

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร	
I-1 การนำ	
01 ผู้นำระดับสูงชี้หน้าองค์กร <ul style="list-style-type: none"> Leadership walk round กระจายอำนาจ 	<ul style="list-style-type: none"> ทีมนำระบบงานทำกิจกรรม Leadershipwalk round ร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 3 และนำมาทบทวนร่วมกันเพื่อวางแผนปรับปรุง
02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา วัฒนธรรมความปลอดภัย) <ul style="list-style-type: none"> ทีมนำควรสำรวจบรรยากาศการพัฒนาและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร (patient safety culture survey เครื่องมือของ สรพ.) เพื่อหาโอกาสพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> มีการสำรวจความคิดเห็นวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยใช้เครื่องมือของ สรพ. จากการสำรวจ ในปี 2559พบว่า เกี่ยวกับการรายงานเหตุการณ์ เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหา มีบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจจำนวน 170 คน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 5.88 ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 32.35 รู้สึกเฉยๆ ร้อยละ 20 ในขณะที่มีบุคลากรที่เห็นด้วย ร้อยละ 31.76 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 10 ทีมผู้บริหารจึงมีการทบทวนและชี้ให้เห็นความสำคัญของการรายงาน และสร้างความมั่นใจในนโยบายที่ให้ไว้ ในการรายงานอุบัติการณ์ไม่ถือเป็นความผิด จึงทำให้บุคลากรมีความกล้าที่จะรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น จากการสำรวจเกี่ยวกับระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าในหน่วยงานให้ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม ระดับ ดีเยี่ยม ร้อยละ 0.72 ระดับดีมาก ร้อยละ 54.67 ระดับยอมรับได้ ร้อยละ 34.53 และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.59 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามมาตรฐานและมาตรการความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
03 การสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจ เห็นที่การปฏิบัติ <ul style="list-style-type: none"> ควรส่งเสริมทีมพัฒนาคุณภาพชุดต่างๆ (เช่น RM,IC,PCT,ENV) ใช้เครื่องมือการตามรอยระบบ (system tracer) เพื่อให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานได้เรียนรู้ เข้าใจ และ 	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดให้ ทีม PCT, RM round ร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนและชวนเรียนรู้หน้างาน ติดตามผลการดำเนินงานของทีมต่างๆ ทุก 6 เดือน โดยให้ แต่ละทีมรวบรวมผลงานมานำเสนอเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>สามารถนำแนวทาง/มาตรการต่าง ๆ ลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิภาพของระบบและผลสำเร็จในภาพรวมโดยใช้เครื่องชี้วัดที่เหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้แต่ละทีมมีการทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับ โดยเฉพาะทีมนำทางคลินิก เมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเกี่ยวกับ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะมีการนำเข้าทบทวนเพื่อหาแนวทางป้องกันร่วมกัน
<p>04 ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบ การนำ</p> <ul style="list-style-type: none"> ทีมนำควรวางระบบการประเมินผู้นำและประสิทธิภาพของระบบการนำ นำข้อมูลมาปรับปรุงการนำให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาผู้นำทุกระดับให้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมในหน้าที่ที่รับผิดชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมที่มีคุณธรรมจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยให้กับบุคลากรทุกระดับ โดยกำหนดเป็นเกณฑ์ชีวิตขององค์กร เกี่ยวกับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
<p>I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์</p>	
<p>06 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> ควรวิเคราะห์ข้อมูลให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่าง ๆ เช่น ความท้าทาย/ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ การทบทวนข้อมูลสถิติ/ตัวชี้วัด ความต้องการของผู้ป่วย/ลูกค้า เจ้าหน้าที่ ชุมชน ปัญหาในการให้บริการและอุบัติการณ์ความเสี่ยง รวมทั้งปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ทีมนำทบทวนแผนกลยุทธ์ร่วมกัน และติดตามผลการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ พบว่า ยังมีผลการดำเนินงานที่ยังไม่บรรลุตัวชี้วัด เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี จึงมีการปรับแผนการดำเนินงานโดยใช้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>07 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความ ท้าทายและ ครอบคลุม Hospital Profile</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรทบทวนความท้าทาย/ประเด็นปัญหาต่างๆให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์ขององค์กรครอบคลุมทั้งด้านผู้รับบริการ (การดูแลรักษาทั้งกลุ่มโรคและภัยสุขภาพ) ผู้ให้บริการ องค์กรและชุมชน เพื่อใช้กำหนดแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม กำหนดเครื่องชี้วัดที่สะท้อนถึงเป้าประสงค์ดังกล่าว (ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทีมนำวิเคราะห์ความท้าทายขององค์กร และนำความท้าทายมากำหนดแผนแผนกลยุทธ์ และตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล เช่น การลดจำนวนผู้ป่วย NCD / การตั้งครรภในวัยรุ่น / ปัญหาเกี่ยวกับรายรับรายจ่ายของโรงพยาบาล เป็นต้น
<p>08 การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรสร้างความเข้าใจ ติดตามการรับรู้การถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปยังทีมพัฒนาคุณภาพ/หน่วยงานต่างๆเพื่อให้สามารถจัดทำโครงการ/แผนงานที่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ ติดตามการนำโครงการ/แผนงานไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจถึงประสิทธิภาพของการถ่ายทอดและส่งเสริมความสำเร็จของแผนกลยุทธ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน เพื่อชี้แจงนโยบายที่เร่งด่วน และติดตามความก้าวหน้า / ผลการดำเนินงาน ● กำหนดผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ และแนวทางการติดตามตัวชี้วัด ที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>09 การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญในการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ โดยเฉพาะการวางแผนความเพียงพอของอุปกรณ์/เครื่องมือที่สำคัญทางการแพทย์ การจัดอัตรากำลัง และ competency ของบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนแผนกลยุทธ์ที่วางไว้ได้อย่างเหมาะสมภายใต้ปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงิน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ตรวจสอบความเพียงพอ/ความต้องการ อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ นำมาจัดทำแผน ปีละ 1 ครั้ง ● ทบทวนและวิเคราะห์ภาระงานของบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ เพื่อนำมาวางแผนการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมในการขับเคลื่อนการดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามแผนกลยุทธ์ ● กำหนดให้มีการรายงานสถานการณ์การเงินในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารทุกครั้งที่มีการประชุม
<p>10 การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรติดตามประเมินระดับความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามโครงการ/แผนงานและตัวชี้วัดผลสำเร็จของแผนกลยุทธ์อย่างสม่ำเสมอ แก้ไขปัญหา ปรับปรุง ปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมทันเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลง อันจะส่งผลให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ทำนายและนำองค์กรสู่วิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการโดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละตัวชี้วัด และติดตามผลโดยหัวหน้างาน / ทีม ทุก 3 เดือน ● นำเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
<p>I-3 การมุ่งเห็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน</p>	
<p>11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรประเมินความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับผลงานแยกตามประเภท (เช่น เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ บริษัทประกันสุขภาพ ประกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ดำเนินการสำรวจความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่ม และนำผลความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการมาทบทวน และปรับระบบบริการที่เหมาะสม เช่น ระบบการติดต่อประสานงานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ระบบการสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่บุคลากร

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>ชีวิต/กลุ่มผู้ป่วย เช่น ประกันสุขภาพ ประกันสังคม ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ) เพื่อให้สามารถรับทราบข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การตอบสนองที่ตรง ประเด็นมากขึ้น</p>	<p>ใน รพ.สต. การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณไปยัง รพ.สต.ในเครือข่าย ระบบการเบิกจ่ายเงิน ในการจัดซื้อจัดจ้างที่ถูกต้องระเบียบและได้มาตรฐาน มีการประกันระยะเวลาในการชำระหนี้ เป็น ต้น</p>
<p>I-4 การวิเคราะห์ และจัดการความรู้</p>	
<p>16 ระบบการวัดผลการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทีมนำ ทีมพัฒนาคุณภาพ และหน่วยงานต่างๆ ควรทบทวน/ เพิ่มเติมตัวชี้วัดให้ครอบคลุม สอดคล้องกับพันธกิจ เป้าหมาย และประเด็นคุณภาพ ในส่วนของทีมนำทางคลินิกให้ ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา สร้างเสริม ป้องกัน พิษฟู และสามารถเทียบเคียง (benchmark)กับโรงพยาบาลในระดับ ที่สูงกว่าเพื่อหาโอกาสพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทีมนำติดตามทบทวนตัวชี้วัดที่สอดคล้องเป้าหมายของหน่วยงาน และแผนยุทธศาสตร์ทุก 6 เดือน เทียบเคียงกับโรงพยาบาลระดับเดียวกันในจังหวัด ● ทีม PCT ทบทวนผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพให้ ดียิ่งขึ้น
<p>17 การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมให้ทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่างๆได้ ติดตาม/วิเคราะห์ข้อมูลสถิติและตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ (เช่น กำหนดเป็นหนึ่งในวาระการประชุม) หาโอกาสพัฒนาอย่าง ต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดในทุกระดับ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมให้ทุกทีม กำหนดการติดตามวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในที่ประชุมทุกเดือนเพื่อหา โอกาสพัฒนา

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>18 การจัดการสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> ควรส่งเสริมให้สำรวจความต้องการการใช้ข้อมูลของหน่วยงานโดยพิจารณาจากการจัดเก็บข้อมูลที่หน่วยงานต่างๆเช่น รายงานค่าวิกฤติ การยืมคืนเวชระเบียน จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่หาย เป็นต้น เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้ได้สารสนเทศที่จำเป็น มีคุณภาพ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ พร้อมใช้งาน รวดเร็วภายในเวลาที่กำหนดสำหรับบุคลากรทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน 	<ul style="list-style-type: none"> งาน IT สารสนเทศสำรวจความต้องการการใช้ข้อมูลของหน่วยงาน นำมาพัฒนาโปรแกรมที่ใช้ในการจัดเก็บและสามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันเวลา
<p>I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p>	
<p>21 ความผูกพันและความพึงพอใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทุกปีแต่ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมาย จึงควรวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มไม่ใช่วิชาชีพ หรือกลุ่มข้าราชการ/ลูกจ้าง เป็นต้น เพื่อนำปัจจัยที่พบมาวางแผนตอบสนองให้ตรงประเด็นจะส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจมากขึ้น และควรวางแผนการประเมินความผูกพันในปีต่อๆมา 	<ul style="list-style-type: none"> ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทุก จากผลการสำรวจในปี 2559 อัตราความพึงพอใจของบุคลากรเท่ากับร้อยละ 76.88 ประเด็นที่ไม่พึงพอใจ เช่น การเบิกจ่ายค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยงไม่ทันตามเวลาที่กำหนด จึงกำหนดให้มีการชี้แจงสถานการณ์และแจ้งให้บุคลากรทราบล่วงหน้าหากมีการจ่ายเงินไม่ตรงเวลา มีตู้แสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับความต้องการ ความพึงพอใจ โดยมีคณะกรรมการเปิดตู้ เก็บข้อมูล มาวิเคราะห์ นำเข้าเสนอคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรเพื่อตอบสนองตามลำดับความสำคัญของปัญหา จัดกิจกรรมส่งเสริมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานดีเด่น เช่น ได้รับรางวัลจากภายนอก ภายในมาเป็นแบบอย่างที่ดี ยกย่อง ให้เจ้าหน้าที่อื่นทราบในวันประชุมประจำเดือนและจัดทำป้ายประกาศเพื่อยกย่องคนทำดี

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>23 ระบบพัฒนาและพาเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรวางระบบการประเมินและดำเนินการประเมินทักษะความสามารถของบุคลากรทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อนำส่วนขาดมากำหนด training plan ของโรงพยาบาลได้ตรงประเด็นสำหรับหน่วยงานบริการผู้ป่วย ควรบูรณาการกับข้อมูลความเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยทรุดลง เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์ learning need จะนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรทั้งในภาพรวมและรายบุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> ● หัวหน้าหน่วยงานประเมินทักษะความสามารถของบุคลากรในแต่ละระดับ เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาบุคลากรในระดับหน่วยงาน และ สํารวจความต้องการเรียนรู้ของบุคลากรปีละ 1 ครั้ง นำมาเรียงลำดับความสำคัญและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และ Service plan เพื่อจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในปีถัดไปปี 2559 จัดอบรมพัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการให้กับบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย รพ.สต.เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การอบรมการให้ยา SK โดยทีมวิทยากรจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ● นำข้อมูลจากการทบทวนอุบัติการณ์การเกิด AE นำมาวางแผนพัฒนาทักษะของบุคลากรเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม
<p>24 การบริหารและจัดระบบบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรเพิ่มมิติการมองภาพรวมของแผนอัตรากำลังทั้งวิชาชีพ และสนับสนุนวิเคราะห์ความเพียงพอในปัจจุบันและแผนอนาคต เพื่อตอบสนองต่อการจัดบริการตาม service plan วางแผนสรรหาให้ชัดเจนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จะส่งผลให้การจัดบริการมีคุณภาพและเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● จากการวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรทั้งสายวิชาชีพ และสายสนับสนุน โดยการคิด FTE และ Productivity มีการจัดทำแผนกำลังคนเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาตาม Service plan และกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
I-6 การจัดการกระบวนการ	
<p>26 การกำหนดงานที่เป็น core competency ขององค์กร และ การออกแบบระบบงานโดยรวม</p> <p>27 ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ</p> <p>28 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมความเข้าใจในการนำแนวคิด 3P (purpose, process, performance) ลงสู่การปฏิบัติอย่างเข้าใจในทุกระดับ (ระดับโรงพยาบาล ระดับทีม ระดับหน่วยงาน) พร้อมทั้งใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลการบรรลุตามเป้าหมายทั้งในด้านการบริหารและผลลัพธ์ เพื่อเรียนรู้และปรับปรุงระบบงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมให้หน่วยงานเขียนผลการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด 3P และจัดเวทีนำเสนอผลงานปี 2559 มีการนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 27 เรื่อง ● มีการทบทวนภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นเช่น อัคคีภัย น้ำท่วม พายุ ระบบสาธารณูปโภคไม่ทำงาน และกำหนดมาตรการป้องกันและซ้อมแผน ร่วมกับหน่วยงานภายนอก ● มีการทบทวนและวางมาตรการป้องกันกรณีเกิดการระบาดของโรคติดต่อ อุบัติเหตุหุ้ และดำเนินการซ้อมแผนประจำปี ● หน่วยงานทบทวนกระบวนการทำงาน และ service profile ทุก 6 เดือน เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	
<p>29 การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทีมนำและศูนย์คุณภาพ ควรร่วมกันประเมินประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งประมวลภาพรวมของการพัฒนาเทียบกับแผนที่วางไว้เป็นระยะ ให้การสนับสนุน เชื่อมโยงและประสานความร่วมมือ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ศูนย์คุณภาพประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยใช้แบบประเมิน Hospital Survey on Patient Safety Culture ครั้งเพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบและนำผลมาวิเคราะห์เสนอทีมนำเพื่อวางแผนพัฒนา

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>ในทุกขั้นตอนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ชัดเจนและต่อเนื่อง</p>	
<p>30 การทำงานเป็นทีม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมให้วิชาชีพต่างๆ (ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย) ได้มีบทบาทรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเชิงรุกให้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือดังกล่าวที่มีผลต่อการดูแลรักษา/สร้างเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ (โดยเฉพาะในโรคที่ทีมนำทางคลินิกให้ความสำคัญ) ให้เห็นเป็นรูปธรรม 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ทีมนำกำหนดโดยทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา โดยนำผลลัพธ์จากการจัดกิจกรรม Grand round นำมาสู่การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น DM,HT,COPD,Stroke เป็นต้น ● สร้างระบบการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วย
