

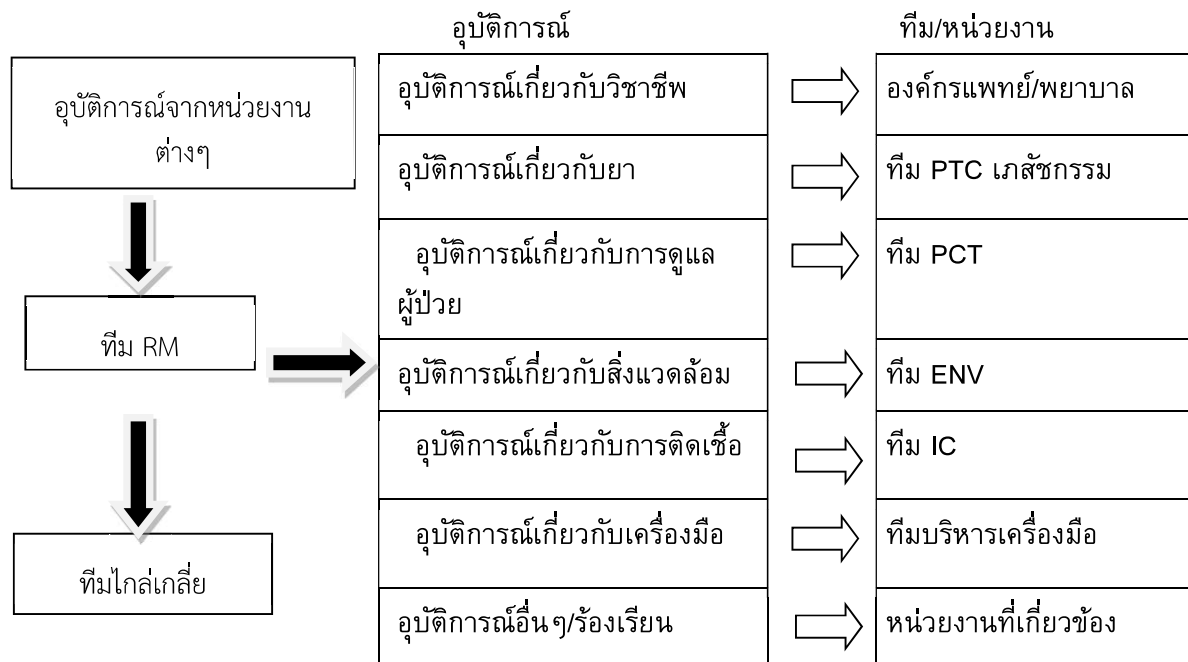
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ					
เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:					
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	2558	2559	2560	2561 (1 ตค.60-31 ธค.61)
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหาร ความเสี่ยง			2	2	3
จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	456 เรื่อง/ปี	568	1,192	1,217	19
สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ near miss	70:30	77.11:22.89 (438ครั้ง:130 ครั้ง)	81.12 : 18.88 (967ครั้ง: 225 ครั้ง)	71.08 : 28.92 (865ครั้ง: 352 ครั้ง:	63.08 : 36.92 (123ครั้ง: 72 ครั้ง)
ร้อยละของอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขอย่าง เป็นระบบ (ระดับ GHI และ ระดับ 3 4 )	80	N/A	N/A	N/A	ระดับ G =0 เรื่อง ระดับ H =1 เรื่อง ระดับ I =0 เรื่อง ระดับ 3= 1 เรื่องระดับ 4= 2 เรื่อง รวม 4 เรื่อง แก้ไข ร้อยละ 100
<p><b>บริบท:</b> การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์เป็นประธาน เกษัตริ์กรเป็นเลขานุการ มีพยาบาลผู้ป่วยในเป็นผู้ช่วยเลขานุการดูแลระบบความเสี่ยงทางคลินิก นักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเลขานุการดูแลระบบความเสี่ยงทั่วไป เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเลขานุการดูแลระบบข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น คณะกรรมการมีหน้าที่วางระบบและปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพ และเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ประสานงานและกระตุ้นให้มีการบริหารความเสี่ยงในทุกหน่วยงาน เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร</p>					

### ความเสี่ยงสำคัญ:

#### ความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาลมีดังนี้

1. ความเสี่ยงทั่วไป 1) รถมอเตอร์ไซด์ของเจ้าหน้าที่ถูกขโมย 2) ไฟฟ้าเครื่องเอ็กซเรย์ 3) การระบุดัวผู้ป่วยผิดพลาด
2. ความเสี่ยงทางคลินิก 1) ทรุดลงส่งต่อ 2) ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 3) เจ้าหน้าที่โดนเข็มทิ่มตำ

