

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 การนำ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-1.1 ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

I-1.2 องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่โปร่งใสให้สังคม

i. บริบท

โรงพยาบาลรัฐสุราษฎร์ธานีสงขลาเป็นหน่วยงานเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระดับตติยภูมิ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์และมีการดำเนินการตามทิศทางและสามารถผลักดันสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ทีมบริหารระดับสูงของโรงพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายองค์กรดังนี้ (1) คุณภาพบริการ มิติการรักษา ฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มยาบ้าและกระท่อม (2) Smart Hospital และ (3) บุคลากรมีความสุขและมีสมรรถนะ จากการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากร สิ่งที่อยากให้โรงพยาบาลเป็น เช่น โรงพยาบาลเป็นสถานบำบัดรักษาที่มีมาตรฐาน/ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้ /มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม/ การทำงานเป็นทีม และเจ้าหน้าที่มีความสุข ฯลฯ ในภาพรวมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความเชื่อมั่นต่อการดำเนินงานด้านวิชาการและบริการ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 59.3 ,ระดับมาก ร้อยละ 40.7 ตามลำดับ ภาพรวมการสื่อสารของโรงพยาบาล: ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมสู่การปฏิบัติ ผ่านระบบการนำไปยังบุคลากรทุกกลุ่มภารกิจเพื่อให้เข้าใจและรับทราบ โดยมีกลไกติดตามการรับรู้ของบุคลากรในช่องทาง เช่น การประชุม คณะกรรมการบริหารประจำเดือน, Official Line มีการประชาสัมพันธ์ผ่านการติดต่อขอความช่วยเหลือในลิฟต์ หนังสือแจ้งเวียน ฯลฯ จากผลการประเมิน Safety Culture Survey มิติการสื่อสารที่เปิดกว้าง ปีงบประมาณ 2563 -2565 ระดับคะแนน ร้อยละ 59.6, 56.2 และ 61.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อที่ต้องปรับปรุงพัฒนา (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50) คือ เจ้าหน้าที่ตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า คะแนน ร้อยละ 45.5 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อบรรยากาศ การทำงานขององค์กรในภาพรวม ร้อยละ 89.24 ระดับความพึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ ความพึงพอใจที่มีต่อภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ร้อยละ 97.93, ความพึงพอใจที่มีต่อการจัดสรรอัตรากำลังในการทำงานของหน่วยงาน ร้อยละ 96.55 และความพึงพอใจที่มีต่ออิสระในการตัดสินใจในงานของขอบเขตความรับผิดชอบ ร้อยละ 94.48 ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้รับบริการและญาติโรงพยาบาลมีการสื่อสารข้อมูลผ่าน Website (sdtc.go.th), Facebook (<http://www.facebook.com/thanyaraksk>) และการสื่อสารผ่านกลุ่ม Line กรณีผู้ป่วยนัดหมายติดตามผล จากข้อมูลพบว่า จำนวนครั้งผู้รับบริการ OPD service ที่มีการสื่อสารและตอบผ่านแอปพลิเคชัน Line เพิ่มขึ้น ปี 2563-2565 ดังนี้ 459 ครั้ง, 839 ครั้ง และ 960 ครั้งตามลำดับ โรงพยาบาลกำหนด Customer Focus ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและ

ผู้รับบริการ จากผลการประเมิน Safety Culture Survey พบว่า % Positive Response ความปลอดภัย ในภาพรวม ปี 2563-2565 ดังนี้ ร้อยละ 58.5, 65.5 และ 77.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบจุดเด่น ที่ควรส่งเสริม คือแม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการ ปี 2563-2565 ร้อยละ 85.1, 85.9 และ 89.1 ตามลำดับ โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ PCT ในการกำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์เป็น ประธานคณะกรรมการ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในช่วงสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) โรงพยาบาลได้มีการพัฒนานวัตกรรมที่มุ่งเน้นด้านบริการผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การบริการผ่านระบบ Tele-medicine, ส่งยาทางไปรษณีย์, Tele-conference, การจองคิวนัดหมาย บริการ ฯลฯ ประเด็นทางจริยธรรมที่องค์กรให้ความสำคัญ ethical dilemma กรณีผู้ป่วยสมัครใจการ ปฏิเสธการรักษาแบบผู้ป่วยใน หลังจากแพทย์และพยาบาลได้ประเมินและแนะนำรูปแบบการรักษา แบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยบางรายให้เหตุผลถึงความไม่พร้อม ไม่มีความตั้งใจ โดนญาติบังคับมารักษา แพทย์ และพยาบาลจะแนะนำรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือส่งต่อ โรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วย โรงพยาบาลมีการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 - ปัจจุบันปี 2565 ผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก Plus มีการดำเนินงานด้านการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียตาม รายงานสรุปผลการดำเนินงานของระบบบำบัดน้ำเสียทุกเดือน โดยมีการรายงานทางอิเล็กทรอนิกส์ตาม กฎกระทรวงซึ่งออกตามความในมาตรา 80 พรบ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 โดยกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านอาชีวอนามัย มีการตรวจ ประเมินโดยสำนักงานควบคุมโรคที่ 12 สงขลา การจัดการของเสีย และความปลอดภัยด้านอาหาร (Food Safety) มีการตรวจประเมินโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาและสาธารณสุขอำเภอยะลา ทุกปี

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้บริหารระดับสูง [1-1.1ก(1)(2)(3)]	3	I	ผู้บริหารระดับสูงชี้แจงองค์กรด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม กำหนดสื่อสารเป็น แบบอย่างเพื่อให้โรงพยาบาลบรรลุ เป้าหมายของหน่วยงานบำบัดรักษา ยา และสารเสพติด ในระดับตติยภูมิ ผู้บริหารระดับสูงได้กำหนดเป้าหมายระดับ องค์กร กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ มีการ

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>จัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม โดยคำนึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ มีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยภายในและภายนอก การทำ SWOT Analysis ตลอดจนการฟังเสียงผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการถ่ายทอดผ่านกระบวนการนำองค์กร ตัวชี้วัดและเป้าหมายผ่านผู้บริหารฝ่ายต่างๆ ตลอดจนจัดทำตัวอย่างการปฏิบัติตามค่านิยมที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อสื่อสารในองค์กร เช่น หนังสือแจ้งเวียน การติดประกาศในลิฟต์ ป้ายประกาศ บอร์ด ฯลฯ</p> <p>นอกจากนี้มีการประเมินผลการรับรู้ความเข้าใจและความมุ่งมั่นของบุคลากรที่จะนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติ จากการใช้แบบสอบถาม we are making ประเมินการรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2564 วิเคราะห์ผลดังนี้ บุคลากรรับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมาย ที่องค์กรพยายามไปให้ถึงในอนาคต) ร้อยละ 77.6, รับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่องค์กรพยายามให้บรรลุ) ร้อยละ 80.65 เพื่อปรับปรุงกระบวนการในปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลจึงนำมาพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดย ผู้นำ [I-1.1ข] **	3	I	<p>เพื่อสนับสนุนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลมีช่องทางการสื่อสารผ่านช่องทางที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารเดือนละครั้ง รวมถึงการใช้กลุ่ม Line โรงพยาบาล, คณะกรรมการหรือคณะทำงาน, จากการตรวจเยี่ยมหน่วยงานของผู้บริหาร ตลอดจนเอกสารเผยแพร่ ประกาศ หนังสือแจ้งเวียนและการส่งข่าวสารเป็นระยะ ๆ ทั้งภายในและภายนอกผ่าน Website ของโรงพยาบาล จากผลการวิเคราะห์ Safety Culture Survey ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า ค่าคะแนนมิติด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง ร้อยละ 59.6, 56.2 และ 64.4 และมีมิติด้านการสื่อสารและรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด ปีงบประมาณ 2563-2565 ร้อยละ 60.3, 57.9 และ 64.4 พบว่ามีระดับคะแนนสูงขึ้นจากปี 2564 เนื่องจากมีการกำหนดนโยบายการมุ่งปรับที่ระบบงานไม่กล่าวโทษบุคคล</p>
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร [I-1.1ค(1)(2)(3)] **	3	I	<p>เพื่อให้โรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามพันธกิจ ผู้นำระดับสูงได้กำหนดกระบวนการดูแลผู้ป่วย/การมุ่งเน้นผู้รับบริการเพื่อให้มีความปลอดภัย สะดวกคล่องตัวในช่วงสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โรงพยาบาลได้มีการปรับปรุงบริการ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>เช่น การตรวจของแพทย์ผ่านระบบ Tele-conference, ระบบ Tele-medicine, การบริการผ่านระบบ แอปพลิเคชัน Line และระบบจองคิว Online เป็นต้น มีการกำหนดนโยบายความปลอดภัย 2P Safety ตามแนวทางของ SIMPLE จัดทำแนวทางปฏิบัติ กำหนดผู้รับผิดชอบพร้อมทั้งกำกับติดตามตัวชี้วัด มีการนำ Patient Safety Culture Survey มาใช้ในการประเมินวัฒนธรรมและความปลอดภัย ผลการประเมิน Safety Culture Survey พบว่า % Positive Response ความปลอดภัยในภาพรวม ปี 2563-2565 ดังนี้ ร้อยละ 58.5, 65.5 และ 77.2 เพิ่มขึ้นตามลำดับ และในปี 2566 ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยบรรจุอยู่ในแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล</p>
<p>4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก (1)(2)]</p>	2.5	L,I	<p>โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ภายใต้การกำกับดูแลกิจการของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีการยึดถือตามแนวปฏิบัติและรายงานผลตัวชี้วัดตามที่ กพร.กำหนด ทุก 6 เดือน และ 1 ปี มีระบบการควบคุมและการตรวจสอบภายในประจำปี จากกรมการแพทย์ เช่น การตรวจสอบงบประมาณและพัสดุดังเหลือประจำปี นอกจากนี้มีการเยี่ยมสำรวจ และตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอก เช่น การปฏิบัติ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>ตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital จากสสจ.สงขลา ผลการประเมินปี 2565 ระดับดีมาก Plus, มาตรฐานอาชีวอนามัย จาก สคร.12 สงขลา ปี 2565 ระดับดี และระบบการบำบัดน้ำเสีย จากกรมควบคุมมลพิษ กองสิ่งแวดล้อมภาค 12 ผลการตรวจน้ำทิ้งก่อนปล่อย ลงสู่สิ่งแวดล้อม 11 Parameter ผ่านเกณฑ์เป็นต้น</p>
<p>5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก (3)] **</p>	<p>3</p>	<p>I</p>	<p>เพื่อให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจว่าจะได้รับการบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัย โรงพยาบาลมีคณะกรรมการสาขาชีพในการดูแลผู้ป่วย (PCT) ทำหน้าที่ภายใต้การกำกับดูแลและประสานการทำงานร่วมกับองค์กรแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล มีใบประกอบตามวิชาชีพ และมีการกำกับติดตามจากมาตรฐานภายนอก เช่น สมาคมนิติการแพทย์ สมาเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย คณะกรรมการ PCT มีการกำหนดตัวชี้วัดและผลลัพธ์จากการติดตาม ทบทวนทุก 6 เดือน กำหนดและประกาศใช้นโยบาย 2P Safety ให้มีแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น จากผลการสำรวจ Safety Culture Survey ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละคำตอบเชิงบวกตามมิติการสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย (F1): ผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ร้อยละ 77.2 และ (F8): การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ แสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority) ร้อยละ 81.2</p>
<p>6. การปฏิบัติตามกฎหมาย การทำประโยชน์ให้สังคมและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข (1)(2)(3),ค(1)(2)]</p>	3	I	<p>(1) ด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย : สิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด เช่น รายงานสรุปผลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียทุกเดือน โดยมีการรายงานทางอิเล็กทรอนิกส์ตามกฎหมายกระทรวง ซึ่งออกตามความในมาตรา 80 พรบ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 โดยกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินการโครงการตามมาตรฐานเกษตรอินทรีย์แบบมีส่วนร่วม SDGsPGS ผ่านการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมากPlus (2) ประเด็น Ethical dilemma: กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรายที่แพทย์และพยาบาลได้ประเมินแล้ว มีความเห็นว่าควรได้รับการรักษา แบบผู้ป่วยใน แต่มีบางรายที่ปฏิเสธการรักษา โดยให้เหตุผลว่าไม่พร้อม ไม่มีความตั้งใจในการรักษาหรือโดนญาติบังคับมา ผู้ป่วยมีความลังเลใจ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			ในการรักษา แพทย์ พยาบาลก็ทำให้มีการประเมินระดับความพร้อมผู้ป่วยใหม่ และเสนอแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย เช่น การรักษาแบบผู้ป่วยนอก การส่งต่อเครือข่าย เป็นต้น ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการเพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายที่ปฏิเสธการรักษา เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงและวางแผนการช่วยเหลือ

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. การเป็นส่วนร่วมที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน โดยการสมัครขอรับรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ประจำปี 2564 2. ผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ปี 2565 ระดับดีมาก Plus 3. การเปิดให้บริการหน่วยวัคซีน โรงพยาบาลสนามและศูนย์พักคอย ในช่วงที่จังหวัดสงขลามีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19): ปี 2563-2564 จังหวัดสงขลามีการระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้การบริหารจัดการเตียงผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่รอรับการรักษา ไม่เพียงพอ จึงเกิดความมือกับสสจ.สงขลา โรงพยาบาลจะนะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลนาทวีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ในการเตรียมความพร้อมรองรับผู้ป่วย โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม จำนวน 80 เตียงและขยายเป็น 150 เตียง มีแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน บุคลากรทางการแพทย์ทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับเปิดบริการหน่วยวัคซีนและเป็นหน่วยบริการเคลื่อนที่ เข็มที่ 1, 2 และ 3 อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในบริเวณชุมชนใกล้เคียง ตลอดจนกลุ่มเปราะบางในเรือนจำกลาง เรือนจำหญิง และทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดสงขลา 4.เปิดให้บริการระบบแพทย์ทางไกล

iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จขององค์กร การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติดีปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทำประโยชน์ให้สังคม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
2. ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	ระดับ 5	N/A	N/A	N/A	ระดับ 5	ระดับ 5
3. ร้อยละความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร	ร้อยละ 80	80.00	82.00	85.14	84.14	84.80
4. % Positive Response ความปลอดภัยในภาพรวมจากผลการสำรวจ Safety Culture Survey	ร้อยละ 50-80	N/A	50.00	58.5	65.5	77.2
5. ผลตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านก่อนปล่อยสู่ธรรมชาติผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
6. จำนวนข้อเสนอแนะด้านการเงินจากหน่วยงานตรวจสอบภายในของกรมการแพทย์	ลดลง	3 ข้อ	1 ข้อ	3 ข้อ	1 ข้อ	1 ข้อ
7. ระดับความสำเร็จของ GREEN & CLEAN Hospital	ดีมาก Plus	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก Plus

I-2 กลยุทธ์

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-2.1 องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.

I-2.2 องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

i. บริบท

โรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติด ระดับตติยภูมิ ขนาด 200 เตียง เปิดให้บริการจริง 220 เตียง กำหนดกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่สำคัญ 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) ผู้ป่วยสุรา (2) แอมเฟตามีนและแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต โรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลาได้ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมของโรงพยาบาลเพื่อปรับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยเน้น การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ กระบวนการทบทวนและจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล มี 3 ระยะ (1) การเตรียมข้อมูล: คณะทำงาน จัดเตรียมข้อมูลนโยบายต่างๆ เช่น นโยบาย รมต. นโยบาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นโยบายอธิบดี นโยบาย สบยช. สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศ สถานการณ์ยาเสพติดของเขตสุขภาพที่ 11 และ เขต 12 จังหวัดสงขลา ผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาล ๙ ระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา ความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย ทิศทางการดำเนินงานและ ขับเคลื่อนระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าไปในการจัดทำแผนกลยุทธ์ (2) การ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับองค์กร ทั้งภายในและภายนอก คาดหมายองค์กรในอนาคต โดยพิจารณาภารกิจในปัจจุบัน สภาพแวดล้อมที่ คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อกำหนดเป็นวิสัยทัศน์และคำเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้บรรลุการเป็นองค์กรที่เป็นเลิศ ด้านวิชาการและระบบบริการที่มีคุณภาพ ด้านยาและสารเสพติดในระดับประเทศ จากตัวอย่างการ กำหนด Image of vision เช่น 1) การเทียบเคียงความเป็นเลิศกับรพ. ญารักษ์ภูมิภาคในระดับ เดียวกันทั้งประเทศ 2) อัตรา Remission rate รวมทุกชนิดสารเสพติด 3) ด้านวิชาการในระดับประเทศ: มีจำนวนวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าและได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับ TCI > 1 มากกว่า 1 เรื่อง เป็นต้น การวิเคราะห์สภาพองค์กร ทั้งภายในและภายนอก โดยใช้ PEST & SWOT การจัดทำแผน กลยุทธ์ โดยการ • การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues) ที่หน่วยงานจะดำเนินการให้บรรลุ วิสัยทัศน์ • กำหนดกลยุทธ์/กลวิธี/ กำหนดเป้าประสงค์/ คำเป้าหมาย/ ตัวชี้วัด/ แผนงานโครงการ • กำหนดการติดตามประเมินผลตัวชี้วัดแต่ละระดับ : มีการสื่อสารและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ลงสู่ผู้ ปฏิบัติทุกระดับ และติดตามประเมินผล จากผลการวิเคราะห์ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของ โรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2566 ปรากฏผลดังนี้ (1) เป็นที่ปรึกษาด้านความรู้ สนับสนุนบริการทาง วิชาการ การเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดำเนินงาน ด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด (2) การพัฒนาหลักสูตรและถ่ายทอดองค์ความรู้และ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (3) การวิจัย พัฒนาและสร้างองค์ความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางที่ทันสมัย และ (4) เป็นหน่วยรับส่ง-ต่อ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลทั่วไป

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
<p>7. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก (1)(2)(3)(4)]**</p>	2.5	L,I	<p>มีกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจนตามขั้นตอนที่กำหนดไว้, มีการกำหนด Strategic advantage & Strategic challenge ที่ชัดเจน, มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น, มีการประมวลแผนกลยุทธ์ขององค์กรเป็นหนึ่งเดียว (ตอบสนองและเชื่อมโยงความต้องการของต้นสังกัดองค์กรหน่วยย่อย) มีการกำหนดข้อได้เปรียบและความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (Strategic advantages & strategic challenges)ที่ชัดเจนเพื่อให้โรงพยาบาลมีแผนกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อการพัฒนาความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ชัดเจน ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลมีการกำหนด ทิศทางการดำเนินงานในอนาคตจากที่มุ่งเน้นการสำรวจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอก ความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์และ สป.ยช. เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง รอบด้านและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการระดมสมองจากบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล โดยการนำข้อมูลตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2561-2565) ใช้เป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์และนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ</p>
<p>8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ความ</p>	2.5	L,I	<p>มีความสอดคล้องระหว่างความท้าทายเชิงกลยุทธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์,</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
จำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการ บริการสุขภาพและการสร้างเสริม สุขภาพ [1-2.1ข(1)(2)(3)]			มีการกำหนดค่าเป้าหมายและ กรอบ เวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การ สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีความ สอดคล้องของกลยุทธ์และบรรลุ วัตถุประสงค์ตามเป้าหมายด้าน คุณภาพ ความปลอดภัยและการ เสริมสร้างสุขภาพ ทีมงานจึงได้จัดทำ แผนปฏิบัติการและใช้เป็นแนวทางใน การปฏิบัติงาน กำกับติดตามให้เป็นไป ในทิศทางเดียวกัน
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การ ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการ จัดสรรทรัพยากร [1-2.2ก (1)(2)(3)(4)**	3	1	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอด สู่การปฏิบัติ, มีการจัดสรรทรัพยากรที่ สอดคล้องกับบริบทขององค์กรและ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อให้แผนกล ยุทธ์ของโรงพยาบาลสามารถนำไปสู่ การปฏิบัติได้เป็นรูปธรรม จึงมีการ จัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับบริบท ของโรงพยาบาล โดยทีมนำมีการแปลง แผนกลยุทธ์เป็นแผน ปฏิบัติการ กำหนดแผนระยะสั้น 4 ปี และ 4 ปีใน ระยะยาว กำหนดแผนระยะสั้น 1 ปี และแผนระยะกลาง 5 ปี พร้อมกำกับ ติดตามและทบทวนแผนปฏิบัติการใน ทุก 1 ปี โดยทีมนำถ่ายทอดแผนปฏิบัติ การและมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบ ใน แต่ละด้านดำเนินการและถ่ายทอดสู่ผู้ ปฏิบัติในระดับหน่วยงาน ทั้งนี้จะมีการ monitor ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดผ่านงาน ยุทธศาสตร์และแผนงานโรงพยาบาล เพื่อรายงานผู้บริหารรับทราบข้อมูล

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			แบบ Real time เพื่อสามารถแก้ไข ปัญหากรณีที่ตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่วางไว้ ได้ทันเวลา
10. การกำหนดตัวชี้วัดการติดตาม ความก้าวหน้า และการทบทวน แผนปฏิบัติการ [I-2.2ก(5), ข]	2.5	L,I	มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตาม ความก้าวหน้าและความสำเร็จของการ นำแผนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจว่า การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติจะ ประสบความสำเร็จ มีการติดตาม กระบวนการ ความก้าวหน้าและผลลัพธ์ ของแผนตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด ควบคู่ไปกับการทบทวนข้อมูลด้าน ประสิทธิภาพการดำเนินการ และ รายงานความก้าวหน้าในที่ประชุมผ่าน ช่องทาง เช่น ประชุมประจำเดือนใน คณะกรรมการบริหาร การติดตามจาก หน้างาน และผ่านคณะกรรมการทีม หรือระบบงานสำคัญ หากพบว่าการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการไม่ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทีมนำ ของโรงพยาบาลจะมีการวิเคราะห์ สาเหตุ ทำการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การจัดบริการผู้ป่วยนอก SMART OPD: จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2565 มุ่งเน้นให้
มี “การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐให้สาธารณสุขไทย เป็นเรื่องง่าย สะดวก เข้าถึงได้ อย่าง
รวดเร็ว” สอดคล้องกับเข็มมุ่งปี 2565 กรมการแพทย์ ที่กำหนดว่า “ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบ
ครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive health Care)” โรงพยาบาลจึงได้ดำเนินการ
ดังนี้ (1.)การประเมินตนเองตามเกณฑ์ Smart OPD และวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและจัดทำแผนตามบริบท
ของหน่วยงาน โดยใช้ six building blocks (2.) มีการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการที่มี
ต่อการให้บริการ และข้อเสนอแนะ(เกณฑ์ SMART OPD: 1.รพ.ผ่าน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดี
มาก Plus 2.ระบบนัดคิวออนไลน์ 3.การเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ 4.ยกเลิก

การใช้สำเนาบัตรประชาชน 5.การส่งยารูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และ 6.มีระยะเวลารอคอยทุกคลินิก บริการ และการชำระค่าyarระบบออนไลน์ เช่น Scan QR Code หรือ Internet Baking)

iv. **ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)] **[รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และ สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

การวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและความท้าทาย การสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กรการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติเพื่อการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
1. ร้อยละแผนงานโครงการที่เบิกจ่ายงบประมาณตามแผน	100	100	100	100	100	100
2. ระดับความสำเร็จในการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก (Smart OPD)	ระดับ 5	N/A	N/A	N/A	N/A	ระดับ 5
3. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์เป็นเลิศทางการแพทย์	ระดับ 5	N/A	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4
4. ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	ระดับ 5	N/A	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
5. ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-3.1 องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.

I-3.2 องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

I-3.3 องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

i. **บริบท**

ด้านบริการ: ผู้ป่วยสมัครใจบำบัด, ผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด ในปี 2565 ยกเลิกกฎหมายยาเสพติดส่งผลให้มีผู้ป่วยสมัครใจเพียงอย่างเดียว, มีสถานพยาบาลเครือข่ายยาเสพติด เขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 (จังหวัดสงขลา) ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้จัดบริการโรงพยาบาลสนาม ศูนย์พักคอยรองรับผู้ติดเชื้อในพื้นที่จังหวัดสงขลา และเป็นศูนย์บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ให้กับประชาชนในพื้นที่ ด้านวิชาการ : สถานพยาบาลเครือข่ายยาเสพติด เขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 (จังหวัดสงขลา), หน่วยงาน สังกัด ทบวงมหาวิทยาลัย, กระทรวงยุติธรรม, สถานศึกษาต่างๆ ฯลฯ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)]**	3.5	I	จากเดิมประสบปัญหาผู้ป่วยมีระยะเวลารอคอยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน นาน 4 สัปดาห์ ทางโรงพยาบาลได้ปรับปรุงให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงเข้ารับบริการ มีการเปิดรับบริการเป็น 2 ดึก โดยปรับเปลี่ยนดึกที่รับเฉพาะผู้ป่วย บังคับบำบัด ให้สามารถรับผู้ป่วยไม่จำกัดประเภท ทำให้สามารถลดระยะเวลารอคอยลงเหลือ 2 สัปดาห์
12. การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและบริการสุขภาพ [I-3.1ข(1)(2)]	3.5	I	ให้บริการผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท กำหนดเป็นระยะบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสารรุนแรง (DTs) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตและผู้ป่วยเฮโรอีน มีแนวปฏิบัติในการดูแลเฉพาะและมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลัก พัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ปี 2561-2565 มีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เกิด DTs 0, 0, 0, 0, 1 ราย ตามลำดับ

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
13. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียน [I-3.2ก(1)(2)(3)]	3	I	<p>โรงพยาบาลมีการรับฟังข้อมูล ความคิดเห็นสำหรับผู้มารับบริการจากการติดตั้งกล่องรับความคิดเห็นไว้ในจุดที่ผู้รับบริการมองเห็นได้ชัด เช่น อาคารผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยใน สามารถส่งข้อร้องเรียนได้จากหน้าWebsite ของโรงพยาบาล ผู้ป่วยในสามารถแสดงความคิดเห็นได้จากการทำกิจกรรมกลุ่มประจำวัน หรือการแจ้งข้อมูลโดยตรงต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลดำเนินการจัดการปัญหาโดยการแจ้ง ผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดประชุมเพื่อจัดการปัญหาต่อไป</p>
14. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.2ข(1)(2)]	3	L,I	<p>เพื่อให้การประเมินผลความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ประโยชน์และปรับปรุงกระบวนการบริการของโรงพยาบาล มีการดำเนินการโดยใช้รูปแบบและวิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ ดังนี้ (1) การสำรวจหรือการสัมภาษณ์ โดยการกรอกแบบสอบถาม หรือการสแกน QR Code ในกลุ่มผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก ญาติหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (2) การสนทนากลุ่ม หรือ Focus Group ในกลุ่มผู้ป่วยในเพื่อแสดงความคิดเห็นในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่ม ระหว่างการบำบัดฯ (3) การแสดงความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียนผ่านตู้รับความคิดเห็นในกลุ่มผู้มารับบริการทั่วไป</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]	3	I	เพื่อเป็นการสื่อสารและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย มีการดำเนินการดังนี้ (1) ติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในจุดที่ให้บริการและหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและเข้าใจอันดี (2) มีการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล โดยการกรอก Inform Consent เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและลงนามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา (3) กำหนดให้มีบัตรแสดงตนของเจ้าหน้าที่ขณะเข้าปฏิบัติงานตลอดเวลา มีบอร์ดแสดงโครงสร้างพร้อมรูปถ่ายและตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

เปิดตึกดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ติดเชื้อ COVID-19 และเปิดโรงพยาบาลสนามให้กับประชาชนทั่วไปที่ติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงปี 2564-2565

iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

การเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี-	ปี2561	ปี2563	ปี2564	ปี2565
1. ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	80	-	90.91	86.70	83.36	95.6
2. ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	80	-	85.33	75.00	84.10	89.74
3. ระดับความพึงพอใจรวมของผู้ป่วยในต่อการ รับ	80	-	85.60	78.00	84.12	N/A

ข้อมูลตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี-	ปี2561	ปี2563	ปี2564	ปี2565
บริการในโรงพยาบาล (Patient Excellence Program :PEP)						
4.ร้อยละความพึงพอใจ ของเครือข่ายการดูแลผู้ใช้ ยาเสพติดในชุมชนต่อการ ได้รับการพัฒนาองค์ ความรู้	80	-	86.65	86.20	90.25(ระบบ ไร้รอยต่อ)	90.25(ระบบ ไร้รอยต่อ)
5.จำนวนข้อร้องเรียน เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย	ไม่เกิด	-	0	0	0	0

I-4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-4.1 องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

I-4.2 องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

i. บริบท

จากการทบทวนสถิติผู้เข้ารับการรักษา พบว่า 5 อันดับแรกของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ ยาบ้า สี่
คุณร้อย ยาไอซ์ เฮโรอีนและกัญชา ส่วนรูปแบบผู้ป่วยใน 5 อันดับแรกคือ ยาบ้า ยาไอซ์ สี่คุณร้อย
เฮโรอีนและกัญชา ทาง รพ.จึงได้กำหนดกลุ่มโรคสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยยาบ้าหรือสารกระตุ้นที่มี
ภาวะแทรกซ้อนทางจิต กลุ่ม Multiple drug ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสุรา
รุนแรง จึงมีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตาม เฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว และในสถานการณ์
ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตรุนแรงขึ้น จากสถิติการเข้ารับการรักษา
พบว่า มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ตั้งแต่ปี 2561-2565 จำนวน 387, 350, 347, 402
และ 571 ราย อีกทั้งในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ไม่มีสถานบำบัดเฉพาะทาง ยาเสพติดที่สามารถรองรับ
ผู้ป่วยยาเสพติดในระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในรูปแบบผู้ป่วยใน ส่งผลให้
การส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายเข้าสู่การบำบัดในระดับติดขุมมีจำนวนมากขึ้น อีกทั้งในสถานการณ์การ
แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ทำให้ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการ
บำบัดรักษา ทางโรงพยาบาลได้ปรับรูปแบบบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยเพิ่มการเข้าถึงการรักษา
รูปแบบผู้ป่วยใน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรของเครือข่ายให้สามารถ ประเมินคัดกรอง วางแผนการดูแล
ผู้ป่วยตามปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยมีการจัดหลักสูตรในการอบรมให้สอดคล้องกับ

ความต้องการของบุคลากรและสอดคล้องกับปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายให้สามารถจัดบริการค้นหา คัดกรอง และบำบัดรักษาผู้ป่วยในชุมชนโดยชุมชนได้

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
16. การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]**	2.5	L,I	<p>เพื่อให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อพันธกิจของ รพ. และตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ รพ. ได้ จึงได้กำหนดให้จัดเก็บตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับพันธกิจด้านการบำบัดรักษาโดยเน้นกลุ่มโรคสำคัญ 3 กลุ่มโรคได้แก่ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสารรุนแรง ผู้ป่วยสารกระตุ้นที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต และกลุ่ม Multiple drug ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พันธกิจด้านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ มีการกำหนดตัวชี้วัด ตามตัวชี้วัดของ กพร. และพันธกิจด้านการพัฒนาเครือข่าย มีการกำหนดตัวชี้วัดเป็นร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรต่างๆ และการพัฒนาพื้นที่ชุมชนให้มีศักยภาพในการบำบัดรักษาในชุมชน แผนการพัฒนามีการวางแผนการนำพันธกิจในด้านต่างๆและนำแผนยุทธศาสตร์ของ รพ. ที่สอดคล้องกับนโยบายของกรมการแพทย์ สถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ มากำหนดเป็นตัวชี้วัดให้มีทั้งเชิงปริมาณ และผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่สามารถสะท้อนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผล</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
<p>17. การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]</p>	3	L	<p>จากการทบทวนสถิติผู้เข้ารับการรักษาพบว่า 5 อันดับแรกของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือยาบ้า สี่คูณร้อย ยาไอซ์ เฮโรอีนและกัญชา ส่วนรูปแบบผู้ป่วยใน 5 อันดับแรกคือยาบ้า ยาไอซ์ สี่คูณร้อย เฮโรอีนและกัญชา และในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะแทรกซ้อน ทางจิตรุนแรงขึ้น อีกทั้งในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ไม่มีสถานบำบัดเฉพาะทางยาเสพติดที่สามารถรองรับผู้ป่วยยาเสพติดในระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในรูปแบบผู้ป่วยใน ส่งผลให้มีการส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายเข้าสู่การบำบัดในระดับตติยภูมิจำนวนมากขึ้น อีกทั้งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ทำให้ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ทางโรงพยาบาลได้ปรับรูปแบบบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยเพิ่มการเข้าถึงการรักษา รูปแบบผู้ป่วยใน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรของเครือข่ายให้สามารถประเมินคัดกรอง วางแผนการดูแลผู้ป่วย ตามปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยมีการจัดหลักสูตรในการอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรและสอดคล้องกับปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพได้ มาตรฐาน ตลอดจนการพัฒนาเครือข่าย</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>ให้สามารถจัดบริการค้นหา คัดกรอง และบำบัดรักษาผู้ป่วยในชุมชนโดยชุมชนได้นั้น ทาง รพ. ได้กำหนดกลุ่มโรคสำคัญ 3 กลุ่มโรคและได้ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว - กลุ่มผู้ป่วยสุราที่มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุรา ระบุปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยสุราที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารรุนแรง เช่น ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี, ประวัติการรักษา, ประวัติการเกิดภาวะขาดสุรา, การชัก, ชักประวัติการเกิดอุบัติเหตุทางสมอง, การผ่าตัดสมอง, ระยะเวลาการดื่มครั้งสุดท้าย(last dose), การตรวจทางห้องปฏิบัติการ(electrolyte), ประเมิน vital sign และ CIWA- Ar ทุก 1 ชั่วโมง ใน 3 วันแรก แพทย์ให้ยาตามอาการ (symptoms trigger), Thiamine (500 mg) iv 1 ครั้ง 3 วัน จัดโซนให้ใกล้ห้องพยาบาล จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบลดการรบกวนผู้ป่วย จัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม จัดหายา kcl elixir สำหรับผู้ป่วยที่ Potassium ต่ำ ผลลัพธ์ พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยมีภาวะขาดสารรุนแรง (Delirium Tremens) ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้ร้อยละ100 และมีผู้ป่วยภาวะขาดสารรุนแรงเกิดภาวะแทรกซ้อน (Pneumonia) จำนวน 1 ราย และ CKD จำนวน 1 รายนำส่ง รพ.สงขลา เพื่อ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>การรักษาที่เหมาะสม - เพื่อลดอุบัติการณ์ที่เกิดจากผู้ป่วยกลุ่มสารกระตุ้นที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต และกลุ่ม Multiple drug ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทาง รพ.ได้กำหนดให้มีการประเมิน SAVE, BPRS ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทุกรายตั้งแต่แรกรับ และประเมินซ้ำทุก 2 สัปดาห์หรือกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อวางแผนการดูแลหรือส่งต่อ จัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่มรักษาความปลอดภัย ทุกปี เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมจำกัดพฤติกรรม จัดทำห้องจำกัดพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเสี่ยงต่อการทะเลาะวิวาท ผลลัพธ์ ไม่มีจำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นบาดเจ็บในระดับ D ขึ้นไป ในปี 2563-2564 แต่ในปี 2565 พบทำร้ายตนเอง 7 รายและทำร้ายผู้อื่น 2 ราย เนื่องจากมีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวง และควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ และมีแผนพัฒนาต่อเนื่อง โดยนำแนวทางการประเมินด้วย SMIV มาใช้เป็นเกณฑ์ในการรับและการส่งต่อ ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้วยแบบ OAS และการกำหนดสัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบเพื่อเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต - ในสถานการณ์การแพร่</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>ระบอบการปกครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) มีการจัดบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้มากขึ้น โดย เช่น Tele-medicine การส่งยา ทางไปรษณีย์ การประสานส่งต่อให้ ผู้ป่วยติดตามผลหลังการรักษา และรับ ยาจาก รพ.ใกล้บ้าน มีแผนพัฒนา ต่อเนื่องในการเพิ่มช่องทางให้ผู้ป่วย และประชาชนได้รับรู้ข้อมูลใน ช่องทาง ต่างๆให้มากขึ้น เช่น ทาง website ของ รพ. การติดตามผ่าน แอปพลิเคชัน ไลน์ แอปพลิเคชัน ห่วงใย และ Line official ผลิตสื่อต่างๆให้ประชาชนได้ เรียนรู้ ประเมินตนเอง ดูแลตนเองได้ ช่องทางการเข้ารับการรักษา แผนพัฒนาต่อเนื่อง มีการขยายเตียง เพื่อให้รองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น จูงใจ ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยในระยะบำบัด ด้วยยาได้มากขึ้น - การพัฒนาบุคลากร ของเครือข่าย มีการสำรวจความ ต้องการในการอบรมหลักสูตรต่างๆ นำ ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงการดำเนินการ ตลอดจนการนำเทคโนโลยีต่างๆมาใช้ เพื่อให้สามารถจัดการเรียนการสอน ผ่านระบบออนไลน์ผ่านตามเกณฑ์ ข้อกำหนดของหลักสูตร 100% แผนพัฒนาต่อเนื่องมีการวางแผนการ ติดตามผลผู้ผ่านการอบรมในแต่ละ หลักสูตร - การพัฒนาพื้นที่ชุมชนให้มี ศักยภาพในการบำบัดรักษาในชุมชน</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>โดยนำนโยบายของกรมการแพทย์มาวางแผนบูรณาการกับพื้นที่ กำหนดพื้นที่เป้าหมาย วางแผนดำเนินการ และกำหนดตัวชี้วัดที่ทำนายของ รพ. โดยใช้กระบวนการสำคัญคือ การร่วมกันวางแผน การค้นหาคัดกรองผู้ป่วย ให้การบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบชุมชน ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน โดยมีผลลัพธ์ดังนี้ ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดในระบบการบำบัดในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) สามารถหยุดเสพยาได้ ปี 2563 ร้อยละ 83.33 (10/12 ราย) ปี 2564 ร้อยละ 66.67 (8/12 ราย) ปี 2565 ร้อยละ 84.00 (42/50 ราย) แผนพัฒนาต่อเนื่อง ขยายพื้นที่ไปยังอำเภอต่างๆทั้งในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12</p>
<p>18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]</p>	3	L	<p>- เพื่อให้เกิดความมั่นคง ปลอดภัย พร้อมใช้ รพ.มีการบริหารจัดการในด้านต่างๆ เช่น การกำหนดสิทธิการเข้าถึงตามบทบาทหน้าที่ กำหนดชั้นความลับรหัสผ่าน กำหนดการบำรุงรักษาห้องควบคุมและระบบเครือข่าย การสำรองข้อมูลและกู้คืน แนวทางและมาตรการในการป้องกันความเสียหาย มีการสำรองข้อมูล (Back up) โดยใช้ server 4 ตัว โดยการสำรองข้อมูลทุก 24 ชั่วโมง เครื่องสำรองไฟ ขนาด 2 KVA 3 ตัวและ 3 KVA 2 ตัว และมีเครื่อง Generator ขนาด 300 KVA</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			ทำงานอัตโนมัติภายใน 10 วินาที หลังกระแสไฟฟ้าจากการไฟฟ้าไม่สามารถจ่ายไฟมายังระบบได้
19. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข]**	3	L	<p>- เพื่อให้บุคลากรได้มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีการสำรวจความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ และมีการส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาความรู้ และทักษะต่างๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราเพื่อลดระยะเวลาการเกิดภาวะขาดสารรุนแรงระหว่างตึกผู้ป่วยชายและตึกผู้ป่วยหญิง มีการร่วมประชุมแลกเปลี่ยน Hospital Inter Conference ระหว่างสถาบัน</p> <p>บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาล รัตนารักษ์ภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลจากกรมสุขภาพจิต - มีการประชุมแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานการบำบัดในชุมชน การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ใช้ยาเสพติด ในชุมชน การดูแลผู้ป่วยเอโรอินที่บำบัดรักษาด้วยเมทาโดนในชุมชน กับพื้นที่เครือข่ายให้สามารถนำแนวทางไปดำเนินการในพื้นที่ของตนเองได้ - มีการประชุมแลกเปลี่ยนแนวทางการนิเทศติดตามการดำเนินงานคุณภาพในสถานบำบัดยาเสพติดทุกระบบทั่วประเทศร่วมกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			เสฟติดแห่งชาติบรมราชชนนีเพื่อ พัฒนาศักยภาพของบุคลากร

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

? การพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ช้ำาและสารเสฟติดในสถานการณื การแพรร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ เครือข่ายด้านการบำบัดรักษาเสฟติดได้อย่างต่อเนื่อง ทางโรงพยาบาลได้มีการปรับรูปแบบการเรียน การสอนให้สอดคล้องกับสถานการณืและได้มาตรฐานตามเกณฑ์ข้อกำหนดของหลักสูตร จัดให้มีการ เรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ โดยมีการออกแบบการเรียนการสอนและการวัดผลร่วมกับอาจารย์จาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประสานความร่วมมือกับงานสารสนเทศในการ วางแผนพัฒนาครูผู้สอนและผู้เรียน เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และระบบอินเทอร์เน็ต ในปี 2565 มีผู้ เข้ารับการอบรมจำนวน 28 คน ประกอบด้วยเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 3 คน, เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 10 คน และเขตสุขภาพที่ 3 (จังหวัดนครสวรรค์) จำนวน 15 คน และรวมจำนวนผู้เข้ารับการอบรมตั้งแต่ รุ่นที่ 1 ในปี 2558 จนถึง 2565 เป็นรุ่นที่ 7 มีจำนวน 137 คน สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินของ หลักสูตร ร้อยละ 100 ? การจัดบริการในสถานการณืแพรร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดสงขลา รวมทั้งผู้ป่วยเสฟติดที่ ติดเชื้อ COVID-19 โดยโรงพยาบาลร้ญรักษ์สงขลาเปิดให้บริการรูปแบบโรงพยาบาลสนาม ศูนย์พัก คอย (CI) และปรับตักผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยเสฟติดที่ติดเชื้อ COVID-19 มีการจัดอัตรากำลังที่ เหมาะสมและเพียงพอต่อการจัดบริการดังกล่าวได้ตลอด 24 ชั่วโมง ประสานความร่วมมือทางด้านวิชาการ กับกรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สงขลา ประสานระบบการส่งต่อและขอสนับสนุนด้านยาจากโรงพยาบาลสงขลา ได้รับการสนับสนุนการ ดำเนินงานจากเครือข่ายต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ผลการดำเนินการ คือ ผู้ป่วย รพ.สนาม จำนวน 1,281 ราย ผู้ป่วยศูนย์พักคอยจำนวน 577 ราย ผู้ป่วยเสฟติดที่ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 78 ราย ? การบำบัดในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการแก้ปัญหาเสฟ ติดในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตอบสนองต่อนโยบายการแก้ไขปัญหาเสฟติด ทางโรงพยาบาลจึง ได้พัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเสฟติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเสฟติด ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมายดำเนินการ ในปี 2564 เป็นพื้นที่ตำบล บางหยี อำเภอบางกล่ำ ปี 2565 ตำบลแม่ทอม อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา โดยใช้กระบวนการสำคัญ คือ การร่วมกันวางแผน การค้นหาคัดกรองผู้ป่วย ให้การบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบชุมชน ติดตามดูแล ต่อเนื่องโดยชุมชน ผลลัพธ์ คือ ชุมชนเกิดความตื่นตัว ร่วมแก้ไขปัญหาเสฟติด มีความพึงพอใจระดับ

มาก ผู้ป่วย 12 คน สามารถหยุดเสฟได้ 6 คน ส่งรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลา 1 คน อีก 5 คน ยังเสฟเป็นครั้งคราว แต่ทั้งหมดยังอยู่ในระดับการดูแลของชุมชน

iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

การเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสม มีการ alignment & integration การรวบรวม วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดีเพื่อให้งานองค์กร บรรลุผลสำเร็จ

ข้อมูลตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
1.ร้อยละ Refer out ภายใน 24 ชั่วโมง	0	0.06 (1/1572)	0.19 (2/1472)	0.09 (1/1086)	0 (0/826)	0.15 (1/659)
2.ร้อยละผู้ป่วยภาวะขาดสุรารุนแรงเกิดภาวะแทรกซ้อน (ผู้ป่วย DTsเกิดภาวะแทรกซ้อน/ขาดสุรารุนแรง)	< ร้อยละ 5	0	0	0	0	1
3.จำนวนอุบัติเหตุการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชทำร้ายตัวเองบาดเจ็บ	ไม่เกิด(ครั้ง)	3	6	0	0	7
4.จำนวนอุบัติเหตุการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชทำร้ายผู้อื่น บาดเจ็บระดับ D ขึ้นไป	ไม่เกิด(ครั้ง)	3	4	0	0	2
5.ระยะเวลาในการรอคอยคิวเฉลี่ย เพื่อรับบริการในรูปแบบผู้ป่วยใน (ช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19))	ไม่เกิน 2 สัปดาห์	N/A	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์	4 สัปดาห์	2 สัปดาห์
6.ร้อยละผู้ป่วยที่ส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกายที่มีศักยภาพสูงกว่า	≤ 3	0.48	1.25	0.24	0.002	1.52

ข้อมูลตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
7. ร้อยละผู้ป่วยที่ส่งต่อโรงพยาบาลทางจิตเวชที่มีศักยภาพสูงกว่า	≤ 3	0.78	0.57	0.12	0	0
8. ร้อยละของผู้ป่วยสมัครใจที่บำบัดครบกำหนด	80	70	77.7	86.85	79.5	77.22
9. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัด (Remission Rate)	80	80.74	83.24	69.4	69.13	66.67
10. อัตราคงอยู่ในระบบการติดตามการรักษา (Retention Rate)	80	73.03	97.01	95.77	93.64	94.12
11. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดในระบบการบำบัดในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) สามารถหยุดเสพยาได้	80	N/A	N/A	83.33	66.67	84

I-5 บุคลากร

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-5.1 องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.

I-5.2 องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

i. บริบท

อัตรากำลังของบุคลากรโรงพยาบาลรัฐราษฎร์สงขลาตามกรอบโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการ มีจำนวน 149 คน ได้แก่ ข้าราชการ จำนวน 82 คน ลูกจ้างประจำ จำนวน 11 คน พนักงานราชการ จำนวน 18 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 38 คน (ทั้งนี้มีพนักงานจ้างเหมาบริการ จำนวน 23 คน รวมมีผู้ปฏิบัติของโรงพยาบาล ทั้งหมด จำนวน 172 คน) หากแยกตามสาขาวิชาชีพจะปรากฏ

ดังนี้ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565) แพทย์ 5 คน, ทันตแพทย์ 1 คน, เภสัชกร 2 คน, พยาบาล
วิชาชีพ 51 คน สหวิชาชีพ (ป.ตรี) เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข นักอา
ชีวบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักวิชาการสถิติ เป็นต้น 18 คน สนับสนุนบริการ (ป.ตรี)
เช่น นักทรัพยากรบุคคล นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักวิชาการเงินและบัญชี ผู้ช่วยนักวิจัย
นักวิชาการคอมพิวเตอร์ เป็นต้น 17 คน วิชาชีพอื่น ๆ (ต่ำกว่า ป.ตรี) เช่น เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้า
พนักงานอาชีวบำบัด เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ เป็นต้น 6 คน สนับสนุน
บริการ (ปวส./ปวท./ปวช.) เช่น เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี เจ้าพนักงานพัสดุ เป็นต้น 18 คน
สนับสนุนบริการ (ไม่จำกัดวุฒิ - ม.6) เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานประกอบอาหาร 31 คน - ปัจจุบัน
โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจสงขลา ยังขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ซึ่งจากการวิเคราะห์ความต้องการ
อัตรากำลัง FTE ของโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจสงขลา ในปีงบประมาณ 2562 ปรากฏว่ายังมีความต้องการ
อัตรากำลังอีกจำนวน 18 อัตรา ดังนี้ 1. ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ต้องการอัตรากำลังเพิ่ม
จำนวน 3 อัตรา ได้แก่ ตำแหน่งนายแพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ 2. ภารกิจด้านการพยาบาล
ต้องการอัตรากำลังเพิ่มจำนวน 12 อัตรา ได้แก่ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3.
ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ต้องการอัตรากำลังเพิ่มจำนวน 3 อัตรา ได้แก่ ตำแหน่งนักวิชาการ
สาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และพนักงานเวชระเบียน - โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจสงขลาได้รับ
จัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเติม ดังนี้ ปีงบประมาณ 2562 ได้รับ 3 อัตรา ได้แก่ พนักงานราชการ (นักวิชาการ
สาธารณสุข นักทรัพยากรบุคคล และผู้ช่วยทันตแพทย์) ปีงบประมาณ 2563 ได้รับ 6 อัตรา ได้แก่
ข้าราชการ (พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักเทคนิค
การแพทย์ นักวิชาการพัสดุ) ปีงบประมาณ 2564 ได้รับ 23 อัตรา ได้แก่ ข้าราชการ 2 อัตรา
(นักจิตวิทยาคลินิก นายแพทย์) พนักงานราชการ 1 อัตรา (พนักงานช่วยการพยาบาล) พนักงาน
กระทรวงสาธารณสุข 20 อัตรา) (นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักวิชาการโสตทัศนศึกษา นักวิชาการ
สาธารณสุข เจ้าพนักงานธุรการ นักกิจกรรมบำบัด พนักงานเภสัชกรรม พนักงานบริการ (6 อัตรา))
ช่างฝีมือทั่วไป นักจัดการงานทั่วไป นักประชาสัมพันธ์ พนักงานช่วยการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ (4
อัตรา)) - ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ มีการส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เป็นมือ
อาชีพ ในด้านการบำบัดและด้านวิชาการ มีการพัฒนาสมรรถนะ (Competency) ทั้ง Core, Functional
และ Specific Competency การส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการและการจัดการความรู้ มีการจัดทำ
แผนการพัฒนาระบบสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจสงขลา ปี 2563-2566 นอกจากนี้ ได้มีการสำรวจ
ความต้องการฝึกอบรม (Learning need) ของแต่ละสาขาวิชาชีพเพื่อให้ทราบความต้องการอบรมใน
หลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ พร้อมระบุระดับความเร่งด่วน ในการต้องการอบรม เพื่อจะได้นำมา
จัดทำแผนการพัฒนาระบบสุขภาพต่อไป - การบริหารทรัพยากรบุคคล โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรทำงานเก่ง
ประพฤติดี มีความสุขในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ได้มีการกำหนดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อก่อให้เกิด
องค์กรแห่งความสุข Happy DMS การวางแผน วิเคราะห์โครงสร้างและอัตรากำลัง การสรรหา บรรจุ
แต่งตั้งบุคลากร การโอน ย้าย ลาออก การพิจารณาความดีความชอบ การขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์

สวัสดิการให้กับบุคลากร การเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม - จากการวิเคราะห์หัตถการคงอยู่ (Turnover rate) ปี 2561 – 2565 พบว่าบุคลากรมีอัตราการคงอยู่กับหน่วยงานโดยไม่มีการโอน ย้าย ขอช่วยราชการ หรือลาออก คิดเป็นร้อยละ 97.44, 98, 98.60, 100 และ 97.71 ตามลำดับ - ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน: (1) โรคเมตาบอลิก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะตัวอ้วน เกิน โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน กรดยูริกสูง โคลเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซีด เป็นต้น (2) สภาพแวดล้อมและอุบัติเหตุในการทำงาน มีความเสี่ยงจากการถูกทำร้ายจากผู้รับบริการ (3) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เช่น TB, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ในช่วงสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในบุคลากร โรงพยาบาลรัฐสุราษฎร์สงขลา - การให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ (dT) 2565 มีการประสานเรื่องขอรับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ (dT) จากสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 12 สงขลา บุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ร้อยละ 100 - มีการให้วัคซีนป้องกันโรค โรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลปี 2557 – 2565 เพื่อป้องกันการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในบุคลากรที่ทำงานให้บริการใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ ทีมส่งเสริมสุขภาพของรพ. ได้ประสานเรื่องขอรับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล จากสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 12 ซึ่งปี 2565 ได้รับจัดสรรวัคซีนตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 140 คน ได้รับจัดสรรวัคซีน 120 โดส ดำเนินการฉีดวันที่ 19 สิงหาคม 2565 ได้รับการฉีดให้กับบุคลากรตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข คือให้ผู้ที่บริการใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นลำดับแรกก่อนจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 79.16 ซึ่งทีมส่งเสริมสุขภาพของรพ. ได้ประสานเรื่องขอรับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล จากสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 12 เพิ่มเติม - ปี 2564 ได้ดำเนินการสำรวจบุคลากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (HBs Ab) จำนวน 200 คน และได้รับการยืนยัน จำนวน 81 คน ได้รับการจัดสรรวัคซีนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้ดำเนินการฉีดไปในวันที่ 5 ตุลาคม 2564 (ปีงบประมาณ 2565) จำนวน 81 คนคิดเป็นร้อยละ 100 - เนื่องจาก มีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้บุคลากรด่านหน้าฉีดวัคซีนป้องกัน Covid – 19 ให้แล้วเสร็จ - วัคซีนป้องกันป้องกัน COVID-19 ได้ดำเนินการฉีดไปแล้ว คือ วัคซีน Sinovac เข็ม 1 จำนวน 178 คน วัคซีน Sinovac เข็ม 2 จำนวน 177 คน/วัคซีน Astrazeneca เข็ม 1 จำนวน 3 คน /วัคซีน Astrazeneca เข็ม 2 จำนวน 19 คน /วัคซีน Pfizer เข็ม 1 จำนวน 1 คน /วัคซีน Pfizer เข็ม 2 จำนวน 1 คน/วัคซีน Pfizer เข็ม 3 (Booster) จำนวน 180 คน วัคซีน Pfizer เข็ม 4 (Booster) จำนวน 180 คน (2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน: โรงพยาบาลมีการจัดบริการตรวจสุขภาพในปีงบประมาณ 2565 วันที่ 21 มิถุนายน 2565 โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลา มีการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการส่งเสริมป้องกันโรค สามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ปีละ ๑ ครั้ง ตามรายการและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด ซึ่งแบ่งการตรวจเป็น ๒ ช่วงอายุ คือ ผู้มีอายุไม่เกิน ๓๕ ปี บริบูรณ์ ตรวจได้ ๗ รายการ และมีอายุมากกว่า ๓๕ ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป ตรวจได้ ๑๖ รายการ จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 2565 จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 72.67 ของจำนวนบุคลากรโรงพยาบาล รัฐสุราษฎร์สงขลาทั้งหมด เป็นเพศชายร้อยละ 20

เพศหญิงร้อยละ 80 ช่วงอายุของเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมตรวจสอบสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี รองลงมาคือ 41-50 ปี และ 51-60 ปี ตามลำดับ ผลการตรวจสอบสุขภาพของเจ้าหน้าที่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติคือสุขภาพดี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.9) จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 ซึ่งมีการแนะนำให้ใช้หลัก 3 อ.ออกกำลังการสม่ำเสมอ อ.1 อ.ออกกำลังกาย ซึ่งทางโรงพยาบาล วิทยาลัยการสาธารณสุขการสำรวจความต้องการหรือความสนใจประเภทของการออกกำลังกายของบุคลากร โดยมีการเดินเอโรบิคตอนเย็นทุกวันวันจันทร์-พฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ การออกกำลังกายในโรงยิมของโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลจะมีการตรวจเช็คสภาพอุปกรณ์ความพร้อมของอุปกรณ์ปีละ 2 ครั้ง มีการพัฒนาสนามบาสเก็ตบอล สนามตะกร้อ ถนนของโรงพยาบาลให้มีทางเท้าเพื่อส่งเสริมการเดินและการวิ่ง , อ.2 อ.อาหารครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม โรงพยาบาลวิทยาลัยการส่งเสริมให้ปลูกผักอินทรีย์เพื่อบริโภค และจำหน่ายให้กับบุคลากร ผ่านช่องทางไลน์อยากซื้อ อยากขายในทุกๆวัน และจะมีนักโภชนาการอาหารที่คำนวณพลังงานในแต่ละมื้อ, อ.3 อ.อารมณ์ ส่งเสริมอารมณ์ดีลดความเครียด โดยจะมีนักจิตวิทยาจะสำรวจภาวะเครียดของบุคลากรต่อการทำงาน และมีช่องทางการให้คำปรึกษารายบุคคล โรงพยาบาลวิทยาลัยการส่งเสริมให้มีการทำบุญทางศาสนาในวันสำคัญต่างๆ เช่น การทำบุญในวันปีใหม่ วันเข้าพรรษา การละหมาดทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลวิทยาลัยการได้มีการส่งเสริมให้มีเสียงตามสายเพิ่มบทเพลงเพื่อเพิ่มความสนุกสนาน ผ่อนคลายในทุกวันเวลา เช้า และเที่ยง และส่งเสริมให้มีสุขบัญญัติ 10 ประการ ได้แก่ 1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย 4) กินอาหารสุกสะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ 6) สุขความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ 10) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม ซึ่งจะมีการติดตามในกลุ่มปกติปีละ 2 ครั้ง กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิก จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าบุคลากรของโรงพยาบาลวิทยาลัยการสงขลา อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะตับอักเสบ โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน กรดยูริกสูง โคลเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะตับอักเสบ โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน กรดยูริกสูง โคลเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซีด เป็นต้น ค่าดัชนีมวลกายมีการจัดโครงการ 3 อ.บอกลาฟุง , และมีการส่งเสริมให้การตรวจโดยโรงพยาบาลฝ่ายกายเพื่อติดตามอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กิน) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (23.0-24.9) จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44. ซึ่งกลุ่มนี้มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีการแนะนำให้ใช้หลัก 3 อ.ออกกำลังการสม่ำเสมอ อ.1 อ.ออกกำลังกาย ซึ่งทางโรงพยาบาลวิทยาลัยการสาธารณสุขการสำรวจความต้องการหรือความสนใจประเภทของการออกกำลังกายของบุคลากร โดยมีการเดินเอโรบิคตอนเย็นทุกวันวันจันทร์-พฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ การออกกำลังกายในโรงยิมของโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลจะมีการตรวจเช็คสภาพอุปกรณ์ความพร้อมของอุปกรณ์ปีละ 2 ครั้ง มีการพัฒนาสนามบาสเก็ตบอล สนามตะกร้อ ถนนของโรงพยาบาลให้มี

