

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 2/2557

เรื่อง “สื่อสารอย่างไร ? ให้ผู้ป่วยปลอดภัย”

วันศุกร์ที่ 21 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 12.45 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมอภิตยาพรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผศ.นพ.วิศิษฐ์	วามวานิชย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
รศ. พญ.ศิริพร	ปิติมานะอารี	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
ผศ. นพ.มนวัฒน์	เงินฉ่ำ	ภาควิชาศัลยศาสตร์
คุณเรวัตร	ออกแมน	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
คุณนุสรรา	พานล้มฤทธิ์	งานการพยาบาลผ่าตัด
คุณฉันทนา	เคหะ	งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
คุณเสาวนีย์	เนาวพาณิข	งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์
คุณรวีวรรณ	ศิริรัศมีวงศ์	งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์

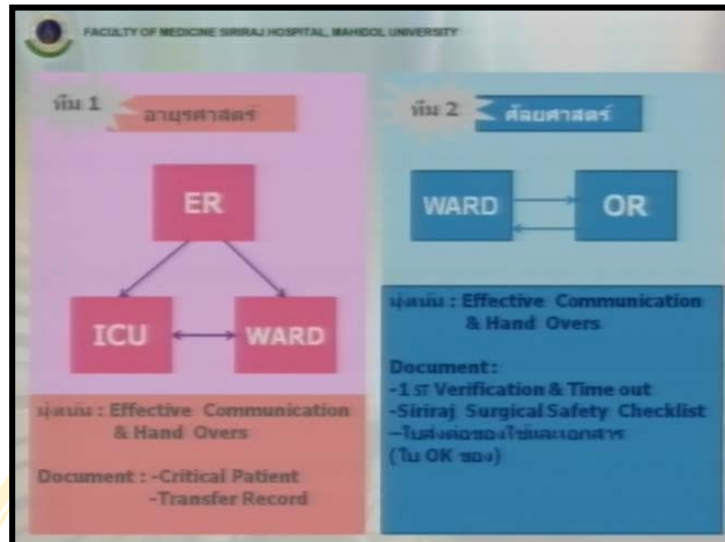
ผู้ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ :

คุณน้องนุช ภูมิสนธิ์	หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย
คุณพรจิตร ศิริพานทอง	งานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวเปิดงานการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 2/2557

เริ่มต้นการอภิปรายโดย คุณน้องนุช ภูมิสนธิ์ หัวหน้างานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย ได้กล่าวถึงที่มาของการประชุมวิชาการครั้งนี้ว่า จากการที่ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชได้พบทวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารจึงได้กำหนดให้การสื่อสาร (Communication) เป็นหัวข้อหนึ่งใน “Siriraj’s Patient Safety Goals 2014” ที่จะมีการประกาศใช้ในปีนี้

คุณพรจิตร ศิริพานทอง งานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย เริ่มดำเนินการอภิปรายโดยกล่าวแนะนำวิทยากรและนำเสนอการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อเรื่อง “สื่อสารอย่างไร ? ให้ผู้ป่วยปลอดภัย” ประกอบด้วยทีมอายุรศาสตร์ และทีมศัลยศาสตร์ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 : ทีมผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เริ่มจากทีมอายุรศาสตร์ **คุณฉันทนา เคหะ** งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก เล่าถึงกระบวนการทำงานที่ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพว่า การทำงานของ ER เมื่อมีการรับคำสั่งว่า ผู้ป่วย Case นี้ควรได้รับการ Admit ที่หอผู้ป่วย หรือ ICU ทาง ER จะมีการมอบหมายหน้าที่ผู้นำส่งข้อมูล ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยไปที่ ward จากนั้นใช้แบบฟอร์มเพื่อประเมินผู้ป่วยว่าผู้นำส่งผู้ป่วยควรเป็นแพทย์ พยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาล โดยแบบฟอร์มที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย คือ Critical Patient Transfer Record ทำโดยหัวหน้าทีมผู้ส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลปัจจุบันของผู้ป่วย หัวหน้าทีมจะมีการเซ็นชื่อในใบส่งต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไปถึงหอผู้ป่วยผู้ส่งต่อข้อมูลจะมีการเซ็นชื่อกำกับอีกครั้ง

