

บทเรียนการประชุมวิชาการงานมหกรรมคุณภาพ (Quality Fair) ประจำปี 2559

ปาฐกถาพิเศษ

เรื่อง “Siriraj Safety Organization ศิริราช องค์กรแห่งความปลอดภัย”

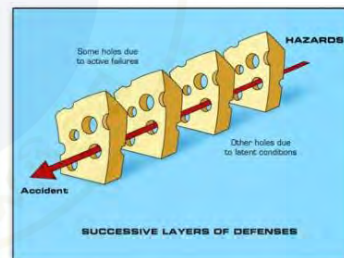
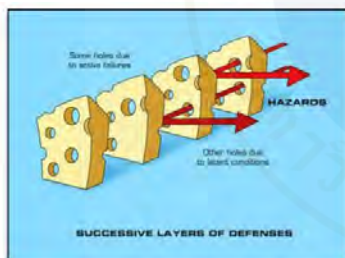
วันพฤหัสบดีที่ 18 สิงหาคม 2559 เวลา 09.45 - 10.30 น.

ณ ห้องประชุมอภิตยาพรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

โดย

ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในปัจจุบันถ้าจะกล่าวถึงการเป็นองค์กรแห่งความปลอดภัยจะต้องกล่าวถึง ทฤษฎี Swiss Cheese Model กล่าวคือ ทฤษฎีนี้เปรียบให้เห็นว่าในกระบวนการผลิต Swiss Cheese โอกาสที่จะกำจัดละอองฟางสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุใน Swiss Cheese แทบจะเป็นไปไม่ได้ เพราะฉะนั้น Swiss Cheese ในอดีตทุก ๆ ก้อนที่ผลิตออกมาจะมีโพรงอากาศ เสมือนเราดูแลผู้ป่วย 1 คน และมีการผ่าตัดได้อย่างใดอย่างหนึ่ง และเกิด zero defect นั้นเป็นไปไม่ได้ แต่เราสามารถลด defect ให้น้อยลงได้ โดยการควบคุมในเรื่องต่าง ๆ ในปัจจุบันมีการพยายามศึกษาจนกระทั่งสามารถผลิตนมวัวให้ปราศจากละอองฟาง แล้วในระบบคุณภาพมีความเกี่ยวข้องกับ Swiss Cheese อธิบายได้ดังนี้



“Swiss Cheese” Model - James Reason, 1990. Reason, J. (1990) Human Error. Cambridge: University Press, Cambridge.



“Swiss Cheese” Model - James Reason, 1990. Reason, J. (1990) Human Error. Cambridge: University Press, Cambridge.

3/16/2009

ภาพที่ 1 Swiss Cheese Model

หากเรามีชีส 1 ก้อน แล้วทำการฝานออก จะพบว่าชีสจะมีรูอยู่ แล้วถ้าเอาชีสที่ฝานแล้วหลาย ๆ ก้อนมาวางเรียงกัน แต่ละก้อนที่มีความบางพอ ก็จะเกิดรูทะลุ จะเห็นว่าโพรงอากาศที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะการฝาน และถ้าเราเอาชีสแต่ละก้อนมาวางเรียงกัน ในทฤษฎี Swiss Cheese Model ที่อธิบายเรื่องของความปลอดภัย เปรียบเสมือนกับเราฉายแสง ๆ หนึ่งผ่านจากรูหนึ่ง หากรูเหล่านั้นมันต่อเนื่องกัน โอกาสที่แสงจะทะลุรูไปอีกด้านก็จะเกิดขึ้นได้ แต่ถ้าหากรูไม่ตรงกันลำแสงก็จะผ่านไปไม่ได้ อุปมาอุปไมยว่า หากเรามีกระบวนการดักจับยิ่งมากเท่าไร โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง จะน้อยลงตามไปด้วย

ในแต่ละกระบวนการจะเป็นไปไม่ได้ที่จะเกิด zero defect (กระบวนการดักจับความเสี่ยงเป็นศูนย์) แต่ละกระบวนการอาจมีค่า defect แตกต่างกัน แต่ถ้าเรามีหลาย ๆ กระบวนการในการดักจับ โอกาสที่จะเสี่ยงอันตรายนั้น จะน้อยลงตามไปด้วย

## ปัจจัยสำคัญต่อการเป็น Safety Organization

### ปัจจัยตามองค์ประกอบ

#### 1. บุคลากร (People-ware/Human Factor) ประกอบด้วย

- ความรู้ (Knowledge) บุคลากรที่ปฏิบัติงานยังมีความรู้ความชำนาญในงานมากเท่าไร โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดก็น้อยลงตามไปด้วย ซึ่งความรู้ก็มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นเราควรจะมีการเพิ่มเติมความรู้ให้ตนเองอยู่ตลอดเวลาเช่นเดียวกัน
- ทักษะ (Skills) เมื่อบุคลากรรู้แล้วแต่ยังไม่นำมาปฏิบัติไม่เป็น ควรต้องมีการศึกษาค้นคว้า และฝึกปฏิบัติทำความเข้าใจจนมีทักษะตามที่ตั้งเป้าหมาย
- จิตสำนึก/ความใส่ใจ (Awareness) เมื่อมีความรู้ มีทักษะแล้วนั้น แต่เราขาดจิตสำนึกหรือความใส่ใจ การทำงานก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น การทำให้ทางหนีไฟเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมกับการอพยพหนีไฟ เป็นต้น
- วัฒนธรรมความปลอดภัย (Culture) การปลูกฝังให้ทุกคนในองค์กรคำนึงถึงความปลอดภัยในการทำงาน และใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท

จากที่กล่าวมา ศิริราชมีความรู้เรื่องความปลอดภัย เนื่องจากเราดำเนินการเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง เส้นทางคุณภาพของศิริราชเรามุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นหลัก เรามีเครื่องมือหลากหลายที่ช่วยทำให้การดักจับอันตรายที่จะเกิดขึ้น และมีกระบวนการที่จะป้องกันอย่างมีระบบ และเราก็มีทักษะที่จะสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และบุคลากรของเราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 2. อุปกรณ์และเทคโนโลยี (Hardware/Equipment/Technology Factor)

- Information-Communication Technology/Devices เป็นอุปกรณ์ที่จะช่วยสร้างความปลอดภัยและลดอันตราย และอุปกรณ์ต้องมีให้เพียงพอ เช่น Computer, Printer, Scanner, Remote Warning Equipment เป็นต้น
- Medical & Surgical Devices ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เรามีอุปกรณ์ที่มีคุณภาพและปริมาณที่เพียงพอ และมีการตรวจสอบเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง
- Patient/Material Identification Devices การให้บริการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการ

#### 3. วิธีการปฏิบัติ สภาพแวดล้อมและระบบ (Software/Procedure/Environmental/Operating System Factor)

- Safety Standard of the Procedures การมีมาตรฐานในการให้บริการในทุก ๆ ด้าน รวมถึงการได้รับการประเมินจากองค์กรภายนอก
  - Lab. Management Procedure

- Hospital Management Procedure
  - IT Management Procedure
  - Occupational Safety Standard
  - Waste Management Standard
  - Environment การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และก่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน
    - Architectural Design การออกแบบจุดปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัย
    - Working Environment พื้นที่การทำงานที่มีความปลอดภัย
    - Lighting แสงสว่างและเสียงที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร
    - Traffic & Circulation การจัดการระบบการสัญจรภายในโรงพยาบาล
  - Operating System of the Safety Elements การพัฒนาระบบการปฏิบัติงานขององค์กรแห่งความปลอดภัย
    - Occurrent Report
    - Maintenance Guidelines/Protocols (Facility Management System)
    - Activity Monitoring System (e.g. CCTV)
    - Accessibility Regulatory System (e.g. Key Cards, I.D.)
    - Patient/Material Identification.
4. การบริหารจัดการ (Management Factor)
- Human Resource Management
    - Training & Development (Safety Culture)
  - Knowledge Management & Organizational Learning
  - Facility Management
    - Budgeting
    - Maintenance and Repair
  - Risk & Organizational Quality Management การมีระบบกำกับติดตามดูแลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

### ปัจจัยตามระดับที่เกี่ยวข้อง

1. ระดับบุคลากร (Individual)
2. ระดับกลุ่มบุคคล (Group of Individuals)
3. ระดับหน่วยงาน (Division/Department)
4. ระดับองค์กร (Organization)