<p>31 การประเมินตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมให้ทีมและหน่วยงานทุกระดับประเมินตนเองด้วยวิธีการต่างๆด้วยความเข้าใจและต่อเนื่อง เช่น การทบทวน 12 กิจกรรมของหน่วยงาน กิจกรรมทบทวนของทีมนำทางคลินิก การทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาและเรียนรู้ AE การตามรอยการดูแลผู้ป่วย (clinical tracer) และการตามรอยระบบ (systemic tracer) การทบทวนอุบัติการณ์ และการใช้แบบประเมินตนเอง (SAR 2011) และ scoring guideline เพื่อหาโอกาสพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการส่งเสริมให้หน่วยงาน ทบทวน 12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ● ส่งเสริมให้หน่วยงานมีการตามรอยทางคลินิกโดยใช้ Care process ในกลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น 5 อันดับโรคที่สำคัญของหน่วยงานและนำผลมาเรียนรู้ร่วมกันในทีม PCT และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่พนักงานในการค้นหา/บ่งชี้ความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงทางด้านคลินิก เพื่อเกิดประโยชน์ในการติดตามและเฝ้าระวังอาการสำคัญของผู้ป่วย รวมทั้งปรับ risk profile ให้ทันสมัย สอดคล้องกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริง ● ควรประสานกับ PCT สร้างกระบวนการเรียนรู้กับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ค้นหา AE วิเคราะห์สาเหตุปัจจัยและแก้ไขปรับปรุงเชิงระบบ ● ควรติดตามการเกิดซ้ำของอุบัติการณ์ที่มีระดับความรุนแรงสูง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรม Quality walk round เพื่อเยี่ยมหน่วยงานทางคลินิกทุกหน่วยงานโดยทีมนำทางคลินิก สัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อสร้างความเข้าใจ และส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก ● ส่งเสริมให้หน่วยงานสรุปวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และทบทวน Risk profile ทุก 6 เดือน ● หน่วยงานมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อป้องกัน AE และการเกิดความเสี่ยงซ้ำ โดยใช้เครื่องมือ Thai HA Trigger และ High Risk Chart ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ติดตามและสรุปผลการดำเนินการเดือนละครั้งโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
<p>33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานต่างๆ (คลินิกและสนับสนุน) ควรดำเนินการทบทวนการให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหา อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญ โดยบูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน รวมทั้งติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อหาโอกาสพัฒนาและนำสู่การปรับปรุงเชิงระบบงานอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานมีการทบทวนกระบวนการทำงาน วิเคราะห์หาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง เพื่อให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงในงานประจำ เช่น มีการส่งต่อความเสี่ยงระหว่างเวร ● มีการสุ่มเฉพาะเบี่ยงมาทบทวนเพื่อค้นหาและวัดอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยใช้ trigger tool อย่างสม่ำเสมอ และทำ RCA เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและวางระบบป้องกันความเสี่ยงซ้ำโดยคณะกรรมการ PCT ● ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานทบทวนการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง มีการรายงานความเสี่ยงทุกวัน ทุกเวร และติดตามกำกับโดยหัวหน้างาน

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะ บูรณาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทีมนำทางคลินิก ควรมีบทบาทหลักในการดูแลรวมของการพัฒนาทางคลินิก โดยกำหนดทิศทางและประเด็นสำคัญในการพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา สร้างเสริมป้องกัน พิษฟู โดยพิจารณาให้ครอบคลุมตลอดกระบวนการดูแลตั้งแต่การคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน (กลุ่มที่เป็นโรคกลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ) การเข้าถึงและการดูแลผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล (OPD,ER,IPD,LR)ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและเชื่อมต่อชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> • กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก และกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดูแล เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก มาพัฒนาโดยใช้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยมาตามรอยเพื่อหาโอกาสพัฒนาและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง • วิเคราะห์กลุ่มประชากร คัดกรองภาวะสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน โดยแยกกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาระบบบริการเพื่อตอบสนองประชากรในแต่ละกลุ่ม เชื่อมโยงกับระบบ DHS-PCA
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ	
<p>35 ระบบบริหารทางการพยาบาล</p> <p>36 ปฏิบัติการทางการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> • ควรมีระบบติดตามควบคุมกำกับบุคลากรพยาบาลวิชาชีพทุกคนเพื่อให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด • ควรติดตามประเมินศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วยในงานประจำวัน การทบทวนการดูแลผู้ป่วยในเหตุการณ์สำคัญหรือการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาโอกาส 	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้ระบบนิเทศทางการพยาบาล และระบบบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือในการกำกับดูแลการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ • หัวหน้างานประเมินศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาล โดยการนิเทศประจำวัน การตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนและทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ โดยการทำกิจกรรม after action review เพื่อหาโอกาสพัฒนาร่วมกันในหน่วยงาน และส่งเสริมการใช้ early warning signs ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>พัฒนาและวางแผนพัฒนาทักษะเชิงวิชาชีพในแต่ละหน่วยงานอย่างเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรทบทวนการบริหารอัตรากำลังคนภายใต้ภาระงานจริง เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดบริการได้อย่างราบรื่น 	<ul style="list-style-type: none"> ● วิเคราะห์อัตรากำลังโดยหน่วยงานทบทวนภาระงาน และวิเคราะห์ productivity ทุก 1 เดือน และทบทวนร่วมกันทุก 6 เดือน
<p>37 องค์กรแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมให้แพทย์เป็นแกนนำในการทำกิจกรรมทบทวนทางคลินิก ขยายผลการใช้ clinical tracer เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาให้ครอบคลุมกลุ่มโรคต่างๆที่ให้บริการ รวมทั้งสร้างการเรียนรู้ให้ทีมพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดประเด็นความเสี่ยงทางคลินิก/ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย สื่อสารให้พยาบาลได้รับทราบ โดยเฉพาะในขณะที่กำลังให้การดูแลรักษา/การ round ผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การค้นหา ใฝ่ระวังและการรายงานแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง 	<ul style="list-style-type: none"> ● แพทย์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการทบทวนในขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน และกำหนดให้มีการทำ Grand round ในหน่วยงาน ER,LR,IPD สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาและป้องกัน AE ● นำผลจากการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยมาทบทวนร่วมกันใน ทีม PCT เพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค และนำเข้าทบทวนหาข้อสรุปร่วมกันในที่ประชุมองค์กรแพทย์อย่างน้อยเดือนละ 1 โรค ● มีการสื่อสารการใฝ่ระวังร่วมกันทีมพยาบาลในขณะกำลังให้การดูแลรักษา รวมถึงแนวทางการรายงานแพทย์ โดยการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	
<p>39 การกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม</p> <p>40 การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรนำข้อมูลการสำรวจความเสี่ยงเชิงรุก เช่น ความเสื่อมโทรมของโครงสร้าง ฝ้าเพดาน พื้นที่ใช้สอยในแต่ละหน่วยงาน จุดเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น และนำอุบัติการณ์ของหายอื่นๆมาวางแผนบริหารจัดการการบำรุงรักษาที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพและความปลอดภัยมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทีม ENV นำเสนอผลการสำรวจความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม นำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และทำแผนปรับปรุงโครงสร้างให้ได้ตามผู้มาตรฐานเช่น การซ่อมปรับปรุงหลังคา ฝ้าเพดานที่ไม่ได้มาตรฐาน การปรับปรุงระบบระบายอากาศที่แผนก OPD ● ทบทวนระบบการจัดการวัสดุและของเสียอันตราย โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และกำหนดแนวทางการจัดการให้ได้มาตรฐานมีการปรับเปลี่ยนวิธีการในการจัดการขยะอันตรายโดยรวมโครงการกับ อบจ.ในการนำไปกำจัด
<p>42 เครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรเพิ่มทักษะพนักงานในการเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือ เรียนรู้การตรวจสอบเบื้องต้น เพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำแผนการเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือและการตรวจสอบเบื้องต้น เพื่อเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือโดยการจัดอบรมปีละ 1 ครั้ง ● ดำเนินการเยี่ยมสำรวจภายในโดยใช้หลัก EFIRE เน้นทักษะบุคลากรในการตรวจสอบเครื่องมือเบื้องต้น ทุก 3 เดือน
<p>43 ระบบสาธารณูปโภค</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรวางระบบการบำบัดน้ำที่ผลิตขึ้นเพื่อการอุปโภค น้ำบาดาลโดยปรับปรุงกระบวนการให้ได้คุณภาพ ส่งตรวจคุณภาพน้ำใช้เพื่อให้ผู้ใช้ไม่มีการปนเปื้อนและมีความปลอดภัย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ปรับปรุงกระบวนการบำบัดน้ำที่ผลิตขึ้นเพื่อการอุปโภค และดำเนินการส่งตรวจคุณภาพน้ำดื่มกับกรมอนามัย ปี 2559 – 2560 ผลการตรวจผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานของกรมอนามัย ● น้ำดื่มสำหรับบริการผู้ป่วยติดเครื่องกรองที่ได้มาตรฐานและส่งตรวจคุณภาพทุก 6 เดือน

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรเร่งดำเนินการส่งตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยส่งผลการตรวจคุณภาพที่ผ่านการบำบัดให้กับ สรพ.ทุก 3 เดือน เพื่อให้มีระบบบำบัดน้ำเสียค่าน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ● สำหรับการดูแลประจำวัน ควรเรียนรู้และแก้ไขค่าพารามิเตอร์ เช่น ค่าคลอรีนและค่า pH ที่สูงกว่าปกติ เพื่อให้ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพตลอดเวลา ● ควรทบทวนและดำเนินการกำจัดขยะติดเชื้อเดิมที่เก็บไว้ที่อยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลด้านหลังให้เป็นไปตามมาตรฐาน และเพิ่มประสิทธิภาพการเผาขยะของโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อม 	<ul style="list-style-type: none"> ● ดำเนินการส่งตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดทุก 3 เดือน ผลารตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ● เชิญวิทยากรจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์มาให้ความรู้และทักษะการดูแลประจำวันให้กับทีมผู้รับผิดชอบ พร้อมฝึกทักษะการปฏิบัติหน้างานติดตามตรวจสอบบันทึกการตรวจประจำวันโดยนักอาชีวอนามัย ● ดำเนินการขุดฝังกลบขยะติดเชื้อที่มีอยู่เดิมหลังโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ● ปรับเปลี่ยนวิธีการในการกำจัดขยะติดเชื้อโดยการจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก โดยเริ่มดำเนินการในปี 2560
<p>II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p>	
<p>46 การออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 47 การจัดการและทรัพยากร 48 การป้องกันการติดเชื้อ 49 การเฝ้าระวังและติดตามกำกับ 50 การควบคุมการระบาดของการติดเชื้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การออกแบบระบบ ควรนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อ hospital wide ข้อมูลจาก รง.506 ข้อมูลโรคแลภัยสุขภาพใน 	<ul style="list-style-type: none"> ● นำข้อมูลจาก รง.506 มาวิเคราะห์ร่วมกับงานระบาดวิทยา และทีม SRRT ทุก 6 เดือน เพื่อวางมาตรการป้องกันร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>พื้นที่ มาใช้กำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การป้องกันการติดเชื้อ ควรศึกษาเกณฑ์และกำหนดมาตรการให้ครอบคลุม รวมทั้งติดตามประเมินการปฏิบัติเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบ ● ควรทบทวนการวางระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ phlebitis, CAUTI, episiotomy โดยเฉพาะกรณีการติดตามหลังจำหน่ายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและใช้ประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังให้มากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด สรุปผลทุกเดือน และให้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านคณะกรรมการ IC ● Phlebitis ระบุ case ที่มีความเสี่ยงในขณะนอนโรงพยาบาล เมื่อจำหน่าย โทรศัพท์ติดตาม กับผู้ป่วย/ญาติโดยตรง ภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายทุกราย พร้อมลงบันทึกผล ● CAUTI ผู้ป่วยทุกรายที่คาสายสวนปัสสาวะ เมื่อจำหน่าย สอนปฏิบัติตัวและการดูแลขณะคาสายสวนปัสสาวะ และส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านทุกราย ติดตามผลทุกเดือน ● Episiotomy นัดมารดามาตรวจแผลหลังคลอด 7 วันทุกรายที่โรงพยาบาล และภายใน 45 วัน โดยประสานข้อมูลกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง
<p>II-5ระบบเวชระเบียน</p>	
<p>51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน</p> <p>52 ความสมบูรณ์ของการบันทึก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมให้ปรับปรุงการจัดเก็บเวชระเบียนที่เป็นเอกสาร ตั้งแต่การติดตามเวชระเบียนที่ค้นและส่งไปพื้นที่ต่างๆ การยืม-คืนให้มีประสิทธิภาพ ● ในการบริหารเวชระเบียน(เนื่องจากโรงพยาบาลใช้เวชระเบียนผู้ป่วยนอกทั้งเอกสารและ paperless ในผู้ป่วยที่แพทย์ต้องการข้อมูลต่อเนื่องแต่ยังพบเวชระเบียนที่เป็นเอกสารยังไม่มีการจัดเก็บที่ชัดเจน)เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์สื่อสารข้อมูลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดแนวทางในการยืมเวชระเบียนผู้ป่วยและมีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ● ดำเนินการ scan เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายเชื่อมต่อกับระบบ Hosxpของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน เพื่อใช้สื่อสารให้แพทย์สามารถเรียกดูข้อมูลเพื่อการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>52 การทบทวนเวชระเบียน</p> <ul style="list-style-type: none"> ควรส่งเสริมการใช้และส่งต่อข้อมูลในเวชระเบียนร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อประเมิน วางแผน และติดตามการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการทบทวนคุณภาพ/ประเด็นปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งราย case(การทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ) และกลุ่ม case (วิเคราะห์ประเด็นปัญหาในภาพรวมตามขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษาตั้งแต่การเข้าถึงโรงพยาบาล จนถึง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน) รวมทั้งการทำ trigger tool อย่างสม่ำเสมอเพื่อนำปัญหาที่พบไปหาโอกาสพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> ทีม PCT ร่วมกันทบทวนเวชระเบียน โดยทำ trigger tool เดือนละครั้ง และนำมาสรุป AE ที่เกิดขึ้นในขณะที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษา กำหนดเป็น High risk chart ในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้น และติดตามประเมินผลรายเดือนโดยตัวแทน PCT ของหน่วยงาน
II-6ระบบการจัดการด้านยา	
<p>55 ระบบการเก็บสำรองยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ควรทบทวนการจัดเก็บยาในคลังให้ได้ตามมาตรฐาน รวมทั้ง ทบทวนระบบการตรวจสอบ stock ยาที่สำรองไว้ใช้ที่หน่วยต่าง ๆ(ER,LR หอผู้ป่วย)ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (จำนวนที่ใช้ไปในแต่ละเวรใช้กับผู้ป่วยคนใด) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> ทบทวนการจัดเก็บยาในคลัง และหน่วยสำรองยาได้แก่ ER,LR,IPD โดย <ul style="list-style-type: none"> ➢ ทบทวนบัญชียาของโรงพยาบาล และบัญชียาในหน่วยสำรองยา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ➢ ทบทวนแนวปฏิบัติในการเบิกจ่ายยาจากคลังยา และให้ปฏิบัติตามแนวทางการเบิกจ่ายยาและตัด stock ทุกครั้งสุ่มตรวจสอบจำนวนยาคงเหลือในคลังเดือน ละ 1 ครั้ง ➢ ทบทวนแนวปฏิบัติในหน่วยสำรองยา และตรวจสอบยาในหน่วยสำรองยาโดยเภสัชกร เดือนละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
	<ul style="list-style-type: none"> ➢ หน่วยสำรองยาตรวจสอบ stock ยาที่สำคัญ ได้แก่ ยาในรถ emergency ยาเสพติดให้โทษ โดยพยาบาลประจำเวร ➢ ทบทวนระบบบริหารยาผู้ป่วยกรณีมีการใช้ยาสำรองในหน่วยงาน ให้มีการบันทึกแจ้งการใช้ยาในระบบสำรองยาทุกครั้งและมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนบริหารยา ● ติดตามความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) จากการใช้ยาในระบบสำรองยาเดือนละ 1 ครั้ง
<p>58 การบริหารยาและติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรทบทวนเป้าหมาย นโยบาย และแนวทางปฏิบัติเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในระบบยาให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเรื่อง high alert drug,DI,ADR(Type I,II) รวมทั้งติดตามประเมินผลลัพธ์ให้เป็นรูปธรรม ● ควรปรับปรุงระบบดักจับข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น(โดยเฉพาะ administration error) โดยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายของการลงเวลาบริหารยา real time นิยามของ administration error ต่างๆรวมทั้งแนวทางค้นหาทั้งการบริหารยา/สารน้ำ และการสุมค้นหา dispensing error ในผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้ครอบคลุมปัญหาให้มากที่สุดสำหรับหาโอกาสพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทีม PTC ทบทวนข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ทบทวนการปฏิบัติงานตามแนวทางการใช้ยา ความเสี่ยงสูง และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ➢ ทบทวนรายการยา high alert drug ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงบัญชียาของโรงพยาบาลหรืออย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ➢ ทบทวนรายการยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างกัน (drug interaction)ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงบัญชียาของโรงพยาบาลหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ➢ จัดทำสรุปรายการยาที่เกิด DI พร้อมประชุมสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ โดยเฉพาะคู้ยาที่มีการสั่งใช้บ่อยๆในโรงพยาบาลเดือนละครั้ง ● ทบทวนแนวทางการบริหารยาร่วมกับองค์กรพยาบาล เพื่อร่วมกันวางระบบการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ติดตามข้อมูลความคลาดเคลื่อน และนำมาทบทวนร่วมกันทุก 3 เดือน
<p>II-7การตรวจสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง</p>	

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>60 การจัดการบริการปฏิบัติการทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมการวิเคราะห์และแก้ไขเชิงระบบในการรายงานผิดพลาดที่ยังคงพบอยู่และส่วนใหญ่เป็นการรายงานที่ไม่ผ่าน LIS เพื่อให้การรายงานถูกต้องมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● บุคลากรในหน่วยงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีการบันทึกข้อผิดพลาดในการรายงานผลร่วมกันทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุ และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา ● ใช้ระบบแจ้งเตือนใน Program HosxPกรณีผล Lab มีค่าไม่ได้อยู่ในค่าที่กำหนดและ double check ก่อนออกผล
<p>61 ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมการควบคุมคุณภาพอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะ IQC รวมทั้งนำผล EQC ที่มีผลอยู่ในระดับที่ยอมรับไม่ได้ (ซึ่งพบในหลายรายการ) มาวิเคราะห์ เรียนรู้ปัจจัยต่างๆและมาพัฒนาระบบทางห้องปฏิบัติการที่ให้ความน่าเชื่อถือมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำ IQC ทุกวัน และทำ EQC ทุกรอบ นำผลที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับมาหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข พร้อมทั้งจดบันทึกไว้ ●
<p>62(ก) บริการโลหิตวิทยาในโรงพยาบาลที่ไม่มีคลังเลือด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรติดตามการแพ้เลือดอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาวางระบบการป้องกันที่เหมาะสมต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังการแพ้เลือดในผู้ป่วยที่ให้เลือด ทุกราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทบทวนเดือนละครั้ง
<p>63 การวางแผนทรัพยากร และการจัดการบริการรังสีวิทยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรทบทวนสถานที่จัดเก็บฟิล์มที่เป็นสัดส่วน ลดการเข้าถึงความปลอดภัยและไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ดำเนินการจัดตู้เก็บฟิล์มเอกซเรย์ผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน ● ปี 2559 ปรับปรุงระบบการถ่ายภาพรังสีเป็นระบบ Computed radiography และอบรมการใช้โปรแกรม Viewer สำหรับ เจ้าหน้าที่
<p>II-8การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ</p>	

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<p>66 นโยบาย แผน การติดตามประเมินผล บุคลากร ทรัพยากร การสร้างความรู้</p> <p>67 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง</p> <p>68 การตอบสนองต่อการระบาด และการเผยแพร่ข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญที่อาจเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ มาใช้ในการวางแผนการทำงานร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง และกำหนดนโยบายเชิงป้องกันให้ครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญ เช่น เส้นทาง/ถนน ที่ใช้เดินทางกับสภาวะอากาศช่วงที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลการเสียชีวิตของคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ คือ มะเร็ง เหมือนตีบูกที่ปิดทำการไปนานแล้ว 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการนำข้อมูลการเกิดโรคในพื้นที่มาวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา นำเข้าประชุมปรึกษาร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อช่วยกันกำหนดนโยบายเชิงป้องกันเช่น สถานการณ์โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู มีการนำอุบัติเหตุการผู้ป่วยเสียชีวิตในพื้นที่ใกล้เคียงมาเรียนรู้เพื่อวางแผนป้องกันโรคในพื้นที่ ● กำหนดจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุร่วมกับ สภ.ร่อนพิบูลย์ และดำเนินการประชาสัมพันธ์เตือนภัยและจัดทำป้ายสัญญาณรณรงค์เรื่องการขับขี่ปลอดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุ
II-8การทำงานกับชุมชน	
<p>69 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน</p> <p>70 การเสริมพลังชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรติดตามประเมินภาวะสุขภาพของบุคลากรในทุกกลุ่มวัย ร่วมกับข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพเชิงป้องกันให้ตรงประเด็นในแต่ละกลุ่มวัย แต่ละชุมชนให้มากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● วิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มวัย และนำสถานการณ์สุขภาพมาวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวันในชุมชน เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอำเภอ และ Service plan
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย	

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	
<p>72 กระบวนการรับผู้ป่วย</p> <p>73 การให้ข้อมูลและ informed consent</p> <ul style="list-style-type: none"> พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่ ER ในระหว่างรอรับบริการที่ OPD อย่างต่อเนื่องทุกเดือน เห็นควรนำข้อมูลมาทบทวน ระบุปัญหาวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพกระบวนการรับผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ปี 2559 นำอุบัติการณ์ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่ ER ในระหว่างรอรับบริการที่ OPD มาทบทวนร่วมกัน จากผลการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการ OPD ได้หลายช่องทางโดยไม่ได้ผ่านจุดคัดกรองที่บริเวณหน้า ER จึงปรับระบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยเพิ่มจุดคัดกรองผู้ป่วยก่อนที่จะไปถึงห้องบัตรโดยใช้อัตรากำลังร่วมกันระหว่าง OPD และ ER ปี 2560 ยังไม่พบอุบัติการณ์
III-1 การประเมินผู้ป่วย	
<p>74 การประเมินผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันประเมินผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย (ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ) เผื่อระวังและประเมินซ้ำตามระดับความรุนแรงหรือพยาธิสภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถปรับแผนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมทันที่ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ทีม PCT ร่วมกันกำหนดแนวทางในการประเมินผู้ป่วยร่วมกันเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและปลอดภัย เช่น ในกลุ่มผู้ป่วย chest pain , กลุ่มผู้ป่วย abdominal pain เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิด AE
75 การตรวจ investigate ที่จำเป็น	

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ● ควรทบทวนการส่งตรวจ investigate ให้เหมาะสมตามความจำเป็นเร่งด่วนรวมทั้งประสานการรายงานผลการตรวจ lab ต่วนและค่าวิกฤติเพื่อให้แพทย์ได้รับทราบข้อมูลที่สำคัญเพื่อใช้ในการปรับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทีม PCT จัดทำแนวทางการส่งตรวจ investigate ตามความจำเป็นในแต่ละกลุ่มโรค ● ทีมมีการทบทวน และปรับเกณฑ์ในการรายงานค่า lab ต่วน และค่าวิกฤติ เช่น มีการเพิ่มเกณฑ์ในการรายงาน lab วิกฤติ ในกรณีผู้ป่วยมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก เป็นต้น
<p>76 การวินิจฉัยโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แพทย์และพยาบาลควรร่วมกันทบทวนผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆที่เกิดปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า เพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขเชิงระบบเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทีม PCT และหน่วยงานมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อ ภายใน 24 – 48 ชั่วโมง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย
<p>III-3 การวางแผน</p>	
<p>77 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย สื่อสารแผนการดูแลในทีมอย่างชัดเจน มีการปรับแผนอย่างเหมาะสมเมื่ออาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตาม CPG ให้เป็นรูปธรรมเพื่อหาโอกาสพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมให้มีการทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยการทำกิจกรรมทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย C3THER ● ส่งเสริมให้มีช่องทางการบันทึกเพื่อสื่อสารข้อมูลการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อปรับแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย
<p>78 การวางแผนจำหน่าย</p>	

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ● ควรศึกษาทำความเข้าใจในการระบุปัญหาความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายเฉพาะรายสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตให้ชัดเจนมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยงานมีการประเมินปัญหา/ความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำมาวางแผนจำหน่าย มีการประสานข้อมูลและทบทวนร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม
<p>III-4 การดูแลผู้ป่วย</p>	
<p>80 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรส่งเสริมให้แพทย์และทีมดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทบทวนระบบการประเมิน ติดตามเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำให้สอดคล้องกับประเภทและความรุนแรงของผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทบทวนปัญหาที่พบจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติหลังรับไว้ การส่งต่อโดยมิได้วางแผน เพื่อนำมาพัฒนาระบบการตอบสนองที่รวดเร็วทันทั้งที่ และเพิ่มศักยภาพของทีมดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทีม PCT ร่วมกันกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน นำมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งติดตามทบทวนปัญหาที่พบในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ ● ส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานทำกิจกรรม quality round ร่วมกับแพทย์และพยาบาลในทีมอย่างสม่ำเสมอในงานประจำ เพื่อให้มีการตอบสนองในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างรวดเร็ว
<p>83 อาหารและโภชนบำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรทบทวนกระบวนการปรุงอาหารป้อนให้เป็นไปตามหลักสุขาภิบาลอาหาร รวมทั้งควรประเมินภาวะโภชนาการให้ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญ ประมวลและวิเคราะห์ผลจากการประเมินเพื่อนำมาสู่การวางแผนการบริการโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่เหมาะสมมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● นักโภชนาการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และนำข้อมูลมาปรึกษาร่วมกันกับทีมแพทย์และพยาบาล เพื่อวางแผนการให้โภชนบำบัดที่เหมาะสม ● ทบทวนกระบวนการในการผลิตอาหารป้อนและปรับปรุงสถานที่ในการผลิตอาหารให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหารมีการติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานโดยนักอาชีวอนามัย

ข้อเสนอแนะ	การพัฒนาตามข้อเสนอแนะ
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วย	
<p>88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรทำความเข้าใจในเป้าหมายของการให้ข้อมูลและเสริมพลังให้คนไข้รู้และเข้าใจการเจ็บป่วย สามารถดูแลเมื่อกลับบ้านได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทบทวนแนวทางและวิธีการให้ข้อมูลผู้ป่วย ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละรายเพื่อนำมาวางแผนทางการให้ข้อมูลและเสริมพลังที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ● ประเมินความเข้าใจและติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านโดยประสานข้อมูลกับทีม HHC เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการให้ข้อมูล
III-6 การดูแลต่อเนื่อง	
<p>89 การดูแลต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ควรติดตามข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัดและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและกลับเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้วางแผน เพื่อนำมาพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดนัด เพื่อนำมาวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ● ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ประสานข้อมูลกับทีม HHC เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม