



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรียนรู้การใช้งานระบบ National Reporting and Learning System on Cloud”

“โครงการ การพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ”

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

12-13 กุมภาพันธ์ 2561

ณ ห้องบอลรูม โรงแรมนารายณ์ สีลม กรุงเทพฯ



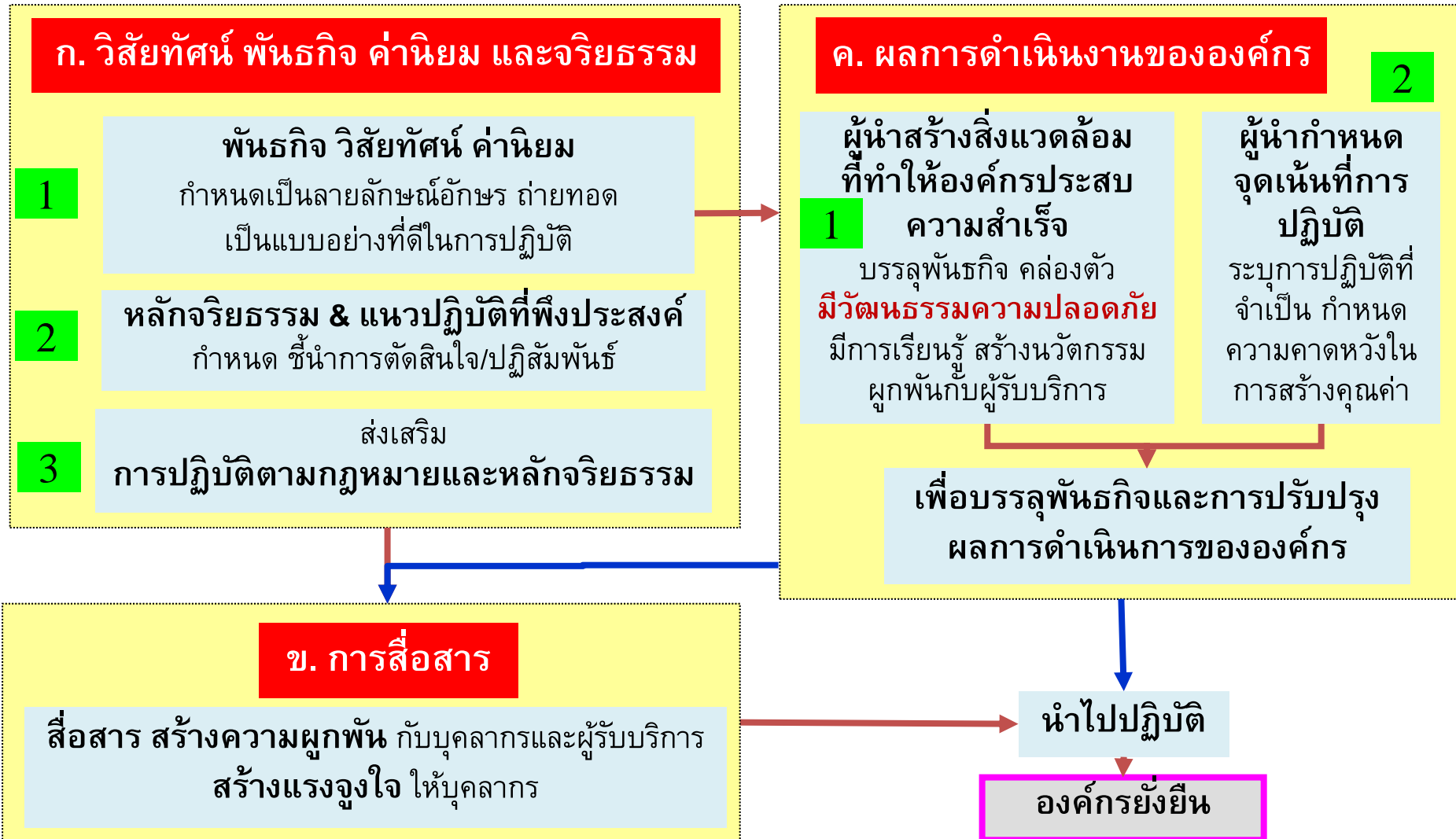
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# Safety Culture Survey

**Dr Piyawan Limpanyalert**  
**Deputy CEO, The Healthcare Accreditation Institute, Thailand**

# I – 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสาร ที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.





สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# Safety Culture คือ Performance



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# วัฒนธรรม น. สิ่งที่ทำให้ความเจริญงอกงามให้แก่หมู่คณะ

(ราชบัณฑิตยสถาน)

- 1) สิ่งที่ดีงาม
- 2) สิ่งทีก่อให้เกิดสุนทรียะ
- 3) วิธีชีวิตทั้งมวลที่**ผู้คนปฏิบัติ**คล้ายกันโดยอัตโนมัติ

ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน

วัฒนธรรม เป็นพฤติกรรมและ สิ่งทีคนในหมู่สร้างขึ้น ด้วยการเรียนรู้จากกันและกัน และร่วมใช้อยู่ในหมู่พวกของตน ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามยุคสมัย และ ความเหมาะสม

# Safety Culture Definition

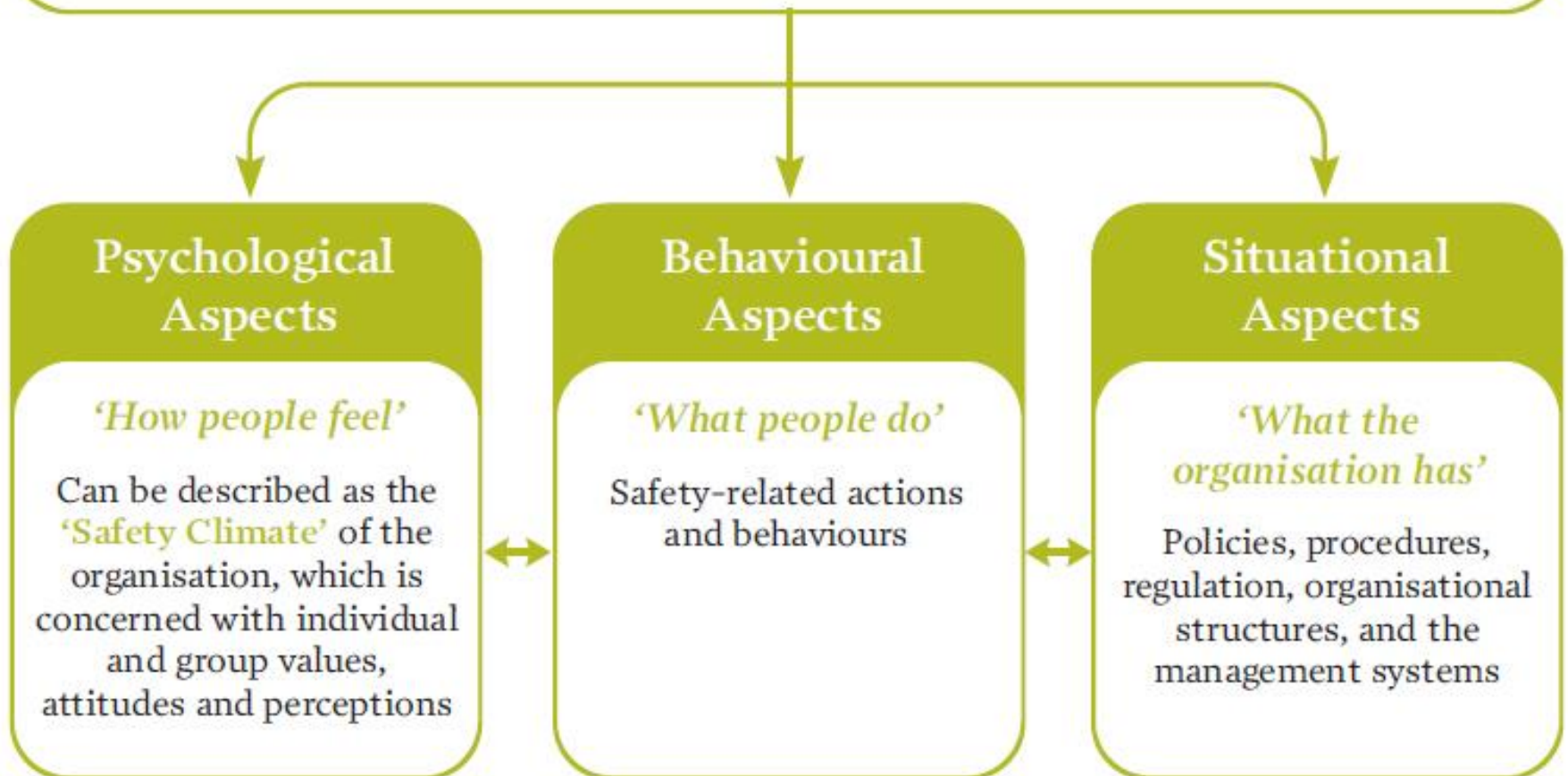
“The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies and patterns of behavior that determine the **commitment** to, and the **style** and **proficiency** of, an **organization’s health and safety management.**”

“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.”

