**I-1 การนำ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1.ร้อยละความสำเร็จของการเบิก-จ่าย เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม | 100 | N/A | N/A | 23.65  (ระดับ 1) | 95.17  (ระดับ4.5) | 72.23  (ระดับ1) |
| 2.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) | ระดับ 5 | N/A | N/A | N/A | ระดับ 5 | ระดับ 5 |
| 3.ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน | ระดับ 5 | N/A | N/A | ระดับ 1 | ระดับ 5 | ระดับ 5 |
| 4.จำนวนข้อสังเกตทางการเงินที่ได้จากการตรวจสอบของหน่วยงานตรวจสอบภายใน | ลดลง | N/A | N/A | N/A | 36 ข้อ | 12 ข้อ |
| 5.ร้อยละของการปฏิบัติตามข้อเสนอ แนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน | ระดับ 5 | N/A | N/A | N/A | ระดับ 5 | ระดับ 5 |
| 6.จำนวนองค์ความรู้สำคัญที่ถ่ายทอดให้กับเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด |  | 5 | 6 | 6 | 9 | 9 |
| **ii. บริบท**  วิสัยทัศน์: ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ด้านยาและสารเสพติด ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค ภายใน พ.ศ. 2564  พันธกิจ: สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านยาและสารเสพติดที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและบริการในทุกภาคส่วน (Collaboration Center) เพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล  ค่านิยม: M : Mastery : เป็นนายตนเอง O : Originality : เร่งสร้างสิ่งใหม่  P : People Centered : ใส่ใจประชาชน H : Humility : อ่อนน้อมถ่อมตน  D : Determination For Nation : พร้อมนำระดับชาติ M : Moving Together : สามารถไปด้วยกัน  S : Specialist : มุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ  ระบบกำกับดูแลองค์กร: (1) สำนักงานบริหารทรัพยากรบุคคล : การวางแผนอัตรากำลังคน การประเมินสมรรถนะ การ  พัฒนาวิชาการ การเพิ่มพูนทักษะและการพัฒนาบุคลากร  (2) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง : ดูแลด้านการเงินการคลัง ค่าตอบแทน สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของ  บุคลากร  **iii. กระบวนการ**  I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม:  (1) ผู้นำชี้นำองค์กร:  ผู้นำร่วมทบทวน และ กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ จุดเน้น รวมถึงตัวชี้วัดในการดำเนินงาน ของหน่วยงาน  ทีมนำ และองค์กร ผู้นำระดับสูงประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ได้แก่ รองผู้อำนวยการภารกิจด้าน  วิชาการและการแพทย์ รองผู้อำนวยการภารกิจด้านการพยาบาล รองผู้อำนวยการภารกิจด้านอำนวยการ และรอง  ผู้อำนวยการภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย  ทุกหน่วยและตัวแทนของบุคลากรในโรงพยาบาลทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อร่วมกันทบทวนและกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ  กลยุทธ์ ค่านิยมองค์กร ในการจัดทำแผนบริหาร แผนยุทธศาสตร์ กำหนดผลสัมฤทธิ์ทุกปี แล้วถ่ายทอดผ่านตัวชี้วัด  ระดับองค์กร ถึงระดับบุคคล   * การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เป็นโรงพยาบาล   เฉพาะทางในด้านการบำบัด รักษา ฟื้นฟู ผู้ติดยาและสารเสพติดในพื้นที่ภาคใต้ โดยมีหน้าที่รับผิดชอบมีพื้นที่  รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12 ทั้งด้านการบำบัดรักษา พัฒนาองค์ความรู้ด้านการบำบัด และพัฒนาเครือข่าย  ตลอดจนการตรวจรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและคลินิกยาเสพติดใน 8จังหวัด ภาคใต้ และปัจจุบันมีการจัดตั้ง  สำนักงานการแพทย์เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งทำหน้าที่เป็น Focal Point เชื่อมประสานการทำงาน กรมการแพทย์และ  หน่วยบริการในเขตที่ภาพที่ 12 รวมทั้งการ รวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผลร่วมวิเคราะห์ ประเมิน มาตรฐานบริการของ  เขตสุขภาพที่ 12 เพื่อจัดทำฐานข้อมูลและฐานความรู้ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 12 และ  รับผิดชอบงานตรวจราชการและนิเทศงาน service plan กรมการแพทย์ ในพื้นที่ภาคใต้ 4 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง  สตูล สงขลา   * ทีมผู้บริหารให้ความสำคัญกับทิศทางการดำเนินงานตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ได้มีการนำทบทวน   วิสัยทัศน์พันธกิจ ค่านิยม วางแผนกลยุทธ์และกำหนดเข็มมุ่งประจำปี สื่อสารและถ่ายทอด ทั้งองค์กร รวมทั้ง  ติดตามประเมินผลด้วยวิธีการต่างๆ ตาม ระบบสื่อสารในโรงพยาบาลโดยจากการที่กรมการแพทย์เริ่มดำเนินการ  นโยบายด้านการปฏิรูปองค์กร (DMS Reform) ทางโรงพยาบาลได้จัดทำคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการ  ปฏิรูปโรงพยาบาล (Hospital Reform) โดยมีคณะทีมนำและคณะกรรมการที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องและ  มีความรู้ความสามารถในด้านนั้นๆตามประเด็นปฏิรูป 4 ด้าน ได้แก่ Agenda , Function , System , Area โดยมี  เป้าหมายเพื่อทบทวนประเด็นปฏิรูป ความท้าทาย จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค์ นำไปสู่การปรับเปลี่ยน  ยุทธศาสตร์ / กลยุทธ์ / แผนปฏิบัติงาน และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดทำ  Hospital Profile ถ่ายทอดนโยบายและแผนปฏิบัติ สร้างความเชื่อมโยง และจุดเน้นสู่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับต่อไป  การถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมขององค์กรไปสู่การปฏิบัติ โดยมีการจัดทำยุทธศาสตร์ขององค์กรมุ่งเน้นให้บรรลุวิสัยทัศน์   * ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม: โรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามค่านิยมของกรมการแพทย์โดย   ผู้นำ ผู้บริหารได้มีการถ่ายทอด สื่อสารผ่านการติดประกาศ เช่น ลิฟต์ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ในเวปไซด์ของ  โรงพยาบาล  - องค์กรใช้ระบบจ้างเหมาระบบบริการจากหน่วยงาน/บริษัทภายนอก ได้แก่ งานดูแลสวน งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานกำจัดปลวก การเช่าเครื่องถ่ายเอกสาร วัสดุอาหารคนไข้ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุ ทันตกรรม เวชภัณฑ์ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ การจัดเก็บขยะ เพื่อช่วยลดภาระงาน และเป็นการให้ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในงานเฉพาะด้านดำเนินการให้เกิดประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานสากล ทั้งนี้ทางทีมนำและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องทั้งการกำหนดคุณลักษณะ การจัดซื้อจัดจ้าง การตรวจรับ และการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน มีการจัดประชุม และตรวจความความถูกต้องเป็นไปด้วยความโปร่งใส และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงาน  - การพัฒนาระบบ Hosoffice ในการยื่นใบลา การแจ้งเตือนและการอนุมัติลาในระบบ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ที่ผ่านมา ตอบสนองนโยบายการก้าวสู่ Smart Hospital และการลดใช้กระดาษ (Paperless) ปัจจุบัน กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศกำลังพัฒนาระบบให้สามารถแจ้งเตือนผ่าน Line ของผู้บังคับบัญชาแต่ละระดับ และสามารถลาในระบบ online และระบบ Mobile app ได้โดยไม่ต้องพิมพ์เอกสาร และการนำไปปรับใช้ระบบอื่นๆในโรงพยาบาลต่อไป  - องค์กรมีเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด เช่น แบบคัดกรองผู้ติดยาเสพติด MI, MET, MMT, CBT, SATIR  - จัดให้มีเวทีนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพ CQI และ เรื่องเล่าการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างผลการดำเนินงานที่เป็นผลมาจากวิสัยทัศน์   * ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม: โรงพยาบาลมีการปฏิบัติตามค่านิยมของกรมการแพทย์ โดย   ผู้นำ ผู้บริหารได้มีการถ่ายทอด สื่อสารผ่านการติดประกาศ เช่น ลิฟต์ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ในเวปไซด์ของ  โรงพยาบาล  (2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม:   * ผู้นำและผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญ และส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและ   จริยธรรม โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการคุณธรรมและจริยธรรม คณะกรรมการตรวจสอบภายใน และติดประกาศสิทธิผู้ป่วยในทุกตึก   * ออกแบบกระบวนการบริหารการทำงานหลักในการทำงานให้มีความโปร่งใส ยุติธรรมและสอบคล้องกับระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้บุคลากรได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมสัมมนาด้านกฎหมาย / จริยธรรมในแต่ละวิชาชีพเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความโปร่งใส   ยุติธรรมและสอดคล้องกับระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง * ประกาศนโยบายโรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดอบายมุข เช่น ห้ามเจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล งดการเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยงของโรงพยาบาล มีการจัดโครงการสนับสนุนกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่โครงการทำบุญตักบาตร วันสำคัญทางพระพุทธศาสนาและวาระพิเศษ โครงการรอมฎอนสัมพันธ์ทางศาสนาอิสลามในทุกปี เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุคลากรและชุมชนโดยรอบที่นับถือศาสนาอิสลาม * ทีมผู้บริหารระดับสูงและกรรมการบริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับแนวปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ   ข้อบังคับ และคุณธรรมจริยธรรม ทั้งในด้านการทำงาน การใช้ชีวิต โดยมีการทบทวนคำสั่งคณะทำงานด้านคุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใส , คำสั่งตรวจสอบภายใน , คำสั่งควบคุมภายใน ให้สอดคล้องกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป   * การส่งเสริมการส่งเสริมงานพัฒนาคุณภาพองค์กร (HA) อย่างต่อเนื่อง เช่น การรายงานความเสี่ยงออนไลน์   ผ่านระบบ RM Online ที่พัฒนาเองในโรงพยาบาล และอบรมผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงประเภทต่างๆ จนกระทั่งในปัจจุบันได้เรียนรู้การรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on cloud & NRLS และมีการติดตามในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับนโยบายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 2P Safety โดยมีการประกาศนโยบายดังกล่าว และได้รับเกียรติบัตรในการเข้าร่วมโครงการจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)   * ในปี 2562 ที่ผ่านมา ทางคณะกรรมการคุณธรรมจริยธรรม ได้ส่งแบบรายงานแผนปฏิบัติราชการ 3 ปี ด้านการส่งเสริมคุณธรรม การป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ ครบทุกมิติ และได้รับคัดเลือกเป็น 1 ใน 10 หน่วยงานกรมการแพทย์ ในการจัดบูทคุณธรรมจริยธรรม ที่สถาบันทรวงอก และได้รับโล่รางวัลหน่วยงานดีเด่นคุณธรรมและความโปร่งใสจากอธิบดีกรมการแพทย์ นอกจากนี้คณะกรรมการบริหารได้มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน การเลื่อนเงินเดือน โดยเปิดโอกาสให้หัวหน้างานแต่ละระดับประเมินผลงานผู้ใต้บังคับบัญชาตามการปฏิบัติการและผลงานที่เกิดขึ้น และแจ้งการประเมินให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และเป็นไปด้วยความโปร่งใส ยุติธรรม เท่าเทียม และตรวจสอบได้อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับความโปร่งใสและประสิทธิภาพในการบริหารงานด้านอื่นๆ อาทิ การบริหารงบประมาณ เงินบำรุง งานพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง งานพัฒนาคุณภาพ โดยผู้บริหารนัดประชุมย่อย 3 รองผู้อำนวยการ หัวหน้างานยุทธศาสตร์และแผนงาน หัวหน้างานการเงิน หัวหน้างานพัสดุ เพื่อติดตามสถานะ การเบิกจ่ายงบประมาณ และแจ้งข้อมูลสำคัญในการบริหารงานภาพรวมของโรงพยาบาลถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติต่อไปและให้ความสำคัญในการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงานและตัวชี้วัดตามรอบ 6 เดือน และ 12 เดือน โดยมีการติดตามและบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เพื่อตอบตัวชี้วัดและรายงานผลสถานการณ์ดำเนินงานเป็นรายเดือน อาทิ รายงานความคืบหน้าวิจัย / โครงการที่ได้รับจัดสรรทั้งหมด   I-1.1 ข. การสื่อสาร  (1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:   * กับกำลังคน (สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง, สร้างแรงจูงใจ): * ผู้นำองค์กรยึดถือนโยบายและแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน   ของกรมการแพทย์ โดยให้ผู้รับผิดชอบหลักจัดทำข้อมูล แผนงาน/โครงการตอบสนองต่อนโยบายและทิศทางกรมการ  แพทย์ เชื่อมโยงยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อาทิ การสำรวจวัดความสุขบุคลากร  (Happinometer) พบว่าความสุขด้านการเงินต่ำสุด จึงได้จัดทำโครงการ Happy Money Happy Relax เพื่อให้ความรู้  การเงิน การออม แก่บุคลากร และการมีความสุขจากการดูแลและมีสุขภาพดี โครงการตรวจสุขภาพบุคลากร โดยให้  หน่วยบริการจากโรงพยาบาลสงขลามาตรวจสุขภาพบุคลากรในโรงพยาบาล และได้จัดทำโครงการขยับกายสบายชีวี  ต่อเนื่อง 4 เดือน การจัดทำโครงการด้านคุณธรรมจริยธรรมและความผูกพัน เช่น การทำบุญตามวันสำคัญต่างๆทาง  ศาสนา การสนับสนุนให้เข้าร่วมงานพิธีการสำคัญต่างๆในระดับจังหวัด เป็นต้น   * ผู้นำให้ความสำคัญกับบุคลากร ภายใต้ค่านิยม M : Moving Together : สามารถไปด้วยกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นทีมงานเดียวกัน เกิดบรรยากาศที่ดีในองค์กร มีการส่งเสริมบรรยากาศที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันด้วยความสามัคคี เช่น การร่วมกิจกรรมพิเศษต่างๆ เช่น กิจกรรม 5 ส เป็นต้น * สนับสนุนสวัสดิการ เสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P) โดยการประเมินภาระงาน ปริมาณงาน การควบคุมการปฏิบัติงาน และตั้งเป้าหมายการเบิกจ่ายให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานและเพิ่มสัดส่วนการจ่ายเข้าถึงผู้ปฏิบัติงานและเกิดความเป็นธรรมกับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ การจัดระบบสวัสดิการให้กับบุคลากร เช่น เยี่ยมไข้ ฯลฯ * โรงพยาบาลมีการสื่อสารในเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยผ่านไลน์กลุ่มของโรงพยาบาล ที่ผู้นำหรือผู้บริหารสามารถตัดสินใจหรือแก้ปัญหาสำคัญเร่งด่วน โดยสามารถใช้สื่อสารได้ทั้งใน-นอกเวลา * ด้านผู้รับบริการ: โรงพยาบาลได้มีการทบทวนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ ชุมชนและภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่มาศึกษาดูงาน หน่วยงานที่มาให้บริการ/รับบริการด้านอื่นๆ มีช่องทางในการรับฟังความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจ คณะกรรมการบริหารมีวาระการติดตามด้านการให้บริการแก่ผู้มารับบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาในด้านต่างๆ เช่น ด้านสถาน สิ่งอำนวยความสะดวก ด้านบริการ จัดระบบคิว สร้างความเสมอภาค เพิ่มการเข้าถึงเข้ารับบริการ * โรงพยาบาลมีช่องทางในการสื่อสารผ่านเวปไซด์ ในการตอบข้อคำถามหรือข้อเสนอแนะ การจัดทำคู่มือ   ให้บริการประชาชน ความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในการทำงาน การเผยแพร่ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง การรับสมัคร  คัดเลือกบุคลากร  I-1.1 ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร  (1) ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กระประสบความสำเร็จ:   * การบรรลุพันธกิจ: ผู้นำและคณะกรรมการบริหารมีการสั่งการตามนโยบายกรมการแพทย์ โดยจัดทำคำสั่ง   แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นคณะกรรมการในงานย่อยและ  กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน ได้แก่ คณะกรรมการทีมนำ คณะกรรมการผู้ประสานงานคุณภาพ  คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะทำงานกับชุมชน คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการในสายงานสหสาขา  วิชาชีพ และสายงานที่เกี่ยวข้องกับงานทรัพยากรบุคคล (HRD) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน  โรงพยาบาล (ICC)คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) คณะกรรมการสหวิชาชีพการ  ดูแลผู้ป่วย (PCT) คณะกรรมการเภสัชกรรการบำบัด (PTC) โดยภาพรวมในหน้าที่ความรับผิดชอบของทุก  คณะกรรมการ ได้แก่ การกำหนดนโยบายและวางการทำงานที่เกี่ยวของ การถ่ายทอด ประสาน ติดตาม ประเมินผล  และปรับปรุงการให้บริการ   * การเป็นองค์กรที่คล่องตัว:ผู้บริหารและคณะกรรมการติดตามและประเมินโครงสร้างการทำงาน การบริหาร   และการตัดสินใจในการทำงานของบุคลากร โดยในปี 2562 มีการปรับโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการบริหารงาน  เพื่อให้เกิดความคล่องตัว ลดความซับซ้อนในการตัดสินใจ และลดช่องว่างและขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการทำงาน และความผิดพลาดในการสื่อสาร ซึ่งนำมาซึ่งผลเสีย และผลกระทบต่อการบริหารงาน โดยใช้วิธีเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วในการบริหารงานรวมทั้งการสื่อสารจากผู้บริหาร ไปยังผู้ปฏิบัติงานโดยตรง รวดเร็ว และ ถูกต้อง ชัดเจน อาทิ การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ รูปแบบไฟล์ ภาพ หรือการโทรหาผู้บริหารโดยตรงเพื่อหารือ ปรึกษา ประเด็นเร่งด่วน งานหรือการตัดสินใจที่สำคัญ การแจ้งผ่านระบบออนไลน์ภายในโรงพยาบาล ระบบซ่อมบำรุง การจองห้องประชุม การเปิดโอกาสให้อภิปราย ชี้แจง ให้ข้อเสนอแนะในเวทีประชุมต่าง ๆภายในโรงพยาบาล ทั้งเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ   * การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย:   **๏** การบริหารความเสี่ยง ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยง โดยจัดตั้งคณะกรรมการความเสี่ยง  (ERM) โดยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนงาน เป็นผู้แทนในคณะกรรมการพร้อมทั้งติดตามงานด้านความเสี่ยง มีการกำหนดนโยบายความเสี่ยง 2P Safety ตามข้อกำหนดของ SIMPLE ทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลการ ทุกหน่วยงานมีการจัดทำข้อมูล Risk Profile นอกจากนี้มีการจัดทำรายงานควบคุมภายใน งานตรวจสอบภายใน และงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างและกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย  ๏ กิจกรรม Hospital Round โดยผู้บริหาร และทีมENV โดยการสำรวจครุภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ในการทำงาน  สายไฟฟ้า ระบบประปา ถังดับเพลิง ระบบไฟสำรอง เครื่องใช้ไฟฟ้า โทรศัพท์ ระบบป้องกันอัคคีภัย การติดตั้งเครื่อง AED ในจุดสำคัญของโรงพยาบาล การปรับปรุงพื้นที่/ตัวอาคาร เพื่อความปลอดภัย และลดความเสี่ยงจากอันตรายในการใช้งาน การจัดเก็บวัสดุ/ครุภัณฑ์ ในที่ปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงการสูญหาย และเอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และปลอดภัยต่อการทำงานของบุคลากร ฝึกอบรม ทักษะที่จำเป็น เช่น การบำรุงรักษาเครื่องมือ/ ครุภัณฑ์การแพทย์,การป้องกันอัคคีภัย การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล   * การเรียนรู้:ผู้บริหารและคณะกรรมการของโรงพยาบาล สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีการเรียนรู้ และ   พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เช่น  ๏ ส่งเสริมการทำวิจัยหรือโครงการที่ทำ MOU กับหน่วยงานพันธมิตรในพื้นที่ อาทิ โครงการอบรมหลักสูตร  พยาบาล PG 4 เดือน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มอ.) พัฒนางานด้านวิชาการ เช่น  งานวิจัย การพัฒนานวัตกรรมต่างๆ , ด้านบริการวิชาการ เช่น การเปิดหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือนหลักสูตรเฉพาะทาง  ยาเสพติด (PG ยาเสพติด) จำนวน 4 รุ่น , การเป็นแหล่งฝึกนักศึกษาพยาบาล ป. ตรี ทั้งนักศึกษาพยาบาล มอ. และ  วิทยาลัยพยาบาลสงขลา, การจัดโครงการ CBTx ในการเรียนรู้ และทำงานร่วมกับชุมชน สร้างการเรียนรู้เรื่องยาเสพ  ติดให้แก่เยาวชนในโรงเรียน ชุมชน การนิเทศงานยาเสพติดในพื้นที่ 11 จังหวัดโดยนำผลจากการนิเทศมาสรุปเพื่อ  เรียนรู้ในภาพกว้างและนำไปต่อยอดในงานของโรงพยาบาลต่อไป และสำหรับงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มี  ข้อกำหนดให้ทุกหน่วยงานรายงานความเสี่ยงและส่งข้อมูลตรงถึงผู้บริหารได้โดยตรงเพื่อปรึกษา หารือ และขอคำชี้แนะ  ในการปฏิบัติงานหรือการตัดสินใจสำคัญที่มีผลกระทบต่อองค์กรในภาพรวม โดยสื่อสารผ่าน Application Line แบบ  กลุ่มให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และส่งตรงถึงผู้บริหารสำหรับข้อมูลบางอย่าง เพื่อลดช่องว่าง ความขัดแย้ง และเพื่อความ  รวดเร็ว  ๏ สนับสนุนและให้โอกาสบุคลากรในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการอบรม/เรียนหลักสูตรต่างๆเพื่อพัฒนาสมรรถนะ และศักยภาพ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง (Career Path) เช่น การอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น 2 คน บุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับกลางมีจำนวน 14 คน และบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับสูงมีจำนวน 1 คน  **การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม:**  ๏ ผู้บริหารได้สั่งการให้ทำคำสั่งคณะกรรมการวิชาการ เพื่อกลั่นกรองข้อมูลโครงการ/วิจัย ก่อนนำเข้าแผนงานประจำปี รวมทั้งกลั่นกรองข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมของโรงพยาบาล โดยมีการประชุมย่อยอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งวิจัย R2R งานประชุม/สัมมนาเชิงวิชาการ งานออกหน่วยบริการด้านยาเสพติดและตามแผนงานของจังหวัด อาทิ การออกหน่วยตรวจสุขภาพให้ชุมชนบ้านบ่ออิฐ  ๏การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร เข้ากับการปฏิบัติงาน โดยปัจจุบันมีช่องทางในการให้ข้อมูลการรับบริการผ่านเว็บไซต์ ทั้งการนัดหมายเข้ารับการบำบัด การสื่อสารผ่าน Application Line ด้วยโครงการ เข้าใจ เข้าถึงบริการด้วยระบบ Line โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา  ๏การใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มช่องทางให้ผู้เข้ารับการบำบัดติดต่อสื่อสารกับครอบครัว โดยแบ่งเป็น การให้ข้อมูล ข่าวสาร การบำบัดทั้งก่อน/ขณะ/หลังบำบัด และการติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา ปัจจุบันมียอดผู้รับบริการผ่านระบบ Line ดังนี้ ปี 2561 = 253 ราย และปี 2562 = 340 ราย ซึ่งผู้รับบริการทั้งหมดได้รับข้อมูลตอบกลับในด้านข้อมูลที่สอบถามหรือขอคำแนะนำปรึกษาร้อยละ 100   * การสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ: โรงพยาบาลมีจุดบริการให้คำปรึกษาญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้ความรู้   และคำแนะนำในการดูแลและเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตนระหว่างและหลังการบำบัดรักษา พร้อมรับฟัง  ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น และข้อร้องเรียน ผ่านตู้รับความคิดเห็น เว็บไซต์ โทรศัพท์ และการพูดคุย นอกจากนี้มี  บริการให้คำปรึกษา โดยทีมแพทย์ พยาบาลและสหวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเข้ารับการ  รักษา บำบัด และฟื้นฟู รวมทั้งให้ความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด  (2) ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action): ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ  เพื่อระบุการดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ที่วางไว้ โดยการติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน โครงการ การใช้  จ่ายเงินงบประมาณ เงินบำรุงให้เป็นไปตามแผน และรายไตรมาส ผู้รับผิดชอบจะต้องรายงานผลการดำเนินงานในการ  ประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหาร ประจำทุกเดือน นำผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดมากำหนดจุดเน้นในการ  พัฒนา โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานและคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำมุ่งเน้นผลการดำเนินงาน  ที่ดีและมีความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการเป็นสำคัญและผู้บริหารจะให้การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เป็น  อย่างดีทั้งด้านการสนับสนุนงบประมาณ อย่างสม่ำเสมอ  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้กำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ ได้แก่   1. ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety) และความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ (Personal Safety) 2. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การเงินการคลัง : เพิ่มรายได้ ควบคุมรายจ่าย 3. การเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ : การทำงานเป็นทีมอย่างมีชีวิตชีวา เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน   ทั้งนี้ได้มาจากข้อมูล การทบทวนรายงานอุบัติการณ์ มาประมวลกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care Process) ในการกำหนดจุดเน้นเรื่อง 2P Safety ใช้ข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินการ มากำหนดจุดเน้นด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ใช้ข้อมูลทางด้านความสุขของบุคลากรและการประเมิน Competency ของบุคลากรมาหา GAP และกำหนดเป็นจุดเน้นของการพัฒนาบุคลากร  ทั้ง 3 จุดเน้นนี้ จะเป็นสิ่งเร่งด่วนในการดำเนินการปรับกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดแนวทางการสื่อสารและเสริมพลังสู่การปฏิบัติงาน ดังนี้  1. ทีมบริหารใช้วิสัยทัศน์ ในการชี้นำองค์กรที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้ โดยมองเรื่องการรักษาพยาบาลแบบบูรณาการ เน้น Care Process เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างปลอดภัย โดยทีม PCT กำหนด CPG ให้ชัดเจนแล้วนำไปสู่การปฏิบัติ และใช้กระบวนการ PDCA ในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care Process) ให้ดีขึ้นเมื่อเกิดปัญหาหรือหาโอกาสพัฒนา  2. การสื่อสารและมอบหมายผู้นำในทุกระดับ ทำความเข้าใจจุดเน้นแล้วไปสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ เช่น  - องค์กรแพทย์ สื่อสารกับแพทย์ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงคือ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia, Drug dependence with drug induced psychosis, Drug dependence with TB  - องค์กรพยาบาล ได้นำจุดเน้นไปจัดทำแผนปฏิบัติการได้ มุ่งเน้นความปลอดภัยผู้ป่วย ในการบริหารยาทั้งระบบ โดยพัฒนาร่วมกับคณะกรรมการ PTC และการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงคือ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia, Drug dependence with drug induced psychosis, Drug dependence with TB  - ทีม IM สื่อสารในเรื่องการรวบรวมตัวชี้วัดคุณภาพตามที่กำหนด การรายงานและวิเคราะห์ผลลัพธ์ นำเสนอต่อผู้บริหาร การพัฒนาการ Record เวชระเบียนให้สมบูรณ์ ซึ่งทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ตั้งคณะกรรมการ Audit เวชระเบียน  - ทีม PCT มีการทำ CPG การวิจัย R2R นวตกรรม แล้วนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ นำเสนอต่อที่  ประชุมคณะกรรมการบริหาร เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีซึ่งกันและกันในการนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น  3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมนำระดับสูงเป็นตัวอย่างที่ดีในการทำงานที่มุ่งมั่น จริงจัง และลงพื้นที่ดูแลตามหน้างานด้วยตนเอง ในกรณีที่จำเป็น ถือเป็นแบบอย่างและความมั่นใจของบุคลากรในการดำเนินงาน  4. การเพิ่มรายได้ ได้แก่ การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จากผลการดำเนินงาน  ที่ผ่านมาในการส่งเบิกเงิน (e-Claim) กับ สปสช. เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 ในไตรมาสที่ 4 (จากเดิม ไตรมาสที่ 1 – 3 คือ ร้อยละ 80.93, 57.74, 71.70 ตามลำดับ) ของปีงบประมาณ 2562  5. การควบคุมค่าใช้จ่าย ด้านยาเวชภัณฑ์วัสดุต่างๆ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยคำนึงถึง  มาตรฐานคุณภาพบริการ และสิทธิผู้ป่วยที่เหมาะสม  I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร  (1) ระบบกำกับดูแลองค์กร:   * การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร:   ๏โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ภายใต้การกำกับดูแลกิจกรรมของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการบริหารนำนโยบายของกรมการแพทย์ โดยยึดถือตามแนวปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริการ (ก.พ.ร.) โดยมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบติดตามและรายงานผลตัวชี้วัดตามที่ ก.พ.ร. กำหนด มีการแบ่งโครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบในงานที่ชัดเจน และมีการจัดทำคำสั่งในการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน เพื่อสร้างความคล่องตัวและความต่อเนื่องในการทำงาน อาทิ งานนิเทศยาเสพติด งานนิเทศของสำงานการแพทย์เขต 12 งานตรวจสอบภายใน งานควบคุมภายใน งานคุณธรรมจริยธรรม และความโปร่งใส (ITA) มีการกำหนดระบบการควบคุมภายใน การพัฒนาระบบพัสดุการเบิกจ่าย การจัดซื้อ จัดระบบการควบคุมภายใน ระบบควบคุมกำกับสำรองยา การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล  ๏ การรวบรวมข้อร้องเรียน การรายงานความเสี่ยง ข้อเสนอแนะจากทีมตรวจสอบภายในกรมการแพทย์ และข้อสั่งการ การรายงานงบลงทุนต่อจังหวัด เพื่อกำกับ ควบคุมและติดตามปัญหาที่เกิดขึ้น และรายงานในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร และสรุปเป็นข้อสั่งการของผู้บริหารเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนากระบวนงานนั้นๆต่อไป  ๏ การทบทวนนโยบายและแผนงานพัฒนาคุณภาพอยู่เสมอ โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพได้แจ้งผู้ปฏิบัติงาน และกำหนดแผนงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแจ้งผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง และร่วมกับทีมสำรวจ ในการทำ Hospital Round เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน รับฟังปัญหา และข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาทิ งานพัสดุจัดประชุมกับผู้รับเหมาสิ่งก่อสร้างทั้งก่อนการตรวจรับงาน และระหว่างการตรวจรับงาน เพื่อหารือและรับฟังปัญหา รวมทั้งการชี้แจงระเบียบ ข้อบังคับ และเงื่อนไขตามที่กำหนดในสัญญาจ้างงาน และรายงานผลให้จังหวัดทราบเมื่อมีการประชุมจังหวัด งานการเงินและบัญชี สรุปจัดทำยอดประมาณการ ยอดสรุปผลการเบิกจ่าย ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง รายงานต่อผู้บริหารโดยตรงสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารงาน  ๏ การทำ Internal survey ทำให้เกิดการพัฒนาระบบงานที่ OPD โดยจัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ ก่อนเข้ารับการตรวจวินิจฉัย  ๏ คณะผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญกับการบริหารทรัพยากรในองค์กร และประโยชน์สูงสุดต่องานราชการ ทั้งในด้านการบริหารงานการเงิน พัสดุ แผนงาน บุคลากร การจัดซื้อจัดจ้างโดยยึดถือตามระเบียบที่กรมการแพทย์กำหนด และกฎหมายการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ อาทิ พ.ร.บ. จัดซื้อจัดจ้าง ระเบียบงานสารบรรณ พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์ ระเบียบทางปกครอง เป็นต้น ทั้งนี้ ได้กำหนดเป็นระเบียบ และข้อบังคับภายใน เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาทิ การเบิกค่าเดินทางไปราชการ รูปแบบการเบิกจ่ายงบประมาณตามช่องทางที่ได้รับจัดสรร เป็นต้น  (2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:   * การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:   ๏ ผู้นำสูงสุดปรับปรุงระบบการนำ โดยการทบทวนคณะกรรมการบริหารใหม่จากเดิม 3 ภารกิจ กำหนดเป็น 4 กลุ่มภารกิจ ภารกิจด้านอำนวยการ ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ แต่ละภารกิจจะมีรองผู้อำนวยการ/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้าฝ่ายที่จะกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ (Empower) มีการตั้งคณะกรรมการต่างๆ เช่น ทีมนำ (Leadership team) คณะกรรมการนโยบายและแผน คณะกรรมการ PTC เพื่อการบริหารแบบแนวดิ่งและแนวราบ มีการผสมผสาน (Integrate) และมีระนาบทางการบริหาร (Alignment)  ๏ ผู้นำสูงสุดปรับปรุงระบบการนำ โดยการทบทวนคณะกรรมการบริหารใหม่ตามวาระ (ทุก 2 ปี)  ๏ คณะกรรมการบริหารได้มีการทบทวนบทบาท หน้าที่ และปรับปรุงขอบเขต เนื้อหาและความรับผิดชอบ ตามบริบทและนโยบายในภาพรวมที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ การแก้ไขคำสั่งในการปฏิบัติงานจากการเปลี่ยนแปลง ผู้ปฏิบัติงาน การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ การปรับยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงาน  ๏ มีการประชุมย่อยเพื่อหารือกับผู้บริหารโดยตรงในการแก้ปัญหาจากการทำงาน ภาระงานที่เพิ่มขึ้น โดยพิจารณาจากความเหมาะสมของผู้ปฏิบัติงาน ลักษณะงาน ศักยภาพ ความรู้และความสามารถในการทำงาน  ๏ มีการประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัด KPI performance และ Core competency ตามข้อกำหนดของ ก.พ. เช่น การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม การเสียสละความสุขส่วนตน การทำงานเป็นทีม ฯลฯ แล้วมอบความดีความชอบตามเกณฑ์ที่ประเมิน  ๏ มีการพัฒนาศักยภาพผู้นำทุกปี ปัจจุบันทั้ง 4 ภารกิจหลัก มีบุคลากรผ่านการอบรมผู้บริหารระดับต้น 2 คน ผู้บริหารระดับกลาง 14 คน และผู้บริหารระดับสูง 1 คน  (3) ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:   * ผู้นำให้ความสำคัญไม่เพียงแค่นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนการเงิน และผลประกอบการของโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญในการกำกับติดตามคุณภาพงานรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้งานรักษาพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น องค์ประกอบที่สำคัญของการกำกับดูแลทางคลินิก คือการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วยสุราเพื่อลดระยะภาวะขาดสุรารุนแรง ทบทวนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์จากการพัฒนา คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะขาดสุรารุนแรง ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ในปี 2561-2562 ร้อยละ 100 การจัดการความเสี่ยง การเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย การหลบหนี การวิจัยและพัฒนา การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาและการจัดการระบบสารสนเทศ การเปิดเผยข้อมูลของโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยและสาธารณะ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ ตัวอย่างการเปิดเผยข้อมูล ได้แก่ การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลจัดให้มี การแสดงผลลัพธ์การรักษาบน website ของโรงพยาบาล การจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องร้องเรียน * เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพจึงมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาโดยการนำองค์ความรู้จากการวิจัย, R2R, ประสบการณ์ในการดูแล มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การนำผลงานวิจัยมาใช้ในผู้ป่วยระยะถอนพิษยา เป็นต้น การสร้างองค์ความรู้การให้โอกาสผู้ป่วยติดยาเสพติดมีโอกาสได้เลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง/ การยอมรับ และเคารพในศักดิ์รีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ภายใต้การดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว จัดกิจกรรมทางเลือกเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย มีการประเมินผลทุกระยะของการบำบัดรักษา และกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง * มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มสารเสพติดที่สำคัญ ได้แก่ สุรา สารกลุ่มกระตุ้นประสาท สี่คูณร้อย เฮโรอีน และสารระเหย * มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจสอบทางคลินิก ได้แก่12 กิจกรรมทบทวน, AE, RCA เป็นต้น * เป็นหน่วยงานหลักในการฝึกอบรมและศึกษาดูงานทั้งภายใน 11 จังหวัดภาคใต้และต่างประเทศ เช่น ประเทศมาเลเซีย * มีการสร้างความร่วมมือกับทางคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่ วิทยาลัยบรมราชชนนีสงขลา ในด้านการเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ และการเป็นครูพี่เลี้ยงให้กับนักศึกษา * จัดอบรมสำหรับวิชาชีพต่างๆ เช่น หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติด * หลักสูตรเวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับแพทย์ สำหรับพยาบาล อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และครู   I-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม  (1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ:   * การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ:   ๏ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีข้อกำหนดและระเบียบที่ชัดเจน โดยปรับตามระเบียบและข้อบังคับของ  กรมการแพทย์ และกำหนดเป็นระเบียบและแนวปฏิบัติภายในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความถูกต้อง เรียบร้อย และ  เหมาะสมต่อภาพรวมขององค์กร รวมทั้งสร้างจิตสำนึก คุณธรรม จริยธรรมให้บุคลากร อาทิ ระเบียบการปฏิบัติงาน  เวลา เข้า-ออกงาน การรับสมัคร คัดเลือก แต่งตั้ง และประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นไปด้วยความถูกต้อง โปร่งใส และ  มีกำหนดประกาศชัดเจน  ๏ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ปฏิบัติงานภายใต้กฎหมายและเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับผู้ป่วยและญาติ มุ่งเน้นในการควบคุมการกระทำผิดกฎหมาย ทีมนำมีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปฏิบัติตามกฎระเบียบของราชการและกฎหมายอย่างเคร่งครัด เช่น การควบคุมไม่ให้เจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ การไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดผิดกฎหมาย ไม่เล่นการพนัน เป็นต้น  ๏ ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามข้อกำหนดของ ก.พ. มีการมอบหมายหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงานในการประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance) และสมรรถนะ (Competency) เพื่อหา GAP ในการกำหนด Training Need และกำหนดการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงาน (P4P)  ๏ มีการควบคุมการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการเงิน - บัญชี ระบบพัสดุ ระบบการจัดซื้อ – จัดจ้าง ระบบคงคลัง มีการทบทวนระบบควบคุมภายใน  ๏ การกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีใบประกอบวิชาชีพที่ออกให้โดยหน่วยงาน องค์กร หรือสมาคมของวิชาชีพ  นั้น ๆซึ่งเป็นไปตามกฎหมายและหลักจริยธรรม  ๏ การกำหนดนโยบายให้บุคลากรสวมหมวกกันน็อกขับขี่มอเตอร์ไซค์โดยเคร่งครัด   * การตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:   ๏ การปรับใช้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณะสุขกำหนด และมาตรฐานเฉพาะด้านตามเป้าหมายของ  โรงพยาบาล อาทิ โครงการ Green& Clean ห้องน้ำ ขยะติดเชื้อ Clean Food Good taste มาตรฐานอาหารปลอดภัย  มาตรฐานวิชาชีพ  ๏ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) กำหนดกระบวนการจัดการ ควบคุมกำกับ ระบบบำบัดน้ำเสีย การจัดการขยะ สามารถควบคุมผลกระทบทางลบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี ไม่มีข้อร้องเรียนจากชุมชน  ๏ การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล มีการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่ชุมชน มาตรฐานกรมควบคุมมลพิษ  ๏ ในด้านสิทธิผู้ป่วย โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ให้ความสำคัญต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นความลับ การป้องกันข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผย กำหนดนโยบายในการเก็บข้อมูลทางเวชระเบียน ผลการบำบัดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยกำหนดชั้นความลับและการเข้ารหัสโดยผู้มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลเท่านั้น   * การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม:   ๏ โครงการ 5 สโดยคณะกรรมการตรวจทุกหน่วยงานเพื่อประเมินความเป็นระเบียบ ตามขอกำหนดของ  กิจกรรม 5 ส การจัดเก็บที่เป็นระเบียบ เรียบร้อย ง่ายต่อการใช้งาน โดยมีการให้รางวัลหน่วยงานจัดทำ 5 ส ดีเด่น  เพื่อสร้างแรงจูงใจและเป็นตัวอย่างให้หน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป  ๏ นโยบายประหยัดพลังงาน งานซ่อมบำรุง และกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการ Round สำรวจเครื่องมือ ครุภัณฑ์ และวัสดุ เวชภัณฑ์ที่ใช้งานเพื่อตรวจสอบความปลอดภัย และการเสื่อมสภาพ และกำหนดมาตรการในการดูแล ตรวจสอบเครื่องมือ ครุภัณฑ์ รวมทั้งป้ายประชาสัมพันธ์วิธีการใช้งานที่ถูกต้อง และการประหยัดพลังงาน อาทิ การปิดไฟห้องทำงานเมื่อพักเที่ยง ป้ายเปิดเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศา และปิดเมื่อไม่ใช้งาน การเปิดใช้ลิฟท์โดยสาร 1 ตัว และการล็อคลิฟท์โดยสาร ในเวลาหลังเลิกงาน การเปลี่ยนจากหลอดไฟธรรมดา เป็นหลอดไฟ LED และหลอด LED แบบ Sensor เพื่อลดการใช้พลังงานที่ไม่จำเป็น รวมทั้งการทำตารางควบคุมการบำรุงรักษาและรอบการตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้าขนาดใหญ่ และครุภัณฑ์เสื่อมสภาพ อาทิ ลิฟท์โดยสาร เครื่องปรับอากาศ ถังดับเพลิง สัญญาณไฟฉุกเฉิน สัญญาณเตือนไฟไหม้  ๏ นโยบายการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยงานพัสดุได้จัดทำทะเบียนคุมวัสดุ ครุภัณฑ์ในภาพรวม เช่น ทะเบียนคุมการใช้งานเครื่องถ่ายเอกสารและการใช้กระดาษ นอกจากนี้มีการวางแผนการจัดซื้อวัสดุโดยการเบิกจ่ายตามไตรมาส เพื่อควบคุมการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น  ๏ ระบบการบำรุงรักษาของยานพาหนะ ได้กำหนดแนวทางการบำรุงเชิงป้องกันไว้อย่างเป็นระบบ มีการแบ่งหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลบำรุงรักษารถยนต์ของโรงพยาบาลประจำทุกคัน โดยกำหนดการบำรุงรักษาก่อนและหลังใช้งานประจำวัน บำรุงรักษาตามอายุการใช้งาน ตามคู่มือรถยนต์ และบำรุงรักษาประจำปี ปรากฏว่า รถยนต์มีความพร้อมให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ  ๏ นโยบายประหยัดน้ำ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไปและงานซ่อมบำรุง ได้จัดทำแผ่นป้ายติดประชาสัมพันธ์ตามห้องน้ำ และบริเวณชำระล้าง อ่างล้างมือ ล้างจาน เพื่อส่งเสริมมาตรการประหยัดน้ำ การล้างมือ และตรวจสอบระบบท่อประปา เพื่อดูรอยรั่ว เป็นต้น  ๏ การดำเนินการโครงการ Green & Clean โดยการคัดแยกขยะและโรงพักขยะตามมาตรฐาน Green&Clean การจัดทำห้องน้ำห้องส้วมตามมาตรฐาน HAS ,นโยบาย Food safety Hospital ของกระทรวงสาธารณสุข,โครงการฟื้นฟูฯผู้ป่วย ส่งเสริมและฝึกอาชีพการทำเกษตร โดยเน้นการปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ สนับสนุนให้โรงครัวนำไปประกอบอาหารให้ผู้ป่วยและจำหน่ายให้แก่ญาติผู้ป่วย บุคลากรในโรงพยาบาล และชุมชนโดยรอบ มีการรณรงค์ในการใช้ใบตองและภาชนะบรรจุที่ทำจากวัสดุธรรมชาติแทนถุงพลาสติก  ๏โครงการพัฒนาความรู้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการจัดการขยะเพื่อเพิ่มมูลค่าคัดแยกขยะอินทรีย์และนำไปทำน้ำหมักชีวภาพ เพื่อต่อยอดนำไปใช้ประโยชน์ใน รพ. ได้ เช่น น้ำยาอเนกประสงค์ใช้ภายใน รพ.  ๏โครงการใช้ถุงผ้าใส่ยาแทนถุงพลาสติก ร้านสหกรณ์ใช้ถุงผ้าแทนถุงพลาสติกใส่ของให้ผู้ป่วยใน และโครงการ  รณรงค์การใช้ปิ่นโต Say No Plastic เป็นต้น  ๏ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงานและการดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมทั้งองค์กรด้วยกิจกรรม Big Cleaning Day หน่วยงาน และกิจกรรมปลูกต้นไม้เพิ่มพื้นที่สีเขียวในโรงพยาบาล  (2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:   * ด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย การติดประกาศสิทธิและการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัด รักษา และ   ฟื้นฟู ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทั้งตึกผู้ป่วยในทุกตึกทั้ง หญิงและชาย ตึกผู้ป่วยนอก งานอาชีวะบำบัด โดยมีทีม  แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพคอยให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย และงานเวชระเบียนคอยตรวจสอบสิทธิ์ของ  ผู้ป่วยเพื่อความถูกต้องและลดความเสียหายจากความผิดพลาด การฟ้องร้อง การส่งต่อ การดำเนินคดี   * ด้านคุณธรรมจริยธรรมในการดำเนินงาน มีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการคุณธรรม จริยธรรม เพื่อรายงาน   ตัวชี้วัดและจัดทำโครงการทางด้านคุณธรรมจริยธรรมภายในและภายนอกหน่วยงาน อาทิ โครงการทำบุญต่างๆ  โครงการช่วยเหลือชุมชนโดยรอบ  (3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ:   * กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเยาวชน เป็นกลุ่มผู้ป่วยพิเศษที่ต้องให้ความสำคัญและดูแลอย่างใกล้ชิด ทางโรงพยาบาลแนะนำการบำบัดรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก หรือ คลินิกยาเสพติดใน รพ.ใกล้บ้าน แต่หากผู้ป่วยและครอบครัวและแพทย์พิจารณาให้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน จึงจำเป็นต้องรับไว้บำบัดรักษารวมกับผู้ป่วยอื่นเนื่องจากไม่มีตึกแยกสำหรับเยาวชน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการทะเลาะวิวาทกับผู้ป่วยที่อายุมากกว่าและถูกทำร้ายได้ ทางทีม PCT จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่บรรลุนิติภาวะหรือเยาวชน เช่น จัดทีมพี่เลี้ยงในการดูแล จัดโซนพื้นที่ใกล้เคาท์เตอร์พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมทำกลุ่มแยกจากผู้ป่วยทั่วไป และให้คำปรึกษารายบุคคล * ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา เนื่องจากการบำบัดรักษายาเสพติดมุ่งเน้นที่การลดอาการจากการขาดยา และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมซึ่งต้องใช้ระยะเวลานาน 4 – 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้ารับบริการได้อย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อ้างสิทธิ์ในการตัดสินใจกำหนดแผนการรักษาด้วยตนเอง ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เพราะถ้าหากพยาบาล ใช้เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว เชิงจริยธรรมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ป่วยบำบัดรักษาไม่ครบกำหนดและไม่ครบขั้นตอน * เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยผู้ป่วยทีมีอาการทางจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาล   I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม  (1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ):  ๏ ทีมผู้บริหารคำนึงถึงสังคมและสภาพแวดล้อมรอบโรงพยาบาล ส่งเสริมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์อันดีกับชุมชน  โดยรอบ และกิจกรรมคุณธรรมจริยธรรม โดยมีการจัดกิจกรรมทำบุญ ในวันพระใหญ่ วันสำคัญทางศาสนา และ  วันสำคัญของชาติ มีการจัดตัวแทนและหมุนเวียนกันไปร่วมพิธีระดับจังหวัดอยู่เสมอ มีการออกหน่วยพื้นที่ในชุมชน  โดยรอบ ทั้งวัด มัสยิดในชุมชนบ้านบ่ออิฐ และส่งเสริมให้หน่วยงาน โรงเรียน และมหาวิทยาลัยมาอบรม ศึกษาดูงาน  ให้ความรู้และการป้องกันภัยด้านยาเสพติดอยู่เสมอ  ๏ จัดกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณะประโยชน์ของผู้ป่วย เช่น ตัดแต่งต้นไม้ ถางหญ้า บริเวณถนนชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การแข่งขันฟุตบอล เพื่อเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดี  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ผลการประเมินโครงการ Green and Clean Hospital ระดับดี * รางวัลองค์กรดีเด่นด้านการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก ปี 2560 * รางวัลหน่วยงานดีเด่นคุณธรรมและความโปร่งใส ปี 2562 * เกียรติบัตรการมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพและความปลอดภัย : 2P Safety Hospital * เกียรติบัตรการเป็นหน่วยงานที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบราชการเพื่อประชาชน จาก สำนักคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง | **4** | **I** | วางแผนการสนับสนุนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนต่อการบรรลุ วิสัยทัศน์ |
| 1. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ | **4** | **A** | พัฒนาและสร้างความเข้าใจในวิสัยทัศน์ค่านิยม จุดเน้นให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกกลุ่ม |
| 1. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา | **4** | **L** | สร้างบรรยากาศของการส่งเสริมการเรียนรู้ในทุกระบบ |
| 1. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ | **4** | **I** | ปรับปรุงและพัฒนาการประเมินระบบการนำที่มีประสิทธิภาพ |
| 1. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก | **3** | **I** | - วางแผนการติดตามประเด็นคุณภาพในการดูแล ผู้ป่วยทีมีความเสียง สูง และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ขององค์กร และตอบสนองอย่าง เหมาะสม รวดเร็วครอบคลุมมากขึ้น |
| 1. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม | **4** | **L** | - สร้างวัฒนธรรม และระบบการ ตรวจสอบอย่างต่อเนือง  - จัดทำระบบรายงานให้สม่ำเสมอ รวมทั้งระบบการfeedback ผู้เกี่ยวข้องและกระบวน มีวาระการ ทบทวน กฎหมายระเบียบต่างๆ เป็น รอบประจำปี |

**I-2 กลยุทธ์**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** การบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ระดับความสำเร็จในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) | ระดับ 3 | - | - | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 |
| ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ (Technical support) ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ | ระดับ 3 | - | - | ระดับ 3 | ระดับ 5 | ระดับ 5 |
| ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ | ระดับ 3 | - | - | - | ระดับ 3 | ระดับ 5 |
| ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ | ระดับ 3 | - | - | - | - | ระดับ 4 |
| ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน) | ระดับ 3 | - | - | - | - | ระดับ 5 |
| **ii. บริบท :** โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ในระดับตติยภูมิ ปัจจุบันโครงสร้างการบริหารสายงานแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ ภารกิจด้านอำนวยการ ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ และภารกิจด้านการพยาบาล โดยมีพื้นที่ทั้งหมด 207 ไร่ มีบุคลากรปฏิบัติงานจริง รวม 136 คน แบ่งเป็น ข้าราชการ 76 คน ลูกจ้างประจำ 13 คน พนักงานราชการ 19 คน และพนักงานกระทรวง 28 คน มีจำนวนเตียงรวมทั้งสิ้น 220 เตียง แบ่งเป็น ถอนพิษยา 30 เตียง สุราและยาเสพติดที่มีอาการภาระแทรกซ้อนทางกายและทางจิต 30 เตียง ฟื้นฟูสมรรถภาพหญิง 60 เตียง ฟื้นฟูสมรรถภาพชาย 100 เตียง ทั้งนี้ยังเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดแห่งเดียวในภาคใต้ให้บริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิง มีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ทุกปีโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ และมีการจัดทำรูปธรรมการปฏิบัติตามค่านิยม นำพฤติกรรมการปฏิบัติตามค่านิยมร่วมกรมการแพทย์ MOPHDMS ไปเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคลทุกระดับด้วย และในปี 2563 มีแผนเปิดใช้งานตึกฟื้นฟูชายหลังใหม่ ทำให้มีจำนวนเตียงฟื้นฟูสมรรถภาพชาย จากเดิม 100 เตียง เพิ่มเป็น 180 เตียง ทำให้จำนวนเตียงรวมในปี 2563 เป็น 300 เตียง และมีแผนสร้างตึกฟื้นฟูหญิงเพิ่มอีก 1 หลัง แล้วเสร็จในปี 2564 เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยหญิงที่เพิ่มสูงขึ้น จากการเป็นโรงพยาบาลด้านยาเสพติดแห่งเดียวในภาคใต้ที่รองรับการบำบัด ฟื้นฟู ผู้ป่วยยาเสพติดหญิง  **ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ**: (1)ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และทางกาย ที่  เกินศักยภาพของโรงพยาบาล (2) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม  โอกาสเชิงกลยุทธ์:   ๏ โรงพยาบาลได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากชุมชนและพื้นที่โดยรอบ โดยได้รับความร่วมมืออย่างดีในการประสานงานหลายๆ ด้าน ทำให้การทำงานมีความคล่องตัว และสร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร และกรมการแพทย์ อาทิ โรงเรียนแก้วแต้วพิทยา โรงเรียนบ้านบ่ออิฐ รพ.สต. วัดและมัสยิดโดยรอบ เทศบาลตำบลเกาะแต้ว โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา โรงพยาบาลหมาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เป็นต้น  ๏ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการบำบัด รักษา และฟื้นฟูคนไข้ยาเสพติด อาทิ คนไข้ พ.ร.บ. คนไข้ สปปช. คนไข้คุมประพฤติ  ๏ มีเครือข่ายธัญญารักษ์ที่เข้มแข็ง (6+1) ได้ แก่ สบยช. และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค 6 แห่ง (ปัตตานี ขอนแก่น เชียงใหม่ อุดรธานี แม่ฮ่องสอน สงขลา) ทำให้การทำงาน ประสานงาน มีความคล่องตัวและสร้างอาสาในการพัฒนา บูรณาการงาน แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และทรัพยากรร่วมกัน เป็นไปด้วยความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ  ๏ นโยบายภาครัฐที่สนับสนุนงานด้านยาเสพติดและนโยบายเชิงรุก อาทิ ด้านกัญชา ด้านการบำบัด รักษา และฟื้นฟู ด้านการบูรณากับหน่วยงานภาคี ด้านงานวิจัยและพัฒนา  ๏ สังคมมองภาพยาเสพติดเปลี่ยนไป โดยเปิดกว้าง รับรู้และเข้าใจในงานด้านยาเสพติดมากขึ้น จึงเป็นโอกาสในการสร้างการรับรู้ สร้างภาพลักษณ์ของหน่วยงานในเชิงบวก และการมีส่วนร่วมและบทบาทในงานสาธารณสุขมากขึ้น  ความท้าทายเชิงกลยุทธ์: การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ทั้งการใช้ระบบ  EMRAM3 เชื่อมโยงระบบสแกนเวชระเบียน Nurse assessment and record บันทึกการจ่ายยา,ผล LAB ไว้ใน  ระบบเดียวกัน เพื่อประสิทธิภาพและความรวดเร็ว ถูกต้องในการปฏิบัติงาน การจัดทำ Queue online เพิ่มเติมในส่วน  ผู้ป่วยใน และระบบเรียกคิวหน้าห้องตรวจแลห้องจ่ายยา การปรับระบบการชำระเงินเป็นระบบดิจิทัล โดยใช้เครื่อง  EDC ให้บริการผู้ป่วยนอก (กรมบัญชีกลาง) และผู้ป่วยทั่วไป การลงทะเบียนออนไลน์เพื่อเข้ารับการรักษาผ่านเว็บไซต์  ของโรงพยาบาลและ QR Code การเริ่มใช้ระบบ HosOffice ในการลงวันลา และกำลังเริ่มใช้ผ่านระบบ Mobile และการ  แจ้งเตือนไปยังหัวหน้างาน  ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:  ๏ บุคลากรมีศักยภาพ ความรู้ ความสามารถเฉพาะด้าน มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติด และมี สหวิชาชีพที่หลากหลาย อาทิ นักจิตวิทยาคลินิก นักสงคมสงเคราะห์ นักอาชีวะบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข  ๏ มีความเข้มแข็งทางด้านการเงิน โดยมีสถานะเงินบำรุงคงเหลือสูงกว่ามาตรฐานที่กรมการแพทย์กำหนด และมีเป้าหมายและแผนงานในการหารายได้เพิ่ม การประหยัดรายได้ และการวิเคราะห์แผน/ผลการใช้จ่าย และแหล่งรายได้อย่างต่อเนื่อง  ๏ มีทรัพยากรที่เพียงพอ อาทิ พื้นที่กว่า 207 ไร่ มีอาคารและสถานที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานและรองรับการขยายตัวในอนาคต  ๏ เป็นหน่วยจัดตั้งสำนักงานแพทย์เขตสุขภาพที่ 12 ของกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นFocal point ในการนิเทศ ติดตามงาน HA สุขภาพ  ๏ มีเครือข่ายความร่วมมือกับโรงเรียน, วิทยาลัยและมหาวิทยาลัยในพื้นที่ ได้แก่ โรงเรียนเทศบาล 5 โรงเรียนวรนารีเฉลิม โรงเรียนมหาวชิราวุธ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฯลฯ  **สมรรถนะหลักขององค์กร: (**1) Residential Program รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว ในผู้ป่วยหญิงและชาย ระยะเวลา 4 เดือน  (2) การสร้างความร่วมมือกับชุมชน หน่วยงานภายนอก และภาคีเครือข่ายด้านการบำบัดรักษาและส่งต่อ  ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:  ๏ ผู้นำระดับสูง มีศักยภาพ มีวิสัยทัศน์ และความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ การให้บริการ และการบริหารงานของโรงพยาบาล ประสานความร่วมมือผู้บริหารทุกระดับ เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงาน ปรับเปลี่ยนวิธีการรับรู้ของบุคลากรให้มีความพร้อมในการทำงาน พร้อมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง พร้อมรับความรู้เพื่อเผชิญสถานการณ์ใหม่ๆ รวมทั้งวิธีการทำงานเป็นทีมและการประชุมที่มีประสิทธิภาพรวมทั้ง เพิ่มและสร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรทุกระดับ ทั้งในด้านรางวัลที่เป็นเงินค่าตอบแทน เช่น OT เงินเพิ่มพิเศษ P4P ฯลฯ และที่ไม่ใช่ตัวเงิน เช่น การเข้าเยี่ยมสำรวจลงพื้นที่ทำงานของผู้บริหารระดับสูง การให้โอกาสแสดงความคิดเห็นของบุคลากรทุกระดับ และรับฟังความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรคต่างๆและนำมาแก้ไขอย่างทันท่วงที  ๏ คณะผู้บริหารและบุคลากรมีความพร้อม~~และ~~ในงานด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีศักยภาพในการ  ทำงานเป็นทีม  ๏ มีเครือข่ายและพันธมิตรที่เข้มแข็งสร้างการบูรณาการการทำงานร่วมกันและต่อยอดให้งานเกิดประสิทธิเพิ่มขึ้นอย่าง  ต่อเนื่อง  ๏ คณะผู้บริหารมีศักยภาพและความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ การให้บริการ และการบริหารงานของโรงพยาบาล  ๏ คณะผู้บริหารและบุคลากรมีความพร้อมและในงานด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีศักยภาพในการ  ทำงานเป็นทีม  ๏ มีเครือข่ายและพันธมิตรที่เข้มแข็งสร้างการบูรณาการการทำงานร่วมกันและต่อยอดให้งานเกิดประสิทธิเพิ่มขึ้น  อย่างต่อเนื่อง  **iii. กระบวนการ**  I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:  (1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:   * โรงพยาบาลมีกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ ด้วยการระดมสมองจากคณะผู้บริหารของโรงพยาบาล ประกอบด้วยผู้บริหารทุกระดับ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน โดยใช้สารสนเทศทุกประเภทมาประกอบการวางแผน * ในปี 2557 และ 2560คณะผู้บริหาร หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน ได้ร่วมกันทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยม   องค์กร เพื่อปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล โดยทีมนำสร้างการรับรู้ และความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์ พันธกิจองค์กร ทิศทางในการพัฒนาองค์กร ถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ ทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อม SWOT Analysis เพื่อหาโอกาสและข้อจำกัด การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สู่ กลวิธี แนวปฏิบัติ พร้อมทั้งแปลผลยุทธศาสตร์เป็นคู่มือง่ายๆ เพื่อนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ โดยเชื่อมโยงแผนงาน/โครงการ กับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงในการทำงาน รอบด้าน ทั้งงานด้านการพัฒนาคุณภาพ ตัวชี้วัดระดับกรมและระดับหน่วยงาน ผลการปฏิบัติงาน แผนงาน/โครงการ/วิจัย และการบูรณาการกับของกรมการแพทย์และหน่วยงานอื่นๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันพร้อมทั้งติดตามในเรื่องการประเมินผล เพื่อปรับปรุงแผนปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งหมดนี้มีบุคลากรในทุกระดับได้มีส่วนร่วมในการรับรู้และดำเนินการ  (2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ:   * กลวิธีเชิงรุก : จาการทำ SWOT Analysis บุคลากรส่วนใหญ่มีความสามารถเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีบุคลากรครบสหสาขาวิชาชีพและมีกระบวนการการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ เป็นจุดแข็งของโรงพยาบาล และ รัฐบาลมีนโยบายด้านยาและสารเสพติดที่ชัดเจน มีกฎหมายด้านยาและสารเสพติดที่เอื้อต่อการทำงาน เป็นโอกาสของโรงพยาบาลจึงกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ คือ พัฒนาระบบบริการตติยภูมิด้านยาและสารเสพติดให้มีคุณภาพมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ติดยาและสารเสพติดได้เข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ในเขตบริการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบสู่ บริการครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตามดูแล ต่อเนื่องหลังการรักษา และการส่งต่ออย่างเหมาะสม * กลวิธีตั้งรับ :ใช้จุดแข็งขององค์กรมากำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อรับมือกับอุปสรรค โดยบุคลากรส่วนใหญ่มีความสามารถเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีบุคลากรครบสหสาขาวิชาชีพและมีกระบวนการการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงาน เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคม นักวิจัย ประกอบกับสถานที่ตั้งอยู่ไกลชุมชนและการคมนาคมไม่สะดวก โรงพยาบาลจึงกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ โดยการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการบำบัดให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ได้จัดพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ด้วยหลักสูตร BA , BI มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ รพ.สต. /รพ./สสอ. และส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการให้คำแนะนำและบำบัด/ปรึกษาเบื้องต้นผู้มีปัญหาสารเสพติด เพื่อบูรณาการและพัฒนาระบบงานยาเสพติด /การลดอันตราจากการใช้ยาเสพติด * กลวิธีเชิงป้องกัน :ใช้จุดอ่อนและข้อจำกัดขององค์กรพิจารณาร่วมกันกำหนดเป็นกลยุทธ์ป้องกัน คือ พัฒนาเครือข่ายบริการและวิชาการด้านการบำบัดรักษา พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการ สร้างองค์ความรู้ให้กับเครือข่าย โดยเปิดสอนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใช้ยา และสารเสพติด เป็นการสร้างเสริมความมั่นใจให้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพ ติด ในส่วนที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ * กลวิธีแก้ไข:จากข้อจำกัดด้านบุคลากรไม่เพียงพอกับภารงาน เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคม นักวิจัย ประกอบกับสถานที่ตั้งอยู่ไกลชุมชนและการคมนาคมไม่สะดวก และ รัฐบาลมีนโยบายด้านยาและสารเสพติดที่ชัดเจน มีกฎหมายด้านยาและสารเสพติดที่เอื้อต่อการทำงาน เป็นโอกาสของโรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการให้เอื้อต่อการดำเนินงาน โดยกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ คือ พัฒนาโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาสู่ Smart Hospital   ๏ ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศและนำระบบสารสนเทศมาช่วยในการดำเนินงาน การใช้ระบบ EMRAM 3 เชื่อมโยงระบบสแกนเวชระเบียน Nurse assessment and record บันทึกการจ่ายยา,ผล LAB ไว้ในระบบเดียวกัน เพื่อประสิทธิภาพและความรวดเร็ว ถูกต้องในการปฏิบัติงาน การจัดทำ Queue online เพิ่มเติมในส่วนผู้ป่วยใน และระบบเรียกคิวหน้าห้องตรวจแลห้องจ่ายยา การปรับระบบการชำระเงินเป็นระบบดิจิทัล โดยใช้เครื่อง EDC ให้บริการผู้ป่วยนอก (กรมบัญชีกลาง) และผู้ป่วยทั่วไป การลงทะเบียนออนไลน์เพื่อเข้ารับการรักษาผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลและ QR Code การเริ่มใช้ระบบ Hos-Office ในการลงวันลา และกำลังเริ่มใช้ผ่านระบบ Mobile และการแจ้งเตือนไปยังหัวหน้างาน  ๏ พัฒนาบุคลากรด้านข้อมูลสารสนเทศ โดยฝึกอบรมในทักษะการใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งจัดขึ้นเองโดยอาศัยเจ้าหน้าที่ระบบงานคอมพิวเตอร์  (3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:   * จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย จากรายงานระบบ บสต.ในปี 2562 พบว่า ยาเสพติดหลักที่มีการระบาดในพื้นที่ 11 จังหวัดภาคใต้ 5 อันดับแรก ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา กระท่อม และอื่น ๆ อายุของกลุ่มผู้ป่วย 3 อันดับแรก กลุ่มอายุ 18-24 ปี รองลงมาคือ 25-29 ปี และ30-34 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรและว่างงาน * พบปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตมากขึ้น ทางโรงพยาบาลจึงต้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น อีกทั้งประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อวางแผนป้องกันและแก้ไข   (4) การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:  สมรรถนะด้านการบำบัด  **(**1) Residential Program รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว ในผู้ป่วยหญิงและชาย ระยะเวลา 4 เดือน  (2) การสร้างความร่วมมือกับชุมชน หน่วยงานภายนอก และภาคีเครือข่ายด้านการบำบัดรักษาและส่งต่อ  สมรรถนะบุคลากร   * สมรรถนะมุ่งเน้นผู้รับบริการ   การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มติดรุนแรง และกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน  ผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาส่วนใหญ่มีประวัติการใช้ยามาก่อนถึง 3- 5 ปี ซึ่งทำให้มีการพัฒนาจากผู้เสพเป็นผู้ติดถึงติดรุนแรง ทำให้มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง มีการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังโดยการประเมินความ พึงพอใจของผู้รับบริการ รวมทั้งการรวบรวม การวิเคราะห์ และการสาเหตุของข้อร้องเรียน ซึ่งนำไปสู่ การแก้ปัญหาและการจัดการข้อร้องเรียน   * สมรรถนะการทำงานเป็นทีม   **มีการ**กำหนดบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรแต่ละระดับ เจ้าหน้าที่รับรู้และเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนเองมีส่วนร่วมในการกำหนดภารกิจและเป้าหมายขององค์กร มีการติดตามและประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่อง   * การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง   **โดยการ**สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย (2P Safety) ในบุคลากรทุกระดับ มีการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานทั้งจากภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่องติดตามการดำเนินงานที่สำคัญเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการบริหาร พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร ทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงานตามเกณฑ์ระดับความรุนแรง ทำให้มีการรับรู้ ทบทวนและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงทีและเหมาะสม ลดผลกระทบต่อผู้รับบริการ บุคลากร และองค์กร   * จริยธรรม โดยการส่งเสริมบรรยากาศคุณธรรมจริยธรรมในโรงพยาบาลและส่งเสริมบุคลากรให้ปฏิบัติตนตามหลักศาสนาที่นับถือ โดยกำหนดเป็นนโยบายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านกิจกรรม เช่น การทำบุญ, การปฏิบัติธรรม, การสวดมนต์, การทำบุญในวันรอมฎอน เป็นต้น   (5) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ทำเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ:   * คณะกรรมการบริหารและผู้ปฏิบัติงาน มีการหารือในที่ประชุม และการสำรวจทรัพยากร การทำงาน ปัญหาและ   ข้อเสนอแนะ และวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านความเสี่ยง พบว่า มีข้อจำกัดทางด้านบุคลากรปฏิบัติงานในงานด้านอื่น ๆ อาทิ บุคลากรไม่เพียงพอต่องาน HA ยาเสพติด งานแพทย์เขตสุขภาพ และงานรองรับด้านการให้บริการด้านสุขภาพ ทีมผู้บริหารจึงแก้ไขปัญหาโดยการจัดสรรผู้ปฏิบัติงานตามโครงสร้างและตั้งคำสั่งคณะทำงานร่วม เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมในหลากหลายวิชาชีพ และพิจารณาใช้วิธีจ้างเหมาระบบบริการจากหน่วยงานภายนอก เพื่อลดความซ้ำซ้อน และสร้างประสิทธิภาพในการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้ทรัพยากรบุคคลให้ผู้มีความเชี่ยวชาญในงาน อาทิ การจัดซื้อวัสดุอาหาร การจ้างเหมาแม่บ้าน คนสวน และหน่วยรักษาความปลอดภัย งานด้านการกำจัดขยะ เนื่องจากโรงพยาบาลมีการจัดเก็บขยะอันตราย และขยะติดเชื้อ จึงต้องทำลายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข จึงให้หน่วยงานที่มีความเชียวชาญนำไปกำจัดอย่างถูกวิธีและปลอดภัย  I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์  (1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ความท้าทาย | วัตถุประสงค์ | เป้าหมายและกรอบเวลา | ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม | | 1.การพัฒนา สร้างความร่วมมือกับชุมชน และภาคีเครือข่าย ให้สามารถดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนได้ | 1.ช่วยสนับสนุนการทำงานของโรงพยาบาล เช่น การคัดกรองผู้เสพ ผู้ติด ติดตามผลการบำบัดฟื้นฟูฯ  2.เพิ่มศักยภาพของชุมชนและสถานบำบัด |  | 1.ประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากเครือข่าย  2.อัตราการเสพซ้ำ  3.ร้อยละของสถานบำบัดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ และรักษาสภาพ | | 2. สร้างวัฒนธรรม  ความปลอดภัยตามมาตรฐาน 2  P safety | เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้  ป่วยตามหลัก SIMPLE | 1.ผู้มารับบริการมีความปลอดภัย  2.ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลตามมาตรฐาน | 1. ผู้ป่วยสุราเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงไม่เกิน 72 ชั่วโมง  2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน  3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลช่วยเหลือภายในเวลา 4 นาที และปลอดภัย  4. ผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวชปลอดภัยจากภาวะ EPS | | 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ มีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักธรรมาภิบาล | มีระบบการบริหารจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ | ความสำเร็จของการเพิ่ม  รายได้  ความสำเร็จของการลดรายจ่าย | อัตราความสำเร็จของการเพิ่มรายได้  อัตราความสำเร็จของการลดรายจ่าย |   I-2.2 ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ  (1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว:   * คณะผู้บริหาร ให้ความสำคัญกับทิศทางการพัฒนาองค์กร โดยเชื่อมโยงวิสัยทัศน์ พยาบาล เป้าประสงค์และ   ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์สู่ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล โดยมีเป้าประสงค์ ได้แก่   1. การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service) 2. แพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Health Care Personnel Excellence) 3. การบริหารจัดการที่ดีเป็นองค์กรสมรรถนะสูง (Management Excellence)   โดยมีเป้าหมายในการเป็น Smart Hospital เป็นโรงพยาบาลด้านยาเสพติดระดับภูมิภาค เป้าหมายเพื่อประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน  ๏ จากปัญหาที่ผ่านมายังพบว่า มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร นโยบายและยุทธศาสตร์ ทำให้แผนปฏิบัติ  ราชการไม่ต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนล่าช้า ไม่ทันต่อบริบทและสภาพแวดล้อมในการเปลี่ยนแปลง และในปีช่วงปี  2559-2562 มีการปรับเปลี่ยน วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมร่วม และยุทธศาสตร์โรงพยาบาล เป็น 5 ยุทธศาสตร์ และใน  ปี 2563 มีการปรับใช้ 4 ยุทธศาสตร์ร่วมกลุ่มธัญญารักษ์ และคาดว่าจะเริ่มดำเนินการได้ในไตรมาส 3 ของ  ปีงบประมาณ 2563  (2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:   * ในด้านระบบ มีการทบทวนเวชระเบียน พบปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลไม่สามารถสะท้อนคุณภาพระบบบริการได้ ปัญหาการบันทึกการรักษาของแพทย์ การสรุป charge โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้มีการทบทวนทีมพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนใหม่ ให้มีการติดตาม ตรวจสอบการบันทึกการรักษาทางการแพทย์และการพยาบาลให้ครบถ้วน และนำปัญหามาทำ Tracer เพื่อสร้างระบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น ภายหลังการดำเนินการ พบว่า คุณภาพของการสรุปเวชระเบียนดีขึ้น ทันเวลามากขึ้น เป็นผลให้ค่า CMI สูงขึ้น รายรับของโรงพยาบาลมากขึ้น   (3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:   * มีการจัดสรร ตรวจสอบ ติดตามผลการใช้งบประมาณ มีการส่งเสริมและพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการทางการเงิน มีแผนการใช้จ่ายงบประมาณเป็นรายไตรมาสและมีรายงานแสดงการเปรียบเทียบแผน และผลการใช้จ่ายเงินทุก ๆ ไตรมาส และรายงานสถานะทางการเงินเสนอคณะกรรมการบริหารทุกเดือน * ข้อมูลทางการเงินและงบประมาณเป็นปัจจุบัน สะดวกต่อการนําไปใช้ในการพิจารณา ตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูง * ข้อมูลการเงินและพัสดุครุภัณฑ์ มีการรายงานและจัดเก็บรายงานอย่างเป็นระบบ * มีการจัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาล เพื่อรองรับแผนวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการโดยให้แต่ละฝ่ายหรืองานเขียนเสนอความต้องการในการใช้   (4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:   * ผู้นำระดับสูงมีคำสั่งแต่งตั้งบุคลากรทุกระดับ ตามผังแผนภูมิโครงสร้างองค์กร และมีการกำหนดอำนาจหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร * ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้บริหารทรัพยากรบุคคลจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) มีการเซ็นคำรับรองการปฏิบัติราชการให้กับข้าราชการทุกคน * สนับสนุนบุคลากรเข้าอบรมผู้บริหารระดับต่างๆ เช่น ผู้บริหารระดับต้น กลาง และสูง * พัฒนาบุคลากรที่ตอบสนองกลยุทธ์ของโรงพยาบาล เช่น อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด พยาบาลเวชปฏิบัติ ฯลฯ   (5) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า:   * การติดตามการดำเนินงานติดตามโดยใช้ตัวชี้วัดที่กำหนดตามความสำคัญและเร่งด่วน โดยกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ให้รายงานทุกเดือน ส่วนตัวชี้วัดอื่นให้รายงานตามรอบการรายงานปีละ 1-2 ครั้ง ในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล แต่หากมีผลการดำเนินงานที่มีปัญหาอุปสรรค ส่งผลกระทบต่อคุณภาพหรือชื่อเสี่ยงของโรงพยาบาลให้รายงานตามได้ตามลำดับขั้นและเวลาที่กำหนด   I-2.2 ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ  การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:   * การบริหารจัดการแผนการเงินมีความผันแปรตามงบประมาณที่ได้จัดสรรและผลการดำเนินงานรายปี งบประมาณรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นตามนโยบาย เช่น ค่าตอบแทน P4P ทำให้คณะกรรมการบริหารฯ ต้องทำการการวิเคราะห์และปรับแผนการเงินอยู่เสมอเพื่อให้แผนการพัฒนาดำเนินไป อย่างต่อเนื่องแม้ปัจจัยภายนอกจะเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเพิ่มรายรับโดยพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนนำมาซึ่งรายรับที่เพิ่มขึ้นจากค่า Sum.Adj.RW.   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  ๏ เป็นหน่วยจัดตั้งสำนักงานแพทย์เขตสุขภาพที่ 12 ของกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นFocal point ในการนิเทศ ติดตามงาน HA สุขภาพ  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล | **3** | **L, I** | - พัฒนาระบบฐานข้อมูลของทุกหน่วยงาน ในการวางแผนกลยุทธ์ของ รพ.ในปีต่อไป  - ทบทวนแผนกลยุทธ์และตัวชี้วัด ของ รพ.ร่วมกันในรูปของคณะ กรรมการบริหารคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกลุ่มต่างๆ  - พัฒนาระบบติดตามกำกับกลยุทธ์อย่างสม่ำเสมอ |
| 1. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ | **3** | **L, I** | - ทีมนำประชุมทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อน ความ ท้าทายเชิงกลยุทธ์และกำหนดวัตถุประสงค์ ให้สอดคล้องกันและครอบคลุมการสร้าง เสริมสุขภาพ  - ทบทวนผลการดำเนินงานต่อเนื่องรายไตรมาส  เพื่อปรับแผนกลยุทธ์ให้ตอบสนองต่อปัญหาอย่างทันท่วงที |
| 1. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร | **3** | **L, I** | - กำหนดการนำเสนอข้อมูลผลการ กำกับติดตาม การเปรียบเทียบผล การปฏิบัติงาน ในการประชุม คณะกรรมการบริหารทุกเดือน โดย หัวหน้างานแผนฯ เป็นผู้รับผิดชอบ  - จัดทำแผนทรัพยากรบุคคลทีสอดคล้องกับกลยุทธ์ของ รพ.  **-** วางกลยุทธ์ด้าน digital มาใช้ |
| 1. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า | **3** | **I** | - กำหนดข้อมูลทีจะนำมา Benchmark เพื่อเปรียบเทียบ ผลการดำเนินงานในด้านทีสำคัญ |

**I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1. ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก | 80 | 82.94 | 83.4 | 84.74 | 84.5 | 90.91 |
| 2. ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน | 80 | 81.87 | 81.32 | 82.17 | 82.14 | 85.33 |
| 3. ร้อยละความพึงพอใจของเครือข่ายการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนต่อการได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ | 80 | 83.64 | 87.88 | 86.66 | 93.33 | 86.66 |
| 4.จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย | 0 ข้อ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **ii. บริบท**  ส่วนการตลาดที่สำคัญ :ด้านบริการ : ผู้ป่วยสมัครใจบำบัด, ผู้ป่วยในระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด, สถานพยาบาลเครือข่ายยาเสพติดเขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 (11 จังหวัดสงขลา)  ด้านวิชาการ : สถานพยาบาลเครือข่ายยาเสพติดเขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 (จังหวัดสงขลา), หน่วยงานสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย, กระทรวงยุติธรรม, สถานศึกษาต่างๆ ฯลฯ  กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):  **กลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญและความต้องการ :**   |  |  | | --- | --- | | **กลุ่มลูกค้า** | **ความต้องการ** | | ผู้ป่วยใน | ๏ เลิกยาเสพติดได้  ๏ ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ไม่เปิดเผยความลับต่อผู้อื่น  ๏ การให้บริการสะดวกและรวดเร็ว  ๏ ความปลอดภัย  ๏ การให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส | | ผู้ป่วยนอก | ๏ เลิกยาเสพติดได้  ๏ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ไม่เปิดเผยความลับต่อผู้อื่น  ๏ให้บริการสะดวก รวดเร็ว และความปลอดภัย  ๏ การให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส | | ญาติผู้ป่วยใน | ๏ การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในตึกต่างๆที่สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน  ๏ ต้องการทราบข้อมูลผู้ป่วยขณะบำบัดรักษา  ๏ การให้บริการสะดวกและรวดเร็ว  ๏ การให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส  ๏ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกต้อง  ๏ ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้ | | ญาติผู้ป่วยนอก | ๏การให้บริการสะดวกและรวดเร็ว  ๏การให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส  ๏ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกต้อง  ๏ ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้ |   ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):   |  |  | | --- | --- | | **กลุ่มลูกค้า** | **ความต้องการ** | | - สถานพยาบาลเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 (11 จังหวัดสงขลา)  - หน่วยงานสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย, กระทรวงยุติธรรม, สถานศึกษาต่างๆ ฯลฯ  -กรมคุมประพฤติ | ๏ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดและรูปแบบการบำบัดรักษาที่ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์  ๏ รูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ  ๏ การได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถานพยาบาลเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12(จังหวัดสงขลา)  ๏ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดได้รับการพัฒนาศักยภาพตาม  Service plan  ๏ การรับ ส่งต่อผู้ป่วย  ๏ได้รับความร่วมมือทางวิชาการ เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการ ศึกษาวิจัย  ๏ เป็นแหล่งศึกษาดูงาน และฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และอื่นๆ  ต้องการพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาด้านการบำบัดรักษายาเสพติด  ๏ พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากร  ๏ทีมบำบัดในรูปแบบค่ายบำบัดต่างๆ  ๏ การประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน  ๏ การให้ความร่วมมือและการประสานนโยบายที่สอดคล้องกัน  ๏ ผู้ป่วยที่ส่งมาได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม  ๏ ลดการหลบหนี  ๏ ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้ |   ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:   |  |  | | --- | --- | | **กลุ่มลูกค้า** | **ความต้องการ** | | กรมการแพทย์ | ๏ต้องการให้หน่วยงานเป็น COE ด้านการบำบัดรักษา  ๏ต้องการให้หน่วยงานบรรลุตามเป้าหมาย  ๏ดำเนินงานตามนโยบายที่สอดคล้องกับกรมการแพทย์  ๏มุ่งเน้นค่านิยมองค์กร | | สำนักงาน ป.ป.ส. | ๏องค์ความรู้ และบุคลากรในการทำค่ายบำบัดร่วมกัน  ๏ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดนโยบายด้านการบำบัดรักษา  ๏องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษา  ๏การให้ความร่วมมือและการประสานนโยบายที่สอดคล้องกัน | | สถานพินิจฯ  กรมราชทัณฑ์ | ๏การเข้าร่วมทีมสหวิชาชีพพิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดตามแผนที่กำหนด  ๏การประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน  ๏การให้ความร่วมมือและการประสานนโยบายที่สอดคล้องกัน  ๏ทีมวิทยากรบำบัดให้กับผู้ต้องขัง รูปแบบชุมชนบำบัด  ๏ เป็นพี่เลี้ยง กำกับดูแลมาตรฐานการบำบัดรูปแบบชุมชนบำบัด | | สปสช. | ๏ ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา  ๏การเบิกจ่ายค่ารักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด  ๏การประสานงานที่สะดวก รวดเร็วถูกต้อง ครบถ้วน | | ตำรวจ | ๏ตรวจพิสูจน์หาสารเสพติดที่เชื่อถือได้ |   **iii. กระบวนการ**  I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน  (1) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:   * การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง: * กล่องรับฟังความคิดเห็น สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ญาติ และลูกค้าทุกกลุ่มไว้ตามจุดบริการ * ให้ผู้รับบริการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการต่างๆ เช่น ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และ ญาติ * การสนทนาพูดคุย สอบถาม สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ญาติ และลูกค้าทุกกลุ่ม * การสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วยใน * การสัมภาษณ์รายบุคคล ผู้ป่วยนอก ญาติ ผู้รับผลงานอื่นๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย * เว็บบอร์ด ลูกค้าสามารถแสดงข้อคิดเห็นและความต้องการผ่านทางระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต * การประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง * การนิเทศ/เยี่ยมสำรวจ * การรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการ (Feedback): * โรงพยาบาลมีการติดตั้งตู้รับความความคิดเห็นในจุดที่ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วย * มีกลุ่มประชุมเช้า สำหรับผู้ป่วยใน สามารถแสดงความเห็นหรือระบุความต้องการและปัญหาในการรับบริการได้   - การเสนอแนะข้อมูลและแสดงความคิดเห็นใน Webpage  (2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต:   * มีการจัดทำแบบสอบถามเพื่อรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการ (Patient Experience) ผลการทำ   แบบสอบถาม ดังนี้ ผู้ป่วยชาย 273 ราย หญิง 35 ราย เป็นผู้ป่วยระบบสมัครใจ จำนวน 231 ราย และตามพรบ.ควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวด จำนวน 77 ราย สรุปความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีความ พึงพอใจรวมในทุกด้าน ระดับมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 4.21) โดยเฉพาะผู้ป่วยพรบ. มีระดับความพึงใจมากถึง 4.46 ประเด็นที่พึงพอใจในระดับมาก คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม พูดคุยเรื่องอาการเจ็บป่วย ส่วนประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจ เช่น การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา ( = 4.04) , การให้คำแนะนำที่ชัดเจนถึงอาการที่ต้องพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด ( = 4.05) ,การให้ข้อมูลเรื่องยาผลข้างเคียง และอาการที่ต้องเฝ้าระวัง ( = 4.08) และการตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยโรค ( = 4.09)   * อยู่ระว่างการวางแผนพัฒนาเพื่อเพิ่มเสียงสะท้อนของผู้ป่วยในการรับบริการ   I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน  (1) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ:   * โดยการทำแบบสอบถามแบบสำรวจรายกลุ่ม (Focus Group) แยกตามกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน   I-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก  (1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ:   * โรงพยาบาลมีการนำข้อมูลความต้องการ และการคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของการบริการ เช่น วางแผนการปรับปรุงพัฒนาระบบการทำงาน วางแผนรองรับทำแผนการบริการในอนาคต โดยมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ   (2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:   * โรงพยาบาลมีช่องทางในการค้นหาข้อมูลการเข้ารับบริการได้จาก website ,Facebook, การติดต่อทางโทรศัพท์ หรือการติดต่อประสานผ่านหน่วยงานเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน   (3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ:   * โรงพยาบาลมีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ ตั้งแต่การเข้าถึงบริการ(1) โดยการกำหนดตามความเร่งด่วน (urgent และ non-urgent) (2) กลุ่มโรคตามความเสี่ยงสำคัญ จากการวิเคราะห์ของทีมสหวิชาชีพ (PCT)   I-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น  (1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน:   * โรงพยาบาลมีช่องทางสำหรับผู้ป่วย ญาติและผู้รับบริการ สำหรับเสนอแนะข้อร้องเรียน มีการจัดการข้อร้องเรียน เพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผล โดยคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนอย่างทันท่วงที   (2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:   * โรงพยาบาลมีคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียน ในการจัดการข้อร้องเรียน โดยการแจ้งและประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์ปัญหา จัดการและนำไปปรับปรุง   I-3.3 สิทธิผู้ป่วย  ข(1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:   * ติดประกาศคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและหน้าที่ของผู้ป่วยทุกจุดบริการและหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ เกิดความเข้าใจอันดี * มีการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการติดสินใจในการรักษาให้กับผู้ใช้บริการได้ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน เพื่อสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมให้การรักษาพยาบาล เช่น การใช้แบบฟอร์ม Inform consent ให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา สามารถตัดสินใจที่จะเลือกรูปแบบการรักษาได้ * มีการจัดตั้งคณะกรรมการคุณธรรมและจริยธรรมของโรงพยาบาล * มีการกำหนดให้ มีบัตรแสดงตนของเข้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานตลอดเวลา มีบอร์ดแสดงรูปภาพ ชื่อ ตำแหน่ง ของทีมการรักษาพยาบาลทุกหน่วยงาน   ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:   * การให้คำปรึกษาผู้ป่วยทุกราย ก่อนเซ็นยินยอมและสมัครใจเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอดส์ การรายงานผลแบบปกปิดในระบบ Hosxp และแจ้งผลโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือแพทย์เท่านั้น * การขอข้อมูล ประวัติการรักษาของผู้ที่เข้ารับการบำบัด ต้องมีการทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษร อนุญาตเฉพาะผู้อำนวยการเท่านั้น * การปรับปรุงโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ใช้บริการทุกสภาพร่างกาย เช่น การจัดทำห้องน้ำสำหรับผู้พิการ   ข(7) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก:   * มีแบบฟอร์มการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และรับทราบข้อมูลในการเข้าร่วมโครงการ สามารถตัดสินในการยุติการเข้าร่วมโครงการได้โดยสมัครใจ   ค การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ:   * ผู้ป่วยระยะสุดท้าย -ไม่มี * ผู้ป่วยเด็ก เยาวชน อายุไม่เกิน 15 ปี ให้คำแนะนำบำบัดรูปแบบผู้ป่วยนอกหรือคลินิกยาเสพติดใกล้บ้าน * ผู้สูงอายุ - ไม่มี * ผู้พิการ –หากจำเป็นต้องไว้ มีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยต้องดูแลตัวเองและมีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับผู้อื่น, มีรถเข็น และห้องน้าสำหรับผู้พิการ * ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด : มีนโยบายการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด โดยจะได้รับการประเมินจากทีมแพทย์หรือพยาบาลว่ามีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นหรือตกเตียง * อื่นๆ – ผู้ป่วยจิตเวช   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * พัฒนาระบบงานโดยใช้เทคโนโลยีในการจัดการ เช่น มีระบบการติดตามนัด Online * Application Line ในการให้บริการข้อมูลด้านการบำบัดรักษายาเสพติด * มีการสร้างตึกผู้ป่วยเพื่อขยายบริการที่รองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น * จัดบริการรองรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตจากการใช้ยาเสพติด   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม | 3.5 | I | พัฒนาระบบการเรียนรู้ความคาดหวังของผู้รับบริการ เพื่อวางแนวทางในการปรับปรุงและตอบสนองที่เหมาะสม |
| 1. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน | 3.5 | I | กำหนดรูปแบบการประเมินตามกลุ่มผู้รับการบริการ |
| 1. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก | 3.5 | I | กำหนดผู้รับผลให้ครอบคลุมผู้รับผลงาน เช่น คุมประพฤติ, มหาวิทยาลัยฯ |
| 1. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน | 3.5 | I | มีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและการจัดการคำร้องเรียนที่เป็นรูปธรรม |
| 1. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย | 3.5 | I | พัฒนาบุคลากรให้เข้าใจและสร้างความตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วย เพราะมีประเด็นที่ละเมิดได้ง่ายโดยไม่ตั้งใจ ในการทำงานประจำ |

**I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1.จำนวนครั้งที่ระบบไม่สามารถให้บริการได้ | 0/เดือน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2.ร้อยละของข้อมูลที่สำคัญที่ได้รับการ Back up และสามารถกู้คืนได้ | 80% | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| 3.Information systems response time (sec) | ≤ 10 นาที | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 4.จำนวนองค์ความรู้สำคัญที่ถ่ายทอดให้กับบุคลากรและเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด |  | 5 | 6 | 6 | 9 | 9 |
| 5.จำนวนองค์ความรู้สำคัญที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาบุคลากร |  | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 |
| **ii. บริบท**  วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์: (1) Online Service /PPP (Public Private Partnership)  (2) Digital service – พัฒนาโครงสร้างระบบ IT  - พัฒนา Software เพื่อรองรับ EMR และ Back office  - พัฒนา Digital staff 4.0  กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:(1) กลุ่มผู้ป่วยในระบบนัดหมาย ติดตามผลการรักษา (2) กลุ่มผู้รับบริการ 2.1ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ใช้ในการดูประวัติการรักษา การใช้ยา 2.2 ผู้บริหาร ใช้ในการนำข้อมูลในการวางแผนบริหารจัดการ จัดการ 2.3 ทีมคุณภาพต่างๆเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำสู่การวัดวิเคราะห์เสนอผู้บริหาร  แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ: (1) เป้าหมายระดับกรมการแพทย์ (2) โรงพยาบาลในระดับภูมิภาค  เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ: คอมพิวเตอร์สําหรับจัดเก็บข้อมูลครบทุกหน่วยงาน จํานวน 70 เครื่อง เชื่อมต่อระบบเครือข่ายทุกเครื่อง มี Server หลัก 4 เครื่อง มีการเชื่อมโยงเครือข่ายภายในด้วยระบบ LAN และเครือข่ายภายนอก Internet ด้วยระบบ Leadline TOT 20 Mbps และ Leadline GIN 2 Mbps และมีระบบสํารองFTTx 30/3 Mbps มีระบบรักษาความปลอดภัยของระบบสารสนเทศและความลับของข้อมูล สำหรับองค์กรด้วยระบบ Authentication ,Server Backup ,Firewall โปรแกรม Antivirus , เครื่องสํารองไฟ ,เครื่องปั่นไฟ ที่สามารถเดินเครื่องอัตโนมัติภายในเวลา 5 นาที หลังไฟฟ้าดับ  **ii. กระบวนการ**  I-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทั่วทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):   * ทาง รพ. ได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญที่สะท้อนถึงผลการดำเนินงานทั้งด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวิชาการ งานวิจัย ถ่ายทอดองค์ความรู้ และพัฒนาเครือข่าย เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้โรงพยาบาลสามารถกำกับติดตามและใช้ประโยชน์ตัวชี้วัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดแนวทางในการจัดการข้อมูล ดังต่อไปนี้ เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบ กำหนดผู้รวบรวม จัดเก็บ ระยะเวลาการจัดเก็บ ผู้วิเคราะห์และนำไปใช้ ให้ครอบคลุมด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety) และความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ (Personal Safety) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การเงินการคลัง : เพิ่มรายได้ ควบคุมรายจ่าย การเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ : การทำงานเป็นทีมอย่างมีชีวิตชีวา เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงคือ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia, Drug dependence with drug induced psychosis, Drug dependence with TB * ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยหลบหนี พบว่า ในปี 2560 ผู้ป่วยหลบหนีร้อยละ 11.57 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2558 – 2559 (ร้อยละ 10.64 , 9.24) จึงมีการทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่หลบหนี สาเหตุ ช่วงเวลา ช่องทาง วิธีการหลบหนี พฤติกรรมที่แสดงถึงความเสี่ยงหลบหนี นำมาปรับปรุงกระบวนการประเมิน การดูแล การเฝ้าระวัง สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ ปรับโครงสร้างทางกายภาพ เช่น ติดเหล็กดัดรอบอาคาร เป็นต้น ส่งผลให้ร้อยละผู้ป่วยหลบหนีลดลงในปี 2561 -2562 ร้อยละ8.01, 10.62 ตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถบำบัดรักษาครบกำหนดมากขึ้น * ตัวชี้วัดสำคัญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราพบว่า ผู้ป่วยสุราเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงนานกว่า 72 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นในปี 2559-2560 จากร้อยละ 11.11 เป็นร้อยละ 28.57 เมื่อทบทวนพบว่าภาวะ K ต่ำเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสุราเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง ทาง รพ.จึงได้กำหนดให้ฝ่ายเภสัชกรรมจัดหา KCL สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าว * การนำ Service plan สาขายาเสพติด มาวางแผนพัฒนาเครือข่ายผู้บำบัดรักษายาเสพติดในเขตสุขภาพ 11, 12 พบว่าต้องการให้มีการพัฒนาสมรรถนะด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ผู้นำจึงกำหนดนโยบายโดยประสานกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดย รพ.ธัญญารักษ์สงขลาเป็นสถาบันหลักในการเรียนการสอน หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น 4 เดือน สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ซึ่งดำเนินการมาแล้ว 4 รุ่น จำนวน 74 คน   (2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:   * นำข้อมูลเพื่อพัฒนาบริการ ได้แก่ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย และร้อยละของผู้ป่วยบำบัดรักษาครบกำหนด ร้อยละของผู้ป่วยสุราที่เกิดภาวะขาดสุรารุนแรง * จากการประชุม VDO conference ของ สบยช.ร่วมกับ รพ.ธัญญารักษ์ภูมิภาค (6 + 1) ได้กำหนดการพัฒนาการรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันและสามารถเปรียบเทียบกันได้ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยหลบหนี ร้อยละของผู้ป่วยสุราที่เกิดภาวะขาดสุรารุนแรง เป็นต้น   (3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):   * เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาในการตอบสนองการบริการจากผู้รับบริการ โรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการ Patient experience Program (PEP) จากข้อมูลแบบสำรวจ จำนวน 308 ชุด มีการจัดทำแบบสอบถามเพื่อรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการ (Patient Experience) ผลการทำแบบสอบถาม ดังนี้ ผู้ป่วยชาย 273 ราย หญิง 35 ราย เป็นผู้ป่วยระบบสมัครใจ จำนวน 231 ราย และตามพรบ.ควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวด จำนวน 77 ราย สรุปความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีความพึงพอใจรวมในทุกด้าน ระดับมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 4.21) โดยเฉพาะผู้ป่วยพรบ. มีระดับความพึงใจมากถึง 4.46 ประเด็นที่พึงพอใจในระดับมาก คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม พูดคุยเรื่องอาการเจ็บป่วย ส่วนประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจ เช่น การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา (x ̅ = 4.04) , การให้คำแนะนำที่ชัดเจนถึงอาการที่ต้องพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด (x ̅ = 4.05) ,การให้ข้อมูลเรื่องยาผลข้างเคียง และอาการที่ต้องเฝ้าระวัง (x ̅ = 4.08) และการตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยโรค (x ̅ = 4.09) * คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2558 – 2562 ผู้ป่วยนอกร้อยละ 82.94, 83.4, 84.74, 84.5 และ 90.91 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยใน ร้อยละ 81.87, 81.32, 82.17,82.14 และ 85.33 ตามลำดับ ประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจพบว่า ไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้เนื่องจากเตียงเต็มไม่สามารถรับเข้าเป็นผู้ป่วยในได้ ในปี 2563 จึงมีแผนเปิดใช้งานตึกฟื้นฟูชายหลังใหม่ ทำให้มีจำนวนเตียงฟื้นฟูสมรรถภาพชาย จากเดิม 100 เตียง เพิ่มเป็น 180 เตียง ทำให้จำนวนเตียงรวมในปี 2563 เป็น 300 เตียง และมีแผนสร้างตึกฟื้นฟูหญิงเพิ่มอีก 1 หลัง ในปีงบประมาณ 2563 จะแล้วเสร็จในปี 2564 เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยหญิงที่เพิ่มสูงขึ้น จากการเป็นโรงพยาบาลด้านยาเสพติดแห่งเดียวในภาคใต้ที่รองรับการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยยาเสพติดหญิง * (4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร: * โรงพยาบาลได้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลการดำเนินงานของ รพ.ในด้านการดูแลผู้ป่วยมิติการเข้าถึง การดูแลต่อเนื่อง ความเหมาะสมในการดูแล ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแล ความปลอดภัยในการดูแล มิติคนเป็นศูนย์กลาง ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ของ PSG ในด้านการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ความปลอดภัยในการใช้ยา การวินิจฉัยและการดูแล การตอบสนองต่อสถานการณ์เร่งด่วน ผลลัพธ์ด้านกำลังคน การนำ และการเงิน * กำหนดความสำคัญของตัวชี้วัดและความถี่ในการรายงาน ได้แก่ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วยรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน ผลการดำเนินงานด้านอื่นๆเช่น การเงิน ทรัพยากรบุคคล รายงาน กพร. ให้รายงานตามรอบรายงานปีละ 2 ครั้ง และหากเกิดอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงให้รายงานตามความเร่งด่วนตามที่ได้กำหนดไว้   I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:   * จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในด้านการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยพบว่าแต่ละวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เสริมสร้างแรงจูงใจ ประเมินสภาพจิต ปัญหาทางสังคม เป็นต้น แต่จากการทบทวนเวชระเบียนไม่พบการบันทึกกิจกรรมการดูแลดังกล่าวในแฟ้มผู้ป่วย จึงมีการพัฒนาการดูแลของสหวิชาชีพให้มีการบันทึกการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตามบทบาทของวิชาชีพเพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารให้มากขึ้น ผลลัพธ์พบว่า ร้อยละการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก ปี 2561 ร้อยละ 44 เป็นร้อยละ 80.48 ในปี 2562 * กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษามีทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัดโดยใช้ระยะเวลา 4 เดือน จากการทบทวนผลการดำเนินการพบว่าผู้ป่วยสมัครใจซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญเข้ารับการรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงร้อยละ 50 จึงได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับกระบวนการดูแล โดยเน้นการประเมินแรงจูงใจในการเลิกยา (Stage of change) และให้คำแนะนำปรึกษาตามระยะของผู้ป่วย กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สร้าง Ex-staff เพื่อให้เป็นแรงบันดาลใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยระบบสมัครใจเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น * จากปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดเกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตจากการใช้ยาเสพติด พบว่ามีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเข้าบำบัดรักษาหรือส่งตัวมาจาก รพ.ชุมชน รพ.เฉพาะทางจิตเวช เข้ารับการบำบัดรักษามากขึ้น สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ในปี 2558 – 2561 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 8.03,11.12, 30.42 และ33.76) ตามลำดับ แม้ว่าในปี 2562 มีแนวโน้มลดลง แต่ก็พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (ร้อยละ 28.83) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้านอาการและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทีมการดูแลผู้ป่วยกำหนดให้มีการประเมินสภาพและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยแพทย์ พยาบาลและนักจิตวิทยา พูดคุยจูงใจญาติและผู้ป่วย ให้ข้อมูลเรื่องรูปแบบการบำบัดรักษา ผลที่เกิดขึ้นจากการฟื้นฟูสภาพและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจการเข้ารับการฟื้นฟู พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเข้ารับการฟื้นฟูมากขึ้นในปี 2560 -2562 ร้อยละ 69.09, 94.12, 85.19 ตามลำดับ * การเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อจาก สปสช. ได้แก่ การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในการส่งเบิกเงิน (e-Claim) กับ สปสช. เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 ในไตรมาสที่ 4 (จากเดิม ไตรมาสที่ 1 – 3 คือ ร้อยละ 80.93, 57.74, 71.70 ตามลำดับ) ของปีงบประมาณ 2562   I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:   * โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการปรับปรุงผลการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนา ในการทบทวนและพัฒนาระบบบริหารงานคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น (1) การวิเคราะห์เสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและผู้รับบริการ ได้วางแผนโอกาสพัฒนา (2)การสำรวจวัฒนธรรมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ผู้นำของโรงพยาบาลได้ดำเนินการประกาศนโยบาย 2P safety เพื่อมุ่งเน้นและส่งเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยการปฏิบัติตามหลัก SIMPLE กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล * การเพิ่มรายได้ได้แก่การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในการส่งเบิกเงิน (e-Claim) กับ สปสช. เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 ในไตรมาสที่ 4 (จากเดิม ไตรมาสที่ 1 – 3 คือ ร้อยละ 80.93, 57.74, 71.70 ตามลำดับ) ของปีงบประมาณ 2562 * จากการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าบำบัดรักษาเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าบำบัดรักษาจากการใช้ยาเสพติดที่ผ่านมา แพทย์ประเมินว่าเกินศักยภาพของโรงพยาบาลต้องส่งต่อทั้งทางกายและทางจิตรวม ปี 2558 – 2562 จำนวน 10, 13, 16, 5 และ 6 รายตามลำดับ ทางรพ. จึงได้ทบทวนและกำหนดเกณฑ์การรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน กำหนด EWS และประสานหน่วยงานรับส่งต่อ, 1669 ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นระหว่างนำส่ง เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย   I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ  (1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):   * มีการใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน และตรวจสอบข้อมูลผ่านโปรแกรม oppp * การกำหนดข้อมูลสำคัญเพื่อให้สะท้อนผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ โดยกำหนดตัวชี้วัด แนวทางการรวบรวมข้อมูล ความถี่ในการรายงาน ระบบการรายงานกรณีพบผลการดำเนินงานกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การบริการ ชื่อเสียงของ รพ. หรือผลการดำเนินงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย   (2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:   * มีระบบสำรองข้อมูลแบบ realtime และ manual และระบบความมั่นคงปลอดภัยกับสารสนเทศที่มั่นคง * ทีมคุณภาพประสานงานกับงานสารสนเทศวางแผนการเก็บข้อมูลและการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบ โดยกำหนดให้บันทึกข้อมูลในระบบ Hosxp * การพัฒนาระบบ Hosoffice ในการยื่นใบลา การแจ้งเตือนและการอนุมัติลาในระบบ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ที่ผ่านมา ตอบสนองนโยบายการก้าวสู่ Smart Hospital และการลดใช้กระดาษ (Paperless) ปัจจุบัน กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศกำลังพัฒนาระบบให้สามารถแจ้งเตือนผ่าน Line ของผู้บังคับบัญชาแต่ละระดับ และสามารถลาในระบบ online และระบบ Mobile app ได้โดยไม่ต้องพิมพ์เอกสาร และการนำไปปรับใช้ระบบอื่นๆในโรงพยาบาลต่อไป * การส่งเสริมการส่งเสริมงานพัฒนาคุณภาพองค์กร (HA) อย่างต่อเนื่อง เช่น การรายงานความเสี่ยงออนไลน์   ผ่านระบบ RM Online ที่พัฒนาเองในโรงพยาบาล และอบรมผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงประเภทต่างๆ จนกระทั่งในปัจจุบันได้เรียนรู้การรายงานความเสี่ยงผ่านระบบ HRMS on Cloud & NRLS และมีการติดตามในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับนโยบายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 2P Safety โดยมีการประกาศนโยบายดังกล่าวและได้รับเกียรติบัตรในการเข้าร่วมโครงการจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)   * ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศและนำระบบสารสนเทศมาช่วยในการดำเนินงาน การใช้ระบบEMRAM 3 เชื่อมโยงระบบสแกนเวชระเบียน Nurse assessment and record บันทึกการจ่ายยา,ผล LAB ไว้ในระบบเดียวกัน เพื่อประสิทธิภาพและความรวดเร็ว ถูกต้องในการปฏิบัติงาน การจัดทำ Queue online เพิ่มเติมในส่วนผู้ป่วยใน และระบบเรียกคิวหน้าห้องตรวจแลห้องจ่ายยา การปรับระบบการชำระเงินเป็นระบบดิจิทัล โดยใช้เครื่อง EDC ให้บริการผู้ป่วยนอก (กรมบัญชีกลาง) และผู้ป่วยทั่วไป การลงทะเบียนออนไลน์เพื่อเข้ารับการรักษาผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลและ QR Code การเริ่มใช้ระบบ Hos-Office ในการลงวันลา และกำลังเริ่มใช้ผ่านระบบ Mobile และการแจ้งเตือนไปยังหัวหน้างาน   I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ  (1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:   * เพื่อให้มั่นใจในระบบความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย มีกำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลการใช้งานโดยมี Username และ Password ของบุคลากรในการใช้งานโปรแกรม Hosxp   (3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:   * เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาในการส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยสามารถรักษาความลับของผู้ป่วยและป้องกันการถูกร้องเรียน โรงพยาบาลได้วางแผนไว้ ดังนี้ กำหนดนโยบายให้ส่งข้อมูลผู้ป่วยทางออนไลน์เพื่อประกอบการวินิจฉัยหรือรักษาเท่านั้น การจัดตั้งกลุ่มไลน์เป็นระบบปิดเฉพาะกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มรับรู้และเข้าใจบทบาทการรักษาความลับ หากต้องมีการถ่ายรูปจะไม่ให้เห็นหน้าหรือการระบุตัวตนของผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นและแนวทางการปฏิบัติทุกครั้ง * การใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มช่องทางให้ผู้เข้ารับการบำบัดติดต่อสื่อสารกับครอบครัว โดยแบ่งเป็น การให้ข้อมูล ข่าวสาร การบำบัดทั้งก่อน/ขณะ/หลังบำบัด และการติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา ปัจจุบันมียอดผู้รับบริการผ่านระบบ Line ดังนี้ ปี 2561 =253 ราย และปี 2562 = 340 ราย ซึ่งผู้รับบริการทั้งหมดได้รับข้อมูลตอบกลับในด้านข้อมูลที่สอบถามหรือขอคำแนะนำปรึกษาร้อยละ 100   I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร  (1) การสร้างและจัดการความรู้:   * เกิดเป็นคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ case conference การประชุมวิชาการเครือข่าย นำเสนองานพัฒนาคุณภาพ * มีการกำหนดความรู้ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ การคัดกรองผู้ติดยาเสพติด, การดูแลผู้ป่วยสุรา, การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน , การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต , การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการให้คำปรึกษาเชิงลึก , การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI), CBT, SATIR , การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม, การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด , การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น * เกิดเป็นคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ case conference การประชุมวิชาการเครือข่าย นำเสนองานพัฒนาคุณภาพ * พัฒนานักวิจัยและสร้างผลงานวิจัย * ศิลปะบำบัดต่อการจัดการอาการอยากยาของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา * เหตุผลของการเสพยาเสพติดประเภทสี่คูณร้อย และยาบ้าหรือกัญชาในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และปัตตานี * ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา * ปี 2558 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ปี 2559 การพัฒนาเรื่องการประเมินเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีน ปี 2560 การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจ ปี 2561 การพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ปี 2562 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การบำบัดผู้ป่วยด้วยศิลปะบำบัด การประเมินผู้ป่วยสุราด้วย CIWA-Ar * จัดให้มีเวทีนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพ CQI และ เรื่องเล่าการดูแลผู้ป่วย * มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจสอบทางคลินิก ได้แก่12 กิจกรรมทบทวน, AE, RCA เป็นต้น   (2) การระบุ good practice และขยายผล:   * การสร้างเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment and rehabilitation: CBTx) เป็นการนำหลักคิดการแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชนโดยชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างยั่งยืน มีการประชุม / อบรม สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งใน Service plan ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล ในปี 2562 ขยายผลให้เกิดการบำบัดในชุมชนทุกจังหวัด มีการคัดเลือกพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานที่ดี ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ,กระบี่ ,สงขลา เพื่อไปนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน * มีการพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ศาสนสถานเป็นศูนย์กลาง พบว่า วัดไม้เสียบมีการดำเนินการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วราการ จังหวัดนครศรีธรรมราช ทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาร่วมกับสำนักงานจังหวัดนครศรีธรรมราชและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมดำเนินการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาให้ได้คุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมการดูแลทั้งองค์รวม มีการตรวจวินิจฉัยโรคทั้งทางกายและทางจิต รักษาและส่งต่ออย่างเป็นระบบ สามารถถอดบทเรียนและขยายผลสู่ศาสนสถานอื่นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป ได้แก่ การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเกาะแลหนัง อ.เทพา จ.สงขลา * พัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนของศูนย์จินดาภรณ์ อ.จะนะ จ.สงขลา โดยความร่วมมือของ รพ.จะนะ และ สสจ.สงขลา มีการติดตามความก้าวหน้าและให้คำปรึกษาโดย รพ.ธัญญารักษ์สงขลาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง * การทำวิจัยกึ่งทดลองเรื่องศิลปะต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยยาไอซ์ นำผลมาทดลองซ้ำในกลุ่มยาเสพติดอื่นๆ ได้ผลลัพธ์ที่ดีจึงประกาศนโยบายของ รพ. ใช้การทำกลุ่มศิลปะบำบัด พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา ด้านศิลปะ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จัดทำและแก้ไขคู่มือให้นำไปใช้ใน รพ.นำร่อง ได้แก่ รพ.มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, รพ.ธัญญารักษ์สงขลา, รพ.ธัญญารักษ์ปัตตานี, รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น และ รพ.ชุมชน ทำให้ได้คู่มือการบำบัดสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดด้วยศิลปะบำบัด ขยายผลโดยการจัดประชุมโครงการพัฒนาเครือข่ายผู้บำบัดรักษายาเสพติดที่ใช้ศิลปะบำบัดในเขตสุขภาพที่ 11,12   (3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร:   * มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งภายในและภายนอก พบว่า ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพอย่างน้อย 10 วัน / คน / ปี ปี 2558 – 2562 ร้อยละ 80, 80, 80, 82.4 และ 82.8 ตามลำดับ * จัดให้มีเวทีนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพ CQI และ เรื่องเล่าการดูแลผู้ป่วย ทบทวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจสอบทางคลินิก ได้แก่12 กิจกรรมทบทวน, AE, RCA เป็นต้น * ประชุม Conference case ที่ยุ่งยากซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia, Drug dependence with drug induced psychosis, Drug dependence with TB * การประชุมวิชาการเครือข่าย * แลกเปลี่ยนหมุนเวียนการปฏิบัติงานของบุคลากรในกลุ่มบำบัดด้วยยา และกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * มีผลงานวิจัยด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทุกปี * เป็นแหล่งเรียนรู้ ศึกษาดูงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดทั้งในและนอกประเทศ   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. การวัดผลการดำเนินงาน | 3.0 | D,A | พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นทิศทางเดียวกันทั้งองค์กรและกลุ่มธัญญารักษ์เพื่อใช้ข้อมูลในการเปรียบเทียบในกลุ่มธัญญารักษ์ |
| 1. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง | 3.0 | A,L,I | พัฒนาและเพิ่มความสามารถในการตอบสนองความต้องการของ รพ. และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต การจัดบริการบำบัดรักษาที่มีคุณภาพเพิ่มรายได้แก่ รพ. การพัฒนาการ Record เวชระเบียนให้สมบูรณ์ |
| 1. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ | 3.5 | D, I | -ประเมินการความต้องการการใช้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการอย่างต่อเนื่อง  - สร้างแนวทางการเข้าถึงข้อมูลให้ง่ายต่อการบันทึกและพัฒนาการนำข้อมูลมาใช้  - กำหนดแผนในการทบทวนและตรวจสอบข้อมูล |
| 1. การจัดการระบบสารสนเทศ | 3.5 | D, I | - ออกแบบการประเมินต่างๆ เช่น การรักษาความลับ ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล เป็นต้น |
| 1. ความรู้ขององค์กร | 3.5 | L, I | - สนับสนุนการสร้างความรู้ นวัตกรรมและการแลกเปลี่ยนในการปฏิบัติงาน |

**I-5 กำลังคน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ขีดความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะความรู้สายอาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัช ฯลฯ) | 90 | 80 | 80 | 80 | 80.5 | 82 |
| ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพอย่างน้อย 10 วัน / คน / ปี | 90 | 80 | 80 | 80 | 82.4 | 82.8 |
| ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ | 80 | 50.43 | 50.41 | 64.75 | N/A | 48.50 |
| ร้อยละของเจ้าหน้าที่ มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (23 กก./ม.2) | ≤ 30 | 54.39 | 57.58 | 57.58 | N/A | 50 |
| ร้อยละความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร | 80 | 80 | 80.13 | 80.78 | 80 | 82 |
| ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อบรรยากาศการทำงาน | 80 | 80 | 82.38 | 82.50 | 82.78 | 82.86 |
| อัตราการคงอยู่ของบุคลากร | 90 | 98.72 | 97.44 | 98.72 | 97.44 | 98 |
| **ii. บริบท :** โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ให้บริการบำบัดรักษา ผู้ติดยาและสารเสพติด ทั้งชายและหญิงในระบบ สมัครใจ และระบบควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวด จำนวน 220 เตียง โดยให้บริการผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาจำนวน 70 เตียง แบ่งเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 60 เตียงและผู้ป่วยหญิงจำนวน 10 เตียง และให้บริการผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 150 เตียง แบ่งเป็นผู้ป่วยชาย จำนวน 100 เตียงและผู้ป่วยหญิงจำนวน 50 เตียง  อัตรากำลังของบุคลากรโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีจำนวน 153 คน ได้แก่ ข้าราชการ จำนวน 76 คน ลูกจ้างประจำ จำนวน 13 คน พนักงานราชการ จำนวน 19 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 28 คน และพนักงานจ้างเหมาบริการ จำนวน 17 คน ปัจจุบันมีข้าราชการด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นายแพทย์ 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 47 คน และสาขาอื่นๆ 26 คน  ด้านการพัฒนาบุคลากร มีการส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการเพิ่มคุณค่า โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เป็นมืออาชีพด้านการบำบัดและด้านวิชาการ มีการพัฒนาสมรรถนะ (Competency) มีทั้ง Core, Functional และ Specific Competency  การบริหารทรัพยากรบุคคล มุ่งเน้น ให้คนทำงานงาน เก่ง ดี มีความสุข มีกลยุทธ์ คือ สร้างเสริมแรงจูงใจและบรรยากาศให้เอื้อต่อการทำงาน มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้เพียงพอตาม Service plan และส่งเสริมสนับสนุนด้านวิชาการและการจัดการความรู้  กำลังคนประเภทต่างๆ ขององค์กร:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ประเภท** | **จำนวน** | **ร้อยละ** | | ข้าราชการ | 76 | 49.67 | | ลูกจ้างประจำ | 13 | 8.50 | | พนักงานราชการ | 19 | 12.42 | | พนักงานกระทรวงสาธารณสุข | 28 | 18.30 | | จ้างเหมาบริการ | 17 | 11.11 | | **รวม** | 153 | 100 |   สมรรถนะหลักขององค์กร: แพทย์และบุคลากรมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Health personal excellence) ด้านยาและสารเสพติด สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ทั้งทางวิชาการและบริการการทำงานกับทุกภาคส่วนได้อย่างดียิ่ง ภายใต้ความถูกต้องชอบธรรม  ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน: ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ปรากฎผลดังนี้ ความมั่นคงในตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพ,สภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน สิ่งอำนวยความสะดวก, วัฒนธรรมองค์กรที่อยู่ร่วมกันมีความรักใคร่และเอื้ออาทร จากการประเมินความผูกพัน ปี 2560 – 2562 บุคลากรมีความผูกพันเฉลี่ย ร้อยละ 80  ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรต่อบรรยากาศการทำงานขององค์กร เรียงลำดับความสำคัญได้ดังนี้ การได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการต้องการเพิ่มมากขึ้น จากการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อบรรยากาศการทำงานขององค์กร ปี 2562 บุคลากรมีความพึงพอใจร้อยละ 82.86  จากการวิเคราะห์อัตราการคงอยู่ (Turn over rate) ปี 2560 – 2562 พบว่า บุคลากรมีอัตราการคงอยู่ เท่ากับ ร้อยละ 98.72 , 97.44 , 98.00  ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน: (1) โรคเมตาบอลิก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะตับอักเสบ โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน กรดยูริกสูง โคเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซีด เป็นต้น (2) สภาพแวดล้อมและอุบัติเหตุในการทำงาน  **iii. กระบวนการ**  I-5.1 ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน  (1) ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง:   * โรงพยาบาลมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละตำแหน่ง และได้มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance) และประเมินสมรรถนะ (Core competency) ปีละ 2 ครั้ง โดยกำหนดตัวชี้วัดตามบริบท เช่นตัวชี้วัดตามนโยบาย ปริมาณ/ลักษณะงาน ระเบียบราชการ เป็นต้น สำหรับปี 2560-2562 ผลการประเมินพบว่า บุคลากรผ่านเกณฑ์ 100 เปอร์เซ็นต์   (2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน:  • การสรรหาบุคลากร เพื่อบรรจุในตำแหน่งที่ว่าง มีการเปิดรับสมัครบุคลากรในตำแหน่งที่ว่างโดยดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลา เพื่อให้ได้บุคลากรมาปฏิบัติงานโดยเร็ว สำหรับในช่วงเวลาที่เร่งด่วนยังไม่มีอัตรากำลัง แก้ไขโดยการให้ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลา โดยมีค่าตอบแทนในส่วนที่เกินเวลาปกติ สำหรับการรักษากำลังคนให้คงอยู่กับหน่วยงาน ลดการโอน/ย้าย การลาออก โดยจัดสวัสดิการให้กับบุคลากร เช่น มีบ้านพัก มีการจ่ายเงินจากผลการปฏิบัติงานของบุคลากร Pay for Performance : P4P  (3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ:   * จากการวิเคราะห์การย้าย/ลาออกของบุคลากรปี 2562 เท่ากับ 1.96 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเป็นอัตราที่น้อยมาก กลุ่มที่ลาออกเป็นข้าราชการที่ต้องการไปประกอบอาชีพอื่น   (4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:   * มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบตามความรู้ ความสามารถของแต่ละบุคคล มีการควบคุมกำกับการทำงานโดยหัวหน้าหน่วยงานและมีเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัด บทเรียนในการบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อให้งานขององค์ประสบความสำเร็จ   I-5.1 ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน  (2) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:   * การจัดสรรสวัสดิการและค่าตอบแทนที่เหมาะสม โรงพยาบาลมีการส่งเสริมนโยบายสุขภาพ (HPH) และความปลอดภัย ดังนี้ (1) กำหนดข้อปฏิบัติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ดังนี้ การสวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัย และห้ามซ้อน 3 (2) โครงการออกกำลังกายลดพุงลดโรค ปี 2559-2562 ส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที (3) ส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น ผัก ผลไม้ปลอดสารพิษ เป็นต้น (4) ติดป้ายประกาศห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล (5) รณรงค์เรื่องการล้างมือลดโรค (6) การจัดสภาพแวดล้อมและสถานที่ทำงานให้ปลอดภัย และเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การดูแลบ้านพักให้ปลอดจากลูกน้ำยุงลาย (7) การจัดสิทธิประโยชน์แก่บุคลากร เช่น มอบเงินช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย มีงานศพ เป็นต้น นอกจากนี้โรงพยาบาลมีร้านค้าสวัสดิการ ตลอดจนการสนับสนุนกิจกรรมทางคุณธรรม จริยธรรม งานเลี้ยงสังสรรค์กิจกรรมสำคัญประจำปี สนับสนุนการฝึกอบรม ศึกษาดูงานภายในและต่างประเทศ (8) มีสวัสดิการบ้านพักที่เพียงพอ สำหรับบุคลากรที่มีภูมิลำเนานอกอำเภอเมือง และสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกลางคืน (9) การตรวจสุขภาพประจำปีและอาชีวอนามัย (10) ได้รับวัคซีนที่จำเป็นในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (11) การจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน P4P โดยกำหนดการจ่ายตามสัดส่วนวิชาชีพ (12) มีการจัดโครงการ Happy Money – Happy Relax ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยจากการสำรวจ Happinometer ของบุคลากรโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ในปี 2562 ทั้ง 9 ด้าน ผลการประเมินเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยสุด พบว่าบุคลากรมีความสุขในด้าน Happy Soul จิตวิญญาณดี มากที่สุด ร้อยละ 75.56 รองลงมาเป็นด้าน Happy Heart น้ำใจดี ร้อยละ 74.13 / ด้าน Happy Family ครอบครัวดี ร้อยละ 72.16 / ด้าน Happy Brain ใฝ่รู้ดี ร้อยละ 69.11 / ด้าน Happy Body สุขภาพกายดี ร้อยละ 68.41 / ด้าน Happy Society สังคมดี ร้อยละ 67.43 / ด้าน Happy Work Life การงานดี ร้อยละ 65.09 / ด้าน Happy Relax ผ่อนคลายดี ร้อยละ 61.19 และด้านที่มี ค่าต่ำที่สุดคือด้าน Happy money สุขภาพเงินดี ร้อยละ 53.72 ทั้ง 9 ด้านของบุคลากรโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาอยู่ที่ร้อยละ 67.42 ดังนั้นโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จึงจัด โครงการ Happy Money – Happy Relax เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีความรู้ทางด้านการเงิน รู้จักการเก็บออม สามารถบริหารสภาวะทางการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการผ่อนคลายทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และครอบครัว ก่อให้เกิดความสุขในชีวิต ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ได้อย่างดี มีประสิทธิและประสิทธิผลตามมา   I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน  (1) การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบยก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน:  (2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน:  ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า บุคลากรเข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งหมด 64 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 62.5 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น รองลงมาคือกลุ่มปกติ สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 26.6 และกลุ่มป่วยร้อยละ 10.9 เมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่ามีบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมากถึงร้อยละ 50.0 ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2560 - 2562 พบว่า ในปี 2560 บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 40.00 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 39.39 กลุ่มป่วย ร้อยละ 6.06 ค่าดัชนีมวลกายเกิน (≥23 กก./ม.2) ร้อยละ 57.58 และรอบเอวเกิน (เพศชาย ไม่เกิน 90 ซม.