### กระบวนการ:



### การสนับสนุนจากผู้นำและการเชื่อมโยง

#### บทเรียนเกี่ยวกับการสนับสนุนและติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำระดับสูง:

- ผู้นำสนับสนุนให้คณะกรรมการRM ไปอบรมหลักสูตรความเสี่ยงและหลักสูตร Internal survey ที่จัดโดย สรพ. ทำให้ทีมมีองค์ความรู้นำมาปฏิบัติและสามารถทำกิจกรรม RM round ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการรายงานความเสี่ยงและข้อร้องเรียนในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน
- ผู้นำระดับสูงได้ทำกิจกรรม Internal survey เยี่ยมผู้ปฏิบัติที่หน้างาน กระตุ้นให้หน่วยงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

### บทเรียนในการเชื่อมโยงระบบบริการความปลอดภัย ความเสี่ยง คุณภาพ รวมทั้งแผนกลยุทธ์:

- การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล เป็นนโยบายที่ผู้อำนวยการ มอบหมายให้ทุกหน่วยงานที่มีการรายงาน การเขียนความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ ปัญหา และมีการนำไปสู่มาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ
- ด้วยเห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง รพ.จึงตั้งงบประมาณ plan ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพ หลักสูตร RM ที่ กรุงเทพมหานคร , สนับสนุนส่งเจ้าหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของ รพ. ศึกษาดูงานความเสี่ยงที่ รพ.วารินชำราบในปี 2560 , สนับสนุนการใช้โปรแกรมความเสี่ยงออนไลน์ intranet รพ.
- มีพี่เลี้ยง RM ในทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นที่ปรึกษา และเป็นตัวประสานงานระหว่าง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง กับ เจ้าหน้าที่ทุกแผนก จัดประชุม RM อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ข้อสรุปของการประชุม จะถูกนำเสนอต่อ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลต่อไป

### การทำงานเป็นทีม

บทเรียนเกี่ยวกับการกำกับดูแลทิศทางของการพัฒนาโดยทีมนำทางคลินิก/ทีมนำของระบบงาน:

- ทีมนำติดตามความก้าวหน้าทุกเดือน โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามความก้าวหน้าและมีการแก้ปัญหาทันทีหากเป็นความเสี่ยงเร่งด่วนระดับ FGHI ทางคลินิก และ ระดับ 3 4 ด้าน ความเสี่ยงทั่วไป
- มีการทำ RM round ร่วมกับการ ENV IC เพื่อเป็นช่องทางค้นหาความเสี่ยงและเพื่อรับฟังปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน เช่น จากการ RM ROUND ทำให้ทราบว่า เจ้าหน้าที่ยังใช้โปรแกรมออนไลน์ไม่เป็น จึงไม่มีการรายงาน หรือ ไม่กล้ารายงานเกรงใจหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ ไม่ทราบว่ามันเป็นความเสี่ยง ที่ต้องรายงาน จากปัญหาต่างๆที่ทราบจากการพบปะเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้นๆ จึงกำหนด ROUND ทุก 3 เดือน

### การประเมินตนเอง

บทเรียนจากการใช้เครื่องมือประเมินตนเองต่างๆ:

- เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินตนเอง เช่น SIMPLE
- มีการทำ Gap Analysis ตามมาตรฐาน SIMPLE นำไปสู่การปรับปรุง เช่น Hand Hygiene, Patients Identification ,Lab crisis ,Medication error เป็นต้น
- การทำ Clinical Tracer ในโรคที่สำคัญที่เป็นปัญหา เช่น Head injury , STEMI, DM , Hypertention, COPD เป็นต้น
- ส่งเสริมให้แต่ละหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงเพื่อวางระบบป้องกันความเสี่ยง มีการประกวดการรายงานความเสี่ยงประจำปี โดยสรุปผลการรายงานในภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่รายงานความเสี่ยง
- ทีมนำและทีมประสานงานคุณภาพ ให้ทุกหน่วยงานส่งประกวด CQI/นวัตกรรม และผลงานวิจัย อย่างน้อย หน่วยงานละ 1 เรื่อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านคุณภาพ

## ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

การบูรณาการระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง:



บทเรียนในการรับรู้รายงานอุบัติการณ์/การส่งเสริมรายงานที่สมบูรณ์:

