

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA ๖๐๒ : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก รุ่นที่ ๕

สาขา -

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา
 ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม โรงแรมอัคริน แกรนด์ คอน
เวนชั่น กรุงเทพฯ

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตร

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางเบญจมาศ มีทอง

อายุ ๔๔ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาล

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและผ่าตัดผ่านกล้องครอบคลุมทุกระบบ
ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ตลอด
๒๔ ชั่วโมง

๒.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวรุ่งฤดี เรืองอร่าม

อายุ ๔๔ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต, ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน วิสัญญีพยาบาล

๒.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

หน้าที่ความรับผิดชอบ - ให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในและนอกห้องผ่าตัด

- เยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

- ใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติที่หอผู้ป่วยและหน่วยงานอื่น ๆ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน อย่างละเอียด)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ สามารถวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีม
ดูแลผู้ป่วย

๒.๑.๒ ใช้ข้อมูลอดีต (เวชระเบียน การทบทวนการดูแลผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์) เพื่อการ
เรียนรู้ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบระบบที่รัดกุม

๒.๑.๓ ใช้โรคหรือ...

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร HA ๖๐๒ : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก รุ่นที่ ๕

สาขา -

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา
 ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม โรงแรมอัสคิน แกรนด์ คอน
เวนชั่น กรุงเทพฯ

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตร

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางเบญจมาศ มีทอง

อายุ ๔๙ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาล

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและผ่าตัดผ่านกล้องครอบคลุมทุกระบบ
ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ตลอด
๒๔ ชั่วโมง

๒.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวรุ่งฤดี เรืองอร่าม

อายุ ๔๙ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต, ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน วิสัญญีพยาบาล

๒.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

หน้าที่ความรับผิดชอบ - ให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในและนอกห้องผ่าตัด

- เยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

- ใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติที่หอผู้ป่วยและหน่วยงานอื่น ๆ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน อย่างละเอียด)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ สามารถวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีม

ดูแลผู้ป่วย

๒.๑.๒ ใช้ข้อมูลอดีต (เวชระเบียน การทบทวนการดูแลผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์) เพื่อการ

เรียนรู้ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบระบบที่รัดกุม

๒.๑.๓ ใช้โรคหรือ...

- ๒.๑.๓ ใช้โรคหรือสภาวะทางคลินิกในการประเมินคุณภาพของทุกระบบงานในโรงพยาบาล
- ๒.๑.๔ พัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่

หลากหลายร่วมกัน

๒.๑.๕ เข้าใจบทบาทและระดับความรับผิดชอบในเรื่องความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของหน่วยงาน / ทีมนำด้านคลินิก/คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง การเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

- ๒.๑.๖ บูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ III เข้าสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

๒.๒ เนื้อหา

แนวคิดและหลักการคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

หัวใจของการพัฒนาตามกระบวนการ HA

บันไดสามขั้น สู่ HA

ขั้นที่ ๑ สำรองและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

ขั้นที่ ๒ ประเมินและพัฒนาคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

ขั้นที่ ๓ วัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

พื้นที่การพัฒนาในโรงพยาบาล

- ๑. องค์กร
- ๒. กลุ่มผู้ป่วย
- ๓. ระบบงาน
- ๔. หน่วยบริการ

ความหมายของ RCA

- ๑. การค้นหาปัจจัยที่เป็นรากของปัญหา
- ๒. การค้นหาสาเหตุพื้นฐานของความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน
- ๓. การค้นหาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ
- ๔. การค้นหาสาเหตุของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง

หลักการของ RCA

- ๑. มุ่งเน้นที่ระบบ / กระบวนการ
- ๒. หาโอกาสที่จะปรับปรุงระบบ / กระบวนการ
- ๓. ลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

RCA แบบเรียบง่าย

๑. วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง
๒. การเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือพฤติกรรมตรงจุดใดที่อาจทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนไป
๓. จะออกแบบระบบหรือสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างไร เพื่อให้เกิดการตัดสินใจหรือพฤติกรรมที่คาดหวัง

