

แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ ของโรงพยาบาลเชิงกลาง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร						
I-1 การนำ						
03 การสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ	ควรส่งเสริมให้มีการสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีการนำจุดเน้นการพัฒนางานสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร	1. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ 100% เพื่อสื่อสารข้อมูล 2 ทางกับบุคลากรของโรงพยาบาล 2. จัดให้มีกลุ่มไลน์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อใช้ในการชื่นชมยินดีกับบุคลากรในด้านต่างๆ 3. จัดให้มีการจัดกิจกรรมเสริมพลังทางด้านจิตวิญญาณให้แก่บุคลากรหลากหลายรูปแบบแบบต่อเนื่อง 4. จัดให้มีบอร์ดชื่นชมยินดีบุคลากรในด้านต่างๆ 5. จัดให้มีรางวัล เชิดชูเกียรติแก่บุคลากรที่เป็นต้นแบบในด้านต่างๆ และชื่นชม ยินดีผ่านหลากหลายช่องทางการสื่อสาร	ทีมนำ/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/และ จนท. ทุกคน	บุคลากรทุกคนรับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล	ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559	นายสุชาติ จันต๊ะวงศ์
04 ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	ควรประเมินประสิทธิภาพของระบบการนำที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน นำผลมาปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่น ระบบการติดตาม รวมทั้งควรกำหนดสมรรถนะหลักของผู้บริหารระดับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่ม และดำเนินการประเมินและพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้บริหาร	1. ประชุมทีมนำของรพ.เพื่อทบทวนระบบการนำ และนำผลการตรวจสอบภายในและผลการตรวจสอบภายนอก และมาจัดทำแผนพัฒนาและปรับปรุง 2. ดำเนินการพัฒนาตามแผนพัฒนา 3. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผน โดย - กำหนดเป็นวาระในการประชุมกบ.ทุกครึ่ง	ทีมนำ	1. มีแผนการพัฒนาและปรับปรุง 2. มีการประเมิน อย่างน้อยปีละครั้ง 3. ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการประเมิน	พฤษภาคม 2559 เป็นต้นไป	นางจิตติมาญ์ ปัญญาณะ, นายดิลก คูกิตีรัตน์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		- การรายงานผลการดำเนินงานของทีมต่าง ๆ ทุกครั้ง 4. ประชุมทีมนำเพื่อร่วมกันกำหนด Managerial competency ของหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน 5. สื่อสารให้บุคลากรทราบ 6. ประเมิน Managerial competency ผู้บริหาร ปีละครั้ง 7. นำผลการประเมินมาจัดทำแผนพัฒนา 8. ดำเนินการพัฒนาตามแผน 9. ติดตามประเมิน ปีละครั้ง	หัวหน้าฝ่าย/ หัวหน้างาน/ หัวหน้ากลุ่มงาน			
05 ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	ควรส่งเสริมให้สำรวจความกังวลหรือความเสี่ยงจากการบริการที่อาจส่งผลกระทบต่อถึงชุมชน เพื่อวางมาตรการป้องกันตลอดจนการวางแผนใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสິงแวดล้อม	1. สุ่มสำรวจความคิดเห็นของชุมชนต่อการกำจัดของเสีย(น้ำทิ้ง/ขยะมูลฝอย)ของโรงพยาบาล 2. นำผลการสำรวจความเสี่ยงของชุมชนมาวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และวางมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อชุมชน 3. ประเมินผลการดำเนินงาน	ตัวแทนแกนนำชุมชน,แกนนำครัวเรือน,อสม.ในชุมชนที่อยู่ใกล้กับโรงพยาบาล จำนวน 3 หมู่บ้าน คณะกรรมการ ENV	1.มีแผนงาน/โครงการจัดการต่อความเสี่ยงจากการให้บริการที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชน	พฤษภาคม 2559	คุณศุภการ เทพอินทร์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์						
06 กระบวนการจัดทำ กลยุทธ์และการ วิเคราะห์ข้อมูล	ควรส่งเสริมให้ทีมนำบทวนการทำ แผนโดยวิเคราะห์ข้อมูลครอบคลุม ตามพันธกิจขององค์กรและกำหนด ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ให้ครอบคลุมในทุกด้าน	จัดประชุมทีมนำในการทบทวนวิสัยทัศน์พันธกิจ และความท้าทายขององค์กร เพื่อให้ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ทุกปี ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ บริหาร โรงพยาบาลทุก คน(ทีมนำ)	ทีมนำมีการประชุมอย่าง น้อย 1 ครั้งต่อปี	ตุลาคม 2559	นายสุชาติ จันทะวงศ์
07 วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์ที่ ตอบสนองความท้ หายและครอบคลุม HP	ควรนำความท้าทายที่ได้มาจัดลำดับ ความสำคัญกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์และตัวชี้วัดโดยเป้าของ ตัวชี้วัดให้ตอบต่อวัตถุประสงค์และ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	1. จัดประชุมทีมนำในการกำหนดวัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์ และตัวชี้วัดของโรงพยาบาล เชิงกลาง ทุกปี ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ บริหาร โรงพยาบาลทุก คน(ทีมนำ)	ทีมนำมีการประชุมอย่าง น้อย 1 ครั้งต่อปี	ตุลาคม 2559	นายสุชาติ จันทะวงศ์
08 การถ่ายทอดกล ยุทธ์สู่การปฏิบัติ	ควรส่งเสริมให้มีการสื่อสารแผนกล ยุทธ์และตัวชี้วัดแก่ทีมและบุคลากรที่ รับผิดชอบ มีการนำลงสู่การปฏิบัติ สร้างกลไกในการติดตามอย่าง ต่อเนื่องเพื่อให้สามารถบรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้	1. กำหนดให้ทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน มีตัวชี้วัด เชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดของ กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน 2. กำหนดให้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ ลงสู่รายบุคคล 3. ชี้แจงในเวทีประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 100% เพื่อสื่อสารแผนกลยุทธ์และตัวชี้วัด ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี 4. จัดทำไลน์กลุ่ม ทีมนำ และกลุ่ม เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลทุกคน เพื่อใช้ในการสื่อสาร ข้อมูลสารสนเทศต่างๆ	หัวหน้ากลุ่ม งาน/ฝ่าย/งาน/ และ จนท.ทุก คน	1. หน่วยงานกำหนด ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ของ โรงพยาบาล ร้อยละ 100 2. บุคลากรมีตัวชี้วัด รายบุคคลที่สอดคล้อง กับตัวชี้วัดของ โรงพยาบาล ร้อยละ 50 3. มีไลน์กลุ่มตัวชี้วัด โรงพยาบาล	พฤศจิกายน – ธันวาคม 2559	นายสุชาติ จันทะวงศ์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
10 การคาดการณ์ การวัดผล และ ติดตามความก้าวหน้า	ควรส่งเสริมให้มีการติดตามตัวชี้วัด ตาม timeline ที่กำหนดไว้ นำเสนอ ในเวทีกรรมการบริหารเพื่อทำการ ปรับเปลี่ยนแผนให้ตอบสนองต่อการ เปลี่ยนแปลงสถานการณ์	1. จัดทำแบบข้อมูลผลการดำเนินงานตัวชี้วัด เชิงกลยุทธ์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตโดยงาน IT 2. คัดข้อมูลให้กลุ่มงาน/หน่วยงาน/บุคคล ที่ เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดเพื่อนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์ในการวางแผนงานให้บรรลุตัวชี้วัด ทุก ๆ 2 เดือน 3. กำหนดเป็นวาระการประชุมของ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 6 เดือน 4.	ทีมนำ/ทีมระบบ IM/หัวหน้ากลุ่ม งาน/ฝ่าย/งาน/ และเจ้าหน้าที่ ทุกคน	กลุ่มงาน/หน่วยงานนำ ข้อมูลตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ ไปใช้วางแผนงาน ร้อย ละ 100	ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559	นายสุชาติ จันทะวงศ์
I-4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้						
16 ระบบการวัดผล การดำเนินงาน	ควรส่งเสริมให้ทีมนำทุกระดับและ หน่วยงานต่าง ๆ ให้ความสำคัญต่อการ วัดวิเคราะห์ที่ตรงประเด็นด้วยการ ทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดให้มีความ สอดคล้องกับประเด็นคุณภาพที่ สำคัญในทุกระดับ	1. ทบทวนประเด็นคุณภาพที่สำคัญของทีมนำ/ กลุ่มงาน/หน่วยงาน 2. กำหนดตัวชี้วัดของ ทีมนำ/กลุ่มงาน/ หน่วยงานให้สอดคล้องกับประเด็นคุณภาพ โดยทีมผู้ประสานคุณภาพเป็นที่ปรึกษา 3. นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง เพื่อพิจารณา เห็นชอบ	ทีมนำ/หัวหน้า กลุ่มงาน/ฝ่าย/ งาน/และ เจ้าหน้าที่ทุกคน	ทีมนำ/กลุ่มงาน/ หน่วยงาน มีตัวชี้วัดที่ สอดคล้องกับประเด็น คุณภาพ ร้อยละ 100	ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559	นายสุชาติ จันทะวงศ์
17 การวิเคราะห์ ข้อมูลและการทบทวน ผลการดำเนินงาน	ควรส่งเสริมให้ทีมนำทุกระดับ หน่วยงานมีการติดตามรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและผลการดำเนินการ ในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับตัวชี้วัดแต่	1. นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล ทุก 6 เดือน เพื่อทราบข้อมูล และผลการดำเนินงาน	ทีมนำ/หัวหน้า กลุ่มงาน/ฝ่าย/ งาน/และ เจ้าหน้าที่ทุกคน	1. มีการประชุมนำเสนอ 2 ครั้งต่อปี 2. มีการมอบ ประกาศนียบัตร	พฤษภาคม และ กันยายน 2559	นายสุชาติ จันทะวงศ์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	ละตัวเพื่อให้ได้สารสนเทศสำคัญ นำไปสู่การกำหนดระดับความสำคัญ เพื่อการปรับปรุง	2. ถ่ายทอดความสำเร็จของตัวชี้วัด และชื่นชม ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น เว็บไซต์, ไลน์ และบอร์ดข้อมูลข่าวสาร		หน่วยงานที่มี กระบวนการที่ดีด้านการ จัดการตัวชี้วัด		
18 การจัดการ สารสนเทศ	ควรรวบรวมและนำความต้องการใช้ ข้อมูลสารสนเทศของทีม/หน่วยงาน/ บุคลากรต่างๆ มาวางระบบให้ สามารถตอบสนองความต้องการใช้ ข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว สะดวกในการ วิเคราะห์ ข้อมูลมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ	1. ทீมนำกำหนดนโยบายด้านข้อมูลข่าวสาร โดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP เป็น ข้อมูลหลัก 2. ดำเนินการสำรวจความต้องการใช้ข้อมูล สารสนเทศของแต่ละฝ่าย/งาน	ทีมนำ/ทีม สารสนเทศ	มีแผนการใช้ข้อมูล สารสนเทศของแต่ละ กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน ประจำปี	ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559	นายสุชาติ จันทะวงศ์
19 การจัดการ เทคโนโลยีสารสนเทศ	ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศให้สามารถสนับสนุนการ ให้บริการ ลดความซ้ำซ้อน สะดวกใน การทำงาน การเข้าใช้งาน และควร สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ใช้งานเกี่ยวกับ ระบบการสำรอง ความปลอดภัย ของ ข้อมูลที่อยู่ในระบบจะไม่สูญหายและ ควรปรับปรุงสถานที่ติดตั้งเครื่องแม่ ข่ายหลัก เครื่องแม่ข่ายสำรองให้มี ความปลอดภัยเพิ่มขึ้น	1. ดำเนินวางแผน/ออกแบบระบบข้อมูล สารสนเทศเพื่อตอบสนองตามความต้องการ ของแต่ละฝ่าย/งานเพื่อลดความซ้ำซ้อนใน การบันทึกข้อมูล 2. จัดที่เก็บคอมพิวเตอร์แม่ข่ายหลักแยกจาก คอมพิวเตอร์แม่ข่ายสำรอง เพื่อป้องกัน ความเสี่ยงต่างๆ 3. ดำเนินการสำรองข้อมูลการให้บริการแบบ อัตโนมัติระหว่างเครื่องแม่ข่ายหลักกับเครื่อง แม่ข่ายสำรองและสำรองข้อมูลเป็นรายวัน เก็บที่เครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องอื่นๆ	ทีมนำ/ทีม สารสนเทศ	- มีแผนการใช้ข้อมูล สารสนเทศของแต่ละ กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน ประจำปี - จำนวนครั้งที่ โปรแกรม HOSxP ทั้ง ระบบใช้งานไม่ได้ - ระยะในการซ่อมแซม ระบบสารสนเทศให้ พร้อมใช้งานภายใน 30 นาที	ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559	นายสุชาติ จันทะวงศ์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
20 การจัดการความรู้	ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำ R2R ,CQI มาอย่างต่อเนื่อง มีผลงานที่หลากหลายหลายนั้น ควรมีการรวบรวมสรุปองค์ความรู้ต่างๆ มาจัดเก็บเป็นหมวดหมู่ นำเสนอในช่องทางที่สามารถเข้าถึงได้สะดวกเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม	1. จัดประชุมพัฒนาองค์ความรู้ในการเขียนเรื่องเล่า R2R ,CQI แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน จำนวน 1 ครั้ง 2. จัดเวทีนำเสนอความก้าวหน้าในการเขียนเรื่องเล่า R2R ,CQI แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน จำนวน 1 ครั้ง 3. จัดมหกรรมคุณภาพในการนำเสนอเรื่องเล่า R2R ,CQI จำนวน 1 ครั้ง 4. จัดทำเวปบอร์ดของโรงพยาบาลเชียงใหม่กลางในการจัดเก็บเรื่องเล่า R2R ,CQI ของเจ้าหน้าที่ทุกคน	ทีมนำ/หัวหน้า กลุ่มงาน/ฝ่าย/ งานและ เจ้าหน้าที่ทุกคน	แต่ละกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน มีเรื่องเล่า R2R ,CQI อย่างน้อย หน่วยงานละ 2 เรื่อง	ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559	น.ส.วราพร พิมสาร
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล						
21 ความผูกพันและความพึงพอใจ	ควรส่งเสริมให้มีการนำปัจจัยที่ไม่พึงพอใจในแต่ละกลุ่มมาทบทวนและดำเนินการตอบสนองความต้องการเพื่อเพิ่มความพึงพอใจ (ปี 2558 มีแนวโน้มลดลงจากปี 2557)	1. ประเมินความพึงพอใจและบรรยากาศในการทำงานของบุคลากร 2. นำปัจจัยที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ระบบสวัสดิการ , เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ มาวางแผนพัฒนาและแก้ไข 3. จัดกิจกรรมตามแผนพัฒนา เช่น OD, empowerment, ให้รางวัลแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานดีเด่น ฯลฯ	เจ้าหน้าที่ทุกคน	1.เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในบรรยากาศในการทำงานในภาพรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	มิถุนายน 2559	นายพงศกร สิริสิทธิกร
22 ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ	ควรนำระบบบริหารผลการปฏิบัติการ (Performance management system) มาใช้ในการประเมินผลงานเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทุก	1. ทีมนำทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ และ KPI ของโรงพยาบาล และวิเคราะห์ส่วนขาด ของระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานเดิม	ทีมนำ	1. บุคลากรร้อยละ 80 ขึ้นไปได้รับการพัฒนาตามแผน	พฤษภาคม 2559	ทีม HRD

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	ระดับในการสร้างผลงานที่ดี และ เข้าใจในทิศทางขององค์กร	- รวมทั้งการให้รางวัลและผลตอบแทนแก่บุคลากร 2. ประชุมบุคลากรเพื่อทบทวนและจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ และ KPI ของโรงพยาบาล 3. ประชุมสื่อสารบุคลากรทุกคนได้เข้าใจระบบการบริหารผลการปฏิบัติการ PMS และถ่ายทอดเป้าหมาย KPI รพ.ไปยังรายบุคคล 4. หัวหน้าฝ่าย/งาน และบุคลากรร่วมกันกำหนด KPI รายบุคคลของบุคลากรทุกคน 5. จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากร 6. ประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน 7. ประชุม ทบทวนพิจารณาผลการประเมินผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งการให้รางวัลและค่าตอบแทนที่เหมาะสม	หัวหน้าฝ่าย/ งาน และ บุคลากรที่ เกี่ยวข้อง	2. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามระบบ PM ทุก 6 เดือน	พฤษภาคม 2559 – กุมภาพันธ์ 2560	
23 ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ	ควรมีการวิเคราะห์ Learning need ให้ครอบคลุมบุคลากรทุกกลุ่ม ทุกระดับและนำมาวางแผนการพัฒนาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถเหมาะสมในการปฏิบัติงาน	1. ประชุมทีม HR เพื่อร่วมกันกำหนดแผนการสำรวจ วิเคราะห์ Learning need 2. ประชุมหัวหน้าฝ่าย/งาน ทุกคน เพื่อชี้แจงการสำรวจ, วิเคราะห์ และสรุปผลการประเมิน Learning need 3. ทีม HR ร่วมกับหัวหน้าฝ่าย/งาน ประชุมจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน โดยใช้ข้อมูล Competency ที่ต้องมีตามนโยบาย ตามมาตรฐานวิชาชีพและ Learning need 4. ดำเนินการพัฒนาบุคลากรตามแผน	ทีม HR และ หัวหน้าฝ่าย/ งาน	ร้อยละ 80 ของ กลุ่มเป้าหมายตามแผน ได้รับการพัฒนา	พฤษภาคม – ธันวาคม 2559	ทีม HRD

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		5. ประเมินผลก่อน ระหว่างและหลังการพัฒนา 6. สรุปผลการพัฒนา				
24 การบริหารและ จัดระบบบุคลากร	ควรมีการประเมินความเพียงพอของ อัตรากำลังในภาพรวมของ โรงพยาบาลครอบคลุมทุกสาขา วิชาชีพ นำมาวางแผนในการบริหาร จัดการ (ระยะสั้น) หรือวางแผนระยะ ยาวในการจัดหาในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งควรพิจารณาเตรียมความ พร้อมบุคลากรที่จะให้ปฏิบัติงาน ทดแทนหรือปฏิบัติงานในตำแหน่งอื่น ที่นอกเหนือจากหน้าที่ความ รับผิดชอบเพื่อให้มีศักยภาพที่ เหมาะสมในการปฏิบัติงาน	1. ทีมHRDมีการจัดทำประเมินความ เพียงพอของอัตรากำลัง ตามกรอบ FTE และตามภาระงานทุกวิชาชีพ 2. จัดทำแผนกรอบอัตรากำลังระยะสั้นและระยะ ยาว 3. มีการจัดเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะให้ ปฏิบัติงานทดแทนหรือตำแหน่งหน้าที่อื่นที่ นอกเหนือจากหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อให้ มีศักยภาพที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน	-ทีมHRD -บุคลากรสาย วิชาชีพและสาย สนับสนุน	- มีการจัดการประเมิน ความเพียงพอของ บุคลากร - มีแผนกรอบอัตรากำลัง ทั้งระยะสั้นและระยะ ยาว - มีการจัดหาบุคลากร ทดแทนที่ลาออก - เกลี่ยอัตรากำลังจาก หน่วยงานภายในรพ. และจาก รพ.สต.	พฤษภาคม – ตุลาคม 2559 ธันวาคม 2559 เมษายน - กันยายน 2559	ทีม HRD
25 สุขภาพของ บุคลากร	ควรวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้บุคลากรที่มี สุขภาพอยู่ในกลุ่มปกติเปลี่ยนมา เป็นกลุ่มเสี่ยง และนำมาสู่การ จัด กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความ เข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มี สุขภาพดี	1. วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้บุคลากรที่มีสุขภาพ อยู่ในกลุ่มปกติเปลี่ยนมาเป็นกลุ่มเสี่ยง 2. จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขภาพดี 2.1 จัดการสื่อสารโดยคืนข้อมูลผลสรุปจากการ วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้บุคลากรที่มีสุขภาพ อยู่ในกลุ่มปกติเปลี่ยนมาเป็นกลุ่มเสี่ยงในทุก เวทีประชุม ทั้งระดับนโยบายและปฏิบัติ -เวทีประชุมทีมนำ (คณะกรรมการบริหาร	- กลุ่มBMI เกิน25 - กลุ่มไขมันสูง เกินค่าปกติจนมี การวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็น กลุ่มเสี่ยง	1. กลุ่มBMI เกิน 25 ประสบความสำเร็จใน การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ระยะ 6 เดือน ดังนี้ 1.1 สามารถควบคุม น้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้น หรือลดลง 1-2	มีนาคม- กันยายน 2559	- จินตนา แสงจันทร์ - มณีวรรณ สาริวัต - ผู้รับผิดชอบ งานNCD - ทีมนำ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		โรงพยาบาล) โดยแยกข้อมูลเป็นฝ่าย/กลุ่มงานเพื่อระดมความคิดเห็นและสร้างความรับผิดชอบร่วมกันทั้งระดับหน่วยงาน/องค์กร - เวทีประชุมระดับผู้ปฏิบัติคือการประชุม 100% เพื่อให้เห็นภาพระดับองค์กรว่าภาวะเสี่ยงเกิดจากปัจจัยใดบ้าง / ระดมความเห็นเห็นต่อการลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วม 2.2 จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง - สมาชิกที่มีภาวะเสี่ยงร่วมวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ และออกแบบการสร้างสุขภาพดีตามบริบทชีวิตตนเอง/เพิ่มความรู้อตามส่วนขาด - จับกลุ่มเพื่อนชวนเพื่อนรักสุขภาพ (กลุ่มละ3-5คน) เน้นกลุ่มในหน่วยงาน/ฝ่าย/งานตนเองหรือหน่วยงานข้างเคียง หรือกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตใกล้ชิดกัน 3. ประเมินผลแบบเสริมพลัง 3.1 สรุปและนำเสนอคืนข้อมูลการติดตามประเมินผล - นำเสนอข้อมูลการประเมินผลทั้งในการประชุมระดับนโยบาย (กกบ.) และระดับปฏิบัติ (ประชุม100%)		กิโลกรัมไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 1.2 สามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นหรือลดลง 3-5 กิโลกรัม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 1.3 สามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นหรือลดลง >5 กิโลกรัม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 2. กลุ่มไขมันสูงเกินค่าปกติจนมีการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถลดภาวะเสี่ยงลงจากเดิมร้อยละ 5		

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		- ให้คำชื่นชม/รางวัล/แจกใบประกาศเกียรติคุณ ผู้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ระดับหน่วยงาน				
I-6 การจัดการกระบวนการ						
27 ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	ควรมีการวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล มาวางแผนและจัดให้มีการฝึกซ้อมให้มีความพร้อมหากเกิดเหตุการณ์ขึ้น	1. จัดประชุมทบทวนและวิเคราะห์ความเสี่ยงในการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล จัดเรียงลำดับความสำคัญ วางแผนการรองรับสถานการณ์ 2. จัดทำแผนฝึกซ้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินเน้นระบบ ICS ที่มีประสิทธิภาพ	- ทีมPHER - ตำรวจ - กู้ชีพกู้ภัยทั้งจาก อปท.และเอกชน - ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	1. รายงานผลการวิเคราะห์และแผนปฏิบัติการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินระดับโรงพยาบาลหรือระดับอำเภอ 2. มีการฝึกซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ 3. มีการฝึกซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในโรงพยาบาล 4. มีสรุปผลการฝึกซ้อมแผน	มีนาคม-เมษายน 2559 เมษายน-พฤษภาคม 2559	คุณภัทรีศิริสิงห์ชนะ, คุณศุภการเทพอินทร์
28 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	ทีมนำควรส่งเสริมให้นาแนวคิด 3P-PDSA ให้ทีมและหน่วยงานเป็นความสำคัญนำสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง นำผลที่ได้มาพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น	1. จัดเวทีนำเสนอสรุปผลการดำเนินงานและการพัฒนาในรูปแบบ 3P ของหน่วยงานและทีมนำเฉพาะด้านทุกสิ้นปีงบประมาณ 2. กระตุ้นและสนับสนุนให้มีการนำเสนอผลงาน CQI , 3P ของทุกหน่วยงานในที่ประชุม	เจ้าหน้าที่ทุกคน	ทุกทีมและทุกหน่วยงาน มีผลงานการพัฒนาตามแนวคิด 3P, CQI ร้อยละ 100	เมษายน 2559 เป็นต้นไป	น.ส.วราพร พิมสาร

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		เจ้าหน้าที่ 100% และในการประชุมทีม RM เป็นประจำทุกเดือน				
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล						
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ						
31 การประเมินตนเอง (การบริหารความเสี่ยง)	ควรสร้างความเข้าใจในการประเมินตนเองด้วยเครื่องมือและช่องทางต่างๆ เช่น การใช้ประโยชน์จาก service profile เพื่อวิเคราะห์งานที่ทำอยู่และการบรรลุเป้าหมาย การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างการเรียนรู้หน่วยงาน การทบทวนเวชระเบียน เพื่อหาโอกาสพัฒนาเชิงระบบ การตามรอยทางคลินิก การสร้างการเรียนรู้จากมาตรฐานต่างๆ	1.ทีมผู้ประสานงานคุณภาพ กระตุ้นให้หน่วยงานปรับปรุงข้อมูล service profile เน้นการบันทึกและทบทวน 12 กิจกรรม อย่างสม่ำเสมอ โดยทีมจะติดตามการทบทวน 12 กิจกรรม ทุก 1 เดือน และ service profile ทุก 6 เดือน 2.ให้ความรู้เรื่องความเสี่ยง การรายงาน และการทบทวน แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ 100 % ในที่ประชุมเจ้าหน้าที่ 100%	เจ้าหน้าที่ทุกคน	1. หน่วยงานมีการทบทวนและปรับปรุงข้อมูล service profile ทุก 6 เดือน 2. หน่วยงานมีการทบทวน 12 กิจกรรม อย่างสม่ำเสมอ	มีนาคม 2559 เป็นต้นไป	ทีม RM
32 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	ควรสร้างการเรียนรู้และเสริมพลังให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานสามารถค้นหาความเสี่ยงโดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาความเสี่ยงที่ต้องใช้มุมมองวิชาชีพ เพื่อนำมาสู่การออกแบบมาตรการป้องกันที่เหมาะสม	1. ทีมความเสี่ยงให้ความรู้เรื่องความเสี่ยง การรายงาน และการทบทวน แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับในที่ประชุมเจ้าหน้าที่ 100% เป็นประจำทุกเดือน 2. ทีมความเสี่ยงออก round หน่วยงานในทุกหน่วยงานเพื่อสร้างการเรียนรู้ ติดตามการดำเนินงานความเสี่ยง กระตุ้นการรายงาน	เจ้าหน้าที่ทุกคน	1. จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความเสี่ยงด้านคลินิกและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด	เมษายน 2559 เป็นต้นไป	ทีม RM

