



รายงานความก้าวหน้า

โรงพยาบาลตาลสุ่ม จังหวัดอุบลราชธานี

วันรับรอง 23 พฤษภาคม 2564 วันสิ้นสุดการรับรอง 22 พฤษภาคม 2566

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร				
I-1 การนำ				
1.การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก (1)(2)(3)]	<p>การนำองค์กร ผู้นำสูงสุดทุ่มเท การขับเคลื่อนองค์กรเพื่อให้บริการ ประชาชนภายใต้สถานการณ์โรค ระบาด วิกฤติทางการเงิน ด้วย สัมพันธภาพอันดีกับภาคีเครือข่าย ดูแลสุขภาพกลุ่มโรคสำคัญ การ บริจาคทุนทรัพย์ในการสร้างอาคาร กายภาพบำบัด สนับสนุนปัจจัยใน การดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 เพื่อรองรับประชาชนที่เจ็บป่วยจาก COVID-19 กลับมารักษาใน ภูมิภาคผู้นำได้ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนบริการเป็นโรงพยาบาล เฉพาะกิจตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ด้วยความร่วมมือร่วมใจของ บุคลากรทุกระดับในการปรับเปลี่ยน บทบาทหน้าที่ที่ฝึกทักษะในการ ปฏิบัติงานโดยเฉพาะการป้องกันการ ติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อในทุก จุดบริการครอบคลุมการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายในการติดตาม เฝ้า</p>	<p>ข้อเสนอแนะ Recommendation</p> <p>1. การสื่อสารและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การพัฒนาที่สมควรกำหนดประเด็นที่ ต้องการสื่อสารให้เกิดการนำไปปฏิบัติให้ ชัดเจน โดยเฉพาะจุดเน้นในการ ขับเคลื่อนองค์กร (หลังกลับสู่ระบบปกติ) มีการทวนสอบ ติดตามความเข้าใจ ทิศ ทางการตอบสนอง พร้อมสร้างบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมในองค์กรให้เกิดความตื่นตัว ในการเรียนรู้ มุมมองเชิงป้องกัน ดักจับ ความเสี่ยงและนำมาเรียนรู้พัฒนาร่วมกัน อย่างสม่ำเสมอ (เหมือนในช่วง COVID) เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย</p> <p>2. การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ ที่มำ ควรเรียนรู้ปัญหาสาเหตุของการ ขับเคลื่อนแผนกลยุทธ์ที่ไม่บรรลุผลสำเร็จ ในมุมมองด้านบริหาร เพื่อนำมากำหนด สมรรถนะทางการบริหารที่ควรมีใน องค์กร และวางแผนพัฒนาให้แก่ทีมนำ ทุกระดับ</p>	<p>1.ประชุมทีมนำองค์กรในการหา แนวทางป้องกันความเสี่ยงการแพร่ ระบาดของโรค COVID-19 และการ ดำเนินการในด้านการรักษาหรือ มาตรฐานงานเมื่อมีภาวะวิกฤติ</p> <p>2.เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ ครอบคลุมเพื่อให้บุคลากรได้รับ ทราบอย่างทั่วถึงในองค์กร</p>	<p><u>การสื่อสารและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อการพัฒนา</u></p> <p>1. มีการประชุมทีมนำองค์กรร่วมกับ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เกี่ยวกับแนวทางป้องกันความเสี่ยง ในการแพร่ระบาดของ COVID-19</p> <p>2. ในสภาวะที่สถานการณ์ COVID-19</p> <p>- ในพื้นที่ลดน้อยลงได้มีการ ดำเนินงานตามมติที่ประชุม ในการ ปรับเปลี่ยนแผนการควบคุมการ ระบาดของ COVID-19 โดยได้มีการ ปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบ แยกโซนรับผู้ป่วย</p> <p>- ผู้ป่วยทั่วไป จัดโซนดูแลในผู้ป่วย ผังหญิง</p> <p>- ผู้ป่วย COVID-19 จัดโซนดูแลใน ผู้ป่วยฝั่งชายและห้องแยกโรค</p>
2.การสื่อสาร สร้างความผูกพัน โดยผู้นำ [I-1.1ข]				
3.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การพัฒนา [I-1.1ค(1)(2)]				
4.ระบบกำกับดูแลองค์กร การ ประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก (1)(2)]				
5.ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I- 1.2ก(3)]				
6.การปฏิบัติตามกฎหมาย ความ รับผิดชอบต่อสาธารณะและการ ดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I- 1.2ข(1)(2)(3),ค(1)]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลतालสุ่ม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
	ระวังกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยใน HI , CI ทำให้สามารถควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 และไม่พบการติดเชื้อในบุคลากร	3. การกำกับดูแลทางคลินิก ทีมนำควรร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องในการจัดเก็บ รวบรวมข้อมูลสำคัญทางคลินิก เช่น ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการจัดบริการ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะการส่งต่อ/ดูแลนอกเวลา) ประสพการณ์ผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อนำเสนอต่อทีมที่ทำหน้าที่กำกับ ในการให้ความคิดเห็น ตัดสินใจในการปรับปรุงให้เกิดผลลัพธ์/บริการที่ดีอย่างสม่ำเสมอ		3. ในเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้มีการสุ่มตรวจ ATK ทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการรับเชื้อ COVID-19 แลส์แพร่กระจายสู่เพื่อนร่วมงาน <u>การประเมินผู้นำระบบการนำ</u> 1. มีการประชุมของทีมนำเกี่ยวกับแนวทางต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการขับเคลื่อนองค์กร เช่น การประชุม EOC และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ 2. การสื่อสารในองค์กรให้ครอบคลุมในบุคลากร โดยผ่านระบบเสียงตามสาย ระบบไลน์กลุ่มและระบบกำกับติดตามงานจากหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานภายในองค์กร

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
I-2 กลยุทธ์				
7.กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก (1)(2)(3)(4)(5)]		ข้อเสนอแนะ Recommendation 1. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ การวิเคราะห์ และกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ทีมควรทบทวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ทั้ง 5 ด้าน โดยเพิ่มการวิเคราะห์ปัญหา ความท้าทายตามบริบทด้วยข้อมูลสำคัญ เช่น ข้อมูลในโรงพยาบาล ข้อมูลการเจ็บป่วย/ผลลัพธ์ ข้อมูลเครือข่ายในการวิเคราะห์ เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตรงกับปัญหาพื้นที่ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้โอกาส /จุดแข็งเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนกลวิธีในการดำเนินงานให้เกิดผลสำเร็จ 2. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การจัดสรรทรัพยากร และตัวชี้วัด ติดตามความก้าวหน้า ทีมควรกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผลให้ชัดเจน ทั้งเป้า 3 ปี เป้ารายปี กำหนดตัวชี้วัดผลที่สอดคล้อง พร้อมสร้างส่วนร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องภายใน /ภายนอก ร่วมจัดทำแผนในการดำเนินงาน ในการขับ	1.การประชุมจัดทำกลยุทธ์ การวิเคราะห์และกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จนเกิดเป็นแผนยุทธศาสตร์ ปี 2565-ปี 2569 2.เพิ่มเป้าหมายการบรรลุวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดแบบเป้าหมายรายปี 3.แผนการเงินโรงพยาบาลที่มีการวิเคราะห์แผนการดำเนินงานทั้งรายรับรายจ่ายในทุกหมวด ทั้งในส่วนของรายจ่ายในการพัฒนาคน แผนการพัฒนาสิ่งก่อสร้างและจัดซื้อครุภัณฑ์ เพื่อปรับปรุงระบบการให้บริการ	1.ประชุมวิเคราะห์ข้อมูลสถิติการให้บริการการดำเนินงานของโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ข้อมูลการเจ็บป่วย 2.วิเคราะห์ปัญหาความท้าทายตามบริบทด้วยข้อมูลสำคัญ กำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ปัญหาที่แก้ไขปัญหาในชุมชน โดยพัฒนางานและบูรณาการสู่ชุมชน 3.มีการดำเนินการจัดทำแผนการเงินโรงพยาบาลที่ครอบคลุมทุกหมวด รายรับ - รายจ่ายของโรงพยาบาล
8.วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]				
9.การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติและการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก (1)(2)(3)(4)]				
10.การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า [I-2.2ก (5),ข]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
		เคลื่อนที่ชัดเจน พร้อมวิเคราะห์ทรัพยากร คน เงิน ของสำหรับรองรับในแต่ละแผน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและติดตามกำกับเพื่อปรับเปลี่ยนแผนได้ในเวลาที่เหมาะสม		
I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน				
11. การรับฟัง / เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]	1. การสร้างความสัมพันธ์ มีการทำงานร่วมกับชุมชน เครือข่าย ด้วยการสร้างสัมพันธ์กับชุมชน ผ่านการให้บริการในพื้นที่ การร่วมประชุมให้ความรู้การเสริมพลังเครือข่ายทำให้เกิดความรู้การเสริมพลังเครือข่ายทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่างสม่ำเสมอทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ระบาดของ COVID มีข้อร้องเรียนรุนแรงเพียง 1 ครั้งในรอบ 5 ปี โดยสามารถเจรจาไกล่เกลี่ยได้สำเร็จ	คำแนะนำ Suggestion การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการ ทีมควรเรียนรู้วิธีการรับฟังความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยตามกลุ่มต่างๆที่ได้จำแนกไว้ด้วยวิธีการที่หลากหลายเหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย เช่น การสัมภาษณ์ โฟกัสกรุป หรือใช้เทคโนโลยีเป็นต้น ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการใน รพ.สต. ผู้ป่วยส่งต่อ นำข้อมูลที่ได้มาสรุป ปรับปรุงการจัดการบริการที่ตอบสนองความต้องการได้ตรงประเด็น	1.การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสภาวะการระบาดของ COVID-19 เพื่อเป็นการลดความแออัดมีบริการจัดสง่าที่บ้าน เพื่อความปลอดภัย	1.บริการจัดการแยกโซนบริการผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยทั่วไปแยกออกจากกัน 2.ตั้งจุด covid free setting บริการตามหน่วยบริการที่สำคัญภายในโรงพยาบาล
12.การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.1ข(1)]				
13.การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก [I-3.2ก(1)(2)(3)]				
14.การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข(1)(2)]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
15.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]	2. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย จาก การปรับสูโรงพยาบาลเฉพาะกิจ ได้ จัดพื้นที่บริการผู้ติดเชื้อโดย คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความเข้าใจ ในความต้องการที่ลึกซึ้งด้วยการ แยกฝั่งบริการผู้ป่วยในชายหญิง การจัดห้องเฉพาะแม่ ลูก หรือห้อง สำหรับการพักรักษาแบบครอบครัว ที่ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ สูงในช่วง COVID			
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้				
16. การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]	การจัดการระบบสารสนเทศ มี ระบบ การบริหารจัดการข้อมูล ผู้ป่วยด้วยโปรแกรม HIWIN โดย ปรับปรุงให้สามารถเชื่อมต่อข้อมูลที่ สำคัญตามหน่วยต่างๆ เช่น ระบบ PACS,LIS มีการสื่อสารกับ ผู้พัฒนาโปรแกรม เพื่อปรับ โปรแกรมให้ใช้งานได้สะดวกตาม ความต้องการของผู้ใช้อย่าง สม่ำเสมอ รวมทั้งมีการสำรองข้อมูล ด้วยระบบ MariaDB replication	ข้อเสนอแนะ Recommendation การวัดผลและวิเคราะห์ผลการ ดำเนินการ ควรเรียนรู้การกำหนด ตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่เหมาะสม สะท้อนทั้งปริมาณและคุณภาพในทุกระดับ อย่างเป็น alignment (โดยเฉพาะ KPI ที่ ไม่ถูกกำหนดใน service plan) เรียนรู้การ กำหนดตัวชี้วัดตามมิติคุณภาพ ตัวชี้วัด เชิงกระบวนการ ครอบคลุมการสร้างเสริม สุขภาพ ตามบริบทเพื่อให้เกิดความ หลากหลายในการจัดเก็บผลการ	1.การนำโปรแกรม Co-ward มาใช้ ในการบันทึกการรักษาติดตาม ผู้ป่วย COVID-19 สามารถเชื่อมโยง ไปใช้กับผู้ป่วยในระบบ HI ,CI โดย ความร่วมมือกับสหวิชาชีพ ทั้งใน ระดับ รพ.สต.และชุมชน 2.ข้อมูลที่บันทึกในระบบ HI มีความ สมบูรณ์ครอบคลุมมากขึ้น/มี แผนการอบรมทบทวนการใช้งาน	1.ผู้ป่วย COVID-19 ได้รับการรักษา และการติดตามรักษาจนหายและ จำหน่ายครบทุกรายในเขต อำเภอ ตลิ่งชัน 2.ผลการ Audit ค่า CMI เพิ่มขึ้น, การเคลมเงินจากกองทุนต่างๆทำได้ มากขึ้น
17. การวิเคราะห์ข้อมูล การ ทบทวนผล การดำเนินการและ นำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข,ค]				
18. คุณภาพของข้อมูลและ สารสนเทศ [I-4.2ก]				
19.การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
20. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค]	server และระบบ Rsync ที่มีความปลอดภัยใช้งานง่าย ในสถานะที่ต้องปรับเปลี่ยน เป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจมีการปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถใช้งานร่วมกับบริบทโรงพยาบาลเฉพาะกิจได้อย่างดี	<p>ดำเนินงานและฝึกวิเคราะห์ในรูปแบบต่างๆ เช่น วิเคราะห์ให้เห็นแนวโน้ม เห็นปัจจัย ปัญหาความสัมพันธ์ วิเคราะห์แยกกลุ่ม เป็นต้น เพื่อนำมาสู่การใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้ตรงประเด็น</p> <p>ข้อเสนอแนะ Suggestion</p> <p>ข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้ ควรประเมินความเหมาะสมถูกต้อง พร้อมใช้ของข้อมูลที่มีให้สามารถนำมาใช้วัดผลความสำเร็จ หรือการบรรลุวัตถุประสงค์ของงานแต่ละกระบวนการ ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุพันธกิจของโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถนำเอาความรู้ที่ได้มาออกแบบระบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆได้ เช่น การทำ RCA ควรสรุปบทเรียน สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit,tacit) เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาความรู้ขององค์กรและบุคลากรอย่างเป็นระบบ</p>	<p>โปรแกรม HI โดยเชิญวิทยากรจากหน่วยงานภายนอกมาให้ความรู้</p> <p>3.บรรลุแผนการอบรมการใช้โปรแกรมHIWINทุกปี/ให้เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการอบรมซ่อมอุบัติเหตุ,อัคคีภัย - มีการจัดมหกรรมคุณภาพผลงาน CQI / มีผลงาน CQI ในระดับจังหวัดและระดับเขต 	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
I-5 กำลังคน				
21.ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [I-5.1ก]	<p>ความผูกพันและความพึงพอใจ</p> <p>มี การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานความสุขของบุคลากร เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของบุคลากร นำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานและดำเนินกิจกรรมในการสร้างความผูกพันและความพึงพอใจให้กับบุคลากร แม้จะอยู่ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ก็ทำให้อัตราความผูกพันและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p>	<p>ข้อเสนอแนะ Recommendation</p> <p>1. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน ทีม HR ควรพัฒนาแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของบุคลากรและวางระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การกำกับติดตามเพื่อให้สามารถปรับแผนการดำเนินการในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น แผนปรับแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่ทำให้แนวโน้มสุขภาพของบุคลากรกลุ่มสุขภาพดีลดลงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ ทีมควรพัฒนาการวางแผนพัฒนาบุคลากรที่ตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้รับบริการในพื้นที่โดยเน้นการค้นหา training need จากข้อมูลความเจ็บป่วยหรือปัญหาของผู้รับบริการ รวมถึงอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกในด้านต่างๆ</p>	<p><u>ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน</u></p> <p>1.การวางแผนกำลังคนขององค์กรและการคิด work load จาก work flow ของทุกหน่วยงาน เชิงลึก</p> <p><u>สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน</u></p> <p>1.วางระบบการดูแลสุขภาพของบุคลากรในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยให้มีความชัดเจนมากขึ้น</p> <p>2. การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันในหน่วยงานที่มีความเสี่ยง และเป็นภัยต่อสุขภาพจากการปฏิบัติงาน</p> <p><u>การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน</u></p> <p>1.มีระบบการจัดการสุขภาพบุคลากรต่อเนื่อง</p> <p>2.บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19</p> <p>3.บุคลากรได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่</p>	<p><u>ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน</u></p> <p>2. ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนของทุกกลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ สวัสดิการการเจ็บป่วยของเจ้าหน้าที่และญาติสายตรง ในการเข้าพักห้องพิเศษของ รพ.กรณีเจ็บป่วย , งานกีฬามีการแจกเสื้อประจำ คปสอ.ทุกปี , สวัสดิการ เยี่ยมกรณีป่วย /บุตรเกิด/แต่งงาน/ลาบวช/งานศพ จะมีสวัสดิการใส่ซองให้แก่บุคลากรทุกครั้ง ส่วนกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ การปรับอัตราค่าจ้างตามหนังสือสั่งการของกระทรวงทุกครั้ง และการปรับตำแหน่งเข้าสู่พนักงานกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><u>สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน</u></p> <p>1.มีการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรของทีมอาชีว</p>
22.สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข, ค(1)*(3)(4)]				
23.การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน [I-5.1 ค (2)]				
24.ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน [I-5.2ก]				
25. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ [I-5.2ข]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			<p><u>ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน</u></p> <p>1.จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องต่อความต้องการสมรรถนะของแต่ละงาน เพื่อรองรับงานที่รับผิดชอบสามารถนำความรู้มาสานต่อในการปฏิบัติงาน เพิ่มขีดความสามารถในการรองรับ การพัฒนาที่มีการจัดอบรมผ่านระบบออนไลน์ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ COVID-19</p> <p>2.การศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสุข ความผูกพันของบุคลากร เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา</p> <p>3.ติดตามผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจจากส่วนกลาง</p> <p><u>การพัฒนากำลังคนและผู้นำ</u></p> <p>1.มีกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน โดยการสำรวจความจำเป็นในการฝึกอบรม (Training need) แล้วนำมาจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล</p>	<p>นามัย และมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร</p> <p>2.มีการอบรมให้ความรู้ในการใส่ชุด PPE ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 และการล้างมือถูกวิธี ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคจากการสัมผัส โดย พยาบาล ICN รพ.ตาสุม</p> <p><u>การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน</u></p> <p>1.มีระบบการจัดการสุขภาพบุคลากรต่อเนื่อง ในกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เช่น มีการตรวจสุขภาพประจำปี</p> <p>2.บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกัน COVID -19 ตามเป้าหมาย 100%</p> <p>3.บุคลากรได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามเป้าหมาย 100%</p> <p>4.ติดตั้งจุดแอลกอฮอล์เจลตามจุดบริการของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			2. ทบทวนระบบการพัฒนาบุคลากร และการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาตามแนวทางที่วางไว้	<p><u>ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน</u></p> <p>1. บุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมตอบแบบประเมินความสุขบุคลากร สร. (Happinometer) และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ร้อยละ 90</p> <p>2. นำผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจเข้าที่ประชุม HRD เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางการปฏิบัติเพื่อเยียวยากลุ่มเป้าหมาย</p> <p><u>การพัฒนากำลังคนและผู้นำ</u></p> <p>1. จัดทำแผนพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะหลักของบุคลากร ปีงบประมาณ 2565</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
I-6 การปฏิบัติการ				
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]	<p>1. การจัดการกระบวนการ มีการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลในการเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจ ตามที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เป็นโรงพยาบาล gate keeper รองรับผู้ป่วย COVID ทำให้เกิดการเรียนรู้ ค้นคว้าข้อมูลหลักวิชาการมาวางระบบการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในจัดระบบคัดกรองครอบคลุมการออกเหตุรับผู้ป่วยในชุมชน อีกทั้งระบบสนับสนุน เช่น ENV , x-ray, CSSD โภชนาการได้เรียนรู้การพัฒนากระบวนการให้สอดคล้องกับการจัดการบริการในฐานะโรงพยาบาลเฉพาะกิจที่เป็นต้นแบบแห่งแรกของจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมาศึกษาดูงานไปจัดการ ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในความสามารถต่อการจัดการบริการมากขึ้น</p>	<p>ข้อเสนอแนะ Recommendation</p> <p>การออกแบบบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงานหน่วยงานและทีมทุกระดับควรทบทวนเป้าหมายของกิจกรรม/กระบวนการที่ดำเนินงานให้สะท้อนถึงประเด็นคุณภาพหรือความคาดหวังของงานนั้นและกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ติดตามผลสำเร็จที่ชัดเจน ตรงประเด็น เพื่อสามารถนำมาวิเคราะห์ พัฒนาได้ต่อเนื่อง</p>	<p>การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานประสิทธิภาพและประสิทธิผล</p> <p>1.จัดบริการ ตู้ kiosk สำหรับมาผู้บริการเพื่อเพื่อให้ลงทะเบียนในการเข้ารับบริการ</p> <p><u>การจัดการนวัตกรรม</u></p> <p>1.จัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นำเสนอ ผลงานวิชาการ CQI /นวัตกรรม/R2R/ ผลงานวิจัย ประจำปี</p> <p><u>ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ</u></p> <p>1.ติดตามผลการปฏิบัติงานภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ</p> <p>- ติดตามการรายงานสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 -ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนต่อต้านโรคระบาด COVID-19 ตาม</p>	<p>การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานประสิทธิภาพและประสิทธิผล</p> <p>1. ได้ดำเนินการจัดการบริการ ตู้ kiosk จำนวน 2 ตู้ สำหรับผู้มารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก กลุ่มบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมเพื่อให้ลงทะเบียนในการเข้ารับบริการ ดังนี้</p> <p>1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลจากบัตรประชาชน - ข้อมูลโรงพยาบาล - ข้อมูลสิทธิการรักษา - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ <p>2. ข้อมูล Moph-IC</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลได้รับวัคซีน - ข้อมูลตรวจ Lab ล่าสุด <p>3.ลงทะเบียนผู้รับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เลือกจุดบริการได้ตามกำหนด - รายการนัด Lab / X-ray Auto เองได้ตรงตามวันนัด
27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค]				
28. การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]				
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก [I-6.1จ]				
30. ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ [I-6.2ข]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลतालสุ่ม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
	<p>2. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน จากสถานการณ์ COVID ที่มิได้ออกแบบการจัดการขยะติดเชื้อ การกระจายยาโรคเรื้อรังลงสู่ชุมชน รพ.สต. ให้มีความเป็นระบบที่ชัดเจน มีการควบคุม ติดตามกำกับ การปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ</p>		<p>กลุ่มเป้าหมายการฉีดวัคซีนเชิงรุก ผู้ป่วยติดเตียง 2. นำข้อมูลวิชาการ และองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 3. สื่อสารแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาแล้วให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติตาม สื่อสารระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปรับปรุงให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน</p>	<p>- ลดระยะการรอคอยการขึ้นบัตรผู้มารับบริการกรณีผู้รับบริการเคยมารับบริการแล้ว</p> <p><u>การจัดการนวัตกรรม</u></p> <p>1. กำหนดตัวชี้วัดมีเรื่องเล่า R2R, CQI อย่างน้อย กลุ่มงานละ 2 เรื่อง ต่อปี</p> <p><u>ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ</u></p> <p>1. โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ในชุมชน ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2565</p> <p>2. โครงการอบรมแผนซักซ้อมอัคคีภัย อำเภอतालสุ่ม ระยะเวลาดำเนินการ พฤษภาคม 2565</p> <p>3. โครงการอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) เครือข่ายข้าราชการ ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม 2565</p> <p>4. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการซ้อมสถานการณ์จำลองเหตุฉุกเฉินในห้องคลอด ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม-กันยายน 2565</p> <p>5. ติดตามรายงานสถานการณ์โรค</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
				ระบาด COVID-19 6.ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีน ต่อต้านโรคระบาด COVID-19 ครบ ตามกลุ่มเป้าหมายตามรายงานใน การรับวัคซีน 7.ข้อมูลศักยภาพในสถานการณ์ โรงพยาบาลเฉพาะกิจ
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล				
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ				
31. ระบบบริหารงานคุณภาพ การ ประสานงานและบูรณาการ การ ทำงานเป็นทีม [II-1.1ก(1) (2) (3) (4) (10)]	ทีมบริหารความเสี่ยง มีการเรียนรู้ พัฒนาโปรแกรมการรายงานความ เสี่ยงขององค์กรให้เชื่อมประสาน กับระบบ NRLS พร้อมการสื่อสาร สร้างความเข้าใจในการใช้โปรแกรม ให้แก่ risk manager หน่วยงานและ ถ่ายทอดสู่ปฏิบัติงาน ทำให้เกิด ความสะดวกในการรายงานความ เสี่ยง รวมทั้งโปรแกรมที่พัฒนา สามารถรวบรวมข้อมูลมาสู่การ วิเคราะห์ใช้ประโยชน์ได้	ข้อเสนอแนะ Recommendation 1.ระบบบริหารงานคุณภาพ การ ประสานงานและแผนพัฒนาคุณภาพ ทีมศูนย์คุณภาพควรเพิ่มบทบาทการ ติดตามปัญหา ข้อเสนอของทีมนโยบาย สำคัญ ปัญหาความเข้าใจในการใช้ เครื่องมือคุณภาพ โดยเฉพาะการใช้ มาตรฐาน HA การทำกิจกรรมทบทวน เพื่อหาโอกาสพัฒนาด้วยความเข้าใจโดย นำมาจัดทำแผนในการพัฒนาคุณภาพใน ภาพรวมขององค์กรและสื่อสารที่มนำ	1. ประชุมทีมนำในองค์กรเพื่อ ติดตามปัญหาในระบบความเสี่ยง เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันของทีมนำเพื่อ ความปลอดภัยของผู้มารับบริการทั้ง ภายใน ภายนอกองค์กร และสร้าง เครื่องมือคุณภาพตามมาตรฐานงาน HA โดยทำกิจกรรมทบทวน เพื่อ พัฒนาเครื่องมือ คู่มือและสื่อสารที่ม นำองค์กรเข้าสู่กลยุทธ์ทางด้าน คลินิกและไม่คลินิกเพื่อเป็นกลยุทธ์ ในการบริหารด้านความเสี่ยงของ องค์กร	ได้ทบทวนทีมนำองค์กรและสห สาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบ โปรแกรมความเสี่ยงให้สามารถแยก เฉพาะสาขารายโรคและมาตรฐาน ความสำคัญเพื่อจัดการความเสี่ยง ด้านคลินิกและไม่คลินิกพร้อมด้าน อื่นที่จำเป็นให้ง่ายและสะดวก มี เครื่องมือด้านคุณภาพ ความ ปลอดภัยโดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง ตามกระบวนการ Risk profile - risk identification
32. การประเมินตนเองและจัดทำ แผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก (5)(8)(9)]				
33. การทบทวนการใช้บริการและ การดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1)]				
34. การพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ป่วย [II-1.1ข(2) (3) (4)]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
35. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (5) * (6)]		องค์กรเพื่อพิจารณายกเข้าสู่แผนกลยุทธ์องค์กร		
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(2) (3)]		2.ระบบและกระบวนการบริหารความเสี่ยง 2.1 ทีมควรทบทวนความเข้าใจการออกแบบคั่นหาระบบความเสี่ยง (โดยเฉพาะทางคลินิก/ความเสี่ยงเฉพาะโรคและมาตรฐานสำคัญจำเป็น การกำหนด trigger) ร่วมกับทบทวนความเข้าใจในการรายงานผ่านโปรแกรมที่พัฒนา เพื่อให้มีข้อมูลความเสี่ยงที่สะท้อนความปลอดภัยในโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงสถานการณ์จริง นำมาสู่การกำหนดทิศทางในการบริหารความเสี่ยงองค์กร	2. ประสานทีม IM เพื่อพัฒนาระบบโปรแกรมความเสี่ยงให้สะดวกด้านคลินิกและความเสี่ยงเฉพาะโรคและมาตรฐานสำคัญจำเป็นร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ กำหนด Tigger tool รายงานผ่านโปรแกรมที่พัฒนา เพื่อให้มีข้อมูลในโรงพยาบาลและสถานการณ์ใกล้เคียงเพื่อนำไปสู่คู่มือและเครื่องมือที่มีคุณภาพเพื่อความปลอดภัย	- risk analysis - Risk register - risk Treatment - risk Monitor โดยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับทีมบริหารความเสี่ยงแต่ละระบบ วิเคราะห์กำหนดมาตรการป้องกัน และกำหนด Risk owner
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]*		2.2 ควรทบทวนการรวบรวม จัดลำดับความสำคัญให้ได้ risk register โรงพยาบาล และเรียนรู้การทบทวนด้วยมุมมองของ สหสาขาวิชาชีพหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อนำสู่การปรับปรุงเชิงระบบ พร้อมการกำหนดผู้รับผิดชอบ (risk owner) ระยะเวลาการติดตาม ทบทวนที่เป็นระบบ (ศึกษาแบบฟอร์ม risk register ที่ได้มีรูปแบบ)	3. ในหน่วยงานแต่ละฝ่ายมี risk owner ของแต่ละจุดพิจารณาสถิติและอุบัติการณ์ ผลการทำ RCA เพื่อทบทวนมาตรการสำคัญ ตาม risk register เพื่อสร้างเครื่องมือที่มีคุณภาพความปลอดภัย ในองค์กร โดยแบ่งความเสี่ยงตามเหตุการณ์ โดยใช้กระบวนการ ทบทวนเวชระเบียน รายงานอุบัติการณ์ PSG SIMPLE MM conference และอื่นๆ วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดผลที่จะตามมาของทุกความเสี่ยงเหมือนที่มีใน Risk profile คำนวณระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดกับผลที่ตามมา	Risk owner พิจารณาสถิติอุบัติการณ์และผลการทำ RCA เพื่อทบทวนกระบวนการป้องกัน ตามมาตรฐานการปลอดภัย คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมเป็นบัญชีกลางความเสี่ยงของโรงพยาบาล หน่วยงานเลือกความเสี่ยงระดับ E-I มาทบทวน ทำ RCA ออกเป็นคู่มือและเครื่องมือคุณภาพสำหรับความปลอดภัย จัดเป็นแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อน

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
		<p>2.3 มาตรฐานสำคัญจำเป็น ควรดำเนินการออกแบบการค้นหาข้อมูลที่สะท้อนการเกิดความคลาดเคลื่อนตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ โดยเฉพาะ miss diagnosis และการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน ครอบคลุมทุกกระบวนการและระบบบริการนอกเวลา นำมาเรียนรู้จัดทำแนวทางการป้องกันเพื่อลดคลาดเคลื่อน และระบบการกำกับติดตาม พร้อมการทำ RCA เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E-1</p> <p>1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทีม PCT ควรเพิ่มบทบาทการมองภาพรวม ผลลัพธ์การเจ็บป่วย/ดูแลรักษา (ตั้งแต่ pre – hospital, in – hospital, post-hospital) เป็นผู้นำการทบทวน โดยกำหนด trigger หรือเวชระเบียนในการทบทวนที่สม่ำเสมอ นำข้อมูลมาใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาของ PCT เพื่อนำมาปรับปรุงระบบบริการที่เชื่อมกับระบบงานอื่นๆให้เกิดความปลอดภัย</p>	<p>หรือคุณกัน</p> <p>4. แบ่งรายการความเสี่ยงนับร้อยๆ เป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่สำคัญสูง กลุ่มที่สำคัญปานกลางและกลุ่มทั่วไป</p>	<p><u>แนวคิดการออกแบบ</u></p> <p><u>เหตุการณ์รุนแรงน้อย</u></p> <ol style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบาย ขั้นตอนการปฏิบัติ การฝึกอบรม การกำหนดสัญญาณเตือนฉลาก <p><u>เหตุการณ์รุนแรงปานกลาง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> การเพิ่มบุคลากร การกำหนดแนวทางการตรวจสอบ เช่น Checklist การตรวจสอบซ้ำการกำหนดให้มีเครื่องมือ 2 เครื่องมือ <p><u>เหตุการณ์รุนแรงมาก</u></p> <ol style="list-style-type: none"> การปรับโครงสร้างสถาปัตยกรรมใหม่ Human factor Engineering การกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน CPG Guideline ใหม่

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
		<p>คำแนะนำ Suggestion</p> <p>การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ทีมศูนย์คุณภาพควรประสานหน่วยงาน/ทีมต่างในการกำหนดประเด็นการทบทวน (12 กิจกรรม) ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน/ระบบงานตนเองที่ชัดเจน และดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการมีส่วนร่วมของวิชาชีพที่เข้าใจในเป้าหมายการทบทวนโดย เฉพาะการทบทวนการส่งต่อ ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ นำมาพัฒนาปรับปรุงเชิงระบบอย่างสม่ำเสมอ</p>		
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ				
38. ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	<p>ระบบบริหารการพยาบาล จากการปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาล เฉพาะกิจที่บริหารจัดการได้ปรับปรุงระบบการบริหารอัตรากำลังให้สามารถหมุนเวียนในการดูแลผู้ป่วยทั้ง IPD, OPD, CI, HI โดยเฉพาะผู้ป่วยใน มีการจัดทีมในการดูแลผู้ป่วย 2 ผลัด ผลัดละ 4 คนขึ้นเวรต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ (swab ทุกครั้ง หลังก่อนออกจากเตียง) โดยใช้อาคาร</p>	<p>ข้อเสนอแนะ Recommendation</p> <p>ระบบบริหารและปฏิบัติการพยาบาล จากการทบทวนเคสร่วมกับทีม พบว่าทีมนำทางการพยาบาลควรพัฒนาระบบการนิเทศทางคลินิก นิเทศทางการพยาบาลที่ช่วยสร้างการเรียนรู้แก่ทีมในการนำข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญทั้งอาการ สัญญาณชีพ NS ผล lab แผนการรักษาของแพทย์มาสู่การสรุปวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกับอาการ ความเสี่ยงของ</p>	<p>นิเทศงานด้านการพยาบาลส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.การแบ่งโซนดูแลผู้ป่วยโควิด</p> <p>2.การล้างมือ/การสวมใส่/การถอดชุด PPE → ทักษะ / บุคลากรมาปฏิบัติงานใหม่</p> <p>3.การเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ PAPER / High flow</p>	<p>นิเทศเชิงคลินิกร่วมกับองค์กรแพทย์และสหวิชาชีพ</p> <p>1. Nursing Round</p> <p>2. ประชุมเชิงคลินิกทบทวนเวชระเบียน</p> <p>3.การวางแผนจำหน่ายรายบุคคล / รายโรค</p>
39. ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข]				
40. องค์กรแพทย์ [II-2.2]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
	<p>กายภาพบำบัดเป็น nurse station ห้องพักรักษา (พยาบาลที่มีอื่นเป็น circulate จัดเตรียม ส่งอุปกรณ์ สิ่งจำเป็นให้รอบอาคาร) โดยจัดเวร off 4 วัน 3 วัน ต่อมาจัดให้ช่วยกิจกรรมรอบๆ หน่วย OPD,ER, (รวม 1 รอบ 14 วัน จึงขึ้นเวรต่อ)</p>	<p>ผู้ป่วย พร้อมการติดตามประเมินซ้ำ ให้การพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม สามารถตัดสินใจรายงานแพทย์และยืนยันถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดและ / หรือสร้างกลไกในการขอความช่วยเหลือจากทีมอาวุโสรวมในการให้คำปรึกษา จัดการกรณีไม่สบายใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย</p>	<p>4.การใช้ยาพาราเซตามอลและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ</p> <p>5.การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโควิด</p> <p>6.การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโควิด</p> <p>7.การกักตัวที่บ้านและการใช้ชีวิตในชุมชนร่วมกับองค์กรแพทย์และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง</p> <p>8.การทบทวนเวชระเบียนที่มีปัญหาในการดูแลประเมินซ้ำ มีระบบ Buddy และปรึกษาการดูแลนอกเวลาราชการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย การใช้กระบวนการพยาบาล</p> <p><u>องค์กรแพทย์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทางการรักษาโรค COVID-19 ปรับตามแนวทางของจังหวัด - จัดทำแนวทางการปรึกษาแพทย์ในโรค COVID-19 , โรคเรื้อรังอื่นๆ 	<p><u>องค์กรแพทย์</u></p> <p>1.แพทย์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการทบทวนในขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน และกำหนดให้มีการทำ Grand round ในหน่วยงาน ER,LR,IPD เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาและป้องกัน AE</p> <p>2.นำผลจากการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยมาทบทวนกันใน ทีม PCT เพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค และนำเข้าทบทวนหาข้อสรุปร่วมกันในที่ประชุมองค์กรแพทย์อย่างน้อยเดือนละ 1 โรค</p> <p>3.มีการสื่อสารการเฝ้าระวังร่วมกัน ทีมพยาบาลในขณะกำลังให้การดูแลรักษา รวมถึงแนวทางการรายงานแพทย์ โดยการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย				
41. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]	เครื่องมือ และระบบสาธารณูปโภคได้จัดให้มีแผน ช่องทางประสานงานในการดำเนินการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ และระบบสาธารณูปโภคให้เพียงพอพร้อมใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการตรวจสอบทดสอบ บำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นผลให้สามารถดำเนินการในบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะกิจได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	ข้อเสนอแนะ Recommendation 1. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คณะกรรมการ ENV ควรมีการตรวจสอบโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม ทั้งจากภายในและหน่วยงานภายนอกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าโครงสร้างสิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ บุคลากร มีการนำข้อเสนอแนะมาวิเคราะห์วางแผนการปรับปรุงได้รวมทั้งควรกำกับติดตามของหน่วยงานต่างๆ เช่น การจัดการวัสดุและของเสียอันตราย ตามที่กำหนดในบัญชีวัสดุอันตราย เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายต่อบุคลากรและลดการเกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น	ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 1. มีการตรวจเช็คความปลอดภัยด้านโครงสร้างและระบบไฟฟ้าให้มีความปลอดภัยและพร้อมใช้อยู่เสมอ 2. ปรับปรุงโครงสร้างอาคารโรงพยาบาล 3. โครงการซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่ในชุมชน 4. โครงการอบรมแผนซักซ้อมอัคคีภัย อำเภอตลิ่งชัน	ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 1. อุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองผู้มารับบริการมีพร้อมใช้และเพียงพอ 2. มีการปรับปรุงโครงสร้างอาคารโรงพยาบาล - โครงการต่อเติมห้องเทคนิคการแพทย์ มีการลงนามสัญญาแล้ว - โครงการก่อสร้างห้องเก็บศพ ระยะเวลาดำเนินการ ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2565 - โครงการก่อสร้างโรงจอดรถ ระยะเวลาดำเนินการ ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2565 - โครงการต่อเติมอาคารโรงอาหารโรงครัว ซักฟอก สำหรับห้องล้างภาชนะ ระยะเวลาดำเนินการ ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2565 3. โครงการซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่ในชุมชน ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2565
42. การจัดการกับภาวะฉุกเฉินและความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค, ง]	พร้อมใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการตรวจสอบทดสอบ บำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นผลให้สามารถดำเนินการในบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะกิจได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	2. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ควรพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียที่มีมาตรฐาน สามารถให้ความมั่นใจได้ว่าน้ำเสียทั้งหมดของโรงพยาบาลสามารถได้รับการบำบัด		
43. เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค [II-3.2ก, ข]	พร้อมใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการตรวจสอบทดสอบ บำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นผลให้สามารถดำเนินการในบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะกิจได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ			
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก]	พร้อมใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ			
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]	พร้อมใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ			

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
	ประสานงานของแต่ละหน่วยงาน และจะดำเนินการซ่อมการปฏิบัติจริงต่อไป	อย่างถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งมีการนิเทศ ติดตามการทำงานให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อมและ ผู้ปฏิบัติงาน	การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม 1.แผนซ่อมบำรุงระบบน้ำปะปาและ ท่อน้ำส่งน้ำ 2.แผนสร้างระบบบำบัดน้ำเสียทั้งระบบ	4.โครงการอบรมแผนซักซ้อม ทัศนศึกษา อำเภอตาสุม ระยะเวลา ดำเนินการ พฤษภาคม 2565 <u>การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม</u> 1.การบันทึกคุณภาพน้ำปะปา ประจำวัน ค่า Ph,Do และคลอรีนอิสระในน้ำ 2.บันทึกการใช้น้ำใน รพ.ตาสุม ประจำวันและประจำปี
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ				
46. ระบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	1.การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป มีแนวทางมาตรการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลมีระบบการนิเทศ เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อโดยเฉพาะในการเป็น โรงพยาบาลเฉพาะกิจ เช่น การสวมใส่ PPE การจัดการขยะ การล้างมือ และ buddy ในการกำกับ พร้อมการสรรหาอุปกรณ์ที่เพียงพอ เป็นต้น	ข้อเสนอแนะ Recommendation 1.ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทีม IC ควรร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ครอบคลุมในผู้ป่วย บุคลากร สิ่งแวดล้อม และชุมชน เช่น กลุ่มผู้ป่วย low immune ผู้ป่วยติดเชื้อที่จำหน่ายสู่ชุมชน กลุ่มทันตกรรม กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่ม refer bake เป็นต้น เพื่อนำมา พัฒนาการออกแบบระบบที่ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทและจัดทำแนวทางการ	พัฒนาระบบบริหารจัดการด้าน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้มี ประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดย - ทบทวนคู่มือ IC / ระเบียบ ปฏิบัติIC - ประชุมคณะกรรมการ IC ทุกเดือน - นิเทศติดตามประเมินมาตรฐาน การ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จุด ARI จุดcohort ward และทุก หน่วยงาน โดยกิจกรรม IC Round พร้อม สรุป และประเมินผล IC Round แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและ จัดหาอุปกรณ์ที่ เหมาะสมและ	1.ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทีม IC ได้ร่วมกันวางแผน พัฒนาและวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อใน โรงพยาบาล ครอบคลุมใน ผู้ป่วย :ป้องกันและเฝ้าระวังโรค การติดเชื้อที่ตำแหน่งจะเพาะ เชื้อดื้อยา โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตติซ้ำ บุคลากร: การเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อในบุคลากร ขณะปฏิบัติงาน และการสัมผัสเลือด
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]				
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]				
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
	<p>2.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ ที่มีแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรที่ปฏิบัติงาน COVID – 19โดยประสาน NSO ในการออกแบบระบบการหมุนเวียนอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย COVID – 19 ตรวจหาเชื้อเพื่อเฝ้าระวังทุกรอบของการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่พบการติดเชื้อในบุคลากร</p>	<p>ป้องกัน จัดหาทรัพยากรในการดำเนินการอย่างเพียงพอ</p> <p>2.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ ทีมควรออกแบบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อตาม target ที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง นำผลที่พบมาพัฒนาส่งเสริมให้เสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ</p>	<p>ปลอดภัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทุกเดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนแบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน IC การปฏิบัติต่างๆ ส่งเสริมการทำความสะอาดมือตามหลัก 5 moment และ 7 ขั้นตอน รณรงค์การล้างมือในโรงพยาบาลตาสุม ประเมินการล้างมือ สรุปผล - ทบทวนแนวทางปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุ จากการทำงานร่วมกับงานอาชีวอนามัย - ตรวจสุขภาพก่อนปฏิบัติงาน / ตรวจ สุขภาพประจำปี สร้างเสริมภูมิคุ้มกันบุคลากรกลุ่มเสี่ยง - การพัฒนาระบบจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ - จัดระบบการตรวจสอบประสิทธิภาพการ ทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ - ติดตามระบบจ่ายกลาง การใช้เครื่องมือหมดยุ และเครื่อง FIF0 	<p>สารคัดหลั่ง หรือของมีคมที่มิดำและการได้รับวัคซีนที่จำเป็น</p> <p>สิ่งแวดล้อม: เรื่องโภชนาการ น้ำ มูลฝอย ระบบsupply</p> <p>ชุมชน : กลุ่มผู้ป่วย low immune เช่น CA HIV ผู้ป่วยติดเชื้อ และอื่น ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยติดเชื้อที่กำหนดให้ส่งชุมชน เช่น CAPD CA เชื้อดื้อยา และหัตถการที่เสี่ยงติดเชื้อที่ รพ.สต. มีการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยเครือข่าย ICรพ.สต - กลุ่มทันตกรรม ในหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการฟุ้งกระจาย เช่นการอุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันครุด - กลุ่มแม่และเด็ก การติดตามหลังคลอด ผลฝีเย็บ และการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ทั้งตาและสะดือ <p>กลุ่ม refer back :ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา TB</p> <p>ได้นำมาพัฒนาระบบที่ครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทและทบทวนแนว</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบการพัฒนาระบบการควบคุมสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล - นิเทศติดตาม สร้างการเรียนรู้การจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล - ตรวจสอบการหมดอายุของเวชภัณฑ์อุปกรณ์/ น้ำยาทำลายเชื้อ การจัดการผ้าเปื้อน ในโรงพยาบาล - พัฒนาระบบการบริการด้าน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและภาคีเครือข่าย - การนิเทศงานป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. เครือข่าย วางแผนการนิเทศงาน IC ใน รพ.สต. เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอตลิ่งชัน ประเมินการนิเทศ- นิเทศติดตาม สรุป และประเมินผล - ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อ จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายและการ ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต่อเนื่อง ร่วมกับทีม สรุป และประเมินผล - อบรมเชิงปฏิบัติการ IC ด้านการป้องกัน MDR อบรมให้ความรู้ 	<p>ทางการป้องกัน จัดหาทรัพยากรในการดำเนินการอย่างเพียงพอ</p> <p>2.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ ทีมได้ออกแบบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อตาม target ที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง นำผลที่พบมาพัฒนาส่งเสริมให้เสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			วิชาการ และจัดทำสื่อการป้องกัน การติดเชื้อ สรุปลง และประเมินผล	
II-5 ระบบเวชระเบียน				
50. ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข]	ได้วางระบบในการบริหารจัดการเวชระเบียนในระบบ HIWIN มาใช้บริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย ในการประสานข้อมูลภายใน ภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้สะดวกต่อการจัดการข้อมูล มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการทบทวนเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ	ข้อเสนอแนะ Recommendation ระบบบริหารเวชระเบียน ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนเพื่อสนับสนุนการบริการผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ลดความผิดพลาด และช่วยให้เกิดความสะดวกในการทำงาน เช่น การส่งต่อข้อมูลในบางจุดยังใช้วิธีการคัดลอก ซึ่งอาจเกิดความผิดพลาด รวมทั้งการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาประเด็น สำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น เป็นต้น	1.มีการออกแบบระบบการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างเป็นระบบที่สามารถดูข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วย โดยการนำเวชระเบียนทุกฉบับ สแกนเก็บไว้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้ป่วยแล้วส่งข้อมูลขึ้นหน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาลที่ศูนย์คอมพิวเตอร์พัฒนาขึ้น โดยกำหนดสิทธิ์ผู้เข้าถึงข้อมูลได้จะต้องเป็นแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น	1.ความก้าวหน้าในการออกแบบระบบการสแกนเก็บข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ทำให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย สามารถเข้าถึงประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลังได้สะดวกต่อการรักษาพยาบาล ลดระยะเวลาในการสืบค้นและสามารถวินิจฉัยโรคได้ทันที่ 2.ในกรณีที่แพทย์ออกตรวจผู้ป่วยนอกพื้นที่ เช่น รพ.สต. แพทย์ก็สามารถดูประวัติการรักษาพยาบาลได้สะดวกขึ้น
51. เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
II-6 ระบบการจัดการด้านยา				
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก]*	<p>สิ่งแวดล้อมในการสนับสนุนการจัดหาจัดเก็บรักษายา ที่มระบบขยายระบบในการจัดการยาในภาพเครือข่าย ทำหน้าที่ในการกำหนดยา เวชภัณฑ์ จัดซื้อกระจายยาเวชภัณฑ์ และให้ความรู้เรื่องยาแก่บุคลากรทั้ง 7 รพ.สต. โดยมีการควบคุมความเข้มในการจัดส่งเวชภัณฑ์ไป พัฒนาลงเก็บยาให้เป็นสัดส่วนลดโอกาสสูญหายควบคุมอุณหภูมิความชื้นและมีระบบ data locker ในการควบคุมอุณหภูมิยาเย็นตามมาตรฐาน</p>	<p>ข้อเสนอแนะ Recommendation</p> <p>1. การกำกับดูแลจัดการด้านยา คณะกรรมการยาควรทบทวนการกำหนดนโยบายเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่รัดกุมครอบคลุมการจัดการยานอกเวลา การจัดการยาที่ได้รับต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การป้องกัน drug interaction ที่ครอบคลุมทุกคู่ยา ยาสมุนไพร การส่งยาต่าง visit, med reconciliation พร้อมระบบการกำกับติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติที่สำคัญ ติดตามประเมินผลเชื่อมโยงสู่การปรับปรุงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น</p> <p>2. การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง ควรทบทวนระบบการสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ การสั่งใช้ยาที่นำมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยประสานองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล ระบบ IT ในการพัฒนาระบบการสั่งใช้ยาที่ลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอก</p>	<p>1.การกำกับดูแลจัดการด้านยา - คณะกรรมการทบทวนการเกิด med error ให้ชัดเจนมากขึ้น โดยวางแผนเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา จำแนกกลุ่มในเวลากลางวันและนอกเวลา และนำปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อนำมาพัฒนาเชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้องได้ตรงประเด็นกับปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <p>- วางแผนทำการแจ้งเตือนย้อนหลังในระบบ IT เกี่ยวกับการเกิด drug interaction ให้ครอบคลุมทุกคู่ยา เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา</p> <p>- วางแผนทบทวน ประเมินการใช้ยาเพื่อกำหนดรายการยาในสำรองที่มีในหน่วยงานให้มีตามความจำเป็น โดยเฉพาะการสำรองยาปฏิชีวนะเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา การแพ้ยาซ้ำ</p>	<p>1.การกำกับดูแลจัดการด้านยา - จากการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาเกี่ยวกับการจัดการยานอกเวลา ตามแนวทางปฏิบัติพยาบาลเป็นผู้ทบทวนยานอกเวลา กรณีผู้ป่วยมียาเดิมพยาบาลจะรายงานแพทย์ให้ทราบ แพทย์มีการสั่งใช้ยาพยาบาลจะทบทวนซ้ำก่อนมีการบริหารยาให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- การจัดการยาที่ได้รับต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในเวลาราชการเภสัชกรจะเป็นผู้ตรวจสอบยา ทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยจากรายการยาในใบสั่งตัว ถูกยาที่ผู้ป่วยนำมาด้วย กรณีนอกเวลาราชการ พยาบาลจะเป็นผู้ทบทวนรายการยาเดิมและแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- การป้องกัน drug interaction มี การทบทวนรายการยาที่เกิด drug</p>
53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา [II-6.1 ข,ค]				
54. การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง [II-6.2ก]				
55. การทบทวนคำสั่ง เตรียมเขียนฉลาก จัดจ่ายและส่งมอบยา [II-6.2 ข]				
56. การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
		<p>คำแนะนำ suggestion</p> <ol style="list-style-type: none"> การกำกับดูแลจัดการยา คณะกรรมการควรสรุปวิเคราะห์การเกิด med error ให้ชัดเจน จำแนกกลุ่มในเวลาและนอกเวลา การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุนำมาพัฒนาเชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้องได้ตรงประเด็น สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหา จัดเก็บรักษายาที่มควรทบทวนการกำหนดยาในสำรองที่มีในหน่วยงานให้มีตามความจำเป็น ประสานระบบ IT ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลยา ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการทวนสอบลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาให้เกิดความปลอดภัย 		<p>interaction เพิ่มเติมพบรายการยาที่ไม่มีการแจ้งเตือนในระบบจึงได้เพิ่มรายการยาโดยเฉพาะยาในกลุ่ม HIV มีการเพิ่มการแจ้งเตือนคู่ยาสมุนไพรเพิ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสั่งใช้ยาต่าง visit โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกสัชจะมีการทวนซ้ำรายการยาเดิมที่แพทย์สั่งในระบบ IT กับสมุดประจำตัวของผู้ป่วยหากข้อมูลการสั่งใช้ยาไม่ตรงกัน เกสัชกรจะสอบถามแพทย์ก่อนที่จะจ่ายให้ผู้ป่วย - การดำเนินงานเกี่ยวกับ Medication reconciliation มีพัฒนาระบบ โดยเพิ่มการติดตามการใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล โดยการใช้แบบบันทึกการใช้ยาต่อเนื่องสำหรับบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยแรกรับเข้าโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยแรกรับเข้านอน โรงพยาบาลระหว่างเวลา 08.00-16.00 น. เกสัชกรจะเป็นผู้บันทึกการใช้ยาต่อเนื่องลงในแบบฟอร์ม และลงลายมือชื่อกำกับ

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
				<p>ในรูปแบบบันทึกการใช้ยาต่อเนื่อง และใน doctor order เกสซ์จะกรจะลงรายการยาที่เป็นยาเดิมลงไปเพื่อเป็นการแจ้งเตือนแพทย์และพยาบาล หากเป็นผู้ป่วยที่รับเข้านอนโรงพยาบาล ระหว่างเวลา 16.00-08.00 นาฬิกา ผู้ทำหน้าที่บันทึกการใช้ยาต่อเนื่องคือพยาบาลห้องฉุกเฉิน(ในเบื้องต้นให้ลงรายการยาเดิมใน doctor order) และในเวรเช้าวันต่อมาเกสซ์กรจะทำหน้าที่ตรวจสอบการลงบันทึกของพยาบาลในช่วงเช้าและลงรายละเอียดในรูปแบบฟอร์ม Medication reconciliation พร้อมทั้งลงลายมือชื่อกำกับและลงลายมือกำกับแนบใน chart ผู้ป่วย</p> <p>2.การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง</p> <p>- การทบทวนระบบคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ พยาบาลที่รับคำสั่งใช้ยาต้องลงข้อมูลยาใน doctor order sheet ให้ถูกต้องครบถ้วน ตั้งแต่ชื่อ ยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา ระยะเวลาในการรักษาโดยเฉพาะยา</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
				<p>ปฏิชีวนะทุกครั้งที่มีการรับคำสั่งการใช้ยาทางโทรศัพท์ พยาบาลจะทวนรายการยาให้แพทย์ฟังซ้ำ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสั่งใช้ยาที่นำมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในเวลาราชการเภสัชกรเป็นผู้ทบทวนรายการยา แกรับร่วมกับแพทย์ พยาบาล หากมีการสั่งใช้ยาไม่ครบตามที่ผู้ป่วยควรได้รับจะมีการประสานให้แพทย์สั่งยาให้ถูกต้อง ก่อนบริหารยา พยาบาลจะทบทวนซ้ำอีกรอบก่อนนำไปให้ผู้ป่วย - ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาและการสั่งใช้ยา ทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วย ทั้งในส่วนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ข้อมูลการแพ้ยา การตั้งครรภ์ ข้อมูลการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ โดยถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในโปรแกรม HI ทั้งหมด ซึ่งแพทย์และพยาบาล

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
				สามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยใช้รหัสผ่านเฉพาะบุคคล ส่วนผู้ป่วยในข้อมูลเหล่านี้จะบันทึกในหน้าต่างๆ ของเวชระเบียนและแบ่งเป็นส่วนๆ ชัดเจนและเข้าถึงง่าย
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง				
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์มีการวางแผนการให้บริการภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรและบุคลากร โดยนำระบบ PACS มาใช้ในการทำงาน และมีการตรวจสอบผลภาพรังสีโดยแพทย์ทุกราย	คำแนะนำ Suggestion 1. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ควรพัฒนาระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาด โดยการทวนสอบผลการรายงานของห้องปฏิบัติการเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาราชการที่มีการรายงานผลและรับรองผลด้วยเจ้าหน้าที่คนเดียวกัน ควรวางระบบการตรวจจับความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรายงานผล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้องแม่นยำตามมาตรฐาน 2. ระบบบริการโลหิต ควรเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อนำมาใช้วิเคราะห์	บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ 1. มีการควบคุมคุณภาพภาพรังสีที่เกิดจากการทำงานของผู้ช่วย โดยนักรังสีก่อนบันทึกเข้าในระบบ PACS 2. มีการประเมินคุณภาพงานรังสีในระดับจังหวัด/และระดับกระทรวง 3. มีแนวทางการให้ป้องกันอันตรายจากรังสีทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ แผนการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พยาธิวิทยาคลินิก 1. กำหนดผู้รับผิดชอบการทวนสอบผลการรายงานทางห้องปฏิบัติการ 2. กำหนดระเบียบปฏิบัติการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ	ความถูกต้องของการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการปรับปรุงแก้ไขในการทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ประเมิน Re-HA โดยมีการกำหนดข้อบังคับในวันหยุด เสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ที่มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเพียง 1 คน โดยให้มีการทวนสอบผลการตรวจทุกรายที่มีการส่งตรวจในวันถัดไปในส่วนวันราชการให้มีการสุ่ม 30% ของผู้ป่วยที่มาให้บริการ
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2]				
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4]*				
60. พยาธิวิทยากายวิภาคและ บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ [II-7.3 / 7.5]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
		ปรับปรุงแนวทางการบริหาร จัดการ ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดให้ปลอดภัย	3. ตารางแบบฟอร์มการทวนสอบ ผลทางห้องปฏิบัติการ <u>แผนการพัฒนาศูนย์เลือดและบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ</u> 1. เก็บข้อมูลผู้มารับบริการงาน ษนาคารเลือดเพื่อนำมาวิเคราะห์ และปรับปรุงให้ผู้รับบริการได้รับ โลหิตอย่างเพียงพอ	<u>รายงานความก้าวหน้าธนาคารเลือด และงานบริการโลหิต</u> ช่วงเดือน ต.ค.2564 - ธ.ค.2564 งานธนาคารเลือดไม่มีการเปิด ให้บริการ เนื่องจากโรงพยาบาลได้ ปิดรับผู้ป่วยใน เพราะได้ใช้ตึก อาคารผู้ป่วยในเปิดเป็นโรงพยาบาล เฉพาะกิจรับผู้ป่วย COVID – 19
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ				
61. การเฝ้าระวังและภัยสุขภาพ [II-8]	ทีมได้ประสานความร่วมมือกับ ICN ในการออกแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมการระบาดของโรค COVID กับภาคีเครือข่ายในรูปแบบของ cup ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการเฝ้า ระวังโรค ในชุมชนและโรงพยาบาลด้วย กระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง / กลุ่มป่วยที่กลับมารักษาตัวใน ภูมิลำเนา การดูแลด้วยระบบ HI, CI อำเภอ /ตำบลครบ 28 วัน การ จัดวัคซีนพร้อมการสนับสนุนอาหาร ทรัพยากรจากท้องถิ่นทำให้	คำแนะนำ Suggestion โรคและภัยสุขภาพ จากข้อมูลการเกิด โรคตาแดง อูจจาระร่วง มือเท้าปากระบาด ในปี 2562 นั้นทีมควรขยายการเรียนรู้จาก การเฝ้าระวังในสถานการณ์ COVID พัฒนาระบบการจัดเก็บติดตาม วิเคราะห์ ข้อมูลทั้งที่เป็นปัจจุบัน (เรียนรู้จากการ ติดตามเฝ้าระวัง COVID) เพื่อดำเนินการ สอบสวน ควบคุมไม่ให้เกิดการระบาด เรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังตามหลัก ระบาดวิทยาตามช่วงเวลา สถานที่ กลุ่ม คน และบริบทเพื่อนำมาใช้ในการวางแผน	1. วางระบบในการดูแลผู้ป่วย แบบ HI/CI ของอำเภอ 2. วางระบบการรักษาผู้ป่วย HI ติดตาม การเฝ้าระวัง ระบบรายงาน และระบบให้คำปรึกษา 3. วางระบบการตรวจค้นหาผู้ป่วย จาก HR และ จาก walk in 4. วางระบบการเฝ้าระวังทั้งจากคน ในและนอกพื้นที่ตลอดจนมีการ ประสานงานทุกภาคส่วน	อำเภอตาสุมมีระบบการดูแลผู้ป่วย ใน HI อย่างครอบคลุมทั้งระบบมีทีม รักษาโดย แพทย์ มี PM อำเภอเป็น ผู้จัดการระบบ และมอบหมายผู้ป่วย CM แต่ละพื้นที่ในการติดตามดูแล อาการ เข้า-เย็น มีระบบการมา X-Ray การรับส่งผู้ป่วย การส่งยา การ ป้องกันการแพร่เชื้อ การกำจัดขยะ ติดเชื้อที่บ้าน ตลอดจนมีการกักตัว และออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วย ทำ ให้ไม่มีการแพร่เชื้อไปยังกลุ่มอื่นเรา สามารถจัดการได้อย่างดี

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
	สามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ได้	ร่วมกับชุมชนในการป้องกันก่อนฤดูการระบาดที่เคยพบ		
II-9 การทำงานกับชุมชน				
62. การทำงานกับชุมชน [II-9]	<p>ทีมเวชกรรมชุมชนมี PCU ที่ให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย อปท. อสม. เกิดเครือข่ายมากมาย เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายดูแลผู้ติดเชื้อ TB เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น ที่ร่วมทำหน้าที่ในการกระตุ้นการดูแลสุขภาพ การเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือปัญหาชุมชน รวมทั้งการนำส่งยาโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID</p>	<p>คำแนะนำ Suggestion</p> <p>การทำงานกับชุมชน ทีมเวชกรรมชุมชนควรเพิ่มบทบาทการรวบรวม สรุปข้อมูลสุขภาพประชาชนใน cup จำแนกตามกลุ่มวัย ร่วมกับมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดประเด็นสำคัญในการดำเนินงานของชุมชนที่กระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม (เช่น การไม่มี EMS ในชุมชน ส่งผลกระทบต่อเข้าถึง) และส่งต่อทิศทาง ข้อมูลที่วิเคราะห์ให้แก่ รพ.สต. ร่วมในการวางแผนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพหรือจัดทำแผนในการพัฒนาแก้ไขปัญหาชุมชน ที่ตรงกับความต้องการ ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการที่ไม่มี EMS 2. ประชุมสรุปปัญหาในภาพรวมทุกกลุ่มวัย 3. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานภาพรวมทั้งอำเภอ 4. นำเสนอปัญหาในภาคีเครือข่าย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้ทราบกลุ่มที่ได้รับผลกระทบกลุ่มอุบัติเหตุทางรถยนต์ 2. ดำเนินการแล้ว 3. มีแนวทางในเรื่องอุบัติเหตุ 4. ภาคีเครือข่ายให้ดำเนินการในกลุ่มด้วยโอกาส ทุกกลุ่มวัย

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย				
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ				
63. การเข้าถึงบริการ [III-1 (1-3*)]	การเข้าถึงและรับบริการ	คำแนะนำ Suggestion		
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1 (4-8*)]	<p>1. ทีมมีการปรับปรุงระบบบริการสู่ รพ.สต. ทั้ง 7 แห่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังสัปดาห์ละ 1 รพ.สต. พัฒนาระบบประสานส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพกับแพทย์เฉพาะทาง นำส่งตรงหน่วยงานเฉพาะ เช่น AMI, stroke, high risk pregnancy ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เหมาะสม เป็นต้น</p> <p>2. การคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทั้ง ARI, PUI พร้อมการกำหนดเกณฑ์ ความรุนแรงในการส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ ER นอกจากนี้ได้พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัย chest pain</p>	<p>การเข้าถึงและรับบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ควรนำปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้า ในภาพรวมและเฉพาะโรคสำคัญมา ทบทวน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ตามบริบทพื้นที่ เช่น พื้นที่ไกล ขาด EMS อยู่บ้านคนเดียว มาร่วมวางแผน แก้ไขพัฒนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เหมาะสม เป็นต้น ควรทบทวนเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงให้ชัดเจนทั้ง เด็ก ผู้ใหญ่ 	<ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลได้ทบทวนประเด็นที่เป็นความเชี่ยวชาญ เฉพาะเพิ่มเติม เช่น คัดกรองเด็ก กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านการพยาบาลในกลุ่มโรคเฉพาะและโรค เข็มมุ่งของ รพ. AMI Stroke และผู้ป่วย COVID-19 ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI R2R กระตุ้นและสนับสนุนทุกหน่วยงาน บริการ พยาบาล รายงานความเสี่ยง และทบทวนอุบัติการณ์ด้าน 3P จัดอบรมความรู้ให้เจ้าหน้าที่มีทักษะการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ เพิ่มพูนการใส่ชุด PPE แก่เจ้าหน้าที่ 	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านการพยาบาลในกลุ่มโรค AMI, Stroke มีผู้ป่วยได้ให้ SK ไป 2 ราย ในไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564) ไม่มีการเสียชีวิต เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินไม่มีการติดเชื้อ COVID-19

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
III-2 การประเมินผู้ป่วย				
65. การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข]	ความก้าวหน้าจากการทบทวนเพิ่มเติมพบว่า ได้จัดทำแนวทางการแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องเบื้องต้น ได้แก่ gallstone, cholelithiasis, IBS, GERD, ACS	ข้อเสนอแนะ Recommendation การวินิจฉัยโรค ที่สมควรเรียนรู้ทบทวน เวชระเบียนให้ครอบคลุมประเด็นการส่งตรวจวินิจฉัยนอกเวลาที่เหมาะสม เพื่อนำมาปรับปรุงการตัดสินใจส่งตรวจวินิจฉัยโรคคนนอกเวลาในกลุ่มโรค/อาการสำคัญที่ชัดเจน ช่วยลด miss Dx, delay Dx และใช้ในการวินิจฉัยหรือปรับแผนการรักษา	1.มีการนำเวชระเบียนที่ตรวจแทนแพทย์ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมาทบทวน ทุก 1 เดือน โดยการสุ่ม	1.มีการนำเวชระเบียนที่ตรวจโดยไม่ใช่แพทย์มาร่วมกันทบทวนของสหวิชาชีพในทุกๆ 1 เดือน โดยการสุ่มตรวจรวมทั้งนำเวชระเบียนเคสที่ miss Dx, delay Dx มาทบทวน
66. การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] *				
III-3 การวางแผน				
67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]		คำแนะนำ Suggestion จากการสัมภาษณ์ทีม เรียนรู้ร่วมกันในการทบทวน ที่สมควรทบทวนเวชระเบียนที่ทรุดลง ส่งต่อ เพื่อหาโอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วย เช่น ปรับเกณฑ์ในการกำหนดกลุ่มเสี่ยงการประเมินปัญหา / ความเสี่ยง ความรุนแรง นำมาสื่อสารจำแนกผู้ป่วยเสี่ยงในแต่ละแผนกได้ชัดเจนมากขึ้น ทบทวนเกณฑ์ขอคำปรึกษา มีแนวทางการประเมินซ้ำที่	1.ทบทวนเคสที่ miss Dx. ภายใน 1 สัปดาห์	1.นำเวชระเบียนของเคส Miss Dx. Delay Refer มาทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ ทันทีที่เกิดเหตุการณ์ โดยทบทวนภายใน 1 สัปดาห์ที่เกิดเหตุ และรายงานความเสี่ยงและผู้บริหารภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อหาแนวทางการป้องกันร่วมกัน
68. การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคูณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
		สอดคล้องกับความรุนแรง กำหนดค่า EWS ในการรายงานแพทย์		
III-4 การดูแลผู้ป่วย				
69. การดูแลทั่วไป [III-4.1]		ข้อเสนอแนะ Recommendation การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง ที่มควรทบทวน เวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต ทดลง ส่งต่อ revisit เพื่อกำหนดลักษณะ / กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงของแต่ละหน่วยงานที่ชัดเจนมากขึ้นทั้งในภาพรวมและเฉพาะโรคสำคัญ เช่น ผู้ป่วย hypertensive crisis นำมาปรับปรุง /ลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำตามเวลาที่กำหนดได้ การส่งตรวจวินิจฉัยในกลุ่มเสี่ยงนอกเวลาที่ เหมาะสม กำหนดค่า early warning sign เกณฑ์ในการขอคำปรึกษา เกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาประเมินผู้ป่วยตนเอง และเกณฑ์ส่งต่อด้วยมุมมองป้องกัน	อาหารและโภชนาบำบัด 1.ปรับระบบการปฏิบัติงานเพื่อให้สอดคล้องกันระหว่างบริการผู้ป่วย COVID-19 ที่เปิดเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจ 2.ควบคุมลักษณะอาหารให้มี ส่วนประกอบให้ครบ 5 หมู่ และ สัดส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วย COVID-19 3.ปรับลดและควบคุมโซเดียมในอาหารผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีข้อจำกัด 4.ให้สูขศึกษาโภชนาบำบัดทั้งผู้ป่วยทั่วไป ญาติ และผู้ป่วย COVID-19	การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง 1.นำเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิตทูลดลง ส่งต่อ revisit มาทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ 2.กำหนด EMS จุด ARI ที่ชัดเจนมากขึ้น อาหารและโภชนาบำบัด 1.ปรับเวลาในการปฏิบัติงานเพื่อรองรับการบริการให้ตรงเวลา 2.เลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและสามารถต้านทานโรค 3.ปรับเมนูที่ใช้บ่อยได้ 5 เมนู 4.ผู้ป่วย COVID-19 ให้สูขศึกษาทางไลน์กลุ่มดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ
70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]				
71. การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก]				
72. การผ่าตัด [III-4.3 ข]*				
73. อาหารและโภชนาบำบัด [III-4.3 ค]				
74. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [III-4.3 ง]				
75. การจัดการความปวด [III-4.3 จ]				
76. การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ]				
77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			<p><u>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</u></p> <p>1.การสร้างทีมสหวิชาชีพที่มีความต่อเนื่อง</p> <p>2.การจัดหาวัสดุ - อุปกรณ์ในการสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลระยะสุดท้ายนำประเด็นปัญหาที่ได้มาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p><u>การจัดการความปวด</u></p> <p>มีการกำหนดใช้เครื่องมือประเมินระดับความเจ็บปวดที่ใช้ร่วมกันทุกหน่วยงานโดยใช้วิธี Visual analogue scale (VAS) 0-10 ใช้ในกลุ่มโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acute (AMI, accident , abd pain,LP,muscle strain,Tendinitis) - Chronic (CA, muscle strain, กลุ่มอาการ LBP เป็นต้น และได้ประเมินซ้ำ 	<p><u>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</u></p> <p>1.มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกันในการตัดสินใจเพื่อการดูแล ประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต มีบริการทางเลือกในการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน</p> <p>2.มีแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลเรื่อง ความปวด การประเมินความปวด เพื่อจ่ายต่อการปฏิบัติ</p> <p><u>การจัดการความปวด</u></p> <p>ใช้ VAS ร่วมกันทุกหน่วยงานและ บำบัดอาการเจ็บปวด ด้วยวิธีดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แม่และเด็ก: จัดท่าและสิ่งแวดล้อม ให้รู้สึกผ่อนคลาย นวดประคบ อบสมุนไพร - IPD : จัด position และสิ่งแวดล้อม ให้รู้สึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้ยา - แพทย์แผนไทย : นวด ประคบ อบสมุนไพรร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			<p>- ใน ward ทุก 4 ชม.</p> <p>- OPD/PT/แผนไทย ประเมินซ้ำเมื่อมาตามนัดครั้งถัดไป</p> <p><u>การฟื้นฟูสภาพ</u></p> <p>1.เพิ่มความถี่ในการออกเยี่ยมผู้ป่วย (IMC) ในระยะเวลา 6 เดือนแรก (Golden period) เป็น 10-15 ครั้ง</p> <p>2.ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มโรคสำคัญ คือ Stroke, HI, SCI</p> <p>3.จัดทำมาตรการในการออกฟื้นฟูฯ ในชุมชน เพื่อป้องกัน COVID-19</p>	<p>- PT : US, TENS, IFC ประคบร้อน/เย็น ร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ เพื่อลดการใช้ยา</p> <p><u>การฟื้นฟูสภาพ</u></p> <p>1.เนื่องจากสถานการณ์การแพร่เชื้อ COVID-19 ทำให้ปีงบประมาณ 2565 ยังไม่ได้เยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน แต่มีการติดตามโดยโทรสอบถามและให้ความรู้ วางแผนออกเยี่ยมในชุมชนต้นเดือน กุมภาพันธ์ ปี 2565</p> <p>2.ใช้โปรแกรม PT soft ในการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์</p> <p>3.ระบบไลน์กลุ่ม PT เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ และติดตามการรายงานผล (ส่งผลเคส IMC (PT), Intermediate care)</p> <p>4.ระบบตรวจสอบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยทุกวันโดยนักกายภาพบำบัด</p> <p>5.ตรวจ ATK ผู้ป่วยทุกรายก่อนการให้บริการฟื้นฟูในชุมชนและเจ้าหน้าที่ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันครบ</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			<p><u>การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</u></p> <p>1.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ในการรักษาทางการแพทย์แผนไทยจะส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบันทุกราย</p>	<p>ชุด เพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่เชื้อให้แก่ผู้ป่วย</p> <p><u>การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</u></p> <p>1.การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง ส่งต่อทุกรายและรวดเร็วทันเวลา</p>
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว				
78. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	ทีมได้พัฒนากระบวนการให้ข้อมูลเสริมพลังแก่ผู้ป่วย DM,HT ที่ควบคุมไม่ได้ต่อเนื่อง 3 ครั้ง เข้าสู่ระบบผู้ป่วยใน เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ โภชนาการ กายภาพบำบัด เกสซักร แพทย์พยาบาล ประเมินวางแผนในการให้ความรู้ ปรับพฤติกรรม และการปรับยา ส่งต่อ รพ.สต. ในการติดตามต่อเนื่องรวม 35 ราย พบว่าสามารถควบคุมได้ดีขึ้น 70%	คำแนะนำ Suggestion ทีมควรทบทวนปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วย readmit, revit เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการ/ประเด็น เทคนิคในการให้ข้อมูลเสริมพลังผู้ป่วย /ญาติ ด้วยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบต่างๆ พร้อมการประเมินซ้ำ บันทึกความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วย /ญาติสามารถดูแลตนเองได้	<p>1.พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19</p> <p>2.พัฒนาแนวทางการลดแออัดในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p> <p>3.พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19</p> <p>4.พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>- การให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารโดยโภชนาการ</p>	<p>1.ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 2,277 ราย ส่งไปรับยาที่ รพ.สต.จำนวน 979 ราย</p> <p>2.ลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ 42.99 %</p> <p><u>สิ่งที่ได้เรียนรู้</u></p> <p>การพัฒนาจนประจำอย่างต่อเนื่องโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ให้ความสำคัญกับทุกสาขาวิชาชีพ ก่อให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจ เสียสละเมื่อมีสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย จะสามารถรับมือกับปัญหาได้เป็นอย่างดีและเกิดผลลัพธ์ที่ดี จะยังเป็น</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			<ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย โดยนักกายภาพบำบัด เน้นการฝึกสมาธิบำบัด SKT - การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างถูกวิธีโดยเภสัชกร - การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด - สร้างห้องเรียนเบาหวานรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม 	<p>แรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาที่เป็นปกติใหม่อย่างต่อเนื่องยั่งยืน</p> <p>Routine to new normal</p>
III-6 การดูแลต่อเนื่อง				
79. การดูแลต่อเนื่อง [III-6]	<p>ทีมมีการประสานดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย COVID กับชุมชนทั้งรับกลับไปกักตัวใน CI, HI ต่อเนื่องพร้อมการติดตามประเมินจนครบ 28 วัน นอกจากนั้นในกลุ่ม stroke มีระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกลับมาดูแลเนื่องร่วมกับทีมกายภาพบำบัด กลุ่ม palliative ผู้สูงอายุพึ่งพิง ประสานส่งต่อ อสม. Care giver ติดตามดูแลต่อเนื่อง</p>		<p><u>การประสานดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย COVID -19</u></p> <p>1. มีการจัดทำโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรและระยะสุดท้ายเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแล PC และระยะท้ายแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตอาสา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากบุคลากรทาง</p>	<p><u>การประสานดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย COVID - 19</u></p> <p>1. มีการค้นหาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโดยทีม คร. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>2. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนและมีการเตรียมพื้นที่ชุมชน เพื่อให้เกิดความปลอดภัย</p> <p>3. จัดให้ผู้ป่วยโควิด – 19 สีเขียว 10</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลतालสุ่ม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			<p>การแพทย์อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p> <p>2. ให้การดูแลผู้ป่วย COVID – 19 สีเขียวที่เน้นการรักษาที่บ้าน ทั้งด้านยา อาหารและการปฏิบัติตัว ลดการแพร่กระจายเชื้อ ในส่วนกลุ่มอื่น เน้นการป้องกันการติดโรค COVID - 19 การรับวัคซีน และการฟื้นฟูในภาวะที่โรคโควิดระบาด</p> <p><u>การดูแลต่อเนื่องหญิงหลังคลอด</u></p> <p>1. มีการติดตามมารดาหลังคลอด เพื่อส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดด้วยวิธีทบทมือเกลือ จำนวน 5 ครั้ง</p>	<p>รายรักษา HI จนครบไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มี การแพร่กระจายเชื้อในชุมชน</p> <p>4. ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆในชุมชนไม่มีการติดเชื้อโควิด-19</p> <p><u>การดูแลต่อเนื่อง Palliative care</u></p> <p>1. มีการดูแลผู้ป่วย กลุ่ม Palliative โดยเน้นการให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ดูแลให้มีความรู้การดูแลและที่มอสม. CG มีการเข้าถึงและร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน</p> <p><u>การดูแลต่อเนื่องหญิงหลังคลอด</u></p> <p>1. หญิงหลังคลอดหลังรับการทบทมือเกลือ 5 ครั้ง จะมีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น น้ำคาวปลาลดลงเกือบหมด นานนมไหลดีขึ้น</p>

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ				
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ				
(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย				
80. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยใน ภาพรวม [IV-1,III]		ควรทบทวนกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล เช่น การเสียชีวิต การส่งต่อ readmitted, revisit เป็นต้น พร้อมการเรียนรู้วิเคราะห์ให้เห็นกลุ่มโรค ปัญหาสาเหตุ ปัจจัยต่างๆ ตามบริบทที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อเนื่องได้อย่างชัดเจน	1.ประชุมทีมทบทวนตัวชี้วัดทุก 1 เดือน 2.เก็บข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแก้ไขตัวชี้วัด	มีการจัดประชุมทีมทบทวนกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล เช่น การเสียชีวิต การส่งต่อ readmitted, revisit และได้คิดวิเคราะห์ให้เห็นกลุ่มโรค ปัญหาและสาเหตุต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
81. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1,III-5, 6]		ควรทำความเข้าใจในการกำหนดตัวชี้วัดตามมิติคุณภาพที่สะท้อนคุณค่าของแต่ละด้านในการให้บริการผู้ป่วย เช่น มิติการเข้าถึงภาพรวม และเฉพาะกลุ่มโรค / กลุ่มผู้ป่วย มิติการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมทั้งการขานัด ดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมผู้ป่วยสำคัญ OPD,IPD มิติความเหมาะสมที่เทียบเคียงแนวทางการปฏิบัติ	มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมถึงการขานัด การดูแลอย่างต่อเนื่อง	นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมาวิเคราะห์ร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติ
83. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4]				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
84. ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1 , III-2 , 3 ,4]		มาตรฐาน มิติประสิทธิผลที่สะท้อนผลลัพธ์การดูแลรักษา พร้อมการฝึกวิเคราะห์ตามช่วงเวลา พื้นที่ กลุ่มวัยเป็นต้นเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้ เป็นต้น		
85. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)* [IV-1, III-4.3 ก, ข]			-	-
86. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)* [IV-1, II-4]	มีผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ที่ดีโดยไม่พบมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่พบการติดเชื้อ clean wound รวมทั้ง HAP, CAUTI, phlebitis ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ ตามมาตรฐานการทำงาน เน้นการล้างมืออย่างถูกต้อง เนื่องจากทางโรงพยาบาลรับเฉพาะเคสที่มีศักยภาพดูแลได้ดี	ควรกำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการพร้อมติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำ มาวิเคราะห์ ปัญหา สาเหตุ อุปสรรคในการปฏิบัติและพัฒนาต่อเนื่อง		ทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการเพิ่มเติมในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและจ่ายกลาง เช่น กระบวนการทำงาน - อัตราการ re-sterile ไม่ตรงวัน - อัตราการใช้เครื่องมืออุปกรณ์หมดอายุ - อัตราการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอนและตาม 5 moment เก็บข้อมูลให้มากขึ้น โดยการสังเกต นิเทศโดยผู้ปฏิบัติไม่ทราบล่วงหน้า เพื่อให้ข้อมูลมากขึ้นพร้อมติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำ มาวิเคราะห์ ปัญหา สาเหตุ อุปสรรคในการปฏิบัติและพัฒนาต่อเนื่อง