# Safety Culture

“The product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies and patterns of behaviour that can determine the commitment to, and the style and proficiency of an organisation’s health and safety management system”

ACSNI Human Factors Study Group, HSC (1993)



# Safety Culture ในงานรพ.ของเรา



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

- พฤติกรรมหรือแบบแผนการปฏิบัติอะไรที่รพ.เรา รับรู้ตระหนักรู้ มุ่งมั่น กำหนดเป็นวิธีการทำงานและบริหารจัดการเพื่อสุขภาพและความปลอดภัย
- เราารู้สึกอย่างไรกับบรรยากาศเรื่องความปลอดภัย ในรพ. ซึ่งเป็นสิ่งที่ตัวเรา คำนึงถึง และรับรู้
- แล้วเราปฏิบัติอย่างไร แล้วเรามีพฤติกรรมอย่างไร
- แล้วองค์กร สนับสนุนอะไร เพื่อให้เกิดพฤติกรรมและแบบแผนปฏิบัตินั้น



## Informed Culture

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในระบบมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ เทคนิค องค์กร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของระบบโดยรวม

## Reporting Culture

ผู้คนพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาดและ near-misses

## Just Culture

บรรยากาศของความไว้วางใจซึ่งผู้คนได้รับการส่งเสริมในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัยขณะที่มีความชัดเจนในเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้

# SAFETY CULTURE

## Flexible Culture

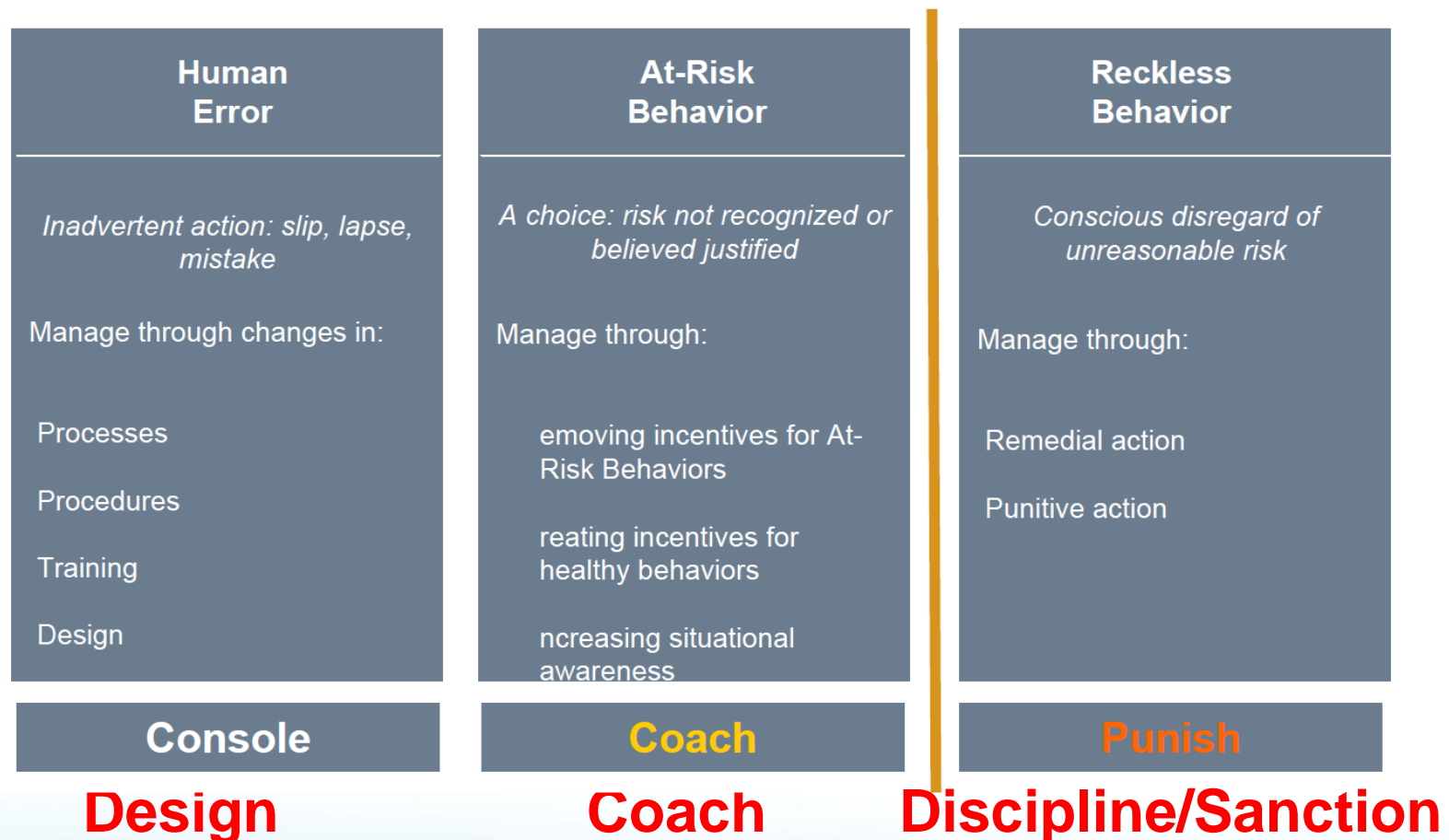
ความสามารถในการปรับตัวขององค์กรเมื่อเผชิญกับสถานะที่มีอันตราย ด้วยการเปลี่ยนจากการมีลำดับชั้นบังคับบัญชามาเป็นการทำงานแบบแนวราบมากขึ้น

## Learning Culture

การสรุปความรู้จากระบบข้อมูลความปลอดภัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่

# Just Culture ตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้คนอย่างเหมาะสม สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ

## Accountability for Our Behaviors





# Safety Culture





# Creating a safety culture





# 3 Stage of development of safety culture

**Stage 3** : Safety can always be improved

**Stage 2** : Safety is considered an organization goal

**Stage 1** : Safety is based on rules and regulation



# 7 Steps to Patient Safety (NHS)

1. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

2. นำและสนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน

3. บูรณาการกิจกรรม RM

4. ส่งเสริมการรายงาน

5. สัมพันธ์และสื่อสารกับผู้ป่วย

6. เรียนรู้และแบ่งปันบทเรียน

7. นำ solution ไปปฏิบัติเพื่อป้องกัน

## Being Open & Fair

- บุคลากรเปิดใจในเรื่องเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่ตนเองเกี่ยวข้อง
- บุคลากรและองค์กรมี accountability ต่อการกระทำของตนเอง
- บุคลากรมั่นใจที่จะพูดคุยกับเพื่อนและหัวหน้าเกี่ยวกับอุบัติการณ์ทุกเรื่อง
- องค์กรไม่ปิดบังผู้ป่วย สาธารณะ และบุคลากร เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น และระบุว่าจะได้บทเรียนอะไร
- บุคลากรได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม ได้รับการดูแลเกื้อหนุนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น

## Systems approach

# วัฒนธรรมความปลอดภัย



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

วัฒนธรรมคือการสร้างรหัสพันธุกรรม  
ที่ฝังตัวอยู่ในองค์กร

สามารถตอบสนอง  
ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ โดยอัตโนมัติ  
ไม่ต้องคอยกำหนดรายละเอียดทุกขั้นตอน  
สามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# Safety Culture คือ Performance เป็น Performance ระดับพฤติกรรมที่สัมผัสได้



# การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

ความ**ยาก**ในการวัดระดับ **Safety Culture** คือ ไม่มีตัวชี้วัดแบบ  
ง่ายๆ ที่ใช้ในการวัด , หลายๆ ส่วนไม่ได้มาจากการสังเกตโดยตรง ,  
หลายๆ ส่วนได้เพียงแค่อธิบายแต่ไม่สามารถวัดได้ ( เช่น ความคิด  
ความรู้สึก ) , และความมีอคติของผู้ที่ให้ความเห็น

ผสมผสานหลายๆ วิธีร่วมกัน ดังนี้

การสัมภาษณ์ / การพูดคุย (**Interviews**)

การทำแบบสอบถาม (**Questionnaires**)

การเฝ้าสังเกต (**Observations**)

ประเมินจากเอกสาร (**Review of documentation**)



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# Patient Safety Survey

# Hospital Survey on Patient Safety



Agency for Healthcare Research and Quality  
Advancing Excellence in Health Care • [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

The *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, released in November 2004, was designed to assess hospital staff opinions about patient safety issues, medical errors, and event reporting. The survey includes 42 items that measure 12 areas, or composites, of patient safety culture. Each of the 12 patient safety culture composites is listed and defined in Table 1-1.

## Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report

# Health care organizations can use these survey assessment tools to:

- Raise staff awareness about patient safety.
- Diagnose and assess the current status of patient safety culture.
- Identify strengths and areas for patient safety culture improvement.
- Examine trends in patient safety culture change over time.
- Evaluate the cultural impact of patient safety initiatives and interventions.
- Conduct internal and external comparisons.

# Survey Content

The hospital survey, released in November 2004, was designed to assess hospital staff opinions about patient safety issues, medical errors, and event reporting. The survey includes 42 items that measure 12 areas, or composites, of patient safety culture:

1. Communication openness.
2. Feedback and communication about error.
3. Frequency of events reported.
4. Handoffs and transitions.
5. Management support for patient safety.
6. Nonpunitive response to error.
7. Organizational learning—continuous improvement.
8. Overall perceptions of patient safety.
9. Staffing.
10. Supervisor/manager expectations and actions promoting safety.
11. Teamwork across units.
12. Teamwork within units.

## Action Planning for Improvement

The delivery of survey results is not the *end point* in the survey process; it is just the *beginning*. Often, the perceived failure of surveys to create lasting change is actually due to faulty or nonexistent action planning or survey followup.

Seven steps of action planning are provided to give hospitals guidance on next steps to take to turn their survey results into actual patient safety culture improvement:

1. Understand your survey results.
2. Communicate and discuss the survey results.
3. Develop focused action plans.
4. Communicate action plans and deliverables.
5. Implement action plans.
6. Track progress and evaluate impact.
7. Share what works.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

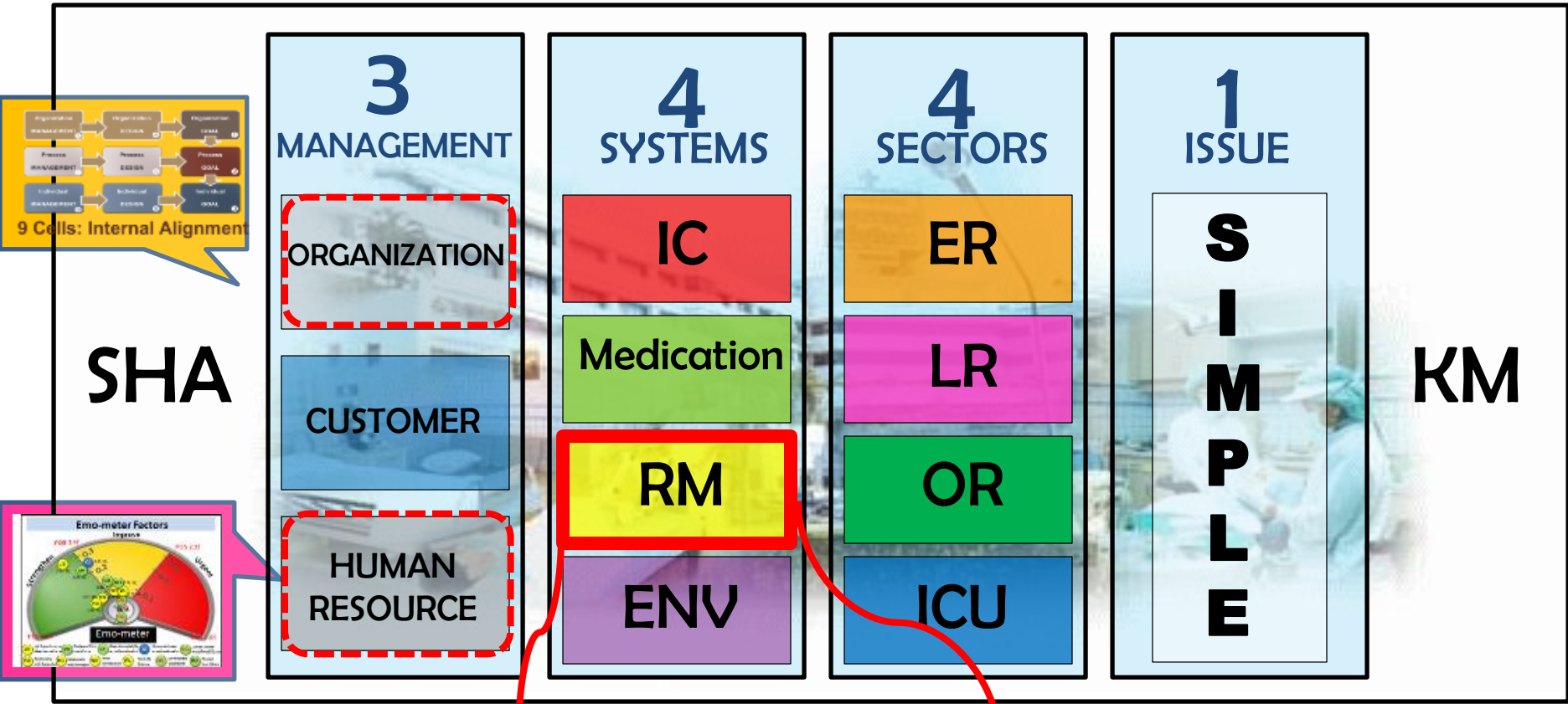
# ภาพรวมการประยุกต์ใช้เครื่องมือ Safety Culture Survey on line ในโครงการ Engagement for Patient Safety



# Safe Hospital Model



## PATIENT SAFETY & SAFE HOSPITAL & SAFE HEALTHCARE SERVICE



**SAFETY CULTURE SURVEY & THIP & HRMS & ADVANCED HA**





## ได้รับการอนุญาตจาก **AHRQ**

July 11, 2017

Ms. Piyawan Limpanyalert  
Deputy CEO  
Healthcare Accreditation Institute (Public Org.)  
Bangkok, THAILAND

Dear Ms. Limpanyalert:

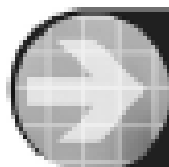
I handle—on behalf of Ms. Randie Siegel, Deputy Director, Office of Communications—the majority of permissions that come to the United States Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Although the Surveys of Patient Safety Culture Technical Support Group at Westat has been delegated the task of granting permission for use these AHRQ surveys in English or existing translations, permission for translation into a new language (such as Thai) requires permission from the AHRQ Office of Communications. This letter constitutes retrospective permission from AHRQ for the Healthcare Accreditation Institute of Thailand to translate the Hospital Survey on Patient Safety Culture into Thai, and to have used the translation in accreditation and research.

We do ask that, in the future, each copy of the translated survey contain the statement “Translated from English with permission of the United States Agency for Healthcare Research and Quality.” Any subsequent reports or professional publications should give the proper source reference for the Survey:

Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Content last reviewed November 2016).  
Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD USA.  
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

Additional permission would be needed to reprint the Survey itself in a research report or professional publication. However, there are no fees involved either for the retroactive translation permission or any future permission. Your Institute can make your translation available for use by other researchers in Thailand, but the users would need to obtain use permission from the Westat Technical Support Group.

Please contact me if you have additional questions about the copyright permission for this or other AHRQ tools or materials, but you should contact the Patient Safety Survey group at Westat for technical questions about administering the survey or interpreting the results.



## HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

### คำแนะนำ

แบบสอบถามนี้เป็นการศึกษาความเห็นของท่ามที่มวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วม ความผิดพลาดทางการแพทย์ และการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในการตอบ

- เหตุการณ์ (event) หมายถึง ความผิดพลาด (error), ความผิดพลาด (mistake), อุบัติการณ์ (incident), อุบัติเหตุ (accident), หรือความผิดปกติ (abnormality) ไม่ว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับอันตรายหรือไม่
- "ความปลอดภัยของผู้ป่วม" (Patient safety) หมายถึงการหลีกเลี่ยงหรือการป้องกันการบาดเจ็บหรือการตายของผู้ป่วมหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย

สำรวจเมื่อเข้าร่วมโครงการเพื่อเป็น **Baseline**  
สำรวจระหว่างโครงการ เพื่อการกระตุ้นพัฒนา  
สำรวจเมื่อเสร็จสิ้นโครงการเพื่อประเมินผล







## แบบสำรวจเพื่อการวินิจฉัยองค์กร และประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล

[หน้าแรก](#)[สถิติ](#)[Admin ของ รพ.](#)[ออกจากระบบ](#)

ยินดีต้อนรับ โรงพยาบาลที่ท่านสังกัดคือ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

### เลือกตอบแบบสำรวจ

กรุณาตอบแบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเป็นอันดับแรก

-  แบบสำรวจเพื่อการวินิจฉัยองค์กร สำหรับโรงพยาบาล (9 Cells)  
จำนวน 36 ข้อ
  -  แบบสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล (Emometer)  
จำนวน 51 ข้อ
  -  Hospital Survey on Patient Safety Culture  
จำนวน 43 ข้อ
-  ข้อมูลส่วนบุคคล  
จำนวน 16 ข้อ