และเพศหญิง ไม่เกิน 80 ซม.) ร้อยละ 56.06 ในปี 2561 บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 46.25 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 40.00 กลุ่มป่วย ร้อยละ 13.75 ค่าดัชนีมวลกายเกิน (≥23 กก./ม.2) ร้อยละ 43.75 และรอบเอวเกิน (เพศชาย ไม่เกิน 90 ซม.และเพศหญิง ไม่เกิน 80 ซม.) ร้อยละ 31.58 ในปี 2562 บุคลกรส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 62.50 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 26.56 กลุ่มป่วย ร้อยละ 10.93 ค่าดัชนีมวลกายเกิน (≥23 กก./ม.2) ร้อยละ 50.00 และรอบเอวเกิน (เพศชาย ไม่เกิน 90 ซม.และเพศหญิง ไม่เกิน 80 ซม.) ร้อยละ 46.87 ในภาพรวมจะเห็นได้ว่าบุคลากรของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะตับอักเสบ โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน กรดยูริกสูง โคเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซีด เป็นต้น รองลงมาคือกลุ่มสุขภาพปกติ แข็งแรงดี และกลุ่มป่วย ในกลุ่มป่วยส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคเมตาบอลิก เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบแนวโน้มของสุขภาพของบุคลากรระหว่างปี 2560 ถึง ปี 2562 พบว่า แนวโน้มของบุคลากรกลุ่มปกติ ร่างกายแข็งแรงลดลง ส่วนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ทำงานมานาน ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น รวมถึงอายุ และความเสื่อมของร่างกายตามธรรมชาติ เป็นผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและป่วยเป็นโรคได้ แม้ว่าแนวโน้มสุขภาพของบุคลากรจะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มของบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน (≥23 กก./ม.2) และรอบเอวเกิน (เพศชาย ไม่เกิน 90 ซม.และเพศหญิง ไม่เกิน 80 ซม.) มีแนวโน้มลดลง โดยบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินลดลงจาก ร้อยละ 57.58 ในปี 2560 เป็น ร้อยละ 50.00 ในปี 2562 และบุคลากรที่มีรอบเอวเกินลดลงจากร้อยละ 56.06 ในปี 2560 เป็น ร้อยละ 46.87 ในปี 2562 แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในบุคลากร เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมากขึ้น  กลุ่มป่วย ติดตามและสนับสนุนให้พบแพทย์และรับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง  กลุ่มเสี่ยง ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2556 จนถึงปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2562 ได้ดำเนินการชวนขยับเท่ากับห่างไกลออฟฟิศซินโดรม ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฏีการกำกับตนเอง ในบุคลากร โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โดยยึดหลัก 3อ.2ส.(อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา) ประกอบกับการใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง มากำหนดกิจกรรมที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) เก้าท่า ยืดเหยียดป้องกันออฟฟิศซินโดรม 2) ระฆังสติ และการหายใจช้า 3) 5 ส สร้างสรรค์ ชวนกันป้องกันออฟฟิศซินโดรม 4) อาหารสะอาด รสชาติอร่อย และ 5) ชวนขยับเท่ากับการออกกำลังกาย 6) ประกวด “คนต้นแบบรักษ์สุขภาพ” ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย ตลอดจนลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมทตาบอลิก นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยั่งยืนต่อไป โดยกำหนดให้มีการออกกำลังกายทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 15.30 – 16.30 น.จากการสรุปผลโครงการ 3 ประเด็นคือ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอวพบว่า  น้ำหนักตัวเฉลี่ยอยู่ที่ (61.58±13.36) น้อยกว่า ระหว่างการฝึก 6 สัปดาห์เฉลี่ยอยู่ที่ (65.92±21.03) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.01) ซึ่งก่อนการฝึก มีน้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ (61.58±13.36) มากกว่า หลังการฝึก11 สัปดาห์เฉลี่ยอยู่ที่(62.08±10.70) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 ) และระหว่าง 6 สัปดาห์ มีน้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ (65.92±21.03) มากกว่า หลังการฝึก 11 สัปดาห์เฉลี่ยอยู่ที่ (62.08±10.70) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.16 ค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ก่อนการฝึกระหว่างการฝึก 6 สัปดาห์ และหลังการฝึก 11 สัปดาห์ ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสําคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการฝึก มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI)เฉลี่ยอยู่ที่ (23.95±5.24) น้อยกว่า ระหว่างการฝึก 6 สัปดาห์เฉลี่ยอยู่ที่ (26.37±11.38) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.56 )โดยก่อนการฝึกค่าดัชนีมวลกาย(BMI)เฉลี่ยอยู่ที่ (23.95±5.24) มากกว่า หลังการฝึก11 สัปดาห์เฉลี่ยอยู่ที่ (24.19±4.13) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.86 ) และระหว่างการฝึก 6 สัปดาห์ มี ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)เฉลี่ยอยู่ที่(26.37±11.38)มากกว่า หลัง การฝึกสัปดาห์ เฉลี่ยอยู่ที่ (24.19±4.13) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.43 )  ค่าเฉลี่ยรอบเอวของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ก่อนการฝึกระหว่างการฝึก 6 สัปดาห์ และหลังการฝึก 11 สัปดาห์ ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสําคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการฝึก มีรอบเอวเฉลี่ยอยู่ที่ (78.80±15.45) มากกว่า ระหว่างการฝึก 6 สัปดาห์เฉลี่ยอยู่ที่ (80.56±12.02) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.66 ) ซึ่งก่อนการฝึก มีรอบเอวเฉลี่ยอยู่ที่ (78.80±15.45) น้อยกว่า หลังการฝึก11 สัปดาห์เฉลี่ยอยู่ที่(79.26±15.13) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.14 ) และระหว่างการฝึก 6 สัปดาห์ มีรอบเอวเฉลี่ยอยู่ที่ (80.56±12.02) น้อยกว่า หลังการฝึกสัปดาห์เฉลี่ยอยู่ที่ (79.26±15.13) (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 )  กลุ่มปกติ ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ  บทเรียนเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ:  ปี 2558-2562 ไม่พบรายงานการติดเชื้อ แต่พบอุบัติการณ์ โรคไข้เลือดออก และไข้ออกผื่นคือ  ปี 2562 พบการระบาดของไข้เลือดออก ในกลุ่มบุคลากรและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก รพ. จำนวน 3 ราย เมื่อ ICWN ได้รับแจ้งจากผู้ป่วยดำเนินควบคุมโรคตาม FLOW CHART โดยทันที ทีมสอบสวนโรคของ ผ่านคณะกรรมการ IC ของโรงพยาบาล อีกทั้งพบการระบาดโรคหัด ในกลุ่มบุคลากรและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก รพ. จำนวน 8 ราย เมื่อ ICWN ได้รับแจ้งจากผู้ป่วยดำเนินควบคุมโรคตาม FLOW CHART โดยทันที ทีมสอบสวนโรคของ ผ่านทีม IC ของโรงพยาบาล  ในปี 2563 วางแผนปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางด้านวิชาการกับ รพ.สต.บ้านบ่ออิฐและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับโรคระบาดที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตอีกทั้งยังพบความเสี่ยงเรื่องโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเมตาบอลิกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในบุคลากรกลุ่มอายุไม่เกิน 35ปี โดยภาวะเสี่ยงในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ คือภาวะซีด ภาวะไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกิน และป่วยด้วยโรคอ้วน ถึงแม้ว่าจำนวนกลุ่มปกติจะมีมากกว่าแต่เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคเมตาบอลิกสำหรับกลุ่มคนอายุไม่เกิน 35ปี จึงดำเนินการ ดังนี้ ตรวจสุขภาพประจำปีทุกคน และส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และจัดโครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีคือ จัดสวนออกกำลังกาย โรงยิมเนเซียม  (3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ:   * โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ยังไม่มีการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน แต่ใช้ผลจากใบรองแพทย์ตาม   รายการตรวจสุขภาพทั่วไป ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ชีพจร มีการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละครั้งเป็นระยะ นอกจากนี้มีการติดตามเฝ้าระวังตามปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน เช่น การตรวจสมรรถภาพการมองเห็น สำหรับผู้ใช้สายตานาน ๆ หรือใช้คอมพิวเตอร์ พนักงานขับรถ ,การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน ในแผนกทันตกรรม ฯลฯ  (4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน: ในระหว่างปี 2557-ปัจจุบัน ไม่พบรายงานการเจ็บป่วยหรือแต่มีมาตรการในการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการทำงาน และมีการตรวจสุขภาพประจำปี  ความครอบคลุมของการให้ภูมิคุ้มกันโรค:  มีการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ (dT) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 -2562 เนื่องจากเกิดการระบาดของโรคคอตีบในประเทศไทย ทีมส่งเสริมสุขภาพของ รพ.จึงได้ประสานเรื่องขอรับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ (dT) จากสำนักงานควบคุมและป้องกันโรค ที่ 12 สงขลา และได้รับวัคซีนเพียงพอกับจำนวนกลุ่มเป้าหมายในขณะนั้นและดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคคอตีบ บาดทะยักในกลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ บุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ร้อยละ 100  มีการให้วัคซีนป้องกันโรคโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลปี 2557 – 2562 เพื่อป้องกันการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในบุคลากรที่ทำงานให้บริการใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทีมส่งเสริมสุขภาพของ รพ.ได้ประสานเรื่องขอรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล จากสำนักงานควบคุมและป้องกันโรค ที่ 12 สงขลาและได้รับวัคซีน และจัดสรรวัคซีนแก่บุคลากรทุกคนใน รพ.แต่ปี 2558 และ 2559 ได้รับจัดสรรวัคซีนไม่เพียงพอ ครอบคลุมกับจำนวนบุคลากรทั้งหมดใน รพ. ดังนั้นทีมส่งเสริมสุขภาพของ รพ.จึงต้องดำเนินการฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรตามแนวทางของกระทรวง สธ. คือให้ผู้ที่บริการใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นลำดับแรกก่อน และผลการดำเนินคือ ปี 2557-ปัจจุบัน บุคลากรกลุ่มเป้าหมายทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ร้อยละ 100   * I-5.2 ก.ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน   (1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีค่านิยมองค์กร ซึ่งประกาศให้บุคลากรยึดเป็นหลักในการปฏิบัติ ได้แก่ M= นายตนเอง O= เร่งสร้างสิ่งใหม่ P= ใส่ใจประชาชน H= อ่อนน้อมถ่อมตนกรมการแพทย์ D= มุ่งมั่นระดับประเทศ M= ก้าวไปด้วยกัน S= รู้ลึกรู้จริง  การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี : มีการพิจารณาผลการปฏิบัติงาน และจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของค่าตอบแทนตามภาระงานที่ได้รับ และให้เป็นไปตามระเบียบการจ่ายเงินค่าตอบแทนของกระทรวงการคลัง  จัดให้มีการอบรมเพื่อการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะตามสายงาน ซึ่งมีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากร ปี 2561-2564  จัดกิจกรรมในเรื่องของความปลอดภัย : โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญตามนโยบาย 2P Safety  วัฒนธรรมการเรียนรู้ : โรงพยาบาลเน้นให้หน่วยงานมีการศึกษาวิจัยพัฒนางานบริการสู่วิชาการเป็นประจำทุกปี  การนำกิจกรรม 5 ส. มาเสริมสร้างการพัฒนาผลงานของบุคลากรและหน่วยงาน : โดยประกาศเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานดำเนินกิจกรรม 5 ส. อย่างต่อเนื่องทุกปี  เพื่อให้เกิดความผูกพันระหว่างบุคลากรกับหน่วยงาน จัดให้มีกิจกรรมพัฒนาองค์กร (OD) เป็นการเสริมสร้างมนุษย์สัมพันธ์ต่อกัน นอกจากนี้มีการดำเนินการตามแผนการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ซึ่งเป็นผลจากการสำรวจ Happynometer ทั้ง 9 ด้าน (สุขภาพกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ความรู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี) โดยโรงพยาบาลได้นำผลการสำรวจ มาวิเคราะห์และนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ได้มีการจัดทำโครงการ Happy Money – Happy Relax เพื่อตอบโจทย์ด้านสุขภาพการเงินดี และผ่อนคลายดี ให้กับบุคลากร  นอกจากนี้โรงพยาบาลได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เป็นอาสาสมัครของโรงพยาบาล(จิตอาสา) จำนวน 3 ราย โดยจัดให้มีที่พัก และอาหารฟรี 3 มื้อ และสนับสนุนให้มีความก้าวหน้า  (2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:  การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร ในปี 2562 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อบรรยากาศการทำงานคิดเป็นร้อยละ 82.86 ประเด็นที่มีผลกระทบต่อแรงจูงใจ 3 อันดับแรกคือ 1) ความพึงพอใจที่มีต่อกรให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานจากผู้บังคบบัญชา 2) ความพึงพอใจที่มีต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร 3) ความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สำหรับการปฏิบัติงานของหน่วยงาน และความผูกพันต่อองค์กรคิดเป็นร้อยละ 82.00 โดยบุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล 3 อันดับแรก 1) เกิดความทุ่มเทความพยายามในการปฏิบัติงาน 2) ความต้องการในการดำรงความเป็นสมาชิกขององค์กร 3) การยอมรับเป้าหมาย นโยบายขององค์กร  (4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:   * ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน ใช้ระบบการประเมินผลจากสมรรถนะหลักและผลสัมฤทธิ์ของการทำงาน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของหน่วยงานที่กำหนด ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ มีการประเมินผลทุก 6 เดือน ผู้รับการประเมินต้องชี้แจงเกณฑ์การประเมินผลโดยคณะกรรมการกลั่นกรองของหน่วยงาน   บทเรียนในการใช้ performance management system: โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลามีระบบการบริหารการจัดการผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากร ดังนี้  1.มีการจัดการทำคำรับรองผลการปฏิบัติงานประจำปีรายบุคคล  2.มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรปีละ 2 ครั้ง  3.กำหนดให้ผู้ประเมินแจ้งผลการประเมินต่อผู้ประเมินเพื่อเป็นโอกาสพัฒนา  4.ใช้ผลการประเมินในการพิจารณาความดีความชอบและการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้นมีระบบการประเมินผลและพัฒนาผลงานบุคลากร  5.นำผลประเมินปฏิบัติงานของบุคลากรมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพสำหรับบุคลากรผู้มีผลการปฏิบัติงานเท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่อไป  6.นำผลการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะส่วนที่ขาด สำหรับบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าระดับเป้าหมายที่กำหนดให้สามารถมีศักยภาพในการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น  7.จัดทำแผนพัฒนาการพัฒนาบุคลากรระยะสั้น ระยะยาว  I-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ  (1) Learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | กลุ่มกำลังคนและผู้นำ | Learning need ที่สำคัญ | วิธีการพัฒนา/เรียนรู้ | | 1.ผู้บริหารทุกระดับ/หัวหน้าฝ่าย/งาน | การแวงแผนกลยุทธ์ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง การบริหารทรัพยากรบุคคล การสื่อสาร การวิจัย ความสามารถในการกำหนดทิศทาง ประเมินเทคโนโลยี การพัฒนาความคิดอย่างเป็นระบบ | การประชุม/อบรมภายนอก/อบรมภายใน/การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | | 2.ข้าราชการ/บุคลากรสายวิชาชีพ | ทุกวิชาชีพ :มาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพ ผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง การบริหารทรัพยากรบุคคล การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การวิจัย ความสามารถในการทิศทาง การวางแผนกลยุทธ์ ประเมินเทคโนโลยี การพัฒนาความคิดอย่างเป็นระบบ ทักษะการเป็นวิทยากร/พิธีกร การใช้ภาษาอังกฤษ เช่น วิชาชีพพยาบาล :  -หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด  - หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  - อบรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต และทางกาย  - อบรมการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน  - อบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยยาเสพติด (CBT)  - อบรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยยาเสพติด (MI & MET)  - จัดเวทีการประชุมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ของบุคลากรให้มีความพัฒนาอย่างต่อเนื่อง | การประชุม/อบรมเชิงปฏิบัติการ /การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน / การนิเทศหน้างาน / การจัด KM / การสอนงาน | | 3. ข้าราชการ / พนักงานราชการสายสนับสนุน | สาขาต่าง ๆ : ความรู้ทางด้านวิชาชีพ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การสื่อสาร การวิจัย การพัฒนาความคิดอย่างเป็นระบบ การทำงานเป็นทีม การดูแลสุขภาพทั่วไป กฎระเบียบต่าง ๆ  งานโภชนาการ : โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วย, สุราที่มีปัญหาทุพโภชนาการ  ฝ่ายแผน : การวางแผนงบประมาณ  ฝ่ายทรัพยากรบุคคล : การบริหารทรัพยากรบุคคล  ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ : การประชาสัมพันธ์ | การประชุม/อบรมเชิงปฏิบัติการ / การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน / การนิเทศหน้างาน / การจัด KM /การสอนงาน | | 4. ลูกจ้างประจำ | ความรู้ทักษะในงานที่รับผิดชอบ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ การดูแลสุขภาพทั่วไป กฎระเบียบต่าง ๆ | สอนหน้างาน / อบรมภายใน | | 5.พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/จ้างเหมา | ความรู้ทักษะในงานที่รับผิดชอบ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ การดูแลสุขภาพทั่วไป | - สอนหน้างาน / อบรมภายใน  - กรณีลูกจ้างเป็นวิชาชีพเฉพาะแบบจ้างเหมารายบุคคล จะมีการส่งประชุม/อบรมเชิงปฏิบัติการ / การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน / การนิเทศหน้างาน / การจัด KM / การสอนงาน |   (2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:  - มีการประเมินผลการพัฒนาก่อนและหลังการอบรม /ประชุม  - มีการเรียนรู้พัฒนาฝึกสอนงานเพื่อเตรียมทดแทนสืบทอดตำแหน่งที่ว่าง  - มีการจัดการระบบการเรียนรู้งานดุดญาติสนิท/พี่สอนน้อง/นิเทศหน้างาน/จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM ภายในโรงพยาบาล  - แนวทางปฏิบัติการตาม Clinical Pathway ในการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ  - มีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยใช้ Patient Safety Goal : PSG  - ปรับปรุงระบบการจัดยาเป็นแบบ One day dose  - จัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับ VCT  - กำหนด Core Competency ขององค์กร และ Functional, Specific Competency ของแต่ละวิชาชีพ  - แนวทางปฏิบัติในการจัดอัตรากำลังให้ได้ตามมาตรฐาน  - คู่มือแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 12 Service Plan  - นโยบายส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากร เช่น ออกกำลังกายยืดเหยียดระหว่างปฏิบัติงาน อาหารส่งเสริมสุขภาพ และห้องออกกำลังกาย  (3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:   * องค์กรกำหนดการประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้ โดยมีแผนพัฒนาผู้บริหาร ผู้นำองค์กร โดยการประชุม/อบรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานบุคลากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสอนงาน กำหนดให้เข้ารับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพได้อย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี สำหรับการประชุม/อบรมที่สนใจ สามารถเสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การพัฒนาระบบการลา โดยใช้ Hosoffice ทำให้รวดเร็ว ลดการใช้กระดาษ และพัฒนาจนสามารถจัดส่งใบลาพร้อมการอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาตามลำดับได้จาก smart phone * บุคลากรทุกระดับได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีการประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่สุขภาพดี * มีระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. ขีดความสามารถและความเพียงพอ | 3.0 | L,I | -พัฒนาการจัดเก็บข้อมูล การอบรมภายใน/ ภายนอก  -การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร  -จัดบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ ให้มีจำนวนเพียงพอกับภาระงานในหน่วยงาน |
