive error (forgetfulness)
- Poor decision making (judgment)
- Ineffective communication
- Overload work

## Preventing Error

- Human Error สามารถทำให้ลดลงได้ แต่ไม่สามารถกำจัดออกหมดได้
- Error ต้องสร้างกลไกการตรวจพบ incident report และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุเพื่อการเรียนรู้และป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก
- Safety ในอีกความหมายหนึ่งคือ risk management
  - Identified risk
  - Unidentified risk

Goal of safety Management System คือการค้นหา Unidentified risk เพื่อนำมาบริหารจัดการ

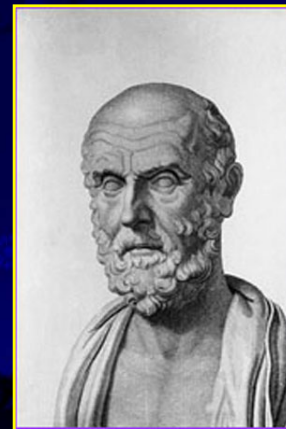
## Accident analysis tools

- Root Cause Analysis – RCA
- Cause and Effect Diagram - CED
- Failure Mode and Effects Analysis –FMEA
- Current Reality Tree - CRT
- Incident Decision Tree



# CHANGE

- Error are rare
- Who ? Blame culture
- Fear to report
- Reactive response
- Threshold for error, accept human error
- Error are common
- Why, how to prevent
- Trust to report
- Preventive
- No error threshold, minimize human error
- Training, Learning
- Safety Management system



“ Primum non Nocere”

“Thou shalt do no harm”

First, do no harm.

Hippocrates  
460-370 BC



การประเมิน วัฒนธรรมความปลอดภัย  
ของหน่วยงาน/ องค์กร



## Organization

Occupational Health and Safety –OHS

มาตรฐานอุตสาหกรรม - มอก

Personnel Safety

## Healthcare

Patient Safety ความปลอดภัยของผู้ป่วย

Health Personnel Safety ความปลอดภัยของพนักงาน

# Safety culture surveys

- Safety Attitude Questionnaire (SAQ)
- AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)
- Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO) survey (Stanford)
- VA Palo Alto/Stanford PSCI (Patient Safety Center of Inquiry)
  
- VA Patient Safety Questionnaire
- Flin/modified ORMAQ
- Itoh/Hospital Safety Culture Questionnaire
- Patient Safety Climate in Anesthesia
- Safety Climate Survey
- Culture of Safety Survey
- Children's Hospital of Boston Trainee Supplement
- Allina Hospitals and Clinics
- Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire
- Safety Climate Scale

Kiti Limapichat

Agency for Healthcare Research and Quality  
U.S. Department of Health and Human Services  
[www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

## Safety Culture Dimensions Measured in the Survey

1. Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Safety (4 items),
2. Organizational Learning—Continuous Improvement (3 items),
3. Teamwork Within Units (4 items),
4. Communication Openness (3 items),
5. Feedback and Communication About Error (3 items),
6. Nonpunitive Response to Error (3 items)
7. Staffing (4 items).

## Measures three hospital-level aspects of safety culture:

8. Hospital Management Support for Patient Safety (3 items),
9. Teamwork Across Hospital Units (4 items), and
10. Hospital Handoffs and Transitions (4 items).

## Four outcome variables

- Overall Perceptions of Safety (4 items),
- Frequency of Event Reporting (3 items),
- Patient Safety Grade (of the Hospital Unit) (1 item), and
- Number of Events Reported (1 item).



Faculty of Medicine, Prince of Songkla University  
Hatyai, Songkhla, Thailand

การจัดการความรู้ กับวัฒนธรรมความปลอดภัย  
ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Kiti Limapichat



## Knowledge Management หมายถึง

กระบวนการที่องค์กรบริหารจัดการให้บุคลากรมีความรู้  
ทักษะ ประสบการณ์ ทักษะ ทักษะ ตามที่องค์กรต้องการ  
และบุคลากรใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และทักษะ  
นั้นในการทำงาน



## Knowledge Management and Safety culture

หมายถึง

กระบวนการที่องค์กรบริหารจัดการให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ  
ประสบการณ์ ทักษะ เกี่ยวกับความปลอดภัย และทำให้เกิดวัฒนธรรม  
ความปลอดภัยในองค์กร  
และบุคลากรใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และทักษะเกี่ยวกับ  
ความปลอดภัยนั้นในการทำงาน



## Knowledge Strategy

- Knowledge Vision
- Knowledge Identification
- Best Practice Sharing
- Knowledge Capture- Sharing, Diffusion
- Knowledge Utilization
- Knowledge Asset
- Knowledge Audit, Knowledge Assessment
- Knowledge inventing (Innovation)



## Knowledge process management (Tools)

- Identify, Capture, Select
- Store, Organize, Categorize จัดเก็บเป็นหมวดหมู่
- Community of Practice (CoP) , Peer Assist
- River diagram/ Stair diagram
- Knowledge Mapping
- Knowledge Access
- Story Telling, After Action Review
- Sharing, Distribution, Transfer แบ่งปัน กระจาย เผยแพร่
- Application, Use / Reuse ปรับใช้ ใช้
- Create, Innovation สร้างความรู้ใหม่ นวัตกรรม



