

คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

รายงานประเมินตนเองฉบับ 2020 มีการปรับเปลี่ยนบางประเด็นเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ถูกกำหนดในระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพชั้น 3 และชั้นก้าวหน้า ต้องได้คะแนนประเมินจากการเยี่ยมตามที่ระเบียบกำหนดและ ต้องปฏิบัติได้ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ โดยมาตรฐานสำคัญจำเป็นทุกข้อเป็นมาตรฐานที่ถูกเลือกมาจาก โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งจะบูรณาการในรายงานการประเมินตนเองไว้ใน SAR 2020 **โดยสถานพยาบาลที่จะขอการรับรองต้องแสดงการดำเนินงานและการพัฒนาตามประเด็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่คณะกรรมการกำหนดครบทุกข้อในรายงานการประเมินตนเอง ซึ่งได้มีการทำสัญลักษณ์ให้เห็นเป็นตัวหนังสือสีแดง จำนวน 9 ประเด็น หากสถานพยาบาลดำเนินการประเด็นดังกล่าวไม่ครบถ้วน ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพที่ระเบียบกำหนด สถาบันจะไม่สามารถพิจารณาจัดกระบวนการประเมินรับรองในขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจต่อไปได้**

รายงานการประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานแต่ละหมวดประกอบด้วย 5 ส่วนคือ i) ผลลัพธ์ของบทนั้น, ii) บริบท, iii) กระบวนการ, iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ, v) แผนการพัฒนา

i) ผลลัพธ์ของบทนั้น

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้ประเด็นสำคัญที่ระบุไว้เป็นแนวทางพิจารณา ซึ่ง รพ.สามารถเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร **ในกรณีที่มาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะมีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทรพ.**

ตัวชี้วัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน iii) กระบวนการด้วย **กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติ การดำเนินงาน ทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน iii)**

ii) บริบท

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ซึ่งทีมสามารถระบุข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมจากหัวข้อที่ให้แนวทางไว้ได้

iii) กระบวนการ

ควรเขียนสรุปประเด็นสำคัญอย่างย่อๆ bullet ละไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- (Good practice): เพื่อบรรลุเป้าหมาย.... รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้ (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....
- (Improvement): เพื่อปรับปรุงกระบวนการ.... โดยมีเป้าหมาย..... ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง (1)... (2)... (3)... ทำให้เกิดผลลัพธ์.....

- (Effort): เพื่อแก้ปัญหา..... ที่งานได้ใช้แนวคิด..... โดยดำเนินการต่อไปนี้..... ทำให้เกิดบทเรียน.....
- (Plan): เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่อง..... รพ.ได้วางแผนไว้ดังนี้.....

สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนครบ bullet ทั้ง 4 อันข้างบน แต่ให้เขียนให้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา

กรณี bullet ที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ให้สรุปประเด็นสั้นๆ ไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นต้น

- (Essential Standard) ...เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ที่มิได้ดำเนินการ..... ส่งผลให้.....
- (Essential Standard) ...เพื่อลดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์เรื่อง.....ที่มิได้ดำเนินการทบทวนพบว่า.....และได้พัฒนาหรือปรับระบบดังนี้.....

iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อ iii) กระบวนการอยู่แล้ว

v) คะแนนและแผนการพัฒนา

ในแต่ละหมวดจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5 ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน 1 ถ้ามี gap การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นที่จะพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน
 - Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
 - Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
 - การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย scoring guideline
 - ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ
- บริบทขององค์กร

- โจทย์ขององค์กร (ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา)
- กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด

*รายละเอียดเพิ่มเติม มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่ม Patient Safety Goals จำนวน 8 รายการ Personnel Safety Goals 1 รายการ ดังนี้

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว (ให้เช็ค ✓ ก่อนส่งสรพ.)
การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาล ตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)	
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)	
การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อม สนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)	
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)	
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)	

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเอง เพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

หมายเหตุ: ส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยใน SAR 2020 จะเป็นตัวหนังสือสีแดง และอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปรายละเอียดดังตาราง

ระดับผลกระทบของอุบัติการณ์					
ประเภท	Insignificant	Minor	Moderate	Major	Extreme
ผู้ป่วย (ไม่ใช่เรื่องยา)	A-B-C (A) ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (B) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย (C) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ต้องทำการรักษา ไม่ต้องเฝ้าระวัง ไม่เกิดอันตราย	D (D) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เป็นอันตราย แต่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการเพิ่มเติม	E-F (E) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม (F) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพียงชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	G-H (G) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดความพิการถาวรต่อผู้ป่วยต้องให้การรักษา (H) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องให้การรักษา ทำการกู้ชีวิต / ผู้ป่วยเกือบเสียชีวิต	I (I) มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต
ผู้ป่วย (ยา)					

I-1 การนำ

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (มี.ค.)
ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ	Accreditation ชั้น 3	3	3	3	3	อยู่ระหว่าง ต่ออายุ
อัตราของความสำเร็จใน KPI ตามแผนยุทธศาสตร์	≥80	82.45	85.71	80.95	80.10	60.22
โรงพยาบาลผ่านการประเมิน ITA	90%	7%	100%	100 %	98.25%	85.22%
ผ่านเกณฑ์ Green and Clean Hospital	ผ่านเกณฑ์ ระดับดี	ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	ดี	ดี	ดี	ดี
ระดับวิกฤตการเงิน (Risk Scorig)	<4	6	1	0	0	0
CMI (ค่าเฉลี่ยระดับประเทศโรงพยาบาล M2 = 0.8)	≥ 0.80%	0.57	0.56	0.61	0.64	0.65
อัตราการคงอยู่ของบุคลากร	>85	91.12	94.76	98.60	95.79	95.79
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	≥ 85%	86.98	88.25	87.75	88.25	88.15
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	≥ 85%	88.87	90.07	92.21	90.69	90.69
อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100 %	100	100	100	100	100
<p>ii. บริบท โรงพยาบาลปากพ่อง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ขนาด 95 เตียง กำลังขยายเป็น 120 เตียงให้บริการประชาชนในเขตอำเภอปากพ่อง</p> <p>โรงพยาบาลปากพ่อง ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และการรักษาพยาบาลโดยแพทย์เฉพาะทาง 3 สาขา คือ ด้านอายุรกรรม สูติศาสตร์และนรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม ทันตกรรมเฉพาะทาง ดังนี้ คือทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล มีการจัดบริการ คลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 แห่ง และศูนย์บริการสุขภาพในเขตเมือง ของโรงพยาบาลปากพ่อง จำนวน 1 แห่ง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการจัดบริการเชื่อมโยงทั้งเครือข่าย งานบริการทันตกรรม มีบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง ส่วนการบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพในเขตเมืองและหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นแม่ข่าย จะมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปจัดให้บริการ ด้านการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เช่น คัดกรองสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็นต้น</p>						

การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลปากพนัง เป็นศูนย์ข้อมูลในการติดตามเยี่ยม รวมทั้งเป็นศูนย์วิชาการของเครือข่าย ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เชื่อมโยงกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

ด้านการควบคุมป้องกันโรค มีการทำงานร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชนต่าง ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลเมืองปากพนัง เทศบาลตำบลบางพระ เทศบาลตำบลเกาะหวาด เทศบาลตำบลคลองน้อย เทศบาลตำบลชะเมาและองค์การบริหารส่วนตำบล อีก 13 แห่ง ในแต่ละตำบลจะมี SRRT ระดับตำบลทำงาน ด้วยความเข้มแข็ง ภายใต้การสนับสนุน จาก SRRT ระดับอำเภอ

ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง มีการตรวจแหล่งผลิตอาหาร ตรวจร้านอาหาร ตรวจคลินิกเอกชน ตรวจร้านขายเครื่องสำอาง และตรวจร้านชำ ทุกร้าน โดยการทำงาน เป็นระบบเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกำลังขยายผลสร้างความปลอดภัยให้ชุมชน โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เข้ามามีบทบาท ตาม พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457

วิสัยทัศน์: เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ บริหารโปร่งใสและมีคุณธรรม คนทำงานมีความสุข

พันธกิจ: 1. ให้บริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทดตยภูมิ ด้วยมาตรฐานวิชาชีพ อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2. บริหารจัดการให้มีมาตรฐานและมีธรรมาภิบาล

3. พัฒนาระบบบริการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพตาม service plan

4. พัฒนาบุคลากรตามเกณฑ์สมรรถนะ และทำงานอย่างมีความสุข

5. ให้บริการรักษาพยาบาล สอบสวน ควบคุมกรณีโรคระบาด และภัยพิบัติทางธรรมชาติ"

คำนิยาม: "คำนิยามกระทรวง MOPH

M : Mastery=ป็นนายตนเอง คือเป็นบุคคลที่หมั่นฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพ ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎระเบียบ บนพื้นฐานของการมีสำนึก รับผิดชอบ คุณธรรม และจริยธรรม

O : Originality=เร่งสร้างสิ่งใหม่ คือสร้างสรรค์นวัตกรรม สิ่งใหม่ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P : People centered=ใส่ใจประชาชน คือต้องยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงานเพื่อประโยชน์อันดีแก่ประชาชน โดยใช้หลักเข้าใจ เข้าถึง ฟังได้

H : Humility=อ่อนน้อมถ่อมตน คือมีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย รับฟังความเห็น เสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม
คำนิยามโรงพยาบาลปากพนัง

P = People center approach ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

K = Knowledge based working ปฏิบัติงานบนฐานความรู้

N = Nobleness ปฏิบัติงานบนฐานคุณธรรม

H = Harmony and Humility ศาสตร์พระราชชาติพัฒนาองค์กร รู้รักสามัคคี อ่อนน้อมถ่อมตน

ระบบกำกับดูแลองค์กร: : ผู้นำระดับสูงและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางนโยบาย ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและเครือข่าย มีการติดตามตัวชี้วัด ติดตามประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร โดยมีการทบทวนที่มบริหาร ที่มนำระบบต่าง ๆ เชื่อมโยงระบบงานภาพรวม ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มอบและกระจายอำนาจเพื่อลดขั้นตอนในการทำงาน เปิดช่องทางเพื่อให้บุคลากรทุกระดับสามารถสื่อสารถึงผู้นำระดับสูงโดยตรง มีการส่งมอบการ

นำองค์กรตามกลุ่มงานและหน่วยงาน ดำเนินงานต่อเนื่อง เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ กำกับติดตามการดำเนินงานประเด็นสำคัญได้แก่ แผนพัฒนาองค์กรตามแผนยุทธศาสตร์ และ Service Plan แผนการเงินการคลัง แผนการพัฒนาศักยภาพ การพัฒนาคุณภาพและความเสี่ยง การพัฒนาสารสนเทศ และการบริหารการจัดการในองค์กร โดยติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงานและตัวชี้วัดในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

iii. ภาวะบวณการ

I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม:

(1) ผู้นำชี้แจงองค์กร:

- การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร: ผู้นำระดับสูงมีการปรับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเมื่อปีพ.ศ. 2562 ให้มุ่งเน้นให้เป็นไปตามเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข คือประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร และการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ร่วมกับภาคีเครือข่าย มอบหมายให้ทีมนำระบบงานสำคัญรับผิดชอบและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสำคัญตามนโยบาย วิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน ทำให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมนำทบทวนความท้าทาย จุดแข็ง จุดอ่อนสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและร่วมกันกำหนดเป็นจุดเน้น เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน ให้กับคณะกรรมการต่าง ๆ ทีมคร่อมสายงาน กลุ่มงาน หน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับ กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ จัดลำดับการพัฒนาระบบบริการขององค์กรและอาศัยความร่วมมือของชุมชน

- ระบบการจัดซื้อจัดจ้างยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุทันตกรรม พัสตูและครุภัณฑ์การทำงานด้านพัสดุ ผ่านระบบ e-gp กรมบัญชีกลาง เพื่อควบคุมกำกับ พบว่าไม่มีปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน ความโปร่งใส และเกิดความคล่องตัวในการทำงาน

- ส่งเสริมและสนับสนุนกำหนดนโยบายความเสี่ยง เข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital เดือนกันยายน ปี 2561 ส่งผลปัจจุบันที่มดูและผู้ป่วยและทีมสนับสนุนบริการ มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรง และทำ RCA เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการ เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการและบุคลากร ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

- ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม:

- กำหนดค่านิยมร่วมกัน MOPHPKNH โดยอ้างอิงค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) เพิ่มคุณค่าด้านการทำงานเป็นที่มา ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และพัฒนาศักยภาพของบุคลากร พร้อมทั้งสร้างขวัญกำลังใจเพื่อการทำงานที่มีคุณภาพผสมผสานกับคุณธรรม

- ผู้นำกำหนดนโยบายคุณภาพและมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการทั้งองค์กร โดยนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ผู้นำระดับสูงเป็นแกนนำในการติดตามผลการพัฒนาประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรโรงพยาบาล โดยใช้หลัก 2P Safety เชื่อมกับระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและPatient Safety Goals

(2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม:

- ผู้นำกำหนดเป้าประสงค์ที่จะทำให้องค์กรมีความเคารพต่อการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม โดยสอดแทรกระเบียบข้อบังคับที่จำเป็นให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ และมีการส่งเสริมให้มีวินัยในองค์กร ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ จัดให้มีการประชุมพิเศษเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกตำแหน่ง ทุกครั้งที่มีการรับเจ้าหน้าที่ใหม่ พร้อมคู่มือการประชุมพิเศษ เพื่อให้ตระหนักถึง วัฒนธรรม พันธกิจ สร้างค่านิยมร่วม และแจ้งข้อปฏิบัติกฎระเบียบต่าง ๆ ตลอดจนผู้นำระดับสูงให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ด้วยการมาทำงานตรงเวลากลับตรงเวลา ประชุมตามที่นัดหมาย การอ่อนน้อมถ่อมตน การรู้จักสามัคคี การประกาศนโยบายชัดที่ปลอดภัยโดยผู้นำพร้อมครอบครัวเป็นแบบในแผนป้ายประชาสัมพันธ์การณรงค์สวมหมวกนิรภัย

- ด้านจริยธรรมในการบริหารงาน การบริหารพัสดุ ครุภัณฑ์ ดำเนินตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ ด้านจริยธรรมการดูแลผู้ป่วยและการเคารพสิทธิผู้ป่วย ติดประกาศสิทธิผู้ป่วย ตามรอยระบบงานต่าง ๆ ค้นหาความเสี่ยง ด้านสิทธิผู้ป่วย มีคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดกรณีความเสียหายเกิดขึ้น ปี 2558-2564 ไม่พบข้อร้องเรียนด้านจริยธรรม

- ผู้นำประกาศนโยบายชัดที่ปลอดภัยในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามกฎหมายจรรยาบรรณพร้อมเพรียงกัน ผลลัพธ์ คือ บุคลากรไม่เกิดอุบัติเหตุและลดความเสี่ยงในการทำงาน

- ด้านการวิจัยและนวัตกรรม ผู้นำสนับสนุนและส่งเสริมบุคลากรให้สร้างสรรค์นวัตกรรม และผลงานวิจัยด้านสุขภาพและนำเสนอในระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ

I-1.1 ข. การสื่อสาร

(1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:

- กับกำลังคน (สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง, สร้างแรงจูงใจ):

- ผู้นำ/ ทีมนำสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับทราบนโยบายและจุดเน้นของโรงพยาบาลผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน มอบหมายหน้าที่ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการ กำกับติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน นำเสนอผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ

- ประชุมทบทวนรายงานเหตุการณ์สำคัญร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ค้นหา RCA และประชุมหน่วยงานทุกเดือน โดยกำหนดให้มีวาระด้านงานคุณภาพ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับตระหนักและเกิดการเรียนรู้

- จัดตั้งคณะกรรมการ ทีมคร่อมสายงาน ทีมคุณภาพต่าง ๆ ให้ครอบคลุม ด้านการบริการและการบริหารทรัพยากรด้านการเงินและรายได้ของโรงพยาบาล และแต่งตั้งรองผู้อำนวยการจำนวน 5 คน มอบอำนาจการตัดสินใจแก้ปัญหาและการดูแล รับผิดชอบหน่วยงาน

- ผู้นำส่งเสริมบรรยากาศในองค์กรให้เกิดการเรียนรู้ โดยให้บุคลากรอบรมวิชาการ R2R และเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่งเสริมให้ส่งผลงาน CQI และนวัตกรรม เข้าร่วมประกวดในระดับจังหวัด ระดับเขต ทุก ปี โดยได้รับความร่วมมือและส่งผลงานเข้าร่วมประกวดระดับจังหวัด และระดับเขตอย่างต่อเนื่อง

- กับผู้รับบริการ:

โรงพยาบาลปากพนัง มีการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการปีละ 1 ครั้ง และเพิ่มช่องทางการแสดงความคิดเห็นหลายช่องทางเช่น จดหมาย ผู้รับความคิดเห็น โทรศัพท์ เว็บไซต์ของโรงพยาบาล ผลจากการประเมินความพึงพอใจ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนี้

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564	2565
ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	86.98	88.25	87.75	88.25	88.15
ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	88.87	90.07	92.21	90.69	90.69

1-1.1 ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

(1) ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:

- **การบรรลุพันธกิจ:**

ผู้นำสูงสุดกำหนดเป้าหมายชัดเจนและมีส่วนร่วมในการเป็นประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาล

มี Hospital Round โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อรับทราบข้อมูลจากผู้ปฏิบัติโดยตรง และติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนา ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมร่วมกับทีม บทเรียนที่ทำให้เกิดการพัฒนา ได้แก่ การปรับภูมิทัศน์รอบอาคารผู้ป่วยนอก 5 ชั้น การปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยนอก การปรับปรุงหลังคาอาคารห้องคลอด ห้องผ่าตัด การปรับพื้นที่สิ่งแวดล้อมโรงพักขยะ ปรับพื้นที่บริเวณรอบบ่อบำบัด ปรับปรุงเส้นทางจราจรในโรงพยาบาล ปรับปรุงโรงครัว และติดตามควบคุมกำกับในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

- **การเป็นองค์กรที่คล่องตัว:**

- ผู้นำระดับสูงปรับโครงสร้างบริหาร มอบและกระจายอำนาจเพื่อลดขั้นตอนการทำงาน โดยการแต่งตั้งรองผู้อำนวยการ 5 ด้าน บริหารจัดการ และพัฒนาแบบบูรณาการ เปิดช่องทางให้บุคลากรทุกระดับ สามารถสื่อสารถึงผู้นำระดับสูงได้โดยตรงหลายช่องทาง เช่น ผู้รับความคิดเห็น โทรศัพท์สายตรง การสื่อสารที่เป็นเอกสาร และการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ พร้อมทั้งแสดงออกถึงการรับฟังข้อเสนอแนะต่าง ๆ ผ่านการตอบสนองด้วยการชี้แจงในที่ประชุม

- ผู้นำให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับทีมงานเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นทีมงานเดียวกัน เกิดบรรยากาศที่ดีต่อการทำงาน สร้างบรรยากาศการเรียนรู้โดยให้ทีมงานมีโอกาสนำเสนอความก้าวหน้าผลการพัฒนา ตลอดจนเสนอปัญหาและอุปสรรคให้ผู้บริหารร่วมทบทวนและแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหา และเป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้แก่บุคลากร

- **การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย:**

- ให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยง ทบทวนและกำหนดเข็มมุ่งด้านความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety ประกาศและมอบนโยบายให้กับทีมคุณภาพต่าง ๆ สร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ โดยผู้นำสูงสุดกำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีหน้าที่รายงานความเสี่ยง รวมทั้งให้หน่วยงานทุกระดับต้องมีการปรับปรุง Risk Profile ทุกปี เพื่อกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการสื่อสารและถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ โปรแกรมความเสี่ยง คู่มือบริหารความเสี่ยง

- มอบหมายนโยบายการบริหารความเสี่ยงผ่านคณะกรรมการจัดการความเสี่ยง ปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยใน

องค์กรเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพเมื่อเกิดปัญหา โดยไม่ถือว่าเป็นความผิดของบุคคล ไม่มีการตำหนิ หรือลงโทษ มีการติดตามผลผ่านตัวชี้วัดการดำเนินงานที่สำคัญรายเดือน รายไตรมาส และรายปี และติดตามผลการทบทวนข้อร้องเรียนทุกช่องทาง ทุกข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข

- มีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยกรณีเกิดความเสียหายที่เร่งด่วนสำคัญ กรณีความเสียหายระดับ E ขึ้นไป Sentinel event กำหนดให้รายงานผู้อำนวยการผ่านสายบังคับบัญชาภายใน 24 ชั่วโมง กรณีนอกเวลาราชการกำหนดบทบาทให้ตรวจการดำเนินการพยาบาลเป็นผู้จัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เบื้องต้น และรายงานผ่านสายบังคับบัญชาตามลำดับ

-ด้านกายภาพมีมาตรการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัยเชิงรุก โดยการติดตั้งกล้องวงจรปิดในจุดที่สำคัญทั่วโรงพยาบาล และจัดพนักงานรักษาความปลอดภัยให้ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงทั้งในและนอกเวลาราชการเพื่อสามารถให้การดูแลให้ปลอดภัยอย่างทั่วถึง แต่ยังคงพบว่ามีทรัพย์สินสูญหายเนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีรั้วรอบและมีประตูเข้าออกหลายทาง

- กำหนดนโยบายสวมหมวกนิรภัย และคาดเข็มขัดนิรภัยให้เป็นแบบอย่างเมื่อขับขีรถมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล มอบหมายให้หัวหน้างานเป็นผู้กำกับดูแล ไม่พบบุคลากรเกิดอุบัติเหตุจากการไม่สวมหมวกนิรภัย และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย
- ด้านอาชีวอนามัยมีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากร ผลการตรวจสอบสุขภาพบุคลากร ในปี 2564 โรงพยาบาลปากพ่องไม่ได้มีการตรวจสอบสุขภาพเจ้าหน้าที่ เนื่องจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ในปี 2561-2565 พบว่าบุคลากรอยู่ในกลุ่มปกติร้อยละ 26.49, 31.10, 39.44, และ 53.35 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 42.16, 43.06, 37.09 และ 25.90 ในกลุ่มป่วยร้อยละ 31.35 มีแนวโน้มลดลง กลุ่มป่วยร้อยละ 31.35, 25.84, 23.47 และ 20.75 ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนของผู้บริหารให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการออกกำลังกายในแต่ละวันตามความถนัด และในเจ้าหน้าที่กลุ่มป่วยที่มีภาวะไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่เหมาะสมกับโรคและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของรถพยาบาล ปฏิบัติตามข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข ควบคุมความเร็วของรถพยาบาลติดเครื่องติดตามพิกัด (GPS) ทุกคัน โดยพบว่าในปี 2561-2565 ยังไม่พบอุบัติเหตุรุนแรงขณะส่งต่อผู้ป่วย

● การเรียนรู้:

- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสนับสนุน ผลักดัน และกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานใช้หลัก 3P และ PDSA ส่งเสริมการปฏิบัติงานในงานประจำและค้นหา RCA กรณีเกิดอุบัติเหตุ เน้นให้หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน ดำเนินกิจกรรมหัวหน้าพาทำ และหัวหน้าพาทบทวน จัดทำ Quality Round โดยทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ENV, IC, RM และ MRS เพื่อติดตามปัญหาที่เกิดขึ้น และให้การสนับสนุน

- เปิดโอกาสให้นำเสนอปัญหาและทบทวน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีส่วนร่วมตัดสินใจนโยบายสำคัญต่าง ๆ ของโรงพยาบาล สื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ หรือการประชุมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประชุมทบทวนรายงานเหตุการณ์สำคัญ ร่วมกับการสื่อสารผ่านเครือข่ายออนไลน์(กลุ่มในแอปพลิเคชัน LINE) ซึ่งการสื่อสารที่ได้ผลดี คือ การสื่อสารโดยหัวหน้างาน จึงกำหนดให้มีการประชุมหน่วยงานทุกเดือน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และการรับรู้ของบุคลากรทุกระดับ

การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม:

- ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้ให้บุคลากรเข้าอบรม R2R ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย จัดประชุมวิชาการตามสมรรถนะของทีมนักดูแลผู้ป่วย อุบัติการณ์ โรคตามฤดูกาล เช่น โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

- ให้บุคลากรที่มีการจัดทำ R2R และ CQI เข้าร่วมมหกรรมงานคุณภาพร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อประกวดผลงาน กรณีได้รับรางวัลมีการยกย่องชมเชยให้เป็นตัวอย่างของหน่วยงานอื่น

● **การสร้างความรู้ความผูกพันกับผู้รับบริการ:**

- โรงพยาบาลมีการสื่อสารด้านข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพผ่าน Web site ของโรงพยาบาล รวมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริม ป้องกันสุขภาพ ตลอดจนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้ความรู้ข้อมูลด้านสุขภาพภายในโรงเรียน ชุมชน เครือข่ายสุขภาพในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการ โดยได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพนัง เทศบาลเมืองปากพนัง คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการระดับตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม.

- โรงพยาบาลสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยการรับฟังความคิดเห็นผ่านตู้รับเรื่องร้องเรียน เสียงสะท้อนของชุมชนจากการเยี่ยมบ้าน ผ่านโทรศัพท์สายตรง และผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล นำเข้าสู่ระบบเข้าสู่ระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และนำข้อมูลมาวางแผนปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองและไม่เกิดการฟ้องร้อง

(2) **ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action):**

● จุดเน้นของโรงพยาบาลประกอบด้วยกระบวนการให้บริการ 5 มิติ คือส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู คุ้มครองผู้บริโภค เน้นความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และในปี 2562 โรงพยาบาลปากพนังเน้นการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยในกลุ่ม Stroke และ Sepsis และการเรียกเก็บที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการทางการเงินที่มีประสิทธิภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประกาศนโยบายในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มอบผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และประธานและเลขาธิการพัฒนาคุณภาพ โดยที่มคุณภาพแยกตามระบบงานสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการสารสนเทศ คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีคณะทำงานที่ประสานงานกับภาคีเครือข่ายและเชื่อมโยงกับชุมชน แต่ละทีมมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการทำงานประจำ 3P และPDSA ทบทวน 12 กิจกรรม เข้ามาใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยมีทีมนำคุณภาพเป็นประสานงานทำให้การดำเนินงานมีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการดำเนินกิจกรรม

I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) **ระบบกำกับดูแลองค์กร:**

● การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร:

- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับนโยบายการกำกับดูแลกิจการที่ดีจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการเขต 11 ผู้ว่าราชการจังหวัด และการนิเทศ มีการตรวจสอบภายในจาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่งผลในโรงพยาบาลมีนโยบายยึดหลักธรรมาภิบาลและโปร่งใส

- ให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดหาทรัพยากรที่ใช้ในองค์กรตามระเบียบพัสดุ เปิดให้ผู้ซื้อเข้ามีส่วนร่วมเป็น คณะกรรมการในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพอย่างโปร่งใส มีการแข่งขันด้านราคาที่ยุติธรรมตามระเบียบ มีระบบบริการหลังการขายที่ดี และมีระบบการดูแลเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์จากบริษัทภายนอกที่ได้รับมาตรฐาน และมีการใช้ระบบการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและครุภัณฑ์ โดยจัดทำเอกสารผ่านระบบ e-gp ของกรมบัญชีกลาง

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามผล การจัดเก็บรายได้ ประสิทธิภาพในการบริหาร ต้นทุน และติดตามดัชนีชี้วัดทางการเงินอย่างสม่ำเสมอ ปี 2562 พบปัญหาไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิเบิกได้ เนื่องจากการจัดส่งข้อมูลไม่ทันเวลา คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน ได้ทบทวน และมีการกำหนด ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน กำหนด time line ในการปฏิบัติงานของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีระบบการติดตาม และการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มคณะกรรมการบริหารและองค์กรแพทย์ ทำให้สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิเบิกได้เพิ่มขึ้นและทันเวลา ปี 2565 งานเรียกเก็บของกลุ่มงานยุทธศาสตร์ ได้รับรางวัลระดับเขต

- มีคณะกรรมการควบคุมภายใน เป็นผู้ควบคุมกำกับให้หน่วยงานมีการวางแผนควบคุมภายใน ให้เป็นไปตามระเบียบสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน โดยเน้นทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องการเงิน การบัญชี การคลัง และมีการรายงานผลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

- ทีมบริหารทบทวนนโยบายเรื่องการพัฒนาคุณภาพ พบว่า บุคลากรไม่เข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ให้เชื่อมโยงกับงานประจำ จึงกระตุ้นโดยกระบวนการพี่เลี้ยงคุณภาพจากทีมนำ เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมินผลลัพธ์ ระบบเวชระเบียนและนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาศักยภาพของกำลังคน

(2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:

- การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

- โรงพยาบาลมีการทบทวน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนำ ระบบงานสำคัญทุกปี โดยมีการมอบหมายงานตามความรู้และความสามารถ มอบหมายให้มีเจ้าภาพในแต่ละงานชัดเจนขึ้น

- การคัดเลือกผู้นำระดับต่าง ๆ ใช้หลักคุณธรรมเป็นข้อพิจารณาอันดับแรกและพัฒนาบุคลากรด้านบริการ โดยส่งเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น ได้แก่หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้างานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

(3) ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:

- ระบบกำกับดูแลทางคลินิกโรงพยาบาลปากพนังอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช กระทรวงสาธารณสุข และการกำกับภายในองค์กรโรงพยาบาลปากพนังอยู่ภายใต้คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิกโดยมีประธานองค์กรแพทย์เป็นประธาน และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา กำหนดแนวทางปฏิบัติ กำกับดูแลทางคลินิก

- ทีมผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ติดตามประเมินคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งองค์กร ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยองค์การแพทย์ เกสัชกรกลุ่มการพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ

- ทีมดูแลผู้ป่วยสร้างและจัดการความรู้ของบุคลากร จัดทำแนวปฏิบัติ CPG เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย มีระบบทบทวนการดูแลผู้ป่วย หรือการตรวจสอบทางคลินิก เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

- รายงานผลการดูแลทางคลินิกทั้งในด้านความสำเร็จและสิ่งที่ต้องพัฒนา ผลลัพธ์การรักษาภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์สำคัญในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามประเมินคุณภาพ ความปลอดภัยและตอบสนองอย่างเหมาะสม

- ทีมบริหารความเสี่ยงมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีม PCT เพื่อวิเคราะห์หา Adverse Event วิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพื่อนำไปสู่การวางมาตรการแก้ไข ป้องกัน กรณีมีข้อร้องเรียนมีคณะกรรมการเจรจาไกล่เกลี่ยและจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล เข้ามาดำเนินการแก้ไข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละปีที่ผ่านมา แนวโน้มของข้อร้องเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง ดังนี้ 1) พหุติกรรมบริการ มีนโยบายของโรงพยาบาลปากพ่องเน้นพหุติกรรมบริการนำลงสู่การปฏิบัติทุกระดับ โดยประชุมชี้แจง ดำเนินการแก้ไขประเด็นต่างๆ และติดตามประเมินพหุติกรรมต่อไปเป็นระยะ

1-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพหุติกรรมที่มีจริยธรรม

(1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ:

- โรงพยาบาลปากพ่อง มีเป้าหมายที่จะทำให้องค์กรมีความเคารพต่อการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมที่ดี โดยสอดแทรกระเบียบข้อบังคับที่จำเป็นให้บุคลากรทุกระดับทราบ มีการส่งเสริมให้มีวินัยในองค์กรผ่านกิจกรรมต่าง ๆ กรณีรับเจ้าหน้าที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ มีการปฐมนิเทศ ชี้แจง กฎระเบียบ ข้อบังคับขององค์กร

- กำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานให้บริการภายใต้มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข สมาคม วิชาชีพ สาขาต่าง ๆ มีการกำกับติดตามภายในองค์กร

- กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีใบประกอบวิชาชีพที่ออกให้โดยหน่วยงาน องค์กร หรือสมาคมของวิชาชีพนั้น ๆ ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายและหลักจริยธรรม

- การตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- การปฏิบัติเรื่องการจัดของเสีย เช่น น้ำเสีย มีการตรวจคุณภาพน้ำเสียทุกวัน เพื่อปรับค่าน้ำให้ได้มาตรฐานก่อนปล่อยสู่สาธารณะ และกำหนดแผนการส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ 14 Parameter ทุก 6 เดือน ในปี 2565 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ได้มอบหมายผู้รับผิดชอบตรวจคุณภาพน้ำเสียรายวันและเก็บตัวอย่างน้ำส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำที่มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ในเดือน กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 5 จุด พบผลผ่านมาตรฐาน

- การจัดการขยะ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน Green and Clean Hospital และมีการสุ่มติดตามรถขยะติดเชื้อ ปีละ 1 ครั้ง จากการติดตามยังไม่พบการขนส่งออกนอกเส้นทาง รวมทั้งมีการติดตามกระบวนการทำลาย และเทศบาลเมืองปากพ่อง มีการแจ้งกลับกรณีคัดแยกขยะผิดประเภท

- การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย 9 ข้อ โดยการให้ความรู้สิทธิผู้ป่วยในการปฐมนิเทศใหม่ และติดป้ายทุกแผนกที่ให้บริการผู้ป่วย

- จัดทำนโยบายจริยธรรมและแนวปฏิบัติในองค์กรได้แก่ การส่งต่อ การยุติการฟื้นคืนชีพ การสวมหมวกนิรภัยคาดเข็มขัดขณะขับรถ และการไม่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลมีการจัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV และมีระบบการปกปิดและจำกัดสิทธิในการเข้าดูผลการชั้นสูตร Lab Anti-HIV โดยรายงานผลในระบบ HOSXP ว่า “ปกปิด” โดยให้สิทธิแพทย์ Counsellor และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
- แพทย์ผู้สั่ง Admit ให้ข้อมูลการนอนโรงพยาบาล ข้อมูลการทำผ่าตัด หรือทำหัตถการที่สำคัญทุกราย และลงชื่อ ในใบยินยอมการรักษา
- การเข้าถึงเวชระเบียนสามารถยื่นคำร้องขอสำเนาประวัติการรักษาด้วยตนเองพร้อมแสดงบัตรประชาชนที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ กรณีผู้เข้ารับแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ
- การเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยที่ต้องรักษาความลับ เช่น Case OSCC และ Case คดี จัดให้มีตู้เก็บรักษาและจำกัดสิทธิผู้เข้าถึงเวชระเบียน
- การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม:
 - กำหนดนโยบาย 5 ส. เพื่อให้มีการสะอาดและจัดเก็บ หน่วยงานมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย ลดการเบิกของมากเกินไป ความจำเป็น ช่วยประหยัดงบประมาณในการสำรองวัสดุ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
 - นโยบายการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยมีศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์ จ.สุราษฎร์ธานีมาดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดทำบัญชีเครื่องมือที่ใช้ตามหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเพื่อเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลรักษาเครื่องมือให้พร้อมใช้
 - โครงการ Green & Clean Hospital นโยบายการตัดแยกขยะโดยนำถังขยะที่สามารถแยกขยะก่อนทิ้งตั้งไว้ตามหน่วยงาน นำน้ำเสียที่ผ่านกระบวนการบำบัดแล้วมาใช้รดน้ำต้นไม้ มีระบบจัดการขยะ recycle
 - นโยบายประหยัดพลังงานทั้งไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง ติดบอร์ดประชาสัมพันธ์นโยบายอนุรักษ์พลังงาน เพื่อให้บุคลากรทุกระดับทราบ รายงานค่าใช้จ่ายด้านพลังงานให้คณะกรรมการบริหาร และรายงานผ่านการประชุมเจ้าหน้าที่ทุกเดือน เป็นการสร้างความตระหนักให้กับบุคลากร รมรงค์การเดินทางขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ กำหนดเวลาปิด-เปิดเครื่องปรับอากาศและเครื่องไฟฟ้าและจัดทำตารางการบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ

(2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

- ดำเนินด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย และการเคารพสิทธิผู้ป่วย ดัดประกาศและปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย มีทีมเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อเกิดกรณีความเสียหายเกิดขึ้น
- โรงพยาบาลมีประกาศแนวทางเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหา การขายและส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซเชีย ผู้บริหารประกาศเจตจำนงและประกาศเป็นนโยบายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ:

- กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยในประเด็นที่อาจเสี่ยงต่อจริยธรรม เช่น การผูกมัดผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่ถูกละเมิดสิทธิทางเพศ การรายงานผล Lab Anti-HIV ต่อคู่สมรส การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการยุติการรักษา เป็นต้น

I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

(1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ):

- ทิมนำสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมจริยธรรมที่ดั่งงาม สร้างวัฒนธรรมการไหว้เคารพผู้ที่มีอาวุโสร่วมพิธีสำคัญทางศาสนา กิจกรรมบุญกฐิน ประเพณีแห่ผ้าขึ้นธาตุ ประเพณีบุญสารทเดือนสิบ วันสำคัญของชาติ ของประเทศร่วมกับชุมชน กิจกรรมกีฬา โรงพยาบาล กิจกรรมกีฬาเทศบาลและศาลปากพ่อง การใช้กระดาษถ่ายเอกสารซ้ำ (Reuse)

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ชั้นที่ 3
- ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
- รางวัลระดับจังหวัดและระดับเขต การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย 2558 -2564
- รางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการเภสัชกรรมระดับจังหวัด
- ผ่านการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพเขต 11 ปี 2561 ระดับดีมาก
- การดำเนินงานตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เน้นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน
- การรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ปี 2559-2565
- ประกาศนียบัตรศูนย์เรียนรู้งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสภาเภสัชกรรม 2562 ถึงปัจจุบัน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	3	L	- ปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์และแผนพัฒนาระบบบริการService Plan - เปิดโอกาสให้เครือข่ายในชุมชน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน - มอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน กระตุ้นให้บุคลากรเกิดความตระหนักในค่านิยม จนเกิดผลการดำเนินงานที่ดีและมีคุณภาพ - สสำรวจ Patient Experience รับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาระบบบริการ
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ	3	L	- สร้างบรรยากาศ ส่งเสริมการเรียนรู้ & การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
			- กำหนดให้มีการประชุมประจำเดือน เดือนละ 1 ครั้ง(ผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติงาน)
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา	3	L	พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	3	L	-กำหนดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของผู้นำระดับหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน -เปิดโอกาสให้มีการประเมินการดำเนินงานของผู้นำระดับหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างานจากหน่วยงานภายใน/นอก - พัฒนาระบบตัวชี้วัดระดับบุคคลมุ่งเน้นระดับทีม
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก	3	L	- ทบทวนประเด็นจริยธรรมที่มีความเสี่ยงทางคลินิก -พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงวิกฤติโรคเรื้อรัง โรคจากการประกอบอาชีพ และอุบัติเหตุจราจร - พัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพ โปรแกรม COC
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	3	L	- นำประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจมาเรียนรู้ร่วมกัน และหาแนวทางปฏิบัติ - ดัดบ้ายการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกแผนกบริการ - ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควบคุมกำกับงานด้านจริยธรรม

I-2 กลยุทธ์

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ							
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	มี.ค.65	
ร้อยละการดำเนินงานตามแผนงานประจำปี	>90	76.12	100	100	100	NA	
ร้อยละการใช้งบประมาณตามแผนกลยุทธ์	≥80	92.28	100	100	100	NA	
ร้อยละของการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี ครอบคลุม ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100	
ร้อยละของตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่สำคัญผ่านเกณฑ์	≥80	82.45	85.71	80.95	80.10	69.18	
ii. บริบท							

โรงพยาบาลปากพนัง มีการทบทวน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ทุกปี โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรมีการจัดประชุมทีมนำ และทีมหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน เพื่อทบทวน แผลกลยุทธ์ โดยเริ่มตั้งแต่การช่วยกันวิเคราะห์องค์กร จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค ซึ่งจากการวิเคราะห์องค์กร ต้องเน้น ไปทาง กลยุทธ์เชิงรับ ในปี 2564 ได้มีการกำหนด วิสัยทัศน์ ขององค์กร คือ โรงพยาบาลคุณภาพ บริหารโปร่งใสและมีคุณธรรม คนทำงานมีความสุข มีการนำกลยุทธ์ของโรงพยาบาลไปถ่ายทอดให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทราบเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน

ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ:

- 1.Stroke
- 2.MI
- 3.DM
- 4.HT
- 5.DHF

โอกาสเชิงกลยุทธ์:

- 1.นโยบายจังหวัดสนับสนุนให้ขยายบริการเป็น 120 เตียง
- 2.ชุมชนมีความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลปากพนัง
- 3.ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการสื่อสาร
- 4.นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ HA
- 5.ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:

- 1.การลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง
- 2.การเพิ่มความรวดเร็วในการเข้ารับบริการในกลุ่มโรคฉุกเฉิน เช่น Stroke,ACS
- 3.การบริหารจัดการ การเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ
- 4.การปรับโครงสร้างอาคารสถานที่ให้มีความปลอดภัยและเพิ่มพื้นที่ใช้สอย
- 5.เปิด unit intermediate care
- 6.การลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:

1. เป็นเครือข่ายใหญ่มีประชากรรับผิดชอบมาก
2. บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
- 3.ผู้บริหารเป็นคนรุ่นใหม่ มีวิสัยทัศน์ มีความมุ่งมั่น
- 4.ใช้หลักการรู้จักสามัคคี ผลักดันการดำเนินงานในองค์กร

สมรรถนะหลักขององค์กร: : ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู คุ้มครองผู้บริโภค

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:

มีผู้นำระดับสูงที่มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพ ให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณและโอกาส การทำให้เป็นตัวอย่าง การติดตามกำกับ การให้กำลังใจ มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน

- มีการวางแผนยุทธศาสตร์ โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวิเคราะห์องค์กร

- มีการวางแผนด้านการเงิน มีคณะกรรมการการเงิน เพื่อให้มีการบริหารการเงินที่ดี ลดปัญหาหนี้สิน และเพิ่มสภาพคล่องทางการเงิน
- หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน มีความรู้ความสามารถ มีความมุ่งมั่นตั้งใจและให้ความร่วมมือในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ใช้กระบวนการหัวหน้าพาทำคุณภาพ
- บุคลากร มีประสมการณ์การทำงานอันยาวนาน
- มีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

iii. กระบวนการ

I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

(1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

- องค์มีการจัดทบทวน และทำแผนยุทธศาสตร์ ทุกปี ด้วยวิธี SWOT Analysis โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ หลังจากนั้นได้ถ่ายทอดยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์สู่คณะกรรมการคุณภาพและหน่วยงาน เพื่อให้มีการจัดทำตัวชี้วัดได้สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาลต่อไป

(2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ:

- จากการทบทวนปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกพบว่าจากการที่โรงพยาบาลปากพนังได้รับนโยบายจากจังหวัดสนับสนุนให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง และชุมชนมีความเชื่อมั่นในโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน พร้อมบริจาคครุภัณฑ์ทางการแพทย์ จึงเป็นโอกาสกลยุทธ์ที่สำคัญ เพื่อการขยายโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการ Service Plan

(3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:

- จากการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยที่สำคัญพบว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุหลักที่จะนำไปสู่ โรคหลอดเลือดอื่น ๆ อีกมากมาย ประกอบกับสภาพสังคมเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงเป็นที่มาของการกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขให้ครอบคลุมและมาตรฐาน

(4) การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:

- กำหนดสมรรถนะหลักจากจากพันธกิจของ โรงพยาบาล คือ การให้บริการสาธารณสุข ในระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ด้วยมาตรฐานวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบ บริการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพตาม Service plan

(5) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ตัวเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ:

- การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบุคลากรและความเสี่ยง พบว่า จำนวนบุคลากรในด้านการสนับสนุนบริการบางงาน ที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก จำเป็นที่ต้องมีการจ้าง เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลที่ตรงกับลักษณะความเชี่ยวชาญ ช่วยลดภาระงาน ลดความเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ เช่น การจ้างหมอกำจัดขยะระบบการดูแลเครื่องมือแพทย์ จ้างหมอกำอาหารผู้ป่วย

●
I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

(1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ:

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
พัฒนาระบบการเข้าถึงเข้ารับบริการ เพิ่มคุณค่าลดระยะเวลาและเพิ่มความพึงพอใจ	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย	มากกว่าร้อยละ 90	ร้อยละความพึงพอใจรวมของผู้รับบริการ
ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	เพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล	100	ร้อยละการผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานทุกระบบ
พัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	≥40 ≥50	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

I-2.2 ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

(1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว:

- ในปี 2564 คณะกรรมการบริหาร และหัวหน้างาน ร่วมกันทบทวน วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร “โรงพยาบาลคุณภาพ บริหารโปร่งใสและมีคุณธรรม คนทำงานมีความสุข” เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่และได้จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล ซึ่งของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นแผนปฏิบัติการระยะสั้น 1 ปี

(2) การถ่ายทอดประเด็นที่ทำหาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:

- ชี้แจงนโยบายการประชุมในวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานเป็นเวลาทุกเดือน เพื่อให้หัวหน้ากลุ่มงานนำไปถ่ายทอดกับผู้ปฏิบัติงาน
- ถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ เข้มมุ่ง ในวาระการประชุมที่มพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการต่างๆ เพื่อให้ทีมคุณภาพและคณะกรรมการต่างๆ นำไปจัดการตัวชี้วัด เพื่อตอบสนองตัวชี้วัดขององค์กร
- ส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายองค์กรและนำไปปฏิบัติในงานประจำ ทำให้มีโครงการและตัวชี้วัดติดตามผลการดำเนินงานครอบคลุมทุกหน่วยงาน

(3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า มีครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพจากการขาดการบำรุงรักษา จึงได้มีการวางแผนการซ่อมบำรุง และมีการจ้างหน่วยงานจากภายนอกในการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์

- ในด้านทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอต่อการบริการที่มีคุณภาพ ต้องเน้นทั้งการอบรมภายในและภายนอก เพื่อให้ทันการเปลี่ยนแปลง และความก้าวหน้าของแต่ละวิชาชีพ
- การบริหารจัดการทรัพยากรภายใต้ทรัพยากรเงินที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยการจัดตั้งคณะกรรมการ CFO เพื่อวิเคราะห์และติดตามสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล วางแผนการเพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย

(4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- จัดทำแผนปฏิบัติการ หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการ นำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงาน จากนั้นหัวหน้ากลุ่มงานรวบรวมนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุมัติ โดยมีเป้าหมายการจัดทำแผนงบประมาณให้สมดุล
- การจัดสรรบุคลากรและการพัฒนาบุคลากร มีการจัดทำแผนสรรหาบุคลากรตาม FTE และตามภาระงาน รวมทั้งแผนพัฒนาบุคลากร โดยทีมนำกำหนดเป้าหมายและมอบให้คณะกรรมการ HRD ดำเนินการตามระเบียบ

(5) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า:

- ทีมนำต่าง ๆ เป็นผู้ติดตามตัวชี้วัด ประเมินผลการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูล เสนอแนะแนวทางผ่านคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาดำเนินการ มีทีม IM รวบรวมตัวชี้วัด ออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้สะดวกขึ้น
- ทีมนำติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาล โดยมีระบบการรายงานตัวชี้วัดรายเดือน รายไตรมาส 3 เดือน ราย 6 เดือน และรายปี มีการติดตามตัวชี้วัดผ่านคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อติดตามกำกับให้บรรลุแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

1-2.2 ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:

- ผลการดำเนินงานบางกิจกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากการขาดระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศที่ดี และการนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินปัญหาของหน่วยงาน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมทั้งการรักษา การประเมินภาวะแทรกซ้อน ทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ
- เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการทบทวนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดในการทำงาน

v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	3.0	L	มีการวิเคราะห์อย่างครอบคลุม นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาจัดทำกลยุทธ์
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ	3.0	L	มีการปรับค่าเป้าหมายให้ท้าทายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร	3.0	L	มีการประเมินความตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า	3.0	L	ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน และนำผลมาทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2] ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (มี.ค.)
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	≥ 85%	86.98	88.25	87.75	88.25	88.15
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	≥ 85%	88.87	90.07	92.21	90.69	90.69
อัตราข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100%	100	100	100	100	100
ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก	60 นาที	73	64	64	60	54
ii. บริบท ส่วนการตลาดที่สำคัญ: <ul style="list-style-type: none"> เพิ่มจำนวนผู้รับบริการเบิกได้ (ข้าราชการ /เบิกต้นสังกัด) เพิ่มจำนวนผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ออกตรวจสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ รวมทั้งตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ): <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มบัตรประกันสุขภาพ (ขั้นตอนการให้บริการรวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย เท่าเทียมกัน ส่งต่อการรักษาหากเกินขีดความสามารถ ข้อมูล คำแนะนำผู้ป่วยที่ชัดเจน มีพฤติกรรมบริการที่ดี มีห้องน้ำเพียงพอ บุคลากร แพทย์ พยาบาลมีจำนวนเพียงพอ ในการให้บริการผู้ป่วย) กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ขั้นตอนการให้บริการรวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย บริการตรวจสุขภาพประจำปีถึงที่ทำงาน มีพฤติกรรมบริการที่ดี มีห้องน้ำสะอาด ให้บริการนอกเวลา ไม่ต้องสำรองจ่าย ได้รับบริการและยาที่มีคุณภาพสูง มีเวลาปรึกษา/สอบถามข้อมูลกับแพทย์นานๆ มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา ห้องพิเศษที่เพียงพอ / ที่จอดรถอย่างเพียงพอ / เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทันสมัย) กลุ่มประกันสังคม (ความสะดวกในพื้นที่บริการ /บริการนอกเวลา สิทธิในการรักษาให้เท่าเทียมกับสิทธิอื่น ๆ) กลุ่มต่างด้าว (บริการตรวจสุขภาพต่างด้าวสะดวก รวดเร็ว ภาษา/การสื่อสารภาษาที่ดี) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (รวดเร็ว ปลอดภัย บรรเทาทุกข์ทรมาน) ผู้ป่วย OPD (ไม่แออัด รอไม่นาน เป็นสัดส่วน มิดชิด) ผู้ป่วย IPD (ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมบริการที่ดี) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ภูมิคุ้มกันดี สามารถดูแลตนเองได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตดี) ผู้ป่วย โรคติดต่อ HIV TB Flu (ลดความกังวล ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) กลุ่มผู้พิการ (ได้รับการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี สามารถช่วยเหลือตนเอง พัฒนาความสามารถที่มีอยู่) กลุ่มแม่และเด็ก (ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย พัฒนาการสมวัย) ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ): <p>"1.ญาติผู้ป่วย (มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ได้รับคำแนะนำ ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน /ฝึกสอนให้ดูแลผู้ป่วยได้ เช่น ฉีดอินซูลิน ที่พักญาติ ห้องน้ำ เครื่องผ้าที่เพียงพอ สะดวกในการเข้าเยี่ยม /พฤติกรรมบริการที่ดี)</p>						

2.ชุมชน (ให้เจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน / มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ไม่แพร่เชื้อสู่ชุมชน ไม่ได้รับมลพิษจากโรงพยาบาล มีหน่วยบริการรับ-ส่งฉุกเฉินถึงในชุมชน บริการเชิงรุก)

3.บริษัท ห้าง ร้าน หน่วยราชการ (จ่ายเงินให้รวดเร็ว /ลดขั้นตอนในการจัดซื้อจัดจ้าง ออกไปรับรองแพทย์ทางคดีให้รวดเร็ว เจ้าหน้าที่พูดจาดี พฤติกรรมบริการที่ดี)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: 1.กระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวง)

2.สปสข.(จัดบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ปฏิบัติตาม ระเบียบของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน โรงพยาบาลส่งข้อมูลได้ครบถ้วน ทันเวลา)

3.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)(ให้โรงพยาบาลเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมและบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย)

4.สสจ.นครศรีธรรมราช (โรงพยาบาลตอบสนองต่อนโยบายของจังหวัดและหรือของกระทรวงสาธารณสุขอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ)

5.องค์การบริหารท้องถิ่น (โรงพยาบาลให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชนอย่างเพียงพอ โรงพยาบาลให้ความร่วมมือต่อการประสานงาน โรงพยาบาลให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ)

6.รพ.สต. (โรงพยาบาลให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ และด้านวิชาการอย่างเพียงพอ จัดระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการติดต่อสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ ระบบการบริหารงานของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการทำงานของ รพ.สต.)

7.อสม.(พัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้อย่างเพียงพอ)

8.สื่อมวลชน (โรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ข้อมูลข่าว)

iii. กระบวนการ

I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:

● การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง:

-ผ่านทางตู้รับความคิดเห็นและข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล

-ผ่านทางแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ

-ทางวาจา ณ จุดบริการและในชุมชน

-ผ่านทางโทรศัพท์โรงพยาบาล

-ผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียน หรือผ่านเบอร์โทรศัพท์สายตรงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

-ผ่านจดหมาย E-mail web board ของโรงพยาบาล

● การรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการ (Feedback):

มีแบบประเมินความพึงพอใจในหน่วยงาน และสอบถามความพึงพอใจในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน

(2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต:

- มี website ของรพ.ในการให้ข้อมูลระบบบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษต่างๆ มีบอร์ดประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานต่างๆ มีป้ายประกาศเรื่องความเคลื่อนไหวในโรงพยาบาล สอบถามข้อมูลโดยตรงจากบุคลากรและ

ผู้บริหารทุกระดับ มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วยซึ่งจะมีการประเมินสภาพและสอบถามความต้องการของผู้ป่วยทุกวันอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจเยี่ยม การรับ-ส่งเวรของพยาบาล การ Round ward ประจำวันของแพทย์ และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย ผู้ป่วยสามารถที่จะใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลได้ โดยมอบหมายเจ้าหน้าที่ทุกคนให้ดักจับคำพูดของผู้รับบริการ และแจ้งแก่คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนในเหตุการณ์ที่ดักจับได้ว่าผู้รับบริการต้องการหรือไม่พึงพอใจและให้เจ้าหน้าที่เขียนข้อแสดงความคิดเห็นแทนผู้รับบริการ

I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ:

- จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจแบบมีแบบแผนโดยการตอบแบบสอบถามแยกตามจุดบริการต่างๆทุกจุดบริการ สอบถามแบบไม่เป็นทางการของเจ้าหน้าที่เช่นพูดคุยขณะรอรับบริการต่างๆทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการอื่น การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการครอบคลุมหน่วยบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการผู้ป่วยใน ภาพรวมความพึงพอใจผู้ป่วยนอกปี 2561 = 86.98 ปี 2562 = 88.25 ปี 2563= 87.75 ปี2564 = 88.25 และปี 2565= 88.15 ผลความพึงพอใจผู้ป่วยในปี 2561 = 88.87 ปี 2562= 90.07 ปี 2563=92.21 ปี 2564= 90.69 และปี 2565 = 90.69 ได้มีการนำประเด็นที่ไม่ได้รับความพึงพอใจไปส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข

I-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก

(1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ:

- จากการวิเคราะห์อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอกพบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกันทุกปี เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางและมีคลินิกพิเศษ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ศูนย์ ด้านการให้บริการ มีการให้ข้อมูล/คำแนะนำอยู่ในระดับดีมาก การให้ข้อมูล/คำแนะนำโดยพยาบาลได้คะแนนสูงสุด รองลงมาเป็นคุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน มีการปรับเวลาราชการขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ จุดคัดกรองและจุดซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานเวลา 07.00 น. จุดละ 1 คน แพทย์เริ่มตรวจเวลา 08.00 น. รวมถึงปรับระบบการนัดตรวจสุขภาพโรงงาน เปลี่ยนเวลาตรวจสุขภาพเป็น 13.00 น. เป็นต้นไป ด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ กิริยามารยาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นอยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นการดูแลให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลด้วยความมั่นใจ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ช่วงการระบาดของโรคโควิด ปรับพนักงานทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง การจัดสถานที่นั่งรอตรวจให้เว้นระยะห่าง มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการด้วยวาจา/แบบประเมินความพึงพอใจ/ผ่านตู้แสดงความคิดเห็น และมีการตอบสนองข้อร้องเรียนของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม
- จากการติดตามระยะเวลาารอคอยผู้ป่วยนอก ปี 2561 – 2565 พบว่า ระยะเวลาารอคอยผู้ป่วยนอกนาน เกิน 60 นาที ในปี 2561 -2563 ฃบ้น 73 นาที ,64 นาที และ 64 นาที ตามลำดับเพื่อเป็นการตอบสนองต่อการดำเนินงานลดระยะเวลาารอคอยผู้ป่วยนอกที่มงานได้ มีการทบทวน และปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้แนวคิด Lean 1) ปรับระบบบริการของแพทย์ 2) ปรับระบบการขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลคัดกรองและพยาบาลซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.00 น. 3) ระบบตรวจสุขภาพโรงงานนัดมา เวลา 13.00 น.ส่งผลให้ระยะเวลาารอคอย ในปี 2564 และ 2565 ลดลง เป็น 60 นาที และ 54 นาที

ตามลำดับ และเพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 รพ.ปากพนัง ได้นำระบบ smart queue มาใช้ปรับระบบการนัดล่วงหน้า และระบบการคัดกรองผู้ป่วย อยู่ระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล

- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกปี ในปี 2561 เท่ากับร้อยละ 88.87 และปี 2562 เท่ากับร้อยละ 90.07 เนื่องจากการรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้รับบริการด้วยวาจา/แบบประเมินความพึงพอใจ/ตัวแสดงความคิดเห็น และมีการตอบสนองข้อร้องเรียนของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ น้ำดื่ม เสื้อผ้า เป็นต้น ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำและมีส่วนร่วมเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวจากแพทย์โดยตรง พฤติกรรมบริการผู้ให้บริการทุกระดับเป็นที่ประทับใจ จากแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ พบว่า การเอาใจใส่ กิริยามารยาทของแพทย์ และการเอาใจใส่ของพยาบาลอย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ ได้คะแนนสูงสุด ในปี 2563-2565 ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน เท่ากับร้อยละ 92.21, 90.69 และ 90.69 ตามลำดับ

(2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

- จัดช่องทางด่วนให้ผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ 2) ผู้ป่วยที่ใช้บริการเปลนั่ง/นอน 3) พระภิกษุสงฆ์ 4) ผู้พิการ 5) ผู้สูงวัย 6) ผู้ติดเชื้ทางเดินหายใจ 7) ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ได้รับการที่รวดเร็วขึ้น พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเป็นระยะ เพื่อสร้างความเข้าใจต่อการรับบริการ มีทีมเยี่ยมบ้านและสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น สายดูดเสมหะ ชุดทำแผล ฯลฯ จัดบริการ รถ EMS รับ/ส่งผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้เบอร์โทรศัพท์ 1669 โดยไม่คิดค่าบริการ
- โรงพยาบาลพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย จำนวน 22 แห่ง ให้การดูแลต่อเนื่องสำหรับประชาชนในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบในด้านการสร้างเสริม พื้นฟูสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน และส่งต่อ ตามข้อบ่งชี้ที่ได้กำหนดไว้
- มีทีมเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ และมีหน่วยสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ เช่น สายดูดเสมหะ ชุดทำแผล มีระบบการประสานงานกับศูนย์เรนทรและหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ซึ่งสามารถรับส่งผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บมายังโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว ให้บริการนอกโรงพยาบาลประกอบด้วย หน่วยปฐมพยาบาล หน่วยอำนวยการ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ต่างๆ ให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยจัดทีมสหวิชาชีพให้บริการในพื้นที่ ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการโดย อสม.และ รพ.สต. เพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียน ค้นหากลุ่มเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้การดูแลโดยสหวิชาชีพอย่างเหมาะสมต่อไป จัดกิจกรรมรณรงค์ในหมู่บ้าน การคัดกรองโรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง การรณรงค์ทำลายลูกน้ำยุงลาย เวทีประชาคมหมู่บ้านในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก การรณรงค์การป้องกันและลดอุบัติเหตุจากการจราจรในชุมชน การจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา อาหาร เครื่องสำอาง ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล
- ทีม EOC บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 พัฒนาศักยภาพการบริการไปยังศูนย์บริการรองรับผู้ป่วยในพื้นที่ โรงพยาบาลสนามหูล่อง เทศบาลเมืองปากพนัง และ รพ.สต.ต่างๆในพื้นที่ ทำให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ครอบคลุม

(3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ:มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้ ผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง คลินิกเฉพาะโรค ผู้ป่วยใน หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มีการคุ้มครองสิทธิ กลุ่มอ่อนไหว เปราะบาง ได้ มี

การออกแบบระบบบริการให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละกลุ่ม และมีการประเมินระบบบริการเป็น ระยะเวลา

กลุ่มโรคที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ

1.Stroke

2.MI

3.DM

4.HT

5.DHF

6.Corona virus

1-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

(1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน:

- มีพยาบาลวิชาชีพคัดกรองด้านหน้า เพื่อคัดกรองประเมินอาการผู้ป่วยและอำนวยความสะดวก/ให้ข้อมูลให้กับผู้ มาใช้บริการ มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์แจ้งขั้นตอนการเข้ารับบริการทุกเช้าเป็นระยะๆ พยาบาลหลังตรวจให้ ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การมาตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด หรือให้ข้อมูล เช่นยอมรับการรักษากรณีนอนโรงพยาบาล/ส่งต่อ มีหัวหน้าเวร, หัวหน้างานและหัวหน้า พยาบาลติดตามพฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติและสอบถามความต้องการ ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ รับบริการพนักงาน พร้อมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องและข้อกังวลต่างๆทันที
- มีมุมหนังสือ บอร์ด เอกสารแผ่นพับความรู้ สำหรับผู้ใช้บริการได้อ่าน เพื่อผ่อนคลายระหว่างรอพบแพทย์ และ รอรับยา มีมุมพัฒนาการเด็กที่คลินิกสุขภาพเด็กดี และห้องเรียนพ่อแม่ที่คลินิกฝากครรภ์
- นักโภชนาการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรค โดยการใช้สื่อโมเดล อาหาร ธงโภชนาการ แผ่นพลิกอาหารหวาน มัน เค็ม ตัวอย่างปริมาณน้ำตาลของอาหารแต่ละชนิด แผ่นพับ อาหารสำหรับโรคต่างๆโดยการสแกน QR code เพื่อช่วยในการดูแลตนเอง ญาติ และครอบครัว ระหว่างรอพบ แพทย์
- มีการประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 แจกแผ่นพับและโปสเตอร์ให้กับผู้มาใช้บริการแนะนำผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงที่อาจต้องใช้บริการ 1669 รายบุคคล
- ในคลินิกโรคเรื้อรัง มีทีมสหวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค อาหาร การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน
- จัดอบรมหน่วยกู้ชีพเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้องและการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นทุกปี
- ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มชมรมต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุของโรงพยาบาลปากพ่อง กลุ่มออกกำลังกาย

- เข้าร่วมในเวทีการประชุมหมู่บ้าน, หัวหน้าส่วนราชการ ,ผู้นำท้องถิ่น, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ,เทศบาล
- มีโครงการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมกับ พชอ. โดยนายอำเภอ, อบต. และผู้นำชุมชน

(2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:

- จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละปีที่ผ่านมา แนวโน้มของข้อร้องเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง ดังนี้ 1) พฤติกรรมบริการ มีนโยบายของโรงพยาบาลปากพนังเน้นพฤติกรรมบริการนำลงสู่การปฏิบัติทุกระดับ โดยประชุมชี้แจง ดำเนินการแก้ไขประเด็นต่างๆ และติดตามประเมินพฤติกรรมต่อไปเป็นระยะ
- ระยะเวลารอคอย จัดพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานจุดคัดกรองและจุดซักประวัติจุดละ 1 คน ตั้งแต่เวลา 07.00 น. และแพทย์ออกตรวจเวลา 08.00 น. มีการแยกคลินิกเฉพาะโรคเพิ่มขึ้น เช่น คลินิก warfarin, CKD, COPD มีการนำระบบ smart queue มาใช้ เพื่อปรับปรุงระบบการให้บริการและการนัดหมายคลินิกบริการต่างๆ
- มีคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนและคณะกรรมการใกล้เคียงระดับโรงพยาบาลและชุมชนในกรณีที่มีปัญหา ด้านบริการ

1-3.3 สิทธิผู้ป่วย

ข(1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:

- ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกระดับ เรื่องสิทธิผู้ป่วย สิทธิรับรู้ข้อมูล การรักษาความลับ ชื่อสกุลของผู้ให้บริการ
- การติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยทุกจุดบริการ
- สร้างความตระหนักและจิตสำนึกในการพิทักษ์สิทธิแก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ เช่น ให้เจ้าหน้าที่ติดป้ายชื่อประจำตัวทุกคน ทุกครั้งขณะที่ปฏิบัติงาน การไม่ expose ผู้ป่วยขณะให้บริการ การรักษาความลับผู้ป่วย
- ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:
- ศูนย์ฟังใจ (OSCC) เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือกลุ่มเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงหรือคดีความผิดทางเพศ และคลินิกให้คำปรึกษาวัยรุ่นเพื่อให้คำปรึกษาดูแลช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่นและสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายใต้โครงการ Refer For Save Abortion (RSA)
- สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูล กรณีตรวจเลือด เอช ไอ วี ผู้รับบริการได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยต้องได้รับความยินยอมก่อนเสมอในการแจ้งผลตรวจเลือดแก่คู่สมรส เพื่อวางแผนในการดูแลรักษา การป้องกันตนเอง และการแพร่กระจายโรค
- การรักษาความลับของผู้ป่วยในเวชระเบียน โดยการกำหนดสิทธิในการเข้าถึงเอกสารของบุคลากรแต่ละระดับ มีการใช้ Password & Username ส่วนบุคคล ในการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียน จัดทำแนวทางการขอสำเนาเวชระเบียนให้เฉพาะตนเองและญาติสายตรงเท่านั้น

ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:

ผู้ป่วยกลุ่มอ่อนไหวเปราะบาง : ร.พ.มีห้องบริการจัดไว้แยกจากเขตบริการปกติ มีเจ้าหน้าที่ๆผ่านการอบรม ในการดูแลผู้ป่วย มีระบบการจัดเก็บประวัติการรักษาอย่างเป็นความลับ จำกัดบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย มีการเก็บรักษาคุณภาพมาตรฐานอย่างเหมาะสม อย่างแน่นอนและรัดกุม

ข(7) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก:

- โรงพยาบาลปากพนังมีการจัดทำวิจัยและงานวิจัยทางคลินิก โดยทุกเรื่องได้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ค การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ:

- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย :มีทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการอบรม เน้นการดูแลครอบคลุมกาย จิต สังคม โดยญาติมีส่วนร่วมวางแผนการดูแล มีส่วนในการตัดสินใจต่อกระบวนการรักษาพยาบาล และจัดโซนที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้ญาติได้ใกล้ชิดผู้ป่วยในวาระสุดท้าย สนับสนุนในกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาทุกศาสนา
- ผู้ป่วยเด็ก : มีการป้องกันตกเตียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลจึงได้จัดกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เฉพาะสำหรับเด็ก ได้แก่ การใช้ไม้กั้นเตียงหรือหมอนข้างเพื่อป้องกันการตกเตียง มีระเบียบปฏิบัติในการเฝ้าไข้สำหรับเด็ก ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการตรวจโดยกุมารแพทย์ ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในการเจาะเลือด เช่น เด็กที่อ้วนมากหรือเด็กทารก ให้ผู้เชี่ยวชาญในการเจาะเลือดมาช่วย
- ผู้สูงอายุ : ผู้ป่วยนอก มีการจัดบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปี ไม่มีคิว ส่งผลให้ได้รับการรวดเร็ว มีการใช้แบบประเมินพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกหากมีภาวะเสี่ยงให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวัง สำหรับผู้ป่วยในหากพบภาวะเสี่ยงต้องขึ้นไม้กั้นเตียงและให้มีญาติเฝ้าตลอด หากญาติมีการกิจต้องแจ้งพยาบาลทราบ มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด Bed Sore ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยให้นอนที่นอนลมและช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
- ผู้พิการ : มีบริการประเมินความพิการที่บ้านเพื่อลดขั้นตอนบริการโดยกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กรณีผู้พิการไม่สามารถมารับยาเองได้ ทีมเยี่ยมบ้านจะรับยาไปส่งให้ที่บ้าน
- ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือถูกยึด : ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือถูกยึดผู้ป่วยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ต้องถูกมัดแจ้งข้อมูลให้ญาติทราบเหตุผลของการถูกมัด เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เมาสูรา หรือไม่ได้สติ มีระบบเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการถูกมัด เช่น การเกิดแผลบริเวณที่ถูกมัด กรณีมีความจำเป็นต้องแยกผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค
- อื่นๆ :

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มมีพยาบาลคัดกรอง และ พยาบาลประจำหน่วยงานให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ มีหัวหน้าพยาบาล, หัวหน้างานติดตามพฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติและสอบถามความต้องการ ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการหน่วยงานมีประเมินความพึงพอใจอย่างต่อเนื่อง ติดตามข้อมูลป้อนกลับในแต่ละหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงระบบบริการ

- การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน จัดช่องทางการสื่อสาร ร้องเรียนหลากหลายช่องทาง เช่น ตู้แสดงความคิดเห็น เว็บไซต์ โทรศัพท์สายตรง มีการจัดตั้งทีมงานเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อติดตามการร้องเรียนและเหตุการณ์ที่อาจเกิดข้อร้องเรียน
- การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยกำหนดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Hos Xp ของระบบในโรงพยาบาล โดยกำหนดใช้ Password & Username เฉพาะคน และ Sign Out หน้าจอทุกครั้งที่ถูกจากโต๊ะคอมพิวเตอร์จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเด็กผู้ป่วยHIV กลุ่มOSCC กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายปรับปรุงระบบบริการสอดคล้องกับความต้องการและคาดหวังผู้ป่วย

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	3.50	I	-ปรับปรุงวิธีการรับฟังความคิดเห็นให้เหมาะสมสำหรับผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม -พัฒนาระบบ IT พร้อมทั้งประเมิน ปรับปรุงกระบวนการรับฟัง เพื่อมาปรับปรุงระบบบริการ -เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ
12. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน	3.50	L	-นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำกลับมาพัฒนา ปรับปรุงระบบการทำงานให้เป็นรูปธรรม -จัดทำห้องให้คำปรึกษา -จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามการรับฟังข้อมูล ป้อนกลับหลังเข้ารับบริการต่อเนื่อง
13. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก	3.00	I	-นำข้อมูลความพึงพอใจในส่วนขาดมาพัฒนา -ขยายพื้นที่ให้บริการเพื่อความสะดวกของผู้รับบริการโดยย้ายห้องเอ็กซเรย์และห้องLabไปอยู่ติดกับห้องฉุกเฉิน
14. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน	3.50	I	-สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชนผ่านผู้นำชุมชน อสมอปท และคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล -เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อโรงพยาบาล -พัฒนาระบบการประเมินและปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างมีระบบ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม -จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามข้อร้องเรียนจาก Website หรือ Social media

<p>15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย</p>	<p>3.50</p>	<p>I</p>	<p>-สร้างความตระหนักให้แก่เจ้าหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทุกขั้นตอนการดูแล ครอบคลุมถึงครอบครัวและประเด็นอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาระบบการดูแลผู้พิการในชุมชน -พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง -มีการกำหนดนโยบายกับการใช้สื่อออนไลน์ Social Media เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
------------------------------------	-------------	----------	--

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	มี.ค.65
อุบัติการณ์การเกิดระบบ HosXP ล่มทุกสาเหตุ	≤1ครั้ง/ปี	1	0	0	0	0
อัตราการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ทันเวลา	100%	100	100	100	100	100
ความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ของข้อมูล 43 แฟ้ม	> 95%	95.32	98.55	98.02	98.60	94.32
Information systems response time (min)						
- Back Office	< 30	20.25	18.83	19.26	20.45	29.35
- Front Office	< 10	8.22	6.35	7.29	7.13	9.47
ค่า CMI	≥ 0.80%	0.57	0.56	0.61	0.64	0.65
ii. บริบท						
มุ่งเน้นให้มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ทั้งด้านบริการ บริหาร รวมถึงคุณภาพด้านงานวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีแผนในการพัฒนางานสารสนเทศให้สอดคล้อง เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ : เพื่อตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลสารสนเทศของทุกหน่วยงาน สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และประกอบการตัดสินใจ ด้านบริหาร การพัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนางานวิชาการ และการศึกษาวิจัย						
กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:						
1. ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงระบบสารสนเทศ เช่น ประวัติการรักษา ประวัติการใช้จ่าย ข้อมูลการนัดหมาย ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ						
2. ผู้ปฏิบัติงาน เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สารสนเทศมีความน่าเชื่อถือ สามารถจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ก่อให้เกิดการนำไปใช้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ในด้านการบริการ การศึกษาวิจัย						
3. ผู้บริหาร สามารถนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้ในการวางแผน การบริหารจัดการการเงิน บุคลากร เครื่องมือ ครุภัณฑ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม						
แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ:						
- จากเป้าหมายตามตัวชี้วัดในระบบ MIS และ HDC ของจังหวัดและกระทรวงที่กำหนดขึ้น						
- โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2						
เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ:						
โรงพยาบาลได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศโปรแกรม HOSxp มาช่วยในการบันทึกข้อมูลบริการตั้งแต่ปี 2549 และได้พัฒนาระบบรายงาน และโปรแกรมเสริมระบบงานต่างๆ เช่น การแจ้งเตือนผู้ป่วยแพ้ยา ที่เชื่อมโยงกับ						

โปรแกรม HOSxp มีห้อง Server จำนวน 1 ห้อง มีการใช้ Server หลักในการเก็บข้อมูล 2 เครื่อง คือ master และ slave โดยเครื่อง slave จะทำหน้าที่อัปเดตข้อมูลจาก master อัตโนมัติ (replication) หากเครื่อง Server1 (Master) ไม่สามารถใช้งานได้ เครื่องสำรอง (slave) จะทำงานได้ภายใน 5-10 วินาที มีระบบอินเทอร์เน็ต จำนวน 2 สาย ป้องกันเครือข่ายอินเทอร์เน็ตล่ม มีระบบอินเทอร์เน็ตเพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลภายในโรงพยาบาล เช่น โปรแกรม Back Office มีระบบ PACS ระบบ LIS และโปรแกรมการจัดการความเสี่ยง

iii. กระบวนการ

1-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทัวทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):

โรงพยาบาลปากพนังมีการวัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลจากตัวชี้วัดที่กำหนดร่วมกัน เพื่อใช้ติดตามการปฏิบัติงานประจำ ตัวอย่างตัวชี้วัด โรคไขเลือดออก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการให้บริการการรักษาพยาบาล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	มี.ค.65
1. อัตราตาย	< 10%	0	0	0	0	0
2. อัตราป่วย	120:100000	259	250	87	0.008	0
3. อัตราการเกิดภาวะน้ำเกิน	< 10%	1.15	0.4	0	0	0

อัตราตาย : ในปี 2561-2564 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากไขเลือดออก เนื่องจากมีการพัฒนาแนวทางการรักษาและให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคให้กับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนรู้วิธีการป้องกันโรค มีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลส่งผลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดอัตราการตาย

อัตราป่วย : ในปี 2563-2564 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคให้กับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนรู้วิธีการป้องกันโรค ช่วยลดอัตราการป่วย

อัตราการเกิดภาวะน้ำเกิน : ในปี 2562-2564 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคให้กับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ มีการพัฒนาแนวทางการรักษา ทำให้ประชาชนมีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาที่เหมาะสมรวดเร็ว ส่งผลให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน

(2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

จากข้อมูลผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	มี.ค.65
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>80%	79.30	83.15	87.66	72.43	86.23

พบว่า ผลการตรวจสอบ ปี 2561-2562 มีผลงานดีขึ้น เนื่องจากมีการปรับปรุงระบบงาน มีการนำเสนอผลการ Audit เวชระเบียน ในส่วนที่ไม่สมบูรณ์ และได้ปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น จัดทำ Clinical summary เพิ่ม, การปรับปรุง Inform consent แต่ปี 2564 ลดลง เนื่องจากการบันทึก progress note ที่ไม่ต่อเนื่อง Nurse note เขียนไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ลายมือชื่ออ่านไม่ออก จึงได้ มีการปรับแบบฟอร์ม progress note ,การใช้ตารางชื่อ- สกุล ตำแหน่งของแพทย์และพยาบาล ปรับเพิ่มแบบฟอร์มการสรุป clinical summary และสแกนเข้าระบบ Hosxp เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

(3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):

- จากข้อมูลความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	มี.ค.65
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	≥ 85%	86.98	88.25	87.75	88.25	88.15

- จากการวิเคราะห์หัตถ์ตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอกพบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกันทุกปี เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางและมีคลินิกพิเศษ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ศูนย์
- ด้านการให้บริการ มีการให้ข้อมูล/คำแนะนำอยู่ในระดับดีมาก การให้ข้อมูล/คำแนะนำโดยพยาบาลได้คะแนนสูงสุด รองลงมาเป็นคุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน ด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ศึกษารายาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นอยู่ในระดับดี รองลงมาเป็นการดูแลให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลด้วยความมั่นใจ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาดของห้องน้ำ ห้องส้วม ได้คะแนนต่ำสุด เป็นโอกาสพัฒนา มีการปรับปรุงโดยการติดตั้งและพัดลมระบายอากาศในห้องน้ำเพิ่มขึ้น ควบคุมติดตามให้พนักงานทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการด้วยวาจา/แบบประเมินความพึงพอใจ/ผ่านตู้แสดงความคิดเห็น และมีการตอบสนองข้อร้องเรียนของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม
- จากการติดตามระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอกการทบทวน และปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้แนวคิด Lean 1) ปรับระบบบริการของแพทย์ขึ้นปฏิบัติงานเวลา 08.00 น. 2) ปรับระบบการขึ้นปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลคัดกรองและพยาบาลซักประวัติขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 07.00 น. 3) ระบบตรวจสอบสุขภาพโรงงานนัดมา เวลา 13.00 น.

(4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร:

การวัดผลการดำเนินงานขององค์กร เดิมใช้รายงานจากระบบโปรแกรม HOSxp ในการติดตามตัวชี้วัด ปัจจุบันมีการใช้รายงานจาก HOSxp ร่วมกับโปรแกรม HDC ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับรวบรวมข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันได้

I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:

- อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยในการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลา มีการกำหนดระยะเวลาในการส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในตามลำดับขั้นตอน รวมถึงระยะเวลาในการส่งข้อมูลเรียกเก็บภายใน 20 วัน หลังจำหน่าย ส่งผลให้อัตราการเรียกเก็บทันเวลา 100% และได้รับรางวัล Claim award ประจำปี 2563

- อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปี 2561 – 2564 ร้อยละ 8.6, 15.57, 14.50 และ 1.42 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงและผ่านเกณฑ์ในปี 2564 เนื่องจากได้จัดให้มีการให้ความรู้เพศศึกษาในโรงเรียน โครงการ 1 รพ.สต. All Scholl ร่วมกับ อบต. มีสภาเด็กและเยาวชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนโครงการ stop teen mom มีการประชาสัมพันธ์สายด่วน 1663, การคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ฝังยาแบบ 1 หลอด ฟรี) และการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ ในมารดาคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่งผลให้อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลง

I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ลำดับความสำคัญเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:

- มาตรการจัดเก็บรายได้
- การดำเนินงานด้านความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 2 P Safety
- พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan

พัฒนาบริการปฐมภูมิใน รพ.สต.เครือข่าย

- สร้างความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร
- ระบบการบันทึกข้อมูลที่สะดวก ไม่สร้างภาระงานให้ผู้รับผิดชอบ
- การติดตาม ประเมินผล และนำเสนอผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

(1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):

(1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):

- ใช้โปรแกรม HOSxP ระบบงาน Front Office
- ใช้ระบบ LIS รายงานผล LAB
- ใช้ระบบ PACS งาน X-ray
- งาน Back Office ใช้โปรแกรม Smart Office งานพัสดุ ระบบจัดซื้อจัดจ้าง ระบบบริหารจัดการคลัง ทะเบียนครุภัณฑ์ มีระบบ Datacenter เชื่อมโยงข้อมูลไว้ให้บุคลากรเข้าใช้งานต่าง ๆ
- มี Website โรงพยาบาล เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลโรงพยาบาลและเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

(2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:

- มีระบบสำรองข้อมูล (Back up) ข้อมูลในเครื่องแม่ข่าย (Server) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย
- ระบบ firewall และ antivirus ในการป้องกันการโจมตีจาก Hacker
- มีระบบไฟฟ้าสำรอง มี UPS สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายทุกเครื่อง

- มีเครื่องปั่นไฟสำรองกรณีไฟฟ้าดับ
- มีแผนพัฒนาระบบ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital
- ระบบลูกหนี้ เจ้าหนี้
- โปรแกรม Back office ให้เป็น Web Service
- ระบบป้องกันเพลิงไหม้ smoke detector และเครื่องตรวจวัดความชื้นในห้อง server

I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

(1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:

- มีการติดตั้งโปรแกรม Antivirus สำหรับ Server และ เครื่องคอมพิวเตอร์ลูกข่าย
- มีการจำกัดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลในการใช้โปรแกรม HOSxP ระบบงาน Front Office
- มีการกำหนดรหัสบุคคลในการเข้าระบบอินเทอร์เน็ตและระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาล

(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:

- การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ ปัจจุบันโรงพยาบาลใช้โปรแกรม Thai Refer ในการส่งต่อข้อมูล ด้านการรักษาพยาบาล ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งได้มีการกำหนดรหัสของผู้เข้าถึงข้อมูล และยังไม่พบรายงานความเสี่ยงเรื่อง การรักษาความลับของผู้ป่วย
- การรายงานแพทย์ทางแอปพลิเคชัน LINE ด้วยกลุ่มปิด และมีการกำหนดรหัสบุคลากรในการเข้าระบบอินเทอร์เน็ต และระบบอินทราเน็ต ของโรงพยาบาล

I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร

(1) การสร้างและจัดการความรู้:

- มีเวทีการเผยแพร่ความรู้จากการอบรมภายในและภายนอกหน่วยงาน เช่น จัดประชุมวิชาการโดยองค์กรแพทย์และกลุ่มการพยาบาล
- จัดทำระบบสารสนเทศเพื่อการนำเสนอผลงานคุณภาพ เรื่องเล่า CQI นวัตกรรม งานวิจัย และความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติงาน จากการอบรม และแหล่งค้นคว้า ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล

(2) การระบุ good practice และขยายผล:

- การให้ความรู้ในคลินิก NCD ของงานโภชนาการ แต่เดิมมีการแจกแผ่นพับให้ความรู้ พบปัญหา คนไข้ไม่สนใจ เนื่องจากเอกสาร ไม่ดึงดูดความสนใจ จึงมีแนวคิด นำนโยบายประหยัดทรัพยากร และก้าวทันยุค 4.0 มาใช้ จึงสร้างนวัตกรรมใหม่ โดย ทำแผ่นพับอาหารสำหรับโรคต่าง แสแกนผ่าน QR code หลังจากมีการทดลองใช้ พบว่ามีผู้ป่วยให้ความสนใจมากขึ้น

(3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร:

- การปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โดยกำหนดให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยง เพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพให้เกิดปัญหา โดยสร้างวัฒนธรรมการรายงาน โดยไม่ถือว่าเป็นความผิดของบุคคล ไม่มีการตำหนิหรือลงโทษ ผลจากการสร้างวัฒนธรรมพบว่า ในปี 2563 มีจำนวนหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยงมากขึ้น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ปี พ.ศ.2558

มีระบบไฟฉุกเฉิน เครื่องสำรองไฟ ระบบสำรองข้อมูลและเจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัยของระบบ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
16. การวัดผลการดำเนินงาน	3	L	-พัฒนาระบบการติดตามตัวชี้วัดตาม critical success factor ขององค์กรให้ไปในทิศทางเดียวกัน
17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง	3	L	-มีการถ่ายทอดการปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร
18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ	3	I	-มีการปรับปรุงตามผลการประเมินข้อมูล และสารสนเทศอยู่ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันเหตุการณ์
19. การจัดการระบบสารสนเทศ	3	I	-พัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการมากขึ้น -พัฒนาความเชื่อมโยงข้อมูลบริการและเวชระเบียนระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต
20. ความรู้ขององค์กร	3.5	I	ส่งเสริมการจัดการความรู้ การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ นวัตกรรม

I-5 กำลังคน

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3]						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ชัดความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565 (มี.ค.65)
ร้อยละของหน่วยงานที่มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน	>80	80	70	72.72	81.81	72.72
การฝึกอบรมตาม learning need ไม่ต่ำกว่า 80%	100	100	100	100	100	100
อัตราความสุขในการทำงานวัดจาก happinometer	>70	60.34	74	NA	NA	65.07
ความพึงพอใจของบุคลากรต่อบรรยากาศการทำงาน	≥75	76.71	81.25	NA	NA	66.11
อัตราการคงอยู่ของบุคลากร	>85	91.12	94.76	98.6	95.79	95.79
อัตราการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากร	100	94.59	96.31	94.24	NA	90.22
- กลุ่มปกติ		26.49	31.1	39.44	NA	53.35
- กลุ่มเสี่ยง		42.16	43.06	37.09	NA	25.9
- กลุ่มป่วย		31.35	25.84	23.47	NA	20.75
จำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสผลเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มที่มตำ/ของมีคมบาด	0	1	4	0	3	1
บุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	0	0	0	0	5	57
อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็ม 1,2,3	100	-	-	-	100	-
อัตราเจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี	100	40.74	60.37	100	100	กำลังดำเนินการ
ii. บริบท						
กำลังคนประเภทต่างๆ ขององค์กร: โรงพยาบาลปากพนังเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ให้การดูแล รักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู						
การบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลปากพนังได้ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานบุคลากร ตัวแทนจากทีมสหวิชาชีพ และทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่ในการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลให้มีความเก่ง ดี มีความสุข เพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติงานตามโรคนั้นของโรงพยาบาล บุคลากรทั้งหมด 238 คน ประกอบด้วย แพทย์ 16 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ 2 คน กุมารแพทย์ 2 คน สูตินารีแพทย์ 3 คน แพทย์อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน แพทย์ทั่วไป 8 คน ทันตแพทย์ 7 คน, พยาบาล 62 คน, เภสัชกร 10 คน กายภาพบำบัด 4 คน แพทย์แผนไทย 4 คน นักรังสีเทคนิค 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ 7 คน กลุ่มวิชาชีพอื่นๆ 126 คน (ข้อมูล ณ.วันที่ 16 มีนาคม 2565) เมื่อจำแนกบุคลากรตามกลุ่มอายุ						

สามารถทำได้ 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มอายุ <30 จำนวน 45 คน, กลุ่มอายุ 31-40 ปี จำนวน 84 คน, กลุ่มอายุ 41-50 ปี จำนวน 59 คน, กลุ่มอายุ 51-60 ปี จำนวน 50 คน

สมรรถนะหลักขององค์กร: โรงพยาบาลปากพนังมีวัฒนธรรมการปฏิบัติงานโดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นให้บุคลากร เก่ง ดี และมีความสุข เน้นให้บุคลากรยึดแนวทางปฏิบัติตามจรรยาบรรณของกระทรวงสาธารณสุข ตามค่านิยมหลักและจุดเน้นขององค์กร (MOPH.PKNH) โดยกำหนดกรอบโครงสร้างสมรรถนะของบุคลากรโรงพยาบาลปากพนัง เพื่อชี้แจงไว้ซึ่งสมรรถนะของบุคลากรให้อยู่ในระดับมาตรฐาน โดยประเมิน 1) สมรรถนะหลัก (Core Competency) มีการทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย การบริการที่ดี การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม การทำงานเป็นทีม การมุ่งผลสัมฤทธิ์ และการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 2) สมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ (Functional competency) ซึ่งแบ่งเป็น สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Professional competency) ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ การวางแผนและจัดระบบงาน การคิดเชิงระบบและการมองภาพองค์รวม การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ และสมรรถนะเฉพาะสาขา (Specific competency) ตามความจำเป็นในสาขาเฉพาะทาง

ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน: โรงพยาบาลปากพนังมีการประเมินความสุขของบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้ Happinometer ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ตอบแบบสอบถาม 115 คน จาก 116 คน คิดเป็นร้อยละ 99.13 ผลการประเมินความสุขบุคลากรพบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวม ร้อยละ 65.07 ด้านที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Happy Heart/น้ำใจดี (ร้อยละ 71.35) Happy soul/จิตวิญญาณดี (ร้อยละ 70.43) Happy Family/ครอบครัวดี (ร้อยละ 69.07) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด 3 ลำดับ ได้แก่ Happy relax/ผ่อนคลายดี (ร้อยละ 58.85) Happy Money/การเงินดี (ร้อยละ 60.16) Happy work/การทำงานดี (ร้อยละ 61.82) ซึ่งสอดคล้องกับ ความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวมที่ 67.87 และด้านที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Happy Heart/น้ำใจดี (ร้อยละ 73.99) Happy soul/จิตวิญญาณดี (ร้อยละ 73.53) Happy body/สุขภาพกายดี (ร้อยละ 70.50) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด 3 ลำดับ ได้แก่ Happy Money/การเงินดี (ร้อยละ 59.49) Happy relax/ผ่อนคลายดี (ร้อยละ 61.65) Happy work/การทำงานดี (ร้อยละ 66.92) อาจเป็นเพราะ ปี 2563-2565 มีเหตุการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ระบาด ทำให้เกิดผลกระทบในด้านการทำงาน เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนต้องทำงานอย่างหนัก เหนื่อยล้าไม่ได้ผ่อนคลาย ส่งผลกระทบไปถึงด้านเศรษฐกิจการเงิน

ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน: โรงพยาบาลปากพนังกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและความปลอดภัย โดย

1. มุ่งมั่นพัฒนาระบบการจัดการอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของ HA และข้อกำหนดอื่นๆ
2. การดำเนินกิจกรรมของอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทุกคน โดยมุ่งเน้นความมีส่วนร่วมในองค์กร
3. ดำเนินการควบคุม ปรับปรุงและป้องกันอันตรายจากการทำงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบอันเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
4. โรงพยาบาลจะสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ เวลา บุคลากร และทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อให้งานด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด
5. จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานตามปัจจัยเสี่ยงของเจ้าหน้าที่และส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้มีสุขภาพดี

6. มุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่และประชาชนโดย สร้างกระแสการเรียนรู้ สู้สร้าง น่าซ่อม เพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อในกลุ่มบุคลากรทุกกลุ่ม
7. การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกราย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
8. มีการฟื้นฟูความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง ใช้สื่อออนไลน์ในการสอนและทดสอบ เริ่มเรื่องแรกคือการล้างมือ ได้จัดทำคลิปการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 moment สื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบทางไลน์กลุ่มและยูทูป จากนั้นประเมินผลโดยการให้เจ้าหน้าที่ส่ง คลิปล้างมือของตนเองส่ง พบว่า ร้อยละ 91.11 ล้างได้ครบ 7 ขั้นตอนและล้างถูกต้อง ยังพบการล้างไม่ถูกต้องคือการไม่ถอดแหวน และการปิดก๊อกน้ำด้วยมือสะอาด ได้ชี้แจงเป็นรายบุคคลและล้างซ้ำได้ถูกต้องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการล้างมือ เน้นในกลุ่ม contact precaution มือเท้าปาก เชื้อดื้อยา ฯลฯ และติดโปสเตอร์ที่จุดล้างมือทุกจุด

iii. กระบวนการ

I-5.1 ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน

(1) ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง:

1. มีการบริหารจัดการบุคลากรจากการทบทวนอัตรากำลังและในสาขาที่ขาดแคลนทุกปี ปัจจุบันพยาบาลกำลังศึกษาต่อสาขาการพยาบาลเด็กในระดับปริญญาโท 1 คน การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินระยะสั้น 4 เดือน 3 คน การพัฒนาบุคลากรยังขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยรายโรคในบางกลุ่มโรค โรงพยาบาลปากหนังได้ปรับแผนการพัฒนาบุคลากรโดยจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ทั้งภายในและภายนอก และผ่านเกณฑ์การประเมินการอบรม/ประชุมมากกว่า 10 วันต่อปี ร้อยละ 100 มีการติดตามสมรรถนะหลังได้รับการอบรม ตลอดจนการถ่ายทอดสู่ผู้ร่วมงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิเคราะห์ภาระงานและความต้องการในการดูแลช่วยเหลือเพื่อวางแผนความต้องการการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสม วางแผนการจัดอัตรากำลังทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน จัดอัตรากำลังทดแทนบุคลากรที่ขาดมีแผนเสริมอัตรากำลังในกรณีฉุกเฉินหรือเพิ่มในหน่วยงานที่มีภาระงานเกินความจำเป็น รวมทั้งพิจารณาเฉลี่ยอัตรากำลังในแต่ละเวร แต่ละหน่วยงาน การจัดอัตรากำลังเวรผลัด ในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มงานพยาบาลทุกแผนก มีการวางแผนและจัดอัตรากำลังเวรผลัดเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการให้บริการและช่วยเหลือผู้ป่วย และกำหนดเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริมกรณีที่มีภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนดและมีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

กรณีฉุกเฉินหอผู้ป่วยในชายให้เรียกอัตรากำลังจากหอผู้ป่วยในหญิง

กรณีฉุกเฉินหอผู้ป่วยในหญิงให้เรียกอัตรากำลังจากหอผู้ป่วยในกุมารกรรม

กรณีฉุกเฉินหอผู้ป่วยในกุมารกรรมให้เรียกอัตรากำลังจากหอผู้ป่วยในชาย

กรณีที่มีผู้ป่วย Admitted เกิน 30 คนในแต่ละหอผู้ป่วยเรียกอัตรากำลังเสริมเพิ่มอีก 1 คนในเวรผลัดป่วย

และ Admitted เกิน 25 คนในผลัดเวรตึก ให้เรียกอัตรากำลังเสริมอีก 1 คน

แผนกห้องผ่าตัดกรณีมีผ่าตัดใหญ่ (ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง) ตามอัตรากำลังจากห้องคลอด 1-2 คน

แผนกห้องคลอดเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเรียกอัตรากำลังจากหอผู้ป่วยในหญิง/ถ้ามีผู้ป่วยคลอดทางช่องคลอด

พร้อมกัน 2 คน ตามอัตรากำลังเสริมอีก 1 คน

ในปี 2563- 2565 ได้มีการเปิดหอผู้ป่วย co-hort ward เพื่อรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 19 จำนวน 2 ตึก และได้ปิดบริการตึกผู้ป่วยเด็กเพื่อจัดสรรอัตรากำลังไปยังตึก co-hort ward (ตึก

ผู้ป่วยเด็กแยกการ Admitted ตามเพศ เพศชายรับบริการที่ตึกผู้ป่วยในชาย เพศหญิงเข้ารับบริการที่ตึกผู้ป่วยในหญิง)

(2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน:

โรงพยาบาลมีการจัดทำแผนอัตรากำลังและแผนความต้องการบุคลากรทุกปี มีการทบทวนเป็นระยะโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการ HRD เพื่อวิเคราะห์ภาระงานและความเพียงพอ กรณีเจ้าหน้าที่เกษียณอายุ ย้าย หรือลาออกจะมีการทบทวนและจัดอัตรากำลังทดแทน หากเป็นข้าราชการจะเสนอขออัตรากำลังทดแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนที่เป็นลูกจ้างจะมีการสรรหา โดยการประกาศรับสมัครและคัดเลือกอย่างเปิดเผย เป็นธรรมและมีคณะกรรมการคัดเลือก สรรหาเข้ามา มีการสอนงานและติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดค่าจ้างตามประเภทการจ้าง ตามระเบียบที่เป็นกรรมการจ่ายค่าจ้างตรงเวลา และดูแลด้านสวัสดิการรวมทั้งสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจและเป็นการรักษาคนขององค์กร

(3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ:

องค์กรได้มีการปรับแผนยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองความเปลี่ยนแปลงโดยการบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น การบริหารโครงสร้างภายในให้สามารถตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กร การกำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพองค์กรที่ชัดเจน การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร สร้างความก้าวหน้าในสายงานอาชีพ การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน การจัดการงานที่เหมาะสมและการพัฒนาบุคลากร มีการสร้างแรงจูงใจโดยการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทุกกลุ่มพร้อมกันครบถ้วนตรงเวลา

(4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:

สร้างระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามกำหนดของ กพ. โดยมีการประเมินปีละ 2 ครั้ง

องค์กรได้มีการปรับแผนยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองความเปลี่ยนแปลงโดยการบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร การกำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพองค์กรที่ชัดเจน การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร สร้างความก้าวหน้าในสายงานอาชีพ การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน การจัดการงานที่เหมาะสมและการพัฒนาบุคลากร สร้างแรงจูงใจโดยการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทุกกลุ่มและจ่ายค่าตอบแทนครบถ้วนตรงเวลา

องค์กรปรับระบบการทำงาน โดยจัดกิจกรรมเพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ มีการมอบหมายตัวชี้วัดเป็นรายบุคคล/รายกลุ่ม มีการกำกับติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องรายไตรมาส

I-5.1 ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน

(2) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:

โรงพยาบาลได้สร้างบรรยากาศการทำงาน มีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภายในองค์กร การประชุมเจ้าหน้าที่ประจำเดือน เพื่อสื่อสารทิศทาง นโยบาย และการแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติงาน, การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมทั้งภายในและภายนอก, การจัดงานขึ้นปีใหม่, งานเลี้ยงรับส่งเจ้าหน้าที่, กิจกรรมกีฬาภายในเครือข่ายโรงพยาบาลปากพนัง, มีการอำนวยความสะดวกแก่บุคลากร ได้แก่ ลานกีฬาเปตอง, มีการสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา, ลานวิ่งออกกำลังกาย, บ้านพักเจ้าหน้าที่, สวัสดิการรักษาพยาบาลแก่บุคลากรทุกระดับ การตรวจสุขภาพประจำปี การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโควิด -19 วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยงทุกคน สวัสดิการพักผ่อนพิเศษทั้งตัวบุคลากรและญาติสายตรง การประกันภัยอุบัติเหตุหมุ่รพพยาบาล

มีการมอบหมายงานในหน่วยงานที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถปฏิบัติงานเวรผลัดบ่ายได้ปฏิบัติงานเวรเช้าแทน และมอบหมายงานที่ไม่กระทบต่อสุขภาพ

I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

(1) การป้องกันและจัดการกับความเครียดต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบยก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน:

1. โรงพยาบาลปากพ่องได้จัดให้ มีเสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตัวสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ชุดและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกระดับชั้น เช่น เสื้อกาวน์ หมวก ถุงมือ หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยงในการทำงาน เครื่องวัดรังสีประจำตัวบุคคล และกำหนดให้มีการตรวจสอบความพร้อมใช้งานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากการดำเนินการ พบว่า อุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้ ร้อยละ 100 ส่วนอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อ/เจ็บป่วยจากการทำงาน อันตรายจากการทำงาน เช่น ถูกเข็มทิ่มตำ ยังคงมีอุบัติการณ์เกือบทุกปี ทั้งนี้งาน IC ได้จัดให้มีการปฐมพยาบาลฉุกเฉินใหม่และฟื้นฟูความรู้ให้บุคลากรขณะปฏิบัติงานเรื่อง การเสริมสร้างความรู้และการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการทำงาน เช่น การล้างมือให้ถูกวิธี การใช้อุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน การป้องกันอันตรายจากของมีคม/เข็มตำ ในปี 2563 ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ/เจ็บป่วย จากการทำงาน ส่วนในปี 2564-2565 ยังคงพบอุบัติการณ์บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง ทั้งนี้การฟื้นฟูความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันใช้สื่อออนไลน์ในการสอนและทดสอบเจ้าหน้าที่

2. สถานที่ปฏิบัติงานมีการประเมินประเด็นความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยเช่น ห้องปฏิบัติการ มีการสอบเทียบและตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องมือที่อาจมีการแพร่กระจายเชื้อแผนกรังสีเทคนิคได้รับการตรวจปริมาณรังสีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่เกินมาตรฐาน และไม่พบอุบัติการณ์การแพร่กระจายเชื้อในการทำงาน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลังเวชภัณฑ์ ได้รับการสนับสนุน support สำหรับรื้อหลัง ในการยกยาและเวชภัณฑ์ที่มีน้ำหนักมาก เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการยกของ และได้รับคำแนะนำการหยิบยกของหนักจากงานกายภาพบำบัด

3. จากการทบทวนและประเมินอัตรากำลังคนต่อภาระงาน ได้มีการจัดทำแผนและดำเนินการหาอัตรากำลังทดแทน ทั้งในระยะสั้น โดยการจัดหาบุคลากรตามความจำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข สำหรับแผนระยะยาว โดยการให้ทุนแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เรียนเฉพาะทาง เมื่อเรียนจบให้กลับมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลปากพ่อง

(2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน:

1. โรงพยาบาลกำหนดให้มีการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคต่างๆ ที่สำคัญ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้แก่ วัคซีนไขหวัดใหญ่ และวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี และวัคซีนตามการระบาดเช่น วัคซีนป้องกันโควิด 19

2. ผลการตรวจสุขภาพประจำปี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากพ่อง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่มที่ปกติ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ 2) กลุ่มเสี่ยงหลังพบแพทย์ให้คำปรึกษา แนะนำการดูแลสุขภาพป้องกันไม่ให้เกิดเป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรค พบนักโภชนาการ แนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย มีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน การแข่งขันกีฬาร่วมกับองค์กรอื่นๆ 3) กลุ่มป่วย ในกรณีที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษาจะขึ้นทะเบียนผู้ป่วยตามกลุ่มโรคและติดตามการรักษา ต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มที่เป็นโรคเดิม มีการประเมินผลการติดตามการรักษา

(3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ:

1. บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน มีการจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐานบุคลากร และ

บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีการตรวจเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ หากพบบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจะดำเนินการหาแนวทางป้องกันแก้ไข โรงพยาบาลปากพนังไม่พบบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

2. ผลการตรวจสุขภาพบุคลากร ในปี 2564 โรงพยาบาลปากพนังไม่ได้มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ เนื่องจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ในปี 2561- 2565 พบว่าบุคลากรอยู่ในกลุ่มปกติร้อยละ 26.49, 31.10, 39.44, และ 53.35 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 42.16, 43.06, 37.09 และ 25.90 ในกลุ่มป่วยร้อยละ 31.35 มีแนวโน้มลดลง กลุ่มป่วย ร้อยละ 31.35, 25.84, 23.47 และ 20.75 ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนของผู้บริหารให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการออกกำลังกายในแต่ละวัน ตามความถนัด และในเจ้าหน้าที่กลุ่มป่วยที่มีภาวะไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่เหมาะสมกับโรคและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน

(4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน:

1. การติดตามนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเข็มที่มตำขณะปฏิบัติงาน และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติกรณีบุคลากรได้รับอุบัติเหตุสัมผัสฝัสดเลือด สารคัดหลั่ง/เข็มที่มตำ/ของมีคมบาด ให้ทันสมัยและเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้กรณีเกิดอุบัติเหตุ ปัจจุบันใช้สื่อออนไลน์ในการสอนและทดสอบเจ้าหน้าที่ รวมทั้งมีการจัดอบรม on site ภายในโรงพยาบาล 1 ครั้ง/ ปี

2. การป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล มีการนำนโยบายและจัดการให้มีระบบในการรายงานเหตุความรุนแรงในโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับนโยบายเรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล

3. มีการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในกลุ่มบุคลากรที่ไม่ใช่ข้าราชการ โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีสวัสดิการประกันสังคม และมีสวัสดิการตามความเหมาะสม

I-5.2 ก.ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

(1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:

1. ผู้นำ/ ทีมนำสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับทราบนโยบายและจุดเน้นของโรงพยาบาลผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน โดยมอบหมายหน้าที่ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการ กำกับติดตามตัวชี้วัดทุกไตรมาส นำเสนอผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ

2. ประชุมทบทวนรายงานเหตุการณ์สำคัญร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ค้นหา RCA และประชุมหน่วยงานทุกเดือน โดยกำหนดให้มีวาระด้านงานคุณภาพ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับตระหนัก และเกิดการเรียนรู้

3. จัดตั้งคณะกรรมการ ทีมคร่อมสายงาน ทีมคุณภาพต่าง ๆ ให้ครอบคลุม ด้านการบริการและการบริหารทรัพยากร ด้านการเงินและรายได้ ของโรงพยาบาล และแต่งตั้งรองผู้อำนวยการจำนวน 5 คน มอบอำนาจการตัดสินใจแก้ปัญหาและการดูแล รับผิดชอบหน่วยงาน

4. นำผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงาน ไปใช้ในกระบวนการประเมินผล การปฏิบัติราชการ 2 ครั้งต่อปี

5. ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กร พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย นวัตกรรมและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลงาน เข้าร่วมระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ

(2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:

1. โรงพยาบาลปากน้ำประเมินความสุขของบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้ Happinometer ตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ตอบแบบสอบถาม 115 คน จาก 116 คน คิดเป็นร้อยละ 99.13 ผลการประเมินความสุขบุคลากรพบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขภาพรวม ร้อยละ 65.07 ด้านที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Happy Heart/น้ำใจดี (ร้อยละ 71.35) Happy soul/จิตวิญญาณดี (ร้อยละ 70.43) Happy Family/ครอบครัวดี (ร้อยละ 69.07) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด 3 ลำดับ ได้แก่ Happy relax/ผ่อนคลายดี (ร้อยละ 58.85) Happy Money/การเงินดี (ร้อยละ 60.16) Happy work/การทำงานดี (ร้อยละ 61.82) ซึ่งสอดคล้องกับ ความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีค่าคะแนนความสุขภาพรวมที่ 67.87 และด้านที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Happy Heart/น้ำใจดี (ร้อยละ 73.99) Happy soul/จิตวิญญาณดี (ร้อยละ 73.53) Happy body/สุขภาพกายดี (ร้อยละ 70.50) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด 3 ลำดับ ได้แก่ Happy Money/การเงินดี (ร้อยละ 59.49) Happy relax/ผ่อนคลายดี (ร้อยละ 61.65) Happy work/การทำงานดี (ร้อยละ 66.92) อาจเป็นเพราะ ปี 2563-2565 มีเหตุการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ระบาด ทำให้เกิดผลกระทบในด้านการทำงาน เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วน ต้องทำงานอย่างหนัก เหนื่อยล้าไม่ได้ผ่อนคลาย ส่งผลกระทบไปถึงด้านเศรษฐกิจการเงิน

2. มีการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านศักยภาพการทำงานและบรรยากาศในการทำงาน พร้อมทั้ง เสริมสร้างความรัก ความสามัคคี และความผูกพันในองค์กร จากการทบทวนอัตราการคงอยู่ของบุคลากรในปี 2561-2565 พบว่า การคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 91.12, 94.76, 96.76, 98.60 และ 95.79 การสร้างขวัญกำลังใจ การยกย่องชมเชยคนทำดี หน่วยงานที่มีผลงานจะได้รับประกาศเกียรติคุณและคำชมเชย ในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นต้น

3. จัดให้มีระบบอัตราค่าจ้างสำรองในทุกหน่วยงาน

(4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:

1. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของบุคลากรใน โรงพยาบาล เป็นรูปธรรม และได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ รับผิดชอบ 70 % และเกณฑ์สมรรถนะ 30 % ปีละ 2 ครั้ง มีการ feedback ผลการประเมิน เผยแพร่ผลการประเมิน ให้เจ้าหน้าที่รับทราบ เพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเอง

2. ทีมนำมีระบบการติดตามตัวชี้วัดในการประชุมคณะกรรมการบริหาร รายเดือน รายไตรมาส และ รายปี เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ และมอบหมายให้หัวหน้า กลุ่มงานติดตามกำกับตัวชี้วัดในแต่ละกลุ่มงาน

1-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:

กลุ่มกำลังคนและผู้นำ	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
----------------------	------------------------	-----------------------

กลุ่มผู้บริหารระดับสูง	การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำ	การประชุม/อบรม เกี่ยวกับการบริหาร/การ จัดทำแผน
กลุ่มผู้บริหารระดับกลาง	พัฒนาด้านภาวะผู้นำ(หัวหน้างาน)	อบรมผู้บริหารระดับต้น/ ผู้บริหารระดับกลาง
กลุ่มวิชาชีพ	การพัฒนาสมรรถนะ/ความรู้ทักษะในการปฏิบัติงาน ที่รับผิดชอบ	การประชุม/อบรม วิชาการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้
แพทย์	เวชศาสตร์ครอบครัว (นโยบาย รพ.เน้น Primary Care) ทุกหลักสูตร ตามหลักเกณฑ์ สสจ.	-อบรมหลักสูตรเวช ศาสตร์ครอบครัว
ทันตแพทย์	(ทันตกรรมประดิษฐ์รักษาราก, ศัลยศาสตร์ช่องปาก, ปริทันตวิทยา)	ลาศึกษาต่อ
เภสัชกร	เภสัชกรรมครอบครัวและปฐมภูมิ เภสัชกรด้านจิตเวช เภสัชกรรมด้านคุ้มครองผู้บริโภค การบริหารเภสัชกรรมผู้สูงอายุ การบริหารเภสัชกรรม palliative care	อบรมระยะสั้น อบรมระยะสั้น อบรมระยะสั้น อบรมระยะสั้น อบรมระยะสั้น อบรมระยะสั้น
พยาบาล	- การดูแลผู้ป่วยโรคไต - CPR ในเด็กทารก - ทัศนกรรมการงานสูติกรรม - แนวทางปฏิบัติอย่างปลอดภัยในครรภ์เสี่ยงสูง - การพยาบาลมารดาและทารก - การใช้ยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - การใช้ยาผู้ป่วยจิตเวช - คลินิกหมอครอบครัว - การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว - การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - การดูแลผู้ป่วยวิกฤต - การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	-ประชุม -อบรม -ศึกษาต่อ -อบรม -อบรม -อบรมระยะสั้น 1 เดือน -อบรม -อบรม -ประชุม อบรม -อบรม
กายภาพบำบัด	กายภาพบำบัดชุมชน	-อบรม

(2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:

โรงพยาบาลปากพนัง ได้มีการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น จากการประเมินทักษะการช่วยเหลือแพทย์ทำหัตถการทางสูตินารีเวช พบว่าบุคลากรห้องคลอดยังขาดทักษะ ได้มีกิจกรรมทบทวนและอบรมพัฒนาทักษะโดยสูตินารีแพทย์ ส่งผลให้มารดาคลอดมีความเสี่ยงลดลง

บุคลากรห้องคลอดหลังได้รับการอบรมเพิ่มทักษะการช่วยเหลือแพทย์ทำหัตถการทางสูติ มีหัตถการทางสูติ ศาสตร์เพิ่มขึ้น

หัตถการ	2561	2562	2563	2564	ต.ค.64- มี.ค.65
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	2	34	28	38	46
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	3	4	3	4	6
มารดาคลอดที่มีภาวะความเสี่ยงสูง(จาก กรรมการแพทย์)	27	22.49	21.83	21.70	23.73

(3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:

1. คณะกรรมการพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาลปากพนัง มีระบบติดตามความก้าวหน้าในการเลื่อนระดับของบุคลากรทุกวิชาชีพในโรงพยาบาล ส่งเสริมให้จัดทำผลงานวิชาการเพื่อเตรียมความพร้อม
2. มีแผนพัฒนาบุคลากรตาม service plan เพื่อพัฒนาคนให้มีศักยภาพ ความรู้ความสามารถเหมาะสมกับหน้าที่ที่รับผิดชอบ
3. การเปิดโอกาสให้บุคลากรรุ่นใหม่ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบงาน มีส่วนร่วมในทีมคุณภาพต่าง ๆ ในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาคนรุ่นใหม่ให้เรียนรู้การทำงาน สืบทอด ต่อยอด พัฒนาระบบงาน
4. มีระบบการเตรียมบุคลากรทดแทนกรณีเจ้าหน้าที่เกษียณอายุราชการในตำแหน่งสำคัญ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. บุคลากรทุกระดับได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีโดยมีการประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดี
2. สนับสนุนผลงานวิชาการ ผลงานพัฒนาคุณภาพระบบงาน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
ขีดความสามารถและความเพียงพอ	3	I	-จัดระบบงานที่ดีเพื่อสนับสนุนการมุ่งเน้นผู้ป่วย -การเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง -การประเมินและปรับปรุงระบบการบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง
สุขภาพและความปลอดภัยของ กำลังคน	3	I L	-ส่งเสริมให้บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี -จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพของบุคลากร และการนำผลการตรวจสุขภาพไป วิเคราะห์เพื่อประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี บุคลากรเป็นผู้นำในการสร้าง สุขภาพ

			-มีระบบกำกับติดตามบุคลากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง
การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน	3	I	-ส่งเสริมให้บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ -จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน	3	I	-จัดกิจกรรมสร้างความผูกพันของกำลังคนที่มีความเฉพาะในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้มีผลงานที่ดี -ใช้ PMS:Performance management system การบริหารผลการปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือในการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและความคาดหวังขององค์กร
การพัฒนากำลังคนและผู้นำ	3	I L	-จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ -สร้างแรงจูงใจให้พัฒนาตนเอง -การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน และแผนสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน -พัฒนาระบบการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา

I-6 การปฏิบัติการ

<p>i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มีได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ]</p> <p>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ผลผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิภาพของระบบความปลอดภัยขององค์กร, การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านห่วงโซ่อุปทาน</p>						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี	ปี	ปี	ปี	ปี
		2561	2562	2563	2564	2565
อัตราของความสำเร็จใน KPI ตามแผนยุทธศาสตร์	≥80	82.45	85.71	80.95	80.10	60.22
จำนวนแผนที่ตอบสนองต่อกฎพิบัติและภาวะฉุกเฉิน	3	3	2	2	2	2
งานวิจัย R to R นวัตกรรม	10เรื่องต่อปี	10	11	10	8	8
<p>ii. บริบท โรงพยาบาลปากพ่อง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M 2 ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอปากพ่อง มีแพทย์เฉพาะทาง 3 สาขา คือ อายุรกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม มีแผนพัฒนาศักยภาพให้สามารถให้บริการได้เต็มรูปแบบให้มีแพทย์เฉพาะทาง 5 สาขา ซึ่งแพทย์ศัลยกรรมและออโรปิติกส์ อยู่ในช่วงศึกษาต่อ มีบริการทันตกรรมเฉพาะทาง ทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล มีบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิและการคุ้มครองผู้บริโภคในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ: 2P Safety , Community responsibility</p> <p>ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ:ผู้ส่งมอบ :โรงพยาบาลให้บริการจ้างเหมาเอกชนในระบบการสนับสนุนบริการผู้ป่วย ได้แก่ อาหารผู้ป่วย การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ จ้างเหมาทำความสะอาด</p> <p>พันธมิตรสำคัญ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.องค์การเภสัชกรรมและบริษัท ยา เวชภัณฑ์มีไชยา บริษัทจำหน่ายครุภัณฑ์ทางการแพทย์ :ยาและเวชภัณฑ์ครุภัณฑ์ 2.กฟภ. กสท.:การไฟฟ้าและโทรคมนาคม การสื่อสาร 3.สปสช.,กองทุนสวัสดิการข้าราชการ, สำนักงานประกันสังคม: สนับสนุนงบประมาณ 4.สสจ.: ควบคุม กำกับผลงานและนโยบาย 5. รพ.มหาราช, รพ.สวนสราญรมย์ ,:รับส่งต่อผู้ป่วย 6.พชอ. พชต. สสอ.ปากพ่อง, รพ.สต.25 แห่ง, PCU 1 แห่ง:ประสานความร่วมมือดูแลผู้ป่วย 7.อสม. :ดูแลผู้ป่วยในชุมชน <p>โอกาสเชิงกลยุทธ์: 1.นโยบายจังหวัดสนับสนุนให้ขยายบริการเป็น 120 เตียง</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.ชุมชนมีความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลปากพ่อง 3.ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการสื่อสาร 4.นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ HA 5.ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น <p>การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน: 1.นศ.แพทย์ จาก ม.สงขลานครินทร์</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.นศ.เภสัช จาก ม.วลัยลักษณ์, ม.สงขลานครินทร์ และนศ.เภสัช ส่วนกลาง ด้านงานเภสัชกรรมคลินิก งานบริหารเภสัชกรรม ระบบยา และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ แหล่งฝึกงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรม 						

3.นศ.พยาบาล จาก ม.วลัยลักษณ์ /วิทยาลัยพยาบาลนครศรีธรรมราช

4.นศ.สาธารณสุขศาสตร์ จาก ม.ทักษิณ

5.นศ.ทันตสาธารณสุข ม.ทักษิณ

6.นักเรียนอาชีวศึกษา จากวิทยาลัยเทคโนโลยีทักษิณ

ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ: อัคคีภัย วัตภัย อุทกภัย อุบัติเหตุหมู่ ไฟดับ น้ำประปาไม่ไหล การลักขโมยทรัพย์สินของผู้ป่วย

iii. กระบวนการ

I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ

(1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ:

- ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพประชาชนครอบคลุม 3 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม ให้บริการทันตกรรมและทันตกรรมเฉพาะทาง

(2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ:

- โรงพยาบาลปากพ่อง มีแผนการพัฒนากระบวนการบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิ โดยมีการพัฒนาบุคลากรควบคู่ไปตาม service plan พัฒนาแพทย์เฉพาะทางให้ครบ 5 สาขา บริการการแพทย์แผนไทย บริการกายภาพบำบัด บริการทารกแรกเกิด งานบริการปฐมภูมิ มีแนวทางการดำเนินงานดังนี้
- พัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มโรคอุบัติการณ์ใหม่ และกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน (DM,HT, Stroke, STEMI, MI,CKD) มะเร็ง ผู้ป่วยติดเตียง โรคระบาด เช่น วัณโรค ,ไข้เลือดออก คุณภาพมารดาและทารก ท้องไม่พร้อม โดยกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในแต่ละกลุ่มโรค
- พัฒนาระบบ Fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย และลดอัตราการตายในกลุ่มโรคสำคัญ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร เตรียมทรัพยากร เครื่องมือ สถานที่ให้สอดคล้องกับ Core Competency ขององค์กร และส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ของบุคลากร เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมความรู้ทักษะตามส่วนขาดอย่างครบถ้วน และให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องตามอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ และมีเครื่องมือเพียงพอและพร้อมใช้
- พัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มโรคสำคัญ ร่วมกับเครือข่าย โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์มหาราช นครศรีธรรมราช ด้านจิตเวชจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีการประชุมพัฒนาระบบบริการและพัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม service plan แต่ละสาขา
- การประสานความร่วมมือกับสสอ. ในรูปแบบ คปสอ. และพชอ. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน โดยวิเคราะห์จากปัญหาในพื้นที่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง พัฒนาการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเครือข่ายด้วยบริการCOC เชื่อมโยงการบริการ เช่น COPD, Stroke และ Palliative งานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ

(3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่างๆ:

● หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ:

- โรงพยาบาลปากพนัง มีการใช้ CPG, Work Instruction ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในการบริการภายในโรงพยาบาล และ CPG สำหรับให้บริการผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
- มีการจัดทำคู่มือ แนวทาง มาตรฐานที่ใช้สำหรับให้บริการผู้ป่วย ครอบคลุมการให้บริการทุกวิชาชีพ และ ครอบคลุมการบริการผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย เช่น CPG แพทย์แผนไทย คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวทางการใช้ยากลุ่ม NASIDs แนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไต แนวทางการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร คู่มือการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพคู่มือการบริการกายภาพบำบัด

● เทคโนโลยี:

โรงพยาบาลปากพนังมุ่งเน้นให้มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ทั้งด้านบริการ บริหาร รวมถึงคุณภาพด้านงานวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีแผนในการพัฒนาสารสนเทศให้สอดคล้อง เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทาง Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital เช่น การใช้ระบบ HOSXP แบบ paperless สำหรับงานบริการผู้ป่วยนอก ระบบ Smart queue โปรแกรม DRUG ในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ เช่น ใช้ระบบ PACS งาน X-ray CT SCAN ระบบการตรวจห้องปฏิบัติการที่ทันสมัย ข้อมูลถูกต้องแม่นยำ

● ความรู้ขององค์กร:

- โรงพยาบาลปากพนังพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกวิชาชีพ ตาม service plan การให้บริการเฉพาะทาง ด้านอายุรกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม และเตรียมความพร้อมรองรับการพัฒนาศักยภาพแพทย์เฉพาะทาง 5 สาขา
- มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ รพ.สต. ดีดดาว เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแม่ข่ายและลูกข่ายในพื้นที่

● คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น:

ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความประทับใจในบริการ สถานบริการเป็นที่ยอมรับ ได้รับความเชื่อมั่นจากชุมชน

● ความคล่องตัว:

- มีการพัฒนาระบบบริการให้รวดเร็ว ลดขั้นตอน ระบบนัดหมายที่สะดวก การบริการคลินิกเฉพาะโรคแบบ one stop service
- การกระจายอำนาจทางการบริหาร ให้รองผู้อำนวยการ 5 ภารกิจ เพื่อความสะดวกในการดำเนินงานของหน่วยงาน
- นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบบริการ ระบบบริหารจัดการ

● ความปลอดภัย:

- โรงพยาบาลปากพนัง มีระบบรักษาความปลอดภัย 24 ชั่วโมง มีระบบกล้องวงจรปิดตามจุดสำคัญๆต่างๆในโรงพยาบาล
- มีระบบป้องกันอัคคีภัย การซ้อมแผนอุบัติเหตุ อุบัติภัย
- ระบบการสำรองทรัพยากร ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน ระบบการสำรองข้อมูล

- ระบบการรายงานความเสี่ยงและการตอบสนองความเสี่ยง
- ระบบการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุจากการทำงานและของมีคมบาด/ทิ่มตำ
 - มีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ระบบการรายงานอุบัติเหตุการเพื่อการปรับปรุงระบบงาน

● มิตិคุณภาพอื่นๆ:

(4) การควบคุมเอกสาร:

โรงพยาบาลมีระบบการควบคุมเอกสารโดย

- 1) เอกสารคุณภาพมีการควบคุมเอกสารโดยทีมคุณภาพ และอนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 2) เวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วย OSCC และผู้ป่วยคดีมีระบบควบคุมเอกสารโดยเก็บเป็นความลับควบคุมโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียน
- 3) เวชระเบียนผู้ป่วยกรณีนำออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยหรือญาติยื่นความจำนงขอเอกสารทำงานประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

- 4) ผลการตรวจ Anti-HIV และผล CD4 กำหนดให้แพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ห้องคลอด สามารถดูผลได้

และไม่อนุญาตให้พิมพ์ กรณีผู้ป่วยต้องการผลเป็นเอกสารต้องยื่นแสดงความจำนงขอเอกสารทำงานเทคนิคการแพทย์ตามขั้นตอน

- 5) มีแนวทางปฏิบัติขออนุมัติเผยแพร่เอกสารก่อนเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างรายเดือน(สขร.1) ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ คู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน

1-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

(1)(2)(3) การทำให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ

● บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ:

จากนโยบายและความมุ่งมั่น ผู้นำสูงสุดและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเน้นให้ทำงานประจำอย่างมีคุณภาพ หัวหน้าพาทำคุณภาพ ตรวจเยี่ยมหน้างานโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และนอกเวลาราชการมอบหมายให้พยาบาลผู้ตรวจการ นิเทศการทำงานและพัฒนาคุณภาพ ทำให้บุคลากรมีความตื่นตัวในการพัฒนางานประจำให้ดีขึ้น เน้นให้มีการประเมินตนเอง วิเคราะห์ปัญหา และนำประเด็นความเสี่ยงมากำหนดเป้าหมายในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ ติดตามตัวชี้วัด เพื่อการพัฒนาคุณภาพทั้งทีม

ปีงบประมาณ 2560 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยร้องเรียนจากการรอคอยนานที่งานบริการผู้ป่วยนอก คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ทบทวน และปรับระบบการทำงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย โดยจัดพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานจุดคัดกรองและจุดซักประวัติจุดละ 1 คน ตั้งแต่เวลา 07.00 น. และกำหนดให้มีแพทย์ออกตรวจเวลา 08.00 น. มีการแยกคลินิกเฉพาะโรคเพิ่มขึ้น เช่น คลินิก warfarin, CKD, COPD ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการมากขึ้นและระยะเวลาการรอคอยลดลงจาก 73 นาที เป็น 64 นาที และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปี 2563 และ 2564 ระยะเวลาการรอคอยเป็น 64 นาที และ 60 นาที ตามลำดับ ในปี 2565 นำระบบเทคโนโลยี smart queue มาใช้ในการปรับบริการ ทำให้ระยะเวลาการรอคอยลดลงเป็น 54 นาที

ผลการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลพบว่า ในการบินที่กทางการแพทย์พยาบาล ปี 2559 , 2560 การประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ ผลลัพธ์ 90.45 , 89.45 ตามลำดับ และในปี 2561 ได้เปลี่ยนระบบการประเมินและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จากการใช้ MEWS มาใช้ SOS Score เช่นเดียวกับการประเมิน Sepsis มีการประชุมชี้แจง

แนวทางการใช้แบบประเมิน SOS Score ทำให้การประเมินและการเฝ้าระวัง มีความละเอียด ดักจับความผิดปกติ ได้ดีขึ้น คะแนนปี 2561 -2565 ระดับประเมินมากกว่า 90 % (95,95,90,85 และ 91 ตามลำดับ)

- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน: ส่งเสริมการนำ 3P มาใช้ในการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายขององค์กรในเรื่องความปลอดภัย

มีการประชุมติดตามตัวชี้วัดระดับหน่วยงานและระดับองค์กร ในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และในการประชุมที่มีคุณภาพต่างๆ เช่น

- จากการประชุมทบทวนตัวชี้วัด การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลปากพนัง ปี 2561 พบว่า ยังมีปัญหาการใช้อย่างไม่ผ่านเกณฑ์ใน 3 โรค ได้แก่ URI AD และแผลสะอาดทำให้ ตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลปากพนัง ได้ระดับ 1 คณะกรรมการมีมติให้เร่งดำเนินการติดตามตัวชี้วัดอย่างเข้มข้นเป็นรายสัปดาห์ แจ้งแพทย์เป็นรายบุคคล รายงานผู้บริหารทราบ ผ่านระบบไลน์ และมีระบบการทบทวนการสั่งใช้ยาบางรายการให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สั่งใช้เท่านั้น ส่งผลให้ ตัวชี้วัดทั้ง 3 รายการ ลดลงใกล้เคียงเป้าหมายในไตรมาสที่ 3 /2562 ดังนี้คือ URI = 23% AD = 24% แผลสะอาด= 42% และในปี 2563 เป็นต้น มา รพ.ปากพนัง ผ่านเกณฑ์คุณภาพการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ระดับ 3 ในปี 2565 มีการพัฒนาการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลลงสู่ระดับชุมชน ความปลอดภัยด้านยาในร้านชำ ส่งผลให้ เครือข่ายสุขภาพอำเภอปากพนัง ได้รับการคัดเลือกเป็นอำเภอนำร่องในการพัฒนา RDU DISTRICT ระดับจังหวัดนครศรีธรรมราช
- ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวน เช่น ทบทวนอุบัติการณ์ ทบทวนเวชระเบียน การปฏิบัติงานประจำวันและการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการรณรงค์การล้างมืออย่างถูกวิธี สอนการใส่ชุด PPE การใส่ Mask ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการติดเชื้อ Covid – 19 ในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน การลดอัตราการเกิดภาวะ PPH โดยกำหนดกิจกรรมทบทวน ซ้อมแผน PPH การทบทวนตัวชี้วัดการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เท่ากับ 0.05,0.04,0.04,0.3 ต่อพันวันนอน ในปี 2561,2562,2563,2564,2565 =0 ราย อัตราการติดเชื้อ Covid – 19 * เจ้าหน้าที่สายวิชาชีพ ปี 2564 1 คน ปี 2565 3 คน * เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ปี 2565 1 คน -อัตราการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 2.85,2.11,2.50,1.7,3.4 ในปี 2561,2562,2563,2564 และปี 2565 ตามลำดับ

- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:

กลุ่มโรคเรื้อรัง: มีจำนวนมากขึ้น จึงปรับเปลี่ยนกลยุทธระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นเชิงรุกเพิ่มขึ้น มีการเสริมพลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (DPAC) สร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม เกิดนวัตกรรมเน้นให้บริการในชุมชน เช่น รพ.สต. PCC และการคัดกรองเชิงรุก เพื่อสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมแซมและผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น

กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง: กลุ่มโรคสำคัญมีการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้ CPG และ Warning Sign ในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาระบบการส่งต่อแบบ Fast Track ร่วมกันทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 มีรูปแบบและวิธีการที่ชัดเจน ใช้แอปพลิเคชันLINE ในการส่งต่อผู้ป่วย (เน้นการรักษาความลับและระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง)

กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง / ผู้พิการในชุมชน: พัฒนาการดูแลต่อเนื่องไปยังชุมชน มีระบบการให้ยืมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ที่บ้าน เน้นเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล Care Giver (CG) อสม. รพ.สต. และ

เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ Long term care

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย: พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง การลดปวด และการตอบสนองความต้องการทุกมิติ โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และเลือกการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี กรณีที่ผู้ป่วยและญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้าน โรงพยาบาลมีระบบสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ที่บ้าน

I-6.1 ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

โรงพยาบาลปากพนังมีการจัดห่วงโซ่อุปทาน เพื่อความมั่นใจในการให้บริการที่มีคุณภาพ มีคณะกรรมการในเรื่องต่าง ๆ โดยผู้บริหารสูงสุดมอบนโยบาย ดังนี้

- การคัดเลือก มีเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยกำหนดรายละเอียดคุณสมบัติให้ชัดเจน และตามระเบียบพัสดุจัดซื้อจัดจ้าง
- การส่งมอบต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การจัดซื้อจัดจ้าง
- การประเมินผลการดำเนินงานของผู้ส่งมอบ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุง
- กำหนดให้มีคณะกรรมการทำสัญญาและข้อตกลงร่วมกับคู่สัญญา และมีการจัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินงานไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงไว้
- มีการตามรอยเส้นทางการเดินทาง การจัดการ การจัดเก็บ ที่โรงงานกำจัดขยะของบริษัทเอกชน ผลจากการติดตามงาน พบว่า การกำจัด การขนส่งของมูลฝอยติดเชื้อของบริษัทเป็นไปตามมาตรฐาน
- การจัดบริการอาหารผู้ป่วยใน พบว่า จัดอาหารไม่เป็นไปตามที่กำหนด มีการทบทวนและปรับปรุงร่วมกัน ไม่พบปัญหาเกิดซ้ำ และมีนักโภชนากร คอยกำกับดูแล ประเมินอาหารผู้ป่วยให้เหมาะสมตามกลุ่มโรค
- โรงพยาบาลมีคณะกรรมการประเมินพนักงานทำความสะอาด ทุกเดือน

I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม

โรงพยาบาลปากพนังมีนโยบายในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยทำกิจกรรม 5 ส อย่างต่อเนื่อง

มีการส่งเสริมให้แต่ละงานสร้างนวัตกรรมในหน่วยงาน จัดการประกวดนวัตกรรมภายในโรงพยาบาลและส่งผลงานเข้าร่วมการประกวดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

รูปแบบการทำงานที่พัฒนาจากเดิม เช่น

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตาม CPG ในกลุ่มโรคสำคัญและระบบ Fast Track ที่ ER
- พัฒนาการใช้ Early Warning Sing ในการประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ
- ทีม ER ได้พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วย Organize Plate for Priority Setting
- งานผู้ป่วยนอกพัฒนาระบบลดขั้นตอนและระยะรอคอยของผู้ป่วยนอก ระบบ Smart queue
- งานผู้ป่วยในพัฒนาการบริหารยาโดยการพิมพ์ใบบันทึกการให้ยา จากเดิมพยาบาลเป็นผู้ลอกยาลงใบบันทึกการให้ยา และการพิมพ์ใบ PMP จากโปรแกรม HOSXP เพื่อลดความเคลื่อนไหว และระยะเวลา ในการคัดลอก Drug Profile ในหอผู้ป่วยใน
- งานวิสัญญีพัฒนาระบบการแนวทางการประเมินความพร้อมและตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตาม CPG ในกลุ่มโรคสำคัญในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ใช้ระบบ PACS งาน X-ray

I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก

โรงพยาบาลปากพนังเป็นเครือข่ายของแหล่งฝึกปฏิบัติงานให้กับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนามิติการเรียนรู้คุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ เพื่อให้การเรียนการสอนมีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนและมีโครงสร้างบริหารที่ชัดเจน การปฏิบัติการดูแลรักษา โดยนักศึกษาและผู้เข้ารับการฝึกเป็นไปตามต้นนโยบายด้านคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาล ผู้นำสูงสุดมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก และมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- 1) มอบหมายให้หัวหน้างานแต่ละงานกำหนดและพิจารณาคุณสมบัติของผู้ฝึกสอนตามวิชาชีพเฉพาะ เพื่อคัดเลือกและตรวจสอบคุณสมบัติและจำนวนของนักศึกษาที่ประสงค์จะฝึกปฏิบัติงาน
- 2) สถาบันการศึกษาที่ประสงค์จะรับการฝึกปฏิบัติงานต้องได้รับการเห็นชอบและมีการกำกับติดตามจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลปากพนัง โดยหน่วยงานที่จะส่งนักศึกษาฝึกงานต้องทำหนังสือแสดงความจำนง ขอส่งนักศึกษาฝึกงานและข้อตกลงความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลปากพนังกับสถาบันการศึกษา โดยกำหนดการปฏิบัติที่อนุญาตให้นักศึกษา/ผู้รับการฝึกปฏิบัติได้ภายใต้การกำกับควบคุมจากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญของโรงพยาบาล
- 3) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและหัวหน้างานมีหน้าที่คัดเลือกอาจารย์ผู้สอน/ครูพี่เลี้ยงที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและจำนวนเพียงพอกับผู้ฝึกปฏิบัติงาน จัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ สถานที่ เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนตามลักษณะผู้รับบริการที่หลากหลาย
- 4) เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลสร้างเจตคติที่ดีเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกปฏิบัติงาน เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ ส่งเสริมให้ผู้ฝึกปฏิบัติงานเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย
- 5) หัวหน้างานแต่ละงานเป็นผู้ติดตามประเมินผลการเรียนการสอนทางคลินิก และมีการประเมินผลร่วมกับสถาบันการศึกษานั้น ๆ โรงพยาบาลมีนักศึกษาฝึกงานหลากหลายสาขาวิชาชีพจากสถาบันต่าง ๆ ดังนี้
 - นศ.แพทย์ จาก ม.สงขลานครินทร์
 - นศ.เภสัช จาก ม.วลัยลักษณ์, ม.สงขลานครินทร์และนศ.เภสัช ส่วนกลาง ตำแหน่งเภสัชกรรมคลินิก งานบริหารเภสัชกรรม ระบบยา งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ศูนย์เรียนรู้เภสัชกรรมปฐมภูมิ สภาเภสัชกรรม
 - นศ.พยาบาล จาก ม.วลัยลักษณ์ /วิทยาลัยพยาบาลนครศรีธรรมราช
 - นศ.สาธารณสุขศาสตร์ จาก ม.ทักษิณ
 - นศ.ทันตสาธารณสุข ม.ทักษิณ
 - นักเรียนอาชีวศึกษา จากวิทยาลัยเทคโนโลยีทักษิณ

I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

(1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล:

- PCT ร่วมประชุมทบทวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการวิจัยในกลุ่มโรคสำคัญและกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง

- คณะกรรมการพิจารณาแผนการใช้งบประมาณประจำปี เพื่อควบคุมรายการเบิกจ่ายให้เกิด ประสิทธิภาพ สูงสุด ตามนโยบายบริการ และสอดคล้องกับรายได้ของโรงพยาบาล เน้นลดค่าใช้จ่าย หารายได้เพิ่ม ติดตาม ความครบถ้วนของการเรียกเก็บเงินงบประมาณหมวดต่าง ๆ
- คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย กำหนดมาตรการประหยัดพลังงานในโรงพยาบาล
- ทีมเวชระเบียนมีการทบทวนและปรับระบบการเบิกจ่ายตามค่า DRG ทบทวนความทันเวลาในการส่งเบิกสิทธิ ข้าราชการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้ป่วยประกันสังคม
- ทีม PTC ทบทวนนโยบายเพื่อส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพบริการ อำเภอปากพนัง
- การดำเนินการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับจังหวัด ระดับเขต

1-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน 11-3)

(1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:

- โรงพยาบาลปากพนังมีนโยบายในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยให้มีการจัดทำ 5 ส อย่าง ต่อเนื่อง
- มีระบบการรักษาความปลอดภัย มีการปรับพื้นที่สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

(2) การเตรียมพร้อมต่อยุบัติหรือภาวะฉุกเฉิน:

- บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

การกำหนดโครงสร้างระบบบัญชาการด้านสาธารณสุข (EOC) สามารถรองรับภัยพิบัติต่างๆที่กำหนดไว้ใน ระดับอำเภอปากพนังได้แก่ วาตะภัย อุทกภัย อุบัติเหตุหมู่ น้ำท่วม ไฟไหม้ ลิฟต์ค้าง อุบัติเหตุทางน้ำ และอุบัติเหตุ ทางทะเล โรคอุบัติใหม่ การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีแผนรองรับ หน่วยประเมินสถานการณ์ กลุ่มภารกิจปฏิบัติการด้าน การรักษา ทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรค กลุ่มสนับสนุนภารกิจกำลังบำรุง กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละทีม มีแผน 3 ระยะ แผนเตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุ แผนเผชิญเหตุ แผนฟื้นฟูสภาพ มีการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง นำมาสู่ การปฏิบัติจริง การซ้อมแผนล่าสุดคือการซ้อมแผนรองรับผู้ป่วยโควิด-19 พบโอกาสพัฒนา เรื่องการจัดสรร อัตรากำลังเสริมรองรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีจำนวนมาก /การประสานงานระหว่าง รพ.สต.พื้นที่กับทีมงาน โรงพยาบาล การจัดการบริการรับส่ง เคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ยังไม่ชำนาญเรื่อง การใส่และถอดชุด PPE

คณะกรรมการ EOC ได้มีการประชุมเพื่อเตรียมพร้อมเรื่องบุคลากร เครื่องมือ ระบบบริการจัดทำแนวทาง ปฏิบัติรองรับผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายเพื่อส่งต่อได้อย่างเหมาะสม และมีการฝึกอบรมการถอด-สวมชุดป้องกันPPEและ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยทีม IC ของโรงพยาบาลปากพนัง

- ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ:

โรงพยาบาลมีระบบบริการอินเทอร์เน็ตและอินเทอร์เน็ต มีห้อง Server จำนวน 1 ห้อง มีการใช้ Server หลักในการเก็บข้อมูล 2 เครื่อง มีระบบอินเทอร์เน็ต จำนวน 4 สาย ป้องกันเครือข่ายอินเทอร์เน็ตล่ม มีระบบอินเทอร์เน็ตเพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลภายในโรงพยาบาล เช่น โปรแกรม Back Office มีระบบ PACS ระบบ LIS และโปรแกรมการจัดการความเสี่ยง เพื่อบูรณาการข้อมูลทั้งระบบบริการหน่วยงานและสนับสนุนบริการ โปรแกรม DRUG สำหรับงานคลังเวชภัณฑ์ การติดตามตัวชีวิต ปัจจุบันมีการใช้รายงานจาก HOSxp ร่วมกับโปรแกรม HDC ระบบ LIS รายงานผล LAB งานพัสดุ ระบบจัดซื้อจัดจ้าง ระบบบริหารจัดการคลัง ทะเบียนครุภัณฑ์ มีระบบ Datacenter เชื่อมโยงข้อมูลไว้ให้บุคลากรเข้าใช้งานต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสำรองข้อมูล (Back Up) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล สามารถติดตาม ประเมินผลและนำเสนอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีเว็บไซต์และ Facebook โรงพยาบาลเพื่อเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพกับประชาชน มีระบบสำรองข้อมูล (Back up) ข้อมูลในเครื่องแม่ข่าย (Server) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ระบบไฟฟ้าสำรอง มี UPS สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายทุกเครื่อง มีเครื่องปั่นไฟสำรองกรณีไฟฟ้าดับ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การดำเนินงานโครงการ R2R และนวัตกรรม อย่างต่อเนื่อง และมีนวัตกรรมที่เป็น KM แก่โรงพยาบาลอื่น
- การพัฒนาระบบงานลงสู่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ระบบยา ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบการกำจัดขยะ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล	3.0	L	พัฒนาระบบการออกแบบและปรับปรุงกระบวนการทำงาน การจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	3.0	L	พัฒนาระบบประเมินและปรับปรุงการจัดการห่วงโซ่อุปทานอย่างมีประสิทธิภาพ
28. การจัดการนวัตกรรม	3.0	I	ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมทุกหน่วยงาน และ สร้างบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนนวัตกรรมหรือ CQI
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก	3.0	L	พัฒนาระบบการประเมินผลในทุกวิชาชีพ การเรียนรู้ คุณภาพ และความปลอดภัย ทุกโปรแกรมในทุกมิติ
30. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ	3.0	L	พัฒนาระบบการเตรียมแผนและการซ้อมแผน ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