ทางเท้าเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการวิ่ง , อ.2 อ.อาหารครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม โรงพยาบาลรัฐญารักษ์มีการส่งเสริมให้ปลูกผักอินทรีย์เพื่อบริโภค และจำหน่ายให้กับบุคคลากร ผ่านช่องทางไลน์อยากซื้ออยากขายในทุกๆวัน และจะมีนักโภชนาการอาหารที่คำนวณพลังงานในแต่ละมื้อกินอย่างไรให้สมดุล กินอาหารโดยใช้หลัก IF, อ.3 อ.อารมณ์ การพัฒนาจิตการคิดเชิงบวกต่อการทำงานให้มีความสุข อารมณ์ดี ลดความเครียด โดยจะมีนักจิตวิทยาจะสำรวจภาวะเครียดของบุคคลากรต่อการทำงาน และมีช่องทางการให้คำปรึกษารายบุคคล โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ส่งเสริมให้มีการทำบุญทางศาสนาในวันสำคัญต่างๆ เช่น การทำบุญในวันปีใหม่ วันเข้าพรรษา การละมาดทุก ๆวันศุกร์ของสัปดาห์ นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ได้มีการส่งเสริมให้มีเสียงตามสายเพิ่มบทเพลงเพื่อเพิ่มความสนุกสนาน ผ่อนคลายในทุกวัน เวลา เข้า และเที่ยง และส่งเสริมให้มีสุขบัญญัติ 10 ประการ ได้แก่ 1) ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย 4) กินอาหารสุกสะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีจัดฉ่ำ 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ 10) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม ซึ่งจะมีการติดตามในกลุ่มเสี่ยงปีละ 2 ครั้ง และ กลุ่มป่วยด้วยโรคเมตาบอลิก ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.82 กลุ่มนี้จะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง (ค่าปกติ 74-106) จำนวน 7 คน ระดับไขมันในเลือดสูง (Cho<200 และ Tri<150) จำนวน 8 คน ซึ่งกลุ่มนี้จะต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการรักษาตามแนวทางของโรคเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติได้ ในกลุ่มป่วยส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคเมตาบอลิก เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ติดตามและสนับสนุนให้พบแพทย์และรับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การส่งเสริมด้านสุขภาพก็จะเหมือนกับกลุ่มเสี่ยง แต่มีการติดตามในกลุ่มป่วยปีละ 3 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2565 นอกจากนี้จะมีการตรวจสุขภาพตามสิทธิของตนเองแล้ว โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ได้มีโครงการ 3 อ.บอกกล่าวก่อนอบรมมีการประเมินสุขภาพด้วยเครื่อง Tanita พบว่าตามรายละเอียดดังนี้ 1. เปอร์เซนต์ไขมันในร่างกาย (Body Fat Percentage) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 45 คิดเป็นร้อยละ 60 ผิดปกติ จำนวน 30 คิดเป็นร้อยละ 40 2. เปอร์เซนต์น้ำในร่างกาย (Total Body Water) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 63 คิดเป็นร้อยละ 84 ผิดปกติ จำนวน 12 คิดเป็นร้อยละ 16 3. ระดับไขมันอวัยวะภายในบริเวณช่องท้อง (Visceral Fat) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 45 คิดเป็นร้อยละ 60 ผิดปกติ จำนวน 30 คิดเป็นร้อยละ 40 4. มวลกระดูกและมวลกล้ามเนื้อ (Bone Mass & Muscle Mass) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 51 คิดเป็นร้อยละ 68 ผิดปกติ จำนวน 24 คิดเป็นร้อยละ 32 5. สัดส่วนกล้ามเนื้อและไขมัน (Physical Rating) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 51 คิดเป็นร้อยละ 68 ผิดปกติ จำนวน 24 คิดเป็นร้อยละ 32 6. อัตราการเผาผลาญพลังงานขั้นพื้นฐานและอายุเทียบ (BMR & Metabolic Age) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 45 คิดเป็นร้อยละ 60 ผิดปกติ จำนวน 30 คิดเป็นร้อยละ 40 บทเรียนเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ: ปี 2558-2565 ไม่พบรายงานการติดเชื้อ แต่พบอุบัติการณ์ โรคไขข้ออักเสบ และไขข้ออักเสบคือ

ปี 2562 พบการระบาดของไข้เลือดออก ในกลุ่มบุคลากรและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก รพ. จำนวน 3 ราย เมื่อ ICWN ได้รับแจ้งจากผู้ป่วยดำเนินควบคุมโรคตาม FLOW CHART โดยทันที ทีมสอบสวนโรคของ ผ่านคณะกรรมการ IC ของโรงพยาบาล อีกทั้งพบการระบาดของโรคหัด ในกลุ่มบุคลากรและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก รพ. จำนวน 8 ราย เมื่อ ICWN ได้รับแจ้งจากผู้ป่วยดำเนินควบคุมโรคตาม FLOW CHART โดยทันที ทีมสอบสวนโรคของ ผ่านทีม IC ของโรงพยาบาล ปี 2565 พบผู้ป่วย Diarrhea ได้ดำเนินการไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทันเวลา ไม่พบผู้ป่วยเพิ่ม และการสอบสวนการระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่ บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทันทั่วทั้งที่มี การดำเนินการสอบสวนการป่วยเป็นกลุ่มก้อน และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น กรณีเกิดอาหารเป็นพิษที่ตึกบ้านบุรี (ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพชาย) และตึกลีลาวดี สามารถเข้าไปสอบสวนและควบคุมโรคได้ทันที ไม่มีการระบาดเพิ่มในวงกว้าง อีกทั้งมีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลา มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคโดยการแจ้งเตือนไปยังผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค รพ.สต.บ้านบ่ออิฐ เพื่อให้ดำเนินการแจ้งให้ชุมชนทราบเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรค ในปี 2565 วางแผนปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางด้านวิชาการกับ รพ.สต.บ้านบ่ออิฐ และสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่12 สงขลา เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับโรคระบาดที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต และจัดตั้งศูนย์รับแจ้งโรคทางระบาดวิทยา และบันทึกข้อมูลทางระบาดวิทยา ในโรงพยาบาลรัฐราษฎร์สงขลา อีกทั้งยังพบความเสี่ยงเรื่องโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเมตาบอลิกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในบุคลากรกลุ่มอายุไม่เกิน 35ปี โดยภาวะเสี่ยงในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ คือภาวะซีด ภาวะไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกิน และป่วยด้วยโรคอ้วน ถึงแม้ว่าจำนวนกลุ่มปกติจะมีมากกว่าแต่เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคเมตาบอลิกสำหรับกลุ่มคนอายุไม่เกิน 35ปี จึงดำเนินการ ดังนี้ ตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกคน และส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และจัดโครงการใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีคือ จัดสวนออกกำลังกาย โรงยิมเนเซียม (3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ: โรงพยาบาลราษฎร์สงขลา ยังไม่มีการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน แต่ใช้ผลจากใบรับรองแพทย์ก่อนเข้าปฏิบัติงาน ซึ่งได้กำหนดไว้ดังนี้ ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต จิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่ปรากฏอาการโรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม ไม่เป็นวัณโรคระยะอันตราย หรือโรคเท้าช้าง ประกอบกับมีการตรวจสุขภาพทั่วไป ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ชีพจร และมีการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละครั้ง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
20. ชีตความสามารถและความ เพียงพอของบุคลากร [I-5.1ก]**	3	L	<p>- โรงพยาบาลมีการคำนวณอัตรากำลัง โดย FTE ผลปรากฏว่า ในปีงบประมาณ 2562 มีความต้องการอัตรากำลัง เพิ่มขึ้นจากเดิม รวมทั้งสิ้น 18 อัตรา ดังนี้ 1.ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ต้องการอัตรากำลังเพิ่ม จำนวน 3 อัตรา ได้แก่ ตำแหน่ง นายแพทย์ เกสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ 2.ภารกิจด้านการพยาบาล ต้องการอัตรากำลังเพิ่มจำนวน 12 อัตรา ได้แก่ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3.ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ต้องการ อัตรากำลังเพิ่มจำนวน 3 อัตรา ได้แก่ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และพนักงาน เวชระเบียน - ซึ่งตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 – 2564 ได้รับการจัดสรร อัตรากำลังจากกรมการแพทย์แล้ว จำนวน 32 อัตรา ทั้งนี้โรงพยาบาล วิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้เปิดตึกสำหรับ บำบัดรักษาผู้ป่วยหญิง ในระยะฟื้นฟู สมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว ทำให้ส่งผลกระทบต่อ การบริหารจัดการอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อ การปฏิบัติงาน ประกอบกับนโยบาย การแก้ไขปัญหาเสพติด เน้นให้มีการ ค้นหา คัดกรอง ผู้ป่วยยาเสพติดและ นำเข้าสู่การบำบัดรักษา ดังนั้น โรงพยาบาลวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ซึ่งเป็น</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องวางแผน จัดบริการรองรับผู้ป่วยที่มีการติดยา เสพติดยาแรง ทำให้ต้องจัดอัตรากำลัง ในการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อ ลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เช่น การ หลบหนี ความก้าวร้าว และมีพฤติกรรม รุนแรงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ - สำหรับ ในบางตำแหน่งที่มีความจำเป็น ได้มี การจ้างลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน และ พนักงานจ้างเหมาบริการมาช่วย ปฏิบัติงาน ได้แก่ ตำแหน่งนายแพทย์ ผู้ดูแลผู้ป่วย พนักงานตัดเย็บ พนักงาน ชักฟอก พนักงานประกอบอาหาร และ พนักงานบันทึกข้อมูล และมีการให้ ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยจ่าย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ (OT) ซึ่งในอนาคตอาจขอให้ กรมการแพทย์กำหนดอัตรากำลังใน ตำแหน่งดังกล่าวทดแทน -โรงพยาบาล มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบในแต่ละตำแหน่ง แต่ละงาน และได้มีการประเมินผล การปฏิบัติงาน (Performance) และประเมินสมรรถนะ (Core competency) ตามที่กรมการ แพทย์กำหนด ปีละ 2 ครั้ง โดยกำหนด ตัวชี้วัดตามบริบท เช่น ตัวชี้วัดตาม นโยบาย ปริมาณงาน/ลักษณะงาน ระเบียบราชการ เป็นต้น สำหรับปี 2559-2565 ผลการประเมินพบว่า บุคลากรผ่านเกณฑ์สมรรถนะที่กำหนด 100 เปอร์เซนต์ - แผนการสร้างผู้นำ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>เพื่อสืบทอดตำแหน่ง จากข้อมูลการ เกษียณอายุราชการของข้าราชการ และ ลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลรัฐญา รักษ์สงขลา ปีงบประมาณ 2566-2570 ปรากฏดังนี้ ปี 2566 จำนวน 1 อัตรา ได้แก่ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ปี 2567 จำนวน 2 อัตรา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ สงขลา และพยาบาลวิชาชีพ (รอง ผู้อำนวยการภารกิจด้านการพยาบาล) ปี 2568 จำนวน 1 อัตรา ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิก ปี 2569 จำนวน 2 อัตรา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ โภชนากร ปี 2570 จำนวน 5 อัตรา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ / เจ้าพนักงาน ธุรการ / เจ้าพนักงานพัสดุ / พนักงาน ขับรถยนต์ / ช่างตัดเย็บผ้า - โดย แนวโน้มการเกษียณอายุของหัวหน้า กลุ่มงาน/หัวหน้างาน/ผู้บริหารใน โรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลาในอีก 5 ปีข้างหน้า จะส่งผลกระทบต่อการขาด อัตรากำลังที่มีศักยภาพมาทดแทนใน การดำรงตำแหน่งทางการบริหาร ทำให้ การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง และอีก ปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการที่บุคลากร มีแนวโน้มนที่จะเกษียณอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี จะทำให้เกิดช่องว่างของ บุคลากรระดับที่มีประสบการณ์กับ บุคลากรรุ่นใหม่ที่ขาดประสบการณ์ ขาดผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลาจึงมี</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>แผนการสืบทอดตำแหน่ง ดังนี้ 1. ระบบพี่เลี้ยง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสอนงาน โดยให้ผู้มีประสบการณ์ เป็นผู้ชี้แนะ ให้คำแนะนำแนวทางการพัฒนาในด้านต่างๆ 2. เพิ่มโอกาสการเรียนรู้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การติดตามผู้บริหารระหว่างปฏิบัติงานเพื่อศึกษาพฤติกรรม รูปแบบวิธีการทำงาน ที่ควรนำมาเป็นแบบอย่าง 3. เข้าร่วมประชุมที่สำคัญแทนผู้บริหาร 4. เป็นผู้แทนในการประชุมในเวทีต่างๆ หรือเป็นคณะทำงานในกิจกรรมต่างๆ 5. มอบหมายให้ปฏิบัติงานใดงานหนึ่ง หรือในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ในระยะเวลาที่กำหนด 6. มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนงาน ในระดับเดียวกันที่ต้องใช้ทักษะในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันออกไป เพื่อเสริมสร้างความรู้ในงานประเภทอื่นๆ และทำให้เกิดมุมมองและเข้าใจสภาพแวดล้อมของงานส่วนอื่นๆ มากขึ้น 7. มีแผนพัฒนาผู้บริหาร ผู้นำองค์กร โดยให้เข้ารับการอบรมทั้งภายใน ภายนอก เพื่อพัฒนาสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ</p>
<p>21. การสนับสนุนการทำงานและ สวัสดิภาพของบุคลากร [I-5.1ข]</p>	<p>3</p>	<p>L</p>	<p>-มีการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน โดยเน้นเรื่องความปลอดภัยและเทคโนโลยีอุปกรณ์สำนักงาน สถานที่ปฏิบัติงานมีความสวยงาม สะอาด แสงสว่างทั่วถึง เป็นต้น - มีการจัดเก็บข้อมูลของบุคลากรในรูปแบบของระบบฐานข้อมูล DPIS /</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>Hosoffice / HROPS และแฟ้มประวัติข้าราชการ ก.พ. 7 เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้มีการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อบรรยากาศการทำงานขององค์กร โดยในปี 2565 พบว่าในภาพรวมบุคลากรมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศการทำงานขององค์กร คิดเป็นร้อยละ 89.24 โดยความพึงพอใจ 3 ลำดับสูงสุด ได้แก่ 1. ความพึงพอใจที่มีต่อภาระงานที่ได้รับมอบหมาย คิดเป็นร้อยละ 97.93 2. ความพึงพอใจที่มีต่อการจัดสรรอัตรากำลังในการทำงานของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 96.55 3. ความพึงพอใจที่มีต่อบรรยากาศของหน่วยงานที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเอง คิดเป็นร้อยละ 95.86 และความพึงพอใจ 3 ลำดับต่ำสุด ได้แก่ 1. ความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 78.62 2. ความพึงพอใจที่มีต่อกระบวนการพิจารณาความดีความชอบบุคลากรของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 80.69 3. ความพึงพอใจที่มีต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาและยุติความขัดแย้ง ในหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 82.76 - มีการจัดกิจกรรมสหพันธนาการต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากร เช่น มีการจัดกิจกรรมพัฒนาองค์กร (OD)</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 มีบุคลากรเข้าร่วมโครงการ 100% ความพึงพอใจภาพรวมในการจัดกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และต้องการให้จัดทุกปี นอกจากนี้มีการจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ปีใหม่ กิจกรรมเกษียณอายุราชการ กีฬาสีภายใน งานเลี้ยงสังสรรค์ กิจกรรมสำคัญประจำปีต่างๆ - มีกิจกรรมออกกำลังกาย ลดพุง ลดโรค โดยการส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เวลา 15.30 น. ณ โรงยิมของโรงพยาบาล มีการตรวจสุขภาพประจำปี และบริการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้รับภูมิคุ้มกันที่จำเป็นที่สอดคล้องกับลักษณะการทำงาน - มีสวัสดิการบ้านพักที่เพียงพอสำหรับบุคลากร - มีการจัดสวัสดิการนอกเหนือจากสวัสดิการของรัฐ โดยกำหนดเป็นระเบียบโรงพยาบาลรัฐราษฎร์สงขลา ว่าด้วยสวัสดิการโรงพยาบาลรัฐราษฎร์สงขลา พ.ศ. 2561 ประกาศ ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2561 ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่บุคลากร โดยมีกองทุนสวัสดิการจัดกิจกรรมนันทนาการ สนับสนุนการฝึกอบรมศึกษาดูงานภายในและต่างประเทศ</p>
22. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร [I-5.1 ค]**	4	L	ดำเนินการขับเคลื่อนวิถีปฏิบัติขององค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริม

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>สุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน Healthy workplace โดยการกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงาน ดำเนินการตาม แผนที่ได้วางไว้ และประเมินผลเป็นราย ปี เพื่อพัฒนาให้องค์กรเป็นแบบอย่าง ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน มีการ ตรวจสุขภาพประจำปี และบริการด้าน ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและ สภาพแวดล้อมในการทำงาน โรงพยาบาลมีการจัดบริการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของบุคลากร และตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการ ทำงาน สรุปผลการตรวจ ดังนี้ 1.) สมรรถภาพการได้ยินพบการได้ยินที่ ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 5 คน (ธุรการ โภชนาการและคนสวน) ,การได้ยิน ผิดปกติ จำนวน 2 คน (พนักงาน ซักฟอกและคนสวน) ให้ความรู้ในการ ปฏิบัติตัวและแนะนำให้สวมใส่อุปกรณ์ ป้องกันเสียงดังตลอดเวลาที่ทำงาน 2.) สมรรถภาพการมองเห็น ส่วนใหญ่ แนะนำการตรวจวัดสายตาประกอบแว่น 3.) ผลการตรวจวัดแสงสว่าง ส่วนใหญ่ ได้รับข้อเสนอแนะให้ปรับเปลี่ยน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และเปลี่ยน หลอดไฟที่เสื่อมสภาพ 4.) ตรวจสภาพ ความร้อน จำนวน 2 จุด คือ โรงครัว และซักฟอก ผลการตรวจ ผ่าน มาตรฐานตามกฎกระทรวงกำหนด 5.) ตรวจวัดระดับเสียง จำนวน 2 จุด คือ โรงครัว (Hood ดูดกลิ่น) เท่ากับ 77.8</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			dB (มาตรฐาน 92) และซ้กฟอก (เครื่องอบ เครื่องซ้ก) เท่ากับ 71.6 dB (มาตรฐาน 94) ระดับเสียงไม่เกิน มาตรฐานตามที่กระทรวงกำหนด
23. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร [I-5.1ง]	3	L	<p>- มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อก่อให้เกิดองค์กรแห่งความสุข Happy DMS - มีสวัสดิการให้บุคลากรเพื่อเป็นการเสริมสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร และเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในการครองชีพของบุคลากร ได้แก่ ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่บุคลากร โดยมีกองทุนสวัสดิการ ซึ่งรายรับได้จากการบริจาค รายได้จากค่าเช่าร้านสวัสดิการ และ รายได้อื่นๆ นำมาช่วยเหลือบุคลากรในกรณีต่างๆ ได้แก่ อุปสมบท ประกอบพิธีฮัจจ์ มงคลสมรส คลอดบุตร เจ็บป่วย ถึงแก่กรรม ประสพภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย วาตภัย</p> <p>สถานการณ์ 3 จังหวัดชายแดนใต้ นอกจากนี้หน่วยงานได้สนับสนุนเงินสมทบช่วยเหลือบุคลากรที่ติดเชื้อจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - มีการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานประจำเดือน (P4P) โดยกำหนดจ่ายตามสัดส่วนวิชาชีพ - มีการยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ โดยใช้วิธีการยกย่องชมเชยในเวทีต่างๆ มอบประกาศนียบัตรให้กับข้าราชการ พลเรือนที่ดี / บุคคลต้นแบบ ตามค่านิยม</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			กรมการแพทย์ (MOPH DMS) ประจำปี 2564 80 ปี คนดีกรมการแพทย์ / รางวัลบุคคลดีเด่นด้านวิชาการยาเสพติด แอลกอฮอล์ และเอดส์
24. ความผูกพันและวัฒนธรรมองค์กร [I-5.2ก, ข]	3	L	<p>- มีระบบประเมินผลงานเพื่อบริหารค่าตอบแทน ที่เป็นธรรม - มีการสร้างความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล ด้วยการจัดกิจกรรม OD เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ความร่วมมือ ร่วมกัน - มีการประเมินความผูกพันของบุคลากร ปีงบประมาณ 2565 ผลการประเมินปรากฏว่าบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร ในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 84.80 โดยความผูกพัน 3 ลำดับสูงสุด ได้แก่ 1. สมาชิกในองค์กรมีความรักและผูกพันต่อกัน คิดเป็นร้อยละ 76.0 2. รู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่กับองค์กร คิดเป็นร้อยละ 75.8 3. หากป่วยหนัก มีความเชื่อว่าองค์กรจะดูแลท่านได้เป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 72.5 และความผูกพันต่ำสุด 3 ลำดับได้แก่ 1. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง คิดเป็นร้อยละ 2.0 2. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์ คิดเป็นร้อยละ 2.0 3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 3.3</p>
25. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร[I-5.2ค]**	3	L	ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน ใช้ระบบการประเมินผลจากสมรรถนะหลักและผลสัมฤทธิ์ของการทำงาน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของหน่วยงานที่

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>กำหนด ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ มีการประเมินผลทุก 6 เดือน ผู้รับการประเมินต้องได้รับการชี้แจงเกณฑ์การประเมินผลโดยคณะกรรมการกลั่นกรองของหน่วยงาน - บทเรียนในการใช้ performance management system : โรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลามีระบบการบริหารจัดการผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากร ดังนี้ 1. มีการจัดการทำคำรับรองผลการปฏิบัติงานประจำปีรายบุคคล 2. มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรปีละ 2 ครั้ง 3. กำหนดให้ผู้ประเมินแจ้งผลการประเมินต่อผู้รับการประเมินเพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนา 4. ใช้ผลการประเมินในการพิจารณาความดีความชอบและการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น มีระบบการประเมินผลและพัฒนาผลงานบุคลากร 5. นำผลประเมินปฏิบัติงานของบุคลากรมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพสำหรับบุคลากรผู้มีผลการปฏิบัติงานเท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่อไป 6. นำผลการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะส่วนที่ขาดสำหรับบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าระดับเป้าหมายที่กำหนดให้สามารถมีศักยภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น 7. จัดทำแผนพัฒนาการพัฒนาบุคลากรระยะสั้น และระยะยาว -</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>โรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลาได้มีการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบประเมินผลการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์ โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 150 ราย (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ผลจากการวิเคราะห์ผลสำรวจปรากฏว่าบุคลากรมีความพึงพอใจภาพรวมร้อยละ 81.19 โดยความพึงพอใจ 3 ลำดับสูงสุด ได้แก่ 1. การกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติราชการในต้นรอบการประเมิน คิดเป็นร้อยละ 90.34 2. ความพึงพอใจการจัดช่วงคะแนนการประเมินผลงานโดยวิธีอิงกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 88.97 3. มีการจัดเก็บผลงานและสามารถตรวจสอบได้ คิดเป็นร้อยละ 88.97 โดยความพึงพอใจ 3 ลำดับต่ำสุด ได้แก่ 1. การกำหนดค่าเป้าหมายมีความเหมาะสมในการประเมินผล 2. การถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับภารกิจ กรม สำนักหรือกองสู่ระดับบุคคล 3. สมรรถะที่กำหนดสามารถวัดพฤติกรรมการปฏิบัติราชการได้ตามความเป็นจริง การพัฒนาบุคลากรมีดังนี้ -มีการส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพให้เป็น มืออาชีพในด้านการบำบัดและด้านวิชาการ - มีแผนการพัฒนาศูนย์ของ</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>โรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลา ปี 2563-2566 - จัดทำแผนพัฒนาการพัฒนาศักยภาพระยะสั้น และระยะยาว - มีการสำรวจความต้องการฝึกอบรม (Learning need) ของแต่ละสาขาวิชาชีพเพื่อให้ทราบความต้องการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ พร้อมระบุระดับความเร่งด่วนในการต้องการอบรม เพื่อจะได้นำมาจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพต่อไป - เน้นให้หน่วยงานมีการศึกษาวิจัยพัฒนาบริการสู่วิชาการเป็นประจำทุกปี - ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ (KM) ในบุคลากรทุกระดับ - ส่งเสริมการสร้างสรรค์ผลงานวิชาการและนวัตกรรม - ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการอบรมด้านวิชาการ เพื่อพัฒนาความรู้ตามสาขาวิชาชีพ - มีการประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้งานในหน้าที่ที่ปฏิบัติและรับผิดชอบ - มีการส่งเสริมให้มีการอบรม พัฒนา ศึกษาดูงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพและสมรรถนะในตำแหน่ง - มีการประเมินผลการพัฒนา ก่อนและหลังการอบรม /ประชุม - มีการจัดการระบบการเรียนรู้งานคุณภาพดี/ที่สอนห้อง/นิเทศหน้างาน/จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM ภายในโรงพยาบาล - มีการส่งเสริมให้บุคลากรมีการเรียนรู้ และฝึกอบรม เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			โดยส่งไปอบรมทั้งภายในภายนอก หน่วยงาน และผ่านระบบ E-learning - สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมใน หลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมทดแทน สืบทอดตำแหน่งที่ว่าง เช่น หลักสูตร ผู้บริหารระดับต้น กลาง สูง หลักสูตร พัฒนารองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ จัดโดยสมาคมนักบริหารสาธารณสุข เป็นต้น

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

• การพัฒนาระบบการลา การจองห้องประชุม การแจ้งพัสดุ การแจ้งซ่อม การแจ้งผลการประเมินเพื่อ
เลื่อนเงินเดือน โดยใช้ Hosoffice ทำให้รวดเร็ว ลดการใช้กระดาษ และพัฒนาจนสามารถจัดส่งใบลา
พร้อมการอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาตามลำดับได้จาก smart phone • มีการพัฒนาข้อมูลในระบบ
HROPS ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข • มีการพัฒนาใช้ข้อมูลจากระบบ DPIS ของข้าราชการ
ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการ • บุคลากรทุกระดับได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี โดยมีการ
ประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดี มีระบบ
การสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

iv. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3] **[รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และ สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ขีดความสามารถ ความเพียงพอ และการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สวัสดิ
ภาพ สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ ความพึงพอใจ ความผูกพัน เพื่อให้บุคลากรมีผลการ
ปฏิบัติงานที่ดี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
1. ร้อยละของบุคลากรใน หน่วยงานที่มีขีดความสามารถ ตามเกณฑ์ (Competency) ที่ กำหนด	100	100	100	100	100	100

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
2. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับ การพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบการแพทย์	100	100	100	100	100	100
3. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับ การตรวจสุขภาพประจำปี	80	72.72	48.50	44.03	55.47	72.67
4. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ มีดัชนี มวลกายเกินมาตรฐาน (23 กก./ ม.2)	≤ 30	N/A	50.00	53.85	53.85	42.73
5. ร้อยละความผูกพันของ บุคลากรต่อองค์กร	80	82.78	82.86	89.66	83.46	89.24
6. ร้อยละความพึงพอใจของ บุคลากรต่อบรรยากาศการ ทำงาน	80	82.78	82.86	89.66	83.46	89.24

I-6 การปฏิบัติการ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-6.1 องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

I-6.2 องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

i. บริบท

โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติด ระดับตติยภูมิ ให้บริการรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระบบสมัครใจและบังคับบำบัดทั้งผู้ป่วยชาย-หญิง รูปแบบผู้ป่วยในพื้นที่ฟูสมรรถภาพ ระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยสุรา, ผู้ป่วยแอมเฟตามีนและผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ 1.ผู้ป่วยที่เข้ายาบ้า และสารกระตุ้นประสาทที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช 2.ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ DTS และ 3. ผู้ป่วยที่ใช้สาร Multiple drugs ที่มีภาวะก้าวร้าว โรงพยาบาลเป็นสถาบันหลักในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้เข้ายาและสารเสพติด (หลักสูตร 4 เดือน) ตามความต้องการของบุคลากรเครือข่าย เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เข้ายาและสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นหน่วยงาน สำหรับฝึกงานของนักศึกษาพยาบาล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ในระดับปริญญาตรี มีการจัดการเครือข่ายอุปทานด้านผลิตภัณฑ์ (เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางแพทย์/ทันตกรรม น้ำยาตรวจห้องปฏิบัติการทางการแพทย์) และบริการ (งานแม่บ้านทำความสะอาด,งานรักษาความปลอดภัย,บริการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย,วัตถุประสงค์โรงครัว,รถตู้และงานถ่ายเอกสาร) มีการกำหนดการใช้ผลิตภัณฑ์ Green เพื่อรักษาสິงแวดล้อมใน TOR ของงานทำความสะอาด และวัตถุประสงค์ในการประกอบอาหารโรงครัวต้องผ่านการตรวจทดสอบและรับรองคุณภาพอาหาร ปลอดภัยปนเปื้อน (ฟอร์มาลิน,บอแรกซ์, สารฟอกขาว และสารกันรา) การจัดการนวัตกรรมในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ในประเด็นของระบบสารสนเทศ มาตรฐานสนับสนุนและพัฒนาให้เกิดนวัตกรรมในระบบงานต่าง ๆ เช่น Tele-medicine, Tele-conference, ระบบคิวOnline และการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน Line เป็นต้น

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การนำกระบวนการสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1กข, I-6.2ก]**	3	L,I	มีการใช้ 3P ในทุกส่วนขององค์กร (หน่วยงาน ระบบงาน กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการสนับสนุน) มีการพัฒนาคุณภาพตามโอกาสที่พบ มีการควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ เพื่อเป็นการสนับสนุนและกระตุ้นให้หน่วยงานได้นำแนวคิด 3 P มาใช้ในระบบงาน งานประจำหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีการจัดทำ Service Profile ทำให้เรียนรู้กระบวนการและผลลัพธ์ของการทำงาน มีการจัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI) ในระบบงานและกระบวนการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
27. การจัดการเครือข่ายอุปทาน [I-6.1ค]	3	L,I	เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลจะได้รับหรือการส่งต่อผลิตภัณฑ์ (เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์/ทันตกรรม

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการ) และ บริการ (แม่บ้าน งานรักษาความ ปลอดภัย คนสวน งานบริการจ้างเหมา ดูแลบ่อบำบัดน้ำเสีย ฯลฯ) อย่างมี ประสิทธิภาพ ตรงตามมาตรฐาน ทันเวลาไม่ขาดแคลน รวมทั้งสามารถ จัดการได้เมื่อผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ส่ง มอบไม่ตรงตามข้อกำหนด โรงพยาบาล ได้กำหนดกระบวนการตั้งแต่การ คัดเลือกตาม TOR ที่กำหนด กำหนด คุณสมบัติผู้ส่งมอบเปรียบเทียบรายอื่น อย่างน้อย 3 ราย และกำหนดราคา กลาง มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน และการจัดการข้อมูลย้อนกลับและผู้ส่ง มอบที่ไม่ดำเนินการตรงข้อกำหนด เช่น การพิจารณาเปลี่ยนผู้รับจ้าง หรือการ จ่ายค่าปรับ ฯลฯ ที่ผ่านมาโรงพยาบาล ไม่พบอุบัติเหตุดังกล่าว</p>
28. การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]	3	L,I	<p>เพื่อให้โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการ รูปแบบและแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยให้ สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยน รูปแบบตั้งแต่การเข้าถึงบริการ เช่น การบริการผ่านระบบ แอปพลิเคชัน Line, การบริการตรวจของแพทย์ผ่าน ระบบ Tele-conference , การส่งยา ระบบ Tele-medicine ฯลฯ ส่งผลให้ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ หลากหลายและรับบริการต่อเนื่อง ผู้รับบริการเข้าถึง OPD service สื่อสาร</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			ผ่านระบบ แอปพลิเคชัน Line ปี 2563-2565 มีจำนวนเพิ่มขึ้น
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิกของสถานพยาบาล [I-6.1จ]	4	I	<p>โรงพยาบาลรัฐสุราษฎร์สงขลาเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการและพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ชราและสารเสพติด (หลักสูตร 4 เดือน) ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ความร่วมมือด้านวิชาการและเป็นพี่ปรึกษาในการจัดทำหลักสูตรตามที่มาตราฐานของสภาการพยาบาลกำหนด เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติดใน 11 จังหวัดภาคใต้ ให้มีศักยภาพและองค์ความรู้ที่ทันสมัย ในการดูแลผู้ป่วยตามบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรมของภาคใต้ มีการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 12 หน่วยกิต ประเมินผลภาคทฤษฎี กำหนดเกรดเฉลี่ยทุกวิชาไม่ต่ำกว่า 2.50 ในระบบ 4.0 ตามข้อบังคับของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และภาคปฏิบัติจำนวน 5 หน่วยกิต ในหน่วยงานของสถานบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด สถาบันการศึกษาหอผู้ป่วยนอกและในของโรงพยาบาลรัฐสุราษฎร์สงขลา ประเมินผลตามแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล การประชุมปรึกษา การทำรายงาน (Report) และการประเมินตนเอง ทั้งนี้</p>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			ต้องเข้ารับการฝึกภาคปฏิบัติไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ของเวลาที่กำหนด เปิดสอน ถึงปัจจุบัน 7 รุ่น จำนวน 137 คน (เขต สุขภาพที่ 11 จำนวน 32 คน,เขต 12 จำนวน 90 คน,เขต 12 (นครสวรรค์) 15 คน) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของหลักสูตร 100%
30. การจัดการระบบสารสนเทศ [I-6.2ข]**	3	L,I	เพื่อให้เกิดความมั่นใจระบบสารสนเทศ มีความมั่นคง ปลอดภัยและพร้อมใช้ โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการในด้าน ต่าง ๆ เช่น การกำหนดสิทธิ์ การเข้าถึง ตามบทบาทหน้าที่ กำหนดชั้นความลับ รหัสผ่าน กำหนดการบำรุงรักษา ห้องควบคุมและระบบเครือข่าย การ สำรองข้อมูลและกู้คืน แนวทางและ มาตรการในการป้องกันความเสียหาย มีการสำรองข้อมูล (Back up) โดยใช้ server 4 ตัวโดยการสำรองข้อมูลทุก 24 ชั่วโมง เครื่องสำรองไฟ ขนาด 2 KVA 3 ตัว และ 3 KVA 2 ตัว และมี เครื่อง Generator ขนาด 300 KVA ทำงานอัตโนมัติ ภายใน 10 วินาที หลัง กระแสไฟฟ้าจากการไฟฟ้าไม่สามารถ จ่ายไฟมายังระบบได้
31. ความพร้อมสำหรับภาวะภัยพิบัติ และภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ [I-6.2ค]**	3	L,I	เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และพร้อมรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมใช้ของระบบ สารสนเทศ เพื่อให้โรงพยาบาลมีความ พร้อมและสามารถตอบสนองการ ปฏิบัติงานในภาวะวิกฤติหรือเหตุการณ์

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/ แผนการพัฒนา
			<p>ฉุกเฉินต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการจัดทำแผนความต่อเนื่อง (BCP) โรงพยาบาลสามารถเปิดให้บริการโรงพยาบาลสนามและสามารถให้บริการภารกิจหลักได้อย่างต่อเนื่อง มีการปรับระบบกระบวนการให้บริการ เช่น การตรวจของแพทย์ผ่านระบบTele-conference , นัดหมายออนไลน์, เยี่ยมผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อลดการแออัด(Social distancing) ตลอดจนสร้างและปรับปรุงพื้นที่การให้บริการ ไม่มีบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ทำให้โรงพยาบาลสามารถเปิดรับบริการผู้ป่วยได้ตามปกติ</p>

iii. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การเป็นสถาบันหลักในการดำเนินการและพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ชราและสารเสพติด (หลักสูตร 4 เดือน) เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลด้าน การดูแลผู้ชราและสารเสพติดที่เป็นสายงานหลักไม่สามารถพัฒนาสมรรถนะการทำงานของตนเองได้ทันกับความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป และไม่มีหลักสูตรเพิ่มพูนความรู้เฉพาะด้านในการดูแลผู้ชราและสารเสพติด โรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลาซึ่งรับผิดชอบดูแลสถานพยาบาลเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติดใน 11 จังหวัดภาคใต้ จึงมีการวางแผนพัฒนาด้านวิชาการ การบำบัดรักษา โดยทำข้อตกลงและร่วมมือกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ชราและสารเสพติด ตามแนวทางการจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางของสภาการพยาบาล เปิดทำการสอนถึงปัจจุบันจำนวน 7 รุ่น รวม 137 คน ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของหลักสูตร 100%

iv. **ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มีได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ] **[รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]**

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิภาพของระบบความปลอดภัยขององค์กร, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้องค์กรประสบความสำเร็จ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
1. ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด (4 เดือน) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของหลักสูตร	100	100	100	100	100	100
2. ร้อยละของสถานบำบัดยาเสพติดพื้นที่รับผิดชอบได้รับการรับรองมาตรฐาน	80	76.09	87.23	86.45	80.21	85.71
3. เครื่องสำรองไฟทำงานอัตโนมัติภายใน 10 วินาที (หลังไฟฟ้าดับ)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4. ร้อยละของข้อมูลสำคัญที่ได้รับการ Back up และสามารถกู้คืนได้	90%	90%	90%	90%	90%	90%
5. อุบัติการณ์การปฏิบัติไม่เป็นไปตามข้อกำหนด (เวชภัณฑ์, แม่บ้าน, รปภ./การจัดการขยะ/Lab นอก/น้ำยาตรวจห้องปฏิบัติการ/ระบบบำบัดน้ำเสีย)	0 ครั้ง/ไม่เกิดอุบัติเหตุ	0	0	0	0	0