## Patient Safety Goal โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 2006-2008

1. ความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วย
2. ป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการการตรวจของรังสีวินิจฉัย
3. ป้องกันความผิดพลาดของการผ่าตัด ผิดตำแหน่ง ผิดคน และผิดประเภท
4. ลดอุบัติการณ์ของอันตรายของผู้ป่วยเนื่องจากการพลัด ตก หก ล้ม
5. ป้องกันความผิดพลาดการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6. เพิ่มความปลอดภัยการในระบบยา สารน้ำ (การใช้ infusion pumps)
7. ลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
8. เพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาล

### 2009

9. Safe Anesthesia
10. Patient Care Process (Proper Diagnosis, Prevent common complications, Avoiding catheter and tubing mis-connection)
11. Emergency Response Team (Response to the deteriorating patient, Sepsis, Acute coronary syndrome, Maternal & Neonatal Morbidity)



Faculty of Medicine, Prince of Songkla University  
Hatyai, Songkhla, Thailand

## Knowledge Sharing Day ครั้งที่ 7 วันอังคารที่ 24 เมษายน 2550 “ Patient Safety Part I ”

- Hand Washing
- การป้องกัน Nosocomial infection
- การป้องกันความผิดพลาดในการตรวจรังสีวินิจฉัย
- การป้องกัน Medication Error
- การป้องกัน Medication Administration Error



Faculty of Medicine, Prince of Songkla University  
Hatyai, Songkhla, Thailand

## Knowledge Sharing Day ครั้งที่ 8 วันจันทร์ที่ 3 กันยายน 2550 “ Patient Safety Part II ”

- การติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะและสายทางหลอดเลือด
- แนวทางปฏิบัติ ในการลดอุบัติการณ์จากการติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ
- การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
- การลดอุบัติการณ์ ลื่น ตก หก ล้ม ของผู้ป่วย
- การป้องกัน ความผิดพลาดในการวินิจฉัย ทางห้องปฏิบัติการ
- การพัฒนาความปลอดภัยในระบบยา : High Alert Drug
- การลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ



Faculty of Medicine, Prince of Songkla University  
Hatyai, Songkhla, Thailand

## Knowledge Sharing Day ครั้งที่ 9 วันพุธที่ 19 ธันวาคม 2550 “ Patient Safety in Hospital Supporting Units ” Patient Safety Part III

- Overview of Patient Safety In Hospital Supporting Unit
- บทบาทของงาน เวชภัณฑ์กลาง กับความปลอดภัยของผู้ป่วย
- บทบาทของงาน โภชนาการ กับความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ระบบระบายอากาศเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- บทบาทของหน่วยขนย้ายผู้ป่วย กับความปลอดภัยของผู้ป่วย
- บทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย
- ความปลอดภัยของผู้ป่วยในรถฉุกเฉิน
- ความปลอดภัยในการระบุตัวผู้ป่วยและการรักษาความลับของผู้ป่วย
- เสวนา ความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยสนับสนุน อื่นๆ



## Knowledge Sharing Day

ครั้งที่ 10 วันพุธที่ 9 เมษายน 2551

“Health personnel safety”

### Patient Safety Part IV

- "Overview of Health Personnel Safety"
- การป้องกันการถูกฟ้องร้อง
- การป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน
- การจัดการภาวะเครียดจากการทำงาน
- การป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน/การยศาสตร์ (Ergonomics)
- การป้องกันความรุนแรงในที่ทำงาน Violence in Workplace



## Knowledge Sharing Day

ครั้งที่ 12 วันที่ 1 ธันวาคม 2551

“Healthcare Related Infection”

### Patient Safety Part V

- Overview
- Central catheter related infection
- Ventilator associated pneumonia
- Surgical site infection

Practice & Result in Songklanagarind hospital

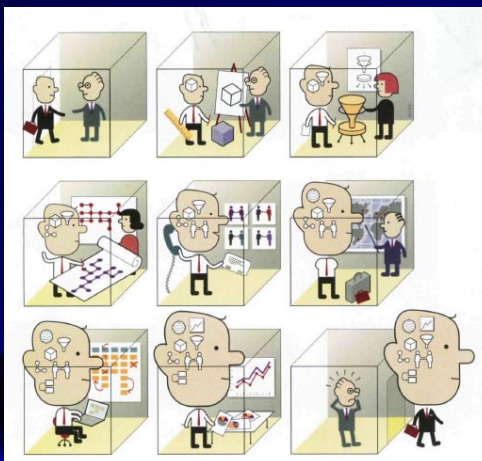


Loss of knowledge  
Don Moyer Harvard Business Review 2004

คัดเลือกคน

พัฒนาความรู้  
และทักษะที่  
องค์กรกำหนด

Sharing,  
CoP



Recognized  
reward

Talent  
management

.ลาออก  
ถูกซื้อตัว



พัฒนาความรู้ และทักษะ เกี่ยวกับความปลอดภัย :

นโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยขององค์กร วัฒนธรรมความปลอดภัย  
พัฒนาความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย ทักษะที่ต้องใช้เพื่อทำให้ตนเอง  
และผู้ป่วยปลอดภัย ตระหนักและดำเนินถึงความปลอดภัยเป็นอันดับแรก  
ปฏิบัติตามวิธีที่กำหนดขององค์กร การรายงานความผิดพลาด มี  
ส่วนร่วมและสร้างระบบให้องค์กรมีความปลอดภัยมากขึ้น

Sharing การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกลุ่ม CoP ค้นคว้าหาความรู้เพื่อ  
พัฒนาความปลอดภัย