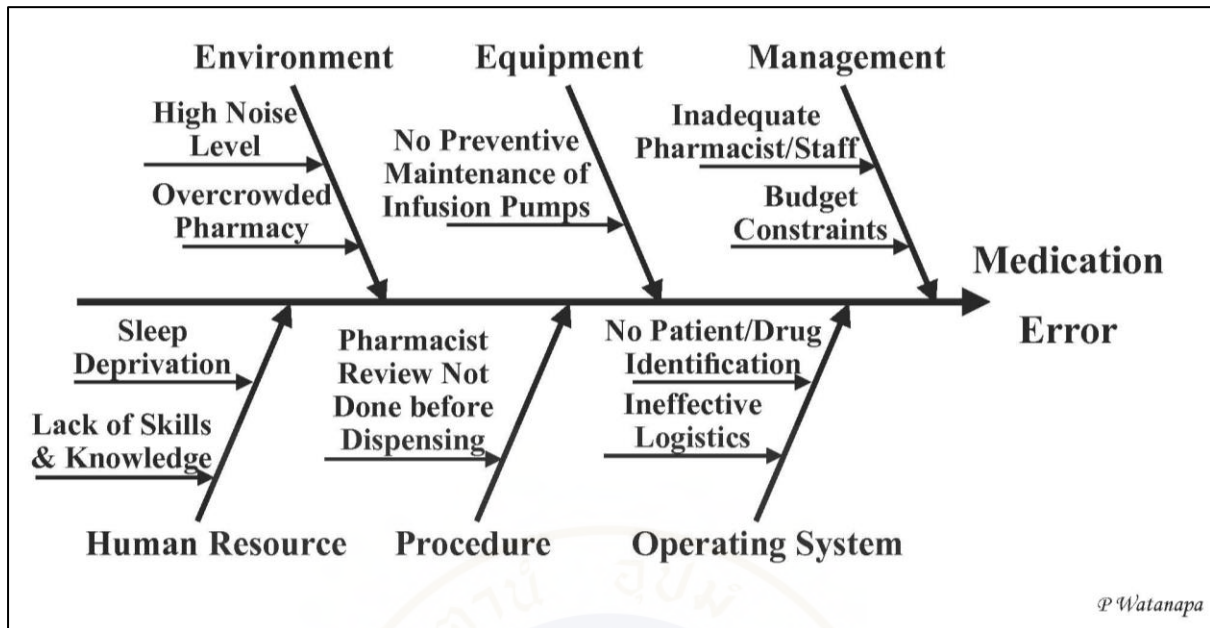
ถ้าองค์กรของเราอยากก้าวไปสู่ Safety Organization แล้วนั้น โดยหลักการเราจะต้องมีกระบวนการทำงานที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบเหล่านี้ ได้แก่ ผู้รับบริการ บุคลากร สังคม และสภาพแวดล้อม

### Safety Maximization/Optimization

ในทฤษฎี Swiss Cheese Model กำหนดไว้ว่า วิธีที่จะทำให้ความปลอดภัยนั้นมีมากขึ้น คือต้องทำให้ Defect มีน้อยลง เพราะความปลอดภัยแปรผกผันกับ Defect ดังนี้

- จำนวนรู/จุดบกพร่อง (Number of Defect) ของแผ่นเนยแข็ง จำนวนองค์ประกอบของระบบดูแลความปลอดภัย โดยจำนวนจุดบกพร่องยิ่งมากขึ้นความปลอดภัยยิ่งน้อยลง
- ขนาดรู/จุดบกพร่อง (Size of Defect) ของแผ่นเนยแข็ง ขนาดองค์ประกอบของระบบดูแลความปลอดภัย คือขนาดของรูที่ยิ่งใหญ่เท่าไรโอกาสที่พววงซ้อนกันแล้วแสงยังผ่านได้ง่ายขึ้น เปรียบได้กับการทำงานของเรา เรามีกระบวนการมาก และยิ่งมีมากเท่าไรก็ยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้นเท่านั้น
- จำนวนแผ่นเนยแข็ง (Number of Piece of Cheese) เปรียบได้กับขั้นตอนขององค์ประกอบระบบดูแลความปลอดภัย ถ้าจำนวนแผ่นเนยแข็งยิ่งมากโอกาสเกิดอันตรายก็น้อยลง เพราะรูก็จะไม่ซ้อนกัน
- การจัดวางแผ่นเนยแข็ง คือการจัดการองค์ประกอบของระบบดูแลความปลอดภัย เป็นการวางระบบที่จะทำให้กระบวนการต่าง ๆ ไม่ซ้ำซ้อนกัน





ภาพที่ 2 ตัวอย่าง : Medication Error

ตัวอย่างการลด Medication Error อาจทำได้ด้วยการนำหลักการที่กล่าวมาเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น โดยการบริหารสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน การมีอุปกรณ์ที่เพียงพอและเหมาะสม การบริหารจัดการบุคลากรให้เพียงพอ และลดต้นทุนของหน่วยงาน การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการทำงาน การฝึกฝนทักษะและเพิ่มพูนองค์ความรู้ให้กับบุคลากร และการสร้างกระบวนการทำงานที่เป็นระบบที่จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ผู้บันทึกบทเรียน      นางสาวสุดารัตน์ พันธุ์เถื่อน

ผู้ตรวจทานบทเรียน      นางสาวสมใจ เนียมหอม

## วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

## Siriraj KM

**Link - Share - Learn**

งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
ตึกอำนวยการ ชั้น 1 เลขที่ 2 ถนนวิ่งหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700  
โทร. 0 2419 9009, 0 2419 9750

Email : [sidkm@mahidol.ac.th](mailto:sidkm@mahidol.ac.th), [sirirajkm@gmail.com](mailto:sirirajkm@gmail.com)

Website : [www.si.mahidol.ac.th/km](http://www.si.mahidol.ac.th/km)

Facebook : <http://www.facebook.com/sirirajkm>