**4** **คลิก เพื่อตอบข้อมูลส่วนบุคคลเป็นอันดับแรก**

# วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

- เพศ: หญิง 80.64/80.12%/80.49%
- ช่วงอายุ: 24-38 ปี (Generation Y) 50.60/49.52%/48.94%
- สถานภาพสมรส: โสด 42.59/42.05%/43.58%
- จำนวนผู้อยู่ใต้อุปการะ: มี 2-3 คน 37.72/38.12%/37.44%
- ประเภทการจ้าง: ข้าราชการ 33.22/34.21%/31.21%
- สถานภาพทางเศรษฐกิจ: พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ  
39.44/39.79%/39.66%

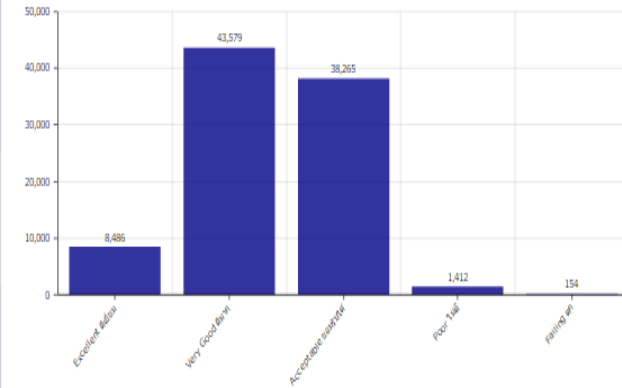
# Safety Culture

พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๑๓๗ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๙๑,๘๙๖ คน

พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๑๔๑ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๐๓,๕๒๔ คน

พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๑๓๖ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๑๐,๐๐๑ คน

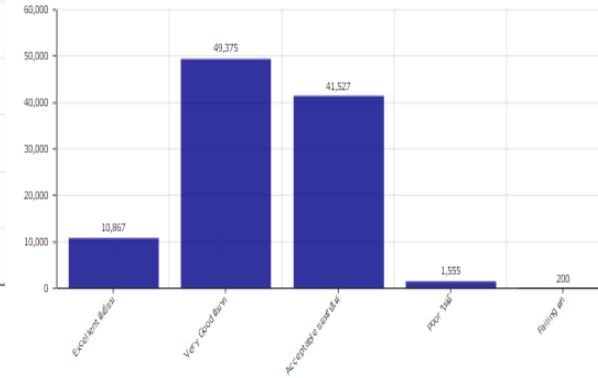
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)



ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	ทั้งหมด (91,896 คน)	
	จำนวน	%
Excellent ดีเยี่ยม	8,486	9.2
Very Good ดีมาก	43,579	47.4
Acceptable ยอมรับได้	38,265	41.6
Poor ไม่ดี	1,412	1.5
Failing ตก	154	0.2
<b>รวม</b>	<b>91,896</b>	<b>100.0</b>

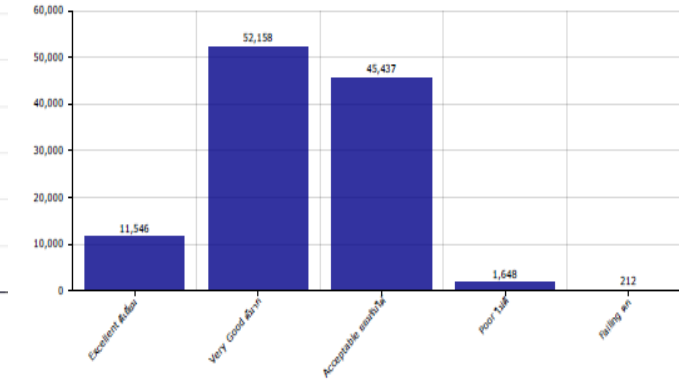
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)



ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	ทั้งหมด (103,524 คน)	
	จำนวน	%
Excellent ดีเยี่ยม	10,867	10.5
Very Good ดีมาก	49,375	47.7
Acceptable ยอมรับได้	41,527	40.1
Poor ไม่ดี	1,555	1.5
Failing ตก	200	0.2
<b>รวม</b>	<b>103,524</b>	<b>100.0</b>

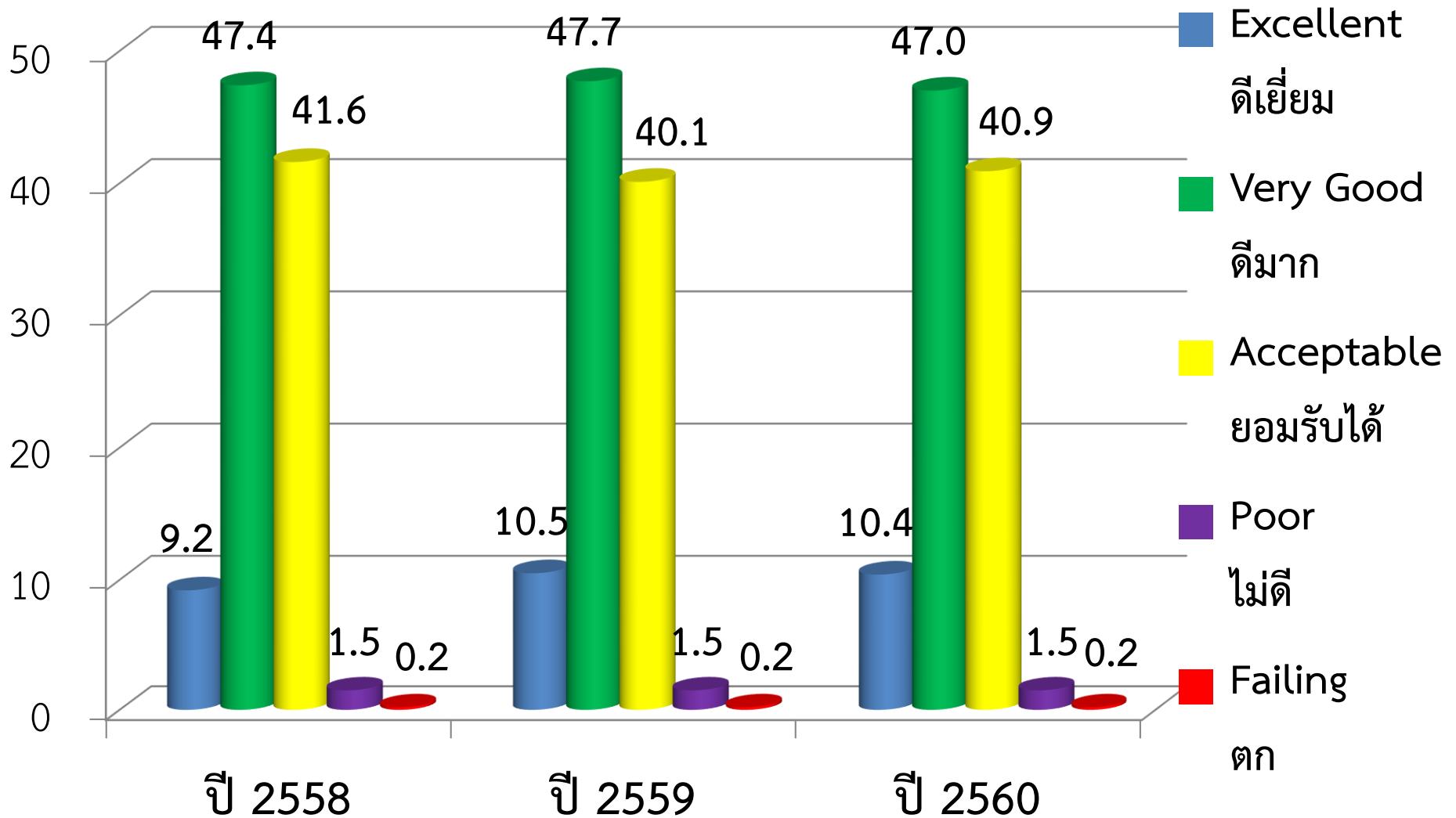
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade)



ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	ทั้งหมด (111,001 คน)	
	จำนวน	%
Excellent ดีเยี่ยม	11,546	10.4
Very Good ดีมาก	52,158	47.0
Acceptable ยอมรับได้	45,437	40.9
Poor ไม่ดี	1,648	1.5
Failing ตก	212	0.2
<b>รวม</b>	<b>111,001</b>	<b>100.0</b>

# ร้อยละ ระดับความปลอดภัย ภาพรวม



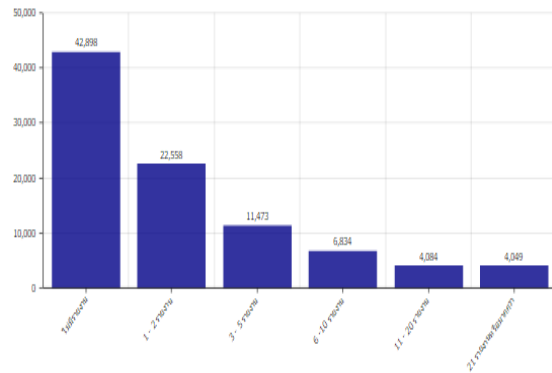
# Safety Culture

พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๑๓๗ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๙๑,๘๙๖ คน

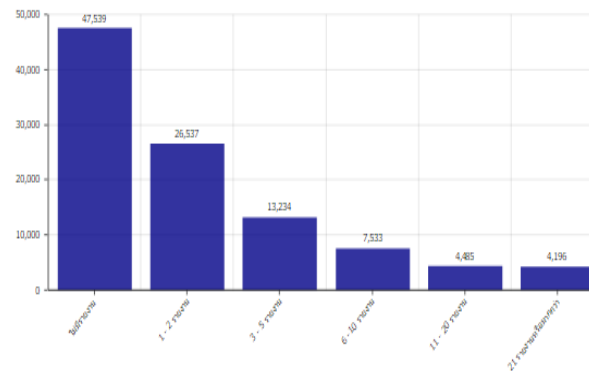
พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๑๔๑ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๐๓,๕๒๔ คน

พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๑๓๖ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๑๐,๐๐๑ คน

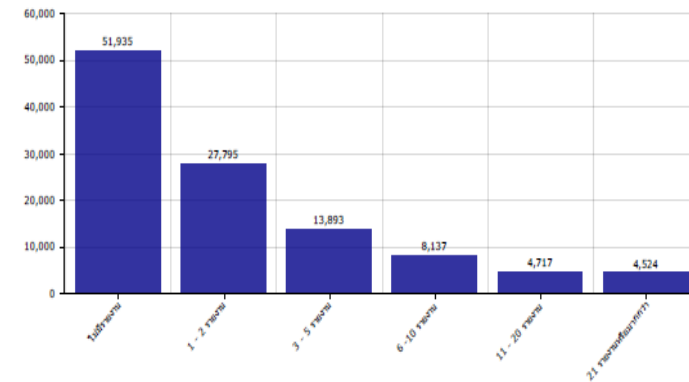
จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา



จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา



จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา



ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์

ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์	ทั้งหมด (91,896 คน)	
	จำนวน	%
ไม่มีรายงาน	42,898	46.7
1-2 รายงาน	22,558	24.5
3-5 รายงาน	11,473	12.5
6-10 รายงาน	6,834	7.4
11-20 รายงาน	4,084	4.4
21 รายงานหรือมากกว่า	4,049	4.4
<b>รวม</b>	<b>91,896</b>	<b>100.0</b>

ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์

ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์	ทั้งหมด (103,524 คน)	
	จำนวน	%
ไม่มีรายงาน	47,539	45.9
1-2 รายงาน	26,537	25.6
3-5 รายงาน	13,234	12.8
6-10 รายงาน	7,533	7.3
11-20 รายงาน	4,485	4.3
21 รายงานหรือมากกว่า	4,196	4.1
<b>รวม</b>	<b>103,524</b>	<b>100.0</b>

ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์

ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์	ทั้งหมด (111,001 คน)	
	จำนวน	%
ไม่มีรายงาน	51,935	46.8
1-2 รายงาน	27,795	25.0
3-5 รายงาน	13,893	12.5
6-10 รายงาน	8,137	7.3
11-20 รายงาน	4,717	4.2
21 รายงานหรือมากกว่า	4,524	4.1
<b>รวม</b>	<b>111,001</b>	<b>100.0</b>

# Survey Content

# Survey Content

ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน  
เหตุการณ์

Frequency of events report

ความเห็นต่อความปลอดภัยใน  
ภาพรวม

Overall perceptions of Patient  
safety

ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ  
และกิจกรรมการส่งเสริมความ  
ปลอดภัย

Supervisor/manager  
expectations and actions  
promoting patient safety

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือ  
การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

Organizational learning-  
continuous improvement

การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน  
ของโรงพยาบาล

Teamwork within unit



# Survey Content

# Survey Content

การสื่อสารที่เปิดกว้าง

Communication openness

การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับ  
เกี่ยวกับความผิดพลาด

Feedback and communication  
about error

การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่  
ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง

Non punitive response to  
error

การจัดคนทำงาน

Staffing

การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาล  
สำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย

Management support for  
patient safety

การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ  
ในโรงพยาบาล

Teamwork across units

การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่าง  
หน่วยงาน/เวร

Handoffs and transition

Admin

เกณฑ์การนำเสนอผลการสำรวจ Safety Culture

ระดับ %	สีในการแสดงผล	ความหมาย
80% ขึ้นไป	เขียว	ควรส่งเสริม
50-80%	เหลือง	ควรพัฒนา
ต่ำกว่า 50%	แดง	ควรพัฒนาเร่งด่วน

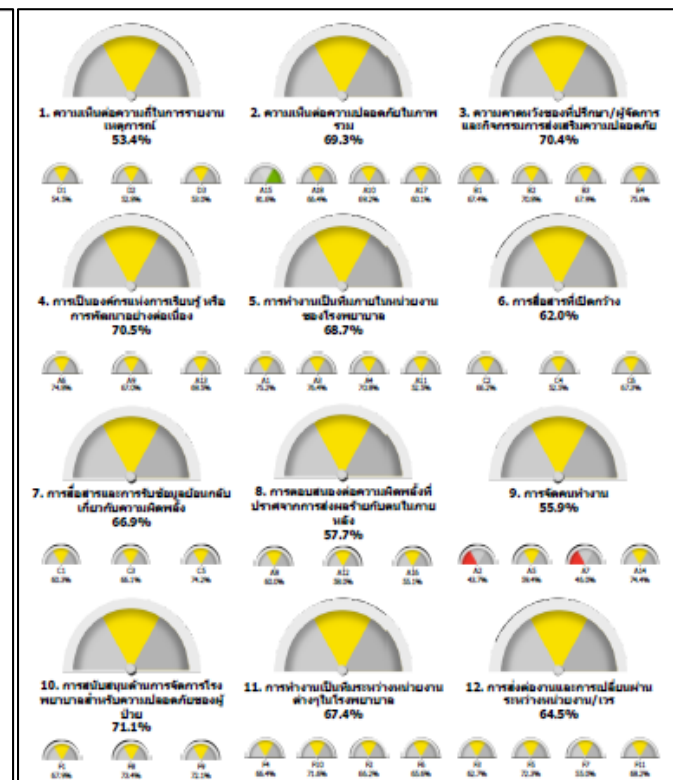
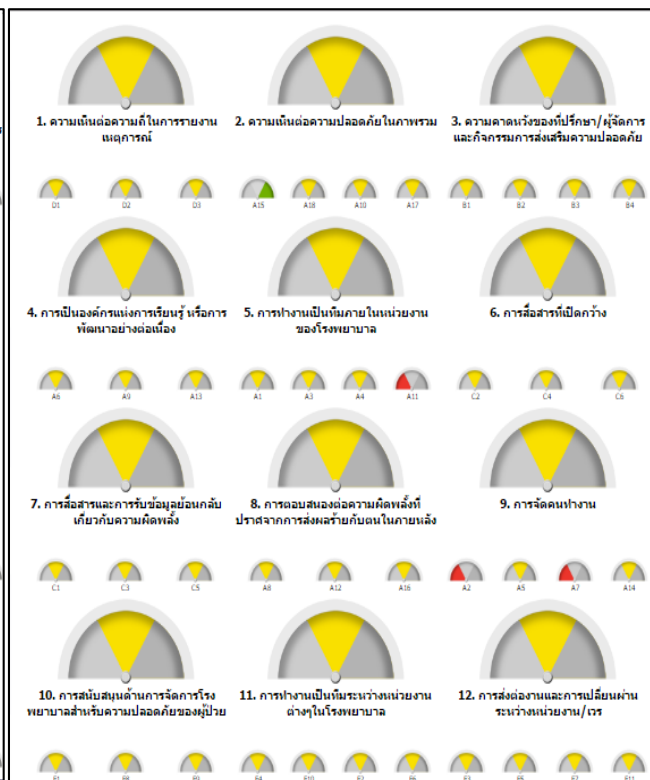
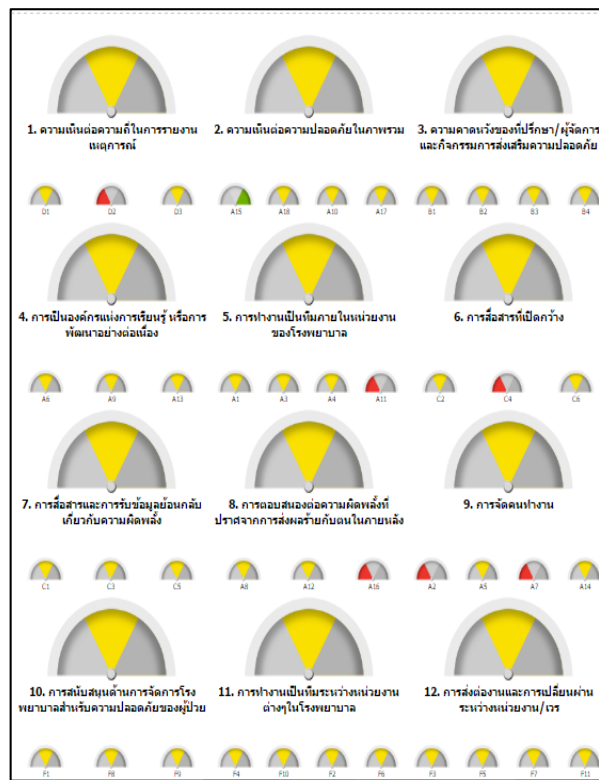
หมายเหตุ : ในภาพรวมสามารถดูตามมิติตำแหน่ง และพื้นที่ในการปฏิบัติงาน  
ปรับปรุงเกณฑ์ 13 พค. 2558