| 1. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน | 3.0 | I | กระตุ้นบุคลากรให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพประจำปี โดยบุคลากรทุกคนต้องได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี |
| 1. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน | 3.0 | I | - ส่งเสริมการออกกาลังกาย สนับสนุนการเล่นกีฬา เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรให้สนใจการดูแลสร้างเสริมสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  - พัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบุคลากร เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับชุมชน  - จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพของบุคลากรและการนำผลการตรวจสุขภาพไปวิเคราะห์เพื่อประเมินและปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ ทำให้องค์กรเป็นตัวอย่างที่ดี บุคลากรเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพ  - มีระบบกำกับติดตามบุคลากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง  -จัดทำโครงการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงานที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคลากรทุกหน่วยงาน |
| 1. ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน | 3.0 | L,I | -พัฒนารูปแบบการประเมินผลความพึงพอใจและความผูกพันให้มีความต่อเนื่อง  -จัดให้มีการอบรมเพื่อการพัฒนาศักยภาพ การมีมนุษย์สัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน กิจกรรมพัฒนาองค์กร(OD)  -พิจารณาความเหมาะสมของค่าตอบแทนตามภาระงานที่ได้รับและสอดคล้อง ถูกต้องกับระเบียบการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามระเบียบกระทรวงการคลัง |
| 1. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ | 3.0 | **I** | - ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ (KM) ในบุคลากรทุกระดับ  - ส่งเสริมการสร้างสรรค์ผลงานวิชาการและนวัตกรรม  - ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการอบรมด้านวิชาการ เพื่อพัฒนาความรู้ ตามสาขาวิชาชีพ 1 คน/ครั้ง/ปี และสายสนับสนุนตามความจำเป็น  - ประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้งานในหน้าที่ที่ปฏิบัติและรับผิดชอบ 1 ครั้ง /ปี |

**I-6 การปฏิบัติการ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มิได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิผลของระบบความปลอดภัยขององค์กร, การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านห่วงโซ่อุปทาน | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1.ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด (4 เดือน) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดของหลักสูตร | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 2. ร้อยละของจำนวนสัญญาที่คณะกรรมการตรวจรับดำเนินการตรวจรับพัสดุ/งานแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด | 100 | N/A | N/A | 100 | 100 | 100 |
| 3.จำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์หรือทรัพย์สินของโรงพยาบาลสูญหาย และ มีข้อมูลรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร | 0 หรือ  ไม่เกิดเหตุการณ์ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4.ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในการปฏิบัติงานของ Out source  - รักษาความปลอดภัย  - แม่บ้าน | 75  75 | N/A  N/A | N/A  N/A | N/A  N/A | N/A  N/A | อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 5. จำนวนครั้งของการขาดแคลนยาหรือเวชภัณฑ์ในคลังที่ไม่เพียงพอต่อการใช้ | ครั้ง/เดือน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. จำนวนแผนการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบท  (แผนอพยพหนีไฟ,แผนวาตภัย-อุทกภัย,แผนผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน,แผนผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช/ก้าวร้าว/ทะเลาะวิวาทหมู่,แผนIT ล่ม และไฟฟ้าดับ) | เรื่อง | 3 | 5 | 5 | 5 | 6 |
| 7.ร้อยละของสถานบำบัดยาเสพติดพื้นที่รับผิดชอบได้รับการรับรองมาตรฐาน | 80 | - | 50.43 | 62.32 | 76.09 | 87.23 |
| **ii. บริบท**  ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ: เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการผู้เสพยาและสารเสพติดทั้งชายและหญิง  รูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในระบบสมัครใจและบังคับบำบัด มีขั้นตอนในการบำบัดทั้งระยะบำบัดด้วยยาและการ  ฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นการฟื้นฟูระยะยาว Residential Program และมุ่งเน้นพัฒนาการบริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหา  ในขณะดูแลในกลุ่มของผู้ใช้สุราและผู้ป่วยกลุ่มสารกระตุ้นประสาทมีการอาการทางจิตเวช ศึกษาวิจัยองค์ความรู้ด้านการ  บำบัดยาเสพติด นอกจากนี้มีการสร้างความร่วมมือกับชุมชนภายนอก/ภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาคุณภาพด้านการ  บำบัดรักษายาเสพติด  ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ผู้ส่งมอบ/พันธมิตร | ข้อกำหนด | การให้ข้อมูลป้อนกลับ | การจัดการเมื่อผลงาน ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด | | 1.องค์การเภสัชกรรม  2.บริษัทยา/ร้านค้าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์  3.บริษัทผู้ประมูลแม่บ้าน/รปภ./คนสวน คอมพิวเตอร์และอาหาร  4.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  5.คณะแพทย์ศาสตร์  มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  6.หน่วยงาน/โรงพยาบาลในเครือข่าย 11 จังหวัดภาคใต้ | ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์ฯ มีคุณภาพตามมาตรฐาน  ผ่านเกณฑ์ประเมินตาม TOR/ระเบียบพัสดุ  อาจารย์/วิทยากร ที่มีองค์ความรู้ทางวิชาการ/คุณวุฒิตามวิชาชีพ ที่สภาแพทย์/การพยาบาลรับรอง  การกำกับดูแลตามหน้าที่และความรับผิดชอบ | - แบบประเมิน  ผู้ขาย  -รายงานผลการประเมินประจำเดือน  -การประชุม  -แบบประเมินความพึงพอใจ  การประเมินผลหลักสูตร  ความพึงพอใจ  การนิเทศติดตาม  การประชุม/ผลการประเมิน  ผลการตรวจประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล | - การจ่ายค่าปรับ หรือชดเชยผลิตภัณฑ์ ตามระเบียบพัสดุว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างปี 2560  -การจ่ายค่าปรับตามสัญญา/ข้อกำหนดของ TOR และระเบียบพัสดุว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.2560  - การวิเคราะห์ ประเมินหลักสูตร  -การทำรายงานตามข้อเสนอแนะ/ตรวจประเมินซ้ำ |   โอกาสเชิงกลยุทธ์: (1) เป็นหน่วยงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดโดยทีมสหวิชาชีพ ในระดับตติยภูมิ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน  (2) เป็นหน่วยงานวิชาการ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะทาง ด้านการดูแลและบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด  การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน: (1) เป็นสถาบันหลักในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด  (2) เป็นหน่วยงานสำหรับฝึกงานนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ในระดับปริญญาตรี  ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ: ภัยพิบัติ ได้แก่ อุทกภัย ดินถล่ม  ภาวะฉุกเฉิน :อัคคีภัย ระบบสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้าดับ น้ำไม่ไหล ลิฟต์ขัดข้อง เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วยถูกทำร้ายบาดเจ็บ ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท ฯลฯ  **iii. กระบวนการ**  I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ  (1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ:   * โรงพยาบาลมีการทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี และจากทิศทางนโยบายขององค์กรหรือสถาบัน   หลักที่รับผิดชอบ ดูแล นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์จากกลุ่มผู้รับบริการและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ  งบประมาณที่ได้รับจัดสรร  (2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามกระบวนการหลัก (Core Competency) ขององค์กร โรงพยาบาลมีการจัดทำตัวชี้วัด   และติดตาม โดยการมอบหมายและกำกับดูแลตามระดับชั้น พร้อมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการเรียนรู้ของ  บุคลากรทุกระดับ ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านมาบุคลากรทุกคนผ่านการประเมินสมรรถนะ 100 เปอร์เซ็นต์  (3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่างๆ:   * หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ: เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามพันธกิจและ Core competency   ของโรงพยาบาล ได้มีการจัดทำCPG ,คู่มือ ,แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลได้ตามมาตรฐาน  เดียวกัน และเพื่อให้มีการปรับปรุงและพัฒนาการบริการอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลได้นำผลจากการประเมินความ พึงพอใจ มาเป็นแนวทางในการจัดบริการและเป็นโอกาสในอนาคต   * เทคโนโลยี: โรงพยาบาลได้มีการปรับปรุงกระบวนการ ในระบบการสื่อสารที่รวดเร็ว ลดการใช้กระดาษ โดยใช้   ช่องทาง Social Network เช่น Line ในการสื่อสารภายในหน่วยงาน และในส่วนการบริการข้อมูล การดูแลผู้ป่วยเช่น ใช้  ระบบ Hosxp ในกระบวนการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงกัน   * ความรู้ขององค์กร: โรงพยาบาลได้มีแนวทางในพัฒนาองค์ความรู้จากกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย และการ   ทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้   * คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น: เพื่อให้บรรลุเป้าหมายผู้ป่วยพึงพอใจ และได้รับความเสมอภาคใน   การดูแล รับบริการที่ดี รวดเร็ว ปลอดภัย หน่วยงานมีการจัดทำแบบสอบความพึงพอใจของผู้ป่วย ผ่านตู้รับความคิดเห็น  เวปไซด์โรงพยาบาล นอกจากนี้มีการจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้บริการของโรงพยาบาล จาก  ประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ   * ความคล่องตัว: (1) เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยมีเป้าหมายลดการทำงานซ้ำซ้อน ได้มีการนำระบบ   Hosoffice ในการปฏิบัติงาน เช่น ระบบการลาออนไลน์ การซ่อมบำรุง เป็นต้น ทำให้สะดวกและลดการใช้กระดาษลง (2) เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนา ในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลได้วางแผนในการจัดกิจกรรม โครงการ  ประชุมเครือข่ายทุกปี เพื่อหาแนวทางและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ และมีการติดตามผลผู้ป่วยที่ผ่านการ  บำบัดจากหน่วยงานเครือข่าย   * ความปลอดภัย: โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยตามนโยบาย 2P Safety ในผู้ป่วยและ   บุคลากร โดยวิเคราะห์ตามบริบทการให้บริการของโรงพยาบาล ดังนี้  (1) Patients Safety : I: Infection Prevention and Control, M: Medication Safety, P: Patient Care Processes, L: Line Tubing & Catheter and Laboratory และ E: Emergency Response  (2) Personal safety :S: Security and Privacy of Information and Social media, I: Infection and Exposure,  M: Mental Health and Mediation และ E: Environment and Working Condition  มีการจัดทำและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ พร้อมตัวชี้วัดและกำกับติดตาม โดยเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2563   * มิติคุณภาพอื่นๆ:-   (4) การควบคุมเอกสาร:  (1) เอกสารและข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัญหาข้อร้องเรียนสิทธิผู้ป่วย และการจัดการข้อมูลที่เป็น  ความลับ จากข้อมูลการบำบัดรักษา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลมีมาตรการสำคัญในการควบคุม  เอกสาร เช่น ข้อมูลจากเวชระเบียน หรือข้อมูลอื่น ๆของผู้ป่วย โดยต้องมีการทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษร และอนุมัติ  โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเท่านั้น  (2) เอกสารควบคุมของโรงพยาบาลและไฟล์อิเลคทรอนิกส์ มีการจัดการโดยการกำหนดรหัสเอกสาร เช่น คู่มือ  ระเบียบปฏิบัติ ฯลฯ มีการลงทะเบียนควบคุม ตรวจสอบ อนุมัติโดยผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้อง ทบทวนตามระยะเวลาที่  กำหนด  I-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ  (1)(2)(3) การทำให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ   * บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ: การจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาแก่   ญาติและครอบครัว ในวันญาติเยี่ยม เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและเป็นการแนะนำแนวทางการ  ดูแลหลังการบำบัด ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้จริง   * บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงาน   ประจำวัน: เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานประจำวัน โรงพยาบาลได้กำหนด  แนวทางโดยการนิเทศ การประชุม จากการมอบหมายตัวชี้วัดและจัดทำแผนรายบุคลคล ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการ  ปฏิบัติงานตามCompetency และติดตามตัวชี้วัดเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการบริการ   * บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่   สำคัญ:  ๏ การพัฒนาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการประสานงานและรองรับการส่งต่อ  ผู้ป่วย ทำให้มีผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็วเพิ่มขึ้น  ๏ การเป็นหน่วยงานหลักด้านการพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการ และองค์ความรู้ในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพ  ติด เพื่อให้หน่วยงานในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานเดียวกัน  I-6.1 ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน   * เพื่อบรรลุเป้าหมาย และมั่นใจว่าโรงพยาบาลได้รับการมอบการบริการที่มีคุณภาพ ทันเวลาและไม่ขาดแคลน   รวมทั้งสามารถจัดการได้เมื่อผลิตภัณฑ์หรือการบริการมีปัญหา จึงได้กำหนดกระบวนการ ตั้งแต่เกณฑ์การคัดเลือก  คุณสมบัติผู้ส่งมอบ ซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการตาม TOR พร้อมทั้งการทำสัญญาตามระเบียบพัสดุในการจัดซื้อจัดจ้าง  และพิจารณาเลือกผู้ส่งมอบและการวิเคราะห์เวลาส่งมอบ (leadtime) อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์จากกระบวนการดังกล่าว  โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานได้ตามความต้องการและเสร็จทันเวลาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สามารถ  ดำเนินการตรวจรับพัสดุ/งานแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด  I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม   * การพัฒนาคุณภาพด้านการบำบัดของเครือข่ายการบำบัดผู้ติดยาเสพติดทุกระบบ ในเขต 11 และ 12 (จังหวัด   สงขลา) โดยมีความร่วมมือในด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย การดูแลหลังการรักษา   * มีการสร้างเวปไซด์ ที่ <url://www.sdtn.in.th> เพื่อติดตามข้อมูลด้านการบำบัดรักษายาเสพติดและพัฒนาวิชาการ   ของเครือข่าย  I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก   * โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการและพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง   สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด(หลักสูตร 4 เดือน) ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำ  หน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ความร่วมมือด้านวิชาการและเป็นที่ปรึกษาในการจัดทำหลักสูตรตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาล  กำหนด เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด ๑๑จังหวัดภาคใต้ ให้มี  ศักยภาพมีองค์ความรู้ที่ทันสมัย เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรมของ  ภาคใต้ ดังนี้   * อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จบปริญญาโทหรือปริญญาเอกทางการพยาบาลในสาขา   สุขภาพจิตและจิตเวช หรือในสาขาที่เกี่ยวข้องและมีความเชี่ยวชาญ เช่น การวิจัยทางการพยาบาล ระบาดวิทยาใน  การศึกษาปัญหายาเสพติดในชุมชน การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฯลฯ จำนวน 10 ท่าน   * อาจารย์แพทย์ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์ จำนวน 1 ท่าน เชี่ยวชาญสาขาระบาด   วิทยานานาชาติ หน่วยระบาดวิทยาและสาขาจิตเวช   * อาจารย์ผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน 28 ท่าน คุณสมบัติจบปริญญาโทหรือ   ปริญญาเอกทางการพยาบาลในสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง   * สถานที่แหล่งฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย สถานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติด สถาบันการศึกษาและ   โรงเรียน ในจังหวัดสงขลา รวมทั้งหอผู้ป่วยนอกและในของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา  I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ  (1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน การลดค่าใช้จ่ายใน   การทดสอบ โดยได้มีการดำเนินการ ดังนี้ (1) ทีมนำโรงพยาบาลประชุมและทบทวนแผนการใช้เงินงบประมาณประจำปี  (2) การตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ มีแนวทางพิจารณาจากรายการทดสอบที่จำเป็นในกลุ่มโรคสำคัญและมีอัตรา  การส่งตรวจในปริมาณที่ไม่คุ้มทุนในการเปิดบริการ และไม่มีเครื่องมือสำหรับการตรวจวิเคราะห์ โดยการส่งต่อหน่วยงาน  ภายนอก ที่มีได้รับการรับรองตามมาตรฐาน  I-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)  (1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:   * เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนา จากกรณีการจัดการผู้ป่วยทะเลาะวิวาทการเตรียมความพร้อมในภาวะฉุกเฉินทาง   คลินิก เช่น การจัดการกรณีผู้ป่วยทะเลาะวิวาท จากการฝึกซ้อมพบว่ายังขาดด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน  ผู้ปฏิบัติยังขาดความมั่นใจในการจำกัดพฤติกรรม และยังขาดความพร้อมของทีมเนื่องจากมีบุคลากรจำกัด จึงได้ทำแผน  จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น แผนการฝึกซ้อมทุกปี และการพัฒนาศักยภาพของทีมจำกัดพฤติกรรมโดยให้พนักงานรักษา  ความปลอดภัยเข้าร่วมทีมและจัดการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้  จากการประเมินลัพธ์ในการฝึกซ้อมทำให้สามารถจัดการเหตุการณ์ได้ภายในระยะเวลารวดเร็ว   * การฟื้นคืนชีพ : มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในภาวะวิกฤติฉุกเฉินปีละครั้ง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ   ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพโดย มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ในทีมการพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลและผู้ช่วยคนไข้ และทีมจำกัด  พฤติกรรม (รปภ.) โดยมีการจำลองเหตุการณ์และฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองผู้ป่วย  (2) การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน:   * บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น: ได้มีการพัฒนากระบวนการ การจัดการ   กรณีมีผู้ป่วยทะเลาะวิวาท โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้อย่างรวดเร็วที่สุด ช่วยลดความรุนแรงของ  เหตุการณ์และการบาดเจ็บของผู้ป่วย มีการซ้อมเหตุการณ์เสมือนจริง โดยใช้ผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครในการจำลอง  เหตุการณ์   * ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ : มีแนวทาง และมาตรการในการป้องกันความเสียหาย และมีการ   สำรองข้อมูล (Back up) โดยใช้ Sever 4 ตัว โดยดำเนินการสำรองข้อมูลทุก 24 ชั่วโมง มีระบบสำรองไฟฟ้าสำหรับ  Sever สามารถฟื้นฟูระบบสารสนเทศและกู้คืนข้อมูลได้  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การเป็นสถาบันหลักในการเรียนการสอน หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น 4 เดือน สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด * การประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติดใน เขต 11 และ 12 (จังหวัดสงขลา) เพื่อพัฒนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการด้านการบำบัดรักษาและการพัฒนาศักยภาพการบำบัดเพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) * การสร้าง Website ที่ <url://www.sdtn.in.th> เพื่อติดตามข้อมูลด้านการบำบัดรักษายาเสพติดและพัฒนาวิชาการของเครือข่าย   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล | 3.5 | I | นำเทคโนโลยีมาใช้ในการออกแบบกระบวนการทำงานและเก็บรวบรวมข้อมูล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง |
| 1. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน | 3.5 | I | **-** สื่อสารให้ผู้ส่งมอบคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม  - วางแผนการประเมิน |
| 1. การจัดการนวตกรรม | 3.0 | L,I | ส่งเสริมให้นำแนวคิดใหม่ๆในการแก้ปัญหา |
| 1. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก | 4.0 | I | ปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสถานการณ์ และความต้องการของเครือข่าย |
| 1. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ | 3.5 | I | ซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินนอกเวลาราชการ |