



แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลตาสุม จังหวัดอุบลราชธานี

วันรับรอง 23 พฤษภาคม 2564 วันสิ้นสุดการรับรอง 22 พฤษภาคม 2566

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร					
I-1 การนำ					
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก (1)(2)(3)]	<p>การนำองค์กร ผู้นำสูงสุดทุ่มเทการขับเคลื่อนองค์กรเพื่อให้บริการประชาชนภายใต้สถานการณ์โรคระบาด วิกฤติทางการเงิน ด้วยสัมพันธภาพอันดีกับภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพกลุ่มโรคสำคัญ การบริหารจัดการทรัพยากรในการสร้างอาคารกายภาพบำบัด สนับสนุนปัจจัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 เพื่อรองรับประชาชนที่เจ็บป่วยจาก COVID-19 กลับมารักษาในภูมิสำเนาผู้นำได้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนบริการเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ด้วยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทุกระดับในการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่ฝึกทักษะในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อในทุกจุดบริการครอบคลุมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการติดตาม เฝ้า</p>	<p>ข้อเสนอแนะ Recommendation</p> <p>1. การสื่อสารและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาทีมควรกำหนดประเด็นที่ต้องการสื่อสารให้เกิดการนำไปปฏิบัติให้ชัดเจน โดยเฉพาะจุดเน้นในการขับเคลื่อนองค์กร (หลังกลับสู่ระบบปกติ) มีการทวนสอบ ติดตามความเข้าใจ ทิศทางการตอบสนอง พร้อมสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในองค์กรให้เกิดความตื่นตัวในการเรียนรู้ มุมมองเชิงป้องกัน ดักจับความเสี่ยงและนำมาเรียนรู้พัฒนาพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ (เหมือนในช่วง COVID) เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย</p> <p>2. การประเมินผู้นำ/ระบบการนำทีมควรเรียนรู้ปัญหาสาเหตุ</p>	<p>1. ประชุมทีมนำองค์กรในการหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และการดำเนินการในด้านการรักษาหรือมาตรฐานงานเมื่อมีภาวะวิกฤติ</p> <p>2. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ครอบคลุมเพื่อให้บุคลากรได้รับทราบอย่างทั่วถึงในองค์กร</p>	<p><u>การสื่อสารและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา</u></p> <p>1. มีการประชุมทีมนำองค์กรร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางป้องกันความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของ COVID-19</p> <p>2. ในสภาวะที่สถานการณ์ COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในพื้นที่ลดน้อยลงได้มีการดำเนินงานตามมติที่ประชุม ในการปรับเปลี่ยนแผนการควบคุมการระบาดของ COVID-19 โดยได้มีการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบแยกโซนรับผู้ป่วย - ผู้ป่วยทั่วไป จัดโซนดูแลในผู้ป่วยฝั่งหญิง - ผู้ป่วย COVID-19 จัดโซนดูแลในผู้ป่วยฝั่งชายและห้องแยกโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล - คณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ (HA) - คณะกรรมการผู้ประสานงาน (FA) - ศูนย์พัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข]					
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา [I-1.1ค(1)(2)]					
4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]					
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)]					
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
	ระวังกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยใน HI , CI ทำให้สามารถควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 และไม่พบการติดเชื้อในบุคลากร	<p>ของการขับเคลื่อนแผนกลยุทธ์ที่ไม่บรรลุผลสำเร็จในมุมมองด้านบริหาร เพื่อนำมากำหนดสมรรถนะทางการบริหารที่ควรมีในองค์กร และวางแผนพัฒนาให้แก่ทีมนำทุกระดับ</p> <p>3. การกำกับดูแลทางคลินิก ทีมนำควรออกแบบร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องในการจัดเก็บ รวบรวม ข้อมูลสำคัญทางคลินิก เช่น ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการจัดบริการ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะการส่งต่อ/ดูแลนอกเวลา) ประสิทธิภาพผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อนำเสนอต่อทีมที่ทำหน้าที่กำกับ ในการให้ความคิดเห็น ตัดสินใจในการปรับปรุงให้เกิดผลลัพธ์/บริการที่ดีอย่างสม่ำเสมอ</p>		<p>3. ในเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้มีการสุ่มตรวจ ATK ทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการรับเชื้อ COVID-19 แล้วยังแพร่กระจายสู่เพื่อนร่วมงาน</p> <p><u>การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ</u></p> <p>1.มีการประชุมของทีมนำเกี่ยวกับแนวทางต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการขับเคลื่อนองค์กร เช่น การประชุมEOCและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p> <p>2.การสื่อสารในองค์กรให้ครอบคลุมในบุคลากร โดยผ่านระบบเสียงตามสาย ระบบไลน์ กลุ่มและระบบกำกับติดตามงานจากหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน ภายในองค์กร</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
I-2 กลยุทธ์					
7.กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)(5)]		ข้อเสนอแนะ Recommendation 1. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ การวิเคราะห์และกำหนด วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ที่มีความครอบคลุมการ จัดทำแผนกลยุทธ์ทั้ง 5 ด้าน โดยเพิ่มการ วิเคราะห์ปัญหา ความท้าทาย ตามบริบทด้วยข้อมูลสำคัญ เช่น ข้อมูลในโรงพยาบาล ข้อมูลการเจ็บป่วย/ผลลัพธ์ ข้อมูลเครือข่ายในการ วิเคราะห์ เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตรงกับ ปัญหาพื้นที่ครอบคลุมการ สร้างเสริมสุขภาพ ใช้โอกาส / จุดแข็งเชิงกลยุทธ์ในการ ขับเคลื่อนกลวิธีในการ ดำเนินงานให้เกิดผลสำเร็จ 2. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การ จัดสรรทรัพยากร และตัวชี้วัด ติดตามความก้าวหน้า ที่สมควร	1.การประชุมจัดทำกลยุทธ์ การ วิเคราะห์และกำหนด วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จนเกิด เป็นแผนยุทธศาสตร์ ปี 2565-ปี 2569 2.เพิ่มเป้าหมายการบรรลุ วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดแบบ เป้าหมายรายปี 3.แผนการเงินโรงพยาบาลที่มี การวิเคราะห์แผนการ ดำเนินงานทั้งรายรับรายจ่ายใน ทุกหมวด ทั้งในส่วนของรายจ่าย ในการพัฒนาคน แผนการ พัฒนาสิ่งก่อสร้างและจัดซื้อ ครุภัณฑ์ เพื่อปรับปรุงระบบการ ให้บริการ	1.ประชุมวิเคราะห์ข้อมูลสถิติการ ให้บริการการดำเนินงานของ โรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการ รักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย ในของโรงพยาบาล ข้อมูลการ เจ็บป่วย 2.วิเคราะห์ปัญหาความท้าทาย ตามบริบทด้วยข้อมูลสำคัญ กำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ปัญหาที่แก้ไขปัญหาในชุมชน โดย พัฒนางานและบูรณาการสู่ชุมชน 3.มีการดำเนินการจัดทำแผนการ เงินโรงพยาบาลที่ครอบคลุมทุก หมวด รายรับ - รายจ่ายของ โรงพยาบาล	- คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล - งานแผนงานและ ยุทธศาสตร์เครือข่าย สุขภาพ - คณะกรรมการพัฒนา ทรัพยากรบุคคลและ วิชาการ (HRD)
8.วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริม สุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]					
9.การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติและ การจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก(1)(2)(3)(4)]					
10.การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ ในการติดตามความก้าวหน้า [I-2.2ก(5),ข]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		กำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผลให้ชัดเจนทั้งเป้า 3 ปี เป้ารายปี กำหนดตัวชี้วัดผลที่สอดคล้อง พร้อมสร้างส่วนร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องภายใน / ภายนอก ร่วมจัดทำแผนในการดำเนินงาน ในการขับเคลื่อนที่ชัดเจน พร้อมวิเคราะห์ทรัพยากร คน เงิน ของสำหรับรองรับในแต่ละแผน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและติดตามกำกับเพื่อปรับเปลี่ยนแผนได้ในเวลาที่เหมาะสม			

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน					
11. การรับฟัง / เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]	<p>1. การสร้างความสัมพันธ์ มีการทำงานร่วมกับกับชุมชน เครือข่าย ด้วยการสร้างสัมพันธ์กับชุมชน ผ่านการให้บริการในพื้นที่ การร่วมประชุมให้ความรู้การเสริมพลังเครือข่ายทำให้เกิดความรู้การเสริมพลังเครือข่ายทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่างสม่ำเสมอทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ระบาดของ COVID มีข้อร้องเรียนรุนแรงเพียง 1 ครั้งในรอบ 5 ปี โดยสามารถเจรจาไกล่เกลี่ยได้สำเร็จ</p> <p>2. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย จาก การปรับสู่โรงพยาบาลเฉพาะกิจ ได้จัดพื้นที่บริการผู้ติดเชื้อโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความเข้าใจในความต้องการที่ลึกซึ้งด้วยการแยกฝั่งบริการผู้ป่วยในชายหญิง การจัดห้องเฉพาะแม่ ลูก หรือห้องสำหรับการพักรักษาแบบครอบครัว</p>	<p>คำแนะนำ Suggestion</p> <p>การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการ ทีมควรเรียนรู้วิธีการรับฟังความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยตามกลุ่มต่างๆที่ได้จำแนกไว้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย เช่น การสัมภาษณ์ โฟกัสกรุป หรือใช้เทคโนโลยี เป็นต้น ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการใน รพ.สต. ผู้ป่วยส่งต่อ นำข้อมูลที่ได้มาสรุป ปรับปรุงการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการได้ตรงประเด็น</p>	<p>1.การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสภาวะการระบาดของ COVID-19 เพื่อเป็นการลดความแออัดมีบริการจัดส่งยาที่บ้าน เพื่อความปลอดภัย</p>	<p>1.บริการจัดการแยกโซนบริการผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยทั่วไปแยกออกจากกัน</p> <p>2.ตั้งจุด covid free setting บริการตามหน่วยบริการที่สำคัญภายในโรงพยาบาล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล - คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT) - งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - งานห้องคลอด - งานผู้ป่วยนอก - งานผู้ป่วยใน - งานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
12.การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.1ข(1)]					
13.การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก [I-3.2ก(1)(2)(3)]					
14.การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข(1)(2)]					
15.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุ่ม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
	ที่ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงในช่วง COVID				
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้					
16. การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]	การจัดการระบบสารสนเทศ มีระบบ การบริหารจัดการข้อมูล ผู้ป่วยด้วยโปรแกรม HIWIN โดยปรับปรุงให้สามารถเชื่อมต่อข้อมูลที่สำคัญตามหน่วยต่างๆ เช่น ระบบ PACS,LIS มีการสื่อสารกับ ผู้พัฒนาโปรแกรม เพื่อปรับโปรแกรมให้ใช้งานได้สะดวกตามความต้องการของผู้ใช้ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการสำรองข้อมูลด้วยระบบ MariaDB replication server และระบบ Rsync ที่มีความปลอดภัยใช้งานง่าย ในสภาวะที่ต้องปรับเปลี่ยน เป็นโรงพยาบาล เฉพาะกิจมีการปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถใช้งานร่วมกับบริบทโรงพยาบาลเฉพาะกิจได้อย่างดี	ข้อเสนอแนะ Recommendation การวัดผลและวิเคราะห์ผล การดำเนินการ ควรเรียนรู้การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่เหมาะสม สะท้อนทั้งปริมาณ และคุณภาพในทุกระดับ อย่างเป็น alignment (โดยเฉพาะ KPI ที่ไม่ถูกกำหนดใน service plan) เรียนรู้การกำหนดตัวชี้วัดตามมิติคุณภาพ ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามบริบทเพื่อให้เกิดความหลากหลายในการจัดเก็บผลการดำเนินงานและฝึกวิเคราะห์ในรูปแบบต่างๆ เช่น วิเคราะห์ให้เห็นแนวโน้ม เห็นปัจจัย ปัญหาความสัมพันธ์ วิเคราะห์แยกกลุ่ม เป็นต้น เพื่อ	1.การนำโปรแกรม Co-ward มาใช้ในการบันทึกการรักษา ติดตามผู้ป่วย COVID-19 สามารถเชื่อมโยงไปใช้กับผู้ป่วยในระบบ HI ,CI โดยความร่วมมือกับสาขาชีพ ทั้งในระดับ รพ.สต.และชุมชน 2.ข้อมูลที่บันทึกในระบบ HI มีความสมบูรณ์ครอบคลุมมากขึ้น/ มีแผนการอบรมทบทวนการใช้งานโปรแกรม HI โดยเชิญวิทยากรจากหน่วยงานภายนอก มาให้ความรู้ 3.บรรจุแผนการอบรมการใช้โปรแกรมHIWINทุกปี/ให้เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีแผนการอบรมซ่อม อบรมเหตุ,อัปเดตภัย	1.ผู้ป่วย COVID-19 ได้รับการรักษาและการติดตามรักษาจนหายและจำหน่ายครบทุกรายในเขต อำเภอ ตาลสุ่ม 2.ผลการ Audit ค่า CMI เพิ่มขึ้น, การเคลมเงินจากกองทุนต่างๆทำ ได้มากขึ้น	- ศูนย์พัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล - คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศ (IM) - งานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์ - คณะกรรมการวิชาการ
17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผล การดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข,ค]					
18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]					
19.การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข]					
20. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		<p>นำมาสู่การใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้ตรงประเด็น</p> <p>ข้อเสนอแนะ Suggestion</p> <p>ข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้ ควรประเมินความเหมาะสม ถูกต้อง พร้อมใช้ของข้อมูลที่มีให้สามารถนำมาใช้วัดผลความสำเร็จ หรือการบรรลุวัตถุประสงค์ของงานแต่ละกระบวนการ ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุพันธกิจของโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถนำเอาความรู้ที่ได้มาออกแบบระบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆได้ เช่น การทำ RCA ควรสรุปทเรียนสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit,tacit) เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาความรู้ของ</p>	<p>- มีการจัดมหกรรมคุณภาพผลงาน CQI / มีผลงาน CQI ในระดับจังหวัดและระดับเขต</p>		