# Safety Culture

พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๑๓๗ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๙๑,๘๙๖ คน

พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๑๔๑ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๐๓,๕๒๔ คน

พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๑๓๖ โรงพยาบาล  
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๑๐,๐๐๑ คน



# ผล Safety Culture ภาพรวม

ปี 2558

ปี 2559

ปี 2560

ปี 2558				ปี 2559				ปี 2560			
1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์				2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม				3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย			
D1	D2	D3		A15	A18	A10	A17	B1	B2	B3	B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง				5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล				6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง			
A6	A9	A13		A1	A3	A4	A11	C2	C4	C6	
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด				8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง				9. การจัดคนทำงาน			
C1	C3	C5		A8	A12	A16		A2	A5	A7	A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย				11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล				12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร			
F1	F8	F9		F4	F10	F2	F6	F3	F5	F7	F11
1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์				2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม				3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย			
D1	D2	D3		A15	A18	A10	A17	B1	B2	B3	B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง				5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล				6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง			
A6	A9	A13		A1	A3	A4	A11	C2	C4	C6	
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด				8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง				9. การจัดคนทำงาน			
C1	C3	C5		A8	A12	A16		A2	A5	A7	A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย				11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล				12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร			
F1	F8	F9		F4	F10	F2	F6	F3	F5	F7	F11
1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์				2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม				3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย			
D1	D2	D3		A15	A18	A10	A17	B1	B2	B3	B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง				5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล				6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง			
A6	A9	A13		A1	A3	A4	A11	C2	C4	C6	
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด				8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง				9. การจัดคนทำงาน			
C1	C3	C5		A8	A12	A16		A2	A5	A7	A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย				11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล				12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร			
F1	F8	F9		F4	F10	F2	F6	F3	F5	F7	F11



# ใน 3 ปีที่ผ่านมาให้วิเคราะห์ว่าวัฒนธรรมความ ปลอดภัยรพ. เป็นอย่างไร

- ดีขึ้น
- เหมือนเดิม
- แย่ลง
- ไม่แน่ใจ

เพราะเหตุใด

ประเมินตัวเองหรือเทียบกับผู้อื่น

# วิเคราะห์ภาพรวม



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

- จุดโดดเด่นที่ต้องส่งเสริมคือแม้ต้องทำงานหนักมากขึ้นแต่ไม่เคยละเลยความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ปัญหาที่ภาพรวมยังแก้ไม่ได้ คือเรื่องการจัดคนทำงานโดยพาะเรื่องการมีกำลังคนที่ไม่เพียงพอ และการใช้เจ้าหน้าที่จากภายนอกให้เหมาะสม
- สามารถแก้ปัญหาเรื่องการทำงานเป็นทีมกรณีคนในหน่วยงานไม่พอและจำเป็นจะมีคนจากหน่วยงานอื่นมาช่วยเหลือ การสื่อสารกรณีกล้าตั้งคำถามกับผู้ที่มีอำนาจมากกว่า และข้อกังวลของเจ้าหน้าที่ว่าความผิดพลาดจะถูกบันทึกไว้

**สิ่งที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากการทำอะไรไปบ้าง**

# Health care organizations can use these survey assessment tools to:

- Raise staff awareness about patient safety.
- Diagnose and assess the current status of patient safety culture.
- Identify strengths and areas for patient safety culture improvement.
- Examine trends in patient safety culture change over time.
- Evaluate the cultural impact of patient safety initiatives and interventions.
- Conduct internal and external comparisons.

# ขั้นตอนการวิเคราะห์

- ดูภาพรวมทั้งหมด
- จัดลำดับคะแนนต่ำเป็นพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา
- จัดลำดับพื้นที่ที่มีคะแนนสูงเป็นพื้นที่ที่ควรส่งเสริมความแข็งแกร่ง
- วางแผนดำเนินการให้ความสำคัญกับลำดับคะแนนข้อย่อยที่ต่ำของพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา และส่งเสริมลำดับคะแนนข้อย่อยที่สูงในพื้นที่ที่ควรส่งเสริมความแข็งแกร่ง
- ในข้อย่อยที่เป็นสีแดงพิจารณาเพื่อพัฒนา และข้อย่อยสีเขียวพิจารณาส่งเสริม (กรณีไม่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย)



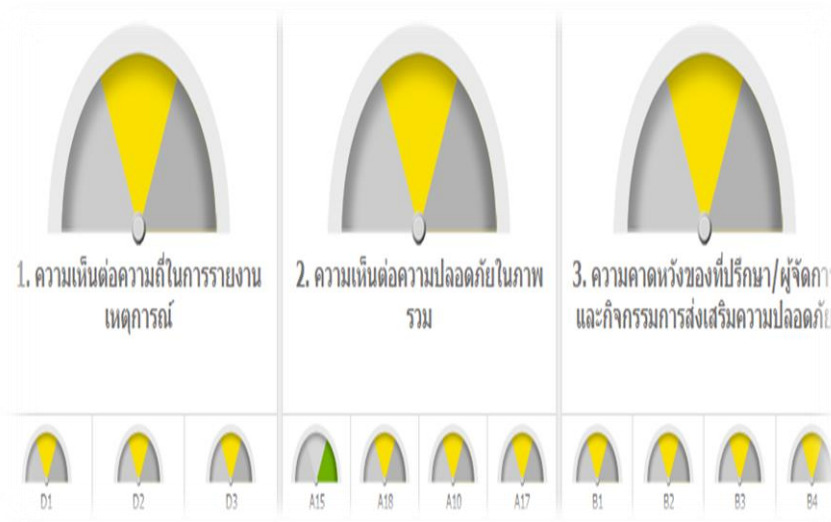




สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

## ร้อยละคำตอบเชิงบวก (% Positive Response) จำแนกตามมิติต่างๆ

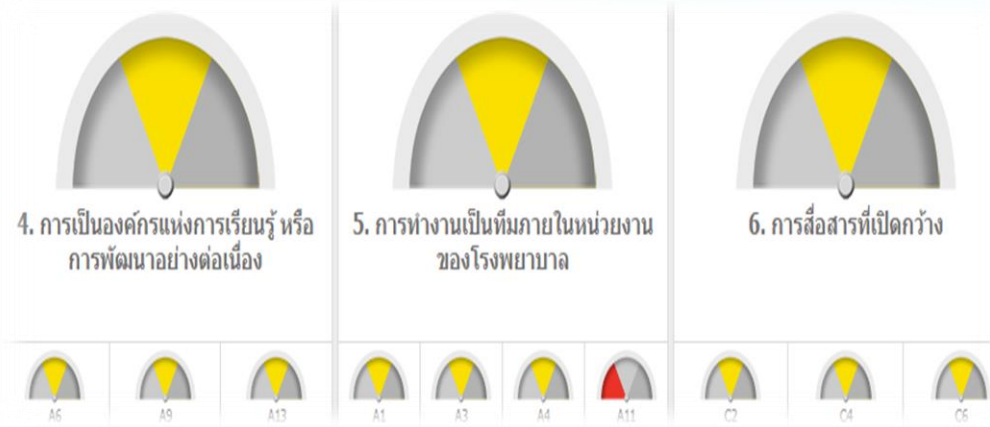
มิติที่สำรวจ	ผลสำรวจ	
	จำนวน	%
<b>1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์</b>	<b>167,013</b>	<b>53.8</b>
D1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1)	56,419	54.5
D2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)	54,852	53.0
D3. การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	55,742	53.8
<b>2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม</b>	<b>282,170</b>	<b>68.1</b>
A15. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	84,228	81.4
A18. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี	67,445	65.1
A10. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)	70,442	68.0
A17. เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้	60,055	58.0
<b>3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย</b>	<b>288,876</b>	<b>69.8</b>
B1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	69,039	66.7
B2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง	72,700	70.2
B3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว รมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	69,371	67.0
B4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	77,766	75.1





สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

<b>4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</b>	<b>215,997</b>	<b>69.5</b>
A6. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	76,267	73.7
A9. ที่หน่วยงานนี้ ความคิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก	68,490	66.2
A13. เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	71,240	68.8
<b>5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล</b>	<b>278,898</b>	<b>67.4</b>
A1. สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน	76,791	74.2
A3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม	78,304	75.6
A4. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติตามด้วยความเคารพให้เกียรติกัน	72,187	69.7
A11. ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ	51,616	49.9
<b>6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง</b>	<b>189,721</b>	<b>61.1</b>
C2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	68,356	66.0
C4. เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า	52,361	50.6
C6. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง	69,004	66.7
<b>7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด</b>	<b>205,478</b>	<b>66.2</b>
C1. เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์	60,883	58.8
C3. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้	67,791	65.5
C5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก	76,804	74.2
<b>8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง</b>	<b>173,478</b>	<b>55.9</b>
A8. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)	60,596	58.5
A12. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล	58,147	56.2
A16. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าการผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	54,735	52.9





สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

<b>9. การจัดคนทำงาน</b>	<b>223,370</b>	<b>53.9</b>
A2. เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน	42,219	40.8
A5. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	59,328	57.3
A7. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	45,674	44.1
A14. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)	76,149	73.6
<b>10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย</b>	<b>219,712</b>	<b>70.7</b>
F1. ผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	69,857	67.5
F8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ แสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority)	75,798	73.2
F9. ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ สนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	74,057	71.5
<b>11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล</b>	<b>275,332</b>	<b>66.5</b>
F4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ ที่ต้องทำงานร่วมกัน	67,851	65.5
F10. หน่วยงานในโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	73,605	71.1
F2. หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี	67,343	65.1
F6. รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ	66,533	64.3
<b>12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร</b>	<b>261,382</b>	<b>63.1</b>
F3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ	63,433	61.3
F5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร	73,830	71.3
F7. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ	54,957	53.1
F11. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ	69,162	66.8



# Action Plan



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

- วิเคราะห์ข้อมูลด้านบริหารจัดการทรัพยากรให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- รวบรวมแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้ผลของแต่ละรพ.เป็น good practice เพื่อ share and Learn

# ผล Safety Culture รัฐ-มีการเรียนการสอน

ปี 2558

ปี 2559

ปี 2560

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11



# ใน 3 ปีที่ผ่านมาให้วิเคราะห์ว่าวัฒนธรรมความ ปลอดภัยรพ. เป็นอย่างไร

- ดีขึ้น
- เหมือนเดิม
- แย่ลง
- ไม่แน่ใจ

เพราะเหตุใด

ประเมินตัวเองหรือเทียบกับผู้อื่น

## การสอน

- มีการพัฒนาส่งเสริม จนเรื่องการรายงานอุบัติการณ์ได้รับการยอมรับและเกิดการปฏิบัติมากขึ้น
- มีการแก้ปัญหาเรื่องการบริหารจัดการบุคคลที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นรูปธรรม สามารถแก้ปัญหาเรื่องการทำงานเป็นทีมกรณีคนในหน่วยงานไม่พอและจำเป็นจะมีคนจากหน่วยงานอื่นมาช่วยเหลือ การสื่อสารกรณีกล้าตั้งคำถามกับผู้ที่มีอำนาจมากกว่า และข้อกังวลของเจ้าหน้าที่ว่าความผิดพลาดจะถูกบันทึกไว้

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากการทำอะไรไปบ้าง

# ผล Safety Culture ภาครัฐ-ตติยภูมิ

ปี 2558

ปี 2559

ปี 2560

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์			2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม				3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย			
D1	D2	D3	A15	A18	A10	A17	B1	B2	B3	B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง			5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล				6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง			
A6	A9	A13	A1	A3	A4	A11	C2	C4	C6	
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด			8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อคนในภายหลัง				9. การจัดคนทำงาน			
C1	C3	C5	A8	A12	A16	A2	A5	A7	A14	
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย			11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล				12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร			
F1	F8	F9	F4	F10	F2	F6	F3	F5	F7	F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์			2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม				3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย			
D1	D2	D3	A15	A18	A10	A17	B1	B2	B3	B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง			5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล				6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง			
A6	A9	A13	A1	A3	A4	A11	C2	C4	C6	
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด			8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อคนในภายหลัง				9. การจัดคนทำงาน			
C1	C3	C5	A8	A12	A16	A2	A5	A7	A14	
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย			11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล				12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร			
F1	F8	F9	F4	F10	F2	F6	F3	F5	F7	F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์			2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม				3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย			
D1	D2	D3	A15	A18	A10	A17	B1	B2	B3	B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง			5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล				6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง			
A6	A9	A13	A1	A3	A4	A11	C2	C4	C6	
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด			8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลกระทบต่อคนในภายหลัง				9. การจัดคนทำงาน			
C1	C3	C5	A8	A12	A16	A2	A5	A7	A14	
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย			11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล				12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร			
F1	F8	F9	F4	F10	F2	F6	F3	F5	F7	F11



# ผล Safety Culture ภาครัฐ-ทั่วไป

ปี 2558

ปี 2559

ปี 2560

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

# ผล Safety Culture ภาครัฐ-ชุมชน

ปี 2558

ปี 2559

ปี 2560

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของทีปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของทีปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของทีปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

# ผล Safety Culture ภาคเอกชน

ปี 2558

ปี 2559

ปี 2560

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของทีปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของทีปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3. ความคาดหวังของทีปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย
D1 D2 D3	A15 A18 A10 A17	B1 B2 B3 B4
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล	6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง
A6 A9 A13	A1 A3 A4 A11	C2 C4 C6
7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	9. การจัดคนทำงาน
C1 C3 C5	A8 A12 A16	A2 A5 A7 A14
10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล	12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร
F1 F8 F9	F4 F10 F2 F6	F3 F5 F7 F11

# ขั้นตอนการวิเคราะห์รายปี

- ดูภาพรวมทั้งหมด
- จัดลำดับคะแนนต่ำเป็นพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา
- จัดลำดับพื้นที่ที่มีคะแนนสูงเป็นพื้นที่ที่ควรส่งเสริมความแข็งแกร่ง
- วางแผนดำเนินการให้ความสำคัญกับลำดับคะแนนข้อย่อยที่ต่ำของพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา และส่งเสริมลำดับคะแนนข้อย่อยที่สูงในพื้นที่ที่ควรส่งเสริมความแข็งแกร่ง
- ในข้อย่อยที่เป็นสีแดงพิจารณาเพื่อพัฒนา และข้อย่อยสีเขียวพิจารณาส่งเสริม (กรณีไม่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย)



## Action Planning for Improvement

The delivery of survey results is not the *end point* in the survey process; it is just the *beginning*. Often, the perceived failure of surveys to create lasting change is actually due to faulty or nonexistent action planning or survey followup.

Seven steps of action planning are provided to give hospitals guidance on next steps to take to turn their survey results into actual patient safety culture improvement:

1. Understand your survey results.
2. Communicate and discuss the survey results.
3. Develop focused action plans.
4. Communicate action plans and deliverables.
5. Implement action plans.
6. Track progress and evaluate impact.
7. Share what works.

## Survey

- 3 อันดับพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนาเราควรทำอะไร
- 3 อันดับพื้นที่ที่ควรส่งเสริมเราทำอะไอดี
- วางแผนดำเนินการ (PDCA)ให้ความสำคัญกับลำดับคะแนนข้อ  
ย่อยที่ต่ำของพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนา และส่งเสริมลำดับคะแนน  
ข้อย่อยที่สูงในพื้นที่ที่ควรส่งเสริมความแข็งแรง เอาเฉพาะพื้นที่  
อันดับ (1)
- ในข้อย่อยที่เป็นสีแดงพิจารณาเพื่อพัฒนา และข้อย่อยสีเขียว  
พิจารณาส่งเสริม (กรณีไม่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย)



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# ระบบ Hospital Patient Safety Culture Survey ปี 2561



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข

Patient and Personnel Safety (2P Safety)

ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564)





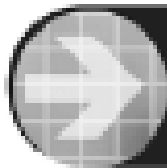
**วิสัยทัศน์:** ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน  
(Healthcare Systems with Quality and Safety for All)

**เป้าหมาย:** เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข  
Patient and Personnel Safety (2P Safety)

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้และได้รับการแก้ไขเชิงระบบ
2. ร้อยละค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่ป้องกันได้
3. ร้อยละความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ
4. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture Survey) เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. ร้อยละของสถานพยาบาลที่มี “ระบบบริหารความเสี่ยงที่มีคุณภาพ”

## ภาคผนวก ก. Hospital Survey on Patient Safety Culture



# HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

### คำนำหน้า

แบบสอบถามนี้เป็นการศึกษาความเห็นของท่ามเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ความผิดพลาดทางการแพทย์ และการรามาเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในการตอบ

- "เหตุการณ์" (event) หมายถึง ความผิดพลาด (error), ความผิดพลาด (mistake), อุบัติการณ์ (incident), อุบัติเหตุ (accident), หรือความไม่สงบ (disturbance), ไม่ว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับอันตรายหรือไม่
- "ความปลอดภัยของผู้ป่วย" (Patient safety) หมายถึง การหลีกเลี่ยงหรือการป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย

สำรวจเมื่อเข้าร่วมโครงการเพื่อเป็น **Baseline**  
สำรวจระหว่างโครงการ เพื่อการกระตุ้นพัฒนา  
สำรวจเมื่อเสร็จสิ้นโครงการเพื่อประเมินผล

รพ.ที่เข้าร่วมโครงการ **164** รพ. จะได้ใช้เครื่องมือ **Hospital Safety Culture Survey**




สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ของโรงพยาบาลออนไลน์ Hospital Safety Culture Survey: HSCS


ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปี พ.ศ. 2561

เข้าสู่ระบบ

 สำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อผู้ใช้งาน

รหัสผ่าน

 เข้าสู่ระบบ

# แผนการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปี พ.ศ. 2561



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

① วันที่ ... มี.ค.  
61

① ผู้ที่ทำหน้าที่เป็น Admin ของ รพ. แจ้งชื่อ รพ.-จังหวัด, ชื่อ-สกุล, เบอร์มือถือ และอีเมลของตนเองไปยัง siriluk@ha.or.th, p\_potikoon@hotmail.com เพื่อขอรับ Username & Password

Admin ของ รพ.

② วันที่ ... มี.ค.  
61

② Admin กรอก/Update ข้อมูล รพ. , ข้อมูลพื้นที่ปฏิบัติงาน และมีติบคุณากร (คำถามข้อ 12 และข้อ 17) ของ “ข้อมูลส่วนบุคคล” ตามบริบทของ รพ. พร้อมทั้งสร้างรหัส 14 หลัก เพื่อให้บุคลากรเข้าสู่ระบบ



③ วันที่ ... เม.ย. -  
... พ.ค. 61

③ บุคลากรใน รพ. เข้าตอบแบบสำรวจโดยใช้รหัส 14 หลักที่ได้รับ (Admin ติดตามจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ เพื่อให้ได้ตามเกณฑ์)



④ วันที่ ... พ.ค 61  
เป็นต้นไป

④ Admin ของ รพ. เข้าดูรายงานผลสำรวจได้ (เฉพาะ รพ. ที่บุคลากรของ รพ. แต่ละกลุ่มตอบครบจำนวนตามเกณฑ์กำหนด)

รายงานผล	เชิญข้อมูล
ข้อมูลส่วนบุคคลของตอบแบบสำรวจ	เชิญข้อมูล
แบบสำรวจที่ออกซึ่งมีองค์กร สำหรับโรงพยาบาล (9 Cells)	เชิญข้อมูล
แบบสำรวจความเชื่อมั่นและความพึงพอใจของบุคลากรในโรงพยาบาล (Emo-meter)	เชิญข้อมูล
Hospital Survey on Patient Safety culture	เชิญข้อมูล

⑤ วันที่ ... ส.ค. 61

⑤ ประชุม “การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากระบบ NRLS เพื่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ” ตามนโยบาย 2P Safety

# กระบวนการใช้งานระบบ HSCS

รพ. มอบหมาย  
ผู้รับผิดชอบ  
เป็น Admin ของ รพ.

เปิดการทำแบบสำรวจ  
กระตุ้น ติดตามจำนวนผู้ทำ  
แบบสำรวจให้ได้ตามเกณฑ์

บันทึก/ Update ข้อมูลพื้นฐาน, ข้อมูล  
ส่วนบุคคลตามบริบทของ รพ. และสร้าง  
รหัส 14 หลัก โดยสิทธิ์ Admin ของ รพ.  
ก่อนการเปิดระบบให้ทำแบบสำรวจ

วิเคราะห์ข้อมูล  
ออกรายงานผลการสำรวจ  
การเรียนรู้และใช้ประโยชน์

# รพ. มอบหมายผู้รับผิดชอบ เป็น Admin ของ รพ.

## ดำเนินการ ภายในวันที่ ...-... มี.ค. 2561

- ผู้ที่ทำหน้าที่เป็น Admin ของ รพ. ส่งข้อมูลให้ สรพ. เพื่อขอรับสิทธิ์ในการเข้าร่วมทำแบบสำรวจ ทางอีเมล [siriluk@ha.or.th](mailto:siriluk@ha.or.th), [p\\_potikoon@hotmail.com](mailto:p_potikoon@hotmail.com) ได้แก่
  - ชื่อ รพ. และ จังหวัด
  - ชื่อ-สกุล, เบอร์มือถือ และ อีเมล ของบุคคลที่ทำหน้าที่เป็น Admin ของ รพ.
- Admin ของ รพ. รอรับ Username & Password ทางอีเมล ของตนตามที่ส่งไป (ภายใน 3 วัน นับจากวันที่ส่งข้อมูล)

## ดำเนินการ ภายในวันที่ ...-... มี.ค. 2561

Admin ของ รพ. เปิดระบบที่ <http://hscs.ha.or.th/> และทำการ Login ด้วย Username & Password ที่ได้รับ เพื่อ

- บันทึก/ Update ข้อมูลพื้นฐานของ รพ.

\* การจัดแบ่งกลุ่มบุคลากรภายใน รพ. \*

- บันทึก “ข้อมูลส่วนบุคคล” ซึ่งระบบมี Option เพิ่มเติมตาม บริบทและความต้องการใช้งานของ รพ.

\* คำถามข้อ 12 : การกำหนดพื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงาน \*

\* คำถามข้อ 17 : การเพิ่มมิติบุคลากร \*

- สร้างรหัส 14 หลัก สำหรับแจกจ่ายให้บุคลากรเข้าทำแบบสำรวจ

# บุคลากรใช้รหัส 14 หลักเข้าตอบแบบสำรวจ

ดำเนินการ ภายในวันที่ ...-... เม.ย./ พ.ค. 2561

- Admin ของ รพ./ ทีมพัฒนาคุณภาพ/ คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง จัดแบ่งเลขรหัส 14 หลักตามกลุ่มบุคลากรทั้ง 4 กลุ่ม (ตำแหน่ง) และแจกจ่ายให้แก่บุคลากรตามตำแหน่งนั้นๆ
- บุคลากรเข้าสู่ระบบโดยใช้รหัส 14 หลัก เพื่อตอบแบบสำรวจ (ภายในช่วงเวลาตามข้อกำหนดของระบบ)
- Admin ของ รพ. เฝ้าติดตามและกระตุ้นให้บุคลากรเข้าตอบ แบบสำรวจให้ได้จำนวนตามเกณฑ์



# การวิเคราะห์ข้อมูลผลการทำแบบสำรวจ

ดูรายงานผลการสำรวจ ตั้งแต่วันที่ .... พ.ศ 2561 เป็นต้นไป

- Admin ของ รพ. สามารถเรียกดูรายงานผลการสำรวจได้ เฉพาะ รพ. ที่มีจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจในแต่ละกลุ่มครบตามเกณฑ์
- วิเคราะห์ผลการสำรวจ เชื่อมโยงกับรายงานผลการบริหารจัดการความเสี่ยงขององค์กร สำหรับการเรียนรู้และใช้ประโยชน์ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายความปลอดภัย 2P Safety

# Demo : HSCS



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

# นำเสนอความก้าวหน้าสิ่งที่ทำ

## Action Plan for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture

Facility Name:

Date last updated:

Page 1

### Defining Your Goals and Selecting Your Initiative

1	What areas do you want to focus on for improvement?	
2	What are your goals?	
3	What initiative will you implement?	
Notes or Comments		

# Action Plan for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture

Facility Name:  
Date last updated:

Page 2

## Planning Your Initiative

4	Who will be affected and how?		
5	Who can lead the initiative?		
6	What resources will be needed?	<b>Types of Staff and Required Time</b>	<b>Estimated Costs</b>
		<b>Supplies, Materials, Equipment, and Other Resources Needed</b>	<b>Estimated Costs</b>

Notes or Comments

## Action Plan for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture

Facility Name:  
Date last updated:

Page 3

### Planning Your Initiative (continued)

7	What are possible barriers and how can they be overcome?	<b>Barriers</b>	<b>Strategies For Overcoming Barriers</b>	
		1.		
		2.		
8	How will you measure progress and success?	<b>Process Measures</b>		<b>Staff Responsible</b>
		<b>Outcome Measures</b>		<b>Staff Responsible</b>

Notes or Comments

## Action Plan for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture

Facility Name:

Date last updated:

Page 4

### Timeline

9	What is the timeline?	Task/Milestone	Start Date	End Date

### Communicating Your Action Plan

10	How will you share your action plan and with whom?	
----	--	--

Notes or Comments