จากนั้น **คุณเสาวนีย์ เนาวพาณิชย์** งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ เล่าถึงกรณี ICU มีการรับข้อมูลจาก ER อย่างไร โดยบริบทของ ICU มีทั้งการรับและย้าย เมื่อทราบว่าจะมีการรับผู้ป่วยจาก ER แพทย์จะแจ้งอาการผู้ป่วยเบื้องต้นให้ทราบ โดยบริบทของ ICU จะจ่ายผู้ป่วยให้กับพยาบาลดูแลตามความสามารถ จากนั้นใช้ SBAR (Situation & Background Assessment Recommendation) เพื่อรับอาการผู้ป่วย พยาบาลผู้รับอาการจะมีการแจ้งให้แพทย์และพยาบาลในทีมของเวรนั้นให้รับทราบอาการผู้ป่วย และเพื่อเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต เมื่อผู้ป่วยย้ายมาที่ ICU สรุปลักษณะการทำงาน คือมีการตรวจสอบข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วยอีกครั้งและตรวจสอบว่ามีอุปกรณ์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วยอะไรบ้าง

คุณรวีวรรณ ศิริรัศมีวงศ์ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ กล่าวถึงการส่งต่อข้อมูลในบริบทของหอผู้ป่วย การรับผู้ป่วยทั้งจาก ER และ ICU ผู้รับส่งข้อมูลอาการผู้ป่วยจะทำโดยพยาบาล

Junior ซึ่งได้รับการสอนจากรุ่นพี่แล้ว เมื่อรับอาการเสร็จจะรายงานข้อมูลให้กับหัวหน้าทีมและหัวหน้าเวรเพื่อรับทราบและพิจารณาการจัดสถานที่ตามอาการของผู้ป่วยว่าควรจัดเตียงให้ใกล้ชิดพยาบาลมากน้อยแค่ไหน

ช่วงต่อมาเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องของหลุมพราง (Pitfall) ของการส่งต่อข้อมูล เช่น ปัญหาของ ER เมื่อทาง ER ส่งเรื่องมายังหอผู้ป่วยและพยาบาลรับเรื่องแล้ว แต่ยังมีการแจ้งกลับไป ER ว่าได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจเกิดจากการสื่อสารภายในหอผู้ป่วยมีการส่งเวรต่อไม่ครบถ้วน ส่วนปัญหาของ ICU จะคล้ายกับ ER คือเมื่อ ER มีการส่งต่อผู้ป่วย ผู้รับอาการไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมาถึง เช่น ผู้รับอาการไปห้องน้ำ หรือไปทานข้าว ทำให้ผู้รับอาการที่อยู่เวรในเวลานั้นไม่ทราบรายละเอียดผู้ป่วย และเมื่อสอบถามผู้ที่มาส่งผู้ป่วยก็ไม่สามารถตอบได้เนื่องจากไม่ใช่ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เสียเวลาต้องกลับมาดูใบรับอาการอีกครั้งเกี่ยวกับการรับผู้ป่วยเรื่องข้อมูลยา ทาง ICU จึงนำปัญหาต่างๆ เหล่านี้มาแก้ไข โดยเมื่อรับอาการจะต้องแจ้งให้แพทย์และพยาบาลผู้อยู่ในเวรทุกท่านรับทราบข้อมูลอาการผู้ป่วยปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร และต้องเตรียมเครื่องมืออะไรเป็นพิเศษ ในส่วนของหอผู้ป่วยปัญหาที่พบ คือขาดการทวนกลับของข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้เกิดการผิดพลาด ในส่วนของใบรับข้อมูลยังไม่มี การใช้ประโยชน์ในการส่งต่อเวรแต่อาจนำมาใช้ทบทวนข้อความสำคัญที่ได้บันทึกไว้