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		องค์กรและบุคลากรอย่างเป็นระบบ			
I-5 กำลังคน					
21.ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลัง [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 ควรพัฒนาแนวทางการวิเคราะห์ปัญหา ด้านสุขภาพของบุคลากรและวางระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การกำกับติดตาม เพื่อให้สามารถปรับแผนการดำเนินการในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น แผนปรับแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่ทำให้แนวโน้มสุขภาพของบุคลากรกลุ่มสุขภาพดีลดลงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p><u>ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลัง</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>ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลัง</u></p> <p>2. ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนของทุกกลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ สวัสดิการการเจ็บป่วยของเจ้าหน้าที่และญาติสายตรง ในการเข้าพักห้องพิเศษของ รพ.กรณีเจ็บป่วย , งานกีฬาที่มีการแจกเสื้อประจำ คปสอ.ทุกปี , สวัสดิการเยี่ยมกรณีป่วย /บุตรเกิด/แต่งงาน/ลาบวช/งานศพ จะมีสวัสดิการใส่ซองให้แก่บุคลากรทุกครั้ง ส่วนกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ การปรับอัตราค่าจ้างตามหนังสือสั่งการของกระทรวงทุกครั้ง และการปรับตำแหน่งเข้าสู่พนักงานกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>- คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและวิชาการ (HRD)</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		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		<p>2. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ ทีมควรพัฒนาการวางแผน พัฒนาบุคลากรที่ตอบสนอง ความต้องการขององค์กรและ ผู้รับบริการในพื้นที่โดยเน้น การค้นหา training need จาก ข้อมูลความเจ็บป่วยหรือ ปัญหาของผู้รับบริการ รวมถึง อุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง คลินิกในด้านต่าง ๆ</p>	<p>การสร้างเสริมสุขภาพของ กำลังคน</p> <p>1. มีระบบการจัดการสุขภาพ บุคลากรต่อเนื่อง</p> <p>2. บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19</p> <p>3. บุคลากรได้รับวัคซีนไขหวัด ใหญ่</p> <p><u>ความผูกพันและผลการ ปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผล การปฏิบัติงาน</u></p> <p>1. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ สอดคล้องต่อความต้องการ สมรรถนะของแต่ละงาน เพื่อ รองรับงานที่รับผิดชอบสามารถ นำความรู้มาสานต่อในการ ปฏิบัติงาน เพิ่มขีด ความสามารถในการรองรับ การ พัฒนามีการจัดอบรมผ่านระบบ ออนไลน์ เพื่อป้องกันการแพร่ เชื้อ COVID-19</p> <p>2. การศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผล ต่อความสุข ความผูกพันของ</p>	<p><u>สุขภาพและความปลอดภัยของ กำลังคน</u></p> <p>1. มีการประเมินความเสี่ยงจาก การทำงานของบุคลากรของทีมอา ชีวอนามัย และมีการอบรมให้ ความรู้แก่บุคลากร</p> <p>2. มีการอบรมให้ความรู้ในการใส่ ชุด PPE ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 และการล้างมือถูกวิธี ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อโรคจากการ สัมผัส โดย พยาบาล ICN รพ.ตาล สุม</p> <p><u>การสร้างเสริมสุขภาพของ กำลังคน</u></p> <p>1. มีระบบการจัดการสุขภาพ บุคลากรต่อเนื่อง ในกลุ่มดี กลุ่ม เสี่ยง กลุ่มป่วย เช่น มีการตรวจ สุขภาพประจำปี</p> <p>2. บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกัน COVID -19 ตามเป้าหมาย 100%</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
			<p>บุคลากรเพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา</p> <p>3.ติดตามผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจจากส่วนกลาง</p> <p><u>การพัฒนากำลังคนและผู้นำ</u></p> <p>1.มีกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน โดยการสำรวจความจำเป็นในการฝึกอบรม (Training need) แล้วนำมาจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล</p> <p>2.ทบทวนระบบการพัฒนาบุคลากรและการประเมินผลสัมฤทธิ์การพัฒนาตามแนวทางที่วางไว้</p>	<p>3.บุคลากรได้รับวัคซีนใช้วัดใหญ่ตามเป้าหมาย 100%</p> <p>4.ติดตั้งจุดแอลกอฮอล์เจลตามจุดบริการของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล</p> <p><u>ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน</u></p> <p>1.บุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมตอบแบบประเมินความสุขบุคลากร สธ. (Happinometer)และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ร้อยละ 90</p> <p>2.นำผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจเข้าที่ประชุม HRD เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเป้าหมาย</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	ผู้รับผิดชอบ
I-6 การปฏิบัติการ					
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]	1. การจัดการกระบวนการ มีการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลในการเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจ ตามที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้เป็นโรงพยาบาล gate keeper รองรับผู้ป่วย COVID ทำให้เกิดการเรียนรู้ ค้นคว้าข้อมูลหลักวิชาการมาวางระบบการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในจัดระบบคัดกรองครอบคลุมการออกเหตุรับผู้ป่วยในชุมชน อีกทั้งระบบสนับสนุน เช่น ENV , x-ray, CSSD โภชนาการได้เรียนรู้การพัฒนากระบวนการให้สอดคล้องกับการจัดบริการในฐานะโรงพยาบาลเฉพาะกิจที่เป็นต้นแบบแห่งแรกของจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมาศึกษาดูงานไปจัดบริการ ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในความสามารถต่อการจัดบริการมากขึ้น	ข้อเสนอแนะ Recommendation การออกแบบบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงานหน่วยงานและทีมทุกระดับควรทบทวนเป้าหมายของกิจกรรม/กระบวนการที่ดำเนินงานให้สะท้อนถึงประเด็นคุณภาพหรือความคาดหวังของงานนั้นและกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ติดตามผลสำเร็จที่ชัดเจน ตรงประเด็น เพื่อสามารถนำมาวิเคราะห์พัฒนาได้ต่อเนื่อง คำแนะนำ (Suggestion) ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติ และภาวะฉุกเฉินต่างๆ ควรจัดการสรุปบทเรียน จากการซ้อมแผนภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ เพื่อนำไปปรับปรุง แก้ไข หรือเป็นแนวทางในการดำเนินการ รวมทั้งมีการทบทวนสถานการณ์สภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล	การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล	- ศูนย์พัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล - คณะกรรมการวิชาการ - คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ENV) - คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)
27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค]			1.จัดบริการ ตู้ kiosk สำหรับมาใช้บริการเพื่อเพื่อให้ลงทะเบียนในการเข้ารับบริการ	1. ได้ดำเนินการจัดบริการ ตู้ kiosk จำนวน 2 ตู้ สำหรับผู้มารับบริการ ตรวจรักษาผู้ป่วยนอกกลุ่มบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วมเพื่อให้ลงทะเบียนในการเข้ารับบริการ ดังนี้	
28. การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]			1.จัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นำเสนอผลงานวิชาการ CQI /นวัตกรรม/R2R/ผลงานวิจัย ประจำปี	1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย - ข้อมูลจากบัตรประชาชน - ข้อมูลโรงพยาบาล - ข้อมูลสิทธิการรักษา - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก [I-6.1จ]			1.ติดตามผลการปฏิบัติงานภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	2. ข้อมูล Moph-IC - ข้อมูลได้รับวัคซีน - ข้อมูลตรวจ Lab ล่าสุด	
30. ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ [I-6.2ข]			- ติดตามการรายงานสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 - ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนต่อต้านโรคระบาด COVID-19	3.ลงทะเบียนผู้รับบริการ - เลือกจุดบริการได้ตามกำหนด	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
	<p>2. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน จากสถานการณ์ COVID ที่มิได้ออกแบบการจัดการขยะติดเชื้อ การกระจายยาโรคเรื้อรังลงสู่ชุมชน รพ.สต. ให้มีความเป็นระบบที่ชัดเจน มีการควบคุม ติดตามกำกับ การปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ</p>	<p>เพื่อให้แน่ใจว่าแผนที่กำหนดไว้มีความเหมาะสม และครอบคลุม ภาวะฉุกเฉินต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>ตามกลุ่มเป้าหมายการฉีดวัคซีนเชิงรุกผู้ป่วยติดเตียง 2. นำข้อมูลวิชาการ และองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 3. สื่อสารแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาแล้วให้ทุกหน่วยงาน ปฏิบัติตามสื่อสารระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปรับปรุงให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน</p>	<p>- รายการนัด Lab / X-ray Auto เองได้ตรงตามวันนัด - 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. โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ในชุมชน ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2565</p> <p>2. โครงการอบรมแผนซักซ้อม ทัศนียภาพ อำเภอตาลสุม ระยะเวลา ดำเนินการ พฤษภาคม 2565</p> <p>3. โครงการอบรมการปฐมพยาบาล เบื้องต้นและช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) เครือข่ายข้าราชการ ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม 2565</p> <p>4. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การซ้อมสถานการณ์จำลองเหตุ</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
				5.ดูเงินในหิ้งคลอด ระยะเวลา ดำเนินการ มีนาคม-กันยายน 2565 5.ติดตามรายงานสถานการณ์โรค ระบาด COVID-19 6.ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีน ต่อต้านโรคระบาด COVID-19 ครบตามกลุ่มเป้าหมายตาม รายงานในการรับวัคซีน 7.ข้อมูลอัตรักภัยในสถานการณ์ โรงพยาบาลเฉพาะกิจ	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล					
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ					
31. ระบบบริหารงาน คุณภาพ การประสานงาน และบูรณาการ การทำงาน เป็นทีม [II-1.1ก(1) (2) (3) (4) (10)]	ทีมบริหารความเสี่ยง มีการเรียนรู้ พัฒนาโปรแกรมการรายงานความ เสี่ยงขององค์กรให้เชื่อมประสาน กับระบบ NRLS พร้อมการสื่อสาร สร้างความเข้าใจในการใช้โปรแกรม ให้แก่ risk manager หน่วยงานและ ถ่ายทอดสู่ปฏิบัติงาน ทำให้เกิด ความสะดวกรวดเร็วในการรายงานความ เสี่ยง รวมทั้งโปรแกรมที่พัฒนา สามารถรวบรวมข้อมูลมาสู่การ วิเคราะห์ใช้ประโยชน์ได้	ข้อเสนอแนะ Recommendation 1.ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและ แผนพัฒนาคุณภาพ ทีมศูนย์ คุณภาพควรเพิ่มบทบาทการ ติดตามปัญหา ข้อเสนอของทีม ระบบงานสำคัญ ปัญหาความ เข้าใจในการใช้เครื่องมือคุณภาพ โดยเฉพาะการใช้มาตรฐาน HA การทำกิจกรรมทบทวน เพื่อหา โอกาสพัฒนาด้วยความเข้าใจ โดยนำมาจัดทำแผนในการ พัฒนาคุณภาพในภาพรวมของ องค์กรและสื่อสารที่มน้ององค์กร เพื่อพิจารณาเข้าสู่แผนกล ยุทธ์ขององค์กร	1. ประชุมที่มน้ององค์กรเพื่อ ติดตามปัญหาในระบบความ เสี่ยงเพื่อหาข้อสรุปร่วมกันของ ที่มน้ององค์กรเพื่อความปลอดภัยของผู้ มารับบริการทั้งภายใน ภายนอก องค์กร และสร้างเครื่องมือ คุณภาพตามมาตรฐานงาน HA โดยทำกิจกรรมทบทวน เพื่อ พัฒนาเครื่องมือ คู่มือและสื่อสาร ที่มน้ององค์กรเข้าสู่กลยุทธ์ ทางด้านคลินิกและไม่คลินิกเพื่อ เป็นกลยุทธ์ในการบริหารด้าน ความเสี่ยงขององค์กร 2. ประสานที่มน้อง IM เพื่อพัฒนา ระบบโปรแกรมความเสี่ยงให้ สะดวกด้านคลินิกและความเสี่ยง เฉพาะโรคและมาตรฐานสำคัญ จำเป็นร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ กำหนด Tigger tool รายงาน ผ่านโปรแกรมที่พัฒนา เพื่อให้มี	ได้ทบทวนที่มน้ององค์กรและสห สาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบ โปรแกรมความเสี่ยงให้สามารถ แยกเฉพาะสาขารายโรคและ มาตรฐานความสำคัญเพื่อจัดการ ความเสี่ยงด้านคลินิกและไม่คลินิก พร้อมด้านอื่นที่จำเป็นให้ง่ายและ สะดวก มีเครื่องมือด้านคุณภาพ ความปลอดภัยโดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง ตามกระบวนการ Risk profile - risk identification - risk analysis - Risk register - risk Treatment - risk Monitor โดยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับ ทีมบริหารความเสี่ยงแต่ละระบบ	- คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงใน โรงพยาบาล (RM) - คณะกรรมการดูแล ผู้ป่วย (PCT) - คณะกรรมการทีม พัฒนาคุณภาพ (HA) - ศูนย์พัฒนางาน คุณภาพโรงพยาบาล
32. การประเมินตนเองและ จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(5)(8)(9)]					
33. การทบทวนการใช้ บริการและการดูแลผู้ป่วย [II- 1.1ข(1)]					
34. การพัฒนาคุณภาพการ ดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(2) (3) (4)]					
35. ระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย [II-1.2ก (1) (5) * (6)]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(2) (3)]		<p>2.ระบบและกระบวนการบริหารความเสี่ยง</p> <p>2.1 ทีมควรทบทวนความเข้าใจการออกแบบคั่นหาระบบความเสี่ยง (โดยเฉพาะทางคลินิก/ ความเสี่ยงเฉพาะโรคและมาตรฐานสำคัญจำเป็น การกำหนด trigger) ร่วมกับทบทวนความเข้าใจในการรายงานผ่านโปรแกรมที่พัฒนาเพื่อให้มีข้อมูลความเสี่ยงที่สะท้อนความปลอดภัยในโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงสถานการณ์จริง นำมาสู่การกำหนดทิศทางในการบริหารความเสี่ยงองค์กร</p> <p>2.2 ควรทบทวนการรวบรวมจัดลำดับความสำคัญให้ได้ risk register โรงพยาบาล และเรียนรู้การทบทวนด้วยมุมมองของ สหสาขาวิชาชีพหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อนำสู่การปรับปรุงเชิงระบบ พร้อมการกำหนดผู้รับผิดชอบ (risk owner)</p>	<p>ข้อมูลในโรงพยาบาลและสถานการณ์ใกล้เคียงเพื่อนำไปสู่คู่มือและเครื่องมือที่มีคุณภาพเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3. ในหน่วยงานแต่ละฝ่ายมี risk owner ของแต่ละจุดพิจารณาสถิติและอุบัติการณ์ ผลการทำ RCA เพื่อทบทวนมาตรการสำคัญ ตาม risk register เพื่อสร้างเครื่องมือที่มีคุณภาพความปลอดภัย ในองค์กร โดยแบ่งความเสี่ยงตามเหตุการณ์ โดยใช้กระบวนการ ทบทวนเวชระเบียน รายงานอุบัติการณ์ PSG SIMPLE MM conference และอื่นๆ วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดผลที่จะตามมาของทุกความเสี่ยง เหมือนที่มีใน Risk profile กำหนดระดับความเสี่ยงด้วยการเอาโอกาสเกิดกับผลที่ตามบวกหรือคูณกัน</p> <p>4. แบ่งรายการความเสี่ยงนับร้อยๆเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่</p>	<p>วิเคราะห์กำหนดมาตรการป้องกันและกำหนด Risk owner</p> <p>Risk owner พิจารณาสถิติอุบัติการณ์และผลการทำ RCA เพื่อทบทวนกระบวนการป้องกันตามมาตรฐานการปลอดภัย</p> <p>คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงรวบรวมเป็นบัญชีกลางความเสี่ยงของโรงพยาบาล</p> <p>หน่วยงานเลือกความเสี่ยงระดับ E-I มาทบทวน ทำ RCA ออกเป็นคู่มือและเครื่องมือคุณภาพสำหรับความปลอดภัย จัดเป็นแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อน</p> <p><u>แนวคิดการออกแบบ</u></p> <p><u>เหตุการณ์รุนแรงน้อย</u></p> <p>1. กำหนดนโยบาย ขั้นตอนการปฏิบัติ</p> <p>2.การฝึกอบรม</p> <p>3.การกำหนดสัญญาณ เตือนฉลาก</p>	
37. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]*					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		<p>ระยะเวลาการติดตาม ทบทวนที่เป็นระบบ (ศึกษาแบบฟอร์ม risk register ที่เต็มรูปแบบ)</p> <p>2.3 มาตรฐานสำคัญจำเป็น ควรดำเนินการออกแบบการค้นหาข้อมูลที่สะท้อนการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ โดยเฉพาะ miss diagnosis และการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาเคลื่อนเคลื่อน ครอบคลุมทุกกระบวนการและระบบบริการนอกเวลา นำมาเรียนรู้จัดทำแนวทางการป้องกันเพื่อลดเคลื่อนเคลื่อน และระบบการกำกับติดตาม พร้อมการทำ RCA เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E-1</p> <p>1.การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทีม PCT ควรเพิ่มบทบาทการมองภาพรวมผลลัพธ์ การเจ็บป่วย/ดูแลรักษา (ตั้งแต่ pre – hospital, in – hospital,</p>	<p>สำคัญสูง กลุ่มที่สำคัญปานกลาง และกลุ่มทั่วไป</p>	<p><u>เหตุการณ์รุนแรงปานกลาง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การเพิ่มบุคลากร 2.การกำหนดแนวทางการตรวจสอบ เช่น Checklist 3. การตรวจสอบซ้ำการกำหนดให้มีเครื่องมือ 2 เครื่องมือ <p><u>เหตุการณ์รุนแรงมาก</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การปรับโครงสร้างสถาปัตยกรรมใหม่ 2.Human factor Engineering 3. การกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน CPG Guideline ใหม่ 	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		<p>post-hospital) เป็นผู้นำการ ทบทวน โดยกำหนด trigger หรือเวชระเบียนในการทบทวนที่ สม่่าเสมอ นำข้อมูลมาใช้กำหนด ทิศทางการพัฒนาของ PCT เพื่อ นำมาปรับปรุงระบบบริการที่เชื่อม กับระบบงานอื่นๆให้เกิดความ ปลอดภัย</p> <p>คำแนะนำ Suggestion</p> <p>การทบทวนการให้บริการและ การดูแลผู้ป่วย ทีมศูนย์ คุณภาพควรประสานหน่วยงาน/ ทีมต่างในการกำหนดประเด็น การทบทวน (12 กิจกรรม) ที่ เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน/ ระบบงานตนเองที่ชัดเจน และ ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ด้วย การมีส่วนร่วมของวิชาชีพที่ เข้าใจในเป้าหมายการทบทวน โดย เฉพาะการทบทวนการส่ง ต่อทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ นำมา พัฒนาปรับปรุงเชิงระบบอย่าง สม่่าเสมอ</p>			

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ					
38. ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	ระบบบริหารการพยาบาล จากการปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาล เฉพาะกิจที่บริหารจัดการได้ปรับปรุง ระบบการบริหารอัตรากำลังให้สามารถหมุนเวียนในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง IPD, OPD, CI, HI โดยเฉพาะผู้ป่วยใน มีการจัดทีมในการดูแลผู้ป่วย 2 ผลัด ผลัดละ 4 คนขึ้นเวรต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ (swab ทุกครั้ง หลังออกจากเตียง) โดยใช้อาคาร กายภาพบำบัดเป็น nurse station ห้องพักรักษา (พยาบาลที่อื่นเป็น circulate จัดเตรียม ส่งอุปกรณ์ สิ่งจำเป็นให้รอบอาคาร) โดยจัดเวร off 4 วัน 3 วัน ต่อมาจัดให้ช่วยกิจกรรมรอบๆ หน่วย OPD, ER, (รวม 1 รอบ 14 วัน จึงขึ้นเวรต่อ)	ข้อเสนอแนะ Recommendation ระบบบริหารและปฏิบัติการพยาบาล จากการทบทวนเคส ร่วมกับทีม พบว่าทีมนำทางการพยาบาลควรพัฒนาระบบการนิเทศทางคลินิก นิเทศทางการพยาบาลที่ช่วยสร้างการเรียนรู้แก่ทีมในการนำข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญทั้งอาการ สัญญาณชีพ NS ผล lab แผนการรักษาของแพทย์มาสู่การสรุปวินิจฉัย ปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกับอาการ ความเสี่ยงของผู้ป่วย พร้อมการติดตามประเมินซ้ำ ให้การพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม สามารถตัดสินใจรายงานแพทย์และยืนยันถึงความเสี่ยงที่อาจเกิด และ / หรือสร้างกลไกในการขอความช่วยเหลือจากทีมอาวุโส ร่วมในการให้คำปรึกษา จัดการ	<p><u>นิเทศงานด้านการพยาบาล</u> <u>ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและ</u> <u>ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การแบ่งโซนดูแลผู้ป่วยโควิด 2.การล้างมือ/การสวมใส่/การถอดชุด PPE → ทักษะ / บุคลากรมาปฏิบัติงานใหม่ 3.การเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ PAPR /High flow 4.การใช้ยาฟ้าวิฟราเวียร์และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 5.การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย COVID-19 6.การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19 7.การกักตัวที่บ้านและการใช้ชีวิตในชุมชนร่วมกับองค์กรแพทย์และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 8.การทบทวนเวชระเบียนที่มีปัญหาในการดูแลประเมินซ้ำ มี 	<p><u>นิเทศเชิงคลินิกร่วมกับองค์กรแพทย์และสหวิชาชีพ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nursing Round 2. ประชุมเชิงคลินิกทบทวนเวชระเบียน 3.การวางแผนจำหน่ายรายบุคคล /รายโรค <p><u>องค์กรแพทย์</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แพทย์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการทบทวนในขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน และกำหนดให้มีการทำ Grand round ในหน่วยงาน ER,LR,IPD เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาและป้องกัน AE 2.นำผลจากการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยมาทบทวนกันใน ทีม PCT เพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค และนำเข้าทบทวนหาข้อสรุปร่วมกันในที่ประชุมองค์กรแพทย์อย่างน้อยเดือนละ 1 โรค 	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรพยาบาล - องค์กรแพทย์
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	ผู้รับผิดชอบ
		กรณีไม่สบายใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย	<p>ระบบ Buddy และปรึกษาการดูแลนอกเวลาราชการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย การใช้กระบวนการพยาบาล <u>องค์กรแพทย์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแนวทางการรักษาโรค COVID-19 ปรับตามแนวทางของจังหวัด - จัดทำแนวทางการปรึกษาแพทย์ในโรค COVID-19 , โรคเรื้อรังอื่นๆ 	3.มีการสื่อสารการเฝ้าระวังร่วมกัน ทีมพยาบาลในขณะกำลังให้การดูแลรักษา รวมถึงแนวทางการรายงานแพทย์ โดยการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย					
41. ความปลอดภัยและ สวัสดิภาพของโครงสร้างและ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของ เสียอันตราย [II-3.1ก, ข]	เครื่องมือ และระบบสาธารณูปโภค ได้จัดให้มีแผน ช่องทาง ประสานงานในการดำเนินการ จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ และ ระบบสาธารณูปโภคให้เพียงพอ พร้อมใช้ในสถานการณ์ที่	ข้อเสนอแนะ Recommendation 1. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ ของโครงสร้างสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ คณะกรรมการ ENV ควรมีระบบตรวจสอบ โครงสร้าง สิ่งแวดล้อม ทั้งจาก ภายในและหน่วยงานภายนอก อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจ ว่าโครงสร้างสิ่งแวดล้อมมี ความปลอดภัยสำหรับ ผู้รับบริการ บุคลากร มีการนำ ข้อแนะนำมาวิเคราะห์วาง แผนการปรับปรุงได้รวมทั้ง ควรกำกับติดตาม การ ปฏิบัติงานตามแนวทางที่ กำหนดไว้ของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การจัดการวัสดุและของ เสียอันตราย ตามที่กำหนดใน บัญชีวัสดุอันตราย เพื่อลด โอกาสเกิดอันตรายต่อ	<u>ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ ของโครงสร้างสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ</u> 1.มีการตรวจเช็คความปลอดภัย ด้านโครงสร้างและระบบไฟฟ้า ให้มีความปลอดภัยและพร้อมใช้ อยู่เสมอ 2.ปรับปรุงโครงสร้างอาคาร โรงพยาบาล 3.โครงการซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ในชุมชน 4.โครงการอบรมแผนซักซ้อม อัคคีภัย อำเภอตาสุม	<u>ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของ โครงสร้างสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ</u> 1.อุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองผู้ มารับบริการมีพร้อมใช้และ เพียงพอ 2.มีการปรับปรุงโครงสร้างอาคาร โรงพยาบาล - โครงการต่อเติมห้องเทคนิค การแพทย์ มีการลงนามสัญญา แล้ว - โครงการก่อสร้างห้องเก็บศพ ระยะเวลาดำเนินการ ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2565 - โครงการก่อสร้างโรงจอดรถ ระยะเวลาดำเนินการ ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2565 - โครงการต่อเติมอาคารโรงอาหาร โรงครัว ซักฟอก สำหรับห้องล้าง ภาชนะ ระยะเวลาดำเนินการ ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2565	- คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัยในโรงพยาบาล (ENV)
42. การจัดการกับภาวะ ฉุกเฉินและความปลอดภัย จากอัคคีภัย [II-3.1ค, ง]	เปลี่ยนแปลงไปภายใต้ข้อจำกัดของ งบประมาณ เพื่อให้สามารถ ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการ ตรวจสอบทดสอบ บำรุงรักษาอย่าง สม่ำเสมอ เป็นผลให้สามารถ ดำเนินการในบริบทของ โรงพยาบาลเฉพาะกิจได้อย่าง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ				
43. เครื่องมือและระบบ สาธารณูปโภค [II-3.2ก, ข]					
44. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพ [II-3.3ก]					
45. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]	<u>ความก้าวหน้าจากการทบทวน เพิ่มเติมพบว่า</u> ได้ดำเนินการจัดทำแผนอัคคีภัยใน บริบทของการเป็นโรงพยาบาล เฉพาะกิจ โดยเบื้องต้นเป็นการซ่อม แผนบนโต๊ะเพื่อให้ทราบถึงหน้าที่ ความรับผิดชอบ แนวทางการ				

