



คู่มือกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน

ของเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

คำนำ

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีเป้าหมายเพื่อให้บริการผู้ป่วยแบบองค์กรรวมอย่างมีคุณภาพ มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน เพื่อการบริการที่มีศักยภาพและคุณภาพระดับสูงตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ จึงจัดทำคู่มือกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าขึ้น เพื่อเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการนำองค์กร การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน การวัดวิเคราะห์ performance ขององค์กร การจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดมาตรฐาน เพื่อประสิทธิภาพการให้บริการอย่างมีมาตรฐานตามวิชาชีพ ให้เป็นที่พึงพอใจและเป็นประโยชน์แก่ประชาชนผู้รับบริการ

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
สารบัญ	
-การนำองค์กร	๑
-การบริหารเชิงกลยุทธ์	๖
-การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน	๑๖
-การวัดวิเคราะห์ performance ขององค์กร และการจัดการความรู้	๒๓
-การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	๓๑
-การจัดการกระบวนการ	๔๓

I-1 การนำองค์กร

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:สัมฤทธิ์ผล ประสิทธิภาพ วัฒนธรรมองค์กร นำด้วยวิสัยทัศน์						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	ต.ค.- ธ.ค.60
อุบัติการณ์ร้องเรียนด้านธรรมาภิบาล	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์ผิดซ้ำจากการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก	0 ครั้ง	0	0	0	0	0

บริบท:เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 562 เตียง ระดับตติยภูมิ (3.1) มีประชากรประมาณ 2,000,000 คน มีรพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 30 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจำนวน 6 แห่งให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิในด้านการป้องกัน ส่งเสริม การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยแพทย์เฉพาะทาง 36 สาขา แก่ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี และปริมณฑล มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบและร่วมผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน

วิสัยทัศน์:เป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำของกระทรวงสาธารณสุข

ค่านิยม:คุณภาพ คุณธรรม นวัตกรรมก้าวไกล

กระบวนการ:

วิสัยทัศน์และค่านิยม:

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กร:

มีการกำหนดเข็มมุ่งเป็น Excellence Center ได้แก่ พัฒนาศักยภาพสู่ศูนย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทารกแรกคลอด โรคกระดูกและข้อโรคทางตา และสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

- เพิ่มบริการระดับตติยภูมิที่มีความซับซ้อนได้แก่ Laparoscopy ในกลุ่มงานศัลยกรรม และสูติ-นรีเวชกรรม งานจลศัลยกรรมทางมือ ในกลุ่มงานศัลยกรรม กระดูกและข้อ งานของหน่วยโรคไต หน่วยโรคหัวใจ หน่วยโรคทางเดินอาหาร หน่วยโลหิตวิทยา เป็นต้น
- กำหนดให้ทุก PCT พัฒนาคคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญ ให้การดูแลอย่างครบวงจรโดยใช้ Clinical Tracer และเน้นในเรื่อง 2P Safety
- บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาทักษะให้มีความเชี่ยวชาญตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้เข้ารับการอบรมเฉพาะทาง เพื่อพัฒนาในระดับตติยภูมิ
- มีการจัดตั้งเครือข่ายการให้บริการดูแลรักษาเฉพาะด้าน เช่น เครือข่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ Sepsis
- มีการขยายพื้นที่การให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ในอาคารศูนย์การแพทย์ 18 ชั้น รองรับผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน เช่น หอบหืดผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ ศูนย์ผ่าตัดแผลเล็กและการส่องกล้องทางออร์โธปิดิกส์และการส่องกล้องทางออร์โธปิดิกส์ (Minimal Invasive Orthopedic Center : MIOC)
- มีการพัฒนางานด้านปฐมภูมิที่โดดเด่น ได้แก่ โครงการคอนโตสุขภาพ ซึ่งเป็น Best practice เป็นที่ยอมรับและ

เป็นสถานที่ให้หน่วยงานอื่นมาศึกษาดูงาน

- มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้เพื่อการสนับสนุนในระบบบริการสุขภาพ เช่นระบบ PACS, การสื่อสารผ่านโปรแกรม SSB
- สร้างการปลูกฝังค่านิยมด้านคุณธรรม โดยขับเคลื่อนผ่านโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม เน้นในเรื่อง "ซื่อสัตย์ เสียสละ สามัคคี"
- ช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อรองรับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้แก่ ห้องสมุด (ซึ่งมีบริการ Internet) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนงานวิจัย และการสร้างนวัตกรรม

บทบาทของผู้นำในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาและบทเรียนที่เกิดขึ้น:

- ผู้นำให้ความสำคัญกับการสร้างทีม และการทำงานเป็นทีม เปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความคิดเห็นในงานพัฒนาคุณภาพ ผ่านการประชุม PCT ทุกเดือน มีการรายงานความคืบหน้าของงานพัฒนาคุณภาพผ่านคณะกรรมการควบคุมกำกับกับการบริหารงาน (Administrative Controlling Committee (ACC) ทุก 2 สัปดาห์ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุก 4 สัปดาห์
- สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ผ่านการพิจารณาความดีความชอบ
- ยกย่องผู้ที่สร้างชื่อเสียง ทำคุณประโยชน์ หรือเป็นแบบอย่างที่ดีในวาระก่อนการประชุมคณะกรรมการบริหารทุก 4 สัปดาห์

บทบาทของผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและบทเรียนที่เกิดขึ้น:

- กำหนดนโยบายคุณภาพ เน้นเรื่อง 2 P Safety โดยนำแนวปฏิบัติของ 2 P Safety มาประยุกต์ใช้
- สร้างเสริมให้มีการทบทวน ประเมิน วัตถุประสงค์ ผ่านคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย เช่น

ENV IC RM เพื่อพัฒนางานนำไปสู่เป้าหมายในประเด็นความปลอดภัย

การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

จุดเน้นขององค์กร และวิธีการสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจให้นำจุดเน้นดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ:

มีความพยายามนำจุดเน้นขององค์กร สื่อสารถ่ายทอดลงไปที่บุคลากรได้รับทราบมากที่สุด ผ่านกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ เช่น

จัดการประชุมระดมสมองเขียนแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลทั้งแผนรายปี และแผน 3 ปี เพื่อชี้แจงถ่ายทอด วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่ง ค่านิยมองค์กรให้แก่ บุคลากรระดับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ให้ได้รับทราบ และเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

มีการประชุมถ่ายทอดสื่อสาร ระหว่างผู้อำนวยการกับบุคลากรในโรงพยาบาล เป้าหมายครบ 100% ปีละ 2 ครั้ง

จากผลการศึกษาข้อมูลการรับรู้ของบุคลากรผ่านช่องทางสื่อต่างๆของงานสุขศึกษา และประชาสัมพันธ์ จึงนำมาจัดให้มีการสื่อสารผ่านทางการประชุมต่างๆ เป็นช่องทางสำคัญเช่น การประชุม PCT การประชุมภายในหน่วยงาน ภายในงาน การติดประกาศในลิฟต์

การประกาศ และมอบรางวัลผู้สร้างผลงานที่มีคุณค่า ในวาระก่อนการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การเดินหน้างาน เพื่อเป็นการตรวจเยี่ยม ประเมิน และสื่อสารพร้อมกันไป เช่น การเดินหน้างานของทีมบริหารความเสี่ยง

การกำกับดูแลกิจการ

การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลกิจการ:

การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลกิจการ เช่น ผลจากการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข การตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง การตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช. การตรวจสอบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน การประเมินจากสภาวิชาชีพต่างๆ การตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและระดับเขต เช่น

- ระบบการจัดการด้านยา
 - มีมาตรฐานการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มีการใช้แบบบันทึกการใช้ยาปฏิชีวนะ 11 รายการ
 - รณรงค์ลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นลง
 - มีการจัดซื้อยาระดับจังหวัด ระดับเขต
- ระบบการจัดการด้านการเงิน การคลัง
 - กระตุ้นให้มีการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ และเสร็จทันเวลา
 - ให้มีการจัดซื้อ จัดจ้าง ตามระเบียบพัสดุ อย่างเคร่งครัด โปร่งใส ทำให้ลดค่าใช้จ่ายด้านยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาและวัสดุวิทยาศาสตร์
 - ปรับระบบบัญชีและการเงิน ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ
 - มีการชี้แจงสถานะ ข้อมูล รายละเอียดการเงิน การคลัง ของโรงพยาบาลในที่ประชุม คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน
- การจัดการตามมาตรฐานในแต่ละวิชาชีพ
 - มีการนำข้อเสนอแนะจากสภาวิชาชีพที่มาประเมิน จนสามารถผ่านการรับรองได้

การปรับปรุงระบบการนำ และ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

- คณะกรรมการควบคุมกำกับการบริหารงาน (Administrative Controlling Committee : ACC) มีความเห็นว่ามีสมรรถนะในการบริหารจัดการของผู้บริหารระดับรองลงมาจากผู้บริหารสูงสุด จนถึงหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ยังขาดทักษะที่จำเป็นบางอย่างตามที่ กพ.กำหนด จึงได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวโดยส่งเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ เช่น หลักสูตรพัฒนารองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง และระดับต้น หลักสูตรการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ หลักสูตรการบริหารการเงิน การคลัง ฯลฯ

พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

บทเรียนในการตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- มีระบบจัดการขยะติดเชื้อ ระบบบำบัดน้ำเสีย ไม่ให้เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม มีการติดตามกำกับ ตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ และไม่พบข้อร้องเรียนจากประชาชนในประเด็นดังกล่าว
- มีระบบควบคุมกำกับการก่อสร้างอาคารตึกสูงในโรงพยาบาลให้ผู้รับเหมาก่อสร้าง ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนที่มีที่พักอาศัยใกล้โรงพยาบาล ซึ่งทำให้มีข้อร้องเรียนน้อยมาก คือพบเพียง 1 ครั้งในระยะเวลา 3 ปี

บทเรียนในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม

- จากการจัดเก็บข้อมูลภาพทางรังสี เกิดการสูญหาย ทำให้ต้นทุนสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และไม่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม สันเปลี่ยนอัตรากำลังในการค้นหา และเปลี่ยนพื้นที่จัดเก็บ จึงได้เปลี่ยนเป็นระบบ PACS

บทเรียนในการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย:

- มีการปรับปรุงและปฏิบัติให้ตรงข้อบังคับ กฎระเบียบต่างๆ ตามที่หน่วยจากตรวจสอบภายนอกมาให้คำแนะนำ เช่น กรมบัญชีกลาง สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน คณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ระดับเขต ทำให้มีการปฏิบัติถูกต้องขึ้น เช่น การลงบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง การเบิกจ่ายยาในรายการยาบัญชีพิเศษมีข้อบกพร่อง ข้อแนะนำหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการใช้ยา ทำให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน ประธานได้กำหนดมาตรการ แนวทางต่าง ๆ เพื่อตอบสนองข้อแนะนำเหล่านั้น เช่น กำกับให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การใช้ยามลิดในประเทศแทนยาต้นแบบ ซึ่งส่งผลให้มีต้นทุนค่ายาในปีงบประมาณ 2558 ลดลงอย่างมาก

บทเรียนในการกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

- มีการดำเนินงานผ่านโรงพยาบาลคุณธรรม เน้นให้บุคลากรมีความซื่อสัตย์ เสียสละ สามัคคี
- โรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางเกณฑ์จริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด มีการจัดซื้อ จัดจ้างที่มีธรรมาภิบาล สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยา
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้ดำเนินการตามแนวทาง ให้จริยธรรมใน การใช้ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาและวัสดุวิทยาศาสตร์ ฯลฯ ลงได้
- มีแนวทางกำกับดูแลบุคลากรในบริษัทที่มาประกอบธุรกิจโรงพยาบาล ให้มีความเป็นธรรมาภิบาล เพื่อป้องกันผลเสียจากการเกิดประโยชน์ทับซ้อน มีการเปิดเผยรายงานประจำปีต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในประเด็นบริษัทยา ให้การสนับสนุนบุคลากรไปประชุมทั้งในและต่างประเทศ

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ การเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำของกระทรวงสาธารณสุข มีการขยายงานด้านนิติเวช การดูแลโรคที่ซับซ้อน การผ่าตัดที่ใช้ความเชี่ยวชาญสูง เช่น งานจุลศัลยกรรมทางมือ Minimal Invasive Surgery (MIS)
- การปรับโครงสร้างทางด้านกายภาพ มีการทยอยเปิดใช้พื้นที่บริการในอาคารศูนย์การแพทย์ 18 ชั้น ส่งผลให้มีเตียงผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น โครงสร้างพื้นที่กว้างขวาง ได้มาตรฐานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม สร้างศูนย์บริการเพื่อบริหารทรัพยากร
- ได้รับความเห็นชอบจากราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ให้โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นสถาบันหลักฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ ปีก่อนไม่เกิน 2 ตำแหน่ง

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
1. ผู้นำระดับสูงชั้นนำองค์กร	3	<ul style="list-style-type: none"> ● การขยายบริการสู่การเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นโรงพยาบาลคุณธรรมที่เป็นตัวอย่างที่ดี
2. การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี	3	<ul style="list-style-type: none"> ● การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย
3. การสื่อสาร ให้อำนาจตัดสินใจ จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ	3	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการสื่อสารในทุกมิติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพองค์กร
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	3	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนา ติดตาม Managerial Competency ผ่านการนำและการนำวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ
5. ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	3	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการเป็น Green and Clean Hospital ● สร้างองค์กรธรรมภิบาล ให้เกิดขึ้นอย่างมั่นคง ยั่งยืน

I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	ต.ค.- ธ.ค.60
อัตราความสำเร็จตามตัวชี้วัดโรงพยาบาล	≥ 60%	21.73	30.76	29.03	29.03 (9/31) 34.48 %(20/5 8)	รอข้อมูล
อัตราความสำเร็จตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan)	80%		81.40	59.87	58.53 %	รอข้อมูล
บริบท: ความท้าทายเชิงกลยุทธ์: สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย พัฒนาศักยภาพของ PMC/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต. และภาคีเครือข่ายบริการในการดูแล NCD และการส่งเสริม สุขภาพตามกลุ่มวัยให้เข้มแข็ง พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์ทารกแรกเกิด ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน ศูนย์โรคกระดูกและข้อ ศูนย์โรคทางตา ศูนย์สุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย พัฒนาเครือข่ายบริการตาม Service Plan เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการพื้นที่ และระบบสนับสนุนบริการ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับกับการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในองค์กร ลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (การบรรจุเข้ารับราชการ การเพิ่ม ค่าตอบแทน สวัสดิการ และอื่นๆ) เพิ่มรายรับในนานบริการผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์: มีบุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพเชี่ยวชาญครอบคลุมเกือบทุกสาขา						

มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพในปฐมภูมิ (คอนโตสุขภาพ)

มีระบบการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke , ACS , จักษุวิทยา และออร์โธปิดิกส์

มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบวงจร

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:

ผู้นำและบุคลากรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

บุคลากรมีศักยภาพสูง มีความเชี่ยวชาญเกือบทุกสาขา

การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีมของบุคลากรเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล

มีกระบวนการวิเคราะห์ห้องค์กร

มีระบบการติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จระดับองค์กร

กระบวนการ:

มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลระยะกลาง 5 ปี และระยะสั้น 1 ปี ซึ่งจะมีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ทุกปี โดยคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล (ประกอบด้วย คณะผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน) ดำเนินการทบทวนและวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร (SWOT Analysis) รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ กำหนดกลยุทธ์ ทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติตามพันธกิจและภารกิจ (Mission) ให้สัมฤทธิ์ผลตามวิสัยทัศน์ (Vision) และเป้าประสงค์ขององค์กร (Corporate Goal) และกำหนดตัวชี้วัดผลงานระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน (Strategic Plan's KPIs) ที่ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ มิติด้านมาตรฐานและคุณภาพการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มิติด้านบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย มิติด้านระบบบริหารจัดการและระบบสนับสนุนบริการ มิติด้านการบริหารจัดการทรัพยากร และมิติด้านความมั่นคงทางการเงินการคลัง มีการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และเวทีการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อให้แต่ละหน่วยงานได้ใช้แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการไปในทิศทางเดียวกัน มีการจัดทำระบบการติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส และรายงานให้คณะกรรมการกำกับการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้รับทราบข้อมูล

กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

บทเรียนเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

โรงพยาบาลมีการออกแบบกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยในการออกแบบกระบวนการได้มีการวิเคราะห์และพิจารณาจากปัจจัยสำคัญ ประกอบด้วย ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งองค์ประกอบของแผนยุทธศาสตร์หรือขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ การประเมินสภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอก การประเมินหน่วยงาน การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย โดยกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมุ่งเน้นเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐบาล นโยบาย Service Plan ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข และถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ลงไปสู่

การปฏิบัติ และมีการจัดทำระบบการติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับ
โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

บทเรียนเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:

มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment) คือ จุดแข็ง (strength) , จุดอ่อน (weakness) และสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environment) คือ โอกาส (opportunity) , ภาวะคุกคาม (threat) ที่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์กร หรือที่นิยมเรียกกันว่า การทำ SWOT Analysis เพื่อวิเคราะห์องค์กรทั้งด้านดีและไม่ดี เพื่อหาศักยภาพและความพร้อมขององค์กร และนำข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพขององค์กร กระบวนการ และแผนพัฒนา Service Plan มากำหนดเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงานขององค์กร

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและ กรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
1. สร้างความเข้มแข็ง ในชุมชนในการดูแล โรคเรื้อรัง และการ ส่งเสริมสุขภาพตาม กลุ่มวัย	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - ให้มีการฝากครรภ์ในช่วงที่เหมาะสม เพื่อให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย - ให้นักเรียนอายุ 5 – 14 ปี มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม - เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น 	ลดลงจากปี 2560 \geq 5%	1. อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
		\geq 70%	2. อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C \leq 7
		\geq 50%	3. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (\leq 140/90)
		>60%	4. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุ < 12 สัปดาห์
		ไม่เกิน 42:1,000	5. อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและ กรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
		54%	6 ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
		ไม่น้อยกว่า 66%	7 ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุด ส่วน (6-14 ปี)
		100%	8 ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
		เพิ่มขึ้นหรือคง ที่ จากปี 2560	9 ร้อยละของ Health Ageing
2.พัฒนาศักยภาพของ PMC / ศูนย์สุขภาพ ชุมชน /รพ.สต. / และ ภาคีเครือข่ายบริการ ในการดูแล NCD และ การส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัยให้เข้มแข็ง	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อขยายศักยภาพ PMC/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต. และเครือข่ายบริการในการดูแล NCD - การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยให้เข้มแข็ง - เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการแต่ละระดับอย่างเหมาะสม 	≥ 50%	10. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไปรักษาที่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน
3.เพิ่มศักยภาพและ คุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขยายบริการ แพทย์ทางเลือก ทดแทน (1.ศูนย์โรคหัวใจ 2.ศูนย์โรคหลอดเลือด สมอง 3.ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน 4.ศูนย์ทารกแรกคลอด 5.ศูนย์โรคกระดูกและ ข้อ 6.ศูนย์โรคทางตา 7.)สุขภาพช่องปากใน	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพการ รักษาพยาบาล และสามารถให้การรักษายามาอย่างมีคุณภาพ 	<p>≥ 1.6</p> <p>100%</p>	<p>11. น้ำหนักสัมพัทธ์ตามระบบ DRG (Case Mixed Index)</p> <p>12. อัตราศูนย์เชี่ยวชาญ เฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่ กำหนด</p>

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและ กรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
ผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่	-		
4.พัฒนาคุณภาพการ รักษาพยาบาลและ ความปลอดภัยของ ผู้ป่วย	- เพื่อให้มีการพัฒนาการดูแล อย่างครบวงจร สามารถให้ ผลการรักษาที่ดีและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ - เพื่อให้มีระบบการระบุดัว ผู้ป่วย ระบุตำแหน่งการ รักษาได้อย่างถูกต้อง - ส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	$\leq 8 : 1000$ $\leq 0.5\%$ $\leq 1 : 1000$	13. อัตราการเกิด - VAP - SSI (Clean wound) - CLABSI
		$\leq 50\%$	14. อัตราตายในผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock
		0 ลดลงจากปี 5 $\geq 10\%$	15. อุบัติการณ์ การรักษาผิด คน/ผิดตำแหน่ง (Identify) ระดับ E ขึ้นไป ระดับ C - D (ปี 2559 = 37)
		$\geq 80\%$	16. ร้อยละการป้องกันและ ควบคุมการต่อยาต้านจุลชีพ และการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล 1) Imipenem/cilastatin 500 mg inj. 2) Meropenem 1 gm inj. 3) Ertapenem 1 gm inj. 4) Vancomycin 500 mg inj. 5) Cefoperazone/ sulbactam 1 gm inj 6) Cefoperazone/ sulbactam 1.5 gm inj. 7) Levofloxacin 500 mg inj. 8) Colistin 150 mg inj. 9) Piperacillin/tazobactam 4.5 gm inj. 10) Linezolid 600 mg inj. 11) Linezolid 600 mg tab.

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและ กรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
5. เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการพื้นที่และระบบสนับสนุนบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้การจัดการพื้นที่และสิ่งแวดลอมให้อื้อต่อการปฏิบัติงาน - เพื่อให้ระบบจัดซื้อจัดจ้างและการซ่อมบำรุงเป็นไปรวดเร็วทันกำหนด 	$\geq 60\%$	17. อัตราพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมได้รับการแก้ไขภายในปีงบประมาณ 2560
	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ระบบ IT สามารถช่วยพัฒนางานบริหาร บริการและงานพัฒนาคุณภาพ สามารถเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ เผยแพร่ความเคลื่อนไหวของหน่วยงานต่างๆ ใน รพ. 	$\geq 90\%$	18. อัตราการซ่อมบำรุง เสร็จภายในเวลาที่กำหนด
		≤ 2 ครั้ง	19. อุบัติการณ์ระบบ IT ขัดข้องจนทำให้มีผลกระทบต่อให้บริการและไม่สามารถแก้ไขภายในเวลา 45 นาที
		100%	20. อัตราการจัดซื้อ – จัดจ้างตามแผนเงิน งบประมาณ , งบค่าบริการทาง การแพทย์ (UC) และเงินบำรุงโรงพยาบาล เสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด
6. เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับ การนำยุทธศาสตร์สู่ การปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้หน่วยงานได้มีการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติอย่าง เป็นระบบ มีผลงานเป็นรูปธรรม 	$\geq 60\%$	21. อัตราความสำเร็จตาม KPI
		$\geq 80\%$	22. อัตราความสำเร็จตาม Action Plan
7. เพิ่มประสิทธิภาพ การสื่อสารในองค์กร	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้บุคลากรรับรู้และเข้าใจ ข้อมูลความเคลื่อนไหวของหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล 	$\geq 60\%$	23. อัตราการรับรู้ข่าวสาร ภายในองค์กร
8. ลดความแออัดใน การให้บริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้เตียง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย ระบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การประสานกับโรงพยาบาล ชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อ 	ลดลงจากปี 2560 $\geq 10\%$	24. จำนวนวันนอน โรงพยาบาลเฉลี่ยต่อราย (Length of stay)

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและ กรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
	ลดความแออัดในงานบริการ ผู้ป่วยใน		
9. เพิ่มประสิทธิภาพ การพัฒนาทรัพยากร บุคคล และเพิ่มแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน (การ บรรจุเข้ารับราชการ การเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการ และอื่นๆ)	- เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอ - เพื่อให้มีอัตรากำลังทางการ พยาบาลเพียงพอกับภาระงาน - เพื่อบุคลากรมีความรู้และ สมรรถนะที่เหมาะสม - เพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจใน การทำงาน - ส่งเสริมให้บุคลากรได้ออก กำลังกายและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	≥ 90%	25. อัตราการฝึกอบรมตาม Training Needs
		40 ทุน	26. จำนวนการให้ ทุนการศึกษา/สนับสนุน สำหรับนักเรียนพยาบาล
		ไม่น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 85%	27. อัตราการคงอยู่ของ บุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)
10. เพิ่มรายรับในงาน บริการผู้ป่วย	- เพื่อให้มีการพัฒนาระบบ บริการในกลุ่มผู้ป่วยที่สร้าง รายรับให้กับ รพ.(ผู้ป่วยต้น สังกัด, จ่ายเงินเอง, การตรวจ สุขภาพเชิงรุก) - เพื่อเพิ่มรายรับจากการ ให้บริการแรงงานต่างด้าวและ ประกันสังคม - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการ จัดเก็บรายได้	เพิ่มขึ้นจาก ปี 2559 ≥ 5%	28. อัตราเพิ่มรายรับจากการ ให้บริการ

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและ กรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
11. เพิ่มประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อควบคุมการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล - เพื่อควบคุมการใช้ยา / เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 	ลดลงจาก ปี 2560 ≥ 10%	29. มูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุ วิทยาศาสตร์
		ลดลงจาก ปี 2560 ≥ 10%	30. ค่าใช้จ่าย ต่อ RW ตามระบบ DRG 1. กรมบัญชีกลาง 2. ประกันสังคม 3. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มีการถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ

บทเรียนในการนำประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ:

การนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัตินับเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพราะเป็นความสามารถที่จะผลักดันการทำงานของกลไกที่สำคัญทั้งหมดให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การดำเนินงานจะเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ค่านิยม เป้าหมาย รวมถึงวิธีการและกระบวนการทำงาน ซึ่งการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติจะต้องทำให้หน่วยงานต่างๆ ยอมรับแนวทาง แผนงาน โครงการนั้น และพร้อมที่นำแนวทางนั้นไปดำเนินการได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และวิธีการปฏิบัติงานของตน ในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ต้องมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ มีการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับองค์กรอย่างชัดเจน สามารถนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติได้ มีการจัดเวทีเพิ่มช่องทางในการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติโดยผู้นำสูงสุดขององค์กร ในการจัดประชุม ผู้อำนวยการพบเจ้าหน้าที่ เพื่อสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับได้ทราบข้อมูลต่างๆ ขององค์กร รวมถึงแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรเพื่อการนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป และมีการจัดทาระบบการติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส และรายงานให้คณะกรรมการกำกับการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้รับทราบข้อมูล

บทเรียนในการสร้างคามยั่งยืนของการพัฒนา:

โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ขยายไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่สำคัญ โดยทางโรงพยาบาลได้จัดทำโครงการคอนโดสุขภาพ สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นในชุมชนเขตเมือง มุ่งเป้าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ประชาชนในชุมชนมีสุขภาวะอนามัยที่ดี ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้พักอาศัยในชุมชนคอนโดมีเนียม ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคที่ยั่งยืน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้พักอาศัยเอง นิติบุคคล องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น

การปลูกฝังเจตคติ ทักษะคิด เป็นสิ่งสำคัญที่ทีมหน้าได้พยายามสร้างโดยผ่านกระบวนการกิจกรรมต่างๆ การกระตุ้นและอำนวยความสะดวกของหัวหน้าหน่วยงานและFacilitator มีส่วนสำคัญในการสร้างไว้ซึ่งความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพ

บทเรียนในการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

มีแผนพัฒนาบุคลากรตาม Training Needs เช่น ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทาง เพื่อรองรับการเป็นศูนย์เชี่ยวชาญต่างๆ ทั้ง 6 ศูนย์ (1.ศูนย์โรคหัวใจ 2.ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง 3.ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน 4.ศูนย์ทารกแรกคลอด 5.ศูนย์โรคกระดูกและข้อ 6.ศูนย์โรคทางตา) และการส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความชำนาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงรวมถึงความก้าวหน้าในสายอาชีพต่างๆ การจัดบรรยากาศในองค์กรให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

การให้ทุนการศึกษา สนับสนุนตามความต้องการของผู้รับทุนสำหรับนักเรียนพยาบาล เพื่อเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้เหมาะสมตามภาระงาน

มีการจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยการจัดสรรตามค่า FTE ในแต่ละสาขาวิชาชีพ

บทเรียนในการจัดการทรัพยากรอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมีรายจ่ายมากกว่ารายรับ ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลมีต้นทุนต่อการให้บริการสูง คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ จึงกำหนดกลยุทธ์ เพื่อเพิ่มรายรับในงานบริการผู้ป่วย การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการเพิ่มเติมจากปีที่ผ่านมา และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์ เช่น การควบคุม กำกับ การใช้ยาตามข้อบ่งชี้ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

บทเรียนในการติดตามความก้าวหน้า:

มีการจัดทำระบบการติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทุกไตรมาส และรายงานให้คณะกรรมการกำกับกับการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้รับทราบข้อมูล

การรายงานผลสำเร็จตามตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลยังมีการส่งรายงานล่าช้า เนื่องจากจากระบบสารสนเทศยังไม่เอื้ออำนวยในการดึงข้อมูลมาใช้

ด้วยภาระงานที่มีมาก ทำให้ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ส่งรายงานล่าช้า

การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

บทเรียนในการตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:

จากผลการดำเนินงานพบว่า เริ่มมีปัญหาลดลงทางด้านการเงิน จึงมีการทบทวน วิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไข ได้มีมาตรการที่ชัดเจนจากทีมหน้า เช่น การติดตามให้มีการใช้ยาที่มีราคาแพงอย่างสมเหตุผล โดยผ่านการระบุเหตุผลในแบบบันทึก DUE (Drug Use Evaluation) การเปลี่ยนยาจากต้นฉบับที่มีราคาแพง เป็นยาที่ผลิตในประเทศ (และมีคุณภาพ) การจัดการประมูลตามระเบียบพัสดุเพื่อเลือกบริษัทที่อ่านผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เป็นต้น

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การพัฒนาศักยภาพด้านโรคหัวใจขาดเลือด , โรคหลอดเลือดสมอง , ทารกแรกคลอด , บาดเจ็บศีรษะ
การพัฒนาการดูแลอย่างครบวงจร โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้มีภาวะแทรกซ้อนลดลงในโรค

PCT ศัลยกรรม	Head Injury , CA Breast , Diabetic Ulcer , BPH
PCT อายุรกรรม	ACS, Stroke , Upper GI Bleeding
PCT กุมารเวชกรรม	DHF, Pre term
PCT สูติ-นรีเวชกรรม	PIH , PPH , Preterm Labour , Post term , CA Ovary
PCT ออร์โธปิดิกส์	Fracture Femur , Fracture Tibia, OA Knee
PCT หู คอ จมูก	Thyroid Nodule
PCT ตา	Cataract , Glaucoma

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
6. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	3	● มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบจุดแข็งหรือจุดอ่อนสำคัญที่อาจถูกมองข้าม
7. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP	3	● การนำข้อมูล Hospital Profile มาวางแผนยุทธศาสตร์อย่างครอบคลุมมากขึ้น
8. การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ	3	● การติดตามการนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมมากขึ้น
9. การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร	3	● มีนวัตกรรมในการวางแผนและจัดสรรทรัพยากร
10. การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า	3	● การใช้ benchmarking เพื่อเปรียบเทียบผลงาน

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: บริการสอดคล้องความต้องการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ คุ่มครองสิทธิผู้ป่วย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด ¹	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	ต.ค.-ธ.ค. 60
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	≥80%	76.75	83.72	82.34	85.47	87.72
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	≥80%	84.72	77.71	79.03	79.91	80.02

บริบท:

ส่วนการตลาดที่สำคัญ:

ผู้ป่วยต้นสังกัด

ผู้ป่วยประกันสังคม

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มแรงงานต่างด้าว

กลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):

- 1.กลุ่มประชาชนในจังหวัดนนทบุรี (เข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เท่าเทียม มีมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย อีกทั้งได้รับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างยิ่ง ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ
- 2.กลุ่มผู้สูงอายุ (เป็นโรคDM,HT จำนวนมาก ต้องการ ชะลอ / ลดภาวะแทรกซ้อน โรคต่อกระดูก มีการผ่าตัดในช่วงเวลาที่เหมาะสม)
- 3.กลุ่มทำงาน (เป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน ต้องการการสอนการดูแลเพื่อป้องกัน ภาวะเครียด Office Syndrome ต้องการความสะดวกในเรื่องการตรวจนอกเวลา) มีการอบรมการดูแลสุขภาพในการประกอบอาชีพ (การยศาสตร์) เพื่อป้องกันอันตรายและการเจ็บป่วยจากการทำงาน
- 4.กลุ่มต่างด้าว (เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อต้องการคัดกรองโรคติดต่อ และต้องการการเข้าถึงบริการ มีล่ามภาษา และได้รับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเช่นเดียวกับคนไทย)

แบ่งตามกลุ่มโรค

โรคเรื้อรัง DM,HT,CKD ความต้องการ บริการใกล้บ้านใกล้ใจ ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมเข้าถึงบริการสะดวก มีมาตรฐาน กลุ่ม Trauma ต้องการ การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็ว การรับรู้สิทธิการรักษา และค่าใช้จ่าย มีระบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ (Pre – Hospital Care)

โรคที่เกิดจากความเสื่อม ได้แก่ โรคข้อเสื่อม ต่อกระดูก สมองเสื่อมความต้องการการได้รับความรู้เพื่อป้องกัน การได้รับการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ การชะลอ/ป้องกันภาวะพิการที่เกิดจากตัวโรคและเมื่อมีพยาธิสภาพรุนแรงแล้วก็ได้ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานอย่างทัน่วงที่

โรคที่มีอัตราตายสูง/พิการสูง ได้แก่ ACS Stroke ความต้องการในเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็ว ต้องการ

¹ระบุตัวชี้วัดเกี่ยวกับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับผลงานกลุ่มต่างๆ จำแนกเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และตามความต้องการที่สำคัญของผู้รับผลงาน

รักษาครบวงจร ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อที่จะมาโรงพยาบาล เมื่อมีอาการแรกเริ่ม อีกทั้งมีเครือข่ายการให้บริการภายในจังหวัด ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

โรคที่ส่งต่อการรักษา(Refer out) ได้แก่โรคทางศัลยกรรม หัวใจและทรวงอก ต้องการให้มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน รวดเร็ว ผู้รับผลงานอื่นๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(และความต้องการสำคัญ):

หน่วยเหนือ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข/เขตตรวจราชการเขต 4 /ผู้ว่าราชการจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องการให้มีการการปฏิบัติตามนโยบายและมีผลลัพธ์เป็นไปตามตัวชี้วัดที่วางไว้

โรงพยาบาลชุมชน ต้องการให้รองรับการดูแลผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนได้ทุกราย และต้องการสนับสนุนทางด้านผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคในบางสาขาได้แก่ จิตเวช โรงพยาบาลที่ส่งต่อเกินศักยภาพ ต้องการให้มีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และตรวจสอบสิทธิให้ถูกต้องก่อนส่งต่อ

สถาบันการศึกษาต่างๆ ที่สอนหลักสูตรการดูแลรักษาผู้ป่วย ต้องการให้โรงพยาบาลเป็นสถาบันฝึกภาคปฏิบัติ

กรมบัญชีกลางและกองทุนต่างๆ ต้องการให้โรงพยาบาลบริหารจัดการเรื่องข้อมูลต่างๆที่ถูกต้อง รวดเร็วและต้องการให้โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการการที่ดี ได้การรักษาที่มีคุณภาพภายใต้ต้นทุนต่ำ

ผู้บริจาค ซึ่งให้การสนับสนุนโรงพยาบาลทั้งด้านการเงิน และเครื่องมือทางการแพทย์ ต้องการให้โรงพยาบาลสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งๆที่ผู้บริจาคสนับสนุนให้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญ:

- 1.โรคเรื้อรัง DM, HT, CKD
- 2.กลุ่ม Trauma ได้แก่ Head Injury, Multiple Injury,Fracture
- 3.โรคที่เกิดจากความเสื่อม ได้แก่ OA Knee ,Cataract ,Glaucoma
- 4.โรคที่มีอัตราตายสูง/พิการสูง ได้แก่ ACS, Stroke,Sepsis
- 5.โรคที่ส่งต่อการรักษา(Refer out) ได้แก่โรคทางศัลยกรรมหลอดเลือด หัวใจและทรวงอก
- 6.โรคที่พบบ่อย/เสี่ยงภาวะแทรกซ้อนในแต่ละPCT
 - PCT สูติ-นรีเวชกรรม ได้แก่ PPH , PIH , Preterm Post term Labor ,CA Ovary
 - PCT อายุรกรรม ได้แก่ ACS,Stroke, Upper GI Bleeding
 - PCT ศัลยกรรม ได้แก่ Head Injury, BPH ,Diabetic Ulcer
 - PCT ศัลยกรรมกระดูก ได้แก่ Fx of Femur, Fx of Tibia, OA Knees
 - PCT กุมาร ได้แก่ Preterm,DHF
 - PCT จักษุ ได้แก่ Glaucoma
 - PCT ENT ได้แก่ Thyroid nodule ผู้ป่วยที่ on Tracheostomy

กระบวนการ:

ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

วิธีการรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการ:

- มีช่องการรับข้อมูลหลายช่องทางได้แก่ ทางโทรศัพท์ ข้อร้องเรียน การใช้แบบสอบถาม ผู้รับความคิดเห็น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรงและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น Facebook
- ช่องทางอื่นๆ เช่น ข้อมูลจากการออกปฏิบัติงานที่ชุมชน ข้อมูลจาก อปท. ผู้นำทางศาสนา หรือผู้นำชุมชนต่างๆ มีการวิเคราะห์ความต้องการของ ข้อมูลที่ได้รับแล้วนำมาจัดทำแผนยุทธศาสตร์

วิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

- ให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยคุณธรรม และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ใกล้ชิดโดยติดตามเยี่ยมที่บ้าน การโทรศัพท์ มีการจัดกิจกรรมที่เกินความคาดหวังเช่น การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่นการทำบุญตักบาตรในขณะนอนอยู่โรงพยาบาล การเวียนเทียน การบั้งสกล การสงฆ์พระในวันสงกรานต์ การทำสมาธิ นิมนต์พระมาเทศเมื่อผู้ป่วยใกล้ถึงวาระสุดท้าย การปฏิบัติเสมือนผู้ป่วยเป็นสมาชิกของครอบครัว การอำนวยความสะดวกในกลุ่มผู้มีอุปการคุณ การตั้งศูนย์รับข้อร้องเรียน
- การจัดกิจกรรมทางวิชาการ/ให้บริการในวาระสำคัญของโรงพยาบาล เช่น วันก่อตั้งโรงพยาบาล วันพยาบาลแห่งชาติ วันเบาหวานโลก
- ผู้ป่วย/ผู้รับรู้ผลงานสามารถให้ข้อเสนอแนะหรือร้องเรียนได้ทุกจุดบริการหรือที่ประชาสัมพันธ์หรือกล่องแสดงความคิดเห็นซึ่งติดตั้งอยู่ทุกจุดที่ให้บริการ
- มีการอธิบายขั้นตอนการเข้ารับบริการในแต่ละจุดบริการ

ช่องทางการค้นหาข้อมูล:

- แผ่นพับประชาสัมพันธ์ แผ่นพับเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ การติดป้ายประกาศ ระบบโทรศัพท์ และInternet
- ช่องทางการเข้ารับบริการ:

ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่หน่วยบริการโดยตรง (ใน/นอกเวลาราชการ) และหน่วยงานของโรงพยาบาลที่ตั้งบริการในชุมชน การบริการออกหน่วยต่างๆและการตรวจเยี่ยมถึงบ้าน การให้บริการ EMS กรณีฉุกเฉิน การโทรศัพท์เคลื่อนที่ จอทีวี การบริการติดตามทางโทรศัพท์ การติดตามผลการรักษา

ช่องทางการร้องเรียน:

- กล่องรับข้อความแสดงความคิดเห็น ประชาสัมพันธ์ โทรศัพท์ Internet
- Facebook

ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม:

ข้อร้องเรียน	2558	2559
1.บริการล่าช้า	5.08% (118/2,324 ครั้ง)	5.92 % (143/2416 ครั้ง)
2.สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม	10.76% (250/2,324 ครั้ง)	12.71% (307/2416 ครั้ง)
3.พฤติกรรมบริการ	203 (0.034%)	206 (0.034%)

ข้อมูลแสดงประสิทธิภาพในการจัดการกับคำร้องเรียน:

ข้อร้องเรียน	การตอบสนอง
1. บริการล่าช้า 1.1 รอตรวจนาน	อธิบายขั้นตอน เพิ่มห้องตรวจแพทย์ คลินิกนอกเวลา ผู้ป่วยโรคที่ไม่ซับซ้อนให้ส่งไปรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
1.2 รอการตรวจทางรังสีนาน	เพิ่มการตรวจนอกเวลาราชการ (ถึง 20.00 น.) และตรวจเพิ่มในวันเสาร์ – อาทิตย์) ทำให้ระยะเวลารอคอยการตรวจทางรังสีลดลง
1.3 รอผลฟิล์มนาน	ใช้ระบบ PACS ที่สามารถดูได้ทันทีที่ห้องตรวจ
2. สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม 2.1 สถานที่	ปรับระบบโลจิสติกส์ที่ ER , OPD ปรับระบบไหลเวียนอากาศ OPD เพิ่มเก้าอี้รอตรวจ รอรับยา สร้างห้องแยกโรคผู้ป่วย TB ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่ม 2 ห้อง ที่ SUB ICU อายุรกรรม
2.2 ความสะอาด ห้องน้ำ	- เพิ่มความถี่รอบการเข้าทำความสะอาด - กำหนดบุคคล/ทีม สุ่มตรวจความสะอาด
2.3 ที่จอดรถไม่เพียงพอ	- ประชาสัมพันธ์ชี้แจงปัญหาแก่ผู้มารับบริการ - ประสานวัดแจ้งศิริสัมพันธ์ ขออนุญาตใช้พื้นที่เป็นที่จอดรถ
3. พฤติกรรมบริการ	อบรมพฤติกรรมบริการประจำปี เป้าหมายบุคลากร 100% อบรมเฉพาะหน่วยงานที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น พยาบาล พนักงานแปล นิเทศรายบุคคล การให้ความดีความชอบ การเน้นย้ำให้ติดป้ายชื่อแสดงตนขณะปฏิบัติงาน นำร่องการติตรูป/ชื่อ ผู้ให้บริการที่หน่วยงานพยาธิวิทยา (เจาะเลือด OPD) ทำให้การร้องเรียนลดลง

การประเมินความพึงพอใจ

ความครอบคลุมในการรับ prompt actionable feedback:

- มีการกำหนดสำรวจความพึงพอใจทั้งในผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก
 - ข้อร้องเรียนที่รุนแรงและรีบด่วน มีคณะกรรมการใกล้เคียงข้อพิพาท ดำเนินการตอบสนองทันที
- การเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมที่แสดงว่าองค์กรมีการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น:

- การใช้ Logistics มาใช้ปรับระบบบริการด้านหน้า ทำให้มีพื้นที่บริการเพิ่มขึ้น ลดความแออัด เปลี่ยนเส้นทางการไหลของผู้ป่วยและญาติที่เดินผ่านห้องฉุกเฉิน ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการซึ่งดำเนินการไปแล้วประมาณ 50% มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้จากห้องยาผู้ป่วยนอก ข้อร้องเรียนเรื่องการรอคอยยาลดลง มีการปรับระบบ Refer เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางการแพทย์ประสานงานและรองรับการส่งต่ออย่างเป็นระบบ (Seamless) และผู้ป่วยมีความปลอดภัย
- แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มที่มีปัญหาการเข้าถึง เช่น ผู้ต้องขังในทัณฑสถาน โดยการออกให้บริการเชิงรุกถึงสถานที่ต้องขัง
- ขยายบริการ Extend OPD สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้ไปในชุมชนเพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงบริการ
- เปิดคลินิกนอกเวลาให้ผู้ป่วย UC สามารถใช้บริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
- การจัดให้มีรถนำเครื่องมือให้ผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ยืมไปใช้ที่บ้าน
- การใช้ IT ในทุกขั้นตอนการบริการ
- นำ LEAN CONCEPT มาใช้ในห้องในบางหน่วยงาน เช่น ห้อง LAB ผู้ป่วยนอก สามารถลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยหนัก โดยใช้ Cell Concept สามารถลดระยะเวลาการส่งเวรจาก 90 นาที เหลือ 15 นาที ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น บริการส่งยาผู้ป่วยทางไปรษณีย์ เพื่อลดเวลารอคอย

สิทธิผู้ป่วย

- มีการติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยติดให้เห็นชัดเจนทุกหอผู้ป่วย มีแนวทางการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล การรักษาความลับผู้ป่วย ขออนุญาตผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ การนิเทศรายบุคคลโดยหัวหน้างานเวรตรวจการเมื่อพบบุคลากร ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ทำให้พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยลดลง

สิทธิผู้ป่วย

บทเรียนในการสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:

- มีการติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยติดให้เห็นชัดเจนทุกหอผู้ป่วย มีแนวทางการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล การรักษาความลับผู้ป่วย ขออนุญาตผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ การนิเทศรายบุคคลโดยหัวหน้างานเวรตรวจการเมื่อพบบุคลากร ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ทำให้พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยลดลง

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:

- การกำหนดนโยบายให้ผู้ป่วยทุกคน ทุกสิทธิการรักษาเข้าถึงรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน เช่น ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ในกรณีที่ไม่มีคิวฟอกเลือดแพทย์จะประสานให้ผู้ป่วยไปใช้บริการในเครือข่าย ผู้ป่วย ACS จะได้รับการดูแลผ่าน Fast Track สามารถให้บริการขั้นสูงได้อย่างทันท่วงที มีคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วย ACS ได้รับการเปิดเส้นเลือดด้วยการทำ PCI เพิ่มขึ้น และลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต โดยการใช้ Clinical tracer การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงตาม SIMPLE การเปิด Semi ICU, P ICU เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลที่เหมาะสมทำให้อุบัติการณ์ระดับ G, H, I ลดลง

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

- มีคณะทำงานที่ดูแลเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือหน่วยงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีการจัดฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับทุกหน่วยงาน จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือหมดหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเพื่อยืดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และได้จากไปอย่างสงบ โดยจะมีการช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก่ญาติ

หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยมีข้อมูลการปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ):

- ทุกจุดบริการจะมีช่องทางด่วนบริการผู้สูงอายุ ทำให้ลดระยะเวลาารอคอยในผู้สูงอายุ
- มีห้องน้ำสำหรับผู้พิการทุกจุดบริการ
- ปรับพื้นลาด เพิ่มราวจับยึดสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ
- ในผู้ป่วยที่สูงอายุ ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จะมีแบบฟอร์มประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม และจะดูแลให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการสุขสบาย เช่น โครงการตัดผมสระผม โครงการร่วมด้วยช่วยกันดูแล
- มีสถานที่ เครื่องมือ และยาสำหรับเด็ก มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง การดูแลเด็กที่ป่วยหนัก
- จัดให้มีชั่วโมงเฝ้าสำหรับเด็กในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางสมอง
- จัดให้มีคลินิก Down's Syndrome เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก Down's Syndrome และเด็กที่มีพัฒนาการช้า

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด:

- จัดทำนวัตกรรมเพื่อลดการผูกยึดครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย
- มีข้อกำหนดสำหรับการแยกผู้ป่วย ได้แก่ โรคติดต่อในเด็ก ได้แก่ หัด อีสุกอีใส ภาพหลังแอน คางทูม ไข้หวัดใหญ่ 2009 วัณโรคที่อยู่ในระยะการรักษา 2 สัปดาห์แรก โดยในผู้ป่วยวัณโรค แพทย์อายุรศาสตร์โรคติดต่อจะพิจารณาว่าผู้ป่วยต้องเข้าห้องแยกหรือไม่ ถ้าแพทย์พิจารณาว่าไม่จำเป็นต้องแยกแล้วจะย้ายผู้ป่วยออกจากห้องแยกทันทีเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกแปลกแยก และเพื่อไว้ใช้กับผู้ป่วยโรคติดต่อที่จำเป็นต้องเข้าห้องแยก เพราะจำเป็นต้องรักษาสิทธิผู้ป่วยรายอื่นไม่ให้ได้รับเชื้อโรคติดต่อเช่นกัน
- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผูกยึดจะทำความเข้าใจกับญาติและผู้ป่วยถึงความจำเป็นต้องผูกยึด โดยมีการติดตามผล / ภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด มีการใช้นวัตกรรมผลิตเครื่องมือผูกยึดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น
- สร้างห้อง Negative Pressure ตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วย TB ที่ใช้วัดเครื่องช่วยหายใจเพิ่มอีก 2 ห้อง ใน SUB ICU อายุรกรรม

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การปรับปรุงการรับฟัง สร้างความสัมพันธ์ ติดต่อกัน ประเมินความพึงพอใจ ติดตามข้อมูลป้อนกลับ

- จัดให้มีพยาบาลประชาสัมพันธ์ในงานด้านหน้าคัดกรองผู้ป่วย รับฟังข้อคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มารับบริการ สร้างความสัมพันธ์กับผู้มารับบริการ
- จัดให้มี Blue Shirt สำหรับป้องกันความเสี่ยงเชิงรุกในเรื่องความไม่พึงพอใจด้านต่าง ๆ
- จัดให้มีพยาบาลประชาสัมพันธ์ในหอผู้ป่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน กฎระเบียบต่าง ๆ รับฟังข้อคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มารับบริการสร้างความสัมพันธ์กับผู้มารับบริการ
- จากการให้ความสำคัญกับข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน โดยนำกลับมาทบทวน ปรับปรุงระบบ โครงการค้นหาคนศรีพระนั่งเกล้าในปี 2553 เป็นต้นมา ทำให้ผลการวิเคราะห์ใบแสดงความคิดเห็น มีค่าขึ้นชมมากขึ้น

การปรับปรุงเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

การจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ง่ายขึ้นและจาก

การสนับสนุนการทำกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบสุข ญาติมีความสุข

ใจที่ได้ทำในสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย		
มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	3	<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการรายโรค
12. การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน	3.5	<ul style="list-style-type: none"> ● การพัฒนาWebsiteเพื่อเพิ่มการสื่อสารข้อมูลต่างๆ ● ตอบสนองคำร้องเรียนทาง Facebook อย่างรีบด่วน
13. การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	3	<ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงการติดตามข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำมาปรับปรุงประเด็นที่ยังมีปัญหาล้าๆ ต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ
14. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป	3	<ul style="list-style-type: none"> ● การเพิ่มการดูแลครอบคลุมถึงครอบครัว ● วางแผนการตอบสนองการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/ ผูกยึด)	3.5	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาการดูแลผู้พิการ การแยก / ผูกยึด ● ขยายการบริการผู้ป่วยสูงอายุให้ชัดเจนและรวดเร็วขึ้น

I-4 การวัด วิเคราะห์ performance ขององค์กร และการจัดการความรู้

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.อัตราการเชื่อมโยงตัวชี้วัดระดับองค์กรสู่ทีมหน้า	≥80%	เริ่มในปี 2559			97.7%	98.15%
2.จำนวนครั้งโปรแกรม SSB(Front office& Back office) ที่ใช้งานไม่ได้ทั้งระบบ	≤ 3ครั้ง	เริ่มในปี 2558		3	2	1

บริบท:

มีคณะกรรมการเวชสารสนเทศ ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสารสนเทศทั้งระบบได้แก่ การกำหนดนโยบาย และวางแผนระบบสารสนเทศ การจัดทำมาตรฐานข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศ เพื่อใช้ในการบริหาร การบริการผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพ การจัดหาครุภัณฑ์ เครื่องมือ และบำรุงรักษาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ให้เพียงพอต่อความต้องการของหน่วยงานต่างๆควบคุม กำกับ ดูแล และพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายทั้งภายใน โรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและใช้งานได้ตลอด 24 ชั่วโมง

มีคณะกรรมการแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลและคณะทำงานศูนย์พัฒนาคุณภาพ ทำหน้าที่ในการประเมิน, ติดตามและปรับปรุงแก้ไข, ตัวชี้วัดในระดับองค์กรให้สอดคล้องกับเป้าหมายและพันธกิจของโรงพยาบาล ในส่วนของการสนับสนุนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศประกอบด้วยนักวิชาการคอมพิวเตอร์ 6 คน มีระบบเครือข่าย 3 ระบบ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:

- 1.มีการใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกหน่วยงาน โดยมีการวัดวิเคราะห์ ทบทวนและปรับปรุงผลงาน
- 2.เพื่อให้ระบบ IT สามารถช่วยพัฒนางานบริหาร บริการและงานพัฒนาคุณภาพ สามารถเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ความรู้เผยแพร่ความเคลื่อนไหวของหน่วยงานต่างๆ ใน รพ.

กระบวนการ:

การวัดผลงาน

- 1.ดูการเชื่อมโยงข้อมูลตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลสู่ทีมหน้าทางคลินิก กลุ่มงาน และหน่วยงานตามลำดับ
- 2.ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน

กลุ่มตัวชี้วัดที่มี alignment ทั้งทั้งองค์กร:

ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม

ด้านการดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัดระดับร.พ.	ตัวชี้วัดระดับทีมหน้า	ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน
1.อัตราการตาย	-อัตราการตายในโรค ACS ,New born	-อัตราการปฏิบัติตามCPG แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
	-MMR (per 100,000 live birth)	-อัตราการปฏิบัติตามCPGในกลุ่มมารดาเสี่ยงสูง
ตัวชี้วัดระดับร.พ.	ตัวชี้วัดระดับทีมหน้า	ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน

	-perinatal mortality rate (per 1,000 LB)	-อัตราการเกิด Birth Asphyxia
2.การติดเชื้อในโรงพยาบาล	-อัตราการเกิด VAP	-อัตราการปฏิบัติตามVAP bundle
3. Administration Error - OPD - IPD	- Administration Error ใน PCT	- Prescribing Error - OPD % - IPD ต่อ วันนอน 1,000
		- Pre-Dispensing Error - OPD % - IPD ต่อ วันนอน 1,000
		- Dispensing Error - OPD % - IPD ต่อ วันนอน 1,000
		Administration Error - IPD ต่อ วันนอน 1,000

ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับร.พ.	ตัวชี้วัดระดับทีมนำ	ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน
1.สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวและการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	- อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA _{1c} < 7 - ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	- อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี - อัตราผู้ป่วย HT ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	- อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรม Fit for Life มีระดับ HbA _{1c} ลดลง - ตรวจคัดกรองโรคกลุ่ม Metabolic ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป - มีกิจกรรมออกกำลังกายทุกเช้าวันคลินิกเบาหวานและความดันโลหิต(อังกฤษและศุกร์) - ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงขึ้นไป
	- อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี	- อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี - อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ	- อัตรามารดาวัยรุ่นได้รับฝังยาคุม ฉีดยาคุมกำเนิด

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับร.พ.	ตัวชี้วัดระดับทีมหน้า	ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน
	-อัตราผู้ป่วย ACS มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 60 นาที	-อัตราผู้ป่วย ACS มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 60 นาที	
<p>2.พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล (1.ศูนย์หัวใจ 2.ศูนย์หลอดเลือดสมอง 3.ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน 4.ศูนย์ทารกแรกคลอด 5.ศูนย์โรคกระดูกและข้อ 6.ศูนย์โรคทางตา 7.ศูนย์ทันตกรรม รากเทียม)</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล และสามารถให้การรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ</p>	-อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด	<p>เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์ทารกแรกคลอด</p> <p>-อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์) \geq 7 วัน</p> <p>- อัตราการเกิด Birth asphyxia</p>	-อัตราบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้านทารกแรกเกิด
		<p>เกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>-อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย ACS</p>	- อัตราการวินิจฉัยภาวะผิดปกติได้ถูกต้อง โดยแพทย์ Perinato
			- อัตราบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน ACS
<p>P2 พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>- เพื่อให้มีการพัฒนาการดูแลอย่างครบวงจร สามารถให้ผลการรักษาที่ดีและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้</p> <p>- เพื่อให้มีระบบการระบุตำแหน่งการรักษาได้อย่างถูกต้อง</p>	-อัตราตายในผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock	-อัตราตายในผู้ป่วย Severe Sepsis / Septic shock	-อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับการประเมินด้วย SOS score
	-อัตราการเกิด - VAP	-อัตราการเกิด - VAP	-อัตราการปฏิบัติตาม VAP Bundle
	-อุบัติการณ์ การรักษาผิดคน/ผิดตำแหน่ง (Identify) ระดับ E ขึ้นไป ระดับ C - D	- อุบัติการณ์ การรักษาผิดคน / ผิดตำแหน่ง (Identify) ระดับ E ขึ้นไป	-จำนวนอุบัติการณ์จ่ายยาผิดคน ระดับ E ขึ้นไป

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดระดับบ.พ.	- ระดับ C – D	ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน
	- ร้อยละการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	- การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	- อัตราการรายงานผลการตรวจพบเชื้อดื้อยา
F2 เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อควบคุมการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล - เพื่อควบคุมการใช้ยา / เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	- มูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์	- อัตราการสำรองยาเฉลี่ยที่คลัง - อัตราการสำรองเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเฉลี่ยที่คลัง - ร้อยละของมูลค่ายาที่จัดซื้อโดยวิธีสอบราคา/ประกวดราคา/ร่วมจังหวัด เขต ประเทศต่อมูลค่ายาที่จัดซื้อเอง - ร้อยละของมูลค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่จัดซื้อโดยวิธีสอบราคา/ประกวดราคา/ร่วมจังหวัด เขต ประเทศต่อมูลค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่จัดซื้อเอง	- มูลค่ายาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ - มูลค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ - ลดค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจ Lab นอกโรงพยาบาล - จำนวนชิ้นงาน Individual tray ที่ส่ง LAB นอก

ตัวอย่างการตัดสินใจ/นวัตกรรมที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด:

พบว่าใน 2-3 ปีที่ผ่านมาพบว่าอัตราตายจาก ACS ลดลง เนื่องจากมีการเปิดศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด และทำ PCI ในเวลาราชการ และใช้ระบบ PCC line ในการ Fast track แต่จากนโยบาย Service plan โรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ต้องรับส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขต 4 ผู้บริหารจึงขยายเวลาทำ PCI นอกเวลา ตั้งแต่ 16.00-20.00 น.และฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรค ACS ในเขต 4 เข้าถึงบริการมากขึ้น

จากการติดตามอัตราการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ on Ventilator สูงขึ้นเรื่อยๆในปี 2553-2555 (21.43 ,32.14,40:1000Ven.day) PCT กุมารจึงได้เปลี่ยนมาใช้ Non-invasive ventilator เข้ามาใช้เพื่อลด VAP และลดอัตราการเกิด Pneumothorax ซึ่งพบว่าอัตราการเกิด VAP ในทารกน้ำหนักน้อยที่ on Ventilator ลดลง

จากการติดตามผลลัพธ์การดูแลแผลเบาหวานในปี 2554 พบว่าอัตรา Amputated 45% PCT ศัลยกรรม ได้พัฒนารูปแบบการดูแลแผลใหม่ในรูปแบบ Advance wound care โดยใช้นวัตกรรม wound dressing ทำให้อัตรา Amputated ลดลงเหลือ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลเรื้อรังจึงเปิด

Clinic เฉพาะทางแผลเรื้อรัง ,Ostomyสัปดาห์ละ 2 วัน ทำให้จำนวนผู้ป่วยแผลเบาหวานที่ admit ลดลงด้วย

โครงการพัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญชั้นสูงสาขาช่องปากในการให้การรักษาดังกล่าว-เพดานโหว่โดยการใส่เครื่องมือ NAM II (Nasoalveolar Molding) ในการปรับรูปร่างใบหน้าและขากรรไกร จำนวนทารกที่เป็น Cleft lip Cleft Palate ได้รับการใส่เครื่องมือ NAM II

ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI

- ปี 2557 = 7.312 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2558 = 5.641 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2559 = 7.834 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2560 = 5.907 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ค.ค.-ร.ค.60 = 9.639% สูงกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน

อัตราการตายของทารกน้ำหนัก

< 1,000 gm เป้าหมาย <50%

- ปี 2557 = 23.7 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2558 = 7.317 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2559 = 25 % อยู่ในค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2560 = 26.32 % สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ค.ค.-ร.ค.60 = 0 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน

1,000 – 1,499 gm เป้าหมาย <10%

- ปี 2557 = 2.326 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2558 = 14.286 % สูงกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2559 = 11.111% อยู่ในค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ปี 2560 = 2.17 % สูงกว่าค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ค.ค.-ร.ค.60 = 0 % สูงกว่าค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน

1,500 – 1,999 gm เป้าหมาย < 2%)

- ปี 2557= 0.602 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
 - ปี 2558 = 1.953 % แยกกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
 - ปี 2559 = 0.631 % ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
 - ปี 2560 = 3.24 % สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
 - ค.ค.-ร.ค.60 = 5.56 % สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP ที่อยู่ในระดับเดียวกัน
- ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัด Hip/ Knee ได้รับ prophylactic antibiotic อยู่ในค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ

THIP ตลอดในปี 2557-2560

อัตราการติดเชื้อหลังการผ่าตัด Hip/ Knee ภายใน 1 ปี อยู่ในค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ตลอดในปี 2557-2560

การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุง performance ขององค์กร

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล performance ขององค์กรในรอบปีที่ผ่านมา:

1. อัตราศูนย์เชี่ยวชาญผ่านเกณฑ์
2. อัตราลดค่าเวชภัณฑ์ (ยา/วัสดุวิทยาศาสตร์) ยังสูงกว่าเป้าหมาย เนื่องจากมีการรักษาในระดับตติยภูมิมากขึ้น
3. อัตราเพิ่มรายรับจากการให้บริการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
4. อัตราการจัดซื้อจัดจ้างโดยสอบราคาเสร็จภายในเวลาที่กำหนด

ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง performance ขององค์กร:

1. อัตราศูนย์เชี่ยวชาญผ่านเกณฑ์
2. อัตราลดค่าเวชภัณฑ์ (ยา/วัสดุวิทยาศาสตร์) ยังสูงกว่าเป้าหมาย เนื่องจากมีการรักษาในระดับตติยภูมิมากขึ้น
3. อัตราเพิ่มรายรับจากการให้บริการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
4. อัตราการจัดซื้อจัดจ้างโดยสอบราคาเสร็จภายในเวลาที่กำหนด

การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

IT module ที่มีใช้งานอยู่ในปัจจุบัน:

- ระบบ HIS ของโรงพยาบาลใช้โปรแกรม SSB ทั้งงานบริการด้านหน้าและงานสนับสนุนบริการ
- ระบบ PACS สำหรับประมวลผลภาพเอ็กซเรย์
- ระบบ LIS สำหรับประมวลผล Lab
- ระบบ Internet สำหรับการสื่อสารกับภายนอกองค์กร
- ระบบ Refer สำหรับรับและส่งต่อผู้ป่วย

IT module ที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนที่จะพัฒนาในอนาคต:

- ระบบ BI และ Big Data สำหรับการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศขององค์กร
- ระบบ Smart Que สำหรับจัดการคิวตรวจของผู้ป่วย
- ระบบนัดหมาย Online สำหรับผู้ป่วยนัดพบแพทย์ตรวจ

ความพร้อมใช้งานต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน:

- มีระบบสำรองไฟเพื่อป้องกัน Server ล่มในกรณีไฟขัดข้อง
- มี Server Backup ข้อมูล เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

การจัดการความรู้ขององค์กร

การจัดกิจกรรมการจัดการความรู้:

จากการนำความรู้การดูแลแผลเรื้อรังมาปรับระบบการทำงาน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลแผลเบาหวานดีขึ้น จึงมีการจัดตั้ง Cop การดูแลแผลเบาหวาน เพื่อขยายผลให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยงานในแผนกศัลยกรรม

การนำความรู้มาออกแบบระบบงาน/สร้างนวัตกรรม:

การเตรียมความพร้อมก่อนจัดทำโครงการพัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญชั้นสูงสาขาช่องปากในการให้การรักษารักษาเด็กปากแหว่ง-เพดานโหว่โดยการใช้เครื่องมือ NAM II (Nasoalveolar Molding) ในการปรับรูปร่างใบหน้าและขากรรไกร ตัวแทนกลุ่มงานทันตกรรมได้ไปศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติการผลิตเครื่องมือ NAM II (Nasoalveolar Molding) ที่โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ หลังจากเปิด ศูนย์เชี่ยวชาญชั้นสูงสาขาช่องปากในการให้การรักษารักษาเด็กปากแหว่ง-เพดานโหว่ พบว่าการพิมพ์ปากทารกเพื่อสร้างเครื่องมือ NAM II มีความเสี่ยงต่อการที่วัสดุพิมพ์ปากอาจไหลลงหรือหรือติดค้างในทางเดินหายใจหรือช่องจมูก จึงได้ใช้นวัตกรรม “ แผ่นฟิล์มถนอมอาหารคุมวัสดุพิมพ์ปาก ” ส่งผลให้จำนวนทารกที่เป็น Cleft lip Cleft Palate จำนวน 10 คน ปลอดภัยเมื่อพิมพ์ปากและได้รับการใส่

เครื่องมือ NAM II ทั้ง 10 คน

จากการนำความรู้การดูแลแผลเรื้อรังมาปรับระบบการทำงาน ได้กำหนดให้ผู้ป่วยแผลเบาหวานทุกรายจะได้รับการตรวจ ABI และ Sensory test เพื่อวินิจฉัยแยกโรคเน้นการทำ OFF LOAD ใน Neuropathic ulcer พัฒนารูปแบบการให้ความรู้เสริมพลัง โดยเน้นการดูแลสุขภาพเท้าและลดแรงกดบริเวณฝ่าเท้า จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพเท้าและลดแรงกดบริเวณเท้าสำหรับผู้ป่วย การทำรองเท้าสำหรับผู้ที่มีปัญหา Neuropathy และเท้าผิดปกติ นอกจากนี้ยังเป็นที่พักษาเรื่องการดูแลแผลให้กับหน่วยงานอื่นๆ

• การรักษาโรคทาลัสซีเมีย ที่ได้ผลดีในปัจจุบัน คือ การให้เลือด เพื่อทดแทนส่วนที่ขาด จึงได้มีการปรับระบบการทำงาน ได้เพิ่มการเข้าถึงบริการการให้เลือด โดยลดขั้นตอนการบริการ จากปัญหาเตียงเต็ม จึงมีการจัดโซนการให้เลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยกุมาร 1 โดยมีมอบหมายผู้รับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วย

งานกายอุปกรณ์ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ได้ผลิต Modify Walker มาให้กับผู้ป่วยที่มีความสูงเกินมาตรฐาน ความสูงของ walker ปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้เครื่องช่วยเดินชนิดสี่ขาในการเดินได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนเช่นการปวดหลัง ปวดคอ ในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดินชนิดสี่ขา และมีต้นทุนที่ถูกกว่าการจัดซื้ออุปกรณ์ที่มีราคาแพง โดยประหยัดถึงอันละ 617 บาท

คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ ความรู้

บทเรียนในการจัดการความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ:

• จากการมีระบบสำรองไฟเพื่อป้องกัน Server ล่มในกรณีไฟขัดข้อง พบว่าเมื่อมีเหตุการณ์ไฟขัดข้อง ระบบ HIS สามารถให้บริการได้โดยไม่หยุดชะงัก

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การปรับปรุงระบบการวัด performance ขององค์กร:

มีการปรับปรุงระบบการวัดผลงาน ตามระดับตัวชี้วัด คือระดับหน่วยงาน ระดับทีมนำระบบสำคัญ และระดับองค์กร

การปรับปรุงการจัดการความรู้

- การบ่งชี้ความรู้โดยให้ทุกหน่วยงานวิเคราะห์ Training Need ซึ่งต้องสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ เข็มมุ่ง ของโรงพยาบาลและปัญหาภายในหน่วยงานและสนับสนุนให้มีการพัฒนาตามแผน Training Need
- มีคลังความรู้ใน Intranet และห้องสมุด
- มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับองค์ความรู้ทั้งในระดับหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน
- จัดประกวดการพัฒนางาน R2R นำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของโรงพยาบาล การประชุมวิชาการของเขต 1 และของกระทรวงสาธารณสุข
- มีการถ่ายทอดความรู้ (Tacit Knowledge) จากบุคลากรที่มีความชำนาญกว่าในทุกหน่วยงาน

การปรับปรุงความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ

- จากการมีระบบสำรองไฟเพื่อป้องกัน Server ล่มในกรณีไฟขัดข้อง พบว่าเมื่อมีเหตุการณ์ไฟขัดข้อง ระบบ HIS สามารถให้บริการได้โดยไม่หยุดชะงัก

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
16. ระบบการวัดผลการดำเนินงาน	3	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการประเมินและปรับปรุงระบบวัดผลงาน
17. การวิเคราะห์ข้อมูล และการทบทวนผลการดำเนินงาน	3	<ul style="list-style-type: none"> ● การวิเคราะห์และทบทวนผลงานโดยนำความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน
18. การจัดการสารสนเทศ	2.5	<ul style="list-style-type: none"> ● มีข้อมูลและสารสนเทศสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและการบริหารจัดการ
19. การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	3	<ul style="list-style-type: none"> ● การบูรณาการองค์ประกอบของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้ง Software Hardware และ Peopleware ● การจัดทำ MA ระบบ HIS ของโรงพยาบาล ● การจัดทำ MA ระบบ Server & Network
20. การจัดการความรู้	2.5	<ul style="list-style-type: none"> ● เผยแพร่ความรู้ ผ่านระบบสารสนเทศ โดยระบบ Web site โรงพยาบาล

I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
ค่าเฉลี่ยดัชนีวัดความสุข	50-74.99%	เริ่มในปี 2560				58.3
ความพึงพอใจของบุคลากร	80%	66.36	70.48	74.2	68.51	NA
-อัตราการฝึกอบรมบุคลากรตาม Trainingneed	80%		80%	92	71.73	81.02
อัตราการ ลาออกของบุคลากร	< 2%	0.05%	0.06%	3.85	1.12	0.51
ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI น้อยกว่า 25	>90%	71.01	68.33	46.12	38.79	41.89
จำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง	<2.5% (ครั้ง/บุคลากรกลุ่มเสี่ยง)	2.72 % (35/1296)	2.41 % (35/1450)	3.37 % (51/1512)	2.95 % (44/1489)	2.80 % (43/1532)
จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อไวรัสโรค รายใหม่	0 ราย	1	0	0	4	3

บริบท:รพ.พระนั่งเกล้า มี บุคลากรรวมทั้งหมด 1,530 คนมีแพทย์ทั้งหมด 136 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา 35สาขา แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป part time 22 คนช่วยปฏิบัติงานห้องตรวจ PMC ทันตแพทย์ 26 คน เภสัชกร 36 คน พยาบาลวิชาชีพ 491 คนพยาบาลเฉพาะทาง 35 สาขา เทคนิคการแพทย์ 19 คนนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 5 คน กายภาพบำบัด 9 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน รังสีเทคนิค (เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์) 8 คน นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย 1 คน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 4 คน นักสังคมสงเคราะห์ 4 คน โภชนาการ 9 คน ทุกหน่วยงานมีบุคลากรเพียงพอ ยกเว้นกลุ่มการพยาบาล

นโยบายของคณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

1. สนับสนุนให้ทุกกลุ่มงานมีจำนวนบุคลากรเพียงพอและเหมาะสม
2. สนับสนุนให้มีการประเมินสมรรถนะทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะในงานมีการพัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะส่วนขาด
3. เพิ่มประสิทธิภาพการฝึกอบรมบุคลากร

3.1 ทุกกลุ่มงานมีการวิเคราะห์ Training Needซึ่งมาจาก

- ความรู้ในโรคที่สำคัญ โรคที่มีปัญหาในการดูแลรักษา
- ความรู้ในด้านการใช้ยา
- ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การช่วยฟื้นคืนชีพ
- การเผชิญอุบัติเหตุ

ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี

4.1 รณรงค์ให้มีการออกกำลังกาย

4.2 สนับสนุนให้มีชมรมกีฬาต่างๆ และมีกีฬาประจำปี

4.3 บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม

กระบวนการ:

การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

บทเรียนในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:

มีการเสริมสร้างวัฒนธรรมที่ดีขององค์กรร่วมกัน คือ มีการทำแบบสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรถึง
อัตลักษณ์ ที่ต้องการร่วมกัน จึงเป็นที่มาของอัตลักษณ์ของชาวพระนั่งเกล้า คือ “ชื่อลัทธิ เสียสละ สามัคคี”
และเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม และจัดโครงการให้บุคลากรทุกหน่วยงาน ทำกิจกรรมที่แสดงให้เห็นอัต
ลักษณ์ทั้ง 3 ข้อ

◆ ส่งเสริมให้บุคลากรมีจริยธรรม โดยที่มำจากชมรมจริยธรรม ที่คอยส่งเสริม สนับสนุนและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ
โดยให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรม

◆ มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหารกับปฏิบัติงาน โดยผู้บริหารระดับสูง เปิดเวที ให้มีการสื่อสาร
พบปะ เพื่อถ่ายทอดนโยบาย ทิศทางต่างๆ ของโรงพยาบาลด้วยตนเอง ปีละ 2 ครั้ง พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความพึง
พอใจในระดับสูง ที่ได้รับฟังแนวคิคนโยบายต่างๆ ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้อง
และเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาโรงพยาบาล

◆ มีการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในสวัสดิการต่างๆ และความต้องการสวัสดิการต่างๆ เพิ่ม เพื่อนำมาเป็น
ข้อมูลในการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร

◆ ผู้บริหารระดับสูงมีนโยบาย มุ่งเน้นให้บุคลากรมี Service mind ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการยึดผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลางซึ่งส่งผลให้ระบบงานดีขึ้น ผลลัพธ์การทำงานดีขึ้น ข้อร้องเรียนลดลง ตัวอย่างเช่น

- การปรับพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่ห้องบัตร

- โครงการใกล้บ้านใกล้ใจให้บริการได้ทุกที่ และโครงการไต่.....สู่.....ไต่ของหน่วยไต่เทียม

- การดูแลแผลเรื้อรังทุกชนิดของศัลยกรรมหญิง

- Traction อื้ออาหาร, บริการไม้ค้ำยันทันที, โครงการเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ของ PCT Orthopedic

จากการดำเนินงานโครงการที่ผ่านมา พบว่าโรงพยาบาลได้รับหนังสือแสดงความชื่นชมการทำงานของ

บุคลากรมากขึ้นจากร้องเรียนด้านพฤติกรรมลดลง

◆ ทุกกลุ่มงานได้กำหนด Training Need ได้รับการสนับสนุนจาก HRD ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ เชื่อมโยงและ
ปัญหาของหน่วยงาน มีการส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาตาม Training Need ที่ได้วางแผนไว้ และตาม Service
Plan

◆ ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการรณรงค์ให้เห็นความสำคัญอยู่
เสมอ จากการเดินดูหน้างานเพื่อย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการระบุดัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง พบว่าหน่วยงานส่วน
ใหญ่มีแนวทางการระบุดัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง

◆ ส่งเสริมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้ได้รับการทำงานด้วยความปลอดภัย มีการรวบรวม
ข้อมูลการเจ็บป่วยเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางป้องกัน, จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
เน้นย้ำบุคลากรที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ให้ได้รับการดูแล เช่น พนักงานขับรถยนต์ ควรได้รับการตรวจ
สมรรถนะทางสายตา ทางกรไต่ยีน จัดทำประกันภัยรถยนต์ จัดระบบการป้องกันเจ้าหน้าที่ในการถูกทำร้าย

◆ นำกิจกรรม 5 ส. มาเสริมสร้างการพัฒนาผลงานของบุคลากรและหน่วยงาน โดยได้ประกาศเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานดำเนินกิจกรรม 5 ส.

◆ การส่งเสริม สร้างบรรยากาศการพัฒนาคุณภาพ โดยการจัดกิจกรรม อบรม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมผลงาน และการมีส่วนร่วมในความสำเร็จร่วมกัน ผ่านโครงการต่างๆ เช่น HA Festival , HA FORUM , การประกวด R2R

◆ การยกย่องคนดีที่มีผลงานเด่น ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติจากหน่วยงานภายนอก ในการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล

บทเรียนในการใช้ performance management system:

- ผู้บริหารระดับสูงนำจุดเน้นการพัฒนาในปีนั้นๆ มากำหนดเป็น KPI รายปี รายกลุ่มงาน และรายบุคคล ส่งผลให้ผลงานขององค์กรบรรลุเป้าหมาย
- มีนโยบายยกย่องชมเชยผลงานระดับหน่วยงานและระดับบุคคล

การพัฒนาบุคลากรและผู้ให้

learning need ที่สำคัญของบุคลากรกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:

กลุ่มบุคลากร	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
1. ผู้บริหารในคณะกรรมการควบคุมกำกับ	- การบริหารเชิงกลยุทธ์ - การพัฒนาคุณภาพ - การวิเคราะห์งบการเงิน	- ฝึกอบรมภายนอกและภายในโรงพยาบาล
การบริหารโรงพยาบาล (Administrative Controlling Committee ACC)	- การบริหารความเสี่ยง - การพูดในที่สาธารณะ	- ฝึกอบรมภายนอก
2. ผู้บริหารระดับต้น	- การบริหารจัดการระบบ - การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ - การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ - การบริหารความเสี่ยง - การแก้ไขความขัดแย้งและไกล่เกลี่ยข้อร้องเรียน - การพัฒนาแนวคิดเชิงบวก	- การสอนงานโดยผู้บริหารระดับกลาง, ระดับสูง - การฝึกอบรมภายนอก รพ.
3. ระดับหน่วยงาน	- การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ - การบริหารความเสี่ยง	- การสอนงานโดยผู้บริหารระดับต้น - การฝึกอบรมภายในและภายนอก รพ.
4. แพทย์	- Vascular Surgery, เวชศาสตร์มารดาและทารก, อายุรศาสตร์ระบบการหายใจและภาวะวิกฤติ, Laparoscope,	- Resident Training - ฝึกอบรมภายนอกและในรพ.

กลุ่มบุคลากร	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
--------------	------------------------	-----------------------

	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน,เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	
5. แพทย์ PMC	- การรักษาโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง	- อบรมภายในโรงพยาบาล Conference - การจัดทำ Clinical Practice Guidelines (CPG) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
6. ทันตแพทย์	- Cleft Lip	- ส่งอบรมนอกโรงพยาบาล
7.พยาบาล	- อบรมการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต - การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต - การพยาบาลเฉพาะทางกุมารเวชกรรม - การพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลหัวใจและทรวงอก - การพยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรมและระบบประสาท - การพยาบาลระบบทางเดินหายใจ - การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ - อบรม CPR ทารกแรกเกิด Advance /Basic - อบรมพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ อบรมการลดความคลาดเคลื่อนทางยา - อบรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตื้อยาใน รพ. -อบรมการเก็บตัวอย่างส่งตรวจให้ได้คุณภาพ - อบรมการดูแลรักษาผู้ป่วย Multiple Injury - อบรม ESB การสื่อสารที่เป็นเลิศ - อบรมการดูแลแผลเบาหวาน -พัฒนาความรู้ตาม Service Plan	- ฝึกอบรมภายนอกและในรพ.
8. นักเทคนิคการแพทย์	- พัฒนาคำความรู้ตาม Service Plan - พัฒนาคำรู้การทดสอบใหม่	- ฝึกอบรมภายนอกและในรพ.
9. พนักงานช่วยเหลือคนไข้/	-อบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.	- อบรมภายในรพ.

พนักงานแปล	- อบรม CPR Basic - อบรม ESB การสื่อสารที่เป็นเลิศ
------------	--

บทเรียนในการกำหนด learning need (รวมทั้งการเชื่อมโยงกับข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วย):

♦ คณะกรรมการทรัพยากรบุคคล กำหนด Training Need โดยยึดความต้องการขององค์กรเพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ และรองรับแผนยุทธศาสตร์ ดำเนินถึงความจำเป็นมากกว่าความต้องการ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และคณะกรรมการกลุ่มการพยาบาลจะช่วยวิเคราะห์เพื่อปรับเพิ่ม/ลดโครงการต่างๆ ให้เหมาะสม

♦ โครงการที่ได้รับอนุมัติแล้ว มีการเน้นย้ำติดตามให้นำมาประยุกต์ใช้ เกิดการเรียนรู้อย่างบูรณาการร่วมกันที่หน้างานระหว่างสหวิชาชีพ และมีการจัดการความรู้เพื่อถ่ายทอดไปยังหน่วยงานอื่นที่มีบริบทคล้ายกัน เช่น การไปศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ โดยการใช้ LEAN CONCEPT มาช่วยพัฒนางานประจำที่ และโรงพยาบาลศิริราช ของ PCT อายุรกรรม สามารถปรับระบบทำให้ระยะเวลาการส่งเวรลดลงมาจาก 90 นาที เหลือ 15 นาที ทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การแบ่งหน้าที่โดยใช้ Call Concept พบว่า การเกิดแผลกดทับรายใหม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การดูแลแผลเบาหวานในคลินิก Ostomy care ส่งผลให้ จำนวนผู้ป่วยแผลเบาหวานที่ admit และ อัตราการ amputate ลดลง การฝึกอบรม CPR ในงานกายภาพอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงดีขึ้น unplan CPR =0 ราย จึงได้ขยายผลการฝึกอบรม CPR ไปยังกลุ่มงานทันตกรรม ส่งผลให้การจัดการผู้ป่วยทรุดลงในกลุ่มงานทันตกรรม ดีขึ้น unplan CPR =0 ราย

♦ มีการวิเคราะห์หน่วยงานที่มีผู้ป่วยและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ว่ามีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอหรือไม่ เช่น การฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพ ใน Sub – ICU อายุรกรรม โดยมีการสอบถามโดยหน่วยงานเพื่อวิเคราะห์และสรุปประเด็นที่จำเป็นต้องรู้ และจัดการฝึกอบรมภายใน เป้าหมาย 100% และติดตามประเมินผลโดยหน่วยงานต่อไป และมีการวิเคราะห์ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติของพนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานแปล พบว่ายังขาดทักษะในการปฏิบัติงาน เนื่องจากเมื่อรับเข้ามาปฏิบัติงาน จะเป็นการสอนหน้างานและเรียนรู้ไปพร้อมกับการปฏิบัติงาน

การปรับระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรให้มีความสมดุลยิ่งขึ้น (จุดใดที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น):

♦ วางระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรตั้งแต่แรกเข้าทำงานจนถึงเกษียณอายุราชการ เริ่มตั้งแต่การจัดปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงาน ในระหว่างทำงานมีแผนโครงการพัฒนาความรู้/ทักษะเฉพาะทางของบุคลากรที่สอดคล้องกับ Competency และวิสัยทัศน์แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล มีการวางระบบเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพ การสร้างและส่งเสริมบรรยากาศ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน ผ่านกระบวนการของ KM และกิจกรรมต่างๆ เช่น R2R HA FESTIVAL

♦ เน้นย้ำ ปลูกฝัง แนวคิด และพฤติกรรมเชิงบวกมากขึ้น เช่น การอบรมพฤติกรรมบริการ

♦ กลุ่มที่ได้รับความสำคัญมากขึ้นในการปรับระบบพัฒนาและเรียนรู้ ได้แก่กลุ่มบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยแต่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น พยาบาลวิชาชีพใน Sub-ICU อายุรกรรม จึงได้จัดให้มีการปฐมนิเทศ สอบถามความต้องการ จัดโครงการอบรม มีพยาบาลพี่เลี้ยง และติดตามประเมินผลโดยหัวหน้าหน่วยงาน

♦ จัดให้มีการเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงานของพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานแปล โดยจัดให้ความรู้ที่จำเป็น ทั้งภาคทฤษฎีในความรู้และทักษะที่จำเป็น เช่น ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการตามวัยและความต้องการมนุษย์, กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเบื้องต้น, บุคลิกภาพ มารยาททางสังคมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์, ศัพท์ที่ใช้ในทางการแพทย์และการพยาบาลที่จำเป็นในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติงาน, อาหารและโภชนาการ

เป็นต้น เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการปฏิบัติที่จำเป็นเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานผู้ช่วยต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปลดได้รับความปลอดภัย อย่างมีมาตรฐาน บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:

◆ในการวัดและประเมิน Competency บุคลากรใหม่และเก่า พบว่า ในประเด็น Specific Competency ของกลุ่มบุคลากรใหม่ที่ยังขาดอยู่ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทักษะขั้นพื้นฐาน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การบริหารยา (โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่มีความเสี่ยงสูง) การเตรียมให้เลือดและสารน้ำ เป็นต้น จากการวิเคราะห์พบว่าเกี่ยวข้องกับ การศึกษาและการฝึกงาน ซึ่งอาจจะมีโอกาสปฏิบัติจริงน้อย ทำให้ไม่มีทักษะเพียงพอ หน่วยงานจึงต้องจัด อบรมพิเศษ อบรมให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าว ร่วมกับการสร้างระบบพี่เลี้ยง การนิเทศ ติดตามและเรียนรู้ที่หน่วยงาน ร่วมกัน ในประเด็น Specific Competency ของกลุ่มบุคลากรเก่าที่ยังขาดอยู่จะเกี่ยวข้องกับความรู้ เทคนิค และ เทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งพัฒนาต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างทางความรู้ (Knowledge Gap) ระหว่าง วิชาชีพได้ เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับอนุสาขา กับ พยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้การทำงานเป็นทีมไม่ราบรื่น และ ผลลัพธ์ไม่ดีเท่าที่ควร หน่วยงานได้วิเคราะห์ Knowledge Gap แล้วจัดให้มีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ ทั้งการอบรม ภายนอกและภายในองค์กร

◆การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ดังกล่าว ได้จัดให้มีการถ่ายทอดความรู้ การเรียนรู้ร่วมกัน แล้วติดตามประเมินผล ซึ่งพบว่าบุคลากรมีความรู้ ทักษะ มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น แต่สิ่งที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา คือ การนำความรู้ที่ได้จาก การไปอบรมมาถ่ายทอดอย่างเป็นรูปธรรมยังทำได้ไม่ชัดเจน

ความผูกพันของบุคลากร

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน/ความพึงพอใจของบุคลากร และผลการศึกษา:

ผลการประเมิน Emo-meter ปี 2560

BE “ความรู้สึกอยู่ดี มีสุขในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล” อยู่ในระดับปานกลาง

BL “ความรู้สึกภูมิใจในการเป็นบุคลากรของโรงพยาบาล” อยู่ในอยู่ในระดับปานกลาง

BS “ความรู้สึกทุ่มเทกายใจ ในการทำงาน” อยู่ในอยู่ในระดับสูง

การรับรู้ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร อยู่ในอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อ Emo-meter

1.ความมั่นคงของงาน 2.งานที่ทำหาย 3.ภาพลักษณ์องค์กร 4.ความชัดเจนในหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจ ต้องพัฒนา

5.สัมพันธ์ภาพกับหัวหน้างาน เฝ้าติดตาม

สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุข (Well-being)

1.ความมั่นคงของงาน

2.งานที่ทำหาย

3.ภาพลักษณ์องค์กร

4.ความชัดเจนในหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจ

5.การได้รับการยอมรับนับถือต้องพัฒนา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล (Belonging)

1.ความมั่นคงของงาน 2.งานที่ทำหาย 3.ภาพลักษณ์องค์กร 4.ความชัดเจนในหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจ ต้องพัฒนา

5.สัมพันธภาพกับหัวหน้างาน เผื่อติดตาม

สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกทุ่มเทกายใจในการทำงาน (Doing the Best)

1.ความมั่นคงของงาน 2.งานที่ท้าทาย 3.ความชัดเจนในหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจ
ต้องพัฒนา

4.สัมพันธภาพกับหัวหน้างาน เผื่อติดตาม

แนวทางการพัฒนา

1.เพิ่มการสื่อสารเรื่องความมั่นคงของงาน โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องมีการต่อสัญญา

2.เพิ่มการสื่อสารเรื่องความสำเร็จของโรงพยาบาล

3.ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานให้มีความสุข สนับสนุนให้บุคลากรได้ทำงานที่ท้าทาย

4.เน้นให้หัวหน้างานให้ความสำคัญเรื่องการมอบหมายงานและเพิ่มการสื่อสารเรื่องความรับผิดชอบ

5.เสริมทักษะหัวหน้างานเรื่องการสื่อสาร ให้คำชื่นชม ยกย่อง

บทเรียนในการปรับปรุงระบบงานเพื่อสร้างความผูกพันกับบุคลากร:

-บุคลากรให้ความสำคัญต่อบรรยากาศองค์กรมากกว่าค่าตอบแทน และสวัสดิการ การพัฒนาเพื่อสร้างความผูกพัน ควรเน้นในด้านการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร การปรับปรุงสถานที่ให้น่าอยู่ น่าทำงาน (Happy Work Place) ดีกว่าการตอบสนองด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนเพียงอย่างเดียว

-การปรับระบบงาน และการนำ IT มาใช้ในทุกระดับชั้น เพื่อให้งานสะดวกขึ้น การนำความรู้ใหม่ๆ มาใช้ เช่น Lean Management , Logistic เพื่อเพิ่มความคล่องตัว

-ผู้บริหารองค์กรได้มีนโยบายพบปะ สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ปีละ 2 ครั้ง ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 2556 พบว่าเจ้าหน้าที่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นนโยบายที่สำคัญเพิ่มมากขึ้น ได้รับการถ่ายทอดโดยตรง ทำให้เกิดความเข้าใจได้อย่างชัดเจน

-จากผลการสำรวจความพึงพอใจด้านสวัสดิการต่างๆ ของโรงพยาบาล พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในสวัสดิการที่หน่วยงานจัดให้ ในระดับมากเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็น 47.19% และได้นำข้อเสนอแนะจากการสำรวจมาทบทวนและปรับปรุงสวัสดิการต่างๆ เพื่อให้ตรงกับความต้องการของบุคลากร

-มีกิจกรรมพิเศษที่ทำให้เจ้าหน้าที่หลาย ๆ อย่าง ให้หน่วยงานร่วมกันทำ เช่น กีฬาสี ทำบุญวันเกิดโรงพยาบาล กิจกรรม 5 ส.