RCA ย้อนรอยอดีต

ขอให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์ย้อนรอยอดีตที่เกิดขึ้นและบอกเล่าความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ในขณะที่ปฏิบัติงานออกมา

ปัจจัยในการทำ RCA

๑. ผู้ป่วย
๒. ผู้ให้บริการ
๓. งาน
 - ๓.๑ การออกแบบกระบวนการทำงาน
 - ๓.๒ การควบคุมกระบวนการทำงาน
๔. ทีมงาน
 - ๔.๑ การสื่อสาร
๕. สิ่งแวดล้อม
 - ๕.๑ สิ่งแวดล้อมทั่วไป
 - ๕.๒ สมาธิและการรบกวน
 - ๕.๓ เครื่องมือและเทคโนโลยี
๖. องค์กร
 - ๖.๑ ผู้นำและวัฒนธรรม
 - ๖.๒ การบริหารความเสี่ยง
 - ๖.๓ การให้ความรู้ การฝึกอบรม การมีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

ปัจจัยหรือสาเหตุแท้จริงที่วิเคราะห์นำไปสู่การออกแบบระบบ ๓ ประการ คือ

๑. การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาด ปรากฏการป้องกันที่มีอยู่เพียงพอต่อการป้องกันโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ดีเพียงใด
๒. การออกแบบวิธีปฏิบัติให้สามารถเห็นความผิดพลาด ระบบการติดตาม การควบคุมที่มีอยู่สามารถที่จะตรวจพบความคลาดเคลื่อนได้หรือไม่
๓. การบรรเทาผลของความผิดพลาดนั้น มีระบบหรือกิจกรรมอะไรที่สามารถหรือบรรเทาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ควรดำเนินการให้เร็วที่สุดที่รู้ว่าเกิดความคลาดเคลื่อน โดยทีมที่รับผิดชอบเฉพาะให้ข้อมูลที่ชัดเจนถึงสาเหตุ ผลที่อาจเกิดขึ้นตามมา ความรับผิดชอบโดยองค์กร การมององค์กรรวมผู้รับบริการ และ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นต้องถูกนำกลับมาวิเคราะห์เพื่อการออกแบบระบบใหม่

ความเสี่ยงทาง...

ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

หมายถึง เหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล หรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิก

๑. ความผิดพลาดในการสื่อสารและการระบุตัวผู้ป่วย
๒. ความผิดพลาดของการวินิจฉัย
๓. ความผิดพลาดของการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล
๔. ความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุในการให้การรักษาพยาบาล
๕. อาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ

การทบทวนคุณภาพกับความเสี่ยงทางคลินิก

๑. การทบทวนเวชระเบียน
 - ๑.๑ รับเข้า (Entry)
 - ๑.๒ ประเมินผู้ป่วย (Assessment)
 - ๑.๓ วางแผน (Planning)
 - ๑.๔ ดูแลตามแผน (Implementation)
 - ๑.๕ ประเมินผล (Evaluation)
 - ๑.๖ จำหน่าย (Discharge)
๒. การทบทวนข้างเตียง
 - ๒.๑ Care & Risk
 - ๒.๒ Communication
 - ๒.๓ Continuity & D/C plan
 - ๒.๔ Team work
 - ๒.๕ HRD
 - ๒.๖ Environment & Equipment
 - ๒.๗ Holistic
 - ๒.๘ Empowerment
 - ๒.๙ Lifestyle
 - ๒.๑๐ Prevention
๓. การทบทวนอื่น ๆ
 - ๓.๑ การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย
 - ๓.๒ การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน)
 - ๓.๓ การค้นหาความเสี่ยง
 - ๓.๔ การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ การตรวจรักษา)
 - ๓.๕ การติดเชื่อในโรงพยาบาล

๓.๖ การใช้ยา

๓.๗.การใช้ทรัพยากร

๓.๘ ตัวชี้วัด

การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๑. มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา

๒. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ

๓. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

๔. ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่นความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ฝึกอบรม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ Root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ทำได้ดีที่สุด การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟูตามความเหมาะสม

การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๑. ทบทวน compliance จากเวชระเบียน

๒. Bedside Review

๓. จาก AE สุระบยที่ดี

๔. ตามรอย SIMPLE

๕. ตามรอยทางคลินิก (Clinical Tracer)

๖. ใช้โรคเฉพาะ (proxy Disease) สะท้อนคุณภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล

๗. ประมวลผลข้อมูลทั้งหมดตามมาตรฐาน

การใช้ประโยชน์จากแบบประเมินตนเอง

๑. เพื่อให้ทราบถึงบทบาท หน้าที่และความสำคัญของตนเอง หน่วยงาน ทีม อันมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร

๒. เพื่อใช้ในการระบุ ประเมิน และติดตามความก้าวหน้าของความสำเร็จ ของตนเอง หน่วยงาน ทีม (ทั้งในด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผล)

๓. เพื่อใช้ในการระบุโอกาสในการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร

ตัวอย่างการประเมินตนเอง ๓ ประเด็น ๓ บรรทัด

๑. ทำอะไร รพ.ได้ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน รพ.

๒. ทำอย่างไร เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอนเพิ่มจากที่เคยมุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า

๓. ผลเป็นอย่างไร ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ลงมือฆ่าตัวตายลดลงจากปีละ ๑๐ รายเหลือ ๐-๑ ราย
การทบทวนเวชระเบียน (Medical record review)

เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

วิธีการใช้เวชระเบียนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๑. บันทึกสิ่งที่มีคุณค่า และสามารถใช้ประโยชน์ได้ในเวชระเบียน ทบทวนการใช้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ทบทวนว่าถ้ามีการฟ้องร้องหรือเป็นคดีทางศาล ข้อมูลอะไรที่จำเป็นต้องมีการบันทึก เหตุผลของการตัดสินใจไว้ในเวชระเบียน

๒. ทบทวนเวชระเบียนโดยกำหนดเป็นหมายที่ชัดเจน เช่น ความครอบคลุมของการประเมินความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค ความรวดเร็วในการตอบสนองเมื่อเกิดเหตุการณ์ การใช้ประโยชน์จากรายงานทางห้องปฏิบัติการ

๓. ทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool เลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาทบทวน

การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน

เวชระเบียนเป็นเอกสารการบันทึกที่สะท้อนเรื่องราวของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ต้นจนจบที่จะช่วยให้เห็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมผู้ดูแลรักษากับผู้ป่วยและญาติ เวชระเบียนจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

มีวัตถุประสงค์ดังนี้

๑. เพื่อรับรู้ ป้องกัน จำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

๒. สร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้อง

๓. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

ประเภทของความเสี่ยง

๑. ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinical Risk)

๒. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

๒.๑ ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใด ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอันอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา ที่ไม่เจาะจงเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การให้ยา การให้เลือดผิดคน การส่งตรวจและการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด การเกิดแผลกดทับ เกิดปลัดตกหกหล่น เป็นต้น

๒.๒ ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk) คือ ความเสี่ยงใด ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย อันอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา ที่พบได้บ่อยหรือมีลักษณะเฉพาะตามกลุ่มโรคหรือเหตุการณ์ที่สำคัญ เช่น ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคอายุรกรรม

Risk Register

เป็นเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ทำให้เป็นกระบวนการที่มีชีวิต เป็นพลวัต มีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Process)

ประกอบด้วย

๑. การประเมินความเสี่ยง
๒. การจัดการความเสี่ยง
๓. การติดตามและทบทวนความเสี่ยง
๔. การบันทึกและการรายงานความเสี่ยง

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)

หมายถึง การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยอันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพ โดยให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้ กล่าวคือระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้บนพื้นฐานของข้อมูลความรู้ ทรัพยากร และบริบทที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความเสี่ยงระหว่างที่ไม่ได้รับหรือได้รับการรักษา ด้วยวิธีอื่น ๆ