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
	ประสานงานของแต่ละหน่วยงาน และจะดำเนินการซ่อมการปฏิบัติจริงต่อไป	บุคลากรและลดการเกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ควรพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียที่มีมาตรฐาน สามารถให้ความมั่นใจได้ว่าน้ำเสียทั้งหมดของโรงพยาบาลสามารถได้รับการบำบัดอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งมีการนิเทศ ติดตามการทำงานให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม และผู้ปฏิบัติงาน	<u>การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม</u> 1.แผนซ่อมบำรุงระบบน้ำปะปา และท่อน้ำส่งน้ำ 2.แผนสร้างระบบบำบัดน้ำเสียทั้งระบบ	3.โครงการซ่อมแผนอุบัติเหตุหุ้มในชุมชน ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2565 4.โครงการอบรมแผนซักซ้อมอัคคีภัย อำเภอตาสุม ระยะเวลาดำเนินการ พฤษภาคม 2565 <u>การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม</u> 1.การบันทึกคุณภาพน้ำปะปาประจำวัน ค่า Ph,Do และคลอรีนอิสระในน้ำ 2.บันทึกการใช้น้ำใน รพ.ตาสุมประจำวันและประจำปี	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ					
46. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	1.การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป มีแนวทางมาตรการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลมีระบบการนิเทศเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อโดยเฉพาะในการเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจ เช่น การสวมใส่ PPE การจัดการขยะ การล้างมือ และ buddy ในการกำกับพร้อมการสรรหาอุปกรณ์ที่เพียงพอ เป็นต้น 2.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ ทีมมีแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรที่ปฏิบัติงาน COVID – 19โดยประสาน NSO ในการออกแบบระบบการหมุนเวียนอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย COVID – 19 ตรวจหาเชื้อเพื่อเฝ้าระวังทุกรอบของการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่พบการติดเชื้อในบุคลากร	ข้อเสนอแนะ Recommendation 1.ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทีม IC ควรร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ครอบคลุมในผู้ป่วย บุคลากร สิ่งแวดล้อม และชุมชน เช่น กลุ่มผู้ป่วย low immune ผู้ป่วยติดเชื้อที่จำหน่ายสู่ชุมชน กลุ่มทันตกรรม กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่ม refer bake เป็นต้น เพื่อนำมาพัฒนาการออกแบบระบบที่ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทและจัดทำแนวทางการป้องกัน จัดหาทรัพยากรในการดำเนินการอย่างเพียงพอ 2.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ ทีมควรออกแบบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อตาม target ที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง	พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้มี ประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดย - ทบทวนคู่มือ IC / ระเบียบปฏิบัติ IC - ประชุมคณะกรรมการ IC ทุกเดือน - นิเทศติดตามประเมินมาตรฐานการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จุด ARI จุด cohort ward และทุกหน่วยงาน โดยกิจกรรม IC Round พร้อมสรุป และประเมินผล IC Round แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและจัดหาอุปกรณ์ที่ เหมาะสมและปลอดภัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทุกเดือน - ทบทวนแบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติ ตามมาตรฐาน IC การปฏิบัติต่างๆ ส่งเสริมการทำความสะอาดมือตามหลัก 5	1.ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทีม IC ได้ร่วมกันวางแผนพัฒนาและวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ครอบคลุมในผู้ป่วย :ป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อที่ตำแหน่งจะเพาะ เชื้อดื้อยา โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตุนิซ้า บุคลากร: การเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในบุคลากรขณะปฏิบัติงาน และการสัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง หรือของมีคมที่มิด้าและการได้รับวัคซีนที่จำเป็น สิ่งแวดล้อม: เรื่องโภชนาการ น้ำมูลฝอย ระบบsupply ชุมชน : กลุ่มผู้ป่วย low immune เช่น CA HIV ผู้ป่วยติดเชื้อ และอื่น ๆ - ผู้ป่วยติดเชื้อที่จำหน่ายสู่ชุมชน เช่น CAPD CA เชื้อดื้อยา	- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)
47. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]					
48. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]					
49. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		นำผลที่พบมาพัฒนาส่งเสริมให้ เสริมให้เกิดความร่วมมือในการ ปฏิบัติ	moment และ 7 ขั้นตอน รณรงค์ การล้างมือในโรงพยาบาลตลิ่ง ชัน ประเมินการล้างมือ สรุปผล - ทบทวนแนวทางปฏิบัติการ ป้องกันอุบัติเหตุ จากการทำงาน ร่วมกับงานอาชีวอนามัย - ตรวจสอบสุขภาพก่อนปฏิบัติงาน / ตรวจ สุขภาพประจำปี สร้าง เสริมภูมิคุ้มกันบุคลากรกลุ่ม เสี่ยง - การพัฒนาระบบจัดการด้าน สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพ - จัดระบบการตรวจสอบ ประสิทธิภาพการ ทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ - ติดตามระบบจ่ายกลาง การใช้ เครื่องมือหมดยุ และ การเรียง FIFO - จัดระบบการพัฒนาระบบการ ควบคุมสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล - นิเทศติดตาม สร้างการเรียนรู้ การจัดการมูลฝอยใน โรงพยาบาลตรวจสอบการ	และเหตุการณ์ที่เสี่ยงติดเชื้อที่ รพ. สต. มีการป้องกันและเฝ้าระวังการ ติดเชื้อโดยเครือข่าย ICรพ.สต - กลุ่มทันตกรรม ในเหตุการณ์ที่ เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการฟุ้ง กระจาย เช่นการอุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด - กลุ่มแม่และเด็ก การติดตามหลัง คลอด แผลฝีเย็บ และการติดเชื้อ ในทารกแรกเกิด ทั้งตาและสะดือ กลุ่ม refer back :ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา TB ได้นำมาพัฒนาระบบที่ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทและทบทวน แนวทางการป้องกัน จัดหา ทรัพยากรในการดำเนินการอย่าง เพียงพอ 2.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่ม เฉพาะ ที่มีได้ออกแบบการกำกับ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง ป้องกันการติดเชื้อตาม target ที่ กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง นำผลที่	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
			<p>หมดอายุของ เวชภัณฑ์อุปกรณ์/ น้ำยาทำลายเชื้อ การจัดการผ้า เบื้อน ในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการบริการด้าน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาลและภาคี เครือข่าย การนิเทศงานป้องกันและ ควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.เครือข่าย วางแผนการ นิเทศงาน IC ใน รพ.สต. เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอตลิ่ง ชัน ประเมินการนิเทศ-นิเทศ ติดตาม สรุป และประเมินผล - ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อ จัดทำ แนวทางการวางแผนจำหน่าย และการ ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต่อเนื่อง ร่วมกับทีม สรุป และประเมินผล - อบรมเชิงปฏิบัติการ IC ด้าน การ ป้องกัน MDR อบรมให้ ความรู้วิชาการ และจัดทำสื่อ การป้องกันติดเชื้อ สรุป และ ประเมินผล 	<p>พบมาพัฒนาส่งเสริมให้เสริมให้ เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
II-5 ระบบเวชระเบียน					
50. ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข]	ได้วางระบบในการบริหารจัดการเวชระเบียนนำระบบ HIWIN มาใช้บริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย ในการประสานข้อมูลภายใน ภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้สะดวกต่อการจัดการข้อมูล มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการทบทวนเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ	ข้อเสนอแนะ Recommendation ระบบบริหารเวชระเบียน ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนเพื่อสนับสนุนการบริการผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ลดความผิดพลาด และช่วยให้เกิดความสะดวกในการทำงาน เช่น การส่งต่อข้อมูลในบางจุด ยังใช้วิธีการคัดลอก ซึ่งอาจเกิดความผิดพลาด รวมทั้งการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาประเด็น สำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น เป็นต้น	1.มีการออกแบบระบบการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างเป็นระบบที่สามารถดูข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วย โดยการนำเวชระเบียนทุกฉบับ สแกนเก็บไว้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้ป่วยแล้วส่งข้อมูลขึ้นหน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาลที่ศูนย์คอมพิวเตอร์พัฒนาขึ้น โดยกำหนดสิทธิ์ผู้เข้าถึงข้อมูลได้ จะต้องเป็นแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เท่านั้น	1.ความก้าวหน้าในการออกแบบระบบการสแกนเก็บข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ทำให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย สามารถเข้าดูประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลังได้สะดวกต่อการรักษาพยาบาล ลดระยะเวลาในการสืบค้นและสามารถวินิจฉัยโรคได้ทันที่ 2.ในกรณีที่แพทย์ออกตรวจผู้ป่วยนอกพื้นที่ เช่น รพ.สต. แพทย์ก็สามารถดูประวัติการรักษาพยาบาลได้สะดวกขึ้น	- คณะกรรมการพัฒนาระบบเวชระเบียน - งานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์ - งานเวชระเบียน
51. เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
II-6 ระบบการจัดการด้านยา					
52. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก]*	<p>สิ่งแวดล้อมในการสนับสนุนการจัดหาจัดเก็บรักษายา ที่มระบบขยายระบบในการจัดการยาในภาพเครือข่าย ทำหน้าที่ในการกำหนดยา เวชภัณฑ์ จัดซื้อกระจายยาเวชภัณฑ์ และให้ความรู้เรื่องยาแก่บุคลากรทั้ง 7 รพ.สต. โดยมีการควบคุมความเย็นในการจัดส่งวัคซีนทั่วไป พัฒนาคัดเก็บยาให้เป็นสัดส่วนลดโอกาสสูญเสียยา ควบคุมอุณหภูมิความชื้นและมีระบบ data locker ในการควบคุมอุณหภูมิยาเย็นตามมาตรฐาน</p>	<p>ข้อเสนอแนะ Recommendation</p> <p>1. การกำกับดูแลจัดการด้านยา คณะกรรมการยาควร ทบทวนการกำหนดนโยบาย เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่รัดกุมครอบคลุม การจัดการยานอกเวลา การจัดการยาที่ได้รับต่อเนื่องจากโรงพยาบาล แม่ข่าย การป้องกัน drug interaction ที่ครอบคลุมทุกคู่ยา ยาสมุนไพร การสั่งยาต่าง visit, med reconciliation พร้อมระบบการกำกับติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติที่สำคัญ ติดตามประเมินผล เชื่อมโยงสู่การปรับปรุงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น</p>	<p>1.การกำกับดูแลจัดการด้านยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการทบทวนการเกิด med error ให้ชัดเจนมากขึ้น โดยวางแผนเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา จำแนกกลุ่มในเวลาและนอกเวลา และนำปัญหามาวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อนำมาพัฒนาเชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้องได้ตรงประเด็นกับปัญหาที่เกิดขึ้น - วางแผนทำการแจ้งเตือนย้อนหลังในระบบ IT เกี่ยวกับการเกิด drug interaction ให้ครอบคลุมทุกคู่ยา เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา - วางแผนทบทวน ประเมินการใช้ยาเพื่อกำหนดรายการยาในสำรองที่มีในหน่วยงานให้มีความจำเป็น โดยเฉพาะการสำรองยาปฏิชีวนะเพื่อลดความ 	<p>1.การกำกับดูแลจัดการด้านยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - จากการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาเกี่ยวกับการจัดการยานอกเวลา ตามแนวทางปฏิบัติพยาบาลเป็นผู้ทบทวนยานอกเวลา กรณีผู้ป่วยมียาเดิม พยาบาลจะรายงานแพทย์ให้ทราบ แพทย์มีการสั่งใช้ยา พยาบาลจะทบทวนซ้ำก่อนมีการบริหารยาให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง - การจัดการยาที่ได้รับต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในเวลาราชการเภสัชกรจะเป็นผู้ตรวจสอบยา ทบทวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยจากรายการยาในใบสั่งตัว ถูดยาที่ผู้ป่วยนำมาด้วย กรณีนอกเวลาราชการ พยาบาลจะเป็นผู้ทบทวนรายการยาเดิม และแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค - คณะกรรมการบริหารจัดการด้านยา (PTC)
53. สิ่งแวดล้อมสนับสนุนการจัดหาและเก็บรักษายา [II-6.1 ข,ค]					
54. การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง [II-6.2ก]					
55. การทบทวนคำสั่งเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [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	ผู้รับผิดชอบ
		<p>2. การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง ควรทบทวนระบบการสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ การสั่งใช้ยาที่นำมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยประสานองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล ระบบ IT ในการพัฒนาระบบการสั่งใช้ยาที่ลดความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอก</p> <p>คำแนะนำ suggestion</p> <p>1. การกำกับดูแลจัดการยา คณะกรรมการควรสรุปวิเคราะห์การเกิด med error ให้ชัดเจน จำแนกกลุ่มในเวลาและนอกเวลา การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุนำมาพัฒนาเชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้องได้ตรงประเด็น</p> <p>2. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหา จัดเก็บรักษายาที่ควรทบทวนการกำหนดยาในสำรองที่มีในหน่วยงานให้มีตามความจำเป็น ประสาน</p>	<p>คลาดเคลื่อนทางยา การแพ้ยาซ้ำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การป้องกัน drug interaction มีการทบทวนรายการยาที่เกิด drug interaction เพิ่มเติมพบรายการยาที่ไม่มีการแจ้งเตือนในระบบจึงได้เพิ่มรายการยาโดยเฉพาะยาในกลุ่ม HIV มีการเพิ่มการแจ้งเตือนคู่ยาสมุนไพรเพิ่ม - การสั่งใช้ยาต่าง visit โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกสซ์จะมีการทวนซ้ำรายการยาเดิมที่แพทย์สั่งในระบบ IT กับสมุดประจำตัวของผู้ป่วยหากข้อมูลการสั่งใช้ยาไม่ตรงกัน เกสซ์จะสอบถามแพทย์ก่อนที่จะจ่ายให้ผู้ป่วย - การดำเนินงานเกี่ยวกับ Medication reconciliation มีพัฒนาระบบ โดยเพิ่มการติดตามการใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล โดยการใช้แบบบันทึกการใช้ยาต่อเนื่องสำหรับบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วยแรกรับเข้าโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยแรกรับเข้านอน โรงพยาบาลระหว่างเวลา 08.00-16.00 น. เกสซ์จะ 	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมชมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		ระบบ IT ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลยา ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการทวนสอบลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาให้เกิดความปลอดภัย		<p>เป็นผู้บันทึกการใช้ยาต่อเนื่องลงในแบบฟอร์ม และลงลายมือชื่อกำกับ</p> <p>ในแบบบันทึกการใช้ยาต่อเนื่องและใน doctor order เกสซ์จะกรจะลงรายการยาที่เป็นยาเดิมลงไปเพื่อเป็นการแจ้งเตือนแพทย์และพยาบาล หากเป็นผู้ป่วยที่รับเข้านอนโรงพยาบาล ระหว่างเวลา 16.00-08.00 นาฬิกา ผู้ทำหน้าที่บันทึกการใช้ยาต่อเนื่องคือพยาบาลห้องฉุกเฉิน(ในเบื้องต้นให้ลงรายการยาเดิมใน doctor order) และในเวรเช้าวันต่อมา เกสซ์กรจะทำหน้าที่ตรวจสอบการลงบันทึกของพยาบาลในช่วงเช้า และลงรายละเอียดในแบบฟอร์ม Medication reconciliation พร้อมทั้งลงลายมือชื่อกำกับและลงลายมือกำกับแนบใน chart ผู้ป่วย</p> <p>2.การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง</p> <p>- การทบทวนระบบคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ พยาบาลที่รับคำสั่งใช้ยา</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
				<p>ต้องลงข้อมูลยาใน doctor order sheet ให้ถูกต้องครบถ้วน ตั้งแต่ ชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา ระยะเวลาในการรักษาโดยเฉพาะ ยาปฏิชีวนะทุกครั้งที่มีการรับ คำสั่งการใช้ยาทางโทรศัพท์ พยาบาลจะทวนรายการยาให้ แพทย์ฟังซ้ำ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา</p> <p>- การสั่งใช้ยาที่นำมาจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย ในเวลา ราชการเภสัชกรเป็นผู้ทบทวน รายการยาแแรกับร่วมกับแพทย์ พยาบาล หากมีการสั่งใช้ยาไม่ ครบตามที่ผู้ป่วยควรได้รับจะมีการ ประสานให้แพทย์สั่งยาให้ถูกต้อง ก่อนบริหารยาพยาบาลจะทบทวน ซ้ำอีกรอบก่อนนำยาไปให้ผู้ป่วย</p> <p>-ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษา และการสั่งใช้ยา ทั้งแพทย์และ พยาบาล สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ จำเป็นของผู้ป่วย ทั้งในส่วนของ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ น้ำหนัก</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
				<p>ส่วนสูง ข้อมูลการแพทย์ การตั้งครุฑ ข้อมูลการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ โดยถ้าเป็นผู้ป่วยนอก ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในโปรแกรม HI ทั้งหมด ซึ่งแพทย์และพยาบาลสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยใช้รหัสผ่านเฉพาะบุคคล ส่วนผู้ป่วยใน ข้อมูลเหล่านี้จะบันทึกในหน้าต่าง ๆ ของเวชระเบียนและแบ่งเป็นส่วน ๆ ชัดเจนและเข้าถึงง่าย</p>	
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง					
57. บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	<p>บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์มีการวางแผนการให้บริการภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรและบุคลากร โดยนำระบบ PACS มาใช้ในการทำงาน และมีการตรวจสอบผลภาพรังสีโดยแพทย์ทุกราย</p>	<p>คำแนะนำ Suggestion</p> <p>1.บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ควรพัฒนาระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาด โดยการทวนสอบผลการรายงานของห้องปฏิบัติการเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงนอก</p>	<p><u>บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์</u></p> <p>1.มีการควบคุมคุณภาพภาพรังสีที่เกิดจากการทำงานของผู้ช่วย โดยเน้นรังสีก่อนบันทึกเข้าในระบบ PACS</p> <p>2.มีการประเมินคุณภาพงานรังสีในระดับจังหวัด/และระดับ</p>	<p><u>ความถูกต้องของการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ</u></p> <p>กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการปรับปรุงแก้ไขในการทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ประเมิน Re-HA โดยมีการกำหนดข้อบังคับใน</p>	<p>- กลุ่มงานรังสีวิทยา</p> <p>- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์</p>
58. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2]					
59. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4]*					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
60. พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ [II-7.3 / 7.5]		<p>เวลาราชการที่มีการรายงานผลและรับรองผลด้วยเจ้าหน้าที่คนเดียวกัน ควรวางระบบการดักจับความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการรายงานผล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้อง แม่นยำตามมาตรฐาน</p> <p>1.ระบบบริการโลหิต ควรเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ ปรับปรุงแนวทางการบริหาร จัดการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดให้ปลอดภัย</p>	<p>กระทรวง 3.มีแนวทางการให้ป้องกันอันตรายจากรังสีทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ</p> <p><u>แผนการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พยาธิวิทยาคลินิก</u></p> <ol style="list-style-type: none"> กำหนดผู้รับผิดชอบการทวนสอบผลการรายงานทางห้องปฏิบัติการ กำหนดระเบียบปฏิบัติการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ตารางแบบฟอร์มการทวนสอบผลทางห้องปฏิบัติการ <p><u>แผนพัฒนาธนาคารเลือดและบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> เก็บข้อมูลผู้มารับบริการงานธนาคารเลือดเพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงให้ผู้รับบริการได้รับโลหิตอย่างเพียงพอ 	<p>วันหยุด เสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ที่มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเพียง 1 คน โดยให้มีการทวนสอบผลการตรวจทุกรายที่มีการส่งตรวจในวันถัดไป ในส่วนวันราชการให้มีการสุ่ม 30% ของผู้ป่วยที่มาให้บริการ</p> <p><u>รายงานความก้าวหน้าธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต</u></p> <p>ช่วงเดือน ต.ค.2564 - ธ.ค.2564 งานธนาคารเลือดไม่มีการเปิดให้บริการ เนื่องจากโรงพยาบาลได้ปิดรับผู้ป่วยใน เพราะได้ใช้ตึกอาคารผู้ป่วยในเปิดเป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจรับผู้ป่วย COVID – 19</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ					
61. การเฝ้าระวังและภัยสุขภาพ [II-8]	<p>ทีมได้ประสานความร่วมมือกับ ICN ในการออกแบบการเฝ้าระวัง ควบคุมการระบาดของโรค COVID กับภาคีเครือข่ายในรูปแบบของ cup ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการเฝ้าระวังโรค</p> <p>ในชุมชนและโรงพยาบาลด้วย กระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง / กลุ่มป่วยที่กลับมารักษาตัวใน ภูมิลำเนา การดูแลด้วยระบบ HI, CI อำเภอ / ตำบลครบ 28 วัน การฉีดวัคซีนพร้อมการสนับสนุนอาหาร ทรัพยากรจากท้องถิ่นทำให้ สามารถควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อในพื้นที่ได้</p>	<p>คำแนะนำ Suggestion</p> <p>โรคและภัยสุขภาพ จากข้อมูล การเกิดโรคตาแดง อูจากระวังมือเท้าปากระบาดในปี 2562 นั้น ทีมควรขยายการเรียนรู้จากการเฝ้าระวังในสถานการณ์ COVID พัฒนาระบบการจัดเก็บติดตาม วิเคราะห์ข้อมูลทั้งที่เป็นปัจจุบัน (เรียนรู้จากการติดตามเฝ้าระวัง COVID) เพื่อดำเนินการ สอดส่อง ควบคุมไม่ให้เกิดการระบาด เรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูล ย้อนหลังตามหลักระบาดวิทยา ตามช่วงเวลา สถานที่ กลุ่มคน และบริบทเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนร่วมกับชุมชนในการ ป้องกันก่อนเหตุการณ์ระบาดที่เคยพบ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. วางระบบในการดูแลผู้ป่วยแบบ HI/CI ของอำเภอ 2. วางระบบการรักษาผู้ป่วย HI ติดตาม การเฝ้าระวัง ระบบ รายงานและระบบให้คำปรึกษา 3. วางระบบการตรวจค้นหาผู้ป่วย จาก HR และ จาก walk in 4. วางระบบการเฝ้าระวังทั้งจาก คนในและนอกพื้นที่ตลอดจนมี การประสานงานทุกภาคส่วน 	<p>อำเภอตลิ่งชันมีระบบการดูแลผู้ป่วยใน HI อย่างครอบคลุมทั้งระบบที่มีรักษาโดย แพทย์ มี PM อำเภอเป็นผู้จัดการระบบ และ มอบหมายผู้ป่วย CM แต่ละพื้นที่ ในการติดตามดูแล อาการ เข้า- เย็น มีระบบการมา X-Ray การรับส่งผู้ป่วย การส่งยา การป้องกัน การแพร่เชื้อ การกำจัดขยะติดเชื้อ ที่บ้าน ตลอดจนมีการกักตัวและ ออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วย ทำให้ ไม่มีการแพร่เชื้อไปยังกลุ่มอื่น เราสามารถจัดการได้อย่างดี</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มงานบริการด้าน ปฐมภูมิและองค์กรร่วม(งาน ป้องกันและควบคุมโรค และระบาดวิทยา) - คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ENV)