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		ทางคลินิกที่ใช้มุมมองวิชาชีพ และเสริมพลัง แก่เจ้าหน้าที่หน่วยงาน 3. ให้มีการนำเสนอผลงาน CQI ของทุก หน่วยงานและมอบรางวัล ในที่ประชุม เจ้าหน้าที่ 100% เป็นประจำทุกเดือน				
33 การทบทวนการ ให้บริการและการดูแล ผู้ป่วย	ควรส่งเสริมให้การทบทวนการดูแล ผู้ป่วย การให้บริการโดยกำหนด รูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทและ ภาระงาน ทั้งนี้เพื่อให้ทีมสามารถ ติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์หา โอกาสพัฒนาได้สม่ำเสมอ	1. ทีม RM ทบทวนกระบวนการให้บริการ และดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือการตามรอย 2. กระตุ้นทีมดูแลผู้ป่วยใช้การทบทวน 12 กิจกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยแต่ละโรคโดยเฉพาะโรคที่สำคัญ 3. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ในที่ประชุมความเสี่ยงเป็นประจำทุกเดือน	ทีม RM	หน่วยงานมีการทบทวน 12 กิจกรรมและ อุบัติการณ์ความเสี่ยง อย่างสม่ำเสมอ	เมษายน 2559 เป็นต้น ไป	ทีม RM
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ						
35 ระบบบริหารการ พยาบาล	1. ควรพัฒนาระบบการนิเทศทาง คลินิก ด้วยการเรียนรู้การดูแล ผู้ป่วยที่หน่วยงาน ร่วมกับสาขา วิชาชีพ เพื่อพัฒนาทักษะวิชาชีพ พยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ อย่างปลอดภัย	1.ประชุมร่วมกับ PCT กำหนดโรคสำคัญ/ ประเด็นความเสี่ยงสำคัญ/ safety goal ที่จะ นิเทศทางคลินิก 2. ร่วมกับ PCT ประชุมทบทวนมาตรฐานการ ดูแลโรคสำคัญร่วมกันเช่นโรค HT, DM, COPD, Sepsis, Stroke, MI และ จัดทำ/ปรับ มาตรฐานการดูแล 3.การจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย/ ประเด็นความเสี่ยงสำคัญร่วมกับสาขา	แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, นัก กายภาพบำบัด, เจ้าหน้าที่อื่นที่ เกี่ยวข้อง	1. อัตรานิเทศทาง คลินิกร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพตาม แผนที่กำหนด ร้อย ละ 80 2. อัตราตัวชี้วัดที่ เกี่ยวข้อง ที่บรรลุ เป้าหมายของ หน่วยงานและกลุ่ม การพยาบาลร้อยละ 80	เมษายน- กันยายน 2559	นางฐิติมญู ปัญญะและ คณะกรรมการ บริหารการ พยาบาล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		4.ประชุม PCT team โดยกำหนดรูปแบบการนิเทศ และจัดทำแผนการนิเทศทางคลินิก ร่วมกับสาขาวิชาชีพ 5. ผู้รับผิดชอบดำเนินการนิเทศตามแผน 6. ผู้นิเทศรายงานผลการนิเทศ ทุกเดือนหลังการนิเทศ 7. ประชุมร่วมกับ PCT เพื่อประเมินผลการนิเทศทางคลินิก ทุก 2 เดือน		3. อัตราการทบทวนความเสี่ยงสำคัญร้อยละ 80		
	2. การพัฒนาความรู้และทักษะ: เนื่องจากพยาบาลมีโอกาสดำเนินงานหลายหน้าที่ ดังนั้นทีมควรวางระบบการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาล ตั้งแต่การกำหนดความรู้และทักษะสำคัญตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การเสริมพลังและการสร้างการเรียนรู้ และระบบการประเมินเพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเหมาะสม	1. ทีมบริหารการพยาบาลประชุมเพื่อทบทวนการกำหนดความรู้และทักษะสำคัญของพยาบาลวิชาชีพแต่ละหน่วยงาน และกำหนดรูปแบบการประเมินความรู้และทักษะ ของพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงาน 2. ดำเนินการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลทุกหน่วยงาน 3. วิเคราะห์ Gap และจัดทำแผนพัฒนารายบุคคลและภาพรวม 4. ดำเนินการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากร 5. ประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพหลังการพัฒนา 6. เสริมพลังและสร้างการเรียนรู้ โดยกำหนดรูปแบบ, ทีมผู้นิเทศ, แผนและดำเนินการนิเทศทางคลินิก ทุกหน่วยงาน	หัวหน้าฝ่าย, หัวหน้างาน และพยาบาลประจำการที่ได้รับมอบหมาย พยาบาลวิชาชีพงาน ER, OPD, LR, NCD, Ward	1. อัตราพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหลายหน้าที่ ที่ผ่านการประเมินความรู้และทักษะสำคัญหลังการพัฒนา ร้อยละ 100 2. ร้อยละพยาบาลที่ได้รับการประเมิน 3. อัตราพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาตามแผน ร้อยละ 100 4. อัตราพยาบาลวิชาชีพของแต่ละ	เมษายน - กันยายน 2559	นางฐิติมญูชัญญะและคณะกรรมการบริหารการพยาบาล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		7. ทีมบริหารการพยาบาล ประเมินผลรูปแบบ การประเมินและการพัฒนาบุคลากร ทุก 2 เดือน		หน่วยงานที่ผ่านการ ประเมินความรู้และ ทักษะหลังการ พัฒนา ร้อยละ 80		
36 ปฏิบัติการทางการ พยาบาล	กระบวนการพยาบาลและการบันทึก : เนื่องด้วยโรงพยาบาลมีเข็มมุ่งเรื่อง การให้บริการด้วยหัวใจมนุษย์ ดังนั้น ทีมควรส่งเสริมให้พยาบาลนำแนวคิด นี้ออกแบบกระบวนการพยาบาล รวมทั้งควรส่งเสริมให้มีการบันทึกการ พยาบาลที่สะท้อนปัญหาและการดูแล ผู้ป่วยที่เหมาะสม	1. ประชุมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงานเพื่อใช้ กระบวนการมีส่วนร่วม โดยระดมสมองใน การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จาก วิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติโดยใช้กระบวนการ พยาบาล 2. แต่ละหน่วยงานจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยใช้ กระบวนการพยาบาล 3. ประชุมสื่อสารแนวทางแก่พยาบาลวิชาชีพ ทุกคนในการนำสู่การปฏิบัติ และวิธีการ ประเมินผลการปฏิบัติ 4. พยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงานดำเนินการใช้ แนวทางฯ 5. กำหนดทีมหรือผู้รับผิดชอบแต่ละหน่วยงาน ในการประเมินการนำสู่การปฏิบัติ และ ดำเนินการประเมินผลระหว่าง หลัง ดำเนินการ	พยาบาลวิชาชีพ ทุกหน่วยงาน	ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย โรคสำคัญที่ได้รับการ ประเมินครอบคลุมทุก มิติและได้รับคำแนะนำ และสอนก่อนกลับบ้าน หรือก่อนจำหน่าย	เมษายน- กันยายน 2559	นางรติมณูช ปัญญานะและ คณะกรรมการ บริหารการ พยาบาล

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		6. ประเมินผลการดำเนินงาน จากการนิเทศการ ใช้กระบวนการพยาบาล ทุก 2 เดือน				
37 องค์การแพทย์	มีแพทย์เวรนอกเวลา 1 คน ซึ่ง รับผิดชอบงาน ER, LR, IPD และเวร ชั้นสูตรนอกสถานที่ ควรกำหนดแนว ทางการขอความช่วยเหลือจากแพทย์ ท่านอื่นกรณีฉุกเฉินที่ไม่อยู่ใน โรงพยาบาล	จัดเวรแพทย์สำรองนอกเวลา โดยไม่รับ ค่าตอบแทน - วันจันทร์-พฤหัสบดี เป็นแพทย์ที่พักอยู่ใน โรงพยาบาล - วันศุกร์-อาทิตย์ เป็นผู้อำนวยการ - กรณีแพทย์ของโรงพยาบาลไม่สามารถอยู่ สำรองได้ ให้ประสานแพทย์จาก รพ.ป่ว/ โรงพยาบาลข้างเคียง	แพทย์	ไม่พบอุบัติเหตุกรณีไม่มี แพทย์มาปฏิบัติงานแทน กรณีฉุกเฉินแพทย์เวรไม่ อยู่ในโรงพยาบาล	กันยายน 2559	องค์กรแพทย์
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย						
38 โครงสร้างอาคาร และสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพ	ควรปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อม ให้มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น เช่น การจัดเก็บสายไฟ การปรับปรุง พื้นผิวถนน การปรับปรุงสภาพที่จอดรถ โทรมของอาคาร การปรับปรุงห้องน้ำ ผู้ป่วย/ผู้พิการ การปรับปรุงป้ายบอก ทาง การจัดเส้นทางไหลเวียนของ ระบบให้บริการ แสงสว่าง ระบบ ระบายอากาศ เป็นต้น	1. ทีมENV สำรวจและนำปัญหาข้อขัดข้อง โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม วางแผน จัดลำดับความสำคัญนำเสนอคณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล บรรจุแผนค่าขอ งบประมาณทั้งแผนเงินงบประมาณและนอก งบประมาณ ในปี252559 2. ทีมENV ทำแผนแก้ไขความเสี่ยงโครงสร้าง กายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยใน ส่วนที่ไม่ใช้งบประมาณตามลำดับ ความสำคัญ 3. มีการติดตามความก้าวหน้า ผลการ ดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข อย่างต่อเนื่อง	คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย (ENV)	1. แผนการใช้เงินบำรุง และเงินงบประมาณ ได้รับความเห็นชอบ และอนุมัติในการ ปรับปรุงซ่อมแซม แก้ไขปัญหาด้าน โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และ ความปลอดภัย 2. รายงานผลการ ควบคุมแก้ไขความ เสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพสิ่งแวดล้อม	ตลอด ปีงบประมาณ	ดิลก,ศุภการ ทีม ENV

