

ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง
(เตรียมตัวเพื่อ Re-Accreditation ครั้งที่4 ธ.ค.2558)

9 ม.ค. 2558 0830-1600 น. รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

โดยอ.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์(สรพ.)

ประเด็นสำคัญในการเยี่ยมชมครั้งนี้

1. มีความต่อเนื่องในการพัฒนา
2. ต้องการให้Get เข้าใจประเด็นสำคัญเพิ่มมากขึ้น
3. ต้องการเห็นข้อมูลที่เชื่อมโยงเช่นในเรื่อง System Perspective ปัจจุบันเห็นภาพ Top ไป Down ต้องการมาช่วยชี้ประเด็นในการทำแบบ Down ไป TOP

ประเด็นที่ต้องการเติมเต็ม ให้รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์

1.Hospital Profile

ข้อมูลทั่วไปประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ให้ครอบคลุม กลุ่มที่รพ.ให้บริการ ที่มีในพันธกิจ เช่น การดูแลกำลังพลชายแดนเขาพระวิหาร หน่วยใดบ้าง จำนวนเท่าใด หน่วยทหารที่รับผิดชอบ หน่วยใดบ้าง จำนวนเท่าใด พลเรือนที่อยู่รอบๆ หรือ นอกเขตรับผิดชอบได้ดูแลเพิ่มเติมหรือไม่ ให้ระบุเพิ่มเติม **รพ.เครือข่าย ที่รพ.รับผิดชอบคือรพ.ใด** ร่วมมือ ช่วยเหลือในเรื่องอะไรบ้าง

Core competency ความสามารถเฉพาะขององค์กร: เน้นภารกิจที่จะให้บรรลุวิสัยทัศน์ องค์กร

อยากให้ปรับเป็น 1. การดูแลรักษาในระดับทุติยภูมิระดับสูง

2. Military Medicine

Core competencyของรพ. เพิ่มการดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยมุ่งพัฒนาให้เกิดCore competency เช่นการพัฒนา

1)ด้านภัยสุขภาพ ตามแนวชายแดน เช่น มาลาเรียเราจัดการอย่างไร (ต้องไปช่วยสร้างเสริมสุขภาพ อย่างเป็นระบบ หากประเด็นใดทำได้ดี ให้ยกตัวอย่างเป็น Best Practice ที่ใช้ผลลัพธ์ที่ดี (ตอบแบบ 3P)

2) Heat stroke ให้ปรับการเก็บข้อมูลเป็น Heat Injury เพื่อให้เกิดการพัฒนา

3)การดูแลรักษา การส่งต่อ ช่วงที่มีการปะทะ การเชื่อมการดูแลการรักษา ข้อมูล กับ ที่กองพันเสนารักษ์ (ภูมิซรอล) หรือ กับ นายสิบเสนารักษ์ ประจำกองร้อยอย่างไร

กลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ออกแบบบริการอย่างไร

เช่น ในกลุ่มกำลังพลทหาร แยกกลุ่ม Premium(VIP) / พลทหาร หรือแยกกลุ่มลูกค้าอย่างไร เพื่อจะได้นำมาออกแบบบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละกลุ่ม

การบรรลุเป้าประสงค์องค์กรใช้Framework for Evaluation & Sharing (ได้แจกเอกสารให้ผู้เข้าร่วมรับ เยี่ยมสำรวจแล้ว)

2. ผลลัพธ์องค์กร(Indicator)

❖ ดีความมาตรฐานคำว่าในทุกส่วนขององค์กร หมายถึง ควรมีตัวชี้วัดครบ ทั้ง

- Pre – Hospital care
- In – Hospital care
- Post – Hospital care

❖ ดีความมาตรฐานคำว่าในทุกระดับหมายถึง

- ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล
- ตัวชี้วัดระดับทีม
- ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน

❖ ตัวชี้วัดต้องกำหนดให้ตรงประเด็น ตามมิติคุณภาพ*แต่ละประเด็นเน้น 3 ตัวแรก (ไม่ควรมากเกินไป)

มิติคุณภาพ*

1. **การเข้าถึงบริการ (Accessibility):**ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามข้อบ่งชี้ และในเวลาที่เหมาะสม ดูจาก ประเมินผลจาก ใครบ้างที่ไม่ยอมมารพ. มายาก มาไม่ได้
2. **ความเหมาะสม (Appropriateness):**ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและหลักวิชาการ ประเมินผลจาก มีการทำในสิ่งที่ไม่ควรทำ? ใช้ความรู้ที่ไม่ทันสมัย?
3. **Acceptabilityพึงพอใจ:** ประเมินผลจาก พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ยอมรับคำแนะนำ แผนการรักษา
4. **ความสามารถ (Competency):**ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ประเมินผลจาก อะไรที่รพ.เราควรทำได้ แต่ยังไม่ทำ
5. **ความต่อเนื่อง (Continuity):**ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี ประเมินผลจากความต่อเนื่องรพ.ระหว่างเวร ระหว่างหน่วย รพ. บ้านและชุมชน
6. **Coverageทั่วถึง:** ประเมินผลจาก ประชากรในความรับผิดชอบมารับบริการเท่าใด ที่ยังไม่มา ไปไหน
7. **ประสิทธิผล (Effectiveness):**การบริการบรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่เป็นที่ต้องการของผู้ป่วย (responsiveness) และมีความสม่ำเสมอ (consistency) ประเมินผลจาก อะไรคือผลสำเร็จของการรักษาที่คาดหวังอีก จะวัดได้อย่างไร
8. **ประสิทธิภาพ (Efficiency):**โรงพยาบาลให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และทันต่อเวลา (timeliness) ประเมินผลจาก ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น ทั้งคน เงิน ของ เวลา สถานที่
9. **Equity เป็นธรรม:** ประเมินผลจาก ต่างสิทธิ ต่างพื้นที่ ต่างวัฒนธรรม ต่างชาติ ต่างภาษา ได้รับบริการที่เสมอภาคกัน
10. **Humanized/Holistic ด้วยหัวใจ :** ประเมินผลจาก ขั้นตอนที่มีความต้องการทางด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ ที่อาจจะถูกละเลยไป
11. **Responsiveness รับผิดชอบต่อ:** ประเมินผลจาก ไวต่อการรับรู้ ตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ตรงประเด็น
12. **ความปลอดภัย (Safety):**ระดับความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางลบ ความผิดพลาด และผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ ประเมินผลจาก ตระหนักหรือไม่ อะไรคือความเสี่ยง และจะจัดการอย่างไร
13. **Timeline ทันเวลา:** ประเมินผลจาก ทันเวลาในการรับรู้ปัญหา รักษา ช่วงเวลาใดที่ต้องให้ความสำคัญ

ผลลัพธ์ 4.1 ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

❖ ตัวชี้วัดที่ต้องเห็นโอกาสพัฒนาเช่น

- Neonatal Jaundice ไม่ควรเก็บ ควรนำออกจากโรคเข้มนุ่มรพ. เพราะไม่มีปัญหา
- Cataract ให้มองภาพใหญ่ ในเรื่องการเข้าถึง (Waiting time แทน การเกิด Complication ที่เป็น 0 เกือบตลอด เพราะหากเก็บตัวเดิมจะไม่เกิดการพัฒนา) หากมีปัญหา ให้เก็บเป็นอุบัติการณ์แทน (Waiting time อิงข้อมูล Base line จากราชวิทยาลัย)
- Heat stroke ให้ เปลี่ยนเป็น Heat Injury เพื่อให้เกิดการพัฒนา และเผื่อระวังก่อนเกิดHeat stroke (ซึ่งรพ. ไม่อยากให้เกิด และ เป็น 0 มาตลอด)
- ACS ต้องมองให้ครบ ต้องมีตัวชี้วัดให้ครบทุกส่วนคือมีตัวชี้วัดครบ ทั้ง Pre – Hospital care , In – Hospital care, Post – Hospital care
- ต้องให้เห็น critical Success Factor เช่น การให้ยา Sk ภายใน 3 ชั่วโมง (Stroke)
- ตัวชี้วัดด้านการติดเชื้อ โรงพยาบาล ใส่เฉพาะ NI

❖ การแบ่งหมวดหมู่ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ให้แบ่งเป็น

- ทัวไป
- เฉพาะโรคที่สำคัญ (นำโรคที่ขายแดนมาใส่ในส่วนนี้ด้วย)

❖ การจำแนกตัวชี้วัด ตามหัวข้อ

- Med error ให้ย้ายไปอยู่หัวข้อ 4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ผลลัพธ์ 4.5ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

- ให้คัดเลือกเฉพาะตัวชี้วัดระดับรพ. 2-3 ตัว เฉพาะที่เป็น Highlight ต่อระบบงานสำคัญ เช่น HR 4-5 ตัวชี้วัดก็พอ

ผลลัพธ์ 4.6ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การคัดกรอง DM , HT ควรได้แยกกลุ่ม เช่น พลทหาร นายทหาร เพื่อได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น และนำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาได้ตรงประเด็น
- การคัดกรองความเครียด ดำเนินการแยกกลุ่มหรือไม่ ควรแยกระหว่าง นายทหาร /พลทหาร
- การประเมินชุมชน มีตัวชี้วัดอย่างไร ว่าชุมชนที่รับผิดชอบผ่านเกณฑ์ หรือต้องพัฒนาในเรื่องใด(ศสส. มีชุมชนทหาร 6 ชุมชน พลเรือน 4 ชุมชน ใช้เกณฑ์ คุณภาพชีวิตกองทัพบก) มีชุมชนตัวอย่าง ก็ชุมชน ขอให้งดใช้คำว่าผ่าน 100 % ควรมองหาโอกาสพัฒนาที่ได้จากการประเมินชุมชน ขอให้กำหนดตัวชี้วัดระดับรพ. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด**

- ให้นำระบาดวิทยามาใช้ในการวิเคราะห์ เช่น กลุ่มโรคอะไร / เชื้ออะไร / อวัยวะไหน / ช่วงเวลาใด / สถานที่ไหน ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์
Pneumonia ที่พบเป็น NI/CI อยู่ในกลุ่ม..... มาจากที่ไหน.....ชุมชนไหน.....
พื้นฐานเดิม(เจ็บป่วยเป็นอะไรบ้าง).....
- วิเคราะห์ทุกตัว ให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น
 - ด้านยากกลุ่มผู้ป่วยอะไร / คู่ยาอะไร / แนวโน้มเป็นอย่างไร / ปัจจุบันเป็นอย่างไร
 - แผลกดทับ ดูจากกราฟไม่คงที่เพราะอะไร / ต้องเน้นการวิเคราะห์ระบาดวิทยา เพื่อหาโอกาสพัฒนา

ค่านิยม

Focus on result มองที่ผลลัพธ์ต้องพยายาม**ปรับเป็น ResultOriented** มุ่งผลลัพธ์ที่ดีกว่าเสมอเช่น **ปรับเป้าหมาย** ให้ท้าทายอยู่เสมอและใช้หลัก 3P (Purpose – Process-Performance) มาเป็นหลักในการดำเนินการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และใช้ Evidence Base (หลักฐานทาง วิชาการ เช่น CPG ,สถิติ ฯลฯ)เป็นเกณฑ์