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
87. ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้าน/ในความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)* [IV-1, II-6, II-7.4]	พบตัวอย่างการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ข้อมูล dispensing error ในภาพรวมที่ทำให้เห็นกลุ่มความคลาดเคลื่อนเบื้องต้น และสาเหตุสำคัญในบางประเด็น แต่ไม่ชัดเจนในการประสานสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขเชิงระบบ	ควรเรียนรู้ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดและอุบัติการณ์ด้วยการบูรณาการการทบทวนรายเคส สู่การสรุปปัญหาวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาในภาพรวม เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงระบบบริการให้ปลอดภัยเชิงระบบบริการให้ปลอดภัยเชิงระบบ เช่น การเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด การเกิด ME นอก/ในเวลาหน่วยงาน ยาที่พบ เป็นต้น	สรุปความคลาดเคลื่อนทางยาภาพรวมตามตัวชี้วัดเป็นนอกและในเวลา เป็นรายเคส นำปัญหามาทำงาน R2R เพื่อหาแนวทางร่วมกับสหวิชาชีพ สู่แนวทางป้องกันการเกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาซ้ำ	1.ดำเนินการแยกเก็บความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นในและนอกเวลา 2.หาแนวทางแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นร่วมกับสหวิชาชีพ
88. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1,III]		ควรออกแบบการจับเก็บข้อมูลในประเด็น miss, delay diagnosis, identification error ที่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน/กระบวนการบริการ เพื่อให้เห็นปัญหาแท้จริงของโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์	- แต่งตั้งทีมสหวิชาชีพทบทวนเวชระเบียน เดือนละ 1 ครั้ง	- ประชุมทบทวนการจับเก็บข้อมูลในประเด็น miss, delay diagnosis, identification error ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
89. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]		หน่วยงานควรนำกรณีที่มีการรายงานผล lab ผิดค่า ผิดคนที่เกิดขึ้นมาทบทวนวิเคราะห์ หาสาเหตุ เพื่อนำมาพัฒนาระบบการรายงานผล อย่างถูกต้อง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น	<u>แผนการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาวิทยาลัยคลินิก</u> 1. กำหนดผู้รับผิดชอบการทวนสอบผลการรายงานทางห้องปฏิบัติการ 2. กำหนดระเบียบปฏิบัติการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ	<u>ความถูกต้องของการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ</u> กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการปรับปรุงแก้ไขในการทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ประเมิน Re-HA โดยมีการกำหนดข้อบังคับในวันหยุด เสาร์ –

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			3. ตารางแบบฟอร์มการทวนสอบผลทางห้องปฏิบัติการ	อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ที่มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเพียง 1 คน โดยให้มีการทวนสอบผลการตรวจทุกรายที่มีการส่งตรวจในวันถัดไป ในส่วนวันราชการให้มีการสุ่ม 30% ของผู้ป่วยที่มาให้บริการ
90. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)* [IV-1, III-4.2 (5)]		ควรเรียนรู้การกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนความปลอดภัยในกระบวนการดูแลรักษา เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ทรุดลง ความไวในการตอบสนอง เป็นต้น	- มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกจุดเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดย ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	- ประชุม กำหนด EWS ของแต่ละจุดเพื่อเฝ้าระวังภาวะทรุดลงของผู้ป่วยและมีเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วยทุกจุดบริการ
ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ				
91. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]		ควรทำความเข้าใจในการกำหนดตัวชี้วัดด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ กลุ่มโรคต่างๆ ที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่มีการจัดเก็บให้สะท้อนชุมชนที่มีการดำเนินงานที่เข้มแข็ง และปัจจัยต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุง	1. อัตราหญิงฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 50 2. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ ๗ 3. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	1. อัตราหญิงฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80 2. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 1.25 3. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยร้อยละ 98

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
92. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]			1.หมู่บ้านกินปลาไร้ต้มสุก ร้อยละ 50 2.ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60ปี ภายใน 5 ปี มากกว่าร้อยละ 80 3.อัตราผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร 4.ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจาก CG ร้อยละ 100	1.หมู่บ้านกินปลาไร้ต้มสุกร้อยละ 80 2.ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60ปี ร้อยละ 52.14 3.อัตราผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร ผลงานไม่มีผู้ป่วย 4.ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจาก CG ครบทุกคน
IV-2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)				
93. ตัววัด/ผลลัพธ์สำคัญด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [IV-2, I-3]	มีผลลัพธ์ความพึงพอใจกลุ่มผู้ป่วยในที่ดีขึ้นและผู้ป่วยนอกลดลงเล็กน้อย มีการนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงการให้บริการ เช่น บัตรคิวแยกโรค คลินิกพิเศษ จัดบริการ WIFI บริการส่งกลับเป็นต้น		1.ประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการ 2.แผนการปรับปรุงอาคารสถานที่สืบเนื่องจากมั่งลวดชำรุด ได้นำเข้าแผนปี 2565	1.จัดพื้นที่ให้เพียงพอสำหรับผู้มารับบริการ มีการเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2.จัดช่องทางให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างรวดเร็ว 3.ความพึงพอใจของงานผู้ป่วยในที่มีเกณฑ์คะแนนต้องปรับปรุง คือ ใน

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
				<p>ส่วนของอาคารสถานที่ ซึ่งได้นำเข้าแผนพัฒนาปี 2565</p> <p>4. มีการปรับเปลี่ยนเตียงเก่าที่ชำรุด เป็นเตียงปรับระดับได้ทุกเตียง</p> <p>5. จัดหาอุปกรณ์ให้มีเพียงพอให้บริการ เช่น เสื้อผ้า, ผ้าห่ม, ผ้าปูที่นอน</p>
IV-3 ผลด้านกำลังคน				
94. ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5]	มีความพยายามในการ ค้นหาความต้องการของบุคลากร ตอบสนองความต้องการของบุคลากรในแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม ทำให้แม้อยู่ในสถานะเป็นโรงพยาบาล ที่ต้องรับผู้ป่วย COVID -19 ยังมีผลลัพธ์ความผูกพันและความพึงพอใจในระดับสูงขึ้นไป	ควรกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประเด็นคุณภาพของระบบงานอย่างครอบคลุม ทั้งด้านสมรรถนะ ความเพียงพอ ความสุขวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา จากแนวโน้มสุขภาพ บุคลากรที่แย่ง เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดหาบุคลากรที่ขาดแคลน ขออนุมัติจ้างในตำแหน่งที่ขาดแคลน 2. การสร้างความผูกพันต่อองค์กร 3. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ 4. การสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง 5. การสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้กับบุคลากรมีผลงานที่ดี 6. มีระบบการจัดการสุขภาพ บุคลากรต่อเนื่อง ในกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการขออนุมัติเลขตำแหน่งเพื่อทดแทน ตำแหน่งที่ลาออก, ย้าย 2. จัดกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ เช่น งานครบรอบวันเกิดโรงพยาบาล กิจกรรมวันปีใหม่และกิจกรรมวันสงกรานต์ 3. จัดเตรียมสถานที่ / อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการศึกษา ค้นคว้า นำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติด้วยตนเองได้ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น 4. จัดกิจกรรมนำเสนอผลงานวิชาการ CQI R2R งานวิจัย

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
				5.การตรวจสอบคุณภาพบุคลากรประจำปีงบประมาณ 2565
IV-4 ด้านการนำ				
95. ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]		ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประเด็นของทีมนำ ผู้นำ เพื่อให้เห็นโอกาสพัฒนา และนำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์การปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพได้	1.ทีมนำกำหนดนโยบายการบริหารจัดการองค์กรแห่งความสุขสำหรับบุคลากร 2.กำหนดความปลอดภัยในหน่วยงานและบุคลากรตามหลัก 2P safety	ทีมนำทบทวนแผนกลยุทธ์ร่วมกันและติดตามผลการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ โดยนำตัวชี้วัดด้านการบริหารจัดการองค์กรแห่งความสุขสำหรับบุคลากรและตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยในหน่วยงานและบุคลากรตามหลัก 2P safety
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ				
96. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM , Supply chain , RM ,ENV, [IV-5,II]	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระบบการตรวจสอบและนิเทศติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ	ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประเด็นคุณภาพของระบบงานสำคัญ โดยศึกษามาตรฐานอย่างเข้าใจ เช่น ระบบความเสี่ยง IM, ENV เพื่อให้เห็นโอกาสพัฒนานำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพได้ เป็นต้น	1.นำความเสี่ยงที่รายงานเข้ามาที่เกี่ยวข้องกับ IM มาวิเคราะห์และแก้ไขป้องกันไม่ให้เกิด เช่น ปัญหาไฟดับและเครื่องสำรองตัวเล็กไม่เก็บไฟเสียหาย จึงนำระบบสำรองไฟรวม โดยใช้เครื่องสำรองไฟตัวใหญ่มาจ่ายไฟให้ทั้งระบบในตึก OPD ซึ่งมีผู้ป่วยมารับบริการตลอด	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน	
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ
			2.มีแผนขยายเครื่องสำรองไฟต่อ ใหญ่สำหรับ Bake Office คือ งาน บริหาร ,การเงิน ในชั้น 2 ตึก OPD	
IV-6 ผลด้านการเงิน				
97. ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2]	มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีขึ้น quick ratio 0.85,1.47% current ratio 1.01, 1.79 เป็นต้น	ควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลแท้จริงตาม หลักการบริหารการเงินที่ทราบเพื่อนำมา พัฒนา ปรับปรุงได้ชัดเจน	วิเคราะห์แผนการเงินการคลังใน ส่วนรายได้และค่าใช้จ่ายใน โรงพยาบาลตลิ่งชัน	มีการจัดประชุมแผนการเงินการคลัง ภายในโรงพยาบาลทุกเดือนเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินให้ เป็นไปในทางที่ดีขึ้นและจัดทำ แผนการใช้จ่ายเงินและมีการควบคุม กำกับให้เป็นไปตามแผนพัฒนาด้าน สารสนเทศด้านลูกหนี้และการเรียก เก็บ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ อันจะส่งผลต่อกระแสเงินสดรับ ซึ่ง จะทำให้เกิดสภาพคล่องทางการเงิน