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
II-9 การทำงานกับชุมชน					
62. การทำงานกับชุมชน [II-9]	ทีมเวชกรรมชุมชนมี PCU ที่ให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย อปท. อสม. เกิดเครือข่ายมากมาย เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายดูแลผู้ติดเชื้อ TB เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น ที่ร่วมทำหน้าที่ในการกระตุ้นการดูแลสุขภาพ การเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือปัญหาชุมชน รวมทั้งการนำส่งยาโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID	คำแนะนำ Suggestion การทำงานกับชุมชน ทีมเวชกรรมชุมชนควรเพิ่มบทบาทการรวบรวม สรุปข้อมูลสุขภาพประชาชนใน cup จำแนกตามกลุ่มวัย ร่วมกับมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดประเด็นสำคัญในการดำเนินงานของชุมชนที่กระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม (เช่น การไม่มี EMS ในชุมชน ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึง) และส่งต่อทิศทางข้อมูลทีวิเคราะห์ให้แก่ รพ.สต. ร่วมในการวางแผนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพหรือจัดทำแผนในการพัฒนาแก้ไขปัญหาชุมชนที่ตรงกับความต้องการร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1. สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการที่ไม่มี EMS ทุกกลุ่มวัย 2. ประชุมสรุปปัญหาในภาพรวมทุกกลุ่มวัย 3. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานภาพรวมทั้งอำเภอ 4. นำเสนอปัญหาในภาคีเครือข่าย	1. ได้ทราบกลุ่มที่ได้รับผลกระทบกลุ่มอุบัติเหตุทางรถยนต์ 2. ดำเนินการแล้ว 3. มีแนวทางในเรื่องอุบัติเหตุ 4. ภาคีเครือข่ายให้ดำเนินการในกลุ่มด้อยโอกาส ทุกกลุ่มวัย	- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม (งานพยาบาลในชุมชน)

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย					
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ					
63. การเข้าถึงบริการ [III-1 (1-3*)]	<p>การเข้าถึงและรับบริการ</p> <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 นอกจากนั้นได้พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัย chest pain</p>	<p>คำแนะนำ Suggestion</p> <p>การเข้าถึงและรับบริการ</p> <p>1. ควรนำปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้าในภาพรวมและเฉพาะโรคสำคัญมาทบทวนวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคตามบริบทพื้นที่ เช่น พื้นที่ไกล ขาด EMS อยู่บ้านคนเดียว มาร่วมวางแผนแก้ไขพัฒนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เหมาะสม เป็นต้น</p> <p>2. ควรทบทวนเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงให้ชัดเจนทั้งเด็กผู้ใหญ่</p>	<p>1.โรงพยาบาลได้ทบทวนประเด็นที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะเพิ่มเติม เช่น คัดกรองเด็ก</p> <p>2.กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านการพยาบาลในกลุ่มโรคเฉพาะและโรคเข้มนุ่มของ รพ. AMI Stroke และผู้ป่วยCOVID-19</p> <p>3.ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI R2R</p> <p>4.กระตุ้นและสนับสนุนหน่วยงานบริการ พยาบาล รายงานความเสี่ยงและทบทวนอุบัติการณ์ด้าน 3P</p> <p>5.จัดอบรมความรู้ให้เจ้าหน้าที่มีทักษะการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ</p> <p>6.เพิ่มพูนการใส่ชุด PPE แก่เจ้าหน้าที่</p>	<p>1.กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านการพยาบาลในกลุ่มโรค AMI,Stroke มีผู้ป่วยได้ให้ SK ไป 2 ราย ไนไตรมาสแรก ของปีงบประมาณ 2565</p> <p>(1 ตุลาคม 2564 – 31ธันวาคม 2564) ไม่มีการเสียชีวิต</p> <p>2.เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินไม่มีการติดเชื้อ COVID-19</p>	- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1 (4-8*)]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
III-2 การประเมินผู้ป่วย					
65. การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข]	<p>ความก้าวหน้าจากการทบทวนเพิ่มเติมพบว่า</p> <p>ได้จัดทำแนวทางการแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องเบื้องต้น ได้แก่ gallstone, cholelithiasis, IBS, GERD, ACS</p>	<p>ข้อเสนอแนะ Recommendation</p> <p>การวินิจฉัยโรค ทีมควรเรียนรู้ ทบทวนเวชระเบียนให้ครอบคลุมประเด็นการส่งตรวจวินิจฉัยนอกเวลาที่เหมาะสม เพื่อนำมาปรับปรุงการตัดสินใจส่งตรวจวินิจฉัยโรคนอกเวลาในกลุ่มโรค/อาการสำคัญที่ชัดเจน ช่วยลด miss Dx, delay Dx และใช้ในการวินิจฉัยหรือปรับแผนการรักษา</p>	<p>1.มีการนำเวชระเบียนที่ตรวจแทนแพทย์ของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมาทบทวน ทุก 1 เดือน โดยการสุ่ม</p>	<p>1.มีการนำเวชระเบียนที่ตรวจโดยไม่ใช่แพทย์มาร่วมกันทบทวนของสทวิชาชีพในทุกๆ 1 เดือน โดยการสุ่มตรวจรวมทั้งนำเวชระเบียนเคสที่ miss Dx, delay Dx มาทบทวน</p>	<p>- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)</p>
66. การวินิจฉัยโรค [III-2ค] *					
III-3 การวางแผน					
67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]		<p>คำแนะนำ Suggestion</p> <p>จากการสัมภาษณ์ทีม เรียนรู้ ร่วมกันในการทบทวน ทีมควรทบทวนเวชระเบียนที่หลุดลงส่งต่อ เพื่อหาโอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วย เช่น ปรับเกณฑ์ในการกำหนดกลุ่มเสี่ยงการประเมินปัญหา / ความเสี่ยง</p>	<p>1.ทบทวนเคสที่ miss Dx. ภายใน 1 สัปดาห์</p>	<p>1.นำเวชระเบียนของเคส Miss Dx. Delay Refer มาทบทวน ร่วมกับสทวิชาชีพ ทันทีที่เกิดเหตุการณ์ โดยทบทวนภายใน 1 สัปดาห์ที่เกิดเหตุ และรายงานความเสี่ยงและผู้บริหารภายใน 24</p>	<p>- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)</p>
68. การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		ความรุนแรง นำมาสื่อสาร จำแนกผู้ป่วยเสี่ยงในแต่ละแผนก ได้ชัดเจนมากขึ้น ทบทวนเกณฑ์ ขอคำปรึกษา มีแนวทางการ ประเมินซ้ำที่สอดคล้องกับความ รุนแรง กำหนดค่า EWS ในการ รายงานแพทย์		ชี้แจง เพื่อหาแนวทางการ ป้องกันร่วมกัน	
III-4 การดูแลผู้ป่วย					
69. การดูแลทั่วไป [III-4.1]		ข้อเสนอแนะ Recommendation การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง ที่สมควร ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย เสี่ยงชีวิต ทดลอง ส่งต่อ revisit เพื่อกำหนดลักษณะ / กลุ่มผู้ป่วย เสี่ยงสูงของแต่ละหน่วยงานที่ ชัดเจนมากขึ้นทั้งในภาพรวม และเฉพาะโรคสำคัญ เช่น ผู้ป่วย hypertensive crisis นำมา ปรับปรุง /ลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่ สามารถประเมินซ้ำตามเวลาที่ กำหนดได้ การส่งตรวจวินิจฉัย	อาหารและโภชนาบำบัด 1.ปรับระบบการปฏิบัติงาน เพื่อให้สอดคล้องกันระหว่างการ บริการผู้ป่วย COVID-19 ที่เปิด เป็นโรงพยาบาลเฉพาะกิจ 2.ควบคุมลักษณะอาหารให้มี ส่วนประกอบให้ครบ 5 หมู่ และ สัดส่วนที่เหมาะสมกับความ ต้องการของร่างกายทั้งผู้ป่วย ทั่วไปและผู้ป่วย COVID-19 3.ปรับลดและควบคุมโซเดียมใน อาหารผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มี ข้อจำกัด	การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยง สูง 1.นำเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต ทดลอง ส่งต่อ revisit มาทบทวน ร่วมกับสหวิชาชีพ 2.กำหนด EMS จุด ARI ที่ชัดเจน มากขึ้น อาหารและโภชนาบำบัด 1.ปรับเวลาในการปฏิบัติงานเพื่อ รองรับบริการให้ตรงเวลา 2.เลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพและ เหมาะสมกับความต้องการของ ร่างกายและสามารถต้านทานโรค	- คณะกรรมการดูแล ผู้ป่วย (PCT) - กลุ่มงานโภชนาศาสตร์ - กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู - กลุ่มงานแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก - กลุ่มงานการพยาบาล
70. การดูแลและบริการที่มี ความเสี่ยงสูง [III-4.2]					
71. การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก]					
72. การผ่าตัด [III-4.3 ข]*					
73. อาหารและโภชนาบำบัด [III-4.3 ค]					
74. การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย [III-4.3 ง]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุ่ม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
75. การจัดการความปวด [III-4.3 จ]		ในกลุ่มเสี่ยงนอกเวลาที่ เหมาะสม กำหนดค่า early warning sign เกณฑ์ในการขอ คำปรึกษา เกณฑ์ที่แพทย์ต้องมา ประเมินผู้ป่วยตนเอง และเกณฑ์ ส่งต่อด้วยมุมมองป้องกัน	4.ให้สูขศึกษาโภชนบำบัดทั้ง ผู้ป่วยทั่วไป ญาติ และผู้ป่วย COVID-19	3.ปรับเมนูที่ใช้บ่อยได้ 5 เมนู	
76. การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ]			<u>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</u>	4.ผู้ป่วย COVID-19 ให้สูขศึกษา ทางไลน์กลุ่มดูแลผู้ป่วยร่วมกับสห วิชาชีพอื่นๆ	
77. การดูแลผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง [III-4.3 ช]			1.การสร้างทีมสหวิชาชีพที่มี ความต่อเนื่อง	<u>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</u>	
			2.การจัดหาวัสดุ - อุปกรณ์ใน การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแล ระยะสุดท้ายนำประเด็นปัญหาที่ ได้มาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	2.มีแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูล เรื่องความปวด การประเมินความ ปวดเพื่อง่ายต่อการปฏิบัติ	
			<u>การจัดการความปวด</u> มีการกำหนดใช้เครื่องมือ ประเมินระดับความเจ็บปวดที่ใช้ ร่วมกันทุกหน่วยงานโดยใช้วิธี Visual analogue scale (VAS) 0-10 ใช้ในกลุ่มโรคดังต่อไปนี้ - Acute (AMI, accident , abd pain,LP,muscle strain,Tendinitis) - Chronic (CA, muscle strain, กลุ่มอาการ LBP เป็นต้น และได้ประเมินซ้ำ	<u>การจัดการความปวด</u> ใช้ VAS ร่วมกันทุกหน่วยงานและ บำบัดอาการเจ็บปวด ด้วยวิธีดัง ต่อไปนี้ - แม่และเด็ก: จัดท่าและ สิ่งแวดล้อมให้รู้สึกผ่อนคลาย นวด ประคบ อบสมุนไพร	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
			<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.จัดทำมาตรการในการออกฟื้นฟูในชุมชน เพื่อป้องกัน COVID-19</p>	<p>- IPD : จัด position และสิ่งแวดลอมให้รู้สึกผ่อนคลาย ร่วมกับการใช้ยา</p> <p>- แพทย์แผนไทย : วด ประคบ อบสมุนไพรร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร</p> <p>- PT : US, TENS, IFC ประคบ ร้อน/เย็น ร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ เพื่อลดการใช้ยา</p> <p><u>การฟื้นฟูสภาพ</u></p> <p>1.เนื่องจากสถานการณ์การแพร่เชื้อ COVID-19ทำให้ปีงบประมาณ 2565 ยังไม่ได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน แต่มีการติดตามโดยโทรสอบถามและให้ความรู้ วางแผนออกเยี่ยมในชุมชนต้นเดือน กุมภาพันธ์ ปี 2565</p> <p>2.ใช้โปรแกรม PT soft ในการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์</p> <p>3. ระบบไลน์กลุ่ม PT เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ และติดตามการรายงานผล (ส่งผล</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
			<p><u>การแพทย์แผนไทยและ</u> <u>การแพทย์ทางเลือก</u></p> <p>1.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ในการ รักษาด้วยการแพทย์แผนไทยจะ ส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบันทุกราย</p>	<p>เคส IMC (PT), Intermediate care)</p> <p>4.ระบบตรวจสอบข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยทุกวันโดยนัก กายภาพบำบัด</p> <p>5.ตรวจ ATK ผู้ป่วยทุกรายก่อน การให้บริการฟื้นฟูในชุมชนและ เจ้าหน้าที่ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกัน ครบชุด เพื่อป้องกันการการติด เชื้อและป้องกันการแพร่เชื้อให้แก่ ผู้ป่วย</p> <p><u>การแพทย์แผนไทยและการแพทย์</u> <u>ทางเลือก</u></p> <p>1.การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง ส่งต่อทุก รายและรวดเร็วทันเวลา</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว					
78. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	ทีมได้พัฒนากระบวนการให้ข้อมูลเสริมพลังแก่ผู้ป่วย DM,HT ที่ควบคุมไม่ได้ต่อเนื่อง 3 ครั้ง เข้าสู่ระบบผู้ป่วยใน เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ โภชนากร กายภาพบำบัด เกษัชกร 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	1.พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 2.พัฒนาแนวทางการลดแออัดในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3.พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 4.พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังของผู้ป่วยและญาติ - การให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารโดยโภชนากร - การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย โดยนักกายภาพบำบัด เน้นการฝึกสมาธิบำบัด SKT - การให้ความรู้เรื่องการใช้จ่ายอย่างถูกวิธีโดยเภสัชกร	1.ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 2,277 ราย ส่งไปรับยาที่ รพ.สต.จำนวน 979 ราย 2.ลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ 42.99 % <u>สิ่งที่ได้เรียนรู้</u> การพัฒนางานประจำอย่างต่อเนื่อง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ให้ความสำคัญกับทุกสาขาวิชาชีพก่อให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจ เสียสละเมื่อมีสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย จะสามารถรับมือกับปัญหาได้เป็นอย่างดีและเกิดผลลัพธ์ที่ดี จะยิ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาที่เป็นปกติใหม่อย่างต่อเนื่องยั่งยืนRoutine to new normal	- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม - คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
			- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด - สร้างห้องเรียนเบาหวานรายใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม		
III-6 การดูแลต่อเนื่อง					
79. การดูแลต่อเนื่อง [III-6]	ทีมมีการประสานดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย COVID กับชุมชนทั้งรับกลับไปกักตัวใน CI, HI ต่อเนื่อง พร้อมการติดตามประเมินจนครบ 28 วัน นอกจากนั้นในกลุ่ม stroke มีระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกลับมาดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมกายภาพบำบัด กลุ่ม palliative ผู้สูงอายุพึ่งพิง ประสานส่งต่อ อสม. Care giver ติดตามดูแลต่อเนื่อง		การประสานดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย COVID -19 1. มีการจัดทำโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแล PC และระยะท้ายแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตอาสา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2. ให้การดูแลผู้ป่วย COVID -	การประสานดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย COVID - 19 1. มีการค้นหาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยทีม คร. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนและมีการเตรียมพื้นที่ชุมชน เพื่อให้เกิดความปลอดภัย 3. จัดให้ผู้ป่วยโควิด - 19 สีเขียว 10 รายรักษา HI จนครบไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน 4. ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆในชุมชนไม่มี	- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม - คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT) - กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาลสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
			<p>19 สีเขียวที่เน้นการรักษาที่บ้าน ทั้งด้านยา อาหารและการปฏิบัติตัว ลดการแพร่กระจายเชื้อ ในส่วนกลุ่มอื่นเน้นการป้องกันการติดโรค COVID - 19 การรับวัคซีน และการฟื้นฟูในภาวะที่โรคโควิดระบาด</p> <p><u>การดูแลต่อเนื่องหญิงหลังคลอด</u></p> <p>1. มีการติดตามมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดด้วยวิธีทาบหม้อเกลือจำนวน 5 ครั้ง</p>	<p>การติดเชื้อโควิด-19</p> <p><u>การดูแลต่อเนื่อง Palliative care</u></p> <p>1.มีการดูแลผู้ป่วย กลุ่ม Palliative โดยเน้นการให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ดูแลให้มีความรู้การดูแลและทีมอสม. CG มีการเข้าถึงและร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน</p> <p><u>การดูแลต่อเนื่องหญิงหลังคลอด</u></p> <p>1.หญิงหลังคลอดหลังรับการทาบหม้อเกลือ 5 ครั้ง จะมีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น น้ำคาวปลาลดลงเกือบหมด น้่านมไหลดีขึ้น</p>	