ถ้า Performance ดีจริง HA Scoring ควรมากกว่า 3

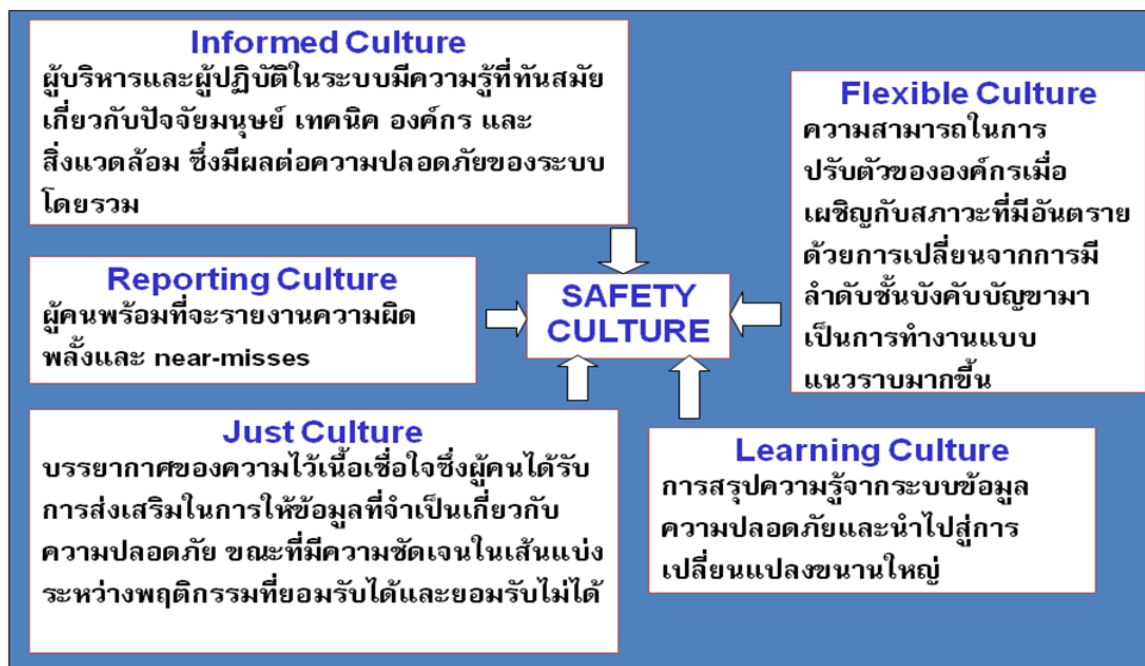
รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ประเมินตนเองได้ 3.65

คะแนนHA Scoring 3.65 ถือว่า อยู่ในระดับแนวหน้าของประเทศ 😊

สามารถประเมินมาตรฐานใหม่ AHA (Advance Hospital Accreditation)ได้

ขอให้รพ.นำไปเป็นข้อพิจารณาต่อไป

3.วัฒนธรรมความปลอดภัย



1. **Inform Culture** การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร นโยบายความเสี่ยงที่ชัดเจน จากทีมนำ เช่น การไม่โทษตัวบุคคล การให้รางวัลถ้ามีการค้นหาความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยงสม่ำเสมอ ยกตัวอย่างเช่น รพ.สามารถบอกได้หรือไม่ว่า หน่วยงานไหนเข้มแข็ง หน่วยงานไหนอ่อน
2. **ช่องทางการรายงานความเสี่ยง** ให้ง่ายต่อการรายงาน ต้องการเพียงข้อมูล (ไม่ต้องลงลึกรายละเอียด) แล้วในระบบ PMS ได้มีการนำมาโยงกับ HOR หรือไม่ ต้องชั่งน้ำหนัก หรือมีกลยุทธ์ที่ดี เพราะให้ผลได้ทั้ง + และ -
3. **Just Culture** (วัฒนธรรมความเที่ยงธรรม) พฤติกรรมแบบไหนในองค์กรที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องถูกจัดการอย่างเหมาะสม
4. **Flexible culture** (วัฒนธรรมความยืดหยุ่น) ต้องเตรียมรับการเปลี่ยนแปลง และการฝึกฝนในหลายๆแบบ เช่น รูปแบบการทบทวน การวิเคราะห์ RCA ไม่ต้อง format มาก ความหลากหลายคือสิ่งที่สวยงาม
5. **Learning culture** (วัฒนธรรมการเรียนรู้) เรียนรู้จาก RCA ที่พบ และนำมาสู่ KM ให้ดึง Tacit Knowledge มาใช้มากๆ

ในการจัดลำดับความสำคัญเพื่อดำเนินการควรนำหลักของ Paretoมาใช้ หลักPareto อธิบายถึงสิ่งที่สำคัญ หรือมีประโยชน์จะมีอยู่เป็นจำนวนที่น้อยกว่าสิ่งที่ไม่สำคัญ หรือไม่มีประโยชน์ซึ่งมีจำนวนที่มากกว่า ใน อัตราส่วน 20 ต่อ 80 หรือ ที่เรียกกันว่า กฎ 80/20 ของพาเรโต

ความหมายของกฎ 80/20 คือ สิ่งที่สำคัญจะมีเพียง 20 % ของสิ่งที่ไม่สำคัญอีก 80 % เป็นกฎที่แสดงถึงความ ไม่สมดุล ที่สามารถพบเห็นทั่วไปในชีวิตประจำวัน และในระดับงานใหญ่ๆ

ถ้าสรุปง่ายในเรื่อง RM คือ ถ้าทำเรื่องเล็กน้อยๆ 80%: จะกระทบระบบเพียง 20%

ถ้าทำเรื่องใหญ่ๆที่มี 20 % :จะกระทบระบบถึง 80%

(**เพราะฉะนั้นเราอาจควรเลือกทำเรื่องใหญ่ๆ สำคัญๆ**)

การทบทวน /วิเคราะห์ข้อมูล

(สิ่งที่หน่วยต้อง เริ่ม/เพิ่ม การดำเนินการอย่างเข้มแข็ง)

1. ให้แต่ละหน่วยงาน ที่ค้นพบความเสี่ยง AE หรือตัวชี้วัดที่เปี่ยงเบน วิเคราะห์ข้อมูลเองโดยใช้ระบบ วิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศ ตามตัวอย่างหัวข้อที่2 เรื่อง **การวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด**** แล้วส่งข้อมูลที่ได้อวิเคราะห์แล้วเข้าสู่ระบบ HOR เพื่อให้RM Monitor ในภาพรวมใหญ่ของรพ.เพื่อนำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหาร และแจ้งให้ทีมนำ และทีมนำทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และดำเนินการพัฒนาต่อไป
2. หน่วยงานต้องรู้จักตนเอง และต้องมองแบบ System Perspective (การมองเชิงระบบ)

ระบบ หมายถึง

- 1.ขั้นตอน/ชัดเจน
- 2.ทำซ้ำๆได้
- 3.วัดผลได้
- 4.คาดการณ์ได้

3. หน่วยงานด้านคลินิก เลือกว่าหัวข้อที่จำเป็นต้องทบทวนหลักๆคือ

☺☺☺1) ตาย 2) Refer 3) ทรุดลงขณะรักษา☺☺☺

- **ตาย** เช่น ตายแบบญาติพี่น้องไม่พึงพอใจ / จะกลับบ้านแล้วตาย / ตายจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ / ตายใน 48 ชั่วโมง / ตายแบบ Revisit, Re-admit / ตายจากโรคที่ไม่ควรตายเช่น AGE, Appendicitis, NL / ตายระหว่างผ่าตัด ทำหัตถการ / ตายจากการให้เลือด / ฆ่าตัวตาย / ตายจากอุบัติเหตุในตึก ในรพ. / หนีออกนอกรพ.แล้วตาย / ฯลฯ
 - **Refer** ทบทวนทั้ง Refer IN และ Refer Out
ทบทวนRefer INเช่นตายใน 48 ชม. / ผู้ป่วยไม่ยอมกลับมารักษาที่รพ.เราแล้วไปรับตัวมารักษาที่รพ.ที่ผู้ป่วย กำลังรักษาอยู่ / รับ Refer มา แล้วตายก็รายใน 48 ชั่วโมง / ฯลฯ
ทบทวนRefer Outเช่นโรคที่ไม่ควร Refer จาก ward เช่น ACS , Stoke / หลุดลงขณะ Refer / Refer เสาร์ –อาทิตย์ / un-plan refer / ตายก่อน 48hr./ ฯลฯ
 - **หลุดลงขณะรักษา**เช่นUn-plan ในช่วงเวร บ่าย ตึก / Shock / อยู่ๆ ก็ต้อง CPR นอก ICU/ปอดแฟบ /ปอดแตก / ฯลฯ
1. การค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงานด้านคลินิก ค้นหาความเสี่ยงอย่างไร
 ควรแยกเป็น ความเสี่ยงทั่วไป และ ความเสี่ยงเฉพาะโรค
 2. ในการทบทวนความเสี่ยงของหน่วยงาน ต้องมีการกำหนดข้อมูลสารสนเทศ**** (ก่อนการวิเคราะห์)

ข้อมูลสารสนเทศ****

- ประเด็นความเสี่ยงอะไร
- ระดับความรุนแรง ระดับไหน
- โรคอะไร
- ขั้นตอนไหนตาม Care Process
- หน่วยงานอะไร
- ช่วงเวลาอะไร
- เชื่อมโยงกับระบบอะไรบ้าง เช่น HR, เครื่องมือ ESC, etc

3. สรุปการวิเคราะห์และการใช้ประโยชน์

- ภาพรวมความเสี่ยง → แผนยุทธศาสตร์องค์กร (ประเด็น/รุนแรง)
- ภาพรวมของโรค Clinical Pop, Clinical Tracer Highlight
- ภาพรวมแต่ละ Care Process → พัฒนา Care Process 3.1-3.6
- ภาพรวมหน่วยงาน/ช่วงเวลา → Unit Optimization
- ภาพรวมในแต่ละระบบ → Integrate ระบบงานสำคัญ

***จุดเน้น หน่วยงานต้องดำเนินการวิเคราะห์เอง และ ค้นหาความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ***

** แล้วจึงส่งต่อข้อมูลสารสนเทศที่สรุปการวิเคราะห์แล้วของหน่วยงานเข้าระบบ HORให้RMC**

4. Simplified RCA

ให้ใช้คำถาม

- 1) Which stepอยู่ที่ขั้นตอนไหน
- 2) Cognitive Walkthroughพยายามมองก่อนเหตุการณ์ให้ได้มองภาพรวม(*** ในการแก้ไข High light อย่าเกิน 3-5 ประเด็นสำคัญ* ทำให้เจอ)
ตัวอย่าง เช่น DM ที่เกิดภาวะHypoglycemia
 - กลุ่มไหนบ้าง ที่พบบ่อย
 - ประเมินได้หรือเปล่า ???
 - เสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติใครทำได้ดีที่สุด ถอดบทเรียน
- 3) Human Factor Engineering การออกแบบที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น SAGO Chart – VisualManagement
**** ทีมต้องให้ความสำคัญกับ early warning sign ก่อนเกิด Pre arrest sign เพื่อไม่ให้เกิด Cardiac arrest

4. III 3.1-3.6 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวน เวชระเบียนผู้ป่วย

ประเด็นสำคัญ อยากให้แพทย์บอกอะไร / กิจกรรม / เป้าหมาย

“แพทย์อย่าคิดในใจ ให้คิดนอกใจ”

บอกเล่า กิจกรรม เรื่องราวสำคัญให้ทีมดูแลรับทราบ

เพื่อวางแผนการดูแล และบันทึก เป้าหมายเดียวกัน

คำถามจุดประเด็นจะอย่างไร ในการวางแผนเป้าหมาย ร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ ผู้ที่มีส่วนสำคัญคือหน. หน่วยงาน ต้องเป็นผู้นำในการพาทำทบทวน

บทบาท หน.หน่วย

- นิเทศ / กำกับติดตาม / Support ในการเดิน Round
- จัดลำดับความสำคัญ Priority เคส ที่ต้องทบทวน 2-3 เคส เพื่อนำมาเรียนรู้ร่วมกันในทีม/วัน
- การหาตัวรุ่ง เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดี (Empowerment) เพื่อดึง Tacit Knowledge มา Sharing ให้กับทีม และหน่วยงานอื่นรับทราบ
- ร่วมทำความเข้าใจปัญหาการบันทึก นำผลการทบทวน มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรวบรวม ข้อมูล เข้าสู่คลังความรู้ KA (Knowledge Access)

บทบาททีมดูแลผู้ป่วย

เพื่อวางแผนเป้าหมาย ร่วมกันระหว่าง วิชาชีพ ให้ตรงกัน

- มีความรู้ / เสริมองค์ความรู้ในทีมดูแล
 - เพิ่มการพูดคุยกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย
 - การส่งเวรในประเด็นปัญหาสำคัญ แนวทางการรักษาของแพทย์
 - สร้างบรรยากาศองค์กรให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น Case Study ไปสู่ guideline
 - ให้ทุกวิชาชีพมีส่วนร่วม เน้น Nursing outcome ค้นหา Problem ได้
 - ตาม Round / C3THERR ทุกสาย กำหนด Short, Long Goalตาม Evidence Base
 - การสื่อสารระหว่าง วิชาชีพ ให้ใช้ใบ Problem list อย่างจริงจัง (ผู้อำนวยการแนะนำ)
- ***ตัวอย่างที่ดีของทีมในการดูแลผู้ป่วย ใช้Cell Concept รพ. ศิริราช (อ.ยุวดีฯ) ***
- ทีมRMCให้ยึด PSG ใน HA UP DATE 2011 (17ตัว + Extra เพิ่มตามบริบท)ในการดำเนินการ