ขีดความสามารถและความเพียงพอ

ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอ และการตอบสนอง:

◆ มีประเมินขีดความสามารถทางโรงพยาบาล เพื่อรองรับการเป็น Excellent Center เช่น การให้ความรู้จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เช่น โรคหัวใจ กับพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากการส่งพยาบาลเข้ารับการศึกษาอบรมสาขาเฉพาะทางต่างๆ หรือการส่งให้แพทย์ด้านโรคหัวใจไปเรียนเพิ่มเติมด้านมิถุนานการหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน อีกทั้งประเมินความพอเพียงของบุคลากรทางด้านแพทย์และการพยาบาล ว่าบุคลากรในสายงานต่างๆ มีจำนวนเพียงพอสำหรับการรองรับการเป็น Excellent Center และ Service Plan ในสาขาต่าง ๆ โดยจัดทำเป็นแผนพัฒนาบุคลากร ปี ละ 1 ครั้ง

◆ การประเมินขีดความสามารถของพนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานเปล ในการปฏิบัติงานการดูแลช่วยการพยาบาลต่างๆ พบว่ายังขาดทักษะที่จำเป็น

◆ จากการวิเคราะห์อัตรากำลัง โดยใช้เกณฑ์ FTE ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตรากำลังในสายงานหลักๆ คือ แพทย์ เภสัชกร และโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ยังมีอัตรากำลังยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดได้ เช่น พยาบาล

วิชาชีพมีอัตรากำลังที่ควรมีตามกรอบ 80% คือ 675.64 แต่มีพยาบาลปฏิบัติงานอยู่จริง 491 คน ยังขาดอีก 184.64 คน

บทเรียนในการบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:

◆ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ เป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร สายแพทย์ พยาบาล ให้ครอบคลุมเฉพาะทางสาขาต่างๆให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของรพ.และวิชาชีพอื่นๆ โดยเป็นโรคที่สำคัญและรพ.ชั้นนำให้เป็นExcellent center อาทิโรค Newborn Trauma โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือดพยาบาลที่ผ่านการอบรมในการทำหัตถการสวนหัวใจ จากสถาบันการแพทย์ที่น่าเชื่อถือทางประเทศไทยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว และปลอดภัยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้มีระบบการปรึกษาผ่าน line group PCT ซึ่งทำให้การรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และจัดการปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยTrauma ที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีระบบปรึกษาผ่าน line group Non HI การพัฒนาทันตแพทย์ และทีม ในการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการเกิด Cleft Center นอกจากนี้ยังมีเรียนรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ ด้าน Homeopathy แล้วกลับมาช่วยปฏิบัติงานที่คลินิกแพทย์ทางเลือก

◆ มีการพัฒนาเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรการปรึกษาผ่าน line group ใช้โทรศัพท์ โทรสาร เป็นต้น และการให้มีความรู้การส่งต่อผู้ป่วยโรค FAST TRACT ได้แก่ Stroke ACS เพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยมีการติดตามเยี่ยมประเมินผลการปฏิบัติงานนำมาพัฒนาต่อไป

◆ พัฒนาระบบบริการ โดยจัดระบบบุคลากรในการรับรักษาผู้ป่วยจาก ER และหน่วยต่างๆโดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต กึ่งวิกฤต และผู้ป่วย FAST TRACT ผู้ป่วยติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาอย่างทันที่หวังที่ ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาภายหลัง

◆ จัดระบบการบริการ โดยประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วย on Eudotrachial tube และ tube เลื่อนหลอด และ Pressure Sore มี KPI วัดผลชัดเจนโดยมีการวิเคราะห์ gap analysis และทำให้เกิดนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย อาทิ ถุงมือหัตถการ นาฬิกาพลิกตัว เป็นต้น

-มีการสำรวจความพึงพอใจในงานของบุคลากรทางการพยาบาล

-มีนโยบายสร้างความก้าวหน้าในสายอาชีพ(Career Ladder) โดยเฉพาะพยาบาลมีการพัฒนาส่งอบรม/ผบก./ป.โท/ป.เอก/จัดหลักสูตรพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ต่างๆ

-มีการจัดหานักเรียนทุนเพิ่มเติม โดยการออกบูทประชาสัมพันธ์ในสถาบันต่างๆ

นอกจากนี้พัฒนาระบบสนับสนุนการสร้างขวัญ กำลังใจ มีโครงการสร้างคนดี พยาบาลดีเด่น เป็นต้น

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการตอบสนอง:

◆ มีแผนทั้งด้านอัตรากำลังและแผนพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน โดยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน

◆ เพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารต่างๆ โดยทำในรูปแบบคณะกรรมการประชาสัมพันธ์และสุศึกษา ที่มีการสำรวจ และวิเคราะห์ เพื่อหาช่องทางที่เป็นประโยชน์

◆ งานER มีผู้ป่วยหนักมารับบริการเพิ่มมากขึ้น มีการปรับระบบคัดกรองก่อนเข้าER เพื่อแยกผู้ป่วยเข้าตรวจในERและคลินิกนอกเวลาโดยมีการจัดแพทย์ตรวจรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ จัดโซนตามระดับความรุนแรงอย่างชัดเจนเพื่อการดูแลรักษาได้รวดเร็วครบถ้วน จัดมุมตรวจผู้ป่วย Non Urgent หลัง 20.00 น.เพื่อลดภาระงานของERและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

◆ งานด้านหน้า มีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกซีก เกิดความแออัดในนางานผู้ป่วยนอก มีการ

จัดการส่งกลับรพ.ชุมชนในรายที่เห็นสมควรและบริการเชิงรุกโดยมีแพทย์ออกตรวจที่รพ.สต.ของรพ.จากภาระงานที่มากขึ้นทำให้บุคลากรเกิดความเครียดผู้บริการได้อนุมัติให้จัดบุคลากรทดแทนได้กรณีมีบุคลากรลาหยุดและจัดบุคลากรเพิ่มเช่นทำงานประชาสัมพันธ์

◆ พัฒนาระบบส่งต่อของเครือข่ายบริการ ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วโดยผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะสาขาได้อย่างเหมาะสมอย่างครอบคลุมทุกสาขา

◆ งานผู้ป่วยใน จัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยหนัก ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจซึ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้น เดิมนอน Admitกระจายตามตึกต่าง ๆ และแผนกอายุรกรรมได้ปรับระบบ โดยเปิดหอผู้ป่วยSub ICU เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน35เตียง ไม่รวมหอผู้ป่วย ICUมีแพทย์เฉพาะสาขาการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติดูแลรักษา

◆ งานด้านหน้า ปรับระบบบริการโดยใช้Computer โปรแกรมSSB และให้แพทย์คีย์ยาผ่านโปรแกรมSSBส่งห้องยาเพื่อลดความผิดพลาดในการอ่านลายมือแพทย์และความรวดเร็วในการรักษา รวมถึงปรับระบบเวชระเบียน โดยScan เวชระเบียนเข้าโปรแกรมSSBทำให้สะดวกต่อการค้นหาและเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยและลดพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียนซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

◆ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการพัฒนาโดยใช้เทคโนโลยี Line Automate มาใช้ ส่งผลให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมากขึ้นและรายงานผลเร็วขึ้น

◆ กลุ่มการพยาบาลปรับโครงสร้างการบริหารเป็น 16 โครงสร้าง ทำให้กำกับดูแลผู้ปฏิบัติได้อย่างใกล้ชิด

๑. บรรยายการดำเนินงาน

นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:

◆ เพื่อสนองนโยบายด้านบุคลากรในการมุ่งให้บุคลากรของรพ.มีความสุข และมีสวัสดิการที่ดีผู้อำนวยการรพ.มีนโยบายจัดอบรมOD จำนวน10รุ่นให้ครอบคลุมบุคลากร100%เพื่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การทำงานเป็นทีม มีการสื่อสารเป็นหนึ่งเดียว และจัดสภาพแวดล้อมภายในรพ.ให้มีพื้นที่สีเขียวเพิ่มมากขึ้น เพิ่มแสงสว่างภายในอาคารสภาพที่และทางเดิน เน้นความสะดวกและเป็นระเบียบสวยงาม

◆ จัดสถานที่ออกกำลังกายให้กับบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของบุคลากรได้ติดตั้งกล้องวงจรปิดตามจุดต่าง ๆที่มีความเสี่ยง จัดสวัสดิการมีอาคารจอดรถให้กับบุคลากรและระบบรักษาความปลอดภัยที่เข้มงวดตลอด24ชม.

◆ ด้านอาชีวอนามัย มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำหน่วยงานใช้ชื่อ"จป"ซึ่งรับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลบุคลากรลาป่วย ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานส่งให้กับงานอาชีวอนามัย เพื่อนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขป้องกัน และมีการจัดอบรมเสริมความรู้ ทักษะให้กับบุคลากรขณะปฏิบัติงานทำอย่างไรให้ปลอดภัยโดยจัดปีละครั้งอย่างต่อเนื่อง

◆ ระบบบำบัดน้ำเสียได้รับการดูแลตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งก่อนปล่อยออกสู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม และไม่แพร่กระจายเชื้อต่อชุมชน

มีระบบจัดการขยะในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีความตระหนัก และให้ความร่วมมือกับการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย

และอาชีวอนามัยทุกกิจกรรม

◆ บุคลากรได้รับสิทธิประโยชน์ ในกรณีถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย จะได้รับค่าตอบแทนเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ

ลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วยได้รับอนุมัติให้นอนห้องพิเศษได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าห้อง

- มีคู่มืออาหารกลางวันสำหรับผู้มีรายได้น้อย
- มีค่าที่พัก และบริการรถรับส่งสำหรับพยาบาลที่เข้าหอพักข้างนอก เนื่องจากหอพักในโรงพยาบาลเต็ม
- มีเงินช่วยเหลือค่าทำศพ แต่งงาน
- จัดทำห้องอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่

สุขภาพบุคลากร

บทเรียนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร:

◆หน่วยงานอาชีวอนามัย มีการสำรวจภาวะสุขภาพของบุคลากรทุกปี โดยเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ อุจจาระ x-rayปอด พบว่าภาวะสุขภาพบุคลากรที่ผิดปกติมากที่สุด ความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ รองลงมา พบไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ และกลุ่มบุคลากรพบกลุ่มการพยาบาลมีความผิดปกติมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มสำนักงาน มีการจัดการส่งพบแพทย์เพื่อประเมินตรวจรักษาและติดตามทุกปี โดยใน2558-2559ได้จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโดยจัดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่กลุ่มงานอาชีวอนามัย กลุ่มงานสุขศึกษา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มการพยาบาล และโภชนาการ มีการส่งเสริมกิจกรรมของชมรมกีฬาสาขาต่างๆ ทำให้บุคลากรเข้าร่วมออกกำลังกายมากขึ้นส่งผลให้ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI น้อยกว่า 25 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38.79 % ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น41.89% ในปี2560 ภาวะโรคอ้วนลงพุงลดลง จาก 37.66% ในปี 2559 เป็น 33.4% ในปี 2560

บทเรียนเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับความเครียดต่อสุขภาพ:

◆งานด่านหน้า จัดระบบคัดกรอง ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ที่ด่านหน้าอาคารเจริญภูบดินทร์ โดยแพทย์จะตรวจผู้ป่วยที่ห้องตรวจบริเวณจุดคัดกรอง สำหรับผู้ป่วยAdmit กรณีพบการติดเชื้อผลเสมหะเป็นบวก จะให้อยู่ห้องแยกเพื่อมีอาการแพร่กระจายเชื้อ

◆บุคลากรที่ถูกเข็มตำจะได้รับการดูแลและให้คำปรึกษาจาก ICN ทำให้ไม่พบบุคลากรมีการติดเชื้อ HIV จากการทำงาน

◆มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับหน่วยงานทำหน้าที่ค้นหาความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงาน โดยมีการรายงานผลทุก 3 เดือน ทำให้สามารถจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพได้เร็วและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

◆บุคลากรที่ถูกเข็มตำหรือถูกของมีคมบาด สัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยติดเชื้อ HIV จะมีแนวทางการดูแลจากงานIC เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อและไม่พบบุคลากรติดเชื้อHIVปี 2555 – 2560 พบว่าแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุลดลง จากร้อยละ 3.37, 2.95 , 2.80 ตามลำดับ ปี 2560 ได้มีการปรับแนวทางการดูแลกรณีเกิดอุบัติเหตุของมีคมจากเดิมให้มาพบ ICN ทันทีในเวลาราชการ แต่เนื่องจาก ICN มี 2 คนทำให้เกิดปัญหาบางครั้งมาไม่พบ ICN จึงปรับระบบให้ทุกครั้งที่เกิดอุบัติเหตุให้ไปที่ ER ทันทีทั้งในและนอกเวลาราชการ ผลลัพธ์คือได้รับการดูแลเบื้องต้นทุกรายและมาพบ ICN เมื่อเสร็จกระบวนการที่ ER ในเวลาราชการเพื่อบันทึกข้อมูลหาสาเหตุนัดหมายพบ ID เพื่อเฝ้าระวังต่อไปอีก 6 เดือน

◆บุคลากรเมื่อเจ็บป่วยหรือสัมผัสเชื้อโรค อาทิ ติดเชื้อ TBจะได้รับการดูแลรักษาและFU จนหายและได้รับเงินชดเชย เฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากร ปี 2556-2560 จำนวน 7 ราย พยาบาล 2 คน (OPD, Sub ICU Med) PN 1 คน (ศข.) เวิร์ป 1 คน (OPD) พนักงานทั่วไป 1 คน (จ่ายกลาง)จนท.ห้องยา 1 คน (IPD)

จนท.ห้องบัตร 1 คน (OPD)

ความครอบคลุมของการให้ภูมิคุ้มกันโรค:

♦รพ.มีนโยบายในการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากรทุกคนที่ทำงานกับผู้ป่วยแต่ขึ้นกับความยินยอมของบุคลากรด้วย โดยได้รับการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล นอกจากนี้มีการสำรวจจากงานอาชีพเวชกรรมสำหรับบุคลากรที่มีความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยต้องการร่วมการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี สามารถแจ้งความประสงค์ได้โดยมีสวัสดิการที่จัดให้

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- ♦มีการเตรียมความพร้อมทางด้านบุคลากรรองรับการเป็น Excellence ทารกแรกคลอด , โรคหัวใจ โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรคกระดูกและข้อ โรคทางตา และทันตกรรมรากเทียม Cleft Center
- ♦ได้รับรางวัลได้รับรางวัลบุคคลดีเด่น สาขาทันตแพทย์ จากชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในปี 2554,2557,2558
- ♦ผลงาน "ผลของ KEที่มีต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณข้อเข่าหลังการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก"ได้รับรางวัล R2Rดีเด่นระดับตติยภูมิการประกวด R2R ของสวรส.ประจำปี 2554นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2554
- ♦นำเสนอผลงาน"นวัตกรรมไขขาว" ในการประชุมวิชาการนานาชาติ Asian Congress of Dietetics ครั้งที่ 5 ในปี 2553 นำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักกำหนดอาหารในปี 2554
- ♦นำเสนอผลงาน R2R ในการประชุม HA National Forum ในปี 2556 ,2557 ,2558 ,2559 ,2560
- ♦นำเสนอเรื่อง The Effectiveness of Patient-Centred and Multidisciplinary Approach Model for Dfus Management ในการประชุม 7th Asia Pacific Enterostomal Therapy Nurse Association Join Effort Indonesia Malaysia - Indonesia Scientific Meeting ในปี 2560
- ♦บุคลากรมีสมรรถนะการดูแลรักษาในโรคที่สำคัญได้ดีในโรค Head Injury, Preterm, ACS, Upper GI Bleeding, DM Ulcer, Pregnancy Induce Hypertension, OA Knee
- ♦จากการเสริมสร้างความผูกพันในกิจกรรมต่างๆให้สำนึกองค์กรและการสร้างค่านิยม คุณภาพ คุณธรรม นวัตกรรมก้าวไกล ส่งผลให้บุคลากรมีความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาองค์กรให้ยั่งยืน
- ♦ได้รับคัดเลือกให้เป็นคนดีศรีสาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพที่ 4 ประจำปี 2559 และ 2560
- ♦ได้รับคัดเลือกให้เป็นข้าราชการพลเรือนดีเด่น ระดับจังหวัดนนทบุรี ประจำปี 2559
- ♦ได้รับการคัดเลือกเป็นนักศึกษาคณะดีเด่นประจำปี 2558 สาขา ประเภทบริการจากสมาคมวิชาชีพสุขภาพ
- ♦ได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thai Public Service Award 2013) ประเภทพัฒนาบริการที่เป็นเลิศ
- ♦ได้รับคัดเลือกให้เป็นข้าราชการพลเรือนดีเด่น ระดับจังหวัดนนทบุรี ประจำปี 2560
- ♦ได้รับคัดเลือกให้เป็นนักบริหารโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ดีเด่น ภาครัฐ ประจำปี 2560

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
21. ความผูกพันและความพึงพอใจ	2.5	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ความพึงพอใจและความผูกพันเฉพาะกลุ่ม และวางแผนตอบสนองความต้องการ
22. ระบบค่าตอบแทนและแรงจูง	3	<ul style="list-style-type: none"> การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร² เพื่อให้บุคลากรมีผลงานที่ดี ส่งเสริมให้บุคลากรมีวัฒนธรรมองค์กร ตาม อุดลัักษณ์ชาวพระนั่งเกล้า "ซื่อสัตย์ เสียสละ สามัคคี"
23. ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ	3	<ul style="list-style-type: none"> การสร้างแรงจูงใจให้พัฒนาตนเอง, มีแผนพัฒนาบุคลากรตาม Career path ครอบคลุมทุกวิชาชีพ
24. การบริหารและจัดระบบบุคลากร	3	<ul style="list-style-type: none"> มีการเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง
25. สุขภาพของบุคลากร	2.5	<ul style="list-style-type: none"> บุคลากรดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว บุคลากรส่วนใหญ่เป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

I-6 การจัดการกระบวนการ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:คุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ความสำเร็จขององค์กร การเรียนรู้						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
อัตราศูนย์เชี่ยวชาญผ่านเกณฑ์	100%	เริ่มในปี 2559			14.28 (1/7)	73.20%
บริบท: Core competency ขององค์กร: โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ากำลังพัฒนาสู่การเป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทารกแรกคลอด โรคกระดูกและข้อ โรคทางตา และทันตกรรมรากเทียม กระบวนการ: <u>Core competency:</u> การพัฒนาหรือเพิ่มพูน core competency ขององค์กร: <u>ศูนย์เชี่ยวชาญโรคหัวใจ</u> โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเริ่มเปิดศูนย์โรคหัวใจ และหลอดเลือดตั้งแต่วันที่ 5 ธันวาคม 2557 ในเวลาราชการ โดยจัดบริการดังนี้ 1.หน่วยงานบริการผู้ป่วยนอกแผนกหัวใจและหลอดเลือด ในวันราชการ เวลา 08.00 – 12.00 น 2.หน่วยงานบริการผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ Non – Invasive 24 ชั่วโมง 3.หน่วยงานบริการผู้ป่วยด้วยเครื่องสวนหัวใจระนาดเดียว ในวันราชการ เวลา 08.00 – 20.00 น และฉุกเฉิน ในกรณีที่มีผู้ป่วย หลังเวลา 20.00 น จะให้บริการโรงพยาบาลเครือข่ายคือผู้ป่วยต้นสังกัดจะส่งต่อสถาบันโรคทรวงอก ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพจะส่งต่อโรงพยาบาลยันฮี จากการดำเนินงานศูนย์โรคหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้ อัตราตายลดลง 53.89% เปิดกลุ่มให้คำปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS กรณีฉุกเฉิน (PCC_Line) สำหรับบุคลากรภายในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลเครือข่าย โดยมีการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย และโรงพยาบาลในเขต 4 ผ่านทาง PCC_Line <u>ศูนย์เชี่ยวชาญทารกแรกคลอด</u> โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีเตียง NICU 10 เตียง มีแพทย์กุมารเวชศาสตร์สาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด สูติแพทย์เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ กุมารเวชศาสตร์สาขาโรคติดเชื้อ พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลเฉพาะทางระบบทางเดินหายใจเด็ก พยาบาลเฉพาะทางโรคติดเชื้อในเด็ก มีคลินิก Neonatal มีการปรับแนวทางการรักษา ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตของ Preterm Infant มากขึ้น มีแพทย์สาขากุมารศัลยศาสตร์ ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยเด็กเล็กที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด มีเครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูงทำให้ ลดอัตราการเกิด VAP <u>ศูนย์เชี่ยวชาญอุบัติเหตุฉุกเฉิน</u> โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช 3 คน พยาบาลเฉพาะทางฉุกเฉิน 5 คน พยาบาลเฉพาะทาง Trauma Nurse coordinator EMS Nurse มีการอบรม Advance Trauma Life Support , Advance Cardiac Life Support ทุก 1 ปี มีบริการ CT scan 24 ชั่วโมง มีระบบ consult ทาง Line เพื่อดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม trauma ตลอด 24 ชั่วโมงโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าร่วมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินระดับ						

เขต โดยรับผิดชอบด้านพัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรในระดับเขต

ศูนย์เชี่ยวชาญโรคตา

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา 1 คน เครื่องมือตรวจ

จอประสาทตา มีเครื่องมือผ่าตัดน้ำวุ้นตาและ Laser หลังจากมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยโรคจอประสาทตาสื่อมลงได้

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน Glaucoma เครื่องวัดความดันลูกตาทั้งแบบ Contact และ Non Contact

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน Cornea มีเครื่องมือ Corneal Transplant เริ่มเปิดศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดำเนินการในปี 2560 โดยมีการปลูกถ่ายกระจกตา 12 ราย พยาบาลเฉพาะทาง เวชปฏิบัติทางตา 17 คน

ศูนย์เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ

มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน Reconstruction , Sport Medicine ,Micro Surgery , Foot , Spine เด็ก

มีพยาบาลเฉพาะทาง มี Orthopedic Arthroscope ช่วยในการผ่าตัด มี Fluoroscopy 2 เครื่อง สามารถทำการผ่าตัด closed reduction and internal fixation เช่น intramedullary nail, locking plate(MIPO) ฯลฯ และการทำการฉีดสีในระหว่างผ่าตัด เช่น intraoperative angiogram, intraoperative myelogram มี Implant และ prosthesis ที่ทันสมัยและได้มาตรฐาน เครื่องมือผ่าตัด microsurgery เครื่องมือ Adult reconstructive surgery ส่งผลให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยด้าน Reconstruction , Sport Medicine ,Micro Surgery , Foot

ศูนย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง

มี Stroke unit 8 เตียง มีแพทย์สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบประสาท มีพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง มีการพัฒนาแนวทางการรักษาโดยให้ tPA 24 ชั่วโมง ส่งผลให้มีผลลัพธ์การรักษาดี อัตราความพิการเหลือน้อย อัตราการตายลดลง

การออกแบบระบบงานโดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงานโดยใช้ทรัพยากรจากภายนอก:

- ศูนย์เชี่ยวชาญโรคหัวใจ ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
 - พัฒนาระบบเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุในเบื้องต้น และส่งต่อให้ปลอดภัย
 - ร่วมกับเครือข่ายภายในใจ.นนทบุรีในการให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุ
 - พัฒนาระบบเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย Newborn ACSให้เหมาะสมก่อนส่งต่อ
 - จัดโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย Newborn ACS และTrauma โดยการสนับสนุนของสปสข.

ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)

ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่ รพ.มีโอกาสเผชิญ:

- น้ำท่วม มีการจัดทำแผนเตรียมรับน้ำท่วม มีการซ้อมในปี 2554 และ 2560
- อุบัติเหตุหมู่ มีการซ้อมร่วมกันในระดับจังหวัดในปี 2557-2560
- จลาจล มีการจัดทำแผน แต่ไม่มีการซ้อม
- แผ่นดินไหว มีการจัดทำแผน แต่ไม่มีการซ้อม

บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

- จากการซ้อมอุบัติเหตุหมู่ในปี 2559 พบว่ายังมีการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุไม่ถูกต้องในบางรายการ
การออกแบบ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการทำงาน

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ:

- การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Preterm แบบครบวงจร โดยทำอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดให้ยาโปรเจสเตอโรนป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมี Standing order เรื่องการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดทำให้อัตราการเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย ลดลงและจากการปรับแนวทางการรักษา โดยให้สารลดแรงตึงผิวเพื่อช่วยให้ปอดสามารถหายใจได้ดีขึ้นใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูงเพื่อลดอัตราการเกิด VAP ทำให้อัตรารอดชีวิตของทารกน้ำหนักน้อยสูงขึ้น

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Mature Cataract โดยคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน และจัดทำโครงการผ่าตัดต้อกระจกนอกเวลาราชการทำให้ผู้ป่วย ต้อกระจก VA<10/200 ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกภายใน 30 วัน ในปี 2559,2560 = 80.05%,98.46 ผู้ป่วยต้อกระจก VA>10/200 ได้รับการผ่าตัดใน 90 วัน ในปี 2559,2560 =87.95% , 95.38%

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน:

ผู้บริหารระดับสูงเน้นย้ำให้ทุกกลุ่มงาน ทุกหน่วยงานใช้ 3P ในการบริหารหน่วยงานและกำกับติดตามงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเข็มมุ่งในช่วงเวลานั้นๆ เช่น

การพัฒนาทางระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กพิเศษ(โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด Down's syndrome สมาธิสั้น มีปัญหาทางเดินหายใจ Cerebral palsy , โรคเลือด)มักกลับมาด้วยปัญหาฟันผุนแรงอีก และมีความเสี่ยงในการรักษาเพราะความซับซ้อนของโรคที่เป็นจึงจัดให้มีการวางแผนการรักษาทั้งปาก Consult แพทย์ประจำตัว นัดต่อเนื่องจนรักษาเสร็จตามแผน นัด F/U ทุก 3-4 เดือนให้ความรู้เสริมแก่ตัวเด็กและผู้ปกครอง

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:

- จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และทบทวนศักยภาพขององค์กร ในปี 2559- 2560 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจึงกำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลโดยกำหนดให้ มีการพัฒนาเป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคได้แก่ ศูนย์หัวใจ,ศูนย์หลอดเลือดสมอง, ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน ศูนย์ทารกแรกคลอด ,ศูนย์โรคข้อ, ศูนย์โรคตา, ศูนย์ทันตกรรมรากเทียม

การเชื่อมโยง นวัตกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้:

- จากการที่โรงพยาบาลมีเป้าหมายจำนวนครั้งของท่อช่วยหายใจเดือนหลุด 0 ครั้ง หน่วยงานหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมจึงจัดทำนวัตกรรมปลอกมือเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในโรงพยาบาลทำให้ แต่ละหน่วยงานที่มีผู้ป่วยเสี่ยงต่อการดึงท่อ/สายยางต่างๆจัดทำนวัตกรรมปลอกมือ โดยมีรายละเอียดและเป้าหมายที่แตกต่างกันบ้างเล็กน้อย

การพัฒนาคุณภาพที่มีการขยายผลไปใช้ทั่วทั้ง รพ.:

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยใช้ SOSscore เพื่อ EarlydetectSevereSepsis และ Septic shock มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในที่ประชุม Node Sepsis ทุก 1 เดือน ทำให้ อัตราตายใน Severe

Sepsis และSeptic shock ลดลง จาก 48.12% ในปี 2558 เป็น 41.77 %ในปี 2559 และ 27.21 %ในปี 2560
ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค ACS ด้วยสหสาขาวิชาชีพ
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis
- การพัฒนาการดูแล Preterm
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค Cataract
- การพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วยโรค Glaucoma
- การปลูกถ่ายกระจกตา
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
- โครงการพัฒนาศูนย์ทันตกรรมรากฟันเทียม
- โครงการพัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญชั้นสูงสาขาช่องปากในการให้การรักษาดังกล่าว-เพดานโหว่โดยการใช้เครื่องมือ NAM II (Nasoalveolar Molding) ในการปรับรูปร่างใบหน้าและขากรรไกร
- การพัฒนา Central Lab
- การพัฒนาด้านแพทย์ทางเลือก
- การพัฒนาการดูแลโรคมะเร็งด้วยสหสาขาวิชาชีพ
- การพัฒนาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต
- การพัฒนาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยหนัก

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
26. การกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรและการออกแบบระบบงานโดยรวม	3	● มีการพัฒนา Core competency ตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยใช้ทรัพยากรจากภายนอกอย่างเหมาะสมครอบคลุมทุกสาขา
27. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	2.5	● มีการซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินครอบคลุมภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติที่สำคัญ
28. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	3	● ส่งเสริมการติดตามและปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ ● ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผล