



HA Essential

ถอดหัวใจมาตรฐาน ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



คำนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หรือที่เรียกว่ามาตรฐาน HA/HPH 2006 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือ SPA ขึ้น เป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน และให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน ต่อมามีการพัฒนาคู่มือ SPA in Action เป็นการจัดทำเป็นคำถามเริ่มต้นเพื่อให้โรงพยาบาลเข้าใจบริบทของตนเอง และนำไปสู่การดำเนินการปรับปรุงที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้นำไปปฏิบัติควรนึกถึงวงล้อของระบบงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอันได้แก่ PDCA หรือ DALI (Design-Action-Learning-Improvement) อันได้แก่การออกแบบระบบการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้ การกำกับติดตาม/ทบทวน/เรียนรู้ และการปรับปรุง การถวามหาระบบการกำกับติดตามในเรื่องต่างๆ นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้วงล้อนี้หมุนไปอย่างต่อเนื่อง

HA Essential นี้ ซึ่งถือเป็นการต่อยอดจากทั้ง 2 คู่มือข้างต้น เน้น สั้น กระชับ เพราะเป็นการถอดหัวใจของมาตรฐาน HA ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ โดยดึงเอาจุดเน้นมาตรฐานแต่ละบท ในทั้ง 3 ตอนของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ให้ง่ายต่อการ priority สิ่งที่ต้องปฏิบัติ เพื่อให้สถานพยาบาลที่อยู่ในระดับการพัฒนาบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ใช้เป็นเครื่องมือประเมินตนเอง นำสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ง่ายต่อการชี้แจงการพัฒนา อีกทั้งต่อยอดสู่การเตรียมความพร้อมให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาต่อเนื่องสู่ลำดับขั้นที่สูงขึ้น

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กันยายน 2557

สารบัญ

| | |
|--|---|
| HA Essential | 5 |
| I-1 การนำองค์กร..... | 5 |
| I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์..... | 5 |
| I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน | 6 |
| I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้..... | 6 |
| I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล | 6 |
| I-6 การจัดการกระบวนการ | 6 |
| II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ | 7 |
| II-2.1 การบริหารการพยาบาล..... | 7 |
| II-2.2 องค์กรแพทย์ | 7 |
| II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย | 7 |
| II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | 7 |
| II-5 ระบบเวชระเบียน | 7 |
| II-6 ระบบจัดการด้านยา | 7 |
| II-7 ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์..... | 8 |
| II-7 ข. คลังเลือด | 8 |
| II-7 ค. บริการรังสีวิทยา..... | 8 |
| II-8 ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)..... | 8 |
| II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)..... | 8 |
| III-1 การเข้าถึงเข้ารับบริการ..... | 8 |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย..... | 8 |

| | |
|--|---|
| III-3.1 การวางแผน..... | 8 |
| III-3.2 การวางแผนจำหน่าย..... | 8 |
| III- 4.1 การดูแลผู้ป่วย..... | 9 |
| III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง..... | 9 |
| III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด..... | 9 |
| III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว..... | 9 |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง..... | 9 |

HA Essential

เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลมากที่สุด สรพ.ได้เลือกประเด็นสำคัญจากมาตรฐาน HA, SPA และ SPA in Action มากำหนดเป็นจุดเน้นที่ทุกโรงพยาบาลควรปฏิบัติและสรุปบทเรียนมาแลกเปลี่ยนกับทีมผู้เยี่ยมสำรวจ/ที่ปรึกษาที่เป็นผู้แทนของ สรพ. ในการเข้าเยี่ยมประเมินระดับการพัฒนา

I-1 การนำองค์กร (1) ทีมนำชักจูงความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานแต่ละหน่วยถึงบทบาทของตนต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร และการนำค่านิยมไปปฏิบัติในงานประจำของแต่ละคน (2) ทีมนำติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน โดยครอบคลุมทั้งในระดับหน่วยงาน, PCT และระบบงาน (3) ทีมนำกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (SIMPLE)¹ และติดตามการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว (4) ทีมนำใช้ Leadership walk round เพื่อรับรู้ปัญหาและสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน (5) ทีมนำกำหนดจุดที่มุ่งเน้นให้มีการปฏิบัติและการพัฒนาที่ชัดเจนและติดตามผล (6) ทีมนำปรับปรุงหรือแสดงให้เห็นช่องทางการสื่อสารกับบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (1) สรุปลงแผนกลยุทธ์ขององค์กรด้วย tree diagram ลงในหนึ่งหน้ากระดาษ A4 พร้อมทั้งตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (2) ทีมนำประเมินความยากง่ายและความก้าวหน้าของการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์แต่ละข้อ และตอบสนองอย่างเหมาะสม (3) ทีมนำทบทวนกลยุทธ์และความก้าวหน้าที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และการทำงานเป็นเครือข่ายกับหน่วยงานพันธมิตรในพื้นที่