- มีการปรับเปลี่ยนการรายงานจากการบันทึกในเอกสารเป็นการรายงานในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทางอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 มีการกระตุ้นให้ส่งรายงานโดยมอบรางวัลแก่หน่วยงานที่มีการส่งรายงานมากและมีการแก้ไขทบทวน ตามหลัก 3P มอบในงานเลี้ยงปีใหม่โรงพยาบาล ซึ่งลำดับที่ 1 ได้แก่ตึกผู้ป่วยใน งานชั้นสูต และฝ่ายยุทธศาสตร์ตามลำดับ

ตัวอย่างบทเรียนการวิเคราะห์ RCA / การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่รัดกุม / การใช้ human factor engineering:

ตัวอย่างทางด้านความเสี่ยงทั่วไป

- จากการส่งตรวจคุณภาพน้ำทั้ง ปี 2559 พบว่า น้ำทั้งมีค่า โคลิฟอร์มแบคทีเรียเกินเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจาก ยังไม่มีระบบการเติมคลอรีนฆ่าเชื้อในระบบบำบัดน้ำเสีย ดังนั้นปีงบประมาณ 2560 จึงตั้งงบประมาณในการสร้างบ่อเติมคลอรีน แล้วเสร็จ มี.ย. 60 และได้เก็บน้ำส่งตรวจซ้ำ เมื่อ 5 ม.ค.2561 ผลคือ ในน้ำทั้งมีค่าโคลิฟอร์ม ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน
- ต้นปี 2561 รับรายงาน รถจักรยานยนต์เจ้าหน้าที่ รพ.หาย ในช่วงเวลาใกล้เลิกงาน จากการวิเคราะห์ พบว่า จุดจอดรถอยู่ด้านหลังอาคาร เป็นมุมที่ไม่มีคนสัญจร ผลการทบทวน ติดตั้งกล้องวงจรปิดรอบอาคาร OPD และ IPD เพิ่มรวมทั้งหมดใน รพ. 17 ตั้ว และทำป้ายแจ้งระวังรถหายรอบอาคารบริเวณจอดรถ เพิ่มการตรวจตราการรักษาความปลอดภัย
- ในวันที่ 12 ตุลาคม ปี 2560 มีเหตุการณ์ฟ้าผ่าเสาไฟฟ้าในเขต รพ. เป็นเหตุเครื่องเอ็กซเรย์ของ รพ.พังเสียหายใช้งานไม่ได้ ส่งซ่อมที่ สบส10 ผล ซ่อมไม่ได้ , จึงส่งซ่อมบริษัท ตั้งแต่ เดือน ต.ค. จนถึงปัจจุบัน ยังซ่อมไม่เสร็จอะไหล่ต้องสั่งต่างประเทศ จึงล่าช้า , ผลของฟ้าผ่า ทำให้หยุดงานเอ็กซเรย์ 8 วัน หลังจากนั้น ได้ยืมเครื่อง รพ. เดชอุดม เป็นเวลา 1 เดือน แล้วส่งคืน แล้วยืมใหญ่ที่ รพ.สปส. ในเดือน พ.ย. จนถึงปัจจุบัน และมีการติดตั้งระบบกันฟ้าแรงต่ำเข้าที่สายไฟ และติดตั้งแท่งกราวด์ ของระบบล่อฟ้าของถึงสูง ในรพ.เพิ่ม

ตัวอย่างทางด้านความเสี่ยงทางคลินิก

-ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 ปี HN 10976 อาการสำคัญ ไข้ ปวดบั้นเอว ปัสสาวะแสบขัด รับประทานอาหารได้น้อย เป็นมา 1 วัน โรคประจำตัว COPD ปฏิเสธการแพ้ยา รับการตรวจที่ OPD แพทย์วินิจฉัย UTI ผู้ป่วยได้พลิกตะแคงตัวและพลัดตกจากเตียงมีอาการหายใจเป่าปาก ปลายมือปลายเท้าเขียว มีบาดแผลถลอกหางคิ้วซ้าย 1 ซม. ได้รายงานแพทย์เวรแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการทันทีพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หนึ่งในสัปดาห์ต่อมาทราบข่าวผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติมาฟ้องร้องโรงพยาบาลว่าทำให้ผู้ป่วยตกเตียงและเสียชีวิต >> จากการ ทบทวนตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย 13 กระบวนการ

มีปัญหาคะบวนการที่ 6 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย คือผู้ป่วยตกเตียง และกระบวนการที่7 การวางแผนจำหน่ายใช้รถวี