รูปแบบการเขียน SIMPLE

๑. Goal เช่น ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการล้างมืออย่างถูกต้องในทุกขั้นตอนตามข้อบ่งชี้ ๕ Moments
๒. Why ระบุความสำคัญ ผลกระทบหากไม่มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสม
๓. Process ระบุแนวปฏิบัติพร้อมระดับความสำคัญ
๔. Training ระบุการฝึกอบรมที่ทำเป็นในเรื่องนี้
๕. Monitoring ระบุแนวทางการ monitor ที่ควรจะมี อาจจะเป็นตัวชี้วัดหรือความเสี่ยง
๖. Pitfall ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น
๗. มาตรฐาน HA สัมพันธ์กับมาตรฐาน HA ข้อใด

Simple Gap Analysis

เป็นเครื่องมือคุณภาพที่ใช้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติจริงกับสิ่งที่ เป็นข้อเสนอแนะทางวิชาการแล้วพยายามลดความแตกต่างนั้นลง

ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน (Personal Safety)

หมายถึง การที่บุคคลที่จะใช้ชีวิตประจำวันได้ โดยปราศจากการคุกคาม หรือ ความหวาดกลัวต่อการเกิดอันตรายทาง จิตใจ อารมณ์ หรือทางกายภาพ

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

๑. มีแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
๒. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด และแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ

๓. กรณีเกิดอุบัติเหตุการณ์ ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนดซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา

๔. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยง ที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย มีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

ความสัมพันธ์ของความเสี่ยงกับอุบัติการณ์

- ความเสี่ยงคือโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- อุบัติการณ์คือเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด หรือได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (ที่ไม่ควรเกิดขึ้น)

- อุบัติการณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น
- อุบัติการณ์ในอดีต อาจเป็นความเสี่ยงในปัจจุบันและอนาคต
- อุบัติการณ์ในอดีต อาจไม่เป็นความเสี่ยงอีกต่อไปหากมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างรัดกุม
- ความเสี่ยง มีทั้งอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และโอกาสเกิดขึ้นยังไม่เคยมีอุบัติการณ์

Root Cause Analysis (RCA)

หลักการในการทำ RCA

๑. ใช้แนวคิดเชิงระบบ
๒. มุ่งป้องกันการเกิดซ้ำ
๓. ใช้หลัก pareto เน้นสาเหตุจำนวนน้อยที่ทำให้เกิดปัญหามาก
๔. ความมุ่งมั่นผูกพันของคนทำงาน
๕. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การตามรอยทางคลินิก Clinical tracer)

คือการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ร่วมกับองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น การตามรอยนี้ ควรทำทั้งการตามรอยผู้ป่วยแต่ละรายที่หน้างานจริงและการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

องค์ประกอบ ที่นำมาพิจารณาในการตามรอยทางคลินิก

๑. เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย
๒. กระบวนการดูแลผู้ป่วย
๓. กระบวนการและระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
๔. กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
๕. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

การสรุปข้อมูลการตามรอยทางคลินิก

๑. ใช้หลัก ๓P หรือ PDSA คือ แสดงให้เห็นชัดเจนในประเด็น purpose process design , process deployment , performance monitoring , performance improvement
๒. สรุปข้อมูล เป็นแผนภูมิ ตาราง กราฟ ที่สะท้อนความเข้าใจของทีมงาน
๓. บันทึกไว้ใน Power Point และนำมาทบทวน/ปรับปรุงกันบ่อย ๆ เพื่อฉลองความสำเร็จหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง ดำเนินการพัฒนา

การตามรอย...

การตามรอยคุณภาพให้ครอบคลุม

๑. ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย
๒. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ
๓. ระบบงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ/ องค์ประกอบอื่น ๆ เช่นการพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา

Driver Diagram

หมายถึง แผนภูมิที่แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้เห็นภาพรวมของแนวทางการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของสิ่งที่จะทำ ช่วยกำหนดเป้าหมายและตัววัดความก้าวหน้าของการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ

ขั้นตอนในการทำ Diver Diagram

- Step ๑ กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข
- Step ๒ รวบรวมผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง
- Step ๓ กำหนดเป้าหมาย
- Step ๔ ระบุ Primary Drivers
- Step ๕ กำหนดเรื่องสำคัญที่ต้องการแก้ไข
- Step ๖ สร้างแนวคิดการเปลี่ยนแปลง (Change Ideas)
- Step ๗ สังเกต Pattern หรือ Themes
- Step ๘ ทดลองเขียน Driver Diagram
- Step ๙ จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม
- Step ๑๐ พิจารณาตัวชี้วัด
- Step ๑๑ ลงมือปฏิบัติ
- Step ๑๒ กำกับติดตามผลสำเร็จ

ขั้นตอนวางแผนการตามรอย

๑. ระบุโรค/ระบบที่จะตามรอย
๒. ระบุ Purpose (Quality Dimension)
๓. วิเคราะห์ Pathway/Flow/Value Stream Map
๔. ระบุ Key Risk/Quality Issue และขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
๕. Process normal
๖. Preparedness
๗. Hand over (คุณภาพการสื่อสารและส่งมอบระหว่างขั้นตอน/หน่วยงาน/วิชาชีพ)
๘. Monitoring (หัวหน้า/ทีมหน้าที่กำกับดูแล)
๙. Performance/Quality Dimension (การเรียนรู้)
๑๐. วางแผนตามรอยกระบวนการพัฒนา

Patient Care Process Monitoring

กระบวนการที่ต่อเนื่องจากกระบวนการค้นหาความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อให้หน่วยงานได้เห็นผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านของการแยกประเภทความเสี่ยง ความรุนแรงและแนวโน้มของความเสี่ยงทางคลินิกต่าง ๆ

QC tools เครื่องมือในการควบคุมคุณภาพ

เป็นเครื่องมือคุณภาพที่พัฒนาและรวบรวมเครื่องมือสำหรับคุณภาพ เปรียบเสมือนนักรบที่พกอาวุธ ๗ ชนิดสำหรับเลือกใช้ในการต่อสู้

ประกอบด้วย

๑. Pareto chart
๒. Check sheet
๓. Graphs
๔. Histogram
๕. Cause and Effect diagram
๖. Scatter diagram
๗. Control chart

ข้อมูลคุณภาพของแต่ละโรค/หัตถการ (Clinical Tracer , Clinical Quality Summary)

๑. Purpose แสดงเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนพร้อมปัจจัยขับเคลื่อน
๒. Process แสดงคุณภาพในทุกขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด
๓. Performance แสดงระดับและแนวโน้มของผลลัพธ์ที่สำคัญ (ตามเป้าหมาย)

สรุปเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๑. ๓ p
๒. กิจกรรมทบทวน
 - การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ
 - การทบทวนเวชระเบียน
 - การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย (bedside review)
๓. Tracing
 - unit optimization , patient safety รายคนสู่กลุ่มโรค
๔. Trigger
 - การคัดเลือกเวชระเบียนที่ส่งสัญญาณบางอย่างออกมาทบทวนหา AE เช่น dead , complication , re-admit ๒๘ days , revisit ๔๘ hrs , unplaned refer / ICU

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- สามารถใช้เครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย
- สามารถวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นหน้างาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับระบบให้มี

ความสอดคล้องและประสานกัน

- สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาช่วยในการพัฒนางานคุณภาพภายในหอผู้ป่วย
- สามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับให้บุคลากรในหน่วยงานเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้

ถูกต้อง

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- หน่วยงานมีบุคลากรที่มีความรู้ที่สามารถพัฒนางานคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์ และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน

- หน่วยงานสามารถพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ด้านการทบทวนเวชระเบียน สามารถนำผลการทบทวน มาวิเคราะห์สาเหตุ นำสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลลัพธ์ การดูแลรักษาที่ดีขึ้น

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

- เห็นภาพในมุมกว้างของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมถึงเรื่องการดูแลที่เป็นไปตาม มาตรฐาน และการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและมีการบูรณาการของทั้งสองอย่างเข้าด้วยกัน เป็นการ ตอบสนองการส่งมอบคุณค่าให้กับผู้ป่วย

- บูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ III เข้าสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

๓.๑.๑. ผู้เข้าอบรมไม่มีพื้นฐานในเรื่อง HA มาก่อน เมื่อเข้าอบรมทำให้ยากต่อการเข้าใจ ในเนื้อหาและเรื่องที่อบรม

๓.๑.๒. เนื้อหาค่อนข้างมากจึงมีข้อจำกัดด้านเนื้อหาและเวลา ทำให้วิทยากรบางท่านพูดเร็ว

๓.๑.๓. วิทยากรบางท่านใช้ศัพท์เฉพาะด้าน หากผู้เข้าอบรมไม่ได้อยู่ในสายงานหรือมีความรู้ มาก่อนจะไม่ค่อยเข้าใจ

๔. การเดินทางไปกลับระหว่างที่อบรมกับรพ. มีระยะที่ไกลมีแค่รถไปส่งอย่างเดียวไม่มีรับกลับ ทำให้ผู้เข้าอบรมไม่สะดวกในการเดินทาง

๓.๒ การพัฒนา

๓.๒.๑ ต้องหาโอกาสพัฒนาความรู้เพิ่มเติมเรื่องการใช้เครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ เพื่อพัฒนา กระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

๓.๒.๒ นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาเผยแพร่กับบุคลากรภายในหน่วยงาน

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ


การฝึกอบรมกับผู้เข้ารับการอบรมควรสอดประสานกัน เพราะถ้าให้ผู้เข้ารับการอบรมที่มีประสบการณ์และมีความรู้หรือพื้นฐานของเรื่องที่อบรมจะเป็นประโยชน์กับผู้เข้ารับการอบรมและองค์กรมากกว่า เพราะจะใช้ทั้งความรู้และแนวทางในการอบรมมาปรับใช้จริงในหน่วยงานและองค์กร

ลงชื่อ.....นางเบญจมาศ มีทอง.....(ผู้รายงาน)
(นางเบญจมาศ มีทอง)

ลงชื่อ.....นางสาวรุ่งฤดี เรืองอร่าม.....(ผู้รายงาน)
(นางสาวรุ่งฤดี เรืองอร่าม)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เกี่ยวกับการวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมดูแลผู้ป่วย การบูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ III เข้าสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น


(นายพรเทพ แซ่เฮ็ง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์



หลักสูตร HA 602 : คุณภาพและความปลอดภัย ทางคลินิก รุ่นที่ 5

จัดทำโดย นางสาวรุ่งฤดี เรืองอร่าม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เนื้อหา

แนวคิดและหลักการคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

1. บัณฑิตสามขั้นสู่ HA

- ขั้นที่ 1 สำรองและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหาที่กระทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง
- ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป
- ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

2. การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

1. มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา
2. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ
3. ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
4. ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่นความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วัตถุประสงค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ Root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา พัฒนาตามความเหมาะสม

รูปแบบการเขียน SIMPLE

1. Goal เช่น ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการล้างมืออย่างถูกต้องในทุกขั้นตอนตามข้อบ่งชี้ 5 Moments
2. Why ระบุความสำคัญ ผลกระทบหากไม่มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสม
3. Process ระบุแนวปฏิบัติพร้อมระดับความสำคัญ
4. Training ระบุการฝึกอบรมที่ทำเป็นในเรื่องนี้
5. Monitoring ระบุแนวทางการ monitor ที่ควรจะมี อาจจะเป็นตัวชี้วัดหรือความเสี่ยง
6. Pitfall ระบุข้อผิดพลาดในการปฏิบัติโดยไม่มีความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้น
7. มาตรฐาน HA สัมพันธ์กับมาตรฐาน HA ข้อใด

ประโยชน์

- สามารถใช้เครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย
- สามารถวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับระบบให้มีความสอดคล้องและประสานกัน
- สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาช่วยในการพัฒนาคุณภาพภายในหอผู้ป่วย
- สามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับให้บุคลากรในหน่วยงานเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

การนำไปใช้

- หน่วยงานมีบุคลากรที่มีความรู้ที่สามารถพัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์ และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน
- หน่วยงานสามารถพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ด้านการทบทวนเวชระเบียน สามารถนำผลการทบทวน มาวิเคราะห์สาเหตุ นำสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีขึ้น

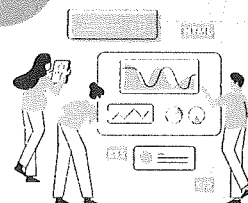
HA 602

คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก

การทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ (Patient Care Team)

- วิเคราะห์โอกาสพัฒนา กำหนดทิศทาง ชี้นำ มองภาพรวม การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
- ความเสี่ยงทางคลินิก
- ประสานงานความร่วมมือ/สนับสนุนทรัพยากร
- ประเมิน ติดตามผล

1



2

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา/
ติดตามคุณภาพเป็น
กระบวนการเรียนรู้ในการเชื่อมโยง
หลักการทำงานสู่การปฏิบัติ
(3D-PDSA)

3C

- Criteria มาตรฐาน
- Context บริบท
- Core value แนวคิด/ค่านิยม

PDSA

- Plan/Design
- Do
- Study/Learning
- Act/Improve

การวิเคราะห์รากสาเหตุ โดยเลือกใช้เครื่องมือและวิธีการวิเคราะห์
ให้เหมาะสมกับปัญหา ให้สามารถนำไปสู่การค้นหาและวางแผน

แนวทาง แก่ไขในเชิงระบบ

(Root cause analysis)

- Story & Timeline นวนเหตุการณ์
- Potential Change มองหาจุดเปลี่ยน
- Listen to Voice of staff ฟังเสียงผู้ปฏิบัติ
- Swiss Cheese มองหาช่องโหว่ของระบบ
- Creative solution ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา

3



4

การใช้สภาวะทางคลินิกเพื่อ
ติดตามประเมินคุณภาพ
ในแง่มุมต่างๆ
(Clinic Tracer highlight)

- ตามรอยคุณภาพให้ครอบคลุม 1. การดูแลผู้ป่วย 2. การพัฒนาคุณภาพ 3. องค์ประกอบอื่นๆ เช่น ระบบสารสนเทศ เครื่องมือ การพัฒนาบุคคล สิ่งแวดล้อม ระบบยา การทำงานชุมชน เป็นต้น
- การตามรอยจะมองทั้งแง่ค้นหาสิ่งดีและค้นหาโอกาสพัฒนา โดยควรจะเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งดี ที่มีอยู่แล้วเป็นอันดับแรก จากนั้นยกขบวนเป้าหมายว่ามีอะไรสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้บ้าง
- การตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้เห็นโอกาสที่จะใช้เครื่องมือหรือวิธีการที่จะถูกละเลยไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม

ประโยชน์ต่อตนเอง: ได้เรียนรู้และเข้าใจงานคุณภาพและนำไปพัฒนางานคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยทั้งบุคคลากรและผู้มารับบริการ

ประโยชน์ต่อหน่วยงาน: นำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดให้บุคคลากรในหน่วยงานทราบเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยยึดหลักกระบวนการเรียนรู้มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและนำปัญหาที่พบมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย

การนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน

นำเครื่องมือคุณภาพต่างๆมาใช้ในการพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยเช่นการค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์(AE)แล้วนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุโดยการทำRCA เพื่อนำไปสู่กระบวนการดูแลรักษาและป้องกันปัญหาเพื่อผลลัพธ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น

นางเบญจมาศ มีทอง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์