¹ PSGs สำหรับทุกโรงพยาบาล

I 1 : Hand hygiene

M 1.2 : Improve the safety of high-alert drug

M 3 : Assuring medication accuracy at transition in care (Medication Reconciliation)

M 9 : Blood safety

P 1: Patients identification

P 2.1 : Effective communication –SBAR

P 2.3 : Communicating critical test results

E 1 : Response to the deteriorating patient

E 3 : Acute coronary syndrome

E 4 : Maternal & neonatal morbidity

อ้างอิง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, HA UPATE 2011, หน้า 31-32, กรุงเทพมหานคร. 2554

I-3 การมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (1) แสดงให้เห็นการนำเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยมาปรับปรุงเพื่อตอบสนองความคาดหวัง เช่น พฤติกรรมบริการ เวลารอคอย การให้ข้อมูล (2) ใช้กระบวนการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนที่ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น เช่น การทำ focus group เพื่อรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ (3) ทีมงานร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมและมีแนวทางปฏิบัติ

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (1) มีการทบทวนตัวชี้วัดที่สำคัญซึ่งจะใช้วัดความสำเร็จขององค์กร และการ align ตัวชี้วัดเหล่านี้ไปทั้งองค์กรคู่กับตัวชี้วัดสำคัญของแต่ละหน่วยงาน/ระบบงาน ที่อาจมีเพิ่มเติม (2) แสดงให้เห็นการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญที่เชื่อมโยงผลลัพธ์ของการพัฒนากับความพยายามในการพัฒนาหรือทรัพยากรนำเข้าที่ใส่เข้าไปหรือลักษณะความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อย 1 เรื่อง (3) แสดงให้เห็นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ/เทคโนโลยีสารสนเทศ และความต้องการที่อยู่ในแผนดำเนินการ (4) วิเคราะห์ความเสี่ยงของระบบสารสนเทศและวางแผนทางป้องกันที่เหมาะสม (5) ระบุความรู้ที่จำเป็นสำหรับองค์กร โดยเชื่อมโยงมาจากทิศทางองค์กรและความสามารถ/ความเชี่ยวชาญองค์กรที่ระบุไว้ (6) จัดทำบัญชีรายการการใช้ scientific evidence หรือ CPG และประเมิน compliance ในประเด็นสำคัญว่าปฏิบัติได้ประมาณเท่าไร (7) รวบรวม tacit knowledge ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมทบทวนต่างๆ ในลักษณะ bullet

I-5 การมุ่งเห็นทรัพยากรบุคคล (1) แสดงให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่มและความพยายามที่จะเพิ่มความผูกพันตามปัจจัยเหล่านั้น (2) ระบุความรู้และทักษะ ที่ต้องพัฒนาซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมทบทวนต่างๆ และการพัฒนาที่เกิดขึ้น (3) สรุปเกณฑ์สำคัญที่ใช้ในการประเมินผลงานในปีที่ผ่านมาว่ามุ่งเน้นให้บุคลากรมีการปฏิบัติและปรับปรุงตัวไปในทิศทางใด ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรมีการนำมาปรับปรุงอย่างไร (4) แสดงให้เห็นวิธีการจัดการกับปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่สำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง (5) แสดงให้เห็นแนวโน้มของผลการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคลากร

I-6 การจัดการกระบวนการ (1) แสดงให้เห็นว่ามีความร่วมมือกับองค์กร/หน่วยงานภายนอกทั้งในภาคสุขภาพและภาคส่วนอื่นๆ อย่างไรเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร แต่ละองค์กรมีบทบาทอย่างไร ผลงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (2) ทีมนำติดตามการนำแนวคิดการจัดการกระบวนการ หรือ 3P ไปใช้ในแต่ละระบบงานและหน่วยงาน และตอบสนองอย่างเหมาะสมทั้งการยกย่องชมเชยและการกระตุ้น (3) ทีมนำส่งเสริมให้มีระบบ feed back ข้อมูลระหว่างหน่วยงานในฐานะ internal customer และสรุปผลการตอบสนองสำคัญที่เกิดขึ้น (4) ทีมนำทบทวนความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติที่อาจทำให้บริการของ รพ. ต้องหยุดชะงัก และภาวะฉุกเฉินที่ทำให้มีภาระบริการเพิ่มมากขึ้น

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (1) สรุปการปรับปรุงระบบงาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ และผลการ monitor ตัวชี้วัดเกี่ยวกับระบบงานดังกล่าว (2) ทบทวนและปรับปรุงความสม่ำเสมอ/ความครอบคลุมในการทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (3) สรุปตัวชี้วัดที่แสดงผลลัพธ์ การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ

II-2.1 การบริหารการพยาบาล (1) สรุปการปรับปรุงระบบการนิเทศทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (2) สรุปผลงานการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นของฝ่ายการพยาบาล/ขององค์กร (3) ตัวอย่างการปรับปรุงระบบงานร่วมกับวิชาชีพอื่น การพัฒนาวิชาชีพและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล

II-2.2 องค์กรแพทย์ (1) ขอให้สรุปนโยบายหรือข้อตกลงที่แพทย์ยอมรับที่จะใช้ร่วมกันเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยอย่างน้อยครอบคลุมกรณีที่มีการทบทวนคุณภาพหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (2) ขอให้สรุปการพัฒนาที่แพทย์ให้การสนับสนุนหรือร่วมมือกับวิชาชีพ/ระบบงาน ต่างๆ เช่น ระบบยา IC การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (3) ขอให้แสดงถึงความร่วมมือของแพทย์ในพื้นที่ที่อยู่ต่าง โรงพยาบาล ในการขอคำปรึกษา การทบทวนกรณีผู้ป่วย การส่งต่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนา ศักยภาพของแพทย์และวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (1) สรุปผลการสำรวจและปรับปรุงอาคารสถานที่และ สิ่งแวดล้อมในรอบปีที่ผ่านมา (2) สรุปกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายและการเตรียมความพร้อมเพื่อ รองรับเมื่อเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งบทเรียนจากการฝึกซ้อม (3) สรุปบัญชีรายการวัสดุ/ของเสียอันตราย ที่เก็บ มาตรการความปลอดภัย และข้อมูลที่แสดงการกำกับดูแล (4) สรุปข้อมูลที่ใช้ในการบริหารจัดการเครื่องมือ และระบบสาธารณูปโภค เช่น ความเพียงพอ ความพร้อมใช้ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุง การสอบเทียบ แผนการจัดการเพิ่มเติม/ทดแทน (5) ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดน้ำเสียและการ จัดการขยะ (6) สรุปการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการเยียวยา

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (1) ทบทวนความเสี่ยงและแนวโน้มของอัตราการติดเชื้อที่สำคัญของ รพ. ในรอบสามปีที่ผ่านมา สรุปบทเรียนและจัดทำแผนพัฒนา (2) ประเมินการปฏิบัติในเรื่อง hand hygiene, การใช้ PPE, standard precaution, isolation precaution (3) ทบทวนประสิทธิภาพ ของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

II-5 ระบบเวชระเบียน (1) สรุปแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (2) สรุปประเด็นที่ได้จากการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ใน การวางแผนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

II-6 ระบบจัดการด้านยา (1) นำข้อมูลแนวโน้มของการเกิด medication error/adverse drug event มาวิเคราะห์และวางแผนตอบสนอง (2) สรุปข้อมูลประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชภัณฑ์ (3) เริ่มนำ ระบบ medication reconciliation มาปฏิบัติ

II-7 ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (1) สรุปรูปการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพ หรือพีเลียงในเครือข่ายหรือจากการประเมินตนเอง (2) สรุปรูปผลการทบทวนและแก้ไขการควบคุมคุณภาพ IQC และผลการทดสอบความชำนาญ (proficiency test) ที่มีแนวโน้มไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับหรือไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (3) ทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากความไม่สอดคล้องของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือความผิดพลาดในการสื่อสารผลการตรวจวิเคราะห์ (4) กำหนดค่าวิกฤติร่วมกับองค์กรแพทย์ มีการบันทึกและวิธีการรายงานค่าวิกฤติ

II-7 ข. คลังเลือด (1) สรุปรูปข้อมูลการจัดการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตให้แก่ผู้ป่วยที่จำเป็น (2) กำหนดแนวทางการจัดการโลหิตหรือการส่งต่อผู้ป่วยกรณีไม่สามารถจัดหาได้ (3) สรุปรูปผลการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดและแนวทางป้องกัน

II-7 ค. บริการรังสีวิทยา (1) ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของระบบบริการรังสีวิทยา เช่น ความปลอดภัยและเหมาะสมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ การป้องกันอันตรายจากรังสี สารทึบแสง และการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย (2) ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการรังสีวิทยา เช่น คุณภาพของภาพถ่ายรังสี และความน่าเชื่อถือของการอ่านภาพถ่ายทางรังสี (กรณีมีรังสีแพทย์)

II-8 ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS) (1) ทบทวนข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่ และประเมินประสิทธิภาพของการตอบสนองเมื่อเกิดการระบาด

II-9 การทำงานกับชุมชน (COM) (1) สรุปรูปการพัฒนาความสามารถของชุมชนและความร่วมมือกับชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

III-1 การเข้าถึงเข้ารับบริการ (1) วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการและตอบสนองอย่างเหมาะสม (2) ทบทวนประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ทั้งในกลุ่มที่รับไว้และส่งต่อ (3) ทบทวนประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการรับผู้ป่วย (4) ประเมินผลการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อแรกรับ

III-2 การประเมินผู้ป่วย (1) วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการประเมินผิดพลาด ลำช้า ไม่ครบถ้วน และตอบสนองอย่างเหมาะสม (2) ทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีการประสานการประเมินร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และตอบสนองอย่างเหมาะสม

III-3.1 การวางแผน (1) ทบทวนความชัดเจนและความสมบูรณ์ของแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากแผนการดูแลผู้ป่วย และตอบสนองอย่างเหมาะสม

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (1) วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความต้องการหลังจำหน่าย และตอบสนองอย่างเหมาะสม

III- 4.1 การดูแลผู้ป่วย (1) ทบทวนการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งในด้านความต้องการทั่วไปและปัญหาสุขภาพเฉพาะราย (2) ทบทวนประสิทธิภาพในการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองอย่างเหมาะสม (3) กำหนดข้อบ่งชี้ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรง (4) ระบุแนวทางที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เช่น การประเมินอุบัติเหตุ การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม การพิทักษ์สิทธิ การดูแลด้านสังคมจิตใจ (5) ระบุภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปตามกลุ่มโรคต่างๆ พร้อมจัดทำระบบการตรวจสอบ และการจัดการ

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (1) กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในแต่ละพื้นที่บริการ พร้อมจัดทำแนวทางการดูแลและการเฝ้าระวังที่เหมาะสม (2) ประเมินประสิทธิภาพของการตรวจพบและตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง เช่น การใช้ early warning sign (3) กำหนด Training need ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย ในการดูแลผู้ป่วยเสี่ยง (4) สรุปเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย พร้อมแนวทางการแก้ไข ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด (1) ทบทวนการปฏิบัติตามหลักสุขภาพโภชนาการ (2) ทบทวนข้อมูลการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ (3) ทบทวนการได้รับโภชนาบำบัดในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (1) กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มโรค และข้อบ่งชี้ในการให้ข้อมูลและเสริมพลัง (2) กำหนดชุดข้อมูล ความรู้ และการฝึกปฏิบัติที่ควรให้ในในละกลุ่มโรค (3) ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมออกแบบ กำหนดกิจกรรมในการให้ข้อมูล/เสริมพลังแก่ผู้ป่วยตามอาการ ความรุนแรง ระยะของโรค (4) ประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (1) กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องทำการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (2) กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามเยี่ยมบ้าน และระยะเวลาในการติดตามต่อเนื่อง (3) วางระบบการนัด และระบบการติดตามกลับมารักษา (4) วางระบบการรับรู้และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการได้ตามนัด

.....