เฟอร์คันเล็กเพราะมีรีเฟอร์ซ้อนในตึกผู้ป่วยในก็มีเคสใส่ท่อช่วยหายใจพร้อมกันและมีอาการหนักกว่าจึงใช้รถ Super

1. ทำแนวทางปฏิบัติ WI ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม
2. Obs. v/s ก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง
3. Case on iv , dripยา ทุกรายให้ใช้เตียงผู้ป่วยในที่มีไม้กั้นเตียง
4. ให้ญาติเฝ้าทุกรายที่มีญาติ
5. ยานี้ดทุกตัวให้รายงานแพทย์เวรทุกครั้ง
6. เวลาให้ยาให้ตาม order แพทย์ถ้าไม่มี with stat ให้ตามเวลา

- ระบุวันที่เกิดเหตุการณ์ 13 กันยายน 2560

- ระดับความรุนแรง F ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 61 ปี Case Influenza ไข้หวัดใหญ่ ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ปกติ โรคประจำตัว DM,HT ปฏิเสธการแพ้ยา รับการตรวจที่ OPD แพทย์วินิจฉัย Influenza ได้ยากลับบ้านเวลา 12.00 น.

Revisit กลับมาเวลา 12.20น. 13 ก.ย. 60 กู้ชีพสว่างนำส่งด้วยอาการ ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด

ก่อนมา 2 ชม. ปฏิเสธ Truma รายงานแพทย์ เวร 12.30น. EKG: NSR rate 75 stiffneck neg

Moter Rt gr III , Lt gr IV Imp: Stroke fast Track Refer ร.พ. สปส.

ทบทวนตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย 13 กระบวนการ มีปัญหากระบวนการที่ 1และ2 การเข้าถึง การเข้ารับบริการ

- เพิ่มความรู้การบริการ การแพทย์ จุกเงิน
- เพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยและญาติ
- ผู้ป่วย NCD ทำสติ๊กเกอร์ติดตู้เย็น ที่บ้านทุกราย

กระบวนการที่ 3 การประเมินผู้ป่วย

- ต้องถามอาการ Stroke ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป ถ้าประวัติเดิมเป็น DM,HT,CKD ต้องถามทุกครั้ง

- ทบทวน CPG แนวทางการคัดกรอง

- กรณีซักประวัติให้ผู้ป่วยสื่อสารด้วยตัวเอง กรณีใส่หน้ากากอนามัยหรือสิ่งปิดบังใบหน้าให้ถอดหน้ากากเพื่อประเมินให้

ทบทวนทุกจุดบริการ

กระบวนการที่ 8 การดูแลผู้ป่วย

- Recurrent Stroke
- ติดตามเยี่ยมบ้าน

ผลการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:

- มีกิจกรรม RM round ในทุกหน่วยงาน รวม 3 วัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย การรายงานและการ ทบทวน RCA พบว่ายังมีบางหน่วยงานยังไม่มีรายงานความเสี่ยงทางอินทราเน็ต จึงได้สอนวิธีการลงที่หน่วยงาน ได้แก่ ฝ่ายบริหาร งานเอ็กซเรย์ ฝ่ายทันตกรรม

### คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

บทเรียนในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพในงานประจำ:

- มีการทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ครอบคลุมและต่อเนื่อง เช่น การทบทวน 12 กิจกรรมกิจกรรม C3THER ในผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล
- การรับส่งเวรมีหัวข้อเรื่องความเสี่ยงที่พบในแต่ละเวรมาทบทวนหาแนวทางแก้ไขและป้องกัน
- หน่วยงานมีการสรุปอุบัติการณ์และส่งรายงานอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนแต่พบว่าหน่วยงาน Back office มีการส่งรายงานอุบัติการณ์น้อยจึงได้มีการจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการรายงานความเสี่ยงทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์มากขึ้น

บทเรียนในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย:

- การใช้เครื่องมือ Clinical tracer ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน, MI, และ STROKE
- การใช้เครื่องมือ Trigger Tool ในระบบการดูแลผู้ป่วย และระบบความปลอดภัยด้านยา
- มีการเยี่ยมสำรวจ นิเทศ จากทีมนำ และทีมคุณภาพด้านต่างๆ อย่างน้อยเดือนละครั้ง
- LEAN เรื่องการลดระยะเวลารอคอย เช่น การทาระบบ Fast track ของกลุ่มโรคติดต่อต่างๆ, เรื่องความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย:

- เพิ่มช่องทางในการรายงานความเสี่ยง 1. บันทึกลงในสมุดบันทึกเหตุการณ์ 2. ลงรายงานความเสี่ยงลงในโปรแกรมออนไลน์อินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่สะดวกรายงานความเสี่ยงมากขึ้น
- มีการส่งรายงานความเสี่ยงให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข ทุกสัปดาห์ รายงานความเสี่ยงทั่วไป รายงานระดับ 3 – 4 ภายใน 3 ชม. , รายงานความเสี่ยงทางคลินิก ระดับ F G H I รายงานแจ้งภายใน 3 ชม. เพื่อการแก้ไขปัญหาให้ทันที่
- การสมัครเข้าร่วมโปรแกรม NRLS กับ สรพ. เพื่อการเรียนรู้ระบบความเสี่ยง ระดับประเทศ
- การใช้หลัก SIMPLE เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

การพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ:

- ในการเริ่มต้นทำงานความเสี่ยง , คณะกรรมการ RM ได้ไปศึกษาดูงานที่ รพ.วารินชำราบเมื่อปี 2560 เพื่อเป็นต้นแบบในการทำงานบริหารความเสี่ยง จากการดูงานได้นำมาปรับใช้ลงรายงานในโปรแกรมแทน (เริ่มใช้ ตุลาคม 2560) การเขียนรายงาน ทำให้การรายงานความเสี่ยงได้เร็วขึ้น
- ในปี 2559 รพ.สว่างวีระวงศ์ได้จัดอบรม HA ขั้นที่ 2 และอาจารย์วิทยากร จาก รพ.ตระการพิชผล ได้สอนการ

บริหารความเสี่ยง และได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ

- การทำงานบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการ RM ต้องมาจากทุกหน่วยงาน เนื่องจากว่า ความเสี่ยงมีได้ในทุกงานทุกระบบใน รพ.
- ทุกสิ้นปี รพ.มีการมอบรางวัลให้กับหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ และเป็นแรงกระตุ้นในการรายงานความเสี่ยง เช่นในปี 2560 หน่วยงานที่ได้อันดับ 1 คือ IPD , อันดับ 2 ชั้นสูตตร และอันดับ 3 งานยุทธศาสตร์

การพัฒนาการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก:

- ในงาน TB .ในรายที่สงสัย จะมีระบบ warning TB , ส่วนเคสที่วินิจฉัยและ on ยา TB จะมี pop up แจ้งเตือนเช่นกัน
- มีระบบการดูแลผู้ป่วย มีระบบ fast track AMI , Lab วิกฤต
- การพัฒนาระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ มี Popup แจ้ง ใน HI
- การพัฒนาการทำ Fast track Stroke , STEMI, HI, PIH, Sepsis มีการพัฒนาระบบการทำงานเป็นเครือข่าย ใน รพ. เชื่อมลงชุมชน (ติดตามเยี่ยมบ้าน)

29. การสนับสนุนจากผู้นำ การเชื่อมโยงและประสานงาน	3	-การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนพัฒนาการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย
30. การทำงานเป็นทีม	3	-ส่งเสริมให้มีการนำข้อมูลมาทางานวิจัย หรือ R2R -พัฒนาทีมศูนย์ข้อมูลเพื่อติดตามประเมินประสิทธิภาพ ความถูกต้องของข้อมูล
31. การประเมินตนเอง	3	-ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการประเมินตนเอง เช่น การเขียนใบรายงานความเสี่ยง การทบทวนเวชระเบียน โดยใช้ trigger tool เป็นต้น - ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการติดตามและบริหารความเสี่ยง
32. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	3	-การวิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน เชื่อมโยงระหว่างทีมนำ และหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการออกแบบระบบอย่างรัดกุม และนำไปปฏิบัติ และการป้องกันอย่างต่อเนื่อง -เน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและทบทวนอุบัติการณ์ให้ครอบคลุมมากขึ้น
33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย (ที่แนะนำไว้ใน	3	-กระตุ้นให้หน่วยงานมีการทบทวนกระบวนการทำงานที่สำคัญเป็นประจำ -ให้หน่วยงานมีการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นถี่/ รุนแรง

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)		<p>และทำเป็นวัฒนธรรมองค์กร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมให้มีการทำ Clinical Tracer ในการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพัฒนากระบวนการและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก เพื่อให้ได้รับบริการตามมาตรฐาน</li> <li>- ผสมผสานงานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ R2R</li> </ul>	
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพัฒนากระบวนการและเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก เพื่อให้ได้รับบริการตามมาตรฐาน</li> <li>- ผสมผสานงานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ R2R</li> </ul>	