คุณเสาวนีย์ เนาวพานิช งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ อธิบายถึง SBAR ว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดกรอบหรือแนวคิดในการสื่อสารเพื่อรับและส่งเวรผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติและสามารถแจ้งให้แพทย์ทราบ ทำให้มีประเด็นสำคัญในรายงานและทีมสุขภาพเกิดความพอใจเนื่องจากได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน จากนั้น **รศ. พญ.ศิริพร ปิติมานะอารี ภาควิชาวิสัญญีวิทยา** อธิบายถึง SBAR เพิ่มเติมว่า SBAR คือ Structure Communication Tool ชนิดหนึ่ง โดยพบว่าอิทธิพลของการสื่อสารนั้นมีมาก ดังนั้น SBAR จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ขาดทักษะและประสบการณ์ในการทำงาน

ช่วงต่อมา ทีมศัลยศาสตร์ เล่าถึงการรับส่งผู้ป่วยในบริบทของห้องผ่าตัด โดย **คุณนุสรา พานสัมฤทธิ์ งานการพยาบาลผ่าตัด** เล่าถึงประสบการณ์ในหน่วยผ่าตัดไส้ติ่งว่า เมื่อผู้ป่วยมาทำการผ่าตัด จะได้รับการดูแลจากพยาบาลหอผู้ป่วย จากนั้นจึงส่งต่อให้พยาบาลที่ดูแลห้องรอการผ่าตัด (Waiting room) เมื่อเข้าห้องผ่าตัดทีมพยาบาลห้องผ่าตัด (Operation room) จะดูแลต่อ และหลังผ่าตัดเสร็จเป็นหน้าที่ทีมพยาบาลห้องพักฟื้น (Recovery room) จากนั้นเมื่อผู้ป่วยฟื้นจึงส่งกลับไปยังหอผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลหอผู้ป่วยดูแลต่อ โดยที่กล่าวมานั้นเป็นการสื่อสารเฉพาะทีมพยาบาลเท่านั้นยังไม่รวมถึงวิสัญญีแพทย์ และอื่นๆ จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการส่งต่อข้อมูลมากโอกาสเกิดการสื่อสารผิดพลาดก็จะมากขึ้นด้วย ยกตัวอย่างเช่น เหตุการณ์ที่คลินิกพิเศษ นอกเวลาราชการ ผู้ป่วยทำการผ่าตัดก้อนเนื้อที่สายเสียง แพทย์แนะนำว่าผู้ป่วยต้องงดใช้เสียงเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เมื่อส่งผู้ป่วยกลับไปห้องพักฟื้น ได้มีการสอบถามระดับความเจ็บปวดกับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยว่าทำไมพยาบาลจึงต้องสอบถามเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าให้งดการใช้เสียง ผู้ป่วยจึงเขียนข้อร้องเรียนว่าพยาบาลห้องผ่าตัดไม่มีการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องพักฟื้นทราบ จึงมีการนำ

อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาพิจารณาว่าเกิดจากความผิดพลาดในเรื่องอะไร ซึ่งปัญหาที่พบ คือเกิดจากการส่งเวรที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีการส่งเวรในประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นให้ห้อง Recovery room รับทราบ หัวหน้าหน่วยจึงศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารและได้เลือกเครื่องมือ SBAR มาใช้ ซึ่งระบบนี้ทำให้การสื่อสารข้อมูลกระชับ ได้ข้อมูลสำคัญและครอบคลุมสิ่งที่ต้องดูแลผู้ป่วยขณะนั้น ทำให้ปัญหาการสื่อสารลดลงและไม่เกิดอุบัติการณ์ขึ้นอีก ส่วนปัญหาเรื่องเอกสารที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยลืมเอกสารสำคัญผลการตรวจรักษาต่างๆ จึงแก้ปัญหาโดยใช้ใบ Communication record มาช่วยให้เกิดความรวดเร็วในการตรวจสอบเอกสาร

คุณเรวดีร ออกแมน งานการพยาบาลคลีนิคศาสตร์และคลีนิคศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เล่าถึงบริบทของหอผู้ป่วยคลีนิคศาสตร์ พบว่ามีความแตกต่างกับทีมอายุรศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยคลีนิคศาสตร์เข้ารับการรักษารับการผ่าตัดทำให้พยาบาลมีเวลาเตรียมตัวในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและเตรียมตัวไปห้องผ่าตัด ซึ่งการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สามารถแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะการเตรียมส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด และระยะการรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด

ในระยะแรก ประเด็นสำคัญจะเกี่ยวกับการเตรียมเอกสาร อุปกรณ์ และข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำเรื่องส่งไปห้องผ่าตัด สาเหตุที่ต้องเตรียมการเนื่องจากเคยเกิดอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดในการสื่อสาร เช่น การ Mark site ผิดข้าง การส่ง OPD card ของผู้ป่วยสลับกัน อุปกรณ์ไม่พร้อม เป็นต้น ทำให้เกิดความเสียดังต่อผู้ป่วย เกิดการทำงานซ้ำซ้อน ลำช้า อุปกรณ์ไม่พร้อมทำให้มีการเลื่อนผ่าตัด จากเหตุการณ์ต่างๆ จึงเกิดการปรับกระบวนการทำงาน เช่น การตรวจสอบ Consent form ต่างๆ ใบ First verification ใบ Time out แพทย์ Mark site ถูกข้างหรือไม่ ซึ่งเป็นหน้าที่ของเวรพยาบาลในการตรวจสอบ ส่วนเวรตึกมีการตรวจสอบอีกครั้งว่าข้อมูลตรงกันหรือไม่ เพื่อป้องกันความผิดพลาด ช่วงเช้าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการตรวจสอบอีกครั้ง และสุดท้ายเป็นการตรวจสอบโดยผู้ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ส่วนเรื่องอุปกรณ์ แก้ไขโดยจัดทำกล่องอุปกรณ์ที่มีอุปกรณ์สำคัญครบถ้วน และเมื่อได้รับการแจ้งว่าจะมีการส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดจึงเตรียมกล่องอุปกรณ์ไว้ ขั้นตอนสุดท้ายที่ถือว่ามีความสำคัญ คือความร่วมมือของผู้มารับจากห้องผ่าตัดกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยร่วมกันตรวจสอบเอกสารอีกครั้ง อุบัติการณ์อีกประเด็นที่เกิดขึ้น คือการส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดโดยไม่ได้ส่งต่อข้อมูลให้ครบถ้วน เช่น ไม่ได้แจ้งว่าผู้ป่วยมีฟันปลอม ฟันโยก มีการติดเชื้อ ซึ่งอุบัติการณ์เหล่านี้ไม่ควรเกิดขึ้น จึงนำประเด็นต่างๆ เหล่านี้มาแก้ไขปัญหาร่วมกับทางห้องผ่าตัด

ระยะที่สอง คือการรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ปัญหาที่พบ คือการรับส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเกิดการแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งสองแห่งโดยพูดคุยกันเพื่อแก้ไขปัญหานี้ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบขึ้น คือแบบฟอร์มการรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด โดยทางหอผู้ป่วยจะส่งแบบฟอร์มนี้ไปห้องพักรักษา เพื่อให้ทราบว่าทางหอผู้ป่วยต้องการข้อมูลอะไรบ้าง โดยผลลัพธ์ที่ได้ค่อนข้างดีไม่ต้องโทรกลับไปหาห้องผ่าตัดบ่อยครั้ง สัมพันธภาพระหว่างหอผู้ป่วยดีขึ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยก็มากขึ้น

ช่วงต่อมา รศ. พญ.ศิริพร ปิตมานะอารี ภาควิชาวิสัญญีวิทยา อธิบายถึง เรื่อง Improve Effective Communication ว่าเป็นหัวข้อหนึ่งของมาตรฐาน Joint Commission International (JCI) และ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ข้อมูลจากต่างประเทศ ยังพบว่าการสื่อสารมีบทบาทต่อระบบสาธารณสุขเช่นกัน เช่น Australia และ Queensland เกิดข้อผิดพลาด ร้อยละ 20 USA เกิดข้อผิดพลาด ร้อยละ 70 - 75 เป็นต้น ดังนั้น เรื่องการสื่อสารจึงเป็นประเด็นที่กล่าวถึงเสมอเมื่อมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เนื่องจากประเด็นนี้ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารที่ไม่เป็นไปตามต้องการ หรือขาดประสิทธิภาพและอาจส่งผลต่อความปลอดภัย ได้แก่ สถานการณ์ที่เร่งรีบ การสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้องในหน้าที่ (อาจารย์ รุ่นพี่ ฯลฯ) ขาดทักษะการสื่อสาร และการเปลี่ยนผู้ดูแลรักษา ดังนั้นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสาร เช่น ตัวบุคคล การขาดสมาธิ การส่งต่อ การทำงานหลายอย่างพร้อมกัน เป็นต้น

วิธีการที่ช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ได้แก่

1. The WHO Surgical Safety Checklist
2. Structured communication tools in the transfer of patients
3. Perioperative safety briefing/ debriefing
4. SBAR
5. Team work training
6. Simulation work shop on communication skills
7. etc.

วิธีการสื่อสารที่มีการดำเนินการในศิริราช ได้แก่

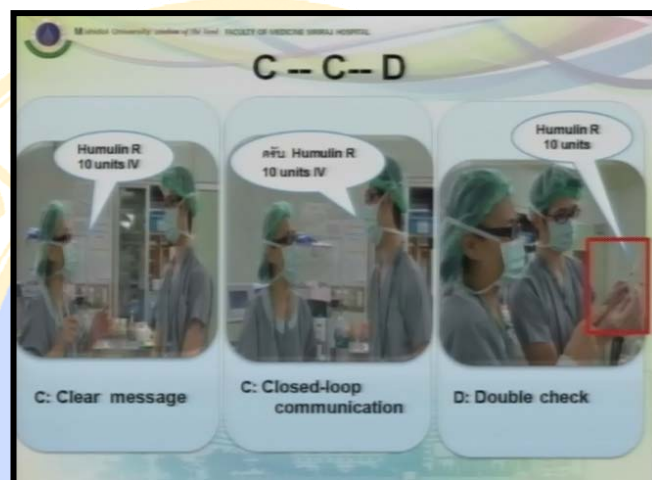
1. Clear message, Closed-loop communication, Double check (C-C-D)
2. Siriraj surgical safety checklist
3. Critically ill transfer note
4. WI (oral packing)
5. Anesthesia data transfer note (in process)
6. SBAR (in process)
7. Briefing/Debriefing (in process)

Surgical Safety Checklist ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ Sign in, Time out และ Sign out โดย กระบวนการ Sign in เป็นขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง และการสื่อสารระหว่างทีมโดยที่ยังไม่ได้รับการดมยาสลบ (ผู้ป่วยยังรู้ตัว) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำหัตถการ เช่น Site marked, pulse oximeter, Known allergy, Difficult airway or aspiration risk เป็นต้น

กระบวนการ Time out เป็นขั้นตอนหลังจากผู้ป่วยได้รับยาสลบแล้ว เช่น การแนะนำตัวในห้องผ่าตัด บอกบทบาทหน้าที่ของตนเองให้ทุกคนทราบ เป็นต้น

กระบวนการ Sign out ได้แก่ Instrument sponge and needle counts, Specimen labeling, การส่งข้อมูลสำคัญมีอะไรบ้าง เป็นต้น

C-C-D ประกอบด้วย C : Clear message, C : Closed-loop communication และ D : Double check จะใช้ในกรณียาที่ไม่คุ้นเคย เช่น Heparin เป็นต้น (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 : C-C-D (C : Clear message, C : Closed-loop communication, D : Double check)

ต่อมา ผศ. นพ.มนวัฒน์ เงินฉ่ำ ภาควิชาศัลยศาสตร์ สรุปแนวคิดในการทำอะไรให้การสื่อสารไม่คลาดเคลื่อน ซึ่งปัญหาการสื่อสารที่เกิดขึ้น คือการพูด หรือเอกสาร จึงสร้างเครื่องมือขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาการแก้ปัญหา คือควรแนะนำตัวในห้องผ่าตัดเพื่อให้กล้าพูดคุยกัน การ Double check ยาสรางความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เมื่อมีการพูดคุยกันควรมีการบันทึกเป็นเอกสาร ศัลยแพทย์ควรลงข้อมูลผู้ป่วยตามความเป็นจริง

โดยสรุป Check list นั้นเริ่มจากอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้น Check list อาจไม่ได้ป้องกันปัญหาต่างๆ ให้เกิดขึ้นได้ แต่ช่วยให้เกิดน้อยที่สุดและลดความรุนแรงจากสิ่งที่จะเกิดขึ้น

5 เรื่องที่ต้องมีการสื่อสารในห้องผ่าตัด มีดังนี้

1. สมาชิกทุกคนชื่ออะไร และมีบทบาทอะไร
2. ยืนยันตัวผู้ป่วยว่าถูกต้อง
3. ให้ antibiotics หรือยัง
4. มีขั้นตอนไหนที่ต้องระวังและดูแลเป็นพิเศษ
5. มีโอกาสเกิดปัญหาอะไรบ้าง

ก่อนปิดการประชุม ผศ.นพ.วิศิษฐ์ วามวาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ได้ประกาศ Siriraj's Patient Safety Goals 2014 ประกอบด้วย 7 เรื่อง คือ

1. Safe surgical team
2. Hand Hygiene/Clean Hand
3. Safe from ADE
4. Patient Identification
5. Communication
6. Preventing common complication
7. Sepsis

ช่วงสุดท้าย ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ กล่าวสรุปและปิดการประชุมว่า “การเรียนรู้ในวันนี้เป็นการเรียนรู้เรื่องการสื่อสารอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ ประเด็นเกี่ยวกับการสื่อสารมีอยู่ในจุดเน้นการพัฒนาคุณภาพ “HEROES” ซึ่งเป็นจุดเน้นในภาพรวมของคณะฯ ส่วน Siriraj's Patient Safety Goals 2014 นั้นจะเน้นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ International Patient Safety Goals และข้อกำหนดของ สรพ. คือ SIMPLE จึงควรบูรณาการร่วมกันเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติ”

ผู้บันทึก และถอดบทเรียน

นายเอกกนก พนาดำรง

ผู้ตรวจสอบบทเรียน

นางสาวสมใจ เนียมหอม

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



ผศ. นพ. วิศิษฐ์ วามวานิชย์
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช



รศ. พญ. ศิริพร ปิตีมานะอารี
 ภาควิชาวิสัญญีวิทยา



ผศ. นพ. มนวัฒน์ เงินฉ่ำ
 ภาควิชาศัลยศาสตร์



คุณเรวัต ออกแมน
 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์



คุณนุสรา พานลัมฤทธิ์
 งานการพยาบาลผ่าตัด



คุณฉันทนา เคหะ
 งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก



คุณเสาวนีย์ เนาวพานิช
 งานการพยาบาลอายุรศาสตร์
 และจิตเวชศาสตร์



คุณรวีวรรณ ศิริรัศมีวงศ์
 งานการพยาบาลอายุรศาสตร์
 และจิตเวชศาสตร์