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ					
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ					
(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย					
80. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1,III]		ควรทบทวนกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล เช่น การเสียชีวิต การส่งต่อ readmitted, revisit เป็นต้น พร้อมการเรียนรู้วิเคราะห์ให้เห็นกลุ่มโรค ปัญหาสาเหตุ ปัจจัยต่างๆ ตามบริบทที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อได้อย่างชัดเจน	1.ประชุมทีมทบทวนตัวชี้วัดทุก 1 เดือน 2.เก็บข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแก้ไขตัวชี้วัด	มีการจัดประชุมทีมทบทวนกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล เช่น การเสียชีวิต การส่งต่อ readmitted, revisit และได้คิดวิเคราะห์ให้เห็นกลุ่มโรค ปัญหาและสาเหตุต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)
81. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1,III-5, 6]		ควรทำความเข้าใจในการกำหนดตัวชี้วัดตามมิติคุณภาพที่สะท้อนคุณค่าของแต่ละด้านในการให้บริการผู้ป่วย เช่น มิติการเข้าถึงภาพรวม และเฉพาะกลุ่มโรค / กลุ่มผู้ป่วย มิติการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมทั้งการขาดนัด ดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมผู้ป่วยสำคัญ	มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมถึงการขาดนัด การดูแลอย่างต่อเนื่อง	นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมาวิเคราะห์ร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติ	- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)
83. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4]					