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
				และความปลอดภัย สิ้นปีงบประมาณ		
39 การกำกับดูแลและ การบริหารความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อม	ควรวางระบบในการค้นหาความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับอาคาร สถานที่และ สิ่งแวดล้อม และรวบรวมอุบัติการณ์ที่ เกิดขึ้นมาทบทวนสาเหตุ ปรับปรุง และวางแผนในการป้องกันความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้น	1. ทีมENV ร่วมกับทีมอาชีวอนามัยออกสำรวจ ค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัย และรวบรวมรายงานอุบัติการณ์ หรือความเสี่ยงจากช่องทางอื่นๆมาทบทวน สาเหตุ วางแผนดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ตามลำดับความสำคัญ นำความเสี่ยง สถานที่และสิ่งแวดล้อมและนำปัญหา ข้อขัดข้องโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม วางแผน จัดลำดับ 2. จัดทำแผนกำกับติดตามความก้าวหน้าใน การดำเนินการแก้ไขควบคุมความเสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อม 3. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค แนว ทางการควบคุมป้องกันความเสี่ยงฯ	- คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย - คณะกรรมการ อาชีวอนามัย	1. มีการดำเนินการ ค้นหาความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัยตาม แผน และมี แผนปฏิบัติการ ป้องกันและควบคุม ความเสี่ยงฯ 2. มีรายงานผลการ ควบคุมแก้ไขความ เสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัยใน การประชุม คณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล	ตลอด ปีงบประมาณ	นาย दिल คูจิตติรัตน์, นายศุภการ เทพอินทร์, ทีม ENV/ทีม อาชีวอนามัย
40 การจัดการกับวัสดุ และของเสียอันตราย อย่างปลอดภัย	ควรทบทวนบัญชีวัสดุอันตรายที่มีการ จัดทำไว้ให้ครอบคลุมมากขึ้น และ ส่งเสริมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ เรียนรู้ เพื่อปฏิบัติให้ถูกต้องตาม แนวทางเพื่อความปลอดภัย	1. สืบจรรยาบรรณวัสดุอันตรายที่มีใช้ใน หน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาล 2. โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวัสดุอันตราย ที่ใช้ในโรงพยาบาลพร้อมสาธิตวิธีการปฏิบัติ ที่ถูกต้องแก่บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	คณะกรรมการ อาชีวอนามัย	1. บัญชีวัสดุอันตรายที่ เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง 2. บุคลากรระดับ ปฏิบัติการของ หน่วยงานสามารถ	ตุลาคม - ธันวาคม 2558 มิถุนายน 2559 สิงหาคม-	คณะกรรมการ อาชีวอนามัย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		โดยบูรณาการกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 3. สุ่มประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ วัสดุอันตรายของหน่วยงาน		ปฏิบัติตามแนวทาง ได้อย่างถูกต้อง	กันยายน 2559	
41 การจัดทำแผน ฝึกซ้อม ตรวจสอบ ระบบเพื่อป้องกัน อัคคีภัย	ควรกำกับให้มีการตรวจสอบความ พร้อมใช้ของอุปกรณ์ในการแจ้งเตือน อุปกรณ์ในการดับไฟให้มีความพร้อม ใช้ตามแผนที่วางไว้ และควรมีการ ปรับปรุงป้ายบอกทางหนีไฟ เส้นทาง หนีไฟ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งควรสร้างความเข้าใจแก่ เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตามแผนการ ป้องกันและระงับอัคคีภัยของ โรงพยาบาล	1. มีการติดตามกำกับตรวจสอบอุปกรณ์แจ้ง เตือนและอุปกรณ์ดับเพลิงตามรอบการ ประชุมคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัยทุกรอบเดือน 2. ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขป้ายบอกทางหนีไฟ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน 3. จัดอบรมและฝึกซ้อมแผนป้องกัน ระวัง อัคคีภัยในโรงพยาบาลร่วมกับหน่วยงาน ภายนอกที่เกี่ยวข้อง	คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย	1. ทะเบียนการ ตรวจสอบอุปกรณ์ แจ้งเตือน และ อุปกรณ์ดับเพลิงที่ เป็นปัจจุบันและ ทดสอบอุปกรณ์มี ความพร้อมใช้จริง 2. บุคลากรทุก หน่วยงานใน โรงพยาบาลมีความรู้ และทักษะในการ ระงับไฟไหม้ รวมถึง การเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยและเครื่องมือ แพทย์	ตลอด ปีงบประมาณ พฤษภาคม 2559	คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อม และความ ปลอดภัย
42 เครื่องมือ	ควรกำหนดแนวทางการตรวจเพื่อ เตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือ ทางการแพทย์โดยเฉพาะเครื่องมือที่ มีความสำคัญต่อการช่วยชีวิต เพื่อให้มีการปฏิบัติด้วยความเข้าใจ	1. มีระบบปฐมนิเทศการใช้เครื่องมือใน ผู้ปฏิบัติงานใหม่ 2. ทบทวนการใช้เครื่องมือ มีความสำคัญต่อการ ช่วยชีวิต ปีละ 1 ครั้ง โดยทีมเครื่องมือและ หน่วยงาน	ทีมเครื่องมือ, ช่าง.หัวหน้างาน ward, ER, OPD, LR, OR, NCD	อุบัติการณ์ความไม่ พร้อมใช้ของเครื่องมือ	เมษายน- กันยายน 2559	คุณกิจชัย และ ผู้รับผิดชอบ เครื่องมือของ แต่ละ หน่วยงาน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	และต่อเนื่องเครื่องมือมีความพร้อมใช้ ตลอดเวลา	3. มีระบบการสำรวจความพร้อมใช้ของ เครื่องมือโดย 3.1ตรวจสอบความพร้อมทุกใช้เวร โดยพยาบาลหัวหน้าเวร3.2สำรวจตาม รายการตรวจสอบของเครื่องมือที่กำหนดโดย พยาบาลที่รับผิดชอบเครื่องมือชิ้นนั้นเดือน ละ 1 ครั้ง 4. ตรวจสอบเครื่องมือโดยช่างภายในทุก 3 เดือน และตรวจสอบเครื่องมือและสอบเทียบ เครื่องมือโดยช่างภายนอกทุก 1 ปี				
43 ระบบ สาธารณสุขโรค	ควรมีการดูแลบำรุงรักษาระบบ สาธารณสุขโรค(ระบบเครื่องกำเนิด ไฟฟ้าสำรอง,ระบบก๊าซทาง การแพทย์ ระบบน้ำสำรอง ระบบไฟ ฉุกเฉิน รถยนต์) ตามระยะเวลาที่ กำหนดรวมทั้งควรวางระบบสำรอง ระบบสาธารณสุขโรคให้มีความ เพียงพอในการให้บริการทั้งในกรณี ปกติและกรณีฉุกเฉินตลอด24ชั่วโมง	1. ตรวจสอบแหล่งน้ำสำรองกรณีฉุกเฉินหรือ ปัญหาภัยแล้ง เรียงลำดับดังนี้ 1.1. น้ำจากการการประปาส่วนภูมิภาค กรณี ที่มีระบบการผลิตน้ำประปาของโรงพยาบาล ชำรุดและระหว่างการซ่อมแซมแก้ไข 1.2 น้ำจากสระน้ำด้านหลังโรงพยาบาลมี 2 แห่ง สามารถสำรองน้ำได้ในฤดูแล้งประมาณ 1 เดือน 1.3 น้ำจากแหล่งน้ำผิวดิน จากแม่น้ำก่อน บ้านสบกอน ม.13 ระยะทาง 3 กม. 1.4 น้ำจากอ่างเก็บน้ำห้วยส้อบ้านสบกอน ม. 13 ระยะทาง 3 กม. - ประเด็นอื่น ๆ ที่กิจชัย/พ่อบ้านตอบให้ ครับ...	-	1. ไม่มีอุบัติการณ์การ ขาดแคลนน้ำเพื่อการ อุปโภคบริโภคใน โรงพยาบาล เกิน 24 ชั่วโมง	มีนาคม- เมษายน 2559	คณะกรรมการกา รสิ่งแวดล้อม และความ ปลอดภัย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพ	ควรมีการนำแนวคิดการจัดการ สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพมาปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้ง สถานที่ในการให้บริการผู้ป่วย สถานที่ในการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่	จัดทำโครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่สู่สุขภาพดี บูรณาการกับกิจกรรม 5 ส. - กำหนดจัดโซน/มุมสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริม สุขภาพของแต่ละหน่วยงาน - สุ่มประเมินการดำเนินตามแนวทางกิจกรรม 5 ส ของแต่ละหน่วยงาน - สนับสนุนการเสริมแรงจูงใจแก่บุคลากรใน รูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสม	- คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย - คณะกรรมการ อาชีวอนามัย	1. ร้อยละ 80 หน่วยงานมีการ ดำเนินกิจกรรมผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน 5 ส 2. ผู้รับบริการและผู้ ให้บริการพึงพอใจ สถานที่บริการและ สถานที่ทำงาน ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 80	มิถุนายน- สิงหาคม 2559	คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อม และความ ปลอดภัย
45 การพิทักษ์ สิ่งแวดล้อม	1. ควรตรวจสอบคันหารอยรั่วของท่อ รับน้ำเสีย การจัดการระบบดักขยะใน บ่อสูบน้ำเสีย เพื่อให้ น้ำเสียไหลเข้า ระบบอย่างเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริม ให้มีการตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการ บำบัดทั้งการตรวจประจำวัน (ค่า pH, Cl, อุณหภูมิ) ประจำสัปดาห์ (ค่า DO) ทั้งในบ่อบำบัดและน้ำทิ้งที่ผ่าน การบำบัด และส่งตรวจภายนอกตาม ระยะเวลาที่กำหนด นำผลที่มี แนวโน้มไม่เป็นไปตามมาตรฐานมา ทบทวนและปรับปรุงให้เป็นไปตาม มาตรฐาน	1. จัดทำแผนเสนอผู้บริหาร ในการดำเนินการ ตรวจสอบรอยรั่วระบบที่รับน้ำทิ้งผ่านระบบ 2. ประสานเทศบาลตำบลเชียงกลาง ขอรับการ สนับสนุนรถน้ำในการล้างระบบที่นำส่งน้ำ ทิ้ง 3. จัดทำทะเบียนบันทึกการตรวจสอบคุณภาพ น้ำทิ้งผ่านระบบรายวัน/รายสัปดาห์ให้เป็น ปัจจุบัน ติดตามกำกับโดยงานสุขาภิบาลและ ป้องกันโรค 4. ประสานเครือข่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดและกลุ่มงาน อนามัยสิ่งแวดล้อม สสจ. นำมาในการจัดทำ แผนส่งตัวอย่างน้ำ ทิ้งน้ำเพื่อการบริโภคและ	- คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย	1. อุปกรณ์รั่วซึมขัดข้อง เกี่ยวกับระบบบำบัด น้ำเสียได้รับการ แก้ไขที่เหมาะสม 2. มีการส่งตัวอย่างน้ำ ตามแผนและมีผล การตรวจวิเคราะห์ คุณภาพน้ำทิ้งผ่าน ระบบตามเกณฑ์ มาตรฐาน	ตลอด ปีงบประมาณ (แผนส่ง ตัวอย่างน้ำ เพื่อตรวจ วิเคราะห์ คุณภาพทุก รอบ 4 เดือน)	คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อม และความ ปลอดภัย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		น้ำทิ้งผ่านระบบบำบัด ตามมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข				
	2.ควรปรับปรุงระบบการขนส่งขยะติดเชื้อไปทำลายที่เตาเผาขยะของเทศบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานลดการแพร่กระจายเชื้อ	ทบทวนการบรรจุถุงขยะในถังขยะให้พอดี สามารถปิดฝาถังขยะได้มิดชิด มีการป้องกันไม่ให้ถังล้มขณะขนส่ง และติดแผ่นยางหรือม่านพลาสติกบังรอบตัวรถขนส่ง, บุคลากรมีชุด PPE ที่รัดกุม (mask, ผ้ากันเปื้อนพลาสติก, ถุงมือ ยางหนา, เสือคลุม, บู๊ท, Alc.gel)	- คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย	ระบบการขนส่งขยะติดเชื้อไปทำลายได้รับการแก้ไขตามมาตรฐาน	กันยายน 2558	คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ						
48 การป้องกันการติดเชื้อ	1. ลดการติดเชื้อในพื้นที่เสี่ยง : ทีมควรวางระบบติดตาม กำกับดูแลในพื้นที่เสี่ยงเช่น ความเหมาะสมของ zoning เช่นห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหน่วยจ่ายกลางเพื่อลดการปนเปื้อน รวมทั้งความเหมาะสมในการแยกผ้าเปื้อนในหน่วยจ่ายกลาง	1. ICN และคณะกรรมการIC ทบทวนตรวจสอบพื้นที่เสี่ยงที่เป็นปัญหา เช่น ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หน่วยจ่ายกลาง งานซักฟอก และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อวิเคราะห์หา GAP จากมาตรฐาน 2. ทำแผนการปรับปรุงเสนอผู้บริหารเพื่อดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบดังนี้ <u>ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอก</u> - กำหนดการคัดแยกและการบรรจุถุงผ้าเปื้อนที่จุดใช้งาน - ปรับการแบ่งโซนให้เป็นสัดส่วนชัดเจนเขตสกปรกเขตปนเปื้อนและเขตสะอาด <u>ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยจ่ายกลาง</u>	งานซักฟอก ,หน่วยจ่ายกลาง ,งานห้องผ่าตัด/ห้องคลอด และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1. หน่วยบริการหรือหอผู้ป่วยเป้าหมายมีการปรับพื้นที่ที่เหมาะสมตามมาตรฐาน	มีนาคม-กันยายน 2559	หัวหน้า หน่วยงานเป้าหมาย 4 หน่วยงาน (งานซักฟอก, งานหน่วยจ่ายกลาง, งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานห้องคลอด/ห้องผ่าตัด),งาน IC,งานENV และกภบ.

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		- ทบทวนการปรับปรุงพื้นที่ทำงานและออกแบบพื้นที่ทำงานที่เหมาะสม(การแบ่ง zone เช่น บริเวณทำความสะอาด บริเวณห่ออุปกรณ์ บริเวณทำให้ปราศจากเชื้อ และบริเวณเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ)โดยจัดการจราจรแบบเดินทางเดียวกันฉกปิดทางเดินระหว่างห้องคลุกถุ้งมือและบริเวณล้างเครื่องมือเพิ่มการตรวจสอบอุณหภูมิความชื้นในห้องเก็บอุปกรณ์ - ปรับระบบการตรวจสอบการทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานโดยทดสอบ Bovix dix test, เพิ่มความไวของระบบการตรวจสอบทางชีวภาพ - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน <u>ห้องผ่าตัดและห้องคลอด</u> - ทบทวน one way traffic คือ การนำเครื่องมือที่ใช้แล้วส่งออกไปทำความสะอาดโดยไม่ทำให้สิ่งสะอาดปราศจากเชื้อปนเปื้อน โดยปรับเปลี่ยนเส้นทางขนย้ายของสกปรก ไม่ให้ปนเปื้อนในเขตสะอาด <u>ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</u> - จัดแบ่งโซนให้เป็นสัดส่วนโดยแยกโซน CPR, โซนสังเกตอาการและการให้ยา SK กันห้องให้เป็นสัดส่วน				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		- จัดแบ่งเตียงดูแลผู้ป่วยแยกตามประเภทที่ ต้องการบริการ เช่นเตียงทำแผล เตียงสังเกต อาการและเตียงนวดยา				
	2.การทำให้ปราศจากเชื้อ : ควรวาง ระบบการติดตามกำกับดูแลการ ปฏิบัติ รวมทั้งสร้างความเข้าใจ มาตรฐานการทำให้ปราศจากเชื้อของ เจ้าหน้าที่ตั้งแต่การล้าง การบรรจุหีบ ห่อ การนึ่ง การจัดเก็บเป็นต้นเพื่อ สร้างความมั่นใจว่าระบบการทำให้ ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ	1. ทบทวนแนวปฏิบัติการการทำให้ปราศจาก เชื้อและสร้างความเข้าใจของบุคลากรโดย จัดทำ walk rally,เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างหน่วยงาน และการตรวจเยี่ยม หน่วยงานเป็นต้น 2. เพิ่มระบบการติดตามกำกับดูแลการปฏิบัติ โดยทำ IC Round, การสุ่มตรวจโดยทีมและ หัวหน้าหน่วยงาน, การตรวจสอบแบบไขว้ หน่วยงานเป็นต้นกำหนดเป็นวาระติดตามใน คณะกรรมการบริหาร, หน่วยงาน ค้นข้อมูล ผลการกำกับติดตามการปฏิบัติ เรียงลำดับ คะแนนของหน่วยงาน ปัญหาอุปสรรคเพื่อ นำไปสู่การปรับปรุงทุก 2 เดือน 3. เสริมสร้างแรงจูงใจทั้งทางบวกและลบ เช่น เก็บแต้มผลงานเพื่อพิจารณาความดี ความชอบ,การให้รางวัลบุคคลและหน่วยงาน ต้นแบบการเรียงระดับคะแนนผลของการ ปฏิบัติ เป็นต้น	เจ้าหน้าที่ทุก ระดับใน โรงพยาบาล เชิงกลางและ เครือข่าย สาธารณสุข อ. เชิงกลาง	1. ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของ เครื่องทำให้ปราศจาก เชื้อ(เครื่องนึ่งไอน้ำ) 2. หน่วยงานบริการและ หอผู้ป่วยมีการทำให้ ปราศจากเชื้อถูกต้อง ตามมาตรฐานทุก กิจกรรม 3. หน่วยงานบริการและ หอผู้ป่วยไม่มี เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ ปราศจากเชื้อที่ หมดอายุค้างในหน่วย บริการหรือหอผู้ป่วย	มีนาคม- กันยายน 2559	กชพร, สุมิ ตรา และ รณิดา (งาน IC กับงาน supply)
	3.การกำกับติดตามมาตรการ : ทีม ควรวางระบบการติดตามมาตรการ/	1. กำหนดนโยบายการดำเนินงาน IC ในเชิงรุก โดยเฉพาะ UP/IP, education program รวมทั้งการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของ	เจ้าหน้าที่ทุก ระดับใน	1. บุคลากรใน โรงพยาบาลปฏิบัติ	มีนาคม-	กชพร,รณิดา ,ทีม IC

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	นโยบายสำคัญของระบบการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ เพื่อนำมาสู่ การเสริมพลังและปรับปรุงระบบให้มี ความเหมาะสม	การติดเชื้อที่สำคัญของโรงพยาบาล เช่น การ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจาก การให้สารน้ำการติดเชื้อในกระแสเลือด และ การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ต้องได้รับ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ 2. สื่อสารนโยบาย/สร้างความเข้าใจกับบุคลากร ทุกระดับ /ทีม/หน่วยงานเพื่อนำลงสู่การ ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ 3. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม นโยบายเพื่อหาโอกาสพัฒนา (ตามระบบใน หัวข้อการทำให้ปราศจากเชื้อ) 4. นำโอกาสพัฒนาที่ได้มาทำ clinical CQI เพื่อ ลดอัตราการติดเชื้อมากกว่า ดำเนินการ ปรับเปลี่ยนโดยใช้แนวคิดและเครื่องมือ คุณภาพที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง evidence-based practice (ด้วยการทำ gap analysis), การทำ RCA จากอุบัติการณ์ที่พบ , การเรียนรู้ good practice จากที่อื่นเป็นต้น นำเสนอ clinical CQI กับผู้บริหารและเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆ 5. เสริมสร้างแรงจูงใจทั้งทางบวกและลบ เช่น เก็บแต้มผลงานเพื่อพิจารณาความดี ความชอบ,การให้รางวัลบุคคลและหน่วยงาน ต้นแบบ การเรียงระดับคะแนนผลของการ ปฏิบัติ เป็นต้น	โรงพยาบาล เชียงใหม่	ตามมาตรฐานวิธี ปฏิบัติการป้องกันและ ควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อ เช่น การล้างมือ การใช้ อุปกรณ์ป้องกัน การ ทักไข้และของมีคม การแยกผู้ป่วยเป็นต้น 2. อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล < 2 ต่อ พันวันนอนรวม	กันยายน 2559	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
49 การเฝ้าระวังการ ติดเชื้อและติดตาม กำกับ	1.ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ : ควรส่งเสริมให้นาเกณฑ์การ วินิจฉัยการติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้การกำหนดเกณฑ์คัดกรอง เพื่อให้หน่วยเวชระเบียนเลือกเวช ระเบียนที่มีโอกาสพบการติดเชื้อให้ ICN ทบทวนเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลอาจเป็นช่องทางหนึ่ง ของการเรียนรู้การเฝ้าระวังการติด เชื้อ	1. ประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังกับเวช ระเบียนผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อแต่ละ ลักษณะโดยเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อที่ ได้จาก WARD กับ ICN ทุกเดือน 2. ทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่เป็น มาตรฐานปรับให้ทันสมัยซึ่งอ้างอิงจาก CDC update ปี 2013,ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อใน รพ.และสถาบันบำราศนราดูร ปี 2556 3. จัดอบรมสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ พร้อมกับ ทำคู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อที่เป็นปัจจุบัน และง่าย/สะดวกในการเข้าถึงข้อมูลเกณฑ์ การวินิจฉัยการติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ 4. ทำกิจกรรมทบทวนเวชระเบียนที่มีโอกาสพบ การติดเชื้อโดยประสานให้ทีมเวชระเบียน คัดเลือกเวชระเบียนที่สงสัยว่าอาจมีการติด เชื้อเช่น ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ผู้ป่วย นอนรพ.นาน> 10 วัน ผู้ป่วย pneumonia เป็นต้นให้ ICN ทบทวนเพื่อวินิจฉัยการติด เชื้อในโรงพยาบาล (ทั้งที่อยู่ในเป้าหมายการ เฝ้าระวังและไม่อยู่ในเป้าหมาย)โดยใช้ มุมมองของการเกิด adverse event หาก พบว่ามี adverse event ให้ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่อาจจะก่อให้เกิด under report ใน อัตราการติดเชื้อของ รพ.	เจ้าหน้าที่ทุก ระดับใน โรงพยาบาล เชียงใหม่	ประสิทธิภาพการเฝ้า ระวังการติดเชื้อมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80	ตุลาคม 2558 - มีนาคม 2559	กชพร,รมิดา ,ทีม IC

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		5. ICN วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังเพื่อ ดูแนวโน้มของ อัตราการติดเชื้อที่ เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในภาพรวมของ โรงพยาบาลและจำแนกตามระดับวิทยา นำ ข้อมูลที่ได้ไปสู่การดำเนินการแก้ไขปรับปรุง 6. เผยแพร่ผลการวิเคราะห์ให้ผอ.,กกบ. และ ผู้เกี่ยวข้องทราบ 7. เน้นการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหัตถการและ กระบวนการต่างๆ ดังต่อไปนี้: - การใช้ standard precautions แล และ isolation precautions -การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และ การทำให้ปราศจากเชื้อ -การจัดการ(สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ ปนเปื้อนเชื้อโรค -การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของ บุคคลโดย ICN ร่วมกับทีม IC วิเคราะห์ ความเสี่ยงที่จะมีการติดเชื้อในการทำ หัตถการและขั้นตอนหรือกระบวนการทำงาน ต่างๆข้างต้น และสร้างความตื่นตัวหรือจัดให้ มีข้อความเตือนใจ (reminder) ที่จำเป็นในจุด ที่จะเกิดความเสี่ยงวิเคราะห์โอกาสและ ลักษณะที่จะไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการที่ กำหนดไว้ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตาม ความเหมาะสม				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		8. การรณรงค์อย่างสม่ำเสมอสำหรับมาตรการบางอย่าง เช่น การส่งเสริมการล้างมือของบุคลากร 9. ติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญทุก 3 เดือน โดยการทำ focus group / สัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงาน และการสังเกตการทำงาน 9. คืบข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ เพื่อดำเนินการแก้ไขปรับปรุง				
	2. ประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพ : จากการศึกษาที่มีการจัดทำแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล Antibiotics Smart Use (ASU) ร่วมกับองค์กรแพทย์และเภสัชกรใน 3 โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออก ควรส่งเสริมระบบติดตามประเมินผลเพื่อนำมาสู่การออกแบบระบบต่อไป	1. ประชาสัมพันธ์โครงการบริเวณสถานบริการ 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงสถานการณ์ปัญหาและให้ความรู้ตามแนวทางการรักษาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยา เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ 3. อธิบายให้ความรู้ และติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในรายที่ได้รับ/ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรคเป้าหมาย ประชุมคืบข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงาน 4. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์วิเคราะห์ความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ทั้งของปีที่ผ่านมาและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยาต้านจุลชีพ	สถานประกอบการ ร้านขายยา, รพ.สต.ทุกแห่ง, หน่วยงานและบุคลากรในรพ.ที่เกี่ยวข้อง	1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรคเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 20 2. มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรคเป้าหมายลดลง	เมษายน – กันยายน 2559	ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน และคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงใหม่, ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์, ทีม IC

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		5. คณะกรรมการ IC ร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรมและผู้เกี่ยวข้อง ติดตามการใช้จ่ายด้านจุลชีพภายในโรงพยาบาล แนวโน้มการเพิ่มของการใช้จ่ายแต่ละตัว เทียบกับความไวของเชื้อต่อยาดังกล่าว และติดตามเฝ้าระวังปัญหาเชื้อดื้อยา 6. สื่อสารแนวโน้มการใช้จ่ายด้านจุลชีพให้องค์กรแพทย์ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด(PTC) เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างเหมาะสมในปีต่อไป				
II-5 ระบบเวชระเบียน						
51 การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน	1.ควรมีการนำข้อมูลอุบัติการณ์การสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยในมาทบทวนและปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง	- ปฏิบัติตาม Flow ของการส่งเวชระเบียน เช่น รับมาจาก Ward แล้วส่งให้แพทย์เจ้าของไข้ กำหนดวันรับชาร์ตคืน กรณีที่มีการโยกย้ายเวชระเบียนในช่วงขณะนั้น ต้องแจ้งผู้รับผิดชอบการเดินชาร์ต (นันทน์ภัส) ให้รับทราบด้วย และมีการเขียนยืมเวชระเบียนทุกครั้ง(มีสมุดบันทึกรายละเอียดการรับ /ส่งชาร์ต) - กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนไม่ว่าจะจากหน่วยงานภายในโรงพยาบาล /นอกโรงพยาบาล ต้องเขียนยืมเวชระเบียนทุกครั้ง ที่ผู้รับผิดชอบ (มะลิวัลย์) **ตั้งแต่ดำเนินการมา ก็ไม่มีอัตราการสูญหายของเวชระเบียน**	1.เวชระเบียนผู้ป่วยใน 2.คณะกรรมการเวชระเบียน	อัตราการสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 0	ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559	น.ส.กวิสรา ลำทา

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	2. การออกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกผิด คนมาทบทวนและปรับปรุงระบบที่ เกี่ยวข้อง	1. ชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลักการ Identify (การระบุตัวผู้ป่วย) ต้องถามชื่อ นามสกุล ที่อยู่ทุกครั้งผู้ป่วยมารักษา และ ผู้ป่วยต้องยื่นบัตรประจำตัวผู้ป่วยพร้อมบัตร ประจำตัวประชาชน เพื่อความถูกต้องและ ตรวจสอบสิทธิ 2. แจ้งในการประชุม IM ทุกเดือน (หัวหน้าห้อง บัตรเป็นคณะกรรมการด้วย)	1. เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก 2. เจ้าหน้าที่ ห้องบัตร	อัตราการออกเวช ระเบียนผู้ป่วยนอกผิด คนเป็นร้อยละ 0 (จาก รายงานอุบัติการณ์ความ เสี่ยง)	ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559	น.ส.กวิสรา ลำทา
	3.การรักษาความปลอดภัยของ เวชระเบียนที่รอการทำลายในการ จัดเก็บให้มีมิติชัดเจนโอกาสสูญหาย	เวชระเบียนที่รอทำลาย หลังจากดำเนินการตาม ขั้นตอนแล้ว จะพักไว้ที่ห้องเก็บเวชระเบียน (อยู่ ทางด้านหลังของ รพ.) และส่งทำลายต่อไป	เวชระเบียน ผู้ป่วยใน	อัตราการสูญหายของ เวชระเบียนที่รอทำลาย เป็นร้อยละ 0	ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559	น.ส.กวิสรา ลำทา
II-6 ระบบการจัดการด้านยา						
55 การเก็บสำรองยา	ควรสนับสนุนให้มีการปรับสภาพทาง กายภาพ โดยการนำมาตรฐานมา ดำเนินการ เช่น การจัดสถานที่คลัง เวชภัณฑ์ให้ปลอดภัย การจัดชั้น วางยาที่เหมาะสม การวางแผน อค์คิภย์ที่ชัดเจนสำหรับคลังเวชภัณฑ์ การรักษาฉุกเฉินของตู้เก็บยาและ วัคซีนในทุกจุดที่มีการสำรองยา การ ลดจุดสำรองยาที่ไม่จำเป็น	โรงพยาบาลได้มีการแก้ไขและปรับปรุงพร้อมส่ง รายงานให้ผู้เยี่ยมสำรวจทราบแล้วหลังการเยี่ยม สำรวจ 1 เดือน โดยมีการพัฒนาดังนี้ 1. พัฒนาคิลงยาและเวชภัณฑ์ - ทบทวนมาตรฐานคลังยาและหาส่วนขาดเพื่อ นำสู่การปรับปรุง ได้แก่ - งานคลังยาและเวชภัณฑ์ทบทวนการจัด อัตรากำลังโดยเพิ่มเจ้าหน้าที่คลังยา 1 คน - ทำแผนผังการจัดวางยาและเวชภัณฑ์ และติด ไว้ในคลังยาและเวชภัณฑ์ - ทำแผนอค์คิภย์ติดไว้หน้าคลังยาและเวชภัณฑ์ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่และทีม ENVทราบ	เจ้าหน้าที่งาน บริหารคลังยา และเวชภัณฑ์	1. คลังยาและเวชภัณฑ์ ได้รับการตรวจเยี่ยม มาตรฐานทุก 3 เดือน 2. ปัญหาที่ตรวจพบจาก การตรวจเยี่ยมได้รับ การแก้ไขทุกปัญหา 3. ไม่พบอุบัติการณ์ยา และเวชภัณฑ์ เสื่อมสภาพจากการ เก็บรักษาไม่เหมาะสม	สิงหาคม 2558 เป็นต้น ไป	น.ส.นฤมล ศรีเจริญ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		- ติดตั้งเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นในบริเวณที่กำหนด มีระบบการบันทึกและติดตามสม่ำเสมอ - จัดหาชั้นวางยาเพิ่ม - จัดหาแผ่นรองยาและเวชภัณฑ์นำมาวางยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่สามารถวางบนชั้นได้ - จัดพื้นที่สำหรับวางยาและเวชภัณฑ์ที่รอตรวจรับและรอจ่ายให้หน่วยงาน - ทำความสะอาดพื้นที่และจัดวางยาและเวชภัณฑ์ตามผังที่กำหนด - ติดตั้งประตูลูกกรงเพิ่มที่ประตูทางเข้าคลังเวชภัณฑ์ และปิดประตูที่อาจมีสัตว์แทะเข้ามาในบริเวณคลังยาและเวชภัณฑ์ - ให้มีตัวแทนจากคณะกรรมการบริหารเข้าตรวจเยี่ยมและประเมินคลังยาทุก 3 เดือน				
		2. พัฒนาระบบการสำรองยาในหน่วยงาน - NCD ยกเลิกการสำรองยาทุกชนิด - ห้องคลอด ยกเลิกสำรองยาปฏิชีวนะและยาขับปัสสาวะ ให้สำรองเฉพาะยาพาราเซตามอล - จัดทำวิธีปฏิบัติเรื่องการสำรองยาในหน่วยงาน และการจัดการยาเย็นเมื่อเกิดเหตุการณ์ไฟฟ้าดับ - จัดทำแผนผังยาตู้เย็นของแต่ละหน่วยงาน วิธีปฏิบัติ และแบบบันทึกอุณหภูมิติดไว้ที่ตู้เย็น	เจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานที่มี การสำรองยา	1. หน่วยงานที่มีการสำรองยา ได้รับการตรวจเยี่ยมมาตรฐานทุก 3 เดือน 2. ปัญหาที่ตรวจพบจากการตรวจเยี่ยมได้รับการแก้ไขทุกปัญหา	1. พัฒนาระบบการสำรองยาสังหาคม-กันยายน 2558 2. ตรวจเยี่ยมมาตรฐานการสำรองยาที่	น.ส.วรารพ พิมสาร

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		- จัดหาอุปกรณ์รักษาความเย็นให้พร้อมใช้ในหน่วยงาน เพื่อสามารถนำมาใช้ได้ทันทีเมื่อไฟฟ้าดับ - ห้องยาและหน่วยงานจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในหน่วยงาน เรื่องการสำรองยาในหน่วยงาน และการจัดการยาเย็นเมื่อเกิดเหตุการณ์ไฟฟ้าดับ - ห้องยาออกตรวจเยี่ยมการสำรองยาและการปฏิบัติตามข้อตกลงทุก 3 เดือน		3. ไม่พบอุบัติเหตุการฉีดยา เสื่อมสภาพจากการเก็บรักษาไม่เหมาะสม	หน่วยงานทุก 3 เดือน	
56 การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง	ควรส่งเสริมให้วางแนวทางการทบทวนการใช้ยาอย่างเป็นระบบโดยคณะกรรมการของโรงพยาบาล เน้นการสร้างความรู้เข้าใจในเรื่อง High alert drug ในผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยามากยิ่งขึ้น	1. PTC ร่วมกับ HRD จัดอบรมวิชาการการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นประจำทุกปี ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา การใช้ยา High alert drug, การใช้ยาช่วยชีวิต, ระบบการป้องกันแพ้ยาซ้ำ, การบริหารยาแก่ผู้ป่วย เป็นต้น (จัดในช่วงเดือนพฤษภาคมพร้อมปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่)	พยาบาลในหน่วยงานที่มีการบริหารยาแก่ผู้ป่วย	1. มีการอบรมวิชาการ เรื่องการบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นประจำทุกปี	เดือน พฤษภาคม พร้อมกับการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่	น.ส.วราพร พิมสาร
		2. มีการทบทวนระบบการใช้ยา High alert drug ที่มีอยู่เดิมพบว่า 2.1 เครื่องมือที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลยาเป็นรูปเล่ม, ข้อมูลยาในคอมพิวเตอร์, ฉลากเตือนบนภาชนะยา, ใบติดตาม ADR , สติกเกอร์ติดหน้าซาร์ท และใบแขวนเตือนท้ายเตียง จากการทบทวนพบว่าข้อมูลวิธีการบริหารยาและการติดตาม ADR ยังไม่สะดวกในการใช้ยังยากต่อการเข้าถึง จึงจัดทำแผ่นคู่มือการ	พยาบาลในหน่วยงานที่มีการบริหารยาแก่ผู้ป่วย	1. มีการจัดทำแผ่นคู่มือการบริหารยาสำหรับผู้บริหารยา 2. อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติของการใช้ยา High alert drug ลดลง	1. พัฒนาเครื่องมือมีนาคม – เมษายน 2559 2. อบรมทบทวนวิธีปฏิบัติของระบบ HAD	น.ส.วราพร พิมสาร

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		บริหารยาสำหรับผู้บริหารยา ที่อ่านง่าย หยิบ ใช้ง่าย วางไว้บริเวณที่เก็บยา (ข้อมูลยา 1 ชนิดต่อ 1 ใบ) และติดใบนี้ไปกับใบสั่งยาของ ผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ทุกจุดบริการได้ทราบด้วย 2.2 พบการไม่ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติร้อยละ 35 จึงมีแผนการพัฒนาโดย PTC ร่วมกับ HRD ในการทบทวนหลักสูตรการปฐมนิเทศ เจ้าหน้าที่ใหม่โดยให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับการ บริหารยา high alert drug ด้วย และให้มีการ อบรมทบทวนวิธีปฏิบัติเป็นประจำทุกปี (ช่วง เดือนพฤษภาคม)			พฤษภาคม 2559	
58 การบริหารยาและ ติดตามผล	ควรส่งเสริมให้ประเมินและปรับปรุง การเตรียมยาและบริหารยาที่วางไว้ อย่างเป็นระบบโดยเฉพาะยาฉีดควร ส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อลด ความคลาดเคลื่อนทางยาให้อยู่ใน ระดับที่ต่ำลง	1. PTC ทบทวนการเตรียมยาและการบริหารยา แก่ผู้ป่วยในทุกจุดบริการ แล้วนำมาปรับปรุง ให้ถูกต้องมาตรฐานและบริบทของ รพ. แล้ว นำไปปฏิบัติในทุกหน่วยงานเพื่อให้เป็น มาตรฐานเดียวกัน 2. PTC ติดตามการปฏิบัติตามข้อกำหนดของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วรายงานต่อที่ประชุม เป็นประจำ 3. PTC ร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยงในการจัด อบรมเรื่องการรายงานความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ ทุกคนเป็นประจำทุกปี กระตุ้นให้ทุกหน่วยงาน มีการรายงานอุบัติการณ์และการทบทวน แล้ว นำเสนอในที่ประชุมทีมความเสี่ยง	PTC และ หน่วยงานที่มี การบริหารยา แก่ผู้ป่วย	1. มีการปรับปรุงคู่มือ/ วิธีปฏิบัติเรื่องการ เตรียมยาและบริหาร ยาแก่ผู้ป่วย 2. ทุกหน่วยงานมีการ ปฏิบัติตามคู่มือ/วิธี ปฏิบัติเรื่องการเตรียม ยาและบริหารยา 3. อุบัติการณ์การเตรียม ยาและการบริหารยา ลดลง	เมษายน- กันยายน 2559	น.ส.วราพร พิมสาร

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
59 การวางแผน ทรัพยากร และการ จัดการห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์	ควรดำเนินการสอบเทียบและ บำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์การ ตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ต่อเนื่อง และครอบคลุม เพื่อให้เครื่องมือมี ความพร้อม มีความเที่ยงตรง	1.ทำแผนการสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี 2.บำรุงรักษาเครื่องมือเป็นประจำทุกวันโดย เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 3.บำรุงรักษาเครื่องมือทุก 3 เดือนโดยช่าง เทคนิคของโรงพยาบาล 4.บำรุงรักษาเครื่องมือวิเคราะห์อัตโนมัติทุก 1 เดือนโดยช่างชำนาญพิเศษของบริษัท	- งานชั้นสูตร - งานซ่อมบำรุง -ช่างของ บริษัท	1. สอบเทียบเครื่องมือ และอุปกรณ์การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ประจำปี 2. เครื่องมือและอุปกรณ์ การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการผ่าน การสอบเทียบ 100%	ทุกปี (เดือน พฤศจิกายน ของทุกปี)	นางเทียมทอง พรมมิ, นายกิจชัย พรมมิ
60 การจัดการบริการ ปฏิบัติการทางการแพทย์	ควรทบทวนระบบ LIS ที่มีการ นำมาใช้ในโรงพยาบาล (มีทั้งหมด 3 ระบบ แยกตามประเภทของเครื่อง) ให้รวมเป็นระบบเดียวกัน เพื่อลด ความซ้ำซ้อนลดความผิดพลาดในการ รายงาน และควรติดตามผลการ รายงานคำวิฤติว่าได้มีการนำไปใช้ ประโยชน์ตามแนวทางที่วางไว้หรือไม่	1. เสนอผ่านเวทีผู้บริหารระดับจังหวัดในการ จัดซื้อจัดจ้างในปีงบประมาณ 2560 2. จัดทำแบบบันทึกการรายงานคำวิฤติและ ติดตามผลโดยการ Round Ward ร่วมกับ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 3.ทบทวนคำวิฤติร่วมกับแพทย์ทุกปีเนื่องจาก แพทย์หมุนเวียน	- งานชั้นสูตร - องค์กรแพทย์ - ทีม PCT	-ระบบ LIS ใน โรงพยาบาลมีเพียง 1 ระบบ -มีแบบบันทึกการ รายงานคำวิฤติ - มีการทบทวนระบบ การรายงานคำวิฤติทุก ปี	ตุลาคม 2559 มีนาคม 2559	นางเทียมทอง พรมมิ
61 ระบบคุณภาพทาง ห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์	ควรทำ IQC และ EQA ให้ครอบคลุม ในทุกรายการตรวจทดสอบและนำผล มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบ การตรวจทดสอบ การพัฒนาขีด ความสามารถของผู้ปฏิบัติ รวมทั้ง ควรนำผลการติดตามตัวชี้วัด เช่น การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ การปฏิเสธผล	1.ทำ IQC และ สมัคร EQA ทุกรายการตรวจ ทดสอบสำหรับ EQA ที่ไม่มีรายการทดสอบ จากสถาบันและจากศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์ได้ทำการทดสอบโดยวิธี Interlab comparison 2.นำผลที่ได้จากการทดสอบมาควบคุมและ พัฒนาขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติ	งานชั้นสูตร	- ทุกการทดสอบผ่าน การควบคุมคุณภาพ IQC และ EQA	มกราคม 2559	นางเทียมทอง พรมมิ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	การตรวจ การรายงานผลผลิตผลตาม ทบทวนและปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง และควรรนำมาตรฐานงานเทคนิค การแพทย์ (Laboratory Accreditation) มาพัฒนาระบบงาน ในห้องปฏิบัติการ	3.มีการทำแบบบันทึกการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ การปฏิเสธผลการตรวจ และทบทวนความ เสี่ยงที่เกิดขึ้นและถ้าความเสี่ยงที่เกิดไม่ เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนดมีการอบรมให้ ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 4.ติดตั้งระบบ LIS เพื่อลดความเสี่ยงในการ รายงานผลผลิตผล 5.เข้าร่วมโครงการประเมินมาตรฐานงานเทคนิค การแพทย์ (Laboratory Accreditation)				
62 (ก) การบริการ โลหิตวิทยาใน โรงพยาบาลที่ไม่มี คลังเลือด	ควรวางระบบการลงทะเบียนข้อมูล ประวัติการรับเลือดและผลการให้ เลือดเพื่อสะดวกในการค้นหาประวัติ รวมทั้งควรวางระบบการติดตามการ เกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดเพื่อ ความปลอดภัย	1.จัดทำแบบบันทึกและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์บันทึก ทะเบียนข้อมูลประวัติการรับเลือดและผลการ ให้เลือดเพื่อสะดวกในการค้นหาประวัติ 2.จัดทำแบบบันทึกการให้เลือดและปฏิกิริยาจาก การให้เลือด ทบทวนการเกิดปฏิกิริยาการให้ เลือดร่วมกับแพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้อง เพื่อเลือกชนิดของเลือดหรือ ส่วนประกอบของเลือดในครั้งต่อไปเพื่อความ ปลอดภัย	งานชั้นสูง	มีบันทึกทะเบียนข้อมูล ประวัติการรับเลือดและ ผลการให้เลือด	มกราคม 2559	นางเทียมทอง พรมมิ
63 การวางแผน ทรัพยากรและการ จัดการบริการรังสี วิทยา	การให้บุคลากรมาเป็นผู้ช่วยในการ ปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจทางรังสีนั้น ควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการวัด ปริมาณรังสีส่วนบุคคลให้ครอบคลุม ทุกคนและควรวางระบบการกำกับ	1. ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานรังสีมีเครื่องวัด ปริมาณรังสีทุกคน - ได้ดำเนินการขอใช้ตัววัดรังสีไปยังสำนักงาน รังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้แก่เจ้าหน้าที่	บุคลากรที่ ปฏิบัติงานรังสี ทุกคน	1. ส่งเครื่องวัดปริมาณ รังสีไปตรวจสอบ ปริมาณรังสีที่ศูนย์ วิทยาศาสตร์ การแพทย์ ทุก 3 เดือน	เริ่มใช้ เครื่องวัดรังสี เมื่อ กันยายน 2558	นางลัดดา พรมมีเดช

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	ติดตามการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปตามมาตรฐาน	ทุกคนที่มาปฏิบัติงานที่งานรังสี และนำมาใช้ทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติงาน 2. วางระบบการกำกับติดตามการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรที่มาช่วยให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยให้มีการตรวจสอบภาพถ่ายย้อนหลังโดยเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ หากพบข้อผิดพลาด จะแจ้งให้ทราบและให้ความรู้เพื่อแก้ไขในการปฏิบัติครั้งต่อไปทันที 3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเอ็กซเรย์ผู้ป่วย ให้แก่บุคลากรที่มาช่วยปฏิบัติหน้าที่ทุกคน เป็นประจำทุกปี		2. ผลตรวจปริมาณรังสีต้องไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด 3. เจ้าหน้าที่ที่มาช่วยปฏิบัติหน้าที่ทุกคนได้รับการอบรมเป็นประจำทุกปี 4. มีการติดตามการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรที่มาช่วยอย่างต่อเนื่อง	เริ่ม เมษายน 2559	
64 การบริการรังสีวิทยา	ควรทบทวนและปรับปรุงระบบการให้บริการเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนมาใช้ในงานระบบ PACS เช่น การส่งผลการตรวจผิดคนการควบคุมปริมาณรังสีในการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการปรับปรุงระบบการควบคุมการเข้าถึงข้อมูล การยืมภาพถ่ายเอ็กซเรย์ของผู้ป่วยให้มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น	1. ปรับปรุงระบบการให้บริการเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนมาใช้ในงานระบบ PACS - ให้บริษัทเจ้าของเครื่องจัดอบรมการใช้เครื่อง - ตีตรูการถ่ายภาพทำต่างๆและปริมาณรังสีที่ใช้ ไว้บริเวณเครื่องถ่ายรังสี - กำหนดขั้นตอนการซักประวัติผู้ป่วย,การลงข้อมูล และขั้นตอนการถ่ายรังสีและพิมพ์ติดไว้บริเวณปฏิบัติงาน ป้องกันการถ่ายภาพผิดคนผิดท่า, ส่งผลตรวจผิดคน 2. ปรับปรุงระบบการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลการยืมภาพถ่ายเอ็กซเรย์ของผู้ป่วย	บุคลากรที่ปฏิบัติงานรังสีทุกคน	1. ไม่พบอุบัติการณ์ส่งผลการตรวจผิดคน 2. อุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องความลับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับผลเอ็กซเรย์	กันยายน 2558 เป็นต้นไป	นางลัดดาพรมีเดช

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		- จำกัดผู้เข้าถึงข้อมูลผลเอกซเรย์ในระบบ HOSxP ให้เข้าถึงได้เฉพาะแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์โดยประสานงาน IT ดำเนินการ - กำหนดจุดให้สามารถคัดลอกข้อมูลผลเอกซเรย์ที่ห้องเอกซเรย์เพียงจุดเดียว - นอกเวลาราชการ จะปิดห้องไว้และมีกุญแจเปิดห้องเก็บไว้ที่พยาบาลหัวหน้าเวร ER - การยืมภาพเอกซเรย์ (แบบซีดี) ต้องให้แพทย์เป็นผู้ส่ง และให้ลงบันทึกการขอทุกครั้งในสมุดควบคุมที่ห้องเอกซเรย์ เพื่อเป็นหลักฐาน				
65 ระบบคุณภาพและ ความปลอดภัย บริการรังสีวิทยา	ควรติดตามเครื่องวัดและอุปกรณ์ ที่เกิดขึ้น เช่น อัตราการเอกซเรย์ที่ เกิดขึ้น เช่น อัตราการเอกซเรย์ซ้ำ และนำมาทบทวนเพื่อปรับปรุง ระบบงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งควรมี การวางระบบการขอรับการช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยหลุดตัวเพื่อเพิ่มความ ปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ	จากการทบทวนตัวชี้วัดอัตราการเอกซเรย์ซ้ำ พบสาเหตุ คือ ช่วงนอกเวลาราชการ เจ้าหน้าที่ให้บริการเอกซเรย์จะเป็นพนักงานเปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน ที่สับเปลี่ยนกันมาปฏิบัติหน้าที่ ทำให้มีความหลากหลายในการปฏิบัติ และบางคนขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน จึงได้มีการพัฒนา 1. อบรมให้ความรู้เรื่องการอ่านคำสั่งแพทย์ ทำที่เอกซเรย์ การบำรุงรักษาเครื่องและการเตรียมความพร้อมเครื่องมือก่อนปฏิบัติงาน ขั้นตอนการเอกซเรย์ การป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานและการป้องกัน การป้องกันรังสีและการใช้เครื่องวัดปริมาณรังสี โดยจัดอบรมแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนที่มาปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ จำนวน	บุคลากรที่ ปฏิบัติงานรังสี ทุกคน	1. อัตราการเอกซเรย์ซ้ำลดลง 2. มีกริ่ง และอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ 3. มีการซ้อมแผน CPR ที่ห้องเอกซเรย์เป็นประจำทุกปี	กันยายน 2558	นางลัดดา พรมมีเดช

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		7 คน ในวันที่ 9-10 เมษายน 2558 และกำหนดให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เป็นประจำทุกปี 2. กระตุ้นการรายงานอุบัติการณ์การเอ็กซเรย์ซ้ำ เพื่อหาสาเหตุและปรับปรุงจากทบทวนระบบการขอรับการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยหมดสติขณะให้บริการ พบว่ามีกริ่งฉุกเฉินที่ห้องเอ็กซเรย์แล้วแต่ยังไม่ได้มีการซ่อม แผนการช่วยเหลือจริงที่ห้องเอ็กซเรย์ และขาดอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็น จึงได้พัฒนา - เพิ่มอุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยชีวิต ได้แก่ แผ่นรอง CPR และถังออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ให้ออกซิเจน - ร่วมกับห้องฉุกเฉินในการซ้อมแผน CPR ผู้ป่วยที่ห้องเอ็กซเรย์ - ทำวิธีปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย ติดไว้บริเวณที่ปฏิบัติงาน - กำหนดให้มีการซ้อม CPR เป็นประจำทุกปี				
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ						
66 นโยบาย แผนการติดตามประเมินผลบุคลากรทรัพยากร การสร้างความรู้	ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมที่รับผิดชอบควรจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ จัดระบบกำกับดูแล ประสานงาน ติดตามประเมินผล พร้อมกันจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ	มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับ CUP โดยมีแผนงาน/โครงการควบคุมโรคเช่นเดียวกับปีที่ผ่านมา ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณของ CUP สนับสนุนโครงการป้องกัน ควบคุมโรค HT/DM 69,700 บาท, โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 24,000 บาท, โรคมือ	ประชากรในเขตอำเภอเชียงกลาง	มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่กำหนดโดยคณะกรรมการ	มกราคม 2559 เป็นต้นไป	นายศุภการ เทพอินทร์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ	เท้าปาก 6,250 บาท, โรคฉี่หนู 7,000 บาท และโรคเลปโตสไปโรซิส 7,000 บาท รวมถึงงบประมาณในซ่อมแผนอค์คิภัย 10,000 บาท โดยจะมีการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการในไตรมาสที่ 2 เป็นต้นไป		ประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ		
67 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง	ทีมมีการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพแต่ละช่วงวัย อย่างไรก็ตามควรเพิ่มการวิเคราะห์เชิงความสัมพันธ์กับพื้นที่รับผิดชอบ และประสานข้อมูลกับทีมนำทางคลินิก รวมทั้งหมอบรรณจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น	1. จัดตั้งทีมหมอบรรณในระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ มีคำสั่งที่ชัดเจน และทุกสถานบริการมีการประชุมกำหนดแผน/กิจกรรมเยี่ยมบ้านในพื้นที่ มีการสำรวจและค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อวางแผนดำเนินงาน 2. มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานCOC ระดับอำเภอในโรงพยาบาล และประสานอปท.จัดตั้งศูนย์COCในระดับตำบล 5 แห่ง เพื่อให้การดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายแบบองค์รวม และสามารถเข้าถึงได้ง่าย 3. จัดหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับวิทยาลัยชุมชนน่าน 4. ถอดบทเรียนการดำเนินงานทีมหมอบรรณสู่การพัฒนาบริการอย่างเป็นองค์รวม พร้อมจัดทำคู่มือการดูแลต่อเนื่องร่วมกันระหว่างทีมหมอบรรณและทีมสหสาขาวิชาชีพ 5. เวทีเรื่องเล่าความดี Best practice ระดับอำเภอ เพื่อเสริมพลัง สร้างคุณค่าจากการทำงาน	ประชากรในเขตอำเภอเชียงกลาง	1. จัดตั้งทีมระดับอำเภอ จำนวน 4 ทีม ทีมระดับตำบล 10 ทีม และทีมระดับหมู่บ้าน 2559 ทีม 2. มีศูนย์COC ระดับอำเภอในโรงพยาบาล เชียงกลาง ส่วนศูนย์COCระดับตำบล จะมีการดำเนินการตามโครงการในไตรมาสที่ 3 (รอจัดสรรงบประมาณ) 3. มีการสร้างกลุ่มไลน์กลุ่มดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระดับCUP 4. มีการจัดค่ายอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จผบ.) ระดับCUP	กุมภาพันธ์ 2559 เป็นต้นไป	นายศุภการ เทพอินทร์

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ						
71 การเข้าถึงบริการ ที่จำเป็นและบริการ เร่งด่วน	เนื่องจากสภาพแวดล้อมของอำเภอ เป็นภูเขาสูงหลายหมู่บ้าน จึงควร พัฒนาระบบ EMS ในกลุ่มผู้ป่วย ฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มความสะดวกและ รวดเร็วในการเข้าถึงบริการ	โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบ EMS ใน ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นพื้นที่สูงดังนี้ 1. ประชุมร่วมกับหน่วยกู้ชีพ อปท. เพื่อคืนข้อมูลผลการส่งต่อผู้ป่วย ณ จุดเกิด เหตุมารพ. และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ปัญหาที่พบ 2. รพ. นิเทศติดตามหน่วยกู้ชีพ อปท.ทุกแห่งใน อำเภอเชียงกลาง ทุก 6 เดือน 3. รพ.และแกนนำชุมชน ร่วมกันกำหนด บ้าน เกวต ม. 5 ต.พญาแก้ว เป็นหมู่บ้านนำร่อง ในการพัฒนาการดำเนินงาน EMS ในพื้นที่ สูง (อยู่ไกลที่สุดจากตัวอำเภอ) โดยให้ชุมชน มีส่วนร่วม ดังนี้ 1) มีการพัฒนาความรู้และทักษะของ ประชาชนในหมู่บ้านเพื่อเป็นหน่วยกู้ชีพ โดย ส่งไปอบรม FR รพ.น่าน จำนวน 3 คน ระยะเวลา 3 วัน 2) ปรับปรุงรถเอกซเรย์สำหรับส่งต่อผู้ป่วย โดย ใช้รถของประชาชนในหมู่บ้าน โดยประสาน ชุมชนของบสนับสนุนจาก อปท. 3) รพ.และหมู่บ้านร่วมกันจัดทำแผนจัดหา อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับรถส่งต่อ ผู้ป่วย	7 หมู่บ้านใน พื้นที่สูง	หมู่บ้าน อย่างน้อย 1 หมู่บ้านมีการพัฒนา ระบบ EMS โดยชุมชนมี ส่วนร่วมในการ ดำเนินการ	เมษายน- กันยายน 2559	น.ส.ภัทรีศิริย์ สิงห์ธนะ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		4) รพ.และหมู่บ้านจัดตั้งกองทุนส่งต่อผู้ป่วย ฉุกเฉิน บ้านแถวที่ยากจน โดยให้ประชาชน ร่วมจ่ายค่ารถในการส่งต่อ 4. ประเมินผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน 5. ขยายการดำเนินงานไปยังพื้นที่สูง อีก 6 หมู่บ้านที่เหลือ				
72 กระบวนการรับ ผู้ป่วย	1.การคัดกรอง: จากการที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินพัฒนาคุณภาพการจำแนก ประเภทผู้ป่วย(triage) Lampang ESI tag card 2009 ควรออกแบบระบบ การติดตามประเมินผลเพื่อนำมา ปรับปรุงระบบการคัดกรอง	1. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินทบทวนเกณฑ์การคัด แยกผู้ป่วย 2. ปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการ รวบรวมข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของบุคลากร 3. ประเมินผลการคัดแยกผู้ป่วย เดือนละครั้ง 4. คืบข้อมูลผลการคัดแยกผู้ป่วยกับบุคลากร ทุกคน และร่วมกันหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข เดือนละครั้ง 5. นำผลการคัดแยกที่พบมาปรับปรุงแนว ทางการคัดแยกผู้ป่วย	พยาบาลที่ ปฏิบัติงาน งาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน	ร้อยละของพยาบาลที่คัด แยกผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 80 ขึ้นไป	เมษายน- กันยายน 2559	นางสาวปภา วินท์ เกียง ภา
	2.กระบวนการรับผู้ป่วย : ทีมควร พิจารณาการวางระบบการประสาน ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง หน่วยงานระหว่างแผนก เพื่อให้ สามารถเตรียมรับผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม	1. ประชุมทบทวนระบบการประสานข้อมูลการ ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน 2. กำหนดแนวทางส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ 1) ข้อมูลที่ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนก่อนส่ง ต่อผู้ป่วย 2) แบบฟอร์มหรือเครื่องมือที่ใช้บันทึกข้อมูล 3) วิธีการส่งต่อข้อมูล 4) ผู้รับผิดชอบในการส่งต่อและรับข้อมูล	หัวหน้างาน ward, ER, OPD, LR, OR, NCD	อุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการส่งต่อข้อมูลไม่ ถูกต้องหรือไม่สมบูรณ์	พฤษภาคม 2559	นางอารยา ไชยวงศ์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
73 การให้ข้อมูลและ informed consent	ควรส่งเสริมการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน และประเมินการรับรู้ความเข้าใจของ ผู้ป่วยก่อนขอความยินยอม	ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนขอความยินยอม ได้ ปรับปรุงดังนี้ 1. ประชุม PCT ทบทวนแนวทางการให้ข้อมูล ผู้ป่วยและประเมินการรับรู้ก่อนขอความยินยอม 2. ปรับปรุงแนวทางการให้ข้อมูลและประเมิน การรับรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนขอความ ยินยอม 3. สื่อสารให้บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องปฏิบัติ ตามแนวทางการให้ข้อมูลและประเมินการรับรู้ ก่อนขอความยินยอม 4. ทุกหน่วยงานนำแนวทางฯ ไปใช้ 5. ประเมินผลการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ ทุก 2 เดือน โดย 1) การประเมินบุคลากร 2) ประเมินจากผู้ป่วยหรือญาติ 6. คืบข้อมูลในการประชุม PCT ทุก 2 เดือน เพื่อนำสู่การปรับปรุงแก้ไข	งาน ER, Ward, LR, OPD, องค์กรแพทย์	ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย หรือญาติที่ได้รับการสุ่ม และรับรู้ เข้าใจข้อมูล ก่อนขอความยินยอม	พฤษภาคม – กันยายน 2559	หัวหน้างาน ER, Ward, LR, OPD, องค์กรแพทย์
III-4 การดูแลผู้ป่วย						
80 การดูแลและ บริการที่มีความเสี่ยง สูง	ควรส่งเสริมให้มีการทบทวนการดูแล ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็น ระบบและครอบคลุม เพื่อนำผลการ ทบทวนมาปรับปรุงเชิงระบบต่อไป	1. PCT Team ร่วมกันทบทวนและกำหนดโรคที่ มีความเสี่ยงสูง 2. ทบทวนและจัดทำ Clinical Tracer ในโรคที่ มีความเสี่ยงสูง	ทีม PCT	1. ทีม PCT มีการ ประชุมและติดตาม ผลการดำเนินงาน เป็นประจำทุกเดือน	เมษายน 2559 เป็นต้น ไป	ทีม PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		3. กำหนดการติดตามผลการดำเนินงานตาม KPI ของแต่ละโรคเป็นวาระการติดตามในการประชุม PCT ทุกครั้ง 4. นำผลการทบทวนและผลการดำเนินงานมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง				
81 การระงับความรู้สึก	จากการเยี่ยมหน่วยงานพบโอกาสพัฒนาเรื่องระบบการจัดเก็บยาวิสัญญีให้เหมาะสม ปลอดภัย นอกจากนี้ควรวางระบบการเตรียมความพร้อมให้สามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที	1. พัฒนาระบบจัดเก็บยาให้เหมาะสมปลอดภัย โดยเก็บในชั้นเฉพาะ เขียนระบุชื่อยา และมีการลือคฤณแจ และดูแลส่งต่อฤณแจโดยพยาบาลหัวหน้าเวร 2. บันทึกการใช้ยาในใบสั่งจ่ายยา และให้แพทย์ผู้สั่งลงนามทุกครั้งหลังใช้ยา เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการแลกยาใหม่มาไว้ stock ยา เพื่อให้มียาพร้อมใช้ 3. จัดรถ emergency โดยมีกล่องใส่ยาที่จำเป็นใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ และอุปกรณ์พร้อมใช้ ตรวจสอบความพร้อมและเพียงพอของยาและอุปกรณ์โดยพยาบาลเวรเช้าทุกวัน 4. กำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการจัดเก็บ 5. ทำแผนการช่วยฟื้นคืนชีพของห้องผ่าตัด หน้าห้องทีม และการเรียกอัตรากำลังเสริมจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 5. ซ้อมแผนการช่วยฟื้นคืนชีพของห้อง	แพทย์ , เจ้าหน้าที่ OR, ER, LR	1.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือหรือทีมช่วยฟื้นคืนชีพ 2.มีการซ้อมแผน CPR อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	เมษายน 2559 เป็นต้นไป	มาริษา สุขพันธ์พงศ์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		ผ่าตัด ปีละ 1 ครั้ง และประเมินการซ่อมแผน				
82 การผ่าตัด	จากการเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน พบ โอกาสพัฒนาในการจัดสถานที่และ การจัดเก็บอุปกรณ์การผ่าตัด ปราศจากเชื้อให้เหมาะสม	1. ปรับปรุงสถานที่โดยจัดให้มีการรับและส่ง ของโดยใช้ระบบ One way 2. ปรับปรุงการจัดเก็บอุปกรณ์โดยแยกอุปกรณ์ ที่ไม่ผ่านการปราศจากเชื้อออกจากอุปกรณ์ที่ ผ่านการปราศจากเชื้อแล้ว	พยาบาลห้อง ผ่าตัด	ไม่มีอุบัติการณ์อุปกรณ์ ผ่าตัดที่ยังไม่ผ่าน กระบวนการทำ ปราศจากเชื้อเก็บรวมใน ตู้เก็บเฉพาะอุปกรณ์การ ผ่าตัดปราศจากเชื้อ	เมษายน 2559	นางมารีษา สุขพันธ์พงศ์
83 อาหารและโภชน บำบัด	ควรปรับปรุงจัดแบ่งพื้นที่การเตรียม วัตถุดิบ การควบคุมอุณหภูมิในการ จัดเก็บวัตถุดิบให้เป็นไปตาม มาตรฐาน รวมทั้งควรให้ความรู้แก่ ผู้รับเหมาในการปรุงอาหารผู้ป่วย เกี่ยวกับการจัดอาหารเฉพาะโรคให้ เป็นไปตามมาตรฐานโภชนาการตรง ตามที่แพทย์สั่ง	1. กำหนดพื้นที่ โดยแบ่งพื้นที่ในการเตรียม วัตถุดิบที่ชัดเจนคือ อย่างล้างเนื้อ อย่างล้าง ผัก-ไข่ และติดป้ายให้ชัดเจน 2. มีปรอทวัดอุณหภูมิตู้เย็น ช่องแข็งควบคุมที่ -2 ถึง 0 องศาเซลเซียส ช่องธรรมดาควบคุม ที่ 10 องศาเซลเซียส มีสมุดบันทึกบันทึก ควบคุมอุณหภูมิ วันละ 1 ครั้ง เวลา 14.00 น. 3. ทบทวน และจัดแบ่งพื้นที่ในการรับและ เตรียมวัตถุดิบ และติดป้ายให้ชัดเจน 4. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดอาหารเฉพาะ โรคแก่ผู้ปรุงอาหาร และตรวจสอบความ ถูกต้องของอาหารเฉพาะโรคทุกวันโดย พยาบาลประจำตึกผู้ป่วย 5. หัวหน้างานโภชนาการ ประเมินผลการจัด อาหารตามแนวทางที่กำหนด อย่างน้อย เดือนละครั้ง	ผู้รับผิดชอบงาน โภชนาการ	อุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติ ตามแนวทางหรือ มาตรฐานในการเตรียม และปรุงอาหาร	เมษายน- กันยายน 2559	นางมณีวรรณ สาริวัต, นางกรรณิกา ชัชขจร

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
85 การบำบัดอาการ เจ็บปวด	ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีอาการ เจ็บปวดได้รับการประเมินและ บำบัดรักษาอาการเจ็บปวดเหมาะสม กับความรุนแรงทั้งในกลุ่มความ เจ็บปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง	1. จัดทำแนวทางการประเมินโดยใช้ เครื่องมือ pain assessment scales (visual analog และแนวทางการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การบำบัดความเจ็บปวดครอบคลุมการบ่งชี้ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด,การบำบัดความ เจ็บปวดตามแนวทางหรือ protocol ที่ WHO กำหนดไว้ 2. จัดทำช่องทางการสื่อสารและให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการ ความเจ็บปวดและอาการ ตามความเชื่อส่วน บุคคล วัฒนธรรม และศาสนา 3. จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ให้การรักษา เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความ เจ็บปวด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ 4. ติดตามประเมินผลโดยทำ mini-research เกี่ยวกับการบำบัดอาการเจ็บปวด ใน ประเด็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดได้รับการ ประเมินและบำบัดรักษาอาการเจ็บปวด เหมาะสมกับความรุนแรงหรือไม่ เพียงใด และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดซึ่งรักษาตัวที่ บ้าน (ผู้ป่วยมะเร็ง) ได้รับการบำบัดรักษา อาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมหรือไม่ 5. จัดระบบการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยที่มี อาการเจ็บปวดเรื้อรังและตอบสนองต่อความ เจ็บปวดของผู้ป่วยที่รักษาตัวในรพ.และที่	กลุ่มผู้ป่วย palliative care และ acute pain	ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ความปวดและจัดการ อาการตามมาตรฐาน มากกว่าร้อยละ 70	เมษายน 2559	น.ส.กชพร เชื่อนธนะ, นางรมิดา เชาว์ชาวเขต (ดู pain ใน palliative) ,องค์กรแพทย์ , PCT

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		บ้านให้มีพื้นฐานของความรุกรวมทั้งการแสวงหาทางเลือกในการบำบัดความเจ็บปวดที่หลากหลายและนำมาใช้กับผู้ป่วย 6. ค้นหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอาการเจ็บปวดซึ่งรักษาตัวที่บ้าน (เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง) จัดระบบให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการบำบัดอาการเจ็บปวดอย่างได้ผลในท่ามกลางการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีในหมู่ญาติ				
86 การฟื้นฟูสภาพ	ควรกำหนดเป้าหมายของฟื้นฟูสภาพและClinical outcome ในกลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น COPD, stroke	<u>COPD</u> พัฒนาแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยที่เป็นโรคCOPD ใหม่ จัดทำคู่มือการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ป่วย COPD ทุกราย และอบรมให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และวัดผลโดยผ่านตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัว ดังนี้คือ 1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 2. ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ 3. อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ 4. อัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินและมีการวางแผนการจัดซื้อเครื่อง Spirometry เพื่อให้ค่าผลที่วัดได้มีความระเอียดและแม่นยำมากขึ้นภายในปี 252559 นี้ <u>Stoke</u> เดิมมีตัวชี้วัด คือ 1.ผู้ป่วย stroke รายใหม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร้อยละ 80	ผู้ป่วย COPD, Stoke	1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 20% 2. ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 20 3. อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 20 4. อัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 20%	เมษายน 2559 เป็นต้นไป	นายภัทรพล ดุ้ผัด

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		2.ผู้ป่วย stroke ได้รับการรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกายและการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ร้อยละ 80 3.ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ร้อยละ 80 จึงพัฒนาเพิ่มตัวชี้วัดขึ้น 2 ตัวชี้วัดเพื่อให้เห็นผล Clinical outcome ที่ชัดเจนของผลการฟื้นฟูสภาพมากขึ้นดังนี้ 1.ผู้ป่วย Stroke หลังรักษาแล้ว 2 เดือนมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น 2.ผู้ป่วย Stroke หลังรักษาแล้ว 3 เดือนมีคุณภาพชีวิตที่ดี		5. ผู้ป่วย Stroke หลังรักษาแล้ว 2 เดือนมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น ร้อยละ 80 6.ผู้ป่วย Stroke หลังรักษาแล้ว 3 เดือนมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 80		
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว						
88 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับปัญหา รวมทั้งควรประเมินการรับรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ นำมาจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความ	1. PCT ร่วมกันกำหนดแนวทางการประเมินการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพื่อประเมินพื้นฐานและส่วนขาด โดยแบ่งเป็นรายกลุ่มโรคและเฉพาะปัญหารายบุคคลในทุกจุดบริการที่มีการดูแลผู้ป่วย 2. จัดกิจกรรมตามส่วนขาดที่ประเมินได้ทั้งรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคล NCD - มีการให้บริการใน 4 กลุ่มโรคได้แก่ เบาหวานความดันโลหิตสูงไตวายเรื้อรังและปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการให้ความรู้ในลักษณะรายกลุ่มโรคและสนทนากลุ่ม	ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	- ผู้ป่วย/ ผู้ดูแลผ่านเกณฑ์ประเมินความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่อง/โรคที่จะประเมิน. มากกว่าร้อยละ 80 - อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง - อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลภายใน 28	เมษายน-กันยายน 2559	หัวหน้างาน ER, Ward, LR, OPD,NCD

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	มั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	- รายบุคคลที่มีปัญหาเฉพาะในด้านต่างๆมีการประเมินความรู้เฉพาะโรคโดยการพูดคุยในระหว่างการให้บริการมีการให้ข้อมูลในส่วนขาด - ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนได้มีการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับรพ.สต. เครือข่าย 3. ติดตามประเมินผลการรับรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลหลังการให้ข้อมูลโดยใช้แบบประเมินรายกลุ่มโรคเฉพาะรายประเมินทักษะการดูแลตนเอง เช่น ทักษะทำแผลของญาติ		วันอันเนื่องมาจากไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัว - อัตราการเกิดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลลัพธ์การดูแลเช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อปอดอักเสบจากการสำลักเป็นต้น		
III-6 การดูแลต่อเนื่อง						
89 การดูแลต่อเนื่อง	จากการที่มีการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมตามฐานข้อมูล HosXP ทีมควรพิจารณานำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ	1. ทบทวนระบบการส่งต่อข้อมูลและรับข้อมูลย้อนกลับของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในโรงพยาบาลและรพ.สต. เครือข่ายว่าจะปรับปรุงรูปแบบและช่องทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นได้อย่างไร โดยพิจารณาเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย การรักษาความลับ รวมทั้งโอกาสทำความเข้าใจและติดตามผล 2. นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวิเคราะห์ระบบ (จากข้อ 1) มาจัดทำฐานข้อมูลโดยสร้างโปรแกรมฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เชื่อมโยงทั้งกลุ่มผู้ป่วย palliative care,	ทีม COC รพ./รพ.สต.ทุกแห่งและผู้ประสานงาน สสอ.	มีฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านที่เป็นปัจจุบัน ทันสมัย และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้	มีนาคม 2559	กชพร, จินตนา, สุรัตน์

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		long term care และผู้พิการ โดยใช้โปรแกรม micro soft access และ application google docs 3. อบรมการใช้โปรแกรมฐานข้อมูลเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติ 4. ติดตามทบทวนการใช้โปรแกรมฐานข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้เป็นปัจจุบัน ลดความซ้ำซ้อนและนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงทุกเดือน				
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม						
	1. ควรนำข้อมูลผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น sepsis, acute MI, stroke, อัตราการตกเลือด หลังคลอด เป็นต้น ที่ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มาทบทวน วิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง และนำมาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยและระบบงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	แผนงานตามรายละเอียดข้อ 80 (การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง)				
	2. มีการนำเสนอข้อมูลการทบทวนในกลุ่มโรคที่สำคัญที่ดี เช่น head injury, COPD เป็นต้น ควรส่งเสริมให้มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น	แผนงานตามรายละเอียดข้อ 80 (การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง)				

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	3. ควรนำข้อมูลด้านบุคลากร เช่น อัตราการลาออก/โอนย้าย ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อนำไปแก้ไข/ปรับปรุงระบบที่ตรงประเด็น	1. ทิมนำประชุมวิเคราะห์ turnover rate พบสาเหตุ การลาออกเกิดจากมีความพร้อมทางเศรษฐกิจ การย้ายส่วนใหญ่กลับภูมิลำเนาเพื่อดูแลครอบครัวและบิดา มารดา แต่พบความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับค่าตอบแทนช้าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีแนวโน้มในการย้าย 2. กำหนดให้มีการส่งเอกสารเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่ผ่านการตรวจสอบจากหน่วยงานแล้วภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน และนำเสนอผู้อำนวยการเพื่ออนุมัติในวันที่ 14 ของทุกเดือน 3. ในกลุ่มแพทย์มีอัตราการหมุนเวียนโยกย้ายสูงในทุกปีเนื่องจากเป็นแพทย์ทั่วไปที่ต้องการศึกษาเฉพาะทางและภูมิลำเนาอยู่อำเภออื่น ภาระงานมากกว่าโรงพยาบาลระดับเดียวกันในจังหวัด จึงดำเนินการเสนอในเวทีการจัดสรรตำแหน่งแพทย์เพิ่มอีก 1 ตำแหน่ง รวมแพทย์ 5 คนและส่งเสริมให้แพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอเชียงกลางมาปฏิบัติงาน	ทิมนำ	ทิมนำประชุมวิเคราะห์ turnover rate ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง/ปี	พฤษภาคม 2559 เป็นต้นไป	ทิมนำ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ระยะเวลาที่ ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
		2. จัดกิจกรรมเพื่อปรับปรุง แก้ไขภาวะ turnover rate สูง เพื่อให้เกิดความรักและ ผูกพันองค์กร	เจ้าหน้าที่ทุกคน	อัตรา turnover rate น้อยกว่าร้อยละ 5 ต่อปี	มกราคม 2559 เป็นต้น ไป	ทีมนำ