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
84. ผลลัพธ์ด้านการใช้ ทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพในการดูแล ผู้ป่วย [IV-1 , III-2 , 3 ,4]		OPD,IPD มีตีความเหมาะสมที่ เทียบเคียงแนวทางการปฏิบัติ มาตรฐาน มีตีประสิทธิภาพที่ สะท้อนผลลัพธ์การดูแลรักษา พร้อมการฝึกอบรมให้ตาม ช่วงเวลา พื้นที่ กลุ่มวัยเป็นต้น เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการ พัฒนาได้ เป็นต้น			
85. ผลลัพธ์ด้านความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัด (S)*[IV-1,III-4.3 ก, ข]			-	-	- คณะกรรมการดูแล ผู้ป่วย (PCT)
86. ผลลัพธ์ด้านความ ปลอดภัยในการควบคุมและ ป้องกันการติดเชื้อ (I)* [IV-1, II-4]	มีผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยใน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ที่ดีโดยไม่พบมีการติด เชื้อในโรงพยาบาล ไม่พบการติด เชื้อ clean wound รวมทั้ง HAP,CAUTI, phlebitis ซึ่งเกิดจาก การติดเชื้อ ตามมาตรฐานการทำงาน เน้นการ ล้างมืออย่างถูกต้อง เนื่องจากทาง โรงพยาบาลรับเฉพาะเคสที่มี ศักยภาพดูแลได้ดี	ควรกำหนดตัวชี้วัดเชิง กระบวนการพร้อมติดตามความ ร่วมมือในการปฏิบัติอย่าง สม่ำเสมอ เพื่อนำ มาวิเคราะห์ ปัญหา สาเหตุ อุปสรรคในการ ปฏิบัติและพัฒนาต่อเนื่อง		ทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดเชิง กระบวนการเพิ่มเติมในเรื่อง เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ และจ่ายกลาง เช่น กระบวนการ ทำงาน - อัตราการ re-sterile ไม่ตรงวัน - อัตราการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ หมดอายุ - อัตราการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอนและตาม 5 moment เก็บ ข้อมูลให้มากขึ้น โดยการสังเกต นิเทศโดยผู้ปฏิบัติไม่ทราบ	- คณะกรรมการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล (IC)

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตาสุม		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
				ล้วงหน้า เพื่อได้ข้อมูลมากขึ้น พร้อมติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ปัญหา สาเหตุ อุปสรรค ในการปฏิบัติและพัฒนาต่อเนื่อง	
87. ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้าน/ในความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)* [IV-1,II-6, II-7.4]	พบตัวอย่างการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ข้อมูล dispensing error ในภาพรวมที่ทำให้เห็นกลุ่มความคลาดเคลื่อนเบื้องต้น และสาเหตุสำคัญในบางประเด็น แต่ไม่ชัดเจนในการประสานสหสาขาวิชาชีพในการแก้ไขเชิงระบบ	ควรเรียนรู้ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดและอุบัติการณ์ด้วยการบูรณาการการทบทวนรายเคส สู่การสรุปปัญหาวิเคราะห์ข้อมูล สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาในภาพรวม เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงระบบบริการให้ปลอดภัยเชิงระบบบริการให้ปลอดภัยเชิงระบบ เช่น การเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด การเกิด ME นอก/ในเวลาหน่วยงาน ยาที่พบ เป็นต้น	สรุปความคลาดเคลื่อนทางยาภาพรวมตามตัวชี้วัดเป็นนอกและในเวลา เป็นรายเคส นำปัญหามาทำงาน R2R เพื่อหาแนวทางร่วมกับสหวิชาชีพ สู่แนวทางป้องกันการเกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาซ้ำ	1.ดำเนินการแยกเก็บความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นในและนอกเวลา 2.หาแนวทางแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นร่วมกับสหวิชาชีพ	- กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค - คณะกรรมการบริหารจัดการด้านยา (PTC)

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
88. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1,III]		ควรออกแบบการจัดเก็บข้อมูลในประเด็น miss, delay diagnosis, identification error ที่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน/กระบวนการบริการ เพื่อให้เห็นปัญหาแท้จริงของโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์	- แต่งตั้งทีมสหวิชาชีพทบทวนเวชระเบียน เดือนละ 1 ครั้ง	- ประชุมทบทวนการจัดเก็บข้อมูลในประเด็น miss, delay diagnosis, identification error ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน	- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)
89. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]		หน่วยงานควรนำกรณีที่มีการรายงานผล lab ผิดค่า ผิดคนที่เกิดขึ้นมาทบทวน วิเคราะห์ หาสาเหตุ เพื่อนำมาพัฒนาระบบการรายงานผล อย่างถูกต้อง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น	<u>แผนการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พยาธิวิทยาคลินิก</u> 1. กำหนดผู้รับผิดชอบการทวนสอบผลการรายงานทางห้องปฏิบัติการ 2. กำหนดระเบียบปฏิบัติการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ 3. ตารางแบบฟอร์มการทวนสอบผลทางห้องปฏิบัติการ	<u>ความถูกต้องของการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ</u> กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการปรับปรุงแก้ไขในการทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ประเมิน Re-HA โดยมีการกำหนดข้อบังคับในวันหยุด เสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ที่มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเพียง 1 คน โดยให้มีการทวนสอบผลการตรวจทุกรายที่มีการส่งตรวจในวันถัดไป ในส่วนวันราชการให้มีการสุ่ม 30% ของผู้ป่วยที่มาให้บริการ	- กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
90. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)* [IV-1,III-4.2 (5)]		ควรเรียนรู้การกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนความปลอดภัยในกระบวนการดูแลรักษา เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ทรุดลง ความไวในการตอบสนอง เป็นต้น	- มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกจุดเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	- ประชุม กำหนด EWS ของแต่ละจุดเพื่อเฝ้าระวังภาวะทรุดลงของผู้ป่วยและมีเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วยทุกจุดบริการ	- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT)
ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ					
91. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]		ควรทำความเข้าใจในการกำหนดตัวชี้วัดด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ กลุ่มโรคต่างๆ ที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่มีการจัดเก็บให้สะท้อนชุมชนที่มีการดำเนินงานที่เข้มแข็ง และปัจจัยต่างๆเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุง	1. อัตราหญิงฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 50 2. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ ๗ 3. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	1. อัตราหญิงฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80 2. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 1.25 3. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 98	- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
92. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]			1. หมู่บ้านกินปลาไร้ตัวมด ร้อยละ 50 2. ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60ปี ภายใน 5 ปี มากกว่า ร้อยละ 80 3. อัตราผู้ป่วยโรคไขข้อเสื่อมไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร 4. ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจาก CG ร้อยละ 100	1. หมู่บ้านกินปลาไร้ตัวมด ร้อยละ 80 2. ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60ปี ร้อยละ 52.14 3. อัตราผู้ป่วยโรคไขข้อเสื่อมไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร ผลงานไม่มีผู้ป่วย 4. ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจาก CG ครบทุกคน	- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)					
93. ทัศนคติ/ผลลัพธ์สำคัญด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [IV-2, I-3]	มีผลลัพธ์ความพึงพอใจกลุ่มผู้ป่วยในที่ดีขึ้นและผู้ป่วยนอกลดลงเล็กน้อย มีการนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงการให้บริการ เช่น บัตรคิวแยกโรค คลินิกพิเศษ จัดบริการ WIFI บริการส่งกลับเป็นต้น		1. ประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการ 2. แผนการปรับปรุงอาคารสถานที่ สืบเนื่องจากมุงลวดชำรุด ได้นำเข้าแผนปี 2565	1. จัดพื้นที่ให้เพียงพอสำหรับผู้มารับบริการ มีการเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 2. จัดช่องทางบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการอย่างรวดเร็ว 3. ความพึงพอใจของงานผู้ป่วยในที่มีเกณฑ์คะแนนต้องปรับปรุง คือ	- ทุกกลุ่มงาน

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
				<p>ในส่วนของอาคารสถานที่ ซึ่งได้นำเข้าแผนพัฒนาปี 2565</p> <p>4.มีการปรับเปลี่ยนเตียงเก่าที่ชำรุดเป็นเตียงปรับระดับได้ทุกเตียง</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 ยังมีผลลัพธ์ความผูกพันและความพึงพอใจในระดับสูงขึ้น	ควรกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อน ประเด็นคุณภาพของระบบงานอย่างครอบคลุม ทั้งด้านสมรรถนะ ความเพียงพอ ความสุข วิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา จาก แนวโน้มสุขภาพ บุคลากรที่ แยกแยะ เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> 1.การจัดหาบุคลากรที่ขาดแคลน ขออนุมัติจ้างในตำแหน่งที่ขาดแคลน 2.การสร้าง ความผูกพันต่อองค์กร 3.การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ 4.การสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง 5.การสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้กับบุคลากรมีผลงานที่ดี 	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีการขออนุมัติเลขตำแหน่งเพื่อทดแทน ตำแหน่งที่ลาออก,ย้าย 2.จัดกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ เช่น งานครบรอบวันเกิดโรงพยาบาล กิจกรรมวันปีใหม่และกิจกรรมวันสงกรานต์ 3.จัดเตรียมสถานที่ / อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า นำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติด้วยตนเองได้ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - งานทรัพยากรบุคคล - คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและวิชาการ (HRD)

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
			6.มีระบบการจัดการสุขภาพบุคลากรต่อเนื่อง ในกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	4.จัดกิจกรรมนำเสนอผลงานวิชาการ CQI R2R งานวิจัย 5.การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีงบประมาณ 2565	
IV-4 ด้านการนำ					
95. ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]		ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประเด็นของทีมนำ ผู้นำ เพื่อให้เห็นโอกาสพัฒนา และนำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์การปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพได้	1.ทีมำกำหนดนโยบายการบริหารจัดการองค์กรแห่งความสุขสำหรับบุคลากร 2.กำหนดความปลอดภัยในหน่วยงานและบุคลากรตามหลัก 2P safety	ทีมำทบทวนแผนกลยุทธ์ร่วมกัน และติดตามผลการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ โดยนำตัวชี้วัดด้านการบริหารจัดการองค์กรแห่งความสุขสำหรับบุคลากรและตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยในหน่วยงานและบุคลากรตามหลัก 2P safety	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล - คณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ (HA) - งานแผนงานและยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพ - ศูนย์พัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ					
96. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM , Supply chain , RM ,ENV, [IV-5,II]	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระบบการตรวจสอบและนิเทศติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ	ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประเด็นคุณภาพของระบบงานสำคัญ โดยศึกษามาตรฐานอย่างเข้าใจ เช่น ระบบความเสี่ยง IM, ENV เพื่อให้เห็น	1.นำความเสี่ยงที่รายงานเข้ามาที่เกี่ยวข้องกับ IM มาวิเคราะห์ และแก้ไขป้องกันไม่ให้เกิด เช่น ปัญหาไฟดับและเครื่องสำรองตัวเล็กไม่เก็บไฟเสียหาย จึงนำ		<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล (RM) - คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศและ

มาตรฐาน	สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ		แผนการพัฒนาโรงพยาบาลตลิ่งชัน		
	สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ (Recommendation / Suggestion)	แผนการพัฒนาคุณภาพ 3 เดือน	รายงานความก้าวหน้า ตามข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบ
		โอกาสพัฒนานาฬิกาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพได้ เป็นต้น	ระบบสำรองไฟรวม โดยใช้เครื่องสำรองไฟตัวใหญ่มาจ่ายไฟให้ทั้งระบบในตึก OPD ซึ่งมีผู้ป่วยมารับบริการตลอด 2.มีแผนขยายเครื่องสำรองไฟต่อใหญ่สำหรับ Bake Office คือ งานบริหาร ,การเงิน ในชั้น 2 ตึก OPD		พัฒนาระบบเวชระเบียน (IM) - คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ENV)
IV-6 ผลด้านการเงิน					
97. ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2]	มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีขึ้น quick ratio 0.85,1.47% current ratio 1.01, 1.79 เป็นต้น	ควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลแท้จริงตามหลักการบริหารการเงินที่ทราบเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงได้ชัดเจน	วิเคราะห์แผนการเงินการคลังในส่วนรายได้และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลตลิ่งชัน	มีการจัดประชุมแผนการเงินการคลังภายในโรงพยาบาลทุกเดือนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นและจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินและมีการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนพัฒนาด้านสารสนเทศด้านลูกหนี้และการเรียกเก็บ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์อันจะส่งผลต่อกระแสเงินสดรับ ซึ่งจะทำให้เกิดสภาพคล่องทางการเงิน	- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล - กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานการเงินและบัญชี)