



แบบรายงานการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์การประเมิน
คุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน : งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะลา จังหวัดยะลา

คำนำ

รายงานการประเมินตนเองของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา ได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อขอรับการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลภายนอก เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศของกองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(Quality Assurance :QA) และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานการประเมินตนเองและการรายงานผลการประเมินไปพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลของหน่วยงานให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนผู้ใช้บริการวิชาชีพพยาบาล สังคมและประเทศชาติต่อไป

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
กลุ่มงานการพยาบาล
๑๒ มกราคม ๒๕๖๙

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
๑. ส่วนนำ : โครงร่างงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล	
๑. ประวัติ/ความเป็นมาขององค์กร	๔
๒. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม	๕
๓. โครงสร้างการบริหารและขอบเขตความรับผิดชอบ	๙
๔. ลักษณะโดยรวมของบุคลากร	๑๑
๕. ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	๑๕
๖. เป้าประสงค์ในการประกันคุณภาพการพยาบาล (เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ)	๒๐
๗. บริบทเชิงกลยุทธ์ (ความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)	๒๐
๘. ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการ	๒๕
๙. สถิติการให้บริการที่สำคัญ	๒๖
๒. ส่วนสาระ : ผลการดำเนินงาน	
๑. หมวด ๑ การนำองค์กร	๒๘
๒. หมวด ๒ กลยุทธ์	๓๗
๓. หมวด ๓ ผู้ใช้บริการ	๔๐
๔. หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	๕๐
๕. หมวด ๕ บุคลากร	๕๖
๖. หมวด ๖ การปฏิบัติการพยาบาล	๗๐
๗. หมวด ๗ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา	๘๐
๓. ส่วนสรุป: ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ	๘๘

แบบรายงานการประเมินตนเอง
ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ส่วนที่ 1. ส่วนนำ : โครงร่างงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญดังนี้

1. ประวัติ/ความเป็นมาขององค์กร

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา เป็นสถานบริการสาธารณสุข ระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ที่ 138 หมู่ 6 ตำบลยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา ก่อตั้งเมื่อ วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๒๐ ให้การรักษาพยาบาล ชั้นทุติยภูมิ ระดับต้น ดูแลสุขภาพประชาชนในเขตบริการสุขภาพที่ 12 มีพื้นที่รับผิดชอบ 499.11 ตารางกิโลเมตร มี 7 ตำบล 49 หมู่บ้าน 2 เทศบาล 6 อบต. 11,806 หลังคาเรือน ประชากรที่รับผิดชอบในอำเภอยะหา จำนวน 49,316 คน (สำรวจเมื่อ 26 ธันวาคม 2566) เพศชายจำนวน 24,359 คน (ร้อยละ 49.29) เพศหญิง 24,957 คน (ร้อยละ 50.71) วัยพึ่งพิง 18,434 คน (ร้อยละ 37.38) เป็นผู้สูงอายุ 4,905 คน (ร้อยละ 10.12) เด็ก 0-14 ปี 13,208 คน (ร้อยละ 27.26) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา เป็นอำเภอที่อยู่ห่างจากอำเภอเมืองยะลา 20 กิโลเมตร กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเกินขีดความสามารถของการให้บริการ จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลยะลา ซึ่งเป็นหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูงในระยะเวลาที่รวดเร็ว โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ครั้งที่ 1 เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2555 , ครั้งที่ 2 (Re-accreditation ครั้งที่1) เดือนเมษายน ปีพ.ศ.2558 ,ครั้งที่ 3 (Re-accreditation ครั้งที่ 2) เดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ.2562 ,ครั้งที่ 4 (Re-accreditation ครั้งที่3) เดือนกุมภาพันธ์ 2566 ขอรับการประเมินการพยาบาลภายนอกเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ จากกองการพยาบาล ในปี พ.ศ.2567 รวมทั้งเป็นผู้นำด้านนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่ขาดโอกาสทางสังคม สมกับพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่พระราชทานแก่ชาวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทุกคนว่า “ทุกคนที่ทำงานให้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจะต้องไม่ลืมว่าโรงพยาบาลนี้ กำเนิดขึ้นจากความมุ่งมั่นปรารถนาอันแรงกล้าของคนไทยทั่วราชอาณาจักร ที่ต้องการจะเห็นผู้ที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารทุกหนแห่ง ได้รับความเอาใจใส่รักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ให้ปลอดภัยจากความเจ็บไข้โดยทั่วถึงเสมอหน้ากัน”

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เปิดให้บริการตั้งแต่การเปิดให้บริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา โดยอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉินเดิมได้อยู่ที่ตึกอำนวยการ และปัจจุบันหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้ตั้งอยู่ที่ผู้ป่วยนอกอาคารใหม่อยู่ด้านซ้ายทางเข้าของโรงพยาบาล ซึ่งผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ระบบรักษาพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ระบบหลักได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และ ระบบการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) และการให้ความช่วยเหลือทางนิติวิทยาศาสตร์ มีหน่วยกู้ชีพ กู้ภัย 5 หน่วยครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกตำบล

ผลงานเด่นปี 2568

วันที่ 21 ตุลาคม 2567

พยาบาลผู้มีผลงานวิชาการดีเด่นจังหวัดยะลา

วันที่ 29 พฤศจิกายน 2567

เข็มเชิดชูเกียรติ ประเภทกิตติมศักดิ์ ประจำปี 2567 จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

วันที่ 11-13 ธันวาคม 2567

รางวัลรองดีเด่น ประเภท CQI Poster Presentation การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะลา การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ การวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 16 ประจำปี 2567

วันที่ 12 มีนาคม 2568

รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ผลงานวิชาการ Oral presentation การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหา โดยใช้บาโจยซิแน โมเดล ในเวทีประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชายแดนใต้ประจำปี 2568

วันที่ 10 กันยายน 2568

ได้รับมอบประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติ แก่জনท.ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ แผ่นดินไหว สาธารณรัฐแห่งสภาพเมียนมา ระหว่างวันที่ 12 เมษายน – 8 พฤษภาคม 2568 ในเวทีมหกรรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข

เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ Oral presentation การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหา โดยใช้บาโจยซิแน โมเดล ในเวทีมหกรรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 1 ธันวาคม 2568

ร่วมสนับสนุน ทีมปฏิบัติการ Mini MERT ปฏิบัติงานในภารกิจออกหน่วย รพ.สนาม ณ โรงเรียนหาดใหญ่รัฐประชาสรรค์ ตำบลควนลัง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กรณีเหตุอุทกภัย

2. วิสัยทัศน์ พันธกิจ สมรรถนะหลัก ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม	ระดับโรงพยาบาล	ระดับกลุ่มงาน การพยาบาล	งานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล
วิสัยทัศน์	โรงพยาบาลชุมชนแม่ ข่ายชั้นนำ เป็นเลิศด้าน เทคโนโลยี ภาควิ เคราะห์ยามีส่วนร่วมสร้าง สุขภาวะ	เป็นผู้นำการบริการ พยาบาลแบบองค์รวมที่ ผู้รับบริการอบอุ่นใจ ผู้ ให้บริการมีความสุข	ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน มี คุณภาพ ได้มาตรฐาน รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยและประทับใจ
พันธกิจ	1. ให้บริการสุขภาพแบบ องค์รวมที่เชื่อมโยงทั้ง ปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ได้ มาตรฐานสหวิชาชีพ	1. ให้บริการสุขภาพแบบ องค์รวม และผสมผสาน ที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ	1. ให้บริการสุขภาพแบบ องค์รวม และผสมผสาน ที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม	ระดับโรงพยาบาล	ระดับกลุ่มงาน การพยาบาล	งานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล
	2.บุคลากรมีศักยภาพ สมรรถนะตามเกณฑ์ 3.สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเยียวยาและ ปลอดภัย 4.ให้บริการสุขภาพและ บริหารจัดการด้วย เทคโนโลยีดิจิทัลให้ได้ มาตรฐานสู่ความเป็น เลิศ 5.ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายและ จิตอาสาในการจัดการ สุขภาพที่สอดคล้องกับ บริบทท้องถิ่น	ปลอดภัย มีความพึง พอใจ 2. พัฒนาความรู้และ ทักษะให้กับบุคลากร ทั้ง ด้านบริการพยาบาล คุณธรรม จริยธรรม มีจิต อาสา สุขภาพดี ปลอดภัยและมีความสุข ในการทำงาน 3. บริหารจัดการองค์กร การพยาบาลให้มีระบบ บริหารการพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพเป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้	ปลอดภัย มีความพึง พอใจ 2. พัฒนาความรู้และ ทักษะให้กับบุคลากร ทั้ง ด้านบริการพยาบาล คุณธรรม จริยธรรม มีจิต อาสา สุขภาพดี ปลอดภัยและมีความสุข ในการทำงาน 3. บริหารจัดการองค์กร การพยาบาลให้มีระบบ บริหารการพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพเป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้
ค่านิยม	Y = Yield มุ่งเน้น ผลงานที่สร้างสรรค์ C = Clinical Risk and Safety Awareness จิตสำนึกด้านความเสี่ยง และความปลอดภัย P = Patient Focus ยึด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง H = Health Promoter เป็นผู้นำด้านการส่งเสริม สุขภาพ	Smart Nurses: เป็น บุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความ รับผิดชอบ Smart Care :นำ เทคโนโลยีมาใช้ในการ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยและ ญาติอย่าง ประสิทธิภาพ	Smart Nurses: เป็น บุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความ รับผิดชอบ Smart Care :นำ เทคโนโลยีมาใช้ในการ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยและ ญาติอย่าง ประสิทธิภาพ

สมรรถนะหลักกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

“เปนองครพยาบาลให้บริการพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้คุณภาพมาตรฐาน โดยความร่วมมือของ
เครือข่าย มีความสามารถในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ”

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีการกำหนดสมรรถนะ ดังนี้

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) ระดับองค์กรพยาบาล กำหนดตามสำนักงานข้าราชการพลเรือน มี 5 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์
- 2) การบริการที่ดี
- 3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ
- 4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม
- 5) การทำงานเป็นทีม

2. สมรรถนะประจำกลุ่มงาน

2.1 สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล(Functional competency)

2.1.1 ระดับผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย มี 4 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การพัฒนาศักยภาพคน
- 2) การดำเนินการเชิงรุก
- 3) การคิดวิเคราะห์
- 4) ภาวะผู้นำ

2.1.2 ระดับปฏิบัติการ มี 3 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การพัฒนาศักยภาพคน
- 2) การดำเนินการเชิงรุก
- 3) การคิดวิเคราะห์

2.2 สมรรถนะทางคลินิกในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล(Common functional competency) ได้แก่

- 1) การจำแนกประเภทผู้ป่วย
- 2) การใช้กระบวนการพยาบาล
- 3) การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ
- 4) การประเมิน Neurological signs
- 5) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน
- 6) การช่วยฟื้นคืนชีพ
- 7) การบริหารยา
- 8) การบริหารสารน้ำ
- 9) การให้เลือด/สว่นประกอบของเลือด
- 10) การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
- 11) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล
- 12) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ
- 13) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 14) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
- 15) การประเมินความปวดและการจัดการความปวด
- 16) การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 17) การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3 สมรรถนะเฉพาะในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (Specific functional competency)

Pre-hospital

- : การคัดกรองผู้ป่วย (scene or telephone triage)
- : การพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
- : การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อเข้ามาในโรงพยาบาล
- : การประสานงานการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย

In-hospital

- : การคัดกรองผู้ป่วย (Triage)
- : การพยาบาลฉุกเฉินตามกลุ่มโรคสำคัญ Stroke, STEMI, Sepsis, HI, Pneumonia, PIH , PPH
- : การพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- : การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
- : การพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค
- : การพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยทุกระบบ เช่น การพยาบาลผุ้คลอด(BBA), Multiple Trauma,,DHF ,Obstructive airway
- : การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

Referral

1. การปฏิบัติตามแนวทาง referral system
2. ทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ
3. ระบบ consult ในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
4. ระบบการติดต่อประสานงาน

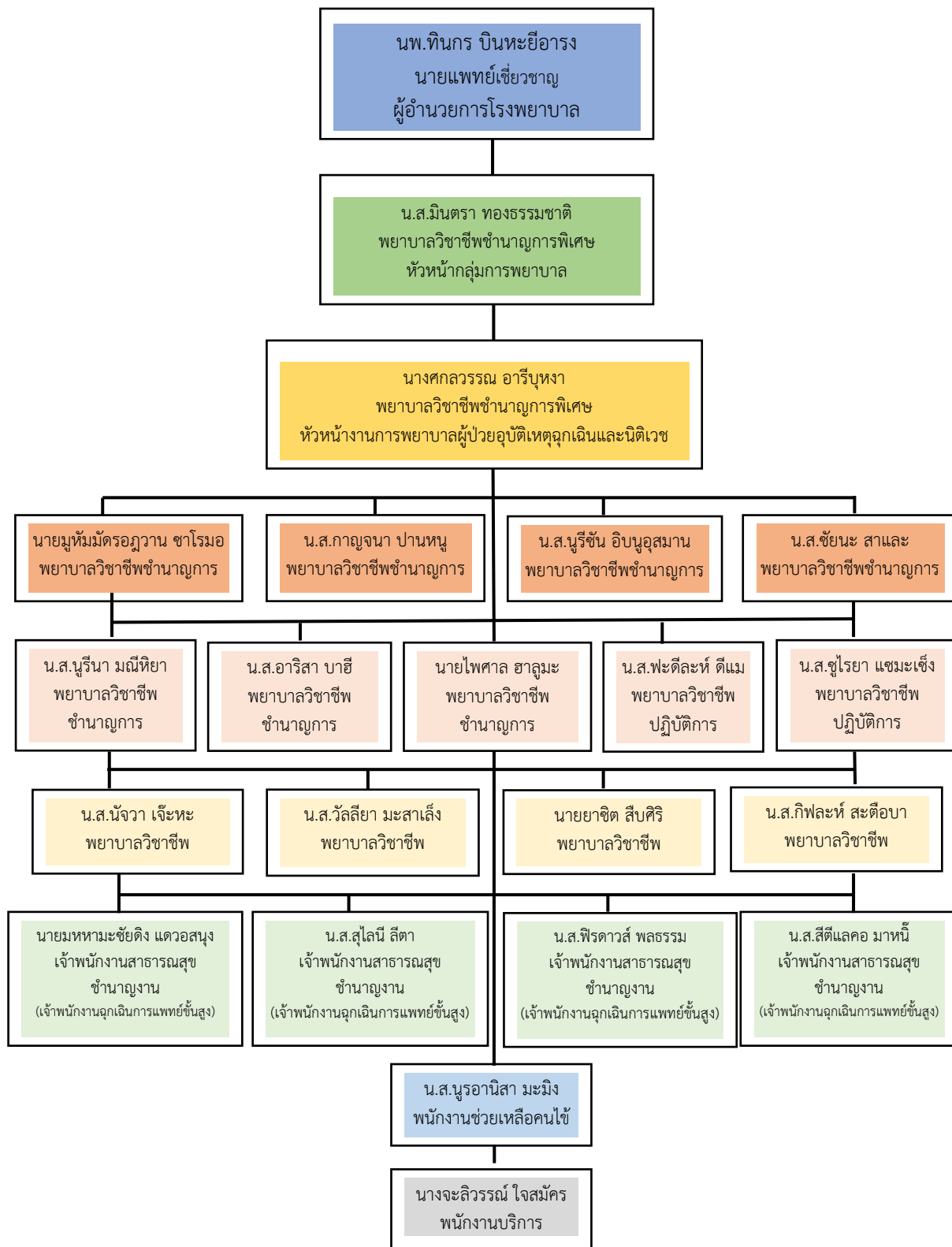
Diaster: การบริหารจัดการภาวะอุบัติเหตุหมู่และสาธารณภัย รวมทั้งเหตุทะเลาะวิวาท โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

3. โครงสร้างการบริหารและขอบเขตความรับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

กลุ่มงานการพยาบาล

แผนผังบังคับบัญชา

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช



แผนผังที่ 1 แสดงโครงสร้างการบริหารงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชกลุ่มงานการพยาบาลปฏิบัติงานขึ้นตรงต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล มีโครงสร้างขอบเขตงานและหน้าที่ความรับผิดชอบตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดสายการบังคับบัญชาเป็นลำดับขั้นคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานพยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานบริการ กำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในแต่ละตำแหน่ง

ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๑.pre-hospital

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ALS BLS FR) รับแจ้งเหตุ ออกปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ดูแลระหว่างนำส่ง ส่งต่อข้อมูลให้สถานพยาบาล

๒.in-hospital

๒.๑ ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma) เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Non-trauma) กลุ่มโรค Fast track ทั้งในและนอกเวลาราชการโดยมีแพทย์ให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ตามลำดับความเร่งด่วน

๒.๒ ให้บริการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล ผ่าฝี เข้าเฝือก ฯลฯ

๒.๓ ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการทุกวัน ตั้งแต่เวลา ๒๐.๓๐ น.- ๐๘.๓๐ น.

๒.๔ RRT (ทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล)

๒.๕ ให้บริการผู้ป่วยคดีและนิติเวช โดยร่วมชันสูตรกับแพทย์

๓.Interfacility

ให้บริการรับและส่งต่อ ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และรับผู้ป่วยกลับมารักษา รพ.ต้นทาง (Refer in ,Refer out,Refer back,Refer recieve)

๔.MCI

๔.๑ ให้บริการอุบัติเหตุหมู่จากอุบัติเหตุจราจร อัคคีภัย สถานการณ์ความไม่สงบ โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ

๔.๒ ทีม DMAT,DMERT,Mini MERT ระดับจังหวัด

๕.งานอื่น ๆ เช่น

๕.๑ ให้บริการความรู้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ อัตโนมัติให้กับ กู้ชีพ กู้ภัย ประชาชน นักเรียน ในอำเภอยะหา และหน่วยงานที่ขอสนับสนุน

๕.๒ ครูพี่เลี้ยง หลักสูตรนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี,หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR ๔๐ ชม.),หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง (EMT ๑๑๕ ชม.) โครงการในดิงเกล

มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล ระดับกลุ่มงานการพยาบาล ได้แก่

- 1) **คณะกรรมการtimนำทางคลินิก (PCT):**นางศกลวรรณ อารีบุหงา,น.ส.กาญจนา ปานหนู,นางนุรีชน อิบนูฮุสมาน, น.ส.นุรีนา มณีวิทยา, น.ส.อาริสา บาฮี, น.ส.ชูไรยา แซมะเซ็ง,น.ส.วัลลียา มะสาเล็ง,น.ส.กิฟละห์ สะตือบา
- 2) **คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC):**น.ส.พะดีละห์ ดีแม , น.ส.สีตีแลคคอ มาห์นี
- 3) **คณะกรรมการด้านการบริหารความเสี่ยง(RM):**น.ส.ชัยนะ สาและ,น.ส.นัจวา เจ๊ะหะ
- 4) **คณะกรรมการระบบยา (MMS) :**น.ส.นุรีนา มณีวิทยา

- 5) คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศและเวชระเบียน (KMIT):นายภูมิภัทรภูวาน ชำโรมอ, นายยาจิต สืบศิริ
- 6) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV):นายไพศาล ฮาลูมะ,นายมหามะชัยดิ้ง แดวอสูง,น.ส.พิรดาวส์ พลธรรม
- 7) คณะกรรมการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ (INS): นายไพศาล ฮาลูมะ
- 8) คณะกรรมการบริหารและพัฒนากำลังคน (HRD):น.ส.อารีสา บาฮ์,น.ส.สุไลนี ลีตา

นอกจากนี้ยังร่วมเป็น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการระดับจังหวัดใน Service plan สาขาต่างๆ เช่น สาขาอุบัติเหตุ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

4. ลักษณะโดยรวมของบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 15 มกราคม 2569)

ลักษณะโดยรวมของบุคลากร

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 20 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 15 มกราคม 2569) มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) พยาบาลวิชาชีพ (รวมหัวหน้างาน) 14 คน
- 2) เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์ขั้นสูง 4 คน
- 3) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน
- 4) พนักงานบริการ 1 คน

จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	16 คน	80
ชาย	4 คน	20

บุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีจำนวน 20 คน ประกอบด้วย

ประเภทบุคลากร	ตำแหน่ง	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	ข้าราชการ	10	50
พยาบาลวิชาชีพ	จ้างเหมาบริการ	4	20
เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ขั้นสูง	ข้าราชการ	4	20
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	จ้างเหมาบริการ	1	5
พนักงานบริการ	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1	5

จำแนกตาม Generation

ประเภทบุคลากร	จำนวน	Generation
พยาบาลวิชาชีพ	5 คน	X
พยาบาลวิชาชีพ	5 คน	Y
พยาบาลวิชาชีพ	4 คน	Z
เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ขั้นสูง	4 คน	Y
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1 คน	Z
พนักงานบริการ	1 คน	X

จำแนกตามช่วงอายุ (Generation)

Generation	จำนวน	ร้อยละ
Gen Baby Boomer (เกิด พ.ศ. 2489-2507)	-	-
Gen X (เกิด พ.ศ. 2508- 2522)	6 คน	30
Gen Y (เกิด พ.ศ. 2523-2540)	9 คน	45
Gen Z (เกิด พ.ศ. 2541-2556)	5 คน	25

จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปริญญาตรี	14 คน	70
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	6 คน	30
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	4 คน	28.57
ผู้บริหารระดับกลาง	1 คน	7.14

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะของเจ้าหน้าที่จำแนกตามช่วงอายุ ระดับการศึกษา ประเภทการจ้าง

บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงาน	Generation	ระดับการศึกษา				ประเภทการจ้าง		
		ปริญญาโท	ปริญญาตรี	อนุปริญญา	ม.6	ข้าราชการ	จ้างเหมาบริการ	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ผู้บริหาร	Gen.X	-	1	-	-	1	-	-
ผู้ปฏิบัติ	Gen.X	-	4	-	1	4	-	1
	Gen.Y	-	5	4	-	9	-	-
	Gen.Z	-	4	1	-	1	4	-

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ แบ่งระดับสมรรถนะตาม Benner's Model

ระดับ	ประเภทพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1	พยาบาลผู้เริ่มต้น (Novice) ปฏิบัติงาน 1-2 ปี	3	21.43
ระดับที่ 2	พยาบาลผู้เรียนรู้ (Advance beginner) ปฏิบัติงาน 3-4 ปี	2	14.29
ระดับที่ 3	พยาบาลผู้ปฏิบัติ (Competent) ปฏิบัติงาน 5-7 ปี	-	-
ระดับที่ 4	พยาบาลผู้ชำนาญ (Proficient) ปฏิบัติงาน 8-10 ปี	-	-
ระดับที่ 5	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ปฏิบัติงานมาก 10 ปี	9	64.28
รวมทั้งหมด		14	100

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ที่มีการศึกษาต่อในสาขาการพยาบาลเฉพาะทาง

ลำดับที่	สาขาที่ศึกษาต่อ	ระดับการศึกษา			
		ปริญญาโท	การพยาบาลเฉพาะทาง 1 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน	การอบรมระยะสั้นกว่า 4 เดือน
1	สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	-	-	4	-
2	กระบวนกร	-	-	1	-
3	การสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง	-	-	-	3
4	ครูพี่เลี้ยง	-	-	-	2
5	หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง ด้านรักษาอัมพาตเคลื่อนที่ (Mobile Stroke Unit)	-	-	-	4
6	ผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง	-	-	-	1
7	ครู ก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน	-	-	-	5
8	ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ	-	-	-	2

ภาวะสุขภาพของบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ปี 2568

ตรวจสอบสุขภาพทั้งหมด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 100 และพนักงานบริการ ร้อยละ 100

พบว่าบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องพบแพทย์เพื่อการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

พยาบาลจำนวน 7 คน ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาโดยวิธีการทานยาจำนวน 2 ราย อีก 5 ราย ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย น้ำเจาะเลือดซ้ำอีก 3 เดือน

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง จำนวน 3 คน มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาโดยวิธีการ ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย น้ำเจาะเลือดซ้ำอีก 3 เดือน

กลุ่มป่วย 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10

กลุ่มเสี่ยง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40

กลุ่มปกติ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50

พยาบาลวิชาชีพทุกคนจบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 15 คน คิดเป็น 100 % พยาบาล วิชาชีพได้รับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จำนวน 15 คน คิดเป็น 100 %

บุคลากรในหน่วยงานเป็นคนในพื้นที่จังหวัดยะลา จำนวน 19 คน คิดเป็น 95.24 %

บุคลากรในหน่วยงานเป็นคนในพื้นที่จังหวัดสงขลา จำนวน 1 คน คิดเป็น 4.76 %

รูปแบบการจัดและกระจายอัตรากำลังการปฏิบัติงาน

เจ้าหน้าที่	เวรเช้า		เวรบ่าย	เวรตึก
	เวลา 08:30 น.-16.30 น. ในเวลาราชการ	นอกเวลาราชการ	เวลา 16:30 น.-00:30 น.	เวลา 00:30 น.-08:30 น.
งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและ นิติเวช พยาบาลวิชาชีพ	5	3	3	2
เจ้าพนักงาน ฉุกเฉิน การแพทย์ชั้นสูง	2	1	1	-
พนักงาน ช่วยเหลือคนไข้	1	-	-	-
พนักงานบริการ	1	-	-	-
ศูนย์ประสาน ส่งต่อ พยาบาลวิชาชีพ	1	-	-	-
รวม	10	4	4	2

- อัตรากำลังงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยแบ่ง ปฏิบัติงานเป็นเวรผลัด 8 ชม.ได้แก่

1.เวรเช้า (เวลา 08.30-16.30 น.) พยาบาลวิชาชีพ 6 คน รวมทั้งหัวหน้างานและพยาบาลประจำศูนย์ประสานส่ง ต่อ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง 2 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และพนักงานบริการ 1 คน

2.เวรบ่าย (เวลา 16.30-00.30 น.) พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง 1 คน

3.เวรตึก (เวลา 00.30-08.30 น.) พยาบาลวิชาชีพ 2 คน

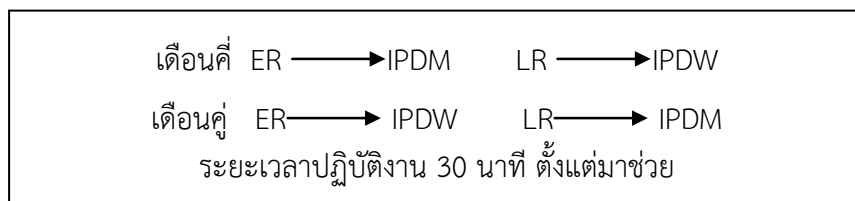
การจัดอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน

1. เมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่/มีผู้ป่วยจำนวนมาก เกิดความแออัดที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น จะมีการจัดอัตรากำลังเสริมจากหน่วยงานต่าง ๆ ตามแผนอุบัติภัยหมู่หรือตามแนวปฏิบัติการเรียกอัตรากำลังสำรองตามเกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด ขึ้นมาปฏิบัติงานทันที ซึ่งการจัดอัตรากำลังเสริมจะอยู่ในความรับผิดชอบของหัวหน้างาน

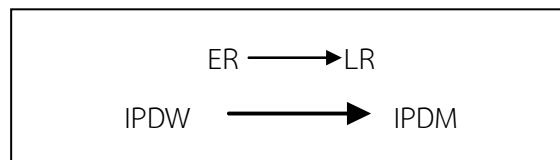
กรณีเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินเรียกอัตรากำลังสำรอง Ward ให้มาทันทีในกรณีผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- On ET > 1 case ในเวลาเดียวกัน
- CPR
- ICD
- Shock > 1 case ในเวลาเดียวกัน
- MCI อุบัติเหตุหมู่
- NL >1 case ในเวลาเดียวกัน
- NL กรณีมี จนท. Standby 1 คน เนื่องจากไป refer

อัตรากำลังแผนกที่ 1



กรณี refer ในเวลาเดียวกัน ซ้อนกัน ให้ตามอัตรากำลังสำรองแผน 2



2. ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนอื่นๆ ของโรงพยาบาล ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

5. ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้จำแนก ผู้ใช้บริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็น 2 กลุ่ม ได้วิเคราะห์ ความต้องการและความคาดหวังดังนี้

5.1 ผู้ใช้บริการที่เป็นลูกค้าภายใน

ตารางที่ 3 แสดงการจำแนกกลุ่มผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เป็นลูกค้าภายใน

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการประสานงานที่สำคัญ
แพทย์	-ทีมการพยาบาลประเมินคัดกรองผู้ป่วย รายงานอาการ อำนวยความสะดวกใน การดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการประสานงานที่ถูกต้อง

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
	-เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต -มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตเพียงพอ -บันทึกประวัติ ตรวจร่างกายครบถ้วน -ประเมินอาการผู้ป่วยถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพการรักษา -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติได้อย่างดีและเหมาะสม
พยาบาล ER	-ให้การพยาบาลรักษาผู้ป่วยถูกต้อง รวดเร็ว -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติได้อย่างดีและเหมาะสม
พยาบาลศูนย์ประสานและส่งต่อ	-ประสานข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วนทั้งกรณีรับ Refer และส่งต่อ
AEMT	-ดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว -นำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย
เจ้าหน้าที่สื่อสารศูนย์สั่งการ	-Phone triage ถูกต้อง -สื่อสารกับผู้แจ้งเหตุด้วยวาจาที่เป็นมิตรไมตรี
งานรังสีวินิจฉัย	-มีการประสานงานที่ดี -สั่ง X-Ray ถูกต้อง ถูกคน -กรณีผู้ป่วย Level 1 และ 2 มีเจ้าหน้าที่ดูแลระหว่างนำส่งไป X-ray -มีทีมช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน
ห้องชันสูตรผลเลือด	-แพทย์กรอกข้อมูล Lab ที่ต้องการส่งตรวจครบถ้วน -ชื่อ-สกุลบนสิ่งส่งตรวจถูกต้องตรงกับ Specimens -ทีมพยาบาลเก็บสิ่งส่งตรวจถูกต้องและเพียงพอ -รายงานผลชันสูตรเร็วตามเกณฑ์ที่กำหนดกรณีผู้ป่วย Fast track -รายงานผล Lab ที่มีค่าวิกฤต
เจ้าหน้าที่ห้องตรวจสอบสิทธิ์	ช่วยตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผู้ป่วยให้ถูกต้อง ให้มีการ Authen ให้เรียบร้อย
ห้องยา	- ห้องยาอยู่หน้า ER -มียาเพียงพอสำหรับใช้ในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน -จ่ายยารวดเร็วในรายการที่จำเป็นตองใช้ขาดแต่ไม่สามารถมี Stock ใน ER ได้ เช่น ยากันชัก, ยา Sedate สำหรับการทำให้ RSI, Steptokinase, rTPA -แพทย์ Keyยาใน Himpro ครบก่อนให้เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย/ญาติไปรับยา -ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาทุกครั้ง - เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ไปในผู้ป่วยแต่ละราย ครบถ้วน ถูกต้อง

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
	-มีการจัดเรียงเวชภัณฑ์ ตามระบบ First in –First out -สำรวจยาใกล้ Exp. ทุกวันที่ 1 ของเดือน -สอบถามประวัติแพ้ยาซ้ำทุกครั้ง/ประวัติยาเดิม -บริหารยาได้ถูกต้องตามหลัก 10 R
ห้องบัตร	-กรณีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ยังไม่ทราบชื่อสกุลให้เป นไม่ทราบชื่อสกุลไวคอน ตาม แนวทางการระบุตัวผู้ ป่วย เพื่อให้ส่งยา X-Ray CT สง Lab จองเลือดได อย่าง รวดเร็ว
พนักงานเวรเปล	-กระจายอัตรากำลังเหมาะสม โดยเฉพาะเวลาพัก เที่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รอนานทั้งไปทำ Investigation, Admit หรือไป OR
OPD	มีการประสานงานที่ดีในกรณีรับหรือส่งผู้ป่วยระหว่าง OPD- ER -มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ถูกต้อง
หอผู้ป่วยใน	-Admitผู้ป่วยถูกต้องตามแผนกและตรงตามข้อบ่งชี้ ของหอผู้ป่วย -ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาถูกต้องเหมาะสมก่อน ส่งเขาคี -มีการประสานงานให้ตึกเตรียมความพร้อมรับ ผู้ป่วยทุกราย -กรณีมีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องดูแลรักษาต่อ ด้วยแพทย์หลายแผนก ขอให้หอผู้ป่วยรับ Admit ได โดยไม่ต้องรอให้แพทย์ Intern ลงมาประเมินและ ปรึกษา อาจารย์แพทย์ก่อน Admit อยู่ในดุลยพินิจ ของแพทย์เวร ER
ทันตกรรม	-มีทีมช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน
หน่วยจ่ายกลาง	- Check Stock - เครื่องมือก่อนส่งเบิกให้ตรงเวลาทุกครั้ง -แยกของมีคม ขยะติดเชื้อ แยกผ้าสะอาดกับผ้า สกปรก ถูกต้อง -ไม่มีเครื่องมือ re – sterile

5.2 ผู้ให้บริการที่เป็นลูกค้าภายนอก

ตารางที่ 4 การจำแนกกลุ่มผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เป็นลูกค้าภายนอก

ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการประสานงานที่สำคัญ
ผู้ป่วย/ญาติ	มีความต้องการบริการแรกรับที่รวดเร็ว ประเมินสภาพถูกต้อง คำแนะนำที่ถูกต้องชัดเจนเป็นที่เข้าใจ สัมพันธภาพที่ดี ได้รับยาถูกต้อง และได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะฉุกเฉิน รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ได้รับการดูแลภาวะเจ็บป่วยตลอดเวลา ทราบข้อมูลทางการเจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ปลอดภัย ขณะส่งต่อ ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเท่าเทียม ร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา ทราบแนวทางการดูแลตนเองให้เคารพสิทธิของตนเอง
โรงพยาบาลแม่ข่าย/รพช.	-มีการประสานศูนย์ส่งต่อเพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วย -แก้ไขภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนส่งต่อผู้ป่วยให้ Stable -ปฏิบัติตามแนวทาง Fast Track -เตรียมเอกสารใบ Refer , ผล Investigation ให้ครบ on line X-ray -ส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัย พร้อมใบนำส่ง -ดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อได้ถูกต้อง ปลอดภัย -ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Thai refer ได้รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน
สถานีตำรวจ	-ได้รับใบชันสูตรทางคดีตามเวลาที่กำหนด -ได้รับสัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินมีการให้ความรุนแรงที่ ห้องฉุกเฉิน
จนท.รพสต.	-ได้รับการปรึกษา การประเมินสภาพ การรักษา การส่งต่อ และคำแนะนำที่ดี รวมทั้งผลตอบกลับการรักษาผู้ป่วย
หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย	-ได้รับคำแนะนำ การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ขณะนำส่งและรายงานอาการ นำส่ง -ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างส่งต่อถูกต้อง
ชุมชน	การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การควบคุมโรคระบาด เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุบัตินิเวศวิทยา
โรงเรียน	การมีกิจกรรมกับนักเรียนมัธยม การให้ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ลูกค้าภายนอก

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แยกตามกลุ่มโรค	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
กลุ่มผู้ป่วย STEMI	ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ หัวใจวาย ภาวะหัวใจหยุดเต้น มีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินและยาพร้อมใช้เพียงพอ มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องการอ่านและแปลผล EKG สามารถให้ การดูแลช่วยเหลือขณะตรวจรักษาและส่งต่อ ด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย
กลุ่มผู้ป่วย Stroke	: ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่รวดเร็วและถูกต้อง ทราบระดับความรุนแรง ปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต มีเครื่องวัดความดันโลหิต , BP monitor เพียงพอ พร้อมใช้ มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย severe HTและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือขณะตรวจรักษาและส่งต่อ ด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย
กลุ่มผู้ป่วย COPD	: ได้รับการตรวจระดับออกซิเจนในเลือด ลักษณะการหายใจ ตรวจการทำงานของปอด(ฟังปอด) อย่างรวดเร็วและถูกต้องหายจากภาวะเหนื่อยหอบ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะหายใจวาย มีเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมใช้ เช่น เครื่องวัดระดับออกซิเจนในเลือด เครื่องพ่นยา มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรค การดูแลและแก้ไขภาวะฉุกเฉินด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย
กลุ่มผู้ป่วย Head injury	ได้รับการนำส่งรพ.ด้วยความรวดเร็วถูกต้องและปลอดภัย ปลอดภัยจากภาวะเลือดคั่งสมองและภาวะแทรกซ้อน เช่น C- Spine injury เครื่องมือและอุปกรณ์ที่พร้อมใช้ เช่น เครื่องช่วยหายใจ Hard Collar Suction มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรค การดูแลและแก้ไขภาวะฉุกเฉินด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย
กลุ่มผู้ป่วย PIH	ได้รับการนำส่งรพ.ด้วยความรวดเร็วถูกต้อง ได้ยาลดความดันโลหิตแก้ไขภาวะครรภ์เป็นพิษ มีเครื่องมือที่ทันสมัย ทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรค

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แยกตามกลุ่มโรค	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
	สูตรกรรม การดูแลและแก้ไขภาวะฉุกเฉินด้วยความ รวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัยทั้งแม่ลูก

4.กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง คือกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วย Stroke, STEMI ,Head Injury, Sepsis , PIH , PPH (ต้องการการดูแลที่รวดเร็ว วินิจฉัย ถูกต้อง ให้ความช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างเหมาะสม มีอุปกรณ์ทันสมัยเพียงพอ พร้อมใช้ ส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ)

5.กลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องใส่ใจเป็นพิเศษ คือกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยยุติการตั้งครรภ์ ผู้ป่วย OSCC ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ พระภิกษุสงฆ์ ผู้นำศาสนา

การจัดระบบและช่องทางการรับฟังความคิดเห็นความคาดหวังของผู้ใช้บริการให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่น ดังนี้

- QR code แสดงความคิดเห็น
- สำรวจแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ
- การสอบถาม/ให้ข้อมูลระหว่างนั่งรอตรวจ
- การสังเกตพฤติกรรมสีหน้าท่าทางและอารมณ์/เสียงบ่น
- เสียงสะท้อนจากชุมชน
- website รพ.
- การรับฟังเสียงสะท้อนกลับที่หน้างาน

นำผลการสำรวจความต้องการ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำไปสู่การวางระบบการจัดบริการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม เช่น

- การจัดระบบการสื่อสารขณะรอคอย
- ระบบการรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ
- ความรวดเร็ว ต้องการการบริการด้วยความรวดเร็ว ไม่รอนาน
- การจัดบริการนอกเวลา วันหยุดราชการ

6.เป้าประสงค์ในการประกันคุณภาพ (เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ)

6.1เชิงปริมาณมีดังนี้

1. ระยะเวลารับแจ้ง ถึง ณ จุดเกิดเหตุ ภายใน 10 นาที (Response time) ร้อยละ 85
2. ผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตภายใน 4 นาที ร้อยละ 100
3. ผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ 100%
4. ร้อยละการคัดกรองถูกต้อง >85%
5. ร้อยละอุบัติเหตุรถกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม.
6. อุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียง พลัดตก หกล้มในห้องฉุกเฉินเท่ากับ 0
7. อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักขณะเคลื่อนย้ายเท่ากับ 0
8. ผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track เข้าถึงระบบบริการภายในระยะเวลาที่กำหนดร้อยละ 60
9. ผู้ป่วย STROKE STEMI Door To Needle time ภายในระยะเวลาที่กำหนดร้อยละ 100

10. ผู้ป่วย Stroke ได้รับยา Rt-PA ภายในระยะเวลาที่กำหนด 100%
11. อัตราความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาและสารน้ำ ระดับ E up เท่ากับ 0
12. อุบัติการณ์การเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการประเมินผิดพลาด ทำหัตถการ บริหารยา เท่ากับ 0
13. ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน >85%
14. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติร้อยละ 85
15. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนจากการละเมิดสิทธิผู้ป่วยเท่ากับ 0

6.2 เชิงคุณภาพ มีดังนี้

1. ผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและพึงพอใจ
3. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีความปลอดภัย
4. บุคลากรมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความพึงพอใจและความสุขในการทำงาน
5. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ
6. ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA EMS
7. ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ
8. ผ่านเกณฑ์การประเมิน NQA

7.บริบทเชิงกลยุทธ์ (ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)

ตารางที่ 5 บริบทเชิงกลยุทธ์ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน ภายนอกเพื่อกำหนดกลยุทธ์การพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ตามหลัก SWOT Analysis ซึ่งปัจจัยภายในวิเคราะห์ตามหลัก 7S Model ได้แก่ โครงสร้างองค์กร กลยุทธ์การ ขับเคลื่อน ระบบ/การจัดบริการ บุคลากร ทักษะ/ความรู้/ความเชี่ยวชาญ รูปแบบการบริหารจัดการ และคุณค่าหรือค่านิยมร่วม เพื่อกำหนดจุดแข็งและจุดอ่อน และปัจจัยภายนอกวิเคราะห์ตามหลัก PEST Model คือ นโยบาย สิ่งแวดล้อม สังคม และเทคโนโลยี เพื่อกำหนดโอกาสและอุปสรรค ได้ดังนี้

ด้าน	Strengths ประเด็นที่เป็นจุดแข็ง	Weaknesses ประเด็นที่เป็นจุดอ่อน
S1: Strategy กลยุทธ์	- ความมุ่งมั่นในการกำหนดกลยุทธ์ของหน่วยงาน ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล - มีการขับเคลื่อนและพัฒนางานคุณภาพอย่างเป็น ระบบและต่อเนื่อง โดยใช้มาตรฐาน HA ,QA ER คุณภาพ - มีกลยุทธ์การพัฒนาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกสาขา	- การควบคุม ติดตาม ประเมินผล ยังไม่ต่อเนื่อง

ด้าน	Strengths ประเด็นที่เป็นจุดแข็ง	Weaknesses ประเด็นที่เป็นจุดอ่อน
	การพยาบาล เพื่อตอบสนองตาม Service plan กลุ่มโรค สำคัญ ตัวชี้วัดของกระทรวง ความต้องการของผู้ใช้บริการทุกกลุ่มวัย	
S2:Structure โครงสร้าง องค์กร	- มีทีมการบริหารงาน และทีมพัฒนาคุณภาพ งานบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช มีโครงสร้างองค์กรชัดเจน มีแบ่งงานผู้รับผิดชอบแต่ละงาน เช่น ECS EMS ระบบส่งต่อ RTI TRAUMA เป็นต้น	-โครงสร้างองค์กรมีการปรับเปลี่ยน อัตรากำลังไม่เพียงพอ พยาบาลได้รับการบรรจุข้าราชการ ย้ายไปปฏิบัติงาน มีพยาบาลจบใหม่ หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน
S3: System ระบบงาน	- งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีระบบงาน 4 Part Pre-hospital ,In-hospital , Interfacility ,Diaster ผ่านการประเมิน ER คุณภาพ ผ่านการประเมินหน่วยปฏิบัติการขั้นสูง ปี 2568 - เครื่องมือทางการแพทย์มีเพียงพอ ทันสมัย ระบบ AOC Telemedicine, Auto CPR, HFNC, Ventilator, VDO laryngeal - มีห้องตรวจแยกโรค AIIR -มีศูนย์ประสานการส่งต่อ	-หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่รับผิดชอบ -ขาดการบำรุงรักษาเครื่องมือที่ ต่อเนื่อง/ไม่มีศูนย์เครื่องมือแพทย์ - มีภาระงานล้นที่นอกเหนืองานกลุ่ม งานการพยาบาล -การเข้าถึงบริการผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track -ความรุนแรงของโรค
S4: Skills ทักษะ ความสามารถ	- มีการกำหนดสมรรถนะหลักของกลุ่มงานการ พยาบาล และสมรรถนะของบุคลากรในการให้บริการ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน - เป็นแหล่งฝึกนักศึกษาแพทย์ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล กู้ชีพกู้ภัยหลากหลายสถาบัน - เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย โครงการไนติงเกล	-บุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ วิชาการนวัตกรรม งานวิจัย -ขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉินในเด็ก
S5: Shared values ค่านิยมร่วม	- ความเป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช	การนำอัตลักษณ์ไปปฏิบัติในงานบริการประจำวันยังไม่เป็นรูปธรรมและสม่ำเสมอ

ด้าน	Strengths ประเด็นที่เป็นจุดแข็ง	Weaknesses ประเด็นที่เป็นจุดอ่อน
	- ยึดหลักนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม - สามัคคี มีวินัย ใส่ใจบริการ	การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพยังมีข้อจำกัดด้านการประสานงาน การบริการเชิงรุกและการสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติยังขาดความต่อเนื่อง
S6: Staff บุคลากรในองค์กร	- หัวหน้างานและบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช ผ่านการอบรมผู้บริหารระดับกลาง มีความผูกพัน และมีความมุ่งมั่น ทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน - บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และสามารถสื่อสาร ภาษาท้องถิ่นได้ - บุคลากร เป็นข้าราชการ ร้อยละ 70 - บุคลากรส่วนใหญ่ Generation Y ร้อยละ 42.80 - บุคลากรส่วนใหญ่อายุงาน >10-20 ร้อยละ 61.90 - พยาบาลจบเฉพาะทาง ENP จำนวน 4 คน	- อัตรากำลังที่ไม่สมดุลกับภาระงานเนื่องจากมีหลายภารกิจในการทำงาน คณะกรรมการงานพัฒนาคุณภาพประชุมทั้งใน นอกหน่วยงาน การส่งต่อผู้ป่วย EMS การออกหน่วย ปฐมพยาบาลต่างๆ การเป็นวิทยากรนอกพื้นที่ - พยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน - มีจำนวนพยาบาลเฉพาะทางสาขาหลัก (ENP) ไม่ครอบคลุมทุกเวร
S7: Style รูปแบบการบริหารจัดการ องค์กร	การบริหารงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เน้น การมีส่วนร่วม มีการกระจายอำนาจ/การบริหาร แนวราบ - มีระบบการนิเทศการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรใหม่ - มีการสอนงานและให้ฝึกทำปฏิบัติให้กับบุคลากรใหม่ - มีระบบการดูแลแบบพี่สอนน้อง	- ขาดการนิเทศและติดตามอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกตามหลัก PEST Model

ด้าน	Opportunities ประเด็นที่เป็นโอกาส	Treats ประเด็นที่เป็นอุปสรรค
P: Politics นโยบาย	- นโยบายการส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน วิชาชีพพยาบาล - มีค่าตอบแทนตามสายวิชาชีพ	มีนโยบายเข้ามาแบบเร่งด่วน นโยบายกระทรวง เขต จังหวัด และ นโยบายมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

ด้าน	Opportunities ประเด็นที่เป็นโอกาส	Treats ประเด็นที่เป็นอุปสรรค
	- มีค่าตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ - ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช	
E: Environment สภาพแวดล้อม	- การเข้าถึงหน่วยบริการสะดวก เข้าถึงง่าย อยู่ด้านหน้า	-พื้นที่ห้องคับแคบ ไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ - การส่งต่อผู้ป่วยไป รพท.และรพศ. ระยะทางห่างจาก รพ. 20 km ใช้ เวลาในการเดินทาง 20 นาที
S: Society สังคม	- มีภาคีเครือข่าย ในการให้บริการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งหน่วยงาน เอกชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ -ภาคีเครือข่ายระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน ให้บริการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ -บริบทพื้นที่ ความเชื่อ จิตวิญญาณ ศาสนา มีผลต่อระบบสุขภาพ
T:Technology เทคโนโลยี	- OPD/IPDPaperless (Hos Merge) - ช่องทางการรับส่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย เช่น Telemedicine Thai refer Yaha Happiness HDC - ระบบสารสนเทศที่ทันสมัย - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยช่วยลด ขั้นตอนการปฏิบัติงาน - นโยบายการพัฒนาด้านระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ (รพ.อัครวิริยะ, HAIT)	การใช้ Social media และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ความรวดเร็วในการสื่อสารมีความเสี่ยงจากการร้องเรียน และฟ้องร้องสูงขึ้น

บริบท ความท้าทาย และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์

บริบทเชิงกลยุทธ์	ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์
พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลด้านคลินิก และดูแลผู้ป่วยวิกฤต FAST TRACK	- พัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการผู้ป่วย Fast track Stroke,STEMI,Sepsis,MTI, PPH ,Psychitric โรคอุบัติใหม่ อุตติซ้ำ - พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ให้มากขึ้น	- ผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญในการพัฒนางาน เช่น HA DHSA ER คุณภาพ HA EMS NQA - เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ยกระดับศักยภาพบริการ แบบ SAP - ระบบการดูแลผู้ป่วย FastTrack รูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่ายจังหวัดยะลา

บริบทเชิงกลยุทธ์	ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับ Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขา หลอดเลือดหัวใจ สาขา อุบัติเหตุ สาขามารดา และทารก สาขา สุขภาพจิต	3.บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสม กับภาระงาน 4.สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ ช่วยชีวิต พร้อมใช้ และทันสมัย 5.เพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงสูง 6.การจัดระบบบริการพิเศษสำหรับ กลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการ จำเพาะ 7.ลดข้อร้องเรียน 8.ขยายอาคารโครงสร้างหน่วยงาน 9.แผนพัฒนาความเป็นเลิศด้านการ พยาบาล จริยธรรมวิชาชีพ เทคโนโลยี สารสนเทศด้านการ พยาบาล การจัดการความรู้และการ วิจัย นวัตกรรม	One Province one ER ,One province one ECS 4.พยาบาลและเจ้าพนักงานฉุกเฉิน การแพทย์ขั้นสูง ได้รับการส่งเสริม อบรม ฟื้นฟูความรู้ทุกคน 100 % 5.ในการปฏิบัติงาน จนท.มีขวัญ และกำลังใจ และความผูกพันต่อ องค์กร ร้อยละ 80 6. นโยบายการพัฒนาเครือข่ายบริการ สุขภาพ แบบ Service plan ทำให้ เครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งเพิ่มการ เข้าถึงบริการในกลุ่มโรคฉุกเฉินและมี ความเสี่ยงสูง 7.หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเขา รวมเป็นคณะกรรมการที่นำคุณภาพ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ รพ. 8.มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล (ENP) ตามแผน 5 ปี 9.มีระบบปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญกว่า 10.ระบบ Telemedicine 11.ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ 12.การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคี เครือข่าย รพสต. และทีมกู้ชีพ กู้ภัย

8.ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

ด้านระบบการพัฒนาคุณภาพ :

มีการปรับปรุงผลการดำเนินงานโดยนำระบบมาตรฐานมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพบริการดังนี้

1. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปี 2550 กองการพยาบาล
2. มาตรฐาน HA Reaccreditation ครั้งที่ 4
3. มาตรฐาน ER คุณภาพ 2561
 - 3.1 มาตรฐานการจัดบริการห้องฉุกเฉิน
 - 3.2 MOPH ED TRIAGE
 - 3.3 การจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยในสถานพยาบาล
 - 3.4 ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ
 - 3.5 Preventing Workplace violence in Hospital
 - 3.6 มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล

3.7 แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์โรค Covid -19

4. ใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ เช่น 5 ส. ,Healthy work place, IC, HAIT, กิจกรรมทบทวน RCA , การบริหารความเสี่ยง, CQI R2R การวิจัย , การนิเทศทางการพยาบาล เป็นต้น

ด้านกระบวนการประเมินผล :

- 1.ประเมินตนเองระดับหน่วยงาน
- 2.ประเมินไขว้ระหว่างหน่วยงาน
- 3.ประเมินไขว้โรงพยาบาลภายในจังหวัด
4. การติดตามนิเทศงานของคณะกรรมการ Service Plan ระดับจังหวัด
- 5.ใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal survey)
- 6.การประเมินโดยองค์กรวิชาชีพภายนอก เช่น สรพ., กองการพยาบาล, สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 7.ประเมินผลทางด้านบุคลากรเพื่อพัฒนาสมรรถนะตามส่วนขาด
8. ประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน

ด้านกระบวนการเรียนรู้:

มีการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพระดับบุคคลเมื่อบุคลากรเริ่มต้นเข้ามาทำงานในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการปฐมนิเทศเรื่องการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และมีการฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรเก่าทั้งในระดับโรงพยาบาล และในหน่วยงาน มีการจัดระบบการเรียนรู้คุณภาพหน่วยงาน เช่น การพัฒนาบริการด้วย CQI, กิจกรรมทบทวน RCA ,การประเมินตนเอง, R2R, การประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้ภายใน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระบวนการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลที่สำคัญ การเรียนรู้เพื่อให้ทำงานอย่างมีความสุข รวมทั้งการประชุมวิชาการภายนอกหรือร่วมประชุมนำเสนอผลงานระดับโรงพยาบาล ระดับเขตและระดับประเทศ ผู้บริหารทางการพยาบาลกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีกิจกรรมCQI ปรับปรุงคุณภาพงาน ส่งเสริม สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนานวัตกรรมเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการนำสู่หน่วยงาน และติดตามรายงานผลทุกปี แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการโดยการประชุมวิชาการต่างๆ การประชุมนำเสนอผลงานวิชาการภายนอกองค์กร เป็นต้น

9.สถิติการให้บริการที่สำคัญของหน่วยงาน (อ้างอิงจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล โดยใช้โปรแกรม Hosxp)

ผู้ป่วย	ปี2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
Level 1 : Resuscitate	585	930	580	986	1205
Level 2 : Emergency	2808	5929	5520	6000	6649
Level 3 : Urgency	11098	10950	10747	10783	10303
Level 4 : Semi-urgency	8361	6560	5392	5619	5903
Level 5 : Non urgency	6846	2920	2491	2640	2105
จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	26101	24985	21019	26028	26165

จำนวนผู้ป่วย EMS	467	1138	733	858	849
จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร	145	135	108	112	138
จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด	828	999	1201	1374	1336
รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	27541	27257	23061	28372	28488
เฉลี่ยต่อวัน	75	75	63	78	78

5. อันดับโรคานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

อุบัติเหตุ

ลำดับ	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1.	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ	พลัดตกหกล้ม	พลัดตกหกล้ม	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ
2.	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน	พลัดตกหกล้ม
3	พลัดตกหกล้ม	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ	อุบัติเหตุจราจร
4.	อุบัติเหตุจราจร	พลัดตกหกล้ม	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน
5.	สัมผัสพิษจากสัตว์หรือ พืช	สัมผัสพิษจากสัตว์หรือ พืช	สัมผัสพิษจากสัตว์หรือ พืช	สัมผัสพิษจากสัตว์หรือ พืช	สัมผัสพิษจากสัตว์ หรือพืช

ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ลำดับ/ปี พ.ศ.	ปี 2563	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1	ACS	Pneumonia	Pneumonia	Pneumonia	Pneumonia
2	MTI	COPD	COPD	COPD	Asthma
3	CHF	Sepsis	Sepsis	Sepsis	COPD
4	HI	Stroke	Stroke	Stroke	Stroke
5	Pneumonia	ACS	ACS	ACS	ACS

5 อันดับ Refer In

ลำดับ/ปี พ.ศ	ปี 2563	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1	HT	HT	HT	HT	Psychiatric
2	DM	DM	CKD	DM	Infected wound
3	pneumonia	High risk pregnancy	High risk pregnancy	High risk pregnancy	HT
4	Lacerate wound	Lacerate wound	Abdominal pain	Abdominal pain	High risk pregnancy
5	High risk pregnancy	pneumonia	Infected wound	Infected wound	pneumonia

5 อันดับ Refer Out

ลำดับ/ปี พ.ศ	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1	Stroke	Stroke	Stroke	Stroke	Stroke
2	MHI	MHI	MHI	MHI	CHF
3	High risk pregnancy	Pneumonia	STEMI	STEMI	Appendicitis
4	STEMI	STEMI	Pneumonia	Appendicitis	Previous c/s
5	Covid-19	Appendicitis	Appendicitis	Sepsis	Pneumonia

5 อันดับ Refer receive

ลำดับ/ปี พ.ศ	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1	NA	NA	C/S	C/S	Pneumonia
2	NA	NA	NB c C/S	NB c C/S	Stroke
3	NA	NA	Pneumonia	Pneumonia	NB c C/S
4	NA	NA	Stroke	Stroke	Wound care
5	NA	NA	Wound care	Wound care	HI

2.สวนสาระ : ผลการดำเนินการ

หมวด 1 การนำองค์กร : ผลการดำเนินการ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
1.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และ ค่านิยม 1) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และถ่ายทอดไปยังบุคลากรพยาบาลทุกระดับ เพื่อนำไปปฏิบัติรวมถึงปฏิบัติตามอันเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อ ค่านิยมขององค์กร และเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพ	1) หัวหน้างานอุบัติเหตุดูฉุกเฉินและนิติเวชร่วมกับรองหัวหน้างาน และตัวแทนผู้ปฏิบัติ ร่วมทบทวนและวิเคราะห์ (SWOT Analysis) และกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมและยุทธศาสตร์ เชื่อมโยง มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการระดมสมอง กำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม จัดทำยุทธศาสตร์ของกลุ่มงานการพยาบาลทุก 3 ปี จัดทำแผนปฏิบัติการทุกปี ติดตามการดำเนินงานตามแผนทุก 3 เดือน วิสัยทัศน์ ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยและประทับใจ พันธกิจ : ๑. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และผสมผสานที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย มีความพึงพอใจ ๒. พัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากร ทั้งด้านบริการพยาบาลคุณธรรม จริยธรรม มีจิตอาสา สุขภาพดี ปลอดภัย และมีความสุขในการทำงาน	1.วิสัยทัศน์ โรงพยาบาล/กลุ่มการพยาบาล 2.พันธกิจกลุ่มการพยาบาล/หน่วยงาน 3.แผนยุทธศาสตร์รพ./กลุ่มงานการพยาบาล 4.บันทึกการประชุมประจำเดือน 5. สมุด Morning talk 6.ติดป้ายวิสัยทัศน์ พันธกิจ ด่านใน ER 7.ธรรมเนียม ญ่องค์กรพยาบาล 8.คู่มือปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	๓. บริหารจัดการองค์การพยาบาลให้มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ค่านิยม : Smart Nurses เป็นบุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความรับผิดชอบ : Smart Care นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแล สุขภาพผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ ถ่ายทอดสู่บุคลากรในหน่วยงาน โดย 1. การประชุมประจำเดือนหน่วยงาน , line group ER YCPH, รับและส่งเวร 2. เอกสารต่างๆได้แก่ ธรรมนูญองค์การพยาบาล,แผนยุทธศาสตร์,คู่มือปฐมนิเทศหน่วยงาน, ป้ายวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประจำไว้ที่หน่วยงาน 3. สื่อสารผ่านระบบ intranet กลุ่มงานการพยาบาล และเว็บไซต์ของโรงพยาบาล 4. ประเมินผลการสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจโดยการสุ่มสอบถามผู้ปฏิบัติและการติดตามผลสำเร็จการดำเนินงานตามแผนงานโครงการทุก 3 เดือน โดยติดตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ และผลลัพธ์การดำเนินงาน หัวหน้างานปฏิบัติตนให้เห็นเป็นแบบอย่าง ได้แก่ 1. มาทำงานตรงเวลา เข้าประชุมตรงเวลา ปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายโรงพยาบาล 2. จัดทำ Career path กับ career leader ให้ชัดเจน 3. กำหนดระบบมอบหมายงานและการนิเทศตามระดับประสบการณ์ในการทำงาน	9.Unit profile หน่วยงาน 10.ลายเซ็นรับทราบ ข้อปฏิบัติของ เจ้าหน้าที่ 11.ระบบ intranet ของโรงพยาบาล
2) ผู้บริหารพยาบาลทุกระดับแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติ ตามกฎหมายและการประพฤติปฏิบัติ อย่างมีจริยธรรม รวมถึงสร้างสภาพแวดล้อมในองค์กรที่ส่งเสริมกำหนดและส่งผลให้มีการปฏิบัติตามเอกสิทธิ์แห่งวิชาชีพ กฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ	หัวหน้างานเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติด้าน จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ประกาศนโยบายให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และปฏิบัติตามเอกสิทธิ์วิชาชีพ ดังนี้ กำหนดให้ทบทวนแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในหน่วยงานให้สอดคล้องกับจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ 1. กำหนดนโยบายการปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลและกฎหมาย จริยธรรมวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ได้อย่างถูกต้อง 2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีใบประกอบวิชาชีพที่ยังไม่หมดอายุ	- ผลปฏิบัติราชการ (ผลการประเมิน) ทุก 6 เดือน - แฟ้มส่วนบุคคลของบุคลากร - คำประกาศจรรยาบรรณวิชาชีพในคู่มือบริหารองค์การพยาบาล - ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของพยาบาล -คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	3. การจัดโครงสร้างการพยาบาลสอดคล้องกับกระทรวงกำหนด คิติดาระงานและจัดอัตรากำลังตามมาตรฐานสภาการพยาบาล 4. มีวิธีการคัดเลือก/แต่งตั้งพยาบาลทุกระดับตามเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติของกลุ่มงานการพยาบาลที่ชัดเจน มีการมอบหมายตัวชี้วัดรายบุคคล 5. มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 6. พัฒนาคุณภาพ โดยใช้ นวัตกรรม และการวิจัย CQI 7. ประเมินการปฏิบัติ โดย ตรวจสอบคุณสมบัติผู้ประกอบวิชาชีพ ปีละ 1 ครั้ง โดย HR Nurse แจ้งเตือนก่อนหมดอายุ 6 เดือน และมอบหมายงานให้เหมาะสมแก่พยาบาลที่ยังไม่มีใบประกอบวิชาชีพ และมีระบบรับข้อร้องเรียน ด้านจริยธรรมและ มาตรฐานวิชาชีพ ทั้งแบบเอกสารและ Line Official มีระบบทบทวนการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือละเมิดจริยธรรม 8. แผนนิเทศทางการพยาบาล SBAR และ E-FIRE (environment ,Flow ,Infection control, Risk, Equipment	- ผลการประเมิน -นโยบายการบรรจุแต่งตั้ง - นโยบายการตรวจพิสูจน์คุณวุฒิบุคลากร -ผลงานวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัย -WI -Website ,intranet group line -แผนนิเทศทางการพยาบาล
3) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับสร้างบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน การบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ขององค์กร การสร้างนวัตกรรม ความคล่องตัวขององค์กร การเรียนรู้ในระดับองค์กรและระดับบุคคล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงาน ความร่วมมือ และการประสานงาน	1. กำหนดให้บุคลากรในหน่วยงานทุกระดับสร้างบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน การบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ขององค์กร 2. กำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ขององค์กร ประชุมถ่ายทอดตัวชี้วัดให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ติดตามผลลัพธ์ทุก 6 เดือน 3. จัดประชุมประจำเดือนเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4. ให้กำลังใจให้คำปรึกษาหน่วยงานช่วยแก้ปัญหา ผลักดันการดำเนินงานต่อผู้บริหารสูงสุด เมื่อเกิดปัญหาและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติโดยตรง สู่การปรับปรุง 5. ส่งเสริมให้ความรู้ด้านการวิจัย R2R แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 6. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเน้นการนำข้อมูลสารสนเทศจากงานประจำมาใช้ประโยชน์ มาเรียนรู้ร่วมกัน ปรับกระบวนการทำงานและแนวปฏิบัติสู่การทำ CQI R2R งานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 6. สนับสนุนการนำเสนอผลงานวิชาการ ระดับ รพ.จังหวัด เขตและประเทศ	- โครงสร้างการปฏิบัติงานหน่วยงาน - แผนการนิเทศงาน และรายงานผล -รายงานการประชุมประจำเดือน หน่วยงาน -บุคลากรในหน่วยงาน ได้รับรางวัลบุคคลต้นแบบด้านคุณธรรม - ผลงานวิชาการ นำเสนอรางวัลระดับ โรงพยาบาล,จังหวัด, เขต, ประเทศ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	7.สร้างขวัญกำลังใจโดยการพิจารณาให้ขึ้นพิเศษในการพิจารณาความดี ความชอบ 8.ให้รางวัลยกย่องชมเชยบุคลากรในหน่วยงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี มีคุณสมบัติตรงตามอัตลักษณ์โรงพยาบาลคุณธรรม 8. ใช้หลักการสร้างพลังกลุ่มและความสุข ในการทำงานแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน	
1.2 การสื่อสารและผลการดำเนินการ 1) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ สื่อสารให้อำนาจการตัดสินใจและจงใจบุคลากรทุกคนในองค์กร/หน่วยงานพร้อมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร และประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลงานที่ดี	งานอุบัติเหตุดูแลและนิเวศ หัวหน้างานกำหนดให้ รองหัวหน้าและหัวหน้าทีม มีอำนาจในการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ สื่อสารบุคลากรทุกระดับแบบสองทางเพื่อกระตุ้นให้เกิดผลงานที่ดีทั่วทั้งองค์กร ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการดังนี้ -ประชุมประจำเดือน เดือนละ 1 ครั้ง และตามความจำเป็นกรณีเร่งด่วน วาระการชี้แจง คุณภาพ ถ่ายทอดความรู้ รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ - มีการสื่อสารสองทางผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น line group, google drive, FB ER YCPH - แผนนิเทศของ หัวหน้าฝ่าย/งาน หรือเมื่อมีสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน -การสื่อสารผ่านวาจา ทางโทรศัพท์กรณีเร่งด่วน สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล โดยเน้นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้	- รายงานการประชุมของกลุ่มการพยาบาล/หน่วยงาน -แผนการนิเทศงานและรายงานผล -ผลการนิเทศ SBAR เรื่องเล่าเช้านี้ -สื่อสังคมออนไลน์ กลุ่ม line FB
2) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและยกย่องชมเชยเพื่อสนับสนุนการบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ คุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการพยาบาล	หัวหน้างานอุบัติเหตุดูแลและนิเวศมีบทบาท เชิงรุกในการให้รางวัล และยกย่องชมเชย เพื่อเสริม สร้างการบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ การมุ่งเน้นคุณภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการพยาบาล -หน่วยงานค้นหาบุคคลดีเด่นหรือผู้ที่มีบริการดีจากใบคำชมเชย การสอบถามผู้มารับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ -พิจารณาบุคคลดีเด่นหรือผู้ที่มีผลงานดีเด่น เพื่อคัดเลือกเข้าร่วมประกวดหรือส่งเข้ารับรางวัลเชิดชูเกียรติ ในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขต และกระทรวง เช่น รางวัลพยาบาลดีเด่นและรางวัลพยาบาลต้นแบบในวันพยาบาล -คัดเลือกบุคลากรดีเด่นประจำปี -กำหนด KPI รายบุคคล การประเมินผล การปฏิบัติงานรายบุคคล -ส่งเสริมให้ปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและความปลอดภัยในदान การสร้างนวัตกรรม/การวิจัยทางการ	-รายงานการประชุมประจำเดือน -KPI รายบุคคล -แบบประเมินผลการให้คะแนนการปฏิบัติงานรายบุคคล - แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน - ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เช่น Stroke STEMT Sepsis -ภาพถ่ายในการให้รางวัล ต่างๆ -ใบประกาศพยาบาลดีเด่น พยาบาล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	พยาบาล เมื่อผลงาน ได้รับการนำเสนอทั้งภายในและภายนอกองค์กร มีการยก ย่องชมเชย อีกทั้งส่งเสริมदान พหุติกรรมบริการที่ดี เมื่อ บุคลากรได้รับคำชื่นชมจากผู้รับบริการและ มีของขวัญชมเชย ในที่ประชุมประจำเดือน -ส่งเสริมการนำนวัตกรรม หรืองานวิจัย R2R มาเผยแพร่สู่ การปฏิบัติ เช่น การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Stroke STEMT Sepsis รางวัลพยาบาลต้นแบบ ปี 2563 นางสาววรรณ อารีบุหงา พว. เข็มเชิดชูเกียรติ ประเภทสรรเสริญ ชั้น 5 ปี 2561 นางสาววรรณ อารีบุหงา พว.เป็นผู้มีจิตอาสา เสียสละ ปี 2564 นายมหามะชัยดิ้ง แดวอสูง เวชกิจฉุกเฉิน เป็นผู้ มีจิตอาสา เสียสละ บุคลากรดีเด่นระดับหน่วยงาน นางสาววรรณ อารีบุหงา พว. น.ส.ชัยนะ สาและ พว. น.ส.นัจวา เจ๊ะหะ พว. พยาบาลดีเด่นระดับจังหวัด ปี 2567 นางสาววรรณ อารีบุหงา พว. ปี 2568 น.ส.ชูไรยา แซมะเซ็ง พว. นายไพศาล ฮาลูมะ พว. น.ส.พิรดาวส์ พลธรรม จพ.สาธารณสุข หัวหน้างาน มอบนโยบายให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ทางการพยาบาลทุกระดับใช้กระบวนการดูแล โดยใช้ หลักการ 3 P Safety : 9 Essential Standard เพื่อให้ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย มีการจัดเวทีทบทวน กระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย มีการจัดเวทีทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในเวทีการ ทบทวนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจากเหตุการณ์ สำคัญเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสนับสนุนให้ได้เข้า รับการประชุมอบรม เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	ต้นแบบประจำปี (5 ปี ย้อนหลัง ทุกระดับ) -ใบประกาศ เข็มเชิดชู เกียรติ -ใบประกาศผลงาน ระดับต่างๆ - ผล popular vote -ผลการทบทวน RCA -รายงานอุบัติการณ์ - ผลการขับเคลื่อน 3 P safety
3) ผู้บริหารการพยาบาล กำหนดจุดเน้นที่การ ปฏิบัติการเพื่อปรับปรุง ผลงานการบรรลุวิสัยทัศน์และ	หัวหน้างานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวชกำหนดจุดเน้นที่ ปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการและแผนพัฒนางาน ด้านต่าง ๆ โดยกำหนดตัวชี้วัดผ่านระบบสารสนเทศ KMIT ของกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประ	- แบบประเมินตนเอง - ทบทวน 12 กิจกรรม - ตัวชี้วัดหน่วยงาน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
เป้าประสงค์ขององค์กร รวมทั้งทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ และสื่อสารให้ทราบถึงการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นต่อการปรับเปลี่ยนการดำเนินการ (กรณีมีการเปลี่ยนแปลงในองค์กรพยาบาล)	สงคขององค์กร และหน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยดำเนินการภายใต้หลักการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น HA, QA ,KM, LEAN Management, IC , 5 ส,และการดำเนินงานตามอัตลักษณ์ รพ. รวมทั้งทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการประ 2 ครั้ง เพื่อนำมาพัฒนางานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย และสื่อสารให้ทราบถึงการตัดสินใจที่สำคัญและจำเป็น ต่อการปรับเปลี่ยนการดำเนินการโดยการประชุมรับ-ส่งเวรทุกเช้า และรายงานประชุมประจำเดือน	-รายงานปฏิบัติการ -รายงาน สมุด Morning talk -รายงานการประชุม ประจำเดือน -แผนปฏิบัติการ/โครงการ -สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของกลุ่มการพยาบาล
1.3 การกำกับดูแลองค์กรพยาบาล 1) มีระบบการกำกับดูแลที่ดีในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร ความรับผิดชอบด้านการเงิน ความโปร่งใสในการดำเนินการ และความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์	หัวหน้างานอุบัติเหตุดูเงินและนิติเวช จัดระบบกำกับโดยมอบนโยบาย และกำหนดบทบาทหน้าที่โดยให้มีการนิเทศกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และตรวจสอบการดำเนินงาน ให้เป็นไปอย่างโปร่งใส ดังนี้ 1. ด้านบริหาร การประเมินคุณภาพทางการพยาบาล องค์ประกอบควบคุมภายใน ดูแลการปฏิบัติงาน โดยให้มีการนิเทศกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แผนพัฒนาบุคลากร จัดทำมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติ การบริหารอัตรากำลัง โดยการจัดอัตรากำลังปกติ อัตรากำลังสำรอง มีการปรับเปลี่ยนอัตรากำลังตามภาระงาน และบริหารอัตรากำลังภาวะไม่ปกติ 2. ค่าใช้จ่าย การเบิกค่าตอบแทนที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ การควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุ ครุภัณฑ์เวชภัณฑ์งบประมาณโดยทำแผนงาน 3. ด้านบริการ จัดทำแนวทางปฏิบัติงานการควบคุมกำกับ การปฏิบัติพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน/วิธีปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มโรคสำคัญของแต่ละหน่วยงาน 4.ควบคุมกำกับโดยการนิเทศตรวจสอบจากผู้บริหารตามระดับ มีการควบคุมกำกับคุณภาพความสมบูรณ์เวชระเบียน และแผนการติดตามการดำเนินงานทุกเดือนทุกไตรมาส รายงานในเวทีประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานการพยาบาล	- คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการองค์กรพยาบาล - แผนอัตรากำลัง - แผนพัฒนาบุคลากร - แผนวัสดุ ครุภัณฑ์ - ระเบียบปฏิบัติ การเบิกจ่าย ค่าตอบแทน - Flow การเบิกจ่าย ค่าตอบแทน - เอกสารการลงชื่อปฏิบัติงาน/หลักฐาน การปฏิบัติงาน อิเล็กทรอนิกส์ - แผน HRM/HRD/ วัสดุ-ครุภัณฑ์ - ITA - ผลการประเมิน ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน - คู่มือบริหารกลุ่มงานการพยาบาล - ผลการประเมินผล การปฏิบัติงาน - แผนการนิเทศ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
2) มีการทบทวนระบบการกำกับและประเมินผลงานของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับระบบประเมินผลงาน	หัวหน้างานมีการกำกับและประเมินผลงานของการปฏิบัติงานทุกระดับ โดยหัวหน้างานประเมินกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลทั้งสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์ของงานตามที่ได้รับมอบหมายตามเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กรพยาบาล มีการประเมินผลทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประเมินแบบเป็นทางการ ปีละ 2 ครั้ง ประเมินแบบไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบการนิเทศหน้างานและติดตามผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน	- รายงานการประชุมประจำเดือน - ผลการประเมินการปฏิบัติงาน - ผลการนิเทศทางการพยาบาล
3) ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงใช้ผลการทบทวนการประเมินผลดังกล่าวไปปรับปรุงประสิทธิภาพของผู้บริหาร การพยาบาลแต่ละระดับ และประสิทธิภาพของการนำองค์กร	หัวหน้างานนำผลการประเมินผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาลทุกระดับมาพัฒนาศักยภาพรายบุคคล มีการสอนงาน On the job training ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านประสานงานและด้านบริการ เน้นภาวะผู้นำทางการพยาบาลให้รองหัวหน้าตึก เพื่อให้ร่วมเป็นผู้นำองค์กรในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มอบหมายงานนิเทศ ติดตาม กำกับ ส่งประชุม อบรม ติดตามส่วนขาดเพื่อสามารถร่วมบริหารหน่วยงานได้	- บันทึกการประชุม, การสื่อสาร ทบทวน การปฏิบัติงาน - ผลลัพธ์การทบทวน - แผนพัฒนาบุคลากรอบรมผู้บริหารระดับต้น
1.4 พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายการรักษาจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ 1) คาดการณ์ถึงความเสี่ยงผลกระทบด้านลบต่อสังคมและความกังวลสาธารณะเนื่องจากบริการ/การดำเนินการขององค์กร	หน่วยงาน มีการคาดการณ์ถึงความเสี่ยงผลกระทบด้านลบต่อสังคมและความกังวลต่อสาธารณะเนื่องจากบริการ/การดำเนินงานขององค์กร เนื่องจากเป็นหน่วยบริการदानหนา ที่ประชาชนผู้มารับบริการมี ความคาดหวังและความเครียดสูง เนื่องจากมีการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุโดยไม่คาดคิด บางครั้งอาจเกิด เหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ ไม่พึงพอใจหรือเกิดการ ทะเลาะวิวาท ก่อเหตุซ้ำในหน่วยงาน อีกทั้งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้สารเสพติดที่มารับบริการ โดยมี 1. มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยใช้โปรแกรมความเสี่ยง HRMS ทั้ง Clinic และ non clinic ทุกระดับวิเคราะห์กระบวนการทำงานเพื่อค้นหาความเสี่ยง และวางแผนการป้องกัน แก้ไข - จัดทำ risk register จัดลำดับความสำคัญกำหนดแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของกลุ่มงานการกำหนดวิธีการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย - ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ จากรายงานผ่าน โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล การตรวจสอบเวชระเบียนหลังจำหน่าย การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การ	- โปรแกรมความเสี่ยง HRMS on cloud - risk register ขององค์กรพยาบาล และหน่วยงาน - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลใน หน่วยงาน - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการใกล้เคียง และการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรม ทางโรงพยาบาล - ผลการทำ RCA

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ทบทวนตัวชี้วัด/ข้อมูลการให้บริการ และข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ 2. กำหนดเป้าหมายเน้นจัดการความเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบต่อสังคมสาธารณะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ - ชะงักติดเชื้อ ดำเนินการควบคุมกำกับตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด - ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น ระบบการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การกำจัดขยะที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อ - การบริหารยา วิเคราะห์ปัญหาเสนอเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการยาปรับปรุงระบบการสั่งยาโดยมี ระบบ alert แพทย์	
2) มีการเตรียมการเชิงรุก รวมถึงกระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยง/ผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น	องค์กรพยาบาลประกาศนโยบาย กำหนดตัวชี้วัด จัดทำแนวทางปฏิบัติและให้ความรู้แก่หน่วยงานในการรักษาสิ่งแวดล้อมได้แก่ - ปฏิบัติตามนโยบายประหยัดพลังงาน มีกำกับการติดตามผลการอนุรักษ์พลังงาน - ร่วมกับทีม ENV รับการประเมิน green and clean hospital - กำหนดเส้นทางขนของสะอาด/ สกปรก การจัดการขยะ, การใช้น้ำยา/สารเคมี ,การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน - การสำรองทรัพยากรในกรณีมีโรคระบาด	- แนวทางอนุรักษ์พลังงาน - SPA หน่วยงานในกลุ่มการพยาบาล - รางวัล green and clean hospital - นโยบาย ด้านIC
3) ส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรมีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ / ผู้รับผลงานในทุกกรณี มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม รวมถึงมีกลไกการรับรู้และการจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่อ่อนไหวและยากต่อการตัดสินใจ	องค์กรพยาบาลกำหนดนโยบาย ตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ด้านจริยธรรมองค์กร การติดตามกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและมีการติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการกลุ่มงานการพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงและข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนำมาปรับปรุงแก้ไขเช่น อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แบบจิตปัญญาศึกษา ประเด็นทางจริยธรรมที่อ่อนไหวและยากต่อการตัดสินใจ องค์กรพยาบาลกำหนดไว้ว่า พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทุกชนชั้น ทุกอาการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คนไข้ติดเชื้อรุนแรงสามารถแพร่ระบาด การยุติการใส่เครื่องช่วยใจ การปฏิเสธการรักษา และขั้นตอนการแจ้งข่าวร้าย เพื่อเสนอทางเลือกในการรักษาและ	- คู่มือปฐมนิเทศ - การปฐมนิเทศ - การทบทวนความเสี่ยง - จรรยาบรรณวิชาชีพ - มาตรฐานวิชาชีพ - ค่านิยมองค์กร - Save You&Me - Hos Office - รายงานความเสี่ยงด้านจริยธรรม/จรรยาบรรณวิชาชีพ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาอย่างดีที่สุด โดยยึดหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามแผนการรักษา ของแพทย์ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย 3.หน่วยงาน มีการติดตาม กำกับ และดำเนินการต่อ พฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม เช่น ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการพยาบาล การมาทำงานสาย ขาดงาน มี โปรแกรม Save u & me บันทึกการเข้า-ออก งาน , บันทึกการลาต่าง ๆ การอบรม ศึกษาดูงาน ผ่านโปรแกรม ERP	
1.5 การสนับสนุนชุมชนและ สุขภาพของชุมชน 1) แสดงความมุ่งมั่นต่อการ คำนึงถึงความผาสุกและ ผลประโยชน์ของสังคมในการ เป็นส่วนหนึ่งในแผนกลยุทธ์	จากพันธกิจโรงพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลได้กำหนด ยุทธศาสตร์ โดยประสานการทำงานร่วมกับเครือข่าย คปสอ.ยะหา วิเคราะห์บริบท และปัญหาสำคัญของชุมชน พบว่าประชาชนเป็นโรค NCD สูง (เบาหวาน , ความดัน โลหิตสูง) ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด สมองสูง จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการ NCD ระดับ อำเภอ วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกปี ได้ร่วมกับ คณะกรรมการ พชอ. และคปสอ. วางแผนป้องกัน ลด อุบัติเหตุ ทางถนน รวมทั้งวางแผนการจัดการดูแลอย่าง ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2563-2568	- โครงการ/แผนงาน การดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง อำเภอยะหา
2) กำหนดชุมชนสำคัญและ แผนงาน/ โครงการ/กิจกรรม สนับสนุน และสร้างความ เข้มแข็งแก่ชุมชน	ร่วมกับคณะกรรมการ NCD Board คัดกรอง ผป.กลุ่มเสี่ยง CVD risk > 40 ผป. NCD HT DM CKD เพื่อป้องกัน โรค STROKE STEMI จัดทำ Mapping Ems เพื่้อออก ปฏิบัติการรับ ผป. กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็ว กำหนดพื้นที่ในการออกปฏิบัติการ EMS ของหน่วยกู้ชีพ กู้ภัย ให้ ครอบคลุมทุกตำบล โครงการ EMS สัญจร โครงการกู้ชีพประจำบ้าน ทุกตำบล/ รพสต./โรงเรียน เรื่อง 1669 โรคฉุกเฉิน STROKE STEMI SEPSIS HI การปฐมพยาบาลเบื้องต้น CPR AED โครงการ 1 ตำบลลดอุบัติเหตุ ทางท้องถนน ออกหน่วยปฐมพยาบาล ประจำด่านจุดตรวจเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ 7 วันอันตราย เทศกาลรอมฎอน ฮารีรายอ ออกหน่วยภัยพิบัติ ต่าง ๆ น้ำท่วม โรคระบาด	โครงการกู้ชีพประจำ บ้าน One page กิจกรรม ต่าง ๆ Program YAHA Happiness ทะเบียน STROKE STEMI ออกหน่วยปฐม พยาบาล
3) สนับสนุนสุขภาพของ ชุมชน ประสานงานและสร้าง ความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อจัดให้มีบริการที่	1. ER คุณภาพสูง รพสต. เพิ่มทักษะ จนท. รพสต. ห้อง ฉุกเฉิน รพสต. อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ รูปแบบ เดียวกันทุกพื้นที่ 2.ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสมรรถนะ กู้ภัย/กู้ชีพ ร่วมจัดบริการ 1669 ดูแลเบื้องต้น ณ จุดเหตุ	- MOU - ER คุณภาพ รพสต. - EMS สัญจร -One page กิจกรรม ต่าง ๆ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ประสานกันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน	เกิดและนำส่งผู้ป่วยถูกต้อง ทำ MOU กรณีต้องใช้ทรัพยากรร่วมกัน 4. เป็นวิทยากรสนับสนุนการให้ความรู้แก่องค์กรอื่นๆในชุมชน	-โครงการกู้ชีพประจำบ้าน

หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
2.1 การจัดทำกลยุทธ์ 1) มีกระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ตามหลักการที่เหมาะสม ซึ่งสามารถระบุถึงขั้นตอน ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ ระยะเวลาของการวางแผน ระยะสั้นและระยะยาว โดยกระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์มีความสอดคล้องกับระยะเวลา	1. จัดทำแผนกลยุทธ์ ปี 2568 ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ในเดือนกันยายน โดยหัวหน้าพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับ ระดมความสมองทำ SWOT โดยใช้แนวคิด 7S Model (Structure, Strategy, System, Share value, Staff, Skill) วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร โดยใช้ PESTLE (Politics, Economic, Social-culture, Technology, Legal, Environment) และ TOWS Matrix เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 4 ยุทธศาสตร์ 2. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้หัวหน้างานทุกงานจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อสื่อสารสู่บุคลากรทุกระดับ โดยใช้ช่องทาง การประชุมของกลุ่มงานการพยาบาล/หน่วยงาน/ line 3. ติดตามการดำเนินงานตามแผนทุก 3 เดือนและประเมินผลทุก 6 เดือน 4. คณะกรรมการแผนงาน/โครงการสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปัญหาอุปสรรคเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและจัดทำแผนในปีต่อไป	- แผนยุทธศาสตร์ รพ. 2568 - แผนกลยุทธ์ของกลุ่มการพยาบาล ระยะสั้นและ ระยะยาว 5 ปี - แผนปฏิบัติการ โครงการ หน่วยงาน - บันทึกการประชุม - ลายมือชื่อรับทราบแผน
2) ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร รวมถึงมีกระบวนการ/วิธีการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดบอดที่อาจมองข้าม	ใช้การ SWOT analysis โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศการพยาบาลเช่น Top 5 High risk /Volume ,Refer In/out/Receive /Back DEAD ผลลัพธ์ตัวชี้วัด ุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน (Risk management) ข้อมูลด้านกำลังคนในหน่วยงาน (Productivity) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ผลจากการประเมิน ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจที่ได้จากทั้ง ผู้ปฏิบัติงานและ ผู้ใช้บริการรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียช่วยให้หน่วยงานทราบถึง จุดอ่อนหรือจุดบอดที่อาจมองข้าม	- SWOT - วิสัยทัศน์/พันธกิจ - เป้าประสงค์ - วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ - ค่านิยมองค์กร - เชื่อมโยงนโยบายการพัฒนาเครือข่ายบริการ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ก่อนนำมากำหนดเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ของกลุ่มงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมทุกด้าน ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ได้แก่ 1.พัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการผู้ป่วย Fast track Stroke,STEMI,Sepsis,MTI, PPH ,Psychitric โรคอุบัติใหม่ อุตุนิชำ 2.พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ให้มากขึ้น 3.บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน 4.สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิต พร้อมใช้ และทันสมัย 5.เพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 6.การจัดระบบบริการพิเศษสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการจำเพาะ 7.ลดข้อร้องเรียน 8.ขยายอาคารโครงสร้างหน่วยงาน 9.แผนพัฒนาความเป็นเลิศด้านการพยาบาล จริยธรรม วิชาชีพ เทคโนโลยี สารสนเทศด้านการพยาบาล ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ได้แก่ 1.ผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญในการพัฒนางาน เช่น HA DHSA ER คุณภาพ NQA 2.เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ยกระดับศักยภาพบริการ แบบ SAP 3. ระบบการดูแลผู้ป่วย FastTrack รูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่ายจังหวัดยะลา One Province one ER ,One province one ECS 4.พยาบาลและเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง ได้รับการส่งเสริม อบรม ฟื้นฟูความรู้ทุกคน 100 % 5.ในการปฏิบัติงาน จนท.มีขวัญและกำลังใจ และความผูกพันต่อองค์กร ร้อยละ 80 6. นโยบายการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ แบบ Service plan ทำให้เครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคฉุกเฉินและมีความเสี่ยงสูง 7.หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	สุขภาพ แบบ Service plan เขต 12

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเขารวมเป็นคณะกรรมการ ที่มำนำคุณภาพ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ รพ. 8.มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล (ENP) ตามแผน 5 ปี 9.มีระบบปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญกว่า 10.ระบบ Telemedicine 11.ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ 12.การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคีเครือข่าย รพสต. และทีมกู้ชีพ กู้ภัย ดการความรู้และการวิจัย นวัตกรรม	
3) ในกระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภัยคุกคาม รวมทั้งปัจจัยที่สำคัญอื่นๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	วิเคราะห์ปัญหาโดย SWOT analysis นำข้อมูลจากฐานข้อมูลสารสนเทศ มาใช้ ได้แก่ข้อมูลสถิติการให้บริการกลุ่มโรคที่สำคัญ ข้อมูลทางการเงินรพ.ข้อมูลจากการเทียบเคียงผลลัพธ์กับ รพ.ขนาดใกล้เคียงกัน นโยบาย ยุทธศาสตร์กระทรวง /เขต/จังหวัด / นโยบายกองการพยาบาล องค์กรอื่นๆ ที่มีผลกระทบ พบว่า กลุ่มโรคที่ต้องพัฒนาคือ Stroke STEMI HI Sepsis และการลด Unplan refer , Miss triage ,Delay refer วางแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ /โครงการ	-แผนยุทธศาสตร์ รพ./ กลุ่ม การพยาบาล -SWOT -แผนปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาล/หน่วยงาน -แผนบุคลากร / อัตรากำลัง
2.2 วัดดูประสงค์เชิงกลยุทธ์ 1) จัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ และกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 2) วัดดูประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้สมรรถนะหลักและความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน/ประชาชนหรือกลุ่มผู้ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น 3) มีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ใช้บริการ ครอบครัว ชุมชน	กำหนดกลยุทธ์ 7 กลยุทธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ที่1 ประชาชนมีสุขภาพดี บริการสุขภาพองค์รวม ร่วมกับภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพ กลยุทธ์ : 1.การพัฒนาระบบบริการตาม 5 กลุ่มวัยและกลุ่มโรคสำคัญ เป้าหมาย 1.1 จำนวน ผป. Stroke Stemi ลดลงจากปีที่ผ่านมา 1.2 ผป. NCD ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค STROKE STEMI 1.3 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลดลงจากปีที่ผ่านมา 2.พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยหมอครอบครัวแบบไร้รอยต่อ เป้าหมาย 2.1ผู้ป่วย STROKE/STEMI เข้าถึงบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด 2.2 มีหน่วยกู้ชีพ กู้ภัยทุกตำบล ครอบคลุมทุกพื้นที่	- ยุทธศาสตร์รพ. /กลุ่มการพยาบาล ระบุ แผนระยะสั้น ,แผนระยะยาว

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับบริการให้มีคุณภาพและทันสมัย กลยุทธ์ : 1.สร้างบริการที่ดึงดูดผู้รับบริการ/บริการเชิงรุก เป้าหมาย ความพึงพอใจระบบบริการ > ร้อยละ85 2.พัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยSVP สาขา อุบัติเหตุ เป้าหมาย 2.1 ผป. วิกฤติฉุกเฉินเข้าถึงบริการด้วยระบบ EMS 3.พัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยSVP STROKE เป้าหมาย 1.จำนวนผู้ป่วย STROKEลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 2.ผู้ป่วย STROKE เสียชีวิต 0 ราย 2.พัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยSVP STEMI เป้าหมาย 1.จำนวนผู้ป่วย STEMIลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 10 2.ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต 0 ราย ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยกระดับศักยภาพความสุขความผูกพันของบุคลากร กลยุทธ์ : 1.การบริหารบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมาย บุคลากรเก่ง ดี มีความสุข ปลอดภัย และผูกพัน 2 .พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับแพทย์เฉพาะทางและขยายปฐมนุญ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเป็นเลิศ กลยุทธ์ :พัฒนางานให้มีคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เป้าหมาย พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ พัฒนางาน HA DHSA QA	
2.3 การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ 1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การ	1. หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช Nurse manager service plan ได้จัดทำแผนปฏิบัติการโดยพิจารณาจากตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย การดำเนินงานที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด นโยบายโรงพยาบาล, นโยบายกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนงานและนำสู่การปฏิบัติจริง 2. ประเมินแผนปฏิบัติการทุก 3 เดือนเพื่อติดตาม	-มีการลงชื่อรับทราบแผนปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน - ตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงาน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ปฏิบัติ และสร้างความตระหนักให้บุคลากรมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ	ความก้าวหน้าหากแผนปฏิบัติการมีปัญหา หรืออุปสรรค จะดำเนินการปรับแผนนั้นๆ 3. ถายทอดแผนปฏิบัติการลงสู่การปฏิบัติ ผ่านการหน่วยงาน line กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน ควบคุมกำกับ การดำเนินงานตามและรายงานผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดแต่ละไตรมาส 4. กำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ตัวชี้วัดด้านบุคลากร ด้านการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและปลอดภัย หัวหน้างานทำแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีสมรรถนะสอดคล้องตามที่ต้องการ	-แผนปฏิบัติการ หน่วยงาน -รายงานการประชุม บุคลากรในหน่วยงาน วาระที่เกี่ยวข้อง กับ การจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการ พัฒนา ำคุณภาพแล ะบุคล ำกร แล ะ รูปแบบการ ถ่ายทอดแผนไปสู่ การปฏิบัติ
2) มีระบบการวัดผลโดยรวมของแผนปฏิบัติการที่เสริมสร้างให้องค์กรพยาบาลดำเนินการสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน อาทิ การจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด	1.หน่วยงานอุบัติเหตุดูฉุกเฉินและนิติเวช วัดผลตามกรอบเวลาที่กำหนด และทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นำผลการทบทวนและผลการประเมินติดตามตัวชี้วัดมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางาน 2. กำหนดระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับ 3. มีระบบวัดผลการดำเนินการที่สำคัญโดยตั้งเป้าหมายให้เทียบเท่าหรือดีกว่า โดยเทียบจากผลการดำเนินการ 3 ปีที่ผ่านมา เทียบเคียงกับเกณฑ์มาตรฐานและกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียง 4. กำหนดผู้รับผิดชอบรายตัวชี้วัด โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่วัดผลลัพธ์สำคัญ และรวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ผังกำกับแผนงาน โครงการแต่ละ หน่วยงาน -รายงานตัวชี้วัด -one page แผนปฏิบัติการ
3) มีการทบทวน ปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการมีความยั่งยืน	หน่วยงานอุบัติเหตุดูฉุกเฉินและนิติเวช ติดตามประเมินแผนปฏิบัติการ เมื่อพบว่ามีความไม่ตรงไปตามแผนหรือไม่บรรลุเป้าหมาย จะทบทวน และนำไปปรับแผนปฏิบัติการ รายงานแผนทุก 3 เดือน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้รวดเร็ว ทันต่อการเหตุการณ์โดยการประเมิน/ติดตาม/นิเทศ และข้อมูลอื่นๆ เช่น จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการทบทวนในการประชุม ประเด็นด้านจริยธรรม และการ พิจารณาสถานการณ์ผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาทบทวนแผนฯ ในวาระการประชุมประจำเดือนหน่วยงานจากนั้นจึงมอบหมายทีมพัฒนา คุณภาพการพยาบาลแต่ละทีมในการ ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการให้ บุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน ทุกคนรับทราบถึงบทบาทและการมี ส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่มีการปรับเปลี่ยนต่อไป	- ผลการทบทวน - ผลการดำเนินงาน -เอกสารปรับเปลี่ยน แผนปฏิบัติการ -รายงานตัวชี้วัด -GNPG

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
2.4 การสนับสนุนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 1) มีการจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ โดยระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากรและโอกาสของการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการสนับสนุนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ให้มีประสิทธิภาพโดยมีการจัดทำแผนบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่ระบุถึงการบริหาร อัตรากำลังและการพัฒนาบุคลากรระยะเวลา 5 ปี ตามแผนกลยุทธ์ อีกทั้งดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเฉพาะสาขา และกลุ่มโรคสำคัญตามแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ มีการส่งบุคลากรเรียนเฉพาะทาง 4 เดือนสอดคล้องกับแพทย์เฉพาะทาง ตาม Service plan คือ การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน กรณีที่ไม่ได้ตามแผนมีการขอสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เขตบริการสุขภาพที่ 12 เพื่อ เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ ให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้	-แผนบุคลากร -คู่มือบริหารการพยาบาล
2) มีการสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ให้มีความพร้อมใช้ในการสนับสนุนแผนปฏิบัติการจนประสบความสำเร็จ	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการกำหนดงบประมาณที่ชัดเจนในแผนงานโครงการ แผนปฏิบัติการ แผนวัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง รวมทั้งระบุงบประมาณในแต่ละแผนงาน/โครงการและนำแผนปฏิบัติการนำเข้าวาระการประชุม คณะกรรมการจัดทำแผนงาน/โครงการตามยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลเพื่ออนุมัติการใช้เงิน และเสนอในคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอีกครั้ง มีการสนับสนุน/อำนวยความสะดวกในการจัดทำแผนงาน โครงการสนับสนุนด้านวิชาการแก่บุคลากร เป็นต้น เพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ	-PLANFIN ของโรงพยาบาล -แผนครุภัณฑ์ ก่อสร้าง ปี 2567 -แผนโครงการ / ปฏิบัติการ
3) มีการทบทวนแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ แผนการใช้ทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพื่อความคล่องตัวต่อการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยหัวหน้างานมีการทบทวนและปรับแผนด้านทรัพยากรบุคคลทุก 6 เดือนหรือตาม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยการประเมิน/ติดตาม/นิเทศ และข้อมูลอื่นๆ เช่น จากการทบทวนอัตรากำลัง นำข้อมูลที่ได้มาปรับ แผนฯ ในวาระการประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานการพยาบาล และนำผลการทบทวน/ปรับแผนเสนอในคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอีกครั้ง	- แผนการอบรม -แผนปฏิบัติการ/โครงการ -รายงานการประชุม
2.5 การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการจัดวางโครงสร้าง และบทบาทในการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ เพื่อ บรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ รวมถึงมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาย้อนหลัง 3 ปี	-ผังกำกับงานตามระยะเวลา -ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
1) มีการคาดการณ์ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการตามกรอบเวลาที่กำหนด โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลการดำเนินการที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม	นำส่วนผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย และโรงพยาบาลที่อยู่ ระดับเดียวกัน (F2) ในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และเปรียบเทียบเป้าหมายของเขต 12 เทียบกับค่าเฉลี่ยผลงานกองการพยาบาล	
2) มีการติดตามกำกับความก้าวหน้าของผลการดำเนินการตามที่คาดการณ์ไว้	งานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช มีการติดตาม ความก้าวหน้า การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโดยติดตาม ตัวชี้วัด ปัญหาอุปสรรค รายเดือน รายไตรมาส นำเสนอในการประชุมประจำเดือนหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงแผน/ผลลัพธ์ ที่ยังไม่ บรรลุตามเป้าหมายมีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	- ผังกำกับงาน - รายงานการประชุม - ผลการดำเนินงาน
3) มีการกำหนดวิธีการตอบสนองต่อความแตกต่างของผลการดำเนินงาน เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะของกิจกรรม ภาระงานและขนาดใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์ในอนาคต	กรณีที่ผลการดำเนินการ/ตัวชี้วัดไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย นำเสนอในการประชุมประจำเดือนหน่วยงาน มีการระดมความคิด เห็น รวบรวมข้อมูลสำคัญ มาวิเคราะห์และ ทบทวนการ ดำเนินงานทุกขั้นตอน หาจุดอ่อน จุดแข็ง ปัจจัยกระทบ ความสำเร็จตามตัวชี้วัดหลัก ปรับกลยุทธ์ในการจัดการแผนปฏิบัติการ เพื่อตอบสนองผลการดำเนินงานในปัจจุบันและอนาคต ให้ บรรลุเป้าหมายที่วางไว้รวมถึง นำสู่ผู้ปฏิบัติ	- รายการตัวชี้วัดและเป้าหมายตามแผนกลยุทธ์หน่วยงาน - ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการหน่วยงาน - รายงานการประชุมประจำเดือน

หมวด 3 ผู้ใช้บริการ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
3.1 การรับฟังผู้ใช้บริการ 1) ระบุวิธีการจำแนกกลุ่มของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่นที่เกี่ยวข้องและกำหนดขอบเขตของบริการพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่นที่เกี่ยวข้อง	1. การจำแนกประเภทกลุ่มผู้ใช้บริการตามความเร่งด่วนและความรุนแรงของโรค โดยใช้หลักการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามหลัก MOPH ED Triage 2. การจำแนกประเภทกลุ่มผู้ใช้บริการ ลูกค้าภายใน ลูกค้าภายนอก และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา กลุ่มสตรีและเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ, ผู้ป่วย HIV - งานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช จะประกอบด้วยผู้มีสิทธิการรักษา พยาบาลดังต่อไปนี้ คือ สิทธิพระภิกษุ สิทธิข้าราชการ เบิกได้(จ่าย ตรง) สิทธิครูเอกชน สิทธิอปท. บัตรประกัน	- WI การจำแนกผู้ใช้บริการ - ผลแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ - ช่องทางร้องเรียน - ผลการดำเนินงานร้องเรียนรายปี

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	สุขภาพถ้วนหน้า สิทธิผู้มีรายได้น้อย สิทธิผู้พิการ สิทธิประกันสังคมและพรบ.	-แบบประเมิน/ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการ
2)กำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่น มีการนำผลการรับฟังและเรียนรู้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการพยาบาลและปรับปรุงกระบวนการทำงานรวมทั้งใช้เสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการมาตอบสนองความต้องการและความคาดหวังเพื่อให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจมากขึ้น	1.สอบถามความพึงพอใจผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่นในรพ.และชุมชนและนำผลมาปรับปรุง ติดตามผลทุกเดือน 2. เก็บคะแนนความพึงพอใจหลังรับบริการรายเดือน 3.จัดตั้งพื้นที่ Triage มีพยาบาลประจำจุดตลอดเวลา รับฟังข้อร้องเรียน โกล่เกลี่ยเบื้องต้น 4. มีตู้รับความคิดเห็น และมี QR code เพื่อให้แสดงความคิดเห็นได้ชัดเจน รวดเร็ว 5. มีช่องทาง Electronic เช่น Line@, Facebook, Website สายด่วนรับเรื่องร้องเรียน 6. มีศูนย์ Call Center เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ โดยมีทีม Care D plus เป็นผู้รับผิดชอบ 7. มีการปรับ Flow บริการ ,monitor guidance ขยายเวลารับบริการนอกเวลาราชการ จนถึง 24.00 น.เพื่อคัดแยกผู้ป่วย Level 3-4 ลดความแออัด 8. มีการใช้ระบบ paperless 9. จัดทำ CNPG CPG ระบบ Fast tract ของ STEMI Stroke Sepsis 10.สัญญาณฉุกเฉินกรณีกำลังช่วยเหลือ Resuscitation 12.แผนอัตรากำลังสำรอง กรณี ER over crowded 13.มีระบบติดตามผู้ป่วยกรณีปฏิเสธการรักษา 14.บันทึกอุบัติการณ์ร้องเรียน 15.ทบทวน RCA หาแนวทางเชิงป้องกัน นำไปปฏิบัติติดตาม ประเมินอย่างต่อเนื่อง	- แบบสำรวจความพึงพอใจ และผลสำรวจความพึงพอใจจากผู้รับบริการ (HRMS) -เบอร์ Call Center ในเอกสารประชาสัมพันธ์ และใน สื่อ electronic ทะเบียนบันทึกรายชื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา - CNPG CPG Fast Tract ของ STEMI Stroke และ Sepsis ผลทบทวน RCA ข้อร้องเรียน
3) ปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่น	1.แจ้งข้อร้องเรียนทันทีในหน่วยงาน ใน line ในที่ประชุมหน่วยงาน ร่วมทบทวน RCA หาแนวทางแก้ไข บันทึกอุบัติการณ์ ติดตาม และประเมินอุบัติการณ์ร้องเรียนทุกเดือน 2.นิเทศแบบ Quick Round หากมีเหตุการณ์หรือความเสี่ยงที่อยู่ในระดับอันตราย (E) ต่อผู้ใช้บริการ	- ข้อมูลความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ - บันทึกการประชุมหน่วยงาน - ผลทบทวนความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป - ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	3. มีการนิเทศหน้างาน SBAR 3P รวมถึงการค้นหาอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเชิงรุกทุกสัปดาห์โดยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 4.เพิ่มเบอร์โทรหน่วยงาน และติด QR code แบบสอบถามความพึงพอใจ ที่ Nurse station	
3.2 การจัดการความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ 1) มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการและผู้รับผลงานอื่น เพื่อตอบสนองความต้องการเพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการจัดบริการพยาบาล และ/หรือ การดำเนินการอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง	1.ส่งเสริมการปฏิบัติค่านิยม Customer Focus ใช้หลัก service mind , AIDET การทักทายผู้ป่วยและญาติ 2. จัดบริการให้กับกลุ่ม Fast track กลุ่มผู้ป่วยพิเศษ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก ผป.จิตเวช ผป. ตั้งครรภ์ ผป. OSCC HIV ผป.ติดเตียง 4. จัดช่องทางการสื่อสารแบบ Two-way เช่น Call Center, ตอบคำถามหรือรับข้อเสนอแนะข้อร้องเรียนทาง วาจา Website, Line@, Facebook 5. จัดกิจกรรมเสริมความสัมพันธ์ที่มีเนื้อหาทางวิชาการ เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพและการรับรู้ข้อมูลการดูแลตนเอง เช่น กิจกรรมวัน Stroke Day, เสี่ยงตามสายในโรงพยาบาล เพื่อให้ความรู้ในวงกว้าง 8.โครงการกู้ชีพประจำบ้าน ทุกตำบล รพสต /โรงเรียน 9. EMS สัญจร / Ems meeting 10.ออกหน่วยปฐมพยาบาล 11. จนท.ในหน่วยงานผ่านการอบรมกระบวนการ 1 คน/อบรม Care D plus 100%	- จัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ , - เบอร์ Call Center ที่ปรากฏใน Website - สื่อประชาสัมพันธ์ ผ่าน Website เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารในการให้บริการที่มีมาตรฐาน - ภาพกิจกรรม
2) มีช่องทางสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับผลงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาข้อมูลสารสนเทศ เสนอข้อคิดเห็นและข้อร้องเรียน รวมถึงมีการกำหนดวิธีปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบ	1. จัดช่องทางการค้นหาข้อมูลข่าวสารจาก Website ของโรงพยาบาลและสามารถเสนอข้อเสนอนะหรือร้องเรียนทั้งเป็นเอกสารทางตู้รับข้อร้องเรียนทั่วโรงพยาบาล หรือส่งทาง Facebook , Line Add , Website QR code เบอร์โทรศัพท์ รพ. ประชาสัมพันธ์ 2. พยาบาลประจำจุด Triage สอบถามเชิงรุก 4. ทำสื่อประชาสัมพันธ์ Website, Line Add ไว้ในสถานที่ต่างๆ ในโรงพยาบาล 5. ติดเบอร์โทรของแต่ละหน่วยงานที่ Nurse Stationเพื่ออำนวยความสะดวก	- เอกสารเรื่องร้องเรียน - ข้อความที่ส่งมาทาง Facebook , Line Add Fan page , Website -พนักงานประชาสัมพันธ์ ที่ OPD และ ER QR code ประเมินความคิดเห็น

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
3)มีวิธีการให้การสนับสนุนผู้ให้บริการในการค้นหาข้อมูลสารสนเทศ การเข้ารับบริการ การดูแลตนเอง หลังการจำหน่ายเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ	1.จัดเตรียมข้อมูลการรักษาเมื่อผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาต่อ ใกล้บ้านพร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 2. ทำสื่อสุศึกษาทั้งในรูปแบบแผ่นพับและ QR code และ คลิปสื่อการสอนการปฏิบัติตัว การแจ้งเหตุฉุกเฉิน 3. จัดทำ Line Add เพื่อประชาสัมพันธ์และตอบข้อซักถาม แนะนำทั้งรายกลุ่มและส่วนบุคคล 4.ระบบ Telemedicine	- สื่อประชาสัมพันธ์ Electronic , Line Add - QR CODE เฉพาะโรค -Telemedicine
3.3การจัดการข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ 1) มีการจัดการข้อร้องเรียนและข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะ โดยสามารถ แก้ไขปัญหาอย่างได้ผลและ ทันทั่วทั้งที่	1. มี จนท.ใกล้เคียงเบื้องต้น ระดับหน่วยงาน 2. ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์และทีมใกล้เคียงร่วมกับศูนย์คุณภาพ จัดการข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ จากข้อมูลที่มา จากช่องทางต่างๆ หากพบความเสี่ยงระดับ G H I ต้อง รายงานผู้บริหารภายใน 24 ชั่วโมง บันทึกอุบัติการณ์และ นำมาทบทวน RCA เพื่อวางแผนทางป้องกัน 2. มีทีมและ Flow Chart การรับความช่วยเหลือให้ผู้ได้รับ ผลกระทบจากการรักษาด้วย ม.41	- สรุปข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ - หลักฐาน flow ม.41 - คำสั่งกรรมการ ม.41 และ คำสั่งทีมใกล้เคียง - Flow การจัดการความเสี่ยง
2)มีวิธีการในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลข้อร้องเรียน และข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะ เพื่อใช้ในการ ปรับปรุงคุณภาพบริการ พยาบาลรวมถึงค้นหาข้อมูล ป้อนกลับจากผู้ให้บริการ อย่างทันทั่วทั้งที่ และสามารถ นำไปใช้ในการพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาล	1.มีช่องทางให้ร้องเรียน ด้วยตนเองได้ที่ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ / กล่องรับความคิดเห็น/ ทาง Facebook , Line Add, Website, E-mail 2.ข้อมูลสอบถามเชิงรุก เชิงรับ ในหน่วยงาน ใกล้เคียง เบื้องต้น และปฏิบัติตาม flow การร้องเรียน 3.ทีม care D plus เป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ความเสี่ยง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาพร้อมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพร้อมลงรายงานผ่านระบบ HRMS ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ จากข้อมูลที่มาจากช่องทางต่างๆ หากพบความเสี่ยงระดับ G H I ต้องรายงานผู้บริหารภายใน 24 ชั่วโมง บันทึกอุบัติการณ์และนำมาทบทวน RCA เพื่อวางแผน แนวทางป้องกันทุกเดือน	- มีกล่องรับข้อร้องเรียน พร้อม QR CODE ผ่าน web page รพ. - มีทีม care D plus ใน กำหนดความถี่ในการ เก็บข้อมูลที่ชัดเจน -มีการกำหนดเวลารอรับ บริการทุกจุดบริการ -สมุดบันทึกข้อร้องเรียน อุบัติการณ์ -ผลการทบทวน CA
3)มีการทบทวนและ ปรับปรุงวิธีการจัดการข้อ ร้องเรียนให้มีประสิทธิผล มากขึ้น	1. มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุก เดือน หรือไตรมาส หรือข้อมูลที่ควรแก้ไขตามความเร่งด่วน หรือรุนแรง ตามระบบบริหารความเสี่ยง ระดับไม่ร้ายแรง (Non-Sentinal event) หน่วยงานแก้ไขใน ระดับต้น ภายใน 1 สัปดาห์ และรายงาน การแก้ไขแก่ศูนย์รับ ข้อร้องเรียน	- รายงานข้อมูลเรื่อง ร้องเรียน พร้อมผล วิเคราะห์ -มี QR code สอบถาม ความพึงพอใจเพิ่มความ ไม่พึงพอใจในระบบบริการ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ส่วนปัญหาที่ หน่วยงานไม่สามารถแก้ไขได้จำเป็นต้องส่งต่อเข้าทีม คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง -ระดับร้ายแรง (Sentinel event) แจ้งปัญหาให้หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบทันที ทบทวน RCA ทันทีหรือภายใน 24 ชม. ส่งผลทบทวนให้ศูนย์คุณภาพ ในระยะเวลาภายใน 3 วัน 2. ปรับแบบสอบถามความพึงพอใจและเพิ่มความไม่พึงพอใจตามแบบของกองการพยาบาล 3. ติด QR code สอบถามความพึงพอใจ ที่หน่วยงานและรับฟังข้อเสนอแนะ หน้า nurse station ในตึกผู้ป่วย เพื่อเพิ่มช่องทางในการรับข้อมูล 4.พยาบาล Triage สอบถามเชิงรุก รับฟังข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ จัดการใกล้เคียงเบื้องต้นในหน่วยงาน บันทึกอุบัติการณ์ทุกครั้ง	
3.4การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 1)มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการและและ ผู้รับผลงานอื่นโดยใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม และใช้ผลการประเมินนี้ไปปรับปรุงการดำเนินงาน	1. สอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการปีละ 2 ครั้ง จาก QR code ทั้งภายใน รพ.และชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2.มีการให้คะแนนความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจหลังรับบริการ ในทุกจุดบริการ 3.การรับฟังเสียงตอบรับของผู้รับบริการหลังจากที่ได้รับบริการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ 4. นำผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการพยาบาล ปรับปรุงระบบบริการภายในหน่วยงาน โดยการจัดทำแผนพัฒนา	- แบบสอบถามความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจ - ผลสรุปคะแนนความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ -แนวทางการแก้ไขแผนพัฒนา
2)มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการ จาก ผู้ใช้บริการเพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล	1.การรับฟังเสียงตอบรับของผู้รับบริการหลังจากที่ได้รับบริการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ 2.มีกล่องรับความคิดเห็นกระจายตามจุดต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนความพึงพอใจแต่ละจุดบริการ และเก็บข้อมูลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3.นำผลเสียงตอบรับต่อการให้บริการพยาบาล ปรับปรุงระบบบริการภายในหน่วยงาน โดยการจัดทำแผนพัฒนา	-รายงานข้อมูลจากกล่องรับความคิดเห็น -การเก็บข้อมูลระยะเวลารอคอยรับยา

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
3)มีการพัฒนา/ปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันสมัยและเหมาะสมกับผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม	1. รวบรวมปัญหาที่ส่งมาทางสื่อออนไลน์ เช่น Facebook , Line Add มีการตอบกลับแบบ realtime 2.จัดทำ Application กลุ่มโรคใช้ QR Code, ใช้ Google Form เป็นแบบสอบถามภาคีเครือข่าย	-Google Form ของแบบสอบถาม
3.5การสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้ใช้บริการ 1)นำความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการมาออกแบบระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล	1.มีพยาบาล Triage ทักทาย แนะนำ ชักถามข้อมูล ชักประวัติ ให้ข้อมูลเรื่องโรค แจ้งระยะเวลา แจ้งแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติ 2.คัดแยกผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ Easy YCPH ED Triage 2.มีพื้นที่รอรับบริการหน้าหน่วยงาน 3. มีจอ monitor แจ้งสถานะผู้ป่วยหน้าห้อง 4. ประเมินอาการ ให้การรักษาตามลำดับความเร่งด่วน ให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ทุก 15 นาที 5.ให้บริการดูญาติมิตร ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 6.การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 7.มีการปรับปรุง/พัฒนาระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและญาติ เช่น นวัตกรรมต่างๆ ที่เอื้อ ต่อบริการพยาบาล เช่น เครื่องช่วย Auto CPR , เครื่องให้ ออกซิเจนแรงดันสูง High Flow 8.การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ	เครื่องมือ Easy YCPH ED Triage WI AIDET ข้อร้องเรียน คำชมเชย
2) มีการปรับปรุง/พัฒนาระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการและทำให้เหนือกว่าความคาดหวังของผู้ใช้บริการ	1.มีพยาบาล Triage ทักทาย แนะนำ ชักถามข้อมูล ชักประวัติ ให้ข้อมูลเรื่องโรค แจ้งระยะเวลา แจ้งแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติ 2.คัดแยกผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ Easy YCPH ED Triage 2.มีพื้นที่รอรับบริการหน้าหน่วยงาน 3. มีจอ monitor แจ้งสถานะผู้ป่วยหน้าห้อง 4. ประเมินอาการ ให้การรักษาตามลำดับความเร่งด่วน ให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ทุก 15 นาที 5.ให้บริการดูญาติมิตร ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 6.การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 7.มีการปรับปรุง/พัฒนาระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและญาติ เช่น นวัตกรรม	- ระบบ Paper Less OPD จาก HosXp, เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ, เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอัตโนมัติ, - HosXp, - ใบมอบหมายงานประจำวัน - ห้องสำหรับผู้ป่วยวาระสุดท้าย และอัลกุรอาน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ต่างๆ ที่เอื้อ ต่อบริการพยาบาล เช่น เครื่องช่วย Auto CPR , เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง High Flow 8.การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ 9.มีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนและหลังการตรวจ รักษา และก่อนการเซ็นยินยอมรับการรักษา	
3) มีวิธีในการใช้ประโยชน์ จากสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อ เสริมสร้างความผูกพันของ ผู้ใช้บริการ หรือทำให้ ผู้ใช้บริการกล่าวถึงในทางที่ ดี	1. จัดทำ Website ,Line Add, Facebook, เพิ่มข้อมูลข่าว ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมต่างๆ, การศึกษาดูงานจาก หน่วยงานภายนอก 2.one page กิจกรรม	ประชาสัมพันธ์ใน Website, Line Add Facebook One page กิจกรรม
3.6 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 1) สร้างหลักประกันว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความ ตระหนักและทราบบทบาท ของตนในการพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วย รวมถึงมีระบบ และ การดำเนินงานพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วยตามมาตรฐาน	1. นโยบายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสื่อสารลงใน Intranet รพ. 2. ติดป้ายประกาศที่หน่วยงาน ให้เห็นชัดเจน แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในทุกหน่วยงาน 3.กำหนดให้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นหัวข้อในการ ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกครั้ง 4.กำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลจำกัดเฉพาะผู้เกี่ยวข้องในการ ดูแลผู้ป่วย 5.ระบบนิเทศติดตาม การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	- เอกสารนโยบาย SP WI - แผ่นป้ายประกาศสิทธิ ผู้ป่วยตามหน่วยงาน - อุบัติการณ์การพิทักษ์ สิทธิผู้ป่วย
2) มีการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานเพื่อ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทุกราย ตามมาตรฐานหรือแนวทาง ที่กำหนด	1.หัวหน้างานสังเกตและประเมินพฤติกรรมบริการของ เจ้าหน้าที่ 2. หัวหน้าหอผู้ป่วย เดิน round เพื่อพูดคุย สอบถามผู้ป่วย และญาติ 3. มีกล้องวงจรปิดตามบริเวณต่างๆทั่วโรงพยาบาล	- เอกสารในระบบ Hos XP และใน HOS MERGE (เวชระเบียน ผู้ป่วยใน paper less) - ข้อมูลโปรแกรมความ เสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ ผู้ป่วย
3) มีระบบการจัดการข้อ ร้องเรียนเกี่ยวกับการ ละเมิดสิทธิผู้ป่วย พร้อมทั้ง นำผลไปพัฒนาแนวทางการ ปฏิบัติงานและดำเนินการ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง	นำเรื่องร้องเรียนจากช่องทางต่างๆ มาทบทวนเพื่อปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพ เช่น การใช้โปรแกรมความเสี่ยง , การ เพิ่มหัวข้อในตารางปฐมนิเทศ , การประชุมประจำเดือนของ คณะกรรมการบริหารคุณภาพโรงพยาบาล	- เอกสารเรื่องร้องเรียน ผ่านระบบ HRMSและ สรุปข้อเสนอแนะ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
3.7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ 1) มีนโยบายที่ชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อ และวัฒนธรรมด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ อาทิ คนพิการ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกมัด และผู้สูงอายุ)	1.กำหนดนโยบายที่ชัดเจนแจ้งและสื่อสารลงในระบบ intranet ของโรงพยาบาล ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเซ็นชื่อรับทราบ (consent form) , จัดสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำผู้พิการ, ทางลาดจุดที่มีพื้นต่างระดับ แก้อั้วพระภิกษุสงฆ์อาพาธ ผู้นำศาสนา และผู้สูงอายุ มีห้องพิเศษสำหรับพระภิกษุสงฆ์ผู้นำศาสนา 2. คลินิกผู้ติดเชื้อ HIV, คลินิกวัณโรค,OSCC จัดความเป็นส่วนตัว มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะคนเดิมทุกครั้ง 3. ติดป้ายคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ,จัดเป็นหัวข้อปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่	- เอกสาร SP WI - เอกสารเซ็นยินยอม ผู้ตรวจเชื้อ HIV - คลินิกผู้ติดเชื้อ HIV อยู่ ที่ ห้องตรวจ 5 แผนกผู้ป่วยนอก
2) มีแนวทางปฏิบัติในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะตามนโยบายที่องค์กรพยาบาลกำหนด และมีการปฏิบัติตามแนวทางด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	1. กำหนดแนวทางปฏิบัติ ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติเช่นการรักษาความลับผู้ป่วยคดี ผู้ป่วย HIV,OSCC ,การตอบสนองความต้องการทางจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย,ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือต้องผูกมัด,กิจกรรมของผู้ป่วยต่างศาสนา,การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและผู้พิการ 2. ปฏิบัติตามนโยบายพิทักษ์สิทธิที่ได้กำหนดไว้ 3.นิเทศจากหัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	- รายงานหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล -WI คลินิก HIV,OSCC,TB - SP นโยบายการผูกมัด
3) มีการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	1. หัวหน้างานมีหน้าที่กำกับดูแลให้ปฏิบัติตามนโยบายอย่างเคร่งครัด 2.หัวหน้างานมีการสุ่มตรวจใบเซ็นยินยอมที่สำคัญในเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 1 ราย 3.หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตรวจสอบความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วยในเวร ขณะตรวจเยี่ยมหน่วยงาน	- ข้อมูลคำร้องเรียนแต่ละหน่วยงาน - รายงานหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล - ใบ Audit เวชระเบียน

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
4.1 การวัดผลการดำเนินงาน 1) เลือก รวบรวม และเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศและตัวชี้วัดที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงเลือกและใช้ข้อมูลสารสนเทศจากเสียงของผู้ใช้บริการ (voice of customer) เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน ผลการดำเนินงานขององค์กรพยาบาล และติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ รวมถึงสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม	1. งานอุบัติเหตุดุกเหินและนิติเวชเลือกตัวชี้วัดจากยุทธศาสตร์ของร.พ. /ทีมนำดูแลผู้ป่วย/ กลุ่มงานการพยาบาล core competency , service plan ,2 P safety,ตัวชี้วัดกระทรวง เขต จังหวัด 2.ติดตามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประจำวันจากประชาสัมพันธ์เชิงรุก เชิงรับ ตู้แสดงความคิดเห็น และแบบสอบถามความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการปีละ2ครั้ง ผ่านระบบ QR code ระบบ web site รพ. 3.คณะกรรมการสารสนเทศกลุ่มงานการพยาบาล รวบรวมข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล ตัวชี้วัดในโปรแกรม excel ใน Google drive วิเคราะห์ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน ทุก 1 เดือน 4.วิเคราะห์ข้อมูล นำมาพัฒนาคุณภาพเป็นนวัตกรรม CQI R2R ที่ งานวิจัย	- KPI KMIT - แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล - CQI, นวัตกรรม, R2R ทางารพยาบาล ใน Intranet -รายงานการประชุมประจำเดือน -ผลการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์
2) เลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพในระดับกลยุทธ์ และระดับปฏิบัติการ	งานอุบัติเหตุดุกเหินและนิติเวช ปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินงานให้ทันกับความต้องการของ ผู้ใช้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทิศทางของระบบบริการสุขภาพ โดยมอบ ITWN ประจำหน่วยงาน ร่วมกับทีม QA และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในการพัฒนางาน เช่น ตัวชี้วัด Productivity ที่เป็นไปตาม เกณฑ์ โดยการบริหาร องค์กรกำลังให้สอดคล้องกับภาระงานโดย แบบฟอร์ม วิเคราะห์อัตรากำลัง ช่วยคำนวณผลผลิตทางการพยาบาลทุกเวร เพื่อให้หัวหน้างานใช้ในการบริหาร องค์กรกำลังให้ เหมาะสมต่อไป การบันทึกอุบัติการณ์ลงโปรแกรมความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญ เช่น อัตราการเข้าถึงบริการ Fast Track ผป. STROKE STEMI < 60% นำมาวิเคราะห์ พัฒนา ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคในชุมชน STROKE STEMI ALERT การเข้าถึงบริการ ภายในระยะเวลาที่กำหนด	- KPI Data center - ตัวเทียบตัวชี้วัด -CQI
3) ปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ผู้รับ	งานอุบัติเหตุดุกเหินและนิติเวช รวบรวมตัวชี้วัด และวิเคราะห์นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาลทุก 3 เดือน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปรับปรุง	- รวบรวมตัวชี้วัดของกลุ่มงานการพยาบาล โดยใช้ Google Form

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ผลงานอื่นและทิศทางของระบบบริการสุขภาพ		- บันทึกการประชุมของกลุ่มงานการพยาบาล
4.2 การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินงาน 1) มีการทบทวนผลการดำเนินงานและขีดความสามารถขององค์กรพยาบาล และใช้ผลการทบทวนนี้เพื่อประเมินความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ รวมถึงความสำเร็จในการสร้างนวัตกรรม	ทำ CQI one page, R2R ในตัวชี้วัดหรือกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายมีการกำหนดระยะเวลาดำเนินงาน และมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรับผิดชอบ รวมทั้งการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในกิจกรรมทบทวน	- บันทึกการประชุมของกลุ่มงานการพยาบาล - CQI one page - ผลงาน R2R
2) นำผลการทบทวนการดำเนินการไปจัดลำดับความสำคัญในเรื่องที่ต้องปรับปรุง หาโอกาสในการสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติภายในองค์กรพยาบาล	1.นำข้อมูลจากผลการดำเนินงานขององค์กร , อุบัติการณ์ความเสี่ยง , High Risk , High volume มาจัดลำดับความสำคัญและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขและปรับปรุงกระบวนการให้เกิดผลงานนวัตกรรม CQI R2R 2.แนวทางปฏิบัติที่ได้จากการประชุม จะแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทาง ระบบเว็บไซต์ของโรงพยาบาล HOS Office, ในระบบ intranet, และ group line	-ผลทบทวนความเสี่ยง -แนวทางการปฏิบัติ WI CNPG -นวัตกรรม 'CQI , R2R
3) นำผลการทบทวนการดำเนินการไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ	1.ทุกหน่วยงานจัดทำ WI ให้เป็นแนวทางเดียวกัน ครอบคลุมกลุ่มโรค High Risk , High volume 2. จัดทำ Template ตัวชี้วัดแต่ละตัว เพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน ,การจัดระบบบริการเฉพาะโรค	- WI CNPG ของหน่วยงาน - Template ตัวชี้วัด อยู่ในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์
4.3 การจัดการแหล่งสารสนเทศทางการพยาบาล 1) มีระบบการจัดการให้ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากรพยาบาล มีความพร้อมใช้งาน และทำให้บุคลากรพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศดังกล่าว	1. ระบบการลา ,ระบบงานสารบรรณ ระบบข้อมูลบุคลากร ใช้โปรแกรม Hos Office 2. การใช้งาน Hos Office ใช้รหัสของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงและลงโปรแกรม 3. การรวบรวมกิจกรรม ตัวชี้วัด ในโปรแกรม excel ผ่านทาง Google drive 4.ใช้ระบบ intranet ของรพ.เก็บข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล บุคลากรพยาบาลสามารถเข้าถึงได้ทุกคน	โปรแกรม excel ใน Hos Office Google drive ระบบ intranet line ระบบ line NSO แจ้งเตือน ระบบ KMS Productivity กองการพยาบาล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	5.ระบบ line NSO แจ้งเตือนใบประกอบวิชาชีพ หมดอายุ 6.productivity กองการพยาบาล 7.ระบบ KMS การจัดการความรู้	
2) สร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศรวมทั้ง ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ มีความน่าเชื่อถือ	1. ระบบ SD แจ้งปัญหา IT 2.เจ้าหน้าที่งาน IT ของ โรงพยาบาล เป็นผู้ดูแลตลอด 24 ชม.และบำรุงรักษาตามกรอบเวลา ส่วนซอฟต์แวร์ สารสนเทศที่พัฒนาขึ้น ติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสใน เครื่องคอมพิวเตอร์ 3. ตัวชี้วัดทุกตัวทำ template เก็บข้อมูลที่เหมือนกัน 4.ข้อมูลสารสนเทศมีการทวนสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5. ตัวชี้วัดใหม่ ก่อนทำการเก็บข้อมูลต้องตรวจสอบ ความถูกต้อง โดยการ Validation 6. แนวทางปฏิบัติการสำรองข้อมูล กรณีไฟดับ เครือข่ายล่ม การซ่อมแผน	-ตารางเวรปฏิบัติงาน ด้าน IT -Template ตัวชี้วัด - นโยบาย การควบคุม เอกสารในระบบ คุณภาพ -นโยบายเรื่อง Validation -ระบบ SD -ระบบฐานข้อมูลใน Hos-xp -แนวทางปฏิบัติเมื่อ ไฟฟ้าขัดข้อง -ฐานข้อมูล ระบบ Hos-xp, HDC -แนวทางปฏิบัติการ สำรองข้อมูล -HAIT
3) มีการรักษากลไกที่ทำให้ข้อมูลและสารสนเทศรวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งาน และทันกับความต้องการของบุคลากร	1. มีเจ้าหน้าที่ IT ดูแลระบบและห้อง server ให้ ปลอดภัย มีการสำรองข้อมูลในระบบ server 2 แบบ คือ real-time และเดือนละ 1 ครั้ง 2. ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลตัวชี้วัดของ องค์กรพยาบาล และตัวชี้วัดหน่วยงาน ถูกเก็บในเว็บ ไซด์ ระบบ intranet โรงพยาบาล และ google drive 3. มีระบบการตอบสนองต่อภาวะติดขัดของการใช้ ข้อมูลด้าน Hardware / Software โดยเชื่อมโยงกับ ศูนย์คอมพิวเตอร์ตลอด 24 ชั่วโมง โดยแจ้งผ่านระบบ ไลน์ Service desk และตอบสนองภายใน 15 นาที และมีเกณฑ์ขอบเขตเวลาของการแก้ไขในแต่ละงาน เมื่อ ระบบเครือข่ายขัดข้อง จะได้รับการแก้ไขภายใน 15 นาที ให้ใช้งานได้ทันที หากแก้ไขไม่ได้ภายใน 15 นาที จะทำการเปิดแผนระบบลุ่ม และแจ้งผลเมื่อใช้งานได้ ตามปกติ	- ระบบ Service desk ศูนย์แก้ไขปัญหา และ มีตารางเวรผู้ดูแลระบบ IT โรงพยาบาล - ข้อมูลกิจกรรม พยาบาล ตัวชี้วัด และ แนวทางปฏิบัติทางการ พยาบาล -HAIT

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	4. แนวทางปฏิบัติการสำรองข้อมูล กรณีไฟดับ เครือข่ายล่ม การซ่อมแผนเสมือนจริง	
4.4 ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ 1) มีวิธีการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศทางการแพทย์มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเหตุการณ์	1. มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ manual ระบบ HOSxP HOS Merge 2. มีระบบScan แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ใบ EKG official report 3. หัวหน้าตึกทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจำหน่ายทุกวัน 3.จนท.อบรมการบันทึกเวชระเบียน 100% 4.มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน โดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนระดับจังหวัด ซึ่งผลการตรวจสอบในปี 2567 ได้หลังจากได้รับการอบรมพบว่าความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ 91% 5.ทบทวนปรับแบบฟอร์ม ปีละ1ครั้ง	- ผลการทบทวนเวชระเบียน -ใบ Audit chart - productivity ของหน่วยงาน -ฐานข้อมูล ระบบ Hos-xp, HDC ,HosMerge - ตัวชี้วัด และผลการวิเคราะห์ - แนวทางปฏิบัติLogin
2) มีกลไกการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาลมาใช้ในการประโยชน์ในการบริหารจัดการและพัฒนา	1. นำข้อมูลจากการบันทึก productivity มาใช้ในการวางแผนจัดอัตรากำลัง 2. นำตัวชี้วัด ข้อมูลที่บันทึกในระบบ HOSxP HOs Merge มาใช้ในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เช่น คัดกรองผิดพลาด ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยที่ refer , ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน , ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น 3. ใช้โปรแกรมบริหารจัดการความเสี่ยง และสามารถนำความเสี่ยงของหน่วยงานมาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้	- แผนอัตรากำลังกลุ่มการพยาบาล - ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วย -โปรแกรมความเสี่ยงของหน่วยงาน และของกลุ่มงานการพยาบาล
3) มีวิธีการรักษาความปลอดภัยและลำดับชั้นความลับของข้อมูลและสารสนเทศทางการแพทย์คุณภาพการพยาบาล	1.ทีม IT วางระบบการ ป้องกันการเข้าถึงระบบข้อมูลมีการใช้รหัสเป็นรายบุคคล มีเจ้าหน้าที่ดูแล เปลี่ยนรหัส Auto ทุก 3 เดือน ปฏิบัติตามนโยบาย HAIT มีการกำหนดการเข้าถึงระบบโดยผู้ได้รับอนุญาตและรักษาข้อมูลได้ 2. มีระบบป้องกันไม่ให้บุคคลที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่เชื่อมโยงเน็ตเวิร์ค (LAN) ของโรงพยาบาล 3. Sever มีระบบการ Scan Virus อัปเดตโน้ต Update ทุกวัน	-นโยบายความปลอดภัยสำหรับทรัพยากรข้อมูล - รายงานผลการดำเนินงาน และรายงานอุบัติการณ์การละเมิดการเข้าถึงข้อมูล -นโยบาย HAIT
4.5 ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน 1) การเตรียมความพร้อมของระบบงาน สถานที่ทำงาน วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือรวมถึงระบบสารสนเทศ เพื่อรองรับ	1.การเตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ดำเนินการตามนโยบาย เรื่อง แผนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีการประกาศ CODE 001-007 ตามสถานการณ์ฉุกเฉิน	- เรื่อง แผนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน -แนวปฏิบัติเครือข่ายล่ม -แนวปฏิบัติไฟฟ้าดับ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน (ความพร้อมของระบบงาน เช่น ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบการส่งสาร)	2.มีแผนดำเนินการเมื่อระบบ คอมพิวเตอร์ใช้งานไม่ได้ (Business Continuity Plan : BCP) ของหน่วยงาน	
2) ระบบการป้องกันภัยพิบัติที่สามารถป้องกันได้ โดยดำเนินการตรวจสอบ ฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (ภัยพิบัติที่สามารถป้องกันได้ เช่น อัคคีภัยจากระบบไฟฟ้าภายในอาคาร)	1.การป้องกันอัคคีภัย ดำเนินการตาม แผนการจัดการด้านความปลอดภัยด้านอัคคีภัย 2. มีการตรวจสอบระบบไฟฉุกเฉินในหน่วยงานทุกเดือน 3. มีการตรวจสอบระบบสำรองไฟทุกวัน 4. มีการตรวจสอบถังดับเพลิงทุกเดือน 5. มีแผนอัคคีภัยระดับโรงพยาบาลและแผนปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุเพลิงไหม้ทุกหน่วยงาน มอบหมายหน้าที่ทุกวัน 6. มีการซ้อมแผนอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง	นโยบาย เรื่อง แผนการจัดการด้าน ความปลอดภัยด้าน อัคคีภัย - WI-YH-ENV-006 – WI-YH-ENV-030 -ผลการซ้อมอัคคีภัย
3) การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการที่คล่องตัว และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน	1. เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาล และมีพยาบาลเป็นตัวแทนร่วมในทีม 2. มีการประสานบริการกับศูนย์ITของโรงพยาบาล และร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลระบบ และมีเจ้าหน้าที่IT ปฏิบัติงานตลอด มีระบบ on call บริการตลอด 24 ชั่วโมงสามารถให้บริการได้ทันที 3. 2.มีแผนดำเนินการเมื่อเกิดภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน (Business Continuity Plan : BCP) ของหน่วยงาน	-นโยบาย เรื่อง แผนการจัดการ สถานการณ์ฉุกเฉิน -ผลการซ้อมประกาศ Code 001 - 007 แผน BCP ภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน
4.6 การจัดการความรู้ 1) มีวิธีการ/กระบวนการจัดการความรู้ขององค์กรพยาบาลที่ครอบคลุมถึงการระบุนความรู้ที่จำเป็น การสร้าง/แสวงหาความรู้ด้านการพยาบาลและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การจัดเก็บความรู้ การโอน/แลกเปลี่ยนความรู้และการใช้ประโยชน์จากความรู้	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชสนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมอบรม ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง/ศึกษา หลักสูตรเฉพาะทาง และมีถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้สู่การปฏิบัติ ภายในหน่วยงาน/กลุ่มงานการพยาบาล รวมทั้งความรู้อื่นๆเพื่อการ พัฒนาระบบ สร้างองค์ความรู้ใหม่จากนวัตกรรม CQI KM จัดเก็บ ใน Website กลุ่มงานการพยาบาล การ Conference และนำมา ปรับปรุงระบบบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง นำความรู้ที่ได้มา ปรับปรุง/จัดทำวิธีปฏิบัติ - กลุ่มการพยาบาลจัดตั้งคณะกรรมการวิชาการ เพื่อขับเคลื่อนงานวิชาการ - มีการอบรมถ่ายทอดความรู้กันเองภายในตามบริบทขององค์กร เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด , การช่วยชีวิตเด็กทารกแรกเกิด, การใช้ยาสำหรับพยาบาล, การช่วยฟื้นคืนชีพ, อบรมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็น	- คลังความรู้ website โรงพยาบาล - ไลน์ SAVE you&me - เอกสาร R2R - CQI -one page การเข้ารับ การอบรม

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ต้น โดยใช้วิทยากรภายใน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลที่มีประสบการณ์ - การอบรมและสาธิตพฤติกรรมบริการที่ดีแก่ผู้ให้บริการด้านหน้าโดย Role Model - การทบทวนและแลกเปลี่ยนการแสดงพฤติกรรมบริการที่เหมาะสมเมื่อเผชิญปัญหาเฉพาะ หน้าทีหน้างานโดยหัวหน้างานและผู้มีประสบการณ์ในองค์กร - จัดอบรมด้านพฤติกรรมบริการที่ดีโดยวิทยากรภายนอก ให้กับบุคลากรทั้ง องค์กร - มีแนวทางปฏิบัติที่ผ่านการลงนามอนุมัติของผู้บริหารสื่อสารไว้ใน Intranet - สร้างความรู้ด้านการพยาบาล จากการสร้างนวัตกรรม, CQI one page ,งานวิจัย R2R โดยเชิญอาจารย์จากภายนอกเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัย R2R CQI และนวัตกรรม - การหาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญกว่า โดยการส่งอบรมและ เก็บความรู้ใน Intranet บุคลากรเข้าถึงได้ทุกคน	
2) มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์	1 หน่วยงานนำเสนอผลงาน นวัตกรรม R2R วิจัย 2. ประกวดผลงานนวัตกรรม R2R ในระดับโรงพยาบาล และคัดเลือกส่งเข้าประกวดระดับจังหวัด/ เขต/ประเทศ 3.ผลงานผลงาน R2R ,นวัตกรรม, CQI มีการรวบรวมไว้ใน เว็บไซต์โรงพยาบาล สามารถเข้าไปอ่านได้โดยผ่านช่องทางเว็บไซต์โรงพยาบาล หรือผ่านเข้าไลน์ Save you&me เพื่อเข้าถึงการจัดการความรู้และสารสนเทศ	-เว็บไซต์โรงพยาบาล -intranet -ผลงาน R2R , นวัตกรรม วิจัย -SPA
3) มีการประเมินผลระบบ/ กระบวนการจัดการความรู้ของ องค์กรพยาบาลและปรับปรุงให้ สอดคล้องกับสมรรถนะของ องค์กร	หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลและนิเทศเวช - มีการทบทวนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ไขปัญหาที่หน้างานหลังการปฏิบัติจริง เช่น ทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพ, การใช้ยา HAD ,ทบทวนการดูแลเมื่อเกิดสถานการณ์สาธาณภัย เป็นต้น - นิเทศหน้างาน การสังเกต การสัมภาษณ์ การทำแบบทดสอบ ของเจ้าหน้าที่นำผลการนิเทศมาพัฒนาให้สอดคล้องกับสมรรถนะของหน่วยงาน -จัดให้มีการนำเสนอวิชาการ โดยให้ผู้ปฏิบัตินำเสนอความรู้ทางวิชาการ เช่น การคัดแยกผู้ป่วย การบริหารยาเสี่ยงสูง การแปรผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรค FAST Track STROKE STEMI MTI	- เอกสารการทบทวน - แผนนิเทศเจ้าหน้าที่ - ผลการนิเทศเจ้าหน้าที่ - WI

หมวด 5 บุคลากร

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
5.1 ชีตความสามารถและ อัตรากำลังของบุคลากร 1) มีการประเมินขีดความสามารถของบุคลากร (การประเมินทักษะสมรรถนะบุคคล) และระดับกำลังคนที่ต้องการมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย	1. หัวหน้างานปฏิบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช ประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็น ตรวจสอบติดตามการปฏิบัติงานให้อยู่ภายใต้ ขอบเขตที่กำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อบังคับวิชาชีพ เพื่อความมั่นใจก่อนการมอบหมายงาน เช่น ประเมิน Core Competency ปีละ 2 ครั้ง Professional Competency, Specific Functional Competency ประเมินปีละ 2 ครั้ง นำส่วนขาดมาพัฒนาให้มีสมรรถนะที่สูงขึ้น ทั้งระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการ วางแผนอัตรากำลังทั้งระยะสั้น 1 ปีและระยะยาว 3- 5 ปี จัดสรรอัตรากำลังตามภาระงานจริง ตาม Productivity มีแผนอัตรากำลังสำรอง กรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ตอบสนองต่อภาระงานและความต้องการของ ผู้รับบริการได้ 2. หัวหน้างานกำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละตำแหน่ง ทั้ง Job description, Job specification และ Job Assignment ส่วนบุคลากรใหม่มีการปฐมนิเทศและ On the Job Training และมีระบบพี่เลี้ยง และฝึกประสบการณ์โดยจัดให้ปฏิบัติงานหมุนเวียนในหน่วยงานทุกงาน เป็นเวลา 1 เดือน โดยมีการนิเทศติดตามและประเมินผล ส่วนในด้าน Specific Competency ในส่วนบุคลากรมีประสบการณ์จาก รพ.อื่นเป็นเวลา 2 อาทิตย์	- แผนอัตรากำลัง 5 ปี - เอกสาร JD,JS,JA - เอกสารการประเมิน - ผลการประเมินสมรรถนะ ของหน่วยงาน
2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหาว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่งและดำรงรักษาบุคลากรใหม่ มีการรวบรวมตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพการศึกษา การฝึกอบรมและประสบการณ์	หัวหน้างานปฏิบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช วางแผนอัตรากำลัง เสนอหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเข้ากรรมการ HRD วิเคราะห์ภาระงานและขออนุมัติในที่ประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีกระบวนการสรรหาว่าจ้างบรรจุลงตำแหน่งบุคลากรอย่างเป็นระบบ ตามระเบียบ ราชการ ร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาล งานบริหารบุคลากรโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยทำการคัดเลือก ตามเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น ร่วมกับการสอบสัมภาษณ์สอบ ปฏิบัติ และฝึกทักษะประสบการณ์ จัดสรรงานตามสมรรถนะ ความถนัดและความต้องการ มีระบบพี่เลี้ยงเพื่อสอนงาน กำหนดแผนการฝึกทักษะ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 3 เดือน มีการดำรงบุคลากรใหม่ โดยมีการปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงาน ในเรื่องธรรมนูญขององค์กร ระบบการทำงานต่าง ๆ รวมทั้งการ สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลใน	- แผนอัตรากำลัง - แฟ้มบุคลากร - แผนพัฒนาบุคลากร

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	การวางแผนความก้าวหน้าในอาชีพที่ ชัดเจน หัวหน้างาน ตรวจสอบหลักฐานใบประกอบวิชาชีพทุก 1 ปี เก็บเข้าแฟ้ม port folio ของหน่วยงาน 1 ชุด และแนบหลักฐานในการทำแบบ พตส. แก่ HR 1 ชุด มีการแจ้งเตือนก่อนหมดอายุ อย่างน้อย 1 ปี ดำเนินการก่อนใบอนุญาตหมดอายุ 6 เดือน	
3) มีการเตรียมบุคลากรพยาบาลให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร และทำให้บุคลากรมั่นใจในการดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและลดผลกระทบจากการขาดแคลนอัตรากำลัง	งานอุบัติเหตุดุกเหินและนิติเวชจัดสรรอัตรากำลังอย่างเป็นระบบให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทั้งในภาวะปกติและดุกเหิน โดยพิจารณาจาก 1. ปริมาณงาน(workload) จากจำนวนผู้ใช้บริการตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย Productivity 2. อัตรากำลังไม่เพียงพอ จัดอัตรากำลังทดแทนจากหน่วยงานที่มีลักษณะงานคล้ายกัน แผนเรียกอัตรากำลังสำรอง 3. วิเคราะห์และทำแผนฝึกอบรมเฉพาะทางทั้งระยะสั้นและระยะยาวของบุคลากร เพื่อพัฒนาสมรรถนะตามความเชี่ยวชาญของหน่วยงาน เพื่อเตรียมความพร้อมให้บุคลากรมีความสามารถหลายด้าน(Multifunctional Skill) สามารถหมุนเวียนและทดแทน เช่นระบบ Training บุคลากรใหม่แบบหมุนเวียนในแต่ละงาน ทำให้มั่นใจว่าองค์กรสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง	-Productivity ของแต่ละหน่วยงาน - แนวทางการจัดอัตรากำลังสำรอง - แผนพัฒนาบุคลากร - ธรรมนูญองค์กร พยาบาล
5.2 วัฒนธรรมองค์กรและการขับเคลื่อนความผูกพัน 1) กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละระดับ	งานอุบัติเหตุดุกเหินและนิติเวช กำหนดปัจจัยที่ใช้กำหนดความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากร ตามตัวชี้วัดที่กำหนดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบสอบถามประเมินความผูกพันและความพึงพอใจในรูปแบบ Google Form วิเคราะห์ ปี 64-68 เพิ่มเติม 1) งานในความรับผิดชอบ 2) สภาพแวดล้อมในการทำงาน 3) ภาวะผู้นำ 4) วัฒนธรรมในองค์กร 5) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ 6) โอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กร 7) ดุลยภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว 2. สสำรวจแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรปีละ 1 ครั้งโดยใช้แบบสอบถามโรงพยาบาลที่อ้างอิงมาจากกระทรวงสาธารณสุข	-รายงานผลการประเมินแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจความพึงพอใจ ความผูกพัน องค์กรพยาบาล โดยแบ่งตาม GEN

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	คะแนนความพึงพอใจและความผูกพันที่ต่ำได้แก่ 2.1 กลุ่มข้าราชการ/ลูกจ้างสายวิชาชีพ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน คือ 1) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านการได้รับรายได้/ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับปริมาณงานที่ได้รับผิดชอบ 2) ดุลยภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว 2.1) ความเครียด 2.2 กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรในกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว คือ 1) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ 1.1) การประเมินเพื่อการขึ้นเงินเดือน/ค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม 1.2) การได้รับรายได้/ค่าตอบแทนเหมาะสมกับปริมาณงานที่ได้รับผิดชอบ 1.3) การจัดสวัสดิการสำหรับผู้ปฏิบัติงานเหมาะสมกับความต้องการ 2) โอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กร 3. ผลการวิเคราะห์ แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน หน่วยงานในปี 2567 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ และความผูกพัน ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับมาก ดังนี้ ความพึงพอใจ ปี 2564 ได้ 83.65% ปี 2565 ได้ 84.30% ปี 2566 ได้ 85.30% ปี 2567 ได้ 85.50% ปี 2568 ได้ 85.09 % ความผูกพัน ปี 2564 ได้ 89.2% ปี 2565 ได้ 92.96% . ปี 2566 ได้ 94.40% ปี 2567 ได้ 88.45% ปี 2568 ได้ 90.24%	
2) มีการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละระดับ	งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและนิติเวช มีการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละระดับ 1. กลุ่มข้าราชการ เรื่องรายได้/ค่าตอบแทนเหมาะสมกับปริมาณงาน มีแนวทางการเรียกอัตราค่าจ้างเสริมจากการคำนวณ Productivity ในแต่ละเวร อัตราค่าตอบแทนตามระเบียบทางการเงินทุกหน่วย ในเรื่องความเครียด มีการดำเนินการให้สำรวจความเครียดของเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง/ปี มีนักจิตวิทยาเป็นคน	-รายงานผลการประเมินแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน องค์กรพยาบาล - คู่มือปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ - ทะเบียนการเยี่ยมผู้ป่วย การพยาบาล -ผลนิเทศและมีผลลงใน google Form

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	รวบรวมวิเคราะห์แปลผล แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ รายบุคคลและมีช่องทางให้คำปรึกษา ปัจจัยค่าตอบแทนและสวัสดิการ มีการจ่าย ค่าตอบแทน ตรงเวลาตามกำหนด พิจารณาเลื่อนขึ้นเงินเดือนโดย หลัก ธรรมาภิบาล สวัสดิการบ้านพัก/ห้องพักรเวร ห้องรับประทาน การดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปีการ ดูแลติดตามบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การตรวจวัด แสง เสียง และติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ปัจจัยโอกาสและความก้าวหน้าทางงานอาชีพ ได้แก่ - การส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงานอาชีพเพื่อระดับ ตำแหน่งที่สูงขึ้น นร.148/ว.2 เป็นต้น - การสนับสนุนการอบรมระยะสั้น การอบรมเฉพาะทาง การเรียนรู้ ปริญญาโท/เอก ในแต่ละสาขา - สนับสนุนการทำผลงานวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัย 2. กลุ่มลูกจ้างเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการ 1)ปรับอัตราค่าตอบแทนนอกเวลาเพิ่ม, พิจารณาขึ้น ค่าจ้างให้ปีละ 1 ครั้ง ปัจจัยค่าตอบแทนและสวัสดิการ มีการจ่าย ค่าตอบแทน ตรงเวลาตามกำหนด พิจารณาเลื่อนขึ้นเงินเดือนโดย หลัก ธรรมาภิบาล 2) จัดสวัสดิการค่าห้องพิเศษฟรี เมื่อเจ้าหน้าที่และบุคคล ในครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สวัสดิการค่า เยี่ยม คลอด เจ็บป่วย 3) สวัสดิการกรณีเสียชีวิตของเจ้าหน้าที่ และบุคคลใน ครอบครัวสายตรง 4) สวัสดิการกลุ่มงานการพยาบาลเยี่ยมกรณีเจ็บป่วยและ กรณีเสียชีวิต งานศพ งานฌาปนกิจ ของเจ้าหน้าที่และ ญาติสายตรง 5)สวัสดิการกลุ่มงานการพยาบาลกรณีเจ้าหน้าที่ประสบ อุทกภัยและภัยพิบัติ 6)สวัสดิการกลุ่มงานการพยาบาลกรณีเจ้าหน้าที่ย้าย เกษียณ ลาออก 7)ร่วมโครงการ ODI เพื่อสร้างความผูกพันในองค์กรของ โรงพยาบาล	-มีผลการประเมินประเมิน ความเครียดของจนท. - รายงานการประชุม งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและ นิติเวช - ระเบียบหลักเกณฑ์การ จ่ายตอบแทน - Flow การเรียก อัตรากำลังกรณีภาระ งานเกิน - Flow การเรียก อัตรากำลังกรณีเกิด เหตุ ฉุกเฉิน - แผน/ภาพกิจกรรม 5ส - แผนการอบรม - ผลการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนขึ้น แต่งตั้ง

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
3) มีการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ทำให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้างช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดีและบุคลากรมีความผูกพัน	งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและนิเวศ มีระบบการให้ขวัญกำลังใจเพื่อให้บุคลากรมีผลงานที่ดีและเกิดความผูกพันดังนี้ 1. การพิจารณาความดีความชอบ และมีการยกย่องชมเชยการมอบรางวัลและประกาศเกียรติคุณ 2. บุคลากรเกิดความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน 4. ความก้าวหน้าในอาชีพ สนับสนุนเพื่อบรรลุความก้าวหน้าในอาชีพ กำหนดให้มีการแต่งตั้งผู้รักษาการแทน/รองหัวหน้าในแต่ละหน่วยงาน เพื่อปฏิบัติงานเมื่อหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างานไม่อยู่ มีแนวทางเส้นทางความก้าวหน้า และการสืบทอดตำแหน่งตามบันไดอาชีพ เมื่อมีตำแหน่งว่างลงหรือมีการขยายสายงานใหม่ มีการกำหนดมาตรฐานงานในแต่ละตำแหน่งเป็นแนวทางสำหรับทุกคนที่เข้าสู่ตำแหน่งงานนั้นๆ ฝึกอบรมและพัฒนาผู้นำใหม่ โดยการสอนงาน/ มอบหมายงานให้รับผิดชอบ ทดลองปฏิบัติงานก่อนที่จะมีการย้ายหรือโอน 5. กระตุ้นการสร้างผลงาน การสนับสนุน/ส่งเสริม การทำผลงานวิชาการต่าง ๆ เช่น งานวิจัย R2R CQI นวัตกรรม KM และการทบทวนผลงานวิชาการเพื่อการเลื่อนระดับ 6. จัดประชุมประจำเดือน ทั้งในและนอกสถานที่	- การประเมินสมรรถนะ - แบบประเมินความพึงพอใจ - ภาพกิจกรรมมอบรางวัลต่างๆ
5.3 การประเมินความผูกพันของบุคลากร 1) มีการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เหมาะสมกับบุคลากรพยาบาลแต่ละกลุ่ม	หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศทำการประเมินดังนี้ 1. โดยใช้แบบสอบถามความผูกพันและความพึงพอใจ ปีละ 1 ครั้ง 2. ประชุมประจำเดือนประเมินจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล เช่น วันพยาบาลสากล , วันปีใหม่ของทุกปี วันเกิดของโรงพยาบาลและวันประชุมของหน่วยงานและกลุ่มงานการพยาบาล 3. แบบไม่เป็นทางการโดยหัวหน้างานพูดคุยเพื่อ รับฟังเสียงสะท้อนจากการปฏิบัติงาน Line ส่วนตัว Line group โทรศัพท์สายตรงรับฟังความคิดเห็นหลากหลายช่องทาง รวบรวมจาก การร้องทุกข์ ข้อเสนอแนะผ่านทางผู้รับฟังความคิดเห็น, จาก Facebook ,จากการพบปะพูดคุยสื่อสารแบบสองทาง, การลาออกของบุคลากร	- รายงานผลการประเมินแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน องค์กรพยาบาล - บันทึกการประชุม
2) นำผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของ	ตอบสนองความต้องการของบุคลากรดังนี้	- รายงานผลการประเมิน แรงจูงใจ ขวัญ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
บุคลากรพยาบาล ไปใช้ในการปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร	1. มีแนวทางการคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งตามความต้องการ ความรู้ความสามารถ ความเหมาะสมของแต่ละบุคคล 2. โดยการเพิ่มค่าตอบแทนและมีเกณฑ์ในการจัดอัตรากำลังตามภาระงาน 3. จัดสวัสดิการเมื่อเจ็บป่วย เกษียณ และเสียชีวิต 4. สนับสนุนเส้นทางความก้าวหน้า การเลื่อนระดับการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น การอบรมเฉพาะทางหลักสูตรต่างๆ การเตรียมความพร้อมตำแหน่งสำคัญ 5. พัฒนาสถานที่สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ทำ 5 ส, Green & CLEAN การติดตั้งกล้องวงจรปิด 6. จัดระบบบริหารจัดการวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ มีเครื่องมือที่ทันสมัย มีศูนย์เครื่องมือแพทย์ในการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอ 7. มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยสะดวกต่อการใช้งาน เช่นระบบอนุมัติเอกสาร/การจัดการออนไลน์ Paperless 8. พัฒนาระบบการยกย่อง ชมเชยบุคลากรที่มีผลงาน/ปฏิบัติงานดีเด่น และมอบใบประกาศเกียรติคุณรวมทั้งเป็นคะแนนประกอบการเลื่อนขั้นเงินเดือน	กำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน องค์กร พยาบาลผลการ - การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - คู่มือหน่วยงาน แผนและผลการประเมิน 5ส. และผลการประเมิน Green & CLEAN
3) นำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรพยาบาลไปเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการพยาบาลเพื่อค้นหาโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรพยาบาลและผลลัพธ์ของบริการพยาบาล	นำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรพยาบาลไปเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการพยาบาลดังนี้ <u>วิเคราะห์เพิ่มเติม ปี 64-67</u> 1. องค์กรพยาบาลนำผลการประเมินผลสำรวจแบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากร ในองค์กร ในปี 2567 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความผูกพัน ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด มาวิเคราะห์และนำไปเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งพบว่ามีคะแนนที่ต่ำกว่าเกณฑ์ 2) องค์กรพยาบาลร่วมกับทีมกระบวนการของโรงพยาบาล จัดกระบวนการกลุ่ม เรื่อง อบรมศิลปะการสร้างสมดุลชีวิตเพื่อความสุขและการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน หลังจากที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอบรม สามารถมีความเข้าใจและปรับทัศนคติที่จะ กำลังใจที่จะไปใช้ในการทำงานมากขึ้น 3) องค์กรพยาบาลได้นำผลการสำรวจมาวิเคราะห์ในปี 2564 และ 2566 โดยภาพรวมความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อ	- แบบสอบถาม - ตัวชี้วัด

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	องค์กรและมี ความรักความผูกพันกับองค์กร อยู่ในระดับมาก มีผลลัพธ์บริการพยาบาลเมื่อเทียบกับเป้าหมายใกล้เคียงกันอยู่ในเกณฑ์ดี	
5.4 การจัดการผลการปฏิบัติงาน 1) มีระบบประเมินผลงานบุคลากรพยาบาลที่สนับสนุนให้เกิดการทำงานที่ให้การดำเนินการที่ดี บุคลากรมีความผูกพัน และสนับสนุนการมุ่งเน้นผู้ใช้บริการ (ระบบดังกล่าวนำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย)	หน่วยงานอุบัติเหตุดูฉุกเฉินและนิติเวช 1.ประเมินผลการปฏิบัติงาน 2 ครั้ง/ปี มีการประเมิน 2 ส่วน คือการประเมินตัวชี้วัดที่ถ่ายทอดมาจากกลยุทธ์ และประเมินสมรรถนะหลัก (Core competency) โดยมีคะแนนตามสัดส่วนที่กำหนด และนำผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย หรือการสร้างชื่อเสียงให้แก่องค์กรจากการมีผลงานเด่นหรือการได้รับรางวัล มาเป็นคะแนนการพิจารณาความดีความชอบเพิ่มเป็นพิเศษ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและสร้างความผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้น พิจารณาความดีความชอบและให้ค่าตอบแทนการให้รางวัลและยกย่องบุคลากรที่มีผลงานดีเด่น หรือมีผลิตนวัตกรรมทางการแพทย์หรือ BEST PRACETICE ทางพยาบาล 2. มีการยกย่องชูเกียรติสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานดี ส่งเสริมโดยการเข้าประกวดพยาบาลดีเด่นระดับจังหวัด เช่นพยาบาลดีเด่นวันพยาบาล และสมาคมพยาบาล และส่งเสริมความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สนับสนุนให้ศึกษา/ฝึกอบรมต่อเนื่อง ทั้งหลักสูตรเฉพาะทางตามความสนใจของบุคลากร	- การประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน -แฟ้มบุคลากร -ผลงานนวัตกรรม CQI วิจัย -ใบประกาศ รางวัล
2) มีการจัดระบบการทำงานเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ และใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร	หน่วยงานอุบัติเหตุดูฉุกเฉินและนิติเวช 1. มีกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน และมีการจัดระบบงานดังนี้ 2.ระบบการปฐมนิเทศ พยาบาลใหม่ทุกคนจะได้รับการปฐมนิเทศเรื่อง การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายโรค การฟื้นคืนชีพขั้นสูง การใช้ยาความเสี่ยงสูง เรื่องความเสี่ยง เรื่องระบบIC ,เรื่องการใช้ HOSXP HOS MERGE สมรรถนะด้านคุณธรรม จริยธรรม 3. มีแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ-จำหน่ายและมีแนวทางการประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของทีมนำดูแลผู้ป่วย มีการประเมินสมรรถนะ Core competency , Professional Competency, Specific Functional Competency รายบุคคลและตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานในหน่วยงาน มีระบบสารสนเทศและการจัดการผลลัพธ์ทางการแพทย์	- ผลการประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน - แฟ้มบุคลากร

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	สนับสนุนบุคลากรให้ได้รับการอบรมเพิ่มเติมตาม สมรรถนะหลักของหน่วยงาน จัดอัตรากำลังให้เหมาะสม กับภาระงาน	
3) มีการนำผลการประเมินผล งานของบุคลากรพยาบาลมา พิจารณา เพื่อวิเคราะห์หา โอกาสในการเพิ่มขีด ความสามารถขององค์กร พยาบาลและบุคลากร	หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชวิเคราะห์ มีการ ดำเนินการดังนี้ 1. เพิ่มสมรรถนะโดยส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทางเพื่อ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยและเป็น Nurse Manager STROKE STEMI TRAUMA ,WI แต่ละโรค 2. บุคลากรที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง จะได้รับ การ Training จากผู้เชี่ยวชาญจนกว่ามั่นใจว่าสามารถ ปฏิบัติงานได้ มีการอบรมทางวิชาการภายใน/ภายนอก องค์กรสม่ำเสมอโดยผู้เชี่ยวชาญ 3. ผู้รับบริการได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย และมีการติดตามต่อเนื่องหลังกลับบ้านเพื่อเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน และมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยผู้ป่วย เช่นการบริหารความเสี่ยงอย่าง เป็นระบบ	- ผลการประเมิน สมรรถนะ ของ หน่วยงาน -WI แต่ละโรค
5.5 การพัฒนาบุคลากร พยาบาลและผู้บริหารการ พยาบาล 1) มีระบบการพัฒนาและ เรียนรู้สำหรับบุคลากร พยาบาลทุกระดับ ทั้งระดับ บริหารและ ระดับปฏิบัติการ ครอบคลุมความจำเป็นและ ความต้องการในการเรียนรู้ และพัฒนาสำหรับระดับ องค์กรพยาบาลและระดับ บุคคลโดยพิจารณาถึง สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การ บรรลุแผนปฏิบัติการ การ ปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงและ นวัตกรรม	-หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชวิเคราะห์ความ ต้องการในการพัฒนาบุคลากรจาก ส่วนขาดจากการ ประเมินสมรรถนะ ผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ /กล ยุทธ์/แผนปฏิบัติ/เข็มมุ่งขององค์กร Training need รายบุคคลและวิเคราะห์จากความต้องการในการพัฒนา หรือขยายงานของหน่วยงานจัดทำแผนการฝึกอบรมทั้ง ระยะสั้น/ระยะยาว -การเตรียมผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ การพัฒนา รองหัวหน้า เช่น หลักสูตรภาวะผู้นำ เน้นพลังกลุ่ม -การพัฒนากลุ่มโรคสมรรถนะหลักและมีแผนพัฒนา ตาม กลยุทธ์ Service plan เช่น หลักสูตรเฉพาะทางเวช ปฏิบัติฉุกเฉิน -จัดฝึกอบรมฟื้นฟูเป็นประจำปี ได้แก่การช่วยฟื้นคืน ชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ครอบคลุมทุกหน่วยงานและทุก คน, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การซ้อมแผน Emergency code ฝึกอบรมการช่วยฟื้น คืนชีพขั้นสูงทุก 1 ปีครอบคลุมในทุกหน่วยงาน ครอบคลุมทุกคน -มีระบบการพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรตามความ จ าเป็นและความต้องการในการเรียนรู้ กำหนดให้มีการ	- แผนพัฒนาบุคลากร - คู่มือปฐมนิเทศ - ผลการประเมินผ่าน อบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้น คืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้น สูง 100% - แผนงาน/โครงการ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	พัฒนาใน ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล โดยพิจารณาถึงสมรรถนะหลัก ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุแผนปฏิบัติการการปรับปรุง ผลงาน เช่น CQI R2R นวัตกรรม และงานวิจัย -ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกคน ระดับหน่วยงานในเรื่องนโยบายโครงสร้างหน่วยงาน ขอบเขตการบริการ หน่วยงาน แนวทางปฏิบัติงาน มารยาทและพฤติกรรมที่พึงปฏิบัติ กฎระเบียบข้อบังคับการทำงาน การควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ การใส่เครื่องป้องกัน(PPE) แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ บทบาทหน้าที่เมื่อมีการประกาศ Code การบริหารจัดการความเสี่ยง แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุ sharp injury , contact , fire safety ความรับผิดชอบในงาน ขอบเขตหน้าที่ รับผิดชอบ การประเมินผลการปฏิบัติงาน	
2) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานขององค์กร	งานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช ประเมินสมรรถนะบุคคล วัดจาก Core competency , Specific Functional Competencyพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานหน่วยงาน ดังนี้ มีการมอบหมายงานให้บุคลากรของหน่วยงาน อยู่ในทีมพัฒนาคุณภาพแต่ละทีม ประกอบด้วย 9 คณะกรรมการ ได้แก่ 1) คณะกรรมการบริหารงานบุคลากร (HRM) 2) คณะกรรมการพัฒนาบุคลากร (HRD) 3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ (QA) 4) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) 5) คณะกรรมการ ป้องกันควบคุมการติดเชื้อ (IC) 6) คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT) 7) คณะกรรมการสารสนเทศทางการแพทย์ (KMIT) 8) คณะกรรมการโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือและ อุปกรณ์ (ENV/INS) 9) คณะกรรมการทีมนำระบบยา (MMS) โดยระบุหน้าที่ของแต่ละทีม มีการจัดตั้งทีมที่ สอดคล้องกับทีมพัฒนาคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล โรงพยาบาล และการตรวจราชการ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงาน/โครงการ เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัด และบรรลุวิสัยทัศน์ของหน่วยงาน มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน และวัดผลงานขององค์กร โดยวิเคราะห์ตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์ของกลุ่มการ	- ผลการประเมินสมรรถนะของหน่วยงาน - KPI - คำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน ทีมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	พยาบาลเป็นตัวสะท้อนประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากรพยาบาลและผู้นำ นำข้อมูลดังกล่าวเข้าสู่การประชุมกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลทุก เพื่อวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาระบบในปีต่อไป	
3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรพยาบาลทุกคนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อการสืบทอดตำแหน่งอย่างมีประสิทธิภาพ	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรพยาบาลทุกคนอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ -มีการประเมินสมรรถนะและพัฒนาบุคลากรที่ต้องขึ้นเป็นผู้บริหารในตำแหน่งนั้น เพื่อให้ได้คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด -มีการกำหนดแผนและหลักเกณฑ์ในการสืบทอดตำแหน่งของบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อการพัฒนาบันไดอาชีพของบุคลากร และมีการกำหนดหลักเกณฑ์คุณสมบัติในการเลื่อนตำแหน่ง คือคุณวุฒิการศึกษา ความสามารถ ผลงาน หลักอาวุโส และประสบการณ์และหลักเกณฑ์อื่นๆ ตามความจำเป็นของหน่วยงาน -พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรปีละ 2 ครั้ง ตามความสำเร็จของตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมาย และนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาการประเมินผลการปฏิบัติงาน - พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กำหนดให้มีประสบการณ์พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 3 ปี มีการเตรียมเข้าสู่ระดับชำนาญการ โดยการมอบหมายงานให้จัดทำการประเมินผลงานทางวิชาการ ในงานที่รับผิดชอบ การส่งเสริมให้อบรมเฉพาะทางสาขาที่เกี่ยวข้อง และส่งเข้าประชุมการจัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อเลื่อนระดับ โดยจัดให้มีพี่เลี้ยง - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ก่อนเข้าสู่ระดับชำนาญการพิเศษ การกำหนดให้มีประสบการณ์พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 ปี ส่งเสริมให้เข้าอบรมผู้บริหารระดับต้นและบริหารการพยาบาล สนับสนุนให้อบรมการจัดทำงานวิจัย และมอบหมายงานที่มีความ ยุ่งยาก ซับซ้อน และส่งเข้าประชุม การจัดทำผลงานทางวิชาการ เพื่อเลื่อนระดับ มีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อการสืบทอด ตำแหน่งอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการกำหนดค่า	- แผนการอบรม - คู่มือบริหารองค์กรพยาบาล -Career path - แผนพัฒนาบุคลากร - หลักเกณฑ์การพิจารณา การก้าวสู่ตำแหน่ง

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	แห่งเพื่อการสืบทอด คือ หัวหน้างาน รองหัวหน้างาน ตามคุณสมบัติที่กลุ่มงานการพยาบาลกำหนด	
5.6 บรรยากาศในการทำงาน 1) สร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อการมีสุขภาพดีปลอดภัย และมีการป้องกันภัย	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 1.มีการจัดการพื้นที่ตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ,การกำกับดูแลกิจการและความปลอดภัยในอาคารสถานที่ มีการซ้อมแผน Emergency , ซ้อมแผนอัคคีภัย ซ้อมแผนพฤติกรรมก้าวร้าว จิตเวช 2.กำหนดให้บุคลากรปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรอย่างเคร่งครัดและเป็นกฎเหล็กคือสวมใส่หมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ และคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ 3. มีการปรับปรุงระบบการระบายอากาศ การหมุนเวียนอากาศ บริเวณจุดเสี่ยงสำคัญที่บุคลากรปฏิบัติงาน ห้อง AIIR ห้องพ่นยาในห้องฉุกเฉิน 4. มีห้องตรวจแยกโรค (AIIR) สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแพร่กระจายเชื้อทางอากาศและโรคติดต่ออันตรายรองรับการบริการผู้ป่วยนอก 5 .มีระบบการคัดกรองแยกผู้ป่วยติดเชื้อ ,คลินิกARI , ห้องตรวจเฉพาะโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และจัดบริเวณแยกโรคที่แพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม จัดระบบ One stop service เฉพาะกิจ แยกจากการบริการปกติ กรณีพบโรคระบาดในชุมชนและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 5.มีกล้องวงจรปิดในพื้นที่เสี่ยงที่จะเกิดอันตรายหรือความไม่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร และหน่วยงานที่ดูแลคนไข้ที่เสี่ยงต่อการลักพาตัว รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง 6. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรครอบคลุมความพร้อมด้านรถ อุปกรณ์ พนักงานขับรถ 7. มีการจัดหาอุปกรณ์เพื่อผ่อนคลายการทำงานให้กับบุคลากร เช่น รถมอเตอร์ไฟฟ้ารับส่งผู้ป่วย 8. มีการตรวจวัดปริมาณแสงสว่าง เสียง ฝุ่นละออง คุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ มาปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐาน 9. มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีตามโปรแกรมที่กำหนด และเพิ่มให้สอดคล้องกับความเสี่ยงในงาน เช่น ตรวจ LFT ,ตรวจวัดปริมาณรังสี 10. มีพื้นที่ออกกำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่	- แนวปฏิบัติและนโยบาย EMS - แผนการซ้อม Code ต่างๆ -คู่มือหน่วยงาน -คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยทางการพยาบาล - แผนปฏิบัติ/ผลการลงประเมิน 5 ส. - ผลการตรวจแสง เสียง - คู่มือแผนอุบัติเหตุหมู่

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	11.มีนโยบายในการขึ้นปฏิบัติงานที่ป้องกันการเหนียวล้า จัดอัตรากำลังเพื่อความเหมาะสมกับภาระงาน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการสร้างบรรยากาศ ที่ดีในการทำงาน โดย 2.1 มีการกำหนดเกณฑ์ดังนี้ - หน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมิน 5 ส - ผลประเมินคะแนนความพึงพอใจในงาน $\geq 80\%$ - - คุณภาพชีวิตในการทำงาน $\geq 80\%$ - บุคลากรไม่มีการติดเชื้อจากการทำงาน 2.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อสร้าง บรรยากาศในการทำงาน มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การติดตั้งเครื่องปรับอากาศ การจัดห้องพัก ห้อง รับประทานอาหาร การลด การ Stock ของในหน่วยงาน ที่ไม่จำเป็น จัดเวลาพักที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้ สะอาดปลอดภัยเอื้อต่อการทำงาน	
2) มีการกำหนดตัววัดผลงาน และเป้าหมายการปรับปรุง สำหรับการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการกำหนดตัวชี้วัดดังนี้ 1. ร้อยละความพึงพอใจในงาน/บรรยากาศในการทำงาน ของบุคลากร 2. ร้อยละความผูกพันองค์กรของบุคลากรพยาบาล 3. ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการตรวจ สุขภาพประจำปี 4. ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรค 5. จำนวนครั้งของการเกิดบาดเจ็บ ติดเชื้อจากการ ปฏิบัติงาน 6. ร้อยละบุคลากรพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตาม หลังจากการตรวจสุขภาพประจำปี	- ตัวชี้วัดความพึงพอใจ - อุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการปฏิบัติงาน - แนวทางการปฏิบัติเมื่อ เจ้าหน้าที่เจ็บป่วยจาก การทำงาน
3) ให้การดูแลและเกื้อหนุน บุคลากรด้วยนโยบายการ จัดบริการและสิทธิประโยชน์ ซึ่งปรับให้ เหมาะสมกับความ ต้องการของบุคลากรที่มีความ หลากหลายในทุกกลุ่ม	1. สวัสดิการเท่าเทียมกันทุกกลุ่ม เช่น การทำประกันชีวิต EMS , Covid 19 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน การเยี่ยมไข้ การ คลอด เสียชีวิต สวัสดิการค่าห้องพิเศษ 2. การพัฒนาความรู้ความสามารถทุกคน เช่น ฝึกอบรม ทั้งในและนอกสถานที่รวมทั้ง on the job 3. กิจกรรมสันทนาการประจำปีเช่น HBD งานปีใหม่ การทำกิจกรรมสัมพันธ์ OD	- ผลการประเมิน บรรยากาศในการ ทำงาน - แผนพัฒนาบุคลากร
5.7 สุขภาพของบุคลากร 1) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติใน การคุ้มครองสุขภาพและความ ปลอดภัยของบุคลากร มีการ	งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช มีนโยบายและกำกับดูแล บุคลากร โดยปฏิบัติตามโปรแกรมสุขภาพและความ ปลอดภัยในโรงพยาบาล ดังนี้	- บันทึกการตรวจ สุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (ความเสี่ยงต่อสุขภาพ อาทิ การติดเชื้อวัณโรค ไวรัสตับอักเสบ บี และ HIV การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน ความรุนแรงก้าวร้าวและคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจ)	1. เฝ้าระวังการติดเชื้อและมีระบบในการดูแลติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรภายในหน่วยงาน 2 .บุคลากรได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อครอบคลุมตามความเสี่ยงของการปฏิบัติงาน และสถานการณ์โรคระบาดในชุมชน ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีน Covid-19 วัคซีนหัด (MR เข็มกระตุ้น) ไอกรน (Tdap เข็มกระตุ้น) เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 3. บุคลากรได้รับตรวจภูมิคุ้มกันโรคตับอักเสบ บี โดยบุคลากรที่มีความเสี่ยงและไม่มีภูมิคุ้มกัน กหรือระดับภูมิคุ้มกันอ่อนแอจะ ได้รับวัคซีน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และกรณีต้องได้รับภูมิคุ้มกัน ชนิด เร่งด่วน 4. มีอุปกรณ์ป้องกันตัวสนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ 5. การเฝ้าระวังกรณีผลตรวจสุขภาพบุคลากรเมื่อพบว่ามีผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และให้การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 6. มีระบบ fast tract กรณีบุคลากรได้รับ บาดเจ็บ เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และบริการยาป้องกันโรคติดเชื้อระยะหลังสัมผัส (post Exposure prophylaxis [PEP]) อย่างรวดเร็ว เช่น ยาด้าน HIV ภายใน 3-72 ชม. วัคซีนตับอักเสบบแบบเร่งด่วน Hepatitis B immunoglobulin [HBIG]) เข็มแรกภายใน 12 ชม. หลังสัมผัสเชื้อ เป็นต้น 7. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พนักงานใหม่ที่รับมาใหม่ในรูปแบบ on the job training 8. การจัดการเกี่ยวกับความรุนแรงก้าวร้าวและคุกคาม ผู้ประสบเหตุจะได้รับคำปรึกษา/ดูแลจากหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/แพทย์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้อย่างถูกต้องหลังประสบเหตุ และรายงานอุบัติการณ์ให้คณะกรรมการความเสี่ยงทราบ	- รายงานการได้รับวัคซีนของเจ้าหน้าที่จากระบบ Hos-Xp - แนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
2) บุคลากรพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมเรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองรวมทั้งมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีวัฒนธรรมองค์กรในการส่งเสริมสุขภาพ	1. หน่วยงานส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่รับการตรวจสุขภาพประจำปี ละ 1 ครั้ง ทุกหน่วยงานคณะกรรมการ HPH .o ในหน่วยงาน รับผิดชอบในการติดตาม รอบแวน น้ำหนัก ความดันโลหิต BMI อย่างต่อเนื่อง ในบุคลากรที่ BMI เกินมี ICWN ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เกิดจากการสัมผัส สารคัดหลั่ง เข็มตำ ควบคุมให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ และ เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ให้เพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อ	- กิจกรรมออกกำลังกาย - นโยบายสวมหมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัย - Wellness center - ผลการตรวจสุขภาพ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	2.เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น บุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเข้าร่วมโครงการหุ่นสวยสุขภาพดีชีวิที่มีสุขของทีม Wellness Center ของรพ. 3.นโยบายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องสวมหมวกกันน็อคทุกครั้งและคาดเข็มขัดนิรภัยขับซึ่งรถยนต์โดยหัวหน้าหน่วยงานเป็นแกนนำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ 4.กิจกรรมออกกำลังกายทุกวันพุธ 5. ด้านสุขภาพจิต มีชมรมจริยธรรม มีการปฏิบัติธรรม ทำโรทาน ฮาลาเกาะห์	
3) บุคลากรพยาบาลทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน รวมทั้งมีการจัดระบบการตรวจสุขภาพบุคลากรเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานรวมทั้งการติดเชื้อซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ	1. มีการตรวจสุขภาพก่อนรับเข้าปฏิบัติงาน ระหว่างทำงานปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพตามโปรแกรมพื้นฐาน และโปรแกรมตรวจพิเศษ ในหน่วยงานที่กำหนด เช่นตรวจการทำงานของตับ ตรวจปริมาณรังสีของพยาบาล ตรวจสมรรถภาพปอด, 2.มีการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ครบ 100% และนำผลการตรวจมาวิเคราะห์และจัดเป็นกลุ่มดังนี้ กลุ่มปกติ ร้อยละ 52.38 : ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 47.62 :เช่นเข้าร่วมโครงการหุ่นสวยสุขภาพดีชีวิที่มีสุขของทีม Wellness Center ของรพ. กลุ่มป่วย: ส่งพบแพทย์เพื่อรักษาทุกคน กรณีที่มีการบาดเจ็บจากการทำงาน/เจ็บป่วย จะมีการจัดระบบงานให้เื้อต่อ การทำงาน เช่น อาการปวดหลังจากการเข็นของพนักงาน โรคที่เกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกาย กรณีบุคลากรติด เชื้อจากการ ทำงาน เช่น วัณโรคหูดงาน 2 สัปดาห์ให้ทานยาต่อเนื่อง ถ้า อาการดีขึ้นให้เข้ากลับทำงานได้ตามปกติ กรณีเข็มตำ ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง โดยมี ICN ติดตามดูแล	โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล -Modelบุคลากรตัวอย่างด้านสุขภาพ ผลการตรวจสุขภาพ

หมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
6.1 ระบบงานและสมรรถนะหลักขององค์กร	งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน มีระบบงาน ดังนี้ 1.งานบริการ พยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ	- SAR ER - CPG รายโรค - WI

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
1) การกำหนดระบบงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ และแผนปฏิบัติการขององค์กรพยาบาล (ระบบงาน หมายถึง วิธีการที่กลุ่มงานใช้ในการทำงานให้สำเร็จ ประกอบด้วยกระบวนการทำงานภายใน และแหล่งทรัพยากรต่างๆ จากภายนอกที่จำเป็นต่อการผลิตหรือพัฒนาผลงาน และการส่งมอบผลงานให้แก่ผู้ใช้บริการ/ผู้รับผลงาน)	โดยมีเป้าหมาย 1.1. เข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทันเวลา พร้อมให้การช่วยเหลือทันที 1.2. ช่วยชีวิต ช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา และประทับใจผู้ป่วยและญาติ 1.3. เจ้าหน้าที่ปลอดภัย 1.4. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และญาติในการมีส่วนร่วมตัดสินใจการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล 2.งานบริการพยาบาลที่ ER โดยมีเป้าหมาย 2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามความฉุกเฉิน เร่งด่วน 2.2 ช่วยเหลือบรรเทาอาการ รวมถึงภาวะวิกฤตด้านจิตใจ 2.3 ผู้ป่วยปลอดภัย ทั้งในระหว่างการรักษา ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน 3.การส่งต่อ / จำหน่ายผู้ป่วย โดยมีเป้าหมาย 3.1 ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้าน 3.2 ผู้ป่วยและญาติ พร้อมรับการรักษาต่อเนื่อง โดยที่ทีมพยาบาลห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินต้องมีความรู้ในเรื่องของ - ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน - พยาธิ-สรีรภาพเฉพาะของกลุ่มโรค กลุ่มอาการที่พบบ่อย - อันตรายโรคและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - การคัดกรอง และการจัดกลุ่มผู้ป่วย - การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ เบื้องต้น และขั้นสูง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการบรรเทาอาการ -หลักจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกณฑ์ - การบันทึก และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง - การสื่อสาร และการประสานงาน - การพยาบาลและการเฝ้าระวังอย่างระมัดระวัง การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในER และขณะส่งต่อที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม ทุกกลุ่มโรค ACS, Stroke, Sepsis, Trauma สอดคล้องกับ Service plan ในแต่ละสาขา หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการ	-เกณฑ์ Early warning sing รายโรค -แบบประเมินและแบบคัดกรองผู้ป่วย

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ออกแบบ ระบบงาน โดยการมอบหมายงานที่ชัดเจน ในตำแหน่ง รักษาการหัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	
2) การออกแบบระบบงานที่มีกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยมีเป้าหมายของระบบงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการป้อนกลับ (แสดงกระบวนการทำงานที่สำคัญของแต่ละระบบงานและ ความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการทำงานเหล่านั้นกับระบบงาน)	1. มีการทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อหาแนวทางปรับปรุงพัฒนางาน หากตัวชี้วัดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ภายในหน่วยงานได้จะถูกส่งเข้าระดับที่มำนำ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงงาน และมีการ ทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิมให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 2.มีคณะกรรมการงานวิจัย กระตุ้น กำกับ ติดตาม หน่วยงานเพื่อให้เกิดงานวิจัย โดยการเชิญอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญงานวิจัยมาฝึกอบรมและให้คำแนะนำ เช่น อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาล	โครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในงาน R2R
6.2 การออกแบบกระบวนการทำงาน 1) การกำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน/องค์กรพยาบาล	1. มีการทบทวนระบบงานการทำงานตาม High risk High volume ของแต่ละหน่วยงาน มีการทำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG,WI) Top 5 ของแต่ละหน่วยงานกำกับติดตามแนวปฏิบัติโดยหัวหน้างาน หากมีอุบัติการณ์ความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ กำหนดให้มีการทบทวนเพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานบริการ -มีผลงานเพื่อพัฒนางานในภาพรวมโดยงานวิจัย, R2R, CQI ,นวัตกรรม สาขาละ 1 โรค 2. มีการนำเสนอผลการทบทวนและผลงานดีเด่นในเวทีของหน่วยงาน/ทีม นำ เช่น การนำเสนอผลงานCQI/R2R ระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด เขต และประเทศ - คณะกรรมการงานวิจัยติดตามงานตามโครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในงาน R2R	CNPG,WI,CQI,R2R
2) การระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการทำงานที่สำคัญ	1. กำหนดโรคที่สำคัญตามองค์กรและกำหนดตัวชี้วัดที่เป็น Nursing outcome - มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลรายโรคสำคัญ 2.คณะกรรมการงานวิจัย สรุปรายงานปัญหา จากติดตามผลการดำเนินงานวิจัย	WI
3) ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทำงานที่สำคัญ กับการส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ใช้บริการ /ผู้รับผลงาน และความสำเร็จขององค์กรพยาบาล	1. มีผลงาน WI CQI/R2R งานวิจัย 2. หน่วยงานนำแนวทางจาก WI CQI/R2R งานวิจัย ไปสู่การปฏิบัติและมีการประเมินผล ดีพิมพ์วารสาร เผยแพร่ จัดเป็นคลังความรู้ด้านงานวิจัย นวัตกรรม ในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์	WI CQI R2R งานวิจัย รายงานประชุม

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	3.คณะกรรมการวิจัยสรุปประเมินผล นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารของกลุ่มงานการพยาบาล	
6.3 การจัดการกระบวนการทำงาน 1) วิธีการติดตามกำกับ การปฏิบัติงานตามกระบวนการทำงานที่สำคัญให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญ	1)วิธีการติดตามกำกับ การปฏิบัติงาน ตามกระบวนการทำงานที่สำคัญ โดยนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ กำกับ การปฏิบัติตามกระบวนการ มีการมอบหมายงาน มีหัวหน้าเวร ทุกเวรทำหน้าที่ กำกับดูแลในเวรนั้นๆ โดยพยาบาลที่จะเป็นหัวหน้า เวรต้องมีประสบการณ์ 2 ปีขึ้นไป โดยจัดให้มี พยาบาลที่จบ ENP ทุกเวรและมีการนิเทศ การทำงานโดย หัวหน้างาน ตามแผนการนิเทศ มี การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย C3 ther ,Nursing round ,Nursing Conference โดยไข กระบวนการพยาบาลและมอบหมายผู้รับผิดชอบ ใน การกำกับติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน	ผังควบคุมกำกับงาน
2) การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ เพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงานเหล่านี้	1.มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงานเหล่านี้ เก็บตัวชี้วัดงานคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 21 ตัวชี้วัด Service plan ตัวชี้วัดเฉพาะโรค ตัวชี้วัดงานพัฒนาคุณภาพ ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ 2. หน่วยงานมีการวิเคราะห์จากความเสี่ยง จากการทบทวน 12 กิจกรรม และเวชระเบียน RCA เพื่อติดตามการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้และประเมินผล 3. สรุปรายงานปัญหา ติดตามผลการดำเนินงานผลลัพธ์คุณภาพการ จากรายงานตัวชี้วัด nursing outcome	รายงานตัวชี้วัด ผลการวิเคราะห์ แผนการพัฒนางาน
3) ความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญกับคุณภาพของผลงาน	มีความเชื่อมโยง ระหว่างตัวชี้วัด ผลการดำเนินการ ที่สำคัญ กับคุณภาพของผลงาน นำผลตัวชี้วัด มาวิเคราะห์แนวโน้ม 3 ปีย้อนหลัง เชื่อมโยงกับคุณภาพของงาน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ มาตรฐาน ปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดีขึ้น โดยเฉพาะ ตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าเกณฑ์	ตัวชี้วัด ผลการวิเคราะห์ แผนพัฒนางาน
6.4 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน 1) การปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อปรับปรุงผลงาน ผลการดำเนินการ และเสริมสร้างความแข็งแกร่งของ ความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน	-การติดตามกำกับ การปฏิบัติงานโดยการนิเทศหน้างาน ขณะรับ-ส่งเวร - Audit เวชระเบียน -รายงานผลการดำเนินงานโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบทุกเดือน ผ่าน ช่องทาง Line -การประชุมเพื่อติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงานและผลการ ดำเนินงานรายโรค	ผังควบคุมกำกับงาน Assignment KPI RCA อุบัติการณ์ ผล Audit เวชระเบียน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	-สนับสนุนเครื่องมือในการเฝ้าระวังสัญญาณชีพให้เพียงพอ -ติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบ บริการพยาบาลให้มีคุณภาพ เช่น การรายงานแพทย์ล่าช้า มีการนิเทศการใช้ Early warning sing กลุ่มโรคสำคัญ -การพัฒนาการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญโดยการ ใช้ SOS score, Alvarado score และการรายงานคำวิฤตของ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ -การจัดอบรมฟื้นฟู ACLS CPR ให้ความรู้และทดสอบการฝึกปฏิบัติการ ครอบคลุมแก่ผู้ปฏิบัติทุกคนในหน่วยงาน -ทบทวน RCA	ผลนิเทศทางการพยาบาล รายงานการประชุม
2) การทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการ เพื่อยกระดับผลงาน ผล การ ดำ เนิน การ และเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน	-บันทึก KPI ทุกเดือน ทบทวนตัวชี้วัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินการ เพื่อยกระดับผลงานผลการดำเนินการ และเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความเชี่ยวชาญงาน -มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	ตัวชี้วัด รายงานการประชุม WI PDCA CQ ผลนิเทศทางการพยาบาล
3) การทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กรพยาบาล	1. ทบทวน RCA 2. ทบทวนขั้นตอนกระบวนการทำงานทั้งระบบทุกเดือน และเมื่อมีปัญหาเช่น หากพบว่าขั้นตอนที่ไม่สมบูรณ์ จะมีการปรับปรุง ทบทวนขั้นตอนกระบวนการทำงาน และสรุปผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล 3. นำผลการทบทวน เป็นแนวทางปฏิบัติ 4. ประเมิน ติดตาม นิเทศงานอย่างต่อเนื่อง	RCA รายงานการประชุม WI PDCA CQ ผลนิเทศทางการพยาบาล
6.5 การจัดการนวัตกรรม 1) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงการทำงานและบทเรียนที่ได้รับระหว่างหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร	1. มีการจัดทำนวัตกรรมทางการพยาบาล จากการปฏิบัติการพยาบาล 2. จัดเวทีนำเสนอผลงานวิจัย R2R CQI และนวัตกรรมในโรงพยาบาล 3. ติดตามประเมินผลการใช้นวัตกรรมนำข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ให้เกิดองค์ความรู้นวัตกรรมใหม่ 4. นำเสนอผลงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร	ผลงานผลงานวิจัย R2R CQI และนวัตกรรม
2) มีการสร้างนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ	ใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่าให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรตอบสนองต่อการ แก้ปัญหา	ใบประกาศ รูปภาพ รางวัล one page

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ให้ กับระบบงาน โดยใช้ ทรัพยากรอย่างเหมาะสม	การให้บริการผู้ป่วยและญาติ เช่นนวัตกรรม SOS Score POP UP Alert ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยทุกราย เพื่อเฝ้าระวังภาวะวิกฤต, การพัฒนาเครื่องมือคัดแยก Easy YCPH ED Triage, PPH box , PIH box และนวัตกรรมของแต่ละหน่วยงานและมีผลงาน CQI นวัตกรรม ที่ได้รับรางวัลดังนี้ ผลงานเด่นปี 2568 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 พยาบาลผู้มีผลงานวิชาการดีเด่นจังหวัดยะลา วันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 เข็มเชิดชูเกียรติ ประเภทกิตติมศักดิ์ ประจำปี 2567 จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ วันที่ 11-13 ธันวาคม 2567 รางวัลรองดีเด่น ประเภท CQI Poster Presentation การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ การวิจัยและนวัตกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 16 ประจำปี 2567 วันที่ 12 มีนาคม 2568 รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ผลงานวิชาการ Oral presentation การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหา โดยใช้บาโงยซิแน โมเดล ในเวทีประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดชายแดนใต้ประจำปี 2568 วันที่ 10 กันยายน 2568 ได้รับมอบประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติ แก่จนท.ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ แผ่นดินไหว สาธารณรัฐแห่งสภาพเมียนระหว่างวันที่ 12 เมษายน – 8 พฤษภาคม 2568 ในเวทีมหกรรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ Oral presentation การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหา โดยใช้บาโงยซิแน โมเดล ในเวทีมหกรรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 1 ธันวาคม 2568	

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ร่วมสนับสนุน ทีมปฏิบัติการ Mini MERT ปฏิบัติงานในการกิจออกหน่วย รพ.สนาม ณ โรงเรียนหาดใหญ่รัฐประชาสรรค์ ตำบลควนลัง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กรณีเหตุอุทกภัย	
3) การทำให้ทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ พร้อมใช้ในการดำเนินการสนับสนุนการสร้างสรรค์นวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ	คณะกรรมการ KMIT จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี เพื่อให้สอดคล้องกับแผนงบประมาณ ของโรงพยาบาล จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ”พัฒนาศักยภาพการวิจัยแก่บุคลากร” สนับสนุนการสร้างสรรค์นวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ จัดทำโปสเตอร์ มอบรางวัล ในมหกรรมวิชาการระดับ โรงพยาบาล จังหวัด เขต ประเทศ ผู้บริหารสูงสุด หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล มอบขวัญกำลังใจ พิจารณาความดีความดีความชอบ เลื่อนขั้นเงินเดือน	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ”พัฒนาศักยภาพการวิจัยแก่บุคลากร”
6.6การยึดหลักการพยาบาลองค์รวมและกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล	มีการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยการนิเทศหน้างานการรับ-ส่งเวร การทบทวนเวชระเบียน การทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์สำคัญ มีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการนิเทศหน้างาน	ผลการนิเทศ
6.7 การจัดการอาการรบกวนการช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บปวด/ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ	งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีการใช้ Pain Scale ในผู้ป่วยที่มีอาการ Chest pain, Abdominal pain, ผู้ป่วยที่มีแผลช่วยในการประเมินและวางแผนการพยาบาล 1) มีการจัดการเพื่อบรรเทาจากความเจ็บปวด หรือความทุกข์ ทรมาน ทั้งนี้เกิดจากความเจ็บป่วย และสภาพแวดล้อมมีการคัดกรองประเมินสภาพอาการผู้ป่วย ตรวจวัดคะแนนความเจ็บปวด โดยถ Nnumeric rating scale(NRS), Face Rating Scale ,visual analog rating scale PS 1-3 พุดคุย ให้กำลังใจ mental support PS4 -6รายงานแพทย์ พุดคุย จัดสิ่งแวดล้อม ให้ผ่อนคลายและ PS≥7 รายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวด พุดคุย จัดสิ่งแวดล้อม ให้ผ่อนคลาย 2) มีการบันทึกและรายงานผลการจัดการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมาน บันทึกในขณะคัดกรองในใบซักประวัติTrauma หรือ Non	1.แบบบันทึกทางการพยาบาล/Hos Xp 2.แบบประเมิน PS 3.แบบสรุปทบทวนความเสี่ยง 4.แบบสรุปข้อมูลในระบบบริหารความเสี่ยง HRMS

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	trauma บันทึกลง PS ใน Hos Xp ลงบันทึกใน แบบบันทึกทางการแพทย์ 3) มีกระบวนการทบทวน การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาเทคนิคการปฏิบัติการทางการแพทย์ ทบทวนการปฏิบัติในการรับส่งเวชระเบียนเวลาทำการ	
6.8 การจัดบริการพยาบาลที่มีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	1.มีการ Triage ตามลำดับความเร่งด่วน และ Triage round ตาม Level ระยะเวลาที่กำหนด 2. ใช้ Early warning sign 3.มีการจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการ ที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค เช่น กลุ่มโรค Fast Track STROKE STEMI SEPSIS HI FC PIH PPH Acute Psycosis ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผ.ป. สูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยตั้งครรภ์ OSCC ผ.ป.ระยะสุดท้าย 4.มีการบันทึกอุบัติการณ์ เมื่อเกิดความเสี่ยง หรือ พบว่าอาจเกิดความเสี่ยงและมีการจัดการป้องกันหรือ แก้ไขความปลอดภัยมีการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง 5.ทบทวน RCA ระดับ GHI 6. 2 P safety 7.การทบทวนในทันที ในช่วงรับ-ส่งเวชเข้า บันทึกในสมุด Morning talk 8.คะแนนประเมิน PS 9. มีกระบวนการทบทวนการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องและกำหนดมาตรการ ป้องกันการเกิดซ้ำมีการเฝ้าระวังความเสี่ยง 10.นิเทศทางการแพทย์	เครื่องมือ EASY YCPH ED TRIAGE Early warning sign WI CPG Fast Track ต่าง ๆ Program HRMS RCA 2 P safety ผลนิเทศทางการแพทย์ พยาบาล
6.9 การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการ	1) หน่วยงานมีนโยบายและแผนการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการทุกวัน และทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ผิดปกติ หรือเกิดอุบัติการณ์ในการปฏิบัติการทางการแพทย์ 2) รายงานอุบัติการณ์ทุกครั้ง 3) ทบทวนอุบัติการณ์ระดับ GHI ในทีม หน่วยงาน เบื้องต้น และทบทวน RCA ตามระดับความเร่งด่วน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลการทบทวนให้ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	รายงานอุบัติการณ์ ทบทวน 12 กิจกรรม รายงานการประชุม ผลการทบทวน RCA WI CQI นวัตกรรม ผลนิเทศทางการแพทย์ พยาบาล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	3) มีการนำผลการทบทวน กระบวนการดูแล ผู้ใช้บริการ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการ เกิดนวัตกรรม CQI แนวทางปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน 4) นำผลการทบทวนไปใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล 5)นิเทศ ติดตาม ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	
6.10 การดูแลต่อเนื่อง	หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีระบบการดำเนินการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล มีระบบส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ line refer รพสต. ออกปฏิบัติ EMS ผ่านการ share location EMS Spot Map มีระบบการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลัก IMIST ISBAR นิเทศหน้างานการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ระบุข้อมูลสำคัญที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติข้อมูลหรือเหตุการณ์สำคัญ เกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาของผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัยของผู้ป่วย -มีการ Audit บันทึกทางการพยาบาลทุกเดือน ดังนี้ - การรวบรวมปัญหาและการประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย การประเมินความเครียด -ส่งผลให้การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม ปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้เรียงลำดับความสำคัญ -การประเมินผลทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นต้น -คืนข้อมูล ผป. STROKE STEMI RTI สู่ PCC รพสต. ชุมชน บูรณาการทั้งเครือข่าย - Program Yaha Hapiness คืนข้อมูลการรักษาสู่ รพสต. - Program HHC - ผป.ปฎิเสธการรักษา มีการบันทึกปฏิเสธการรักษา Scan เอกสาร มีการติดตามอาการภายใน 24 ชม. -ให้ความรู้ภาวะแทรกซ้อน อาการฉุกเฉิน สื่อเอกสาร ผป.ก่อนจำหน่าย	EMS Spot map Yaha Hapiness HHC ข้อมูลส่งต่อ รายงานอุบัติการณ์ ทะเบียนปฏิเสธการรักษา สื่อเอกสาร แผ่นพับ ความรู้

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	-ผป.ส่งต่อไปยัง รพ.แม่ข่าย ได้รับการติดตามอาการ โดยพยาบาลส่งต่อ พร้อมบันทึกอุบัติการณ์ Miss Dx Delay refer Delay treatment -ติดตามเยี่ยมบ้าน	
6.11การส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ใช้บริการ	1) มีระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามมาตรฐานของการพยาบาลมีชุดข้อความการประเมินผู้ป่วยให้ความรู้ก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่รับยากลับบ้าน Refer Admitted Dead - ผป.ปฎิเสธการรักษา มีการบันทึกปฏิเสธการรักษา Scan เอกสาร มีการติดตามอาการภายใน 24 ชม. -ให้ความรู้ภาวะแทรกซ้อน อาการฉุกเฉิน สื่อเอกสาร ผป.ก่อนจำหน่าย 2) มีการดำเนินการตามแผน เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลตนเองได้เช่นให้คำแนะนำ ให้บันทึก แผนพับให้ความรู้ 3) มีระบบการติดตาม กำกับประเมินผล และสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการ และครอบครัวสามารถดูแล สุขภาพตนเองและดูแลกันเองได้ เช่นการโทรสอบถาม ติดตามอาการโดยตรง แจ้งช่องทางติดต่อกลับมา 4)มีระบบ Telemedicine ส่งเสริมให้ความรู้ STROKE STEMI ผป. กลุ่มเสี่ยง Cvd risk , ผป. NCD	สื่อเอกสาร แผ่นพับ ความรู้ Telemedicine ทะเบียนปฏิเสธการรักษา แบบบันทึกทางการพยาบาล
6.12 การบันทึกทางการพยาบาล	1) มีการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล ตามมาตรฐานการดูแลเฉพาะ ภาวะความเจ็บป่วยที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ	- แบบบันทึกทางการพยาบาล Hos xp Hos merge
2) มีการนำข้อมูลจากการบันทึกการพยาบาลไปใช้ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และพัฒนาเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยใช้ - แบบบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงานปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม Focus charting	Audit เวชระเบียน แบบบันทึกทางการพยาบาล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ประเมินผู้ป่วย รวบรวมปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย และนำมาวางแผนการให้การพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล อีกทั้งนำมาทบทวนในทีมการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาทักษะและปรับเทคนิควิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนละราย ยกตัวอย่าง เช่น จากการทบทวนคุณภาพการบันทึกการพยาบาลพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ไม่เป็นไปตามแนวทางการบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูง โดยพบว่าความถี่ในการประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพไม่ครบถ้วน มีการปรับแนวปฏิบัติการบริหารยาความเสี่ยงสูง เน้นให้มีการทบทวนแนวปฏิบัติ มีการประเมินสมรรถนะ และนิเทศโดยหัวหน้างาน	

หมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้มีการรวบรวมข้อมูลสถิติผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่สำคัญโดยครอบคลุม ด้านการให้บริการทางการพยาบาลด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถ การมุ่งเน้นผู้รับบริการด้านความพึงพอใจและช่องทางเรียนदानพฤติกรรมบริการ ด้านประสิทธิภาพจะมุ่งที่ผลิิตคุณภาพงานและระยะเวลารอคอยในการรับบริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ด้านการมุ่งเน้นบุคลากรเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและการฝึกอบรม ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญจะมุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญรวมทั้งด้านการนำองค์กร จะเน้นในประเด็นจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นสำคัญรายละเอียด ดังนี้

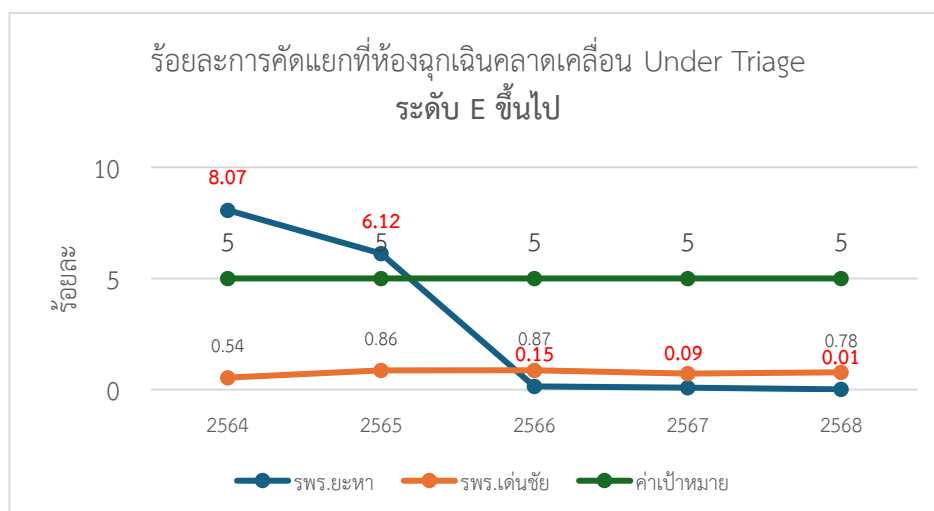
7.1 ผลลัพธ์ด้านการให้บริการพยาบาล (รพ.คูเตียบ รพร.เด่นชัย)

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ด้านผลลัพธ์ด้านการให้บริการพยาบาล ปี 2564 - 2568

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
1	อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมา โดยระบบ EMS	>60%	52.31	50.12	34.56	54.25	52.64
2	อัตรา Response time ภายใน 10 นาที	>90%	93.16	93.99	93.48	96.56	100
3	อัตราความผิดพลาด ในการบริหารยาและสารน้ำ ระดับ E ขึ้นไป	<1%	0	0.007	0.004	0.002	0
4	จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
	รพ.คูเตียบ รพร.เด่นชัย	0 ครั้ง	0	0	0	0	0

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
5	จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
	รพ.คู่เทียบ รพร.เด่นชัย	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
6	อัตราผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมงด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้	<2%	0.02 (4ราย)	0.02 (18ราย)	0.09 (6 ราย)	0.02 (4 ราย)	0.01 (5 ราย)
	รพ.คู่เทียบ รพร.เด่นชัย	0	3.6	3.86	3.86	3.76	3.89
7	ร้อยละการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน Under Triage ระดับ E ขึ้นไป	<5%	8.07	6.12	0.15	0.09	0.01
	รพ.คู่เทียบ รพร.เด่นชัย	<5%	0.54	0.86	0.87	0	0
8	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจัดการความปวด	100%	78.94	82.06	84.56	88.94	89.22
9	อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มระดับ E ขึ้น	0	0	0	0	0	0
10	อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน/อาการทรุดลง/เสียชีวิต ขณะส่งต่อ	0	1	1	0	1	2
11	อุบัติการณ์การจากบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายที่ ER	0	0	0	0	0	0

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน Under Triage ระดับ E ขึ้นไป



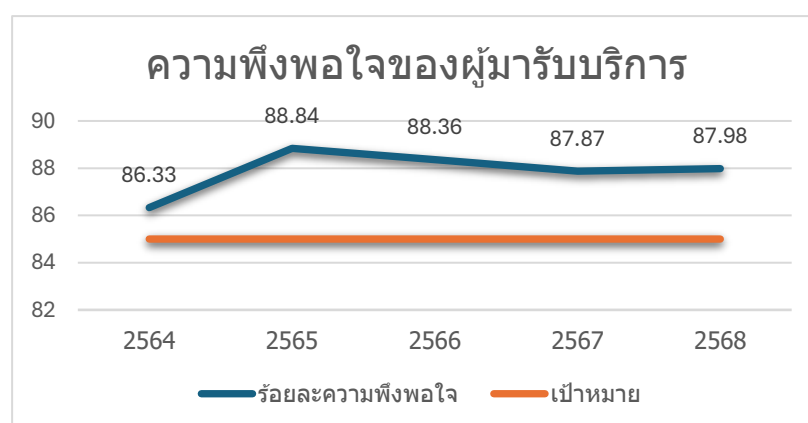
จากผลการดำเนินงานพบว่าร้อยละของการคัดแยก Under triage มีแนวโน้มลดลง ในปี 2568 จากผลการทบทวน RCA ยังพบปัญหาในเรื่องของการ Under Triage จากโรค STEMI, SEPSIS ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ผล.และญาติให้ข้อมูล ไม่ครบถ้วน เจ้าหน้าที่ซักประวัติไม่ครอบคลุม ความแออัดที่ห้องฉุกเฉินที่เพิ่ม

มากขึ้นจากศัลยภาพ รพ. อัตรากำลังไม่เพียงพอ ส่งผลให้การวินิจฉัยผิดพลาด ทีม PCT ได้กำหนดแนวปฏิบัติมีการจัด triage area พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ triage 100% กำหนดให้บุคลากรที่มีประสบการณ์ มากกว่า 5 ปี ประจำจุดคัดกรอง มีการกำหนด 1st Triage โดยพยาบาลและ 2 nd Triage โดยแพทย์ จัดทำนวัตกรรม Easy YCPH ED Triage เป็นเครื่องมือ การคัดแยก เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล ทำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโดยระบุ level ตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย การกำหนดนโยบาย และ แนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรทุกหน่วย OPD LR IPD นิเทศหน้างาน กำหนดให้เป็น Specific competency หน.งาน มีการ Triage round ,Audit เวชระเบียน,ทำแบบทดสอบ ทบทวน RCA บันทึกอุบัติการณ์ทุกครั้ง Miss triage ระดับ E up ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน Under Triage ลดลง

7.2 ผลลัพธ์ตามผู้ใช้บริการ

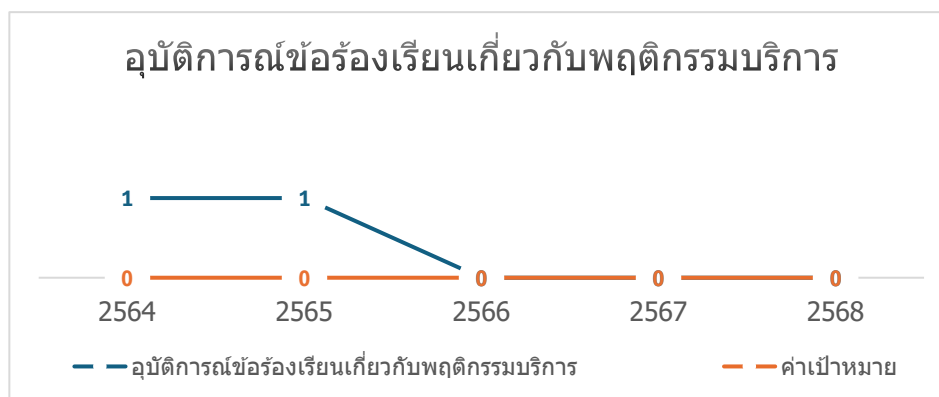
ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
1	อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	>85%	86.33	88.84	88.36	86.87	87.98
2	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาล	>85%	88.02	88.65	89.80	87.98	88.12
2	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	0	1	1	0	0	0
	รพ.คู่เทียบ รพ.เด่นชัย	<1%	1.59	0.415	0.82	0	0
3	ร้อยละอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข	100%	100	100	100	100	100

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ



ความพึงพอใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2568 มีความพึงพอใจร้อยละ 87.98 ในการให้คำแนะนำโดยพยาบาล การจัด Triage area มีพยาบาลประจำจุดคัดกรอง ชักประวัติ มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และคุณภาพบริการโดยรวม ความไม่พึงพอใจร้อยละ 12.02 ด้านสิ่งแวดล้อม ความสะอาดของห้องน้ำ แนวทางการพัฒนา มีตารางการตรวจสอบความสะอาดห้องน้ำ มี QR code ประเมินความสะอาดห้องน้ำ

ตัวชี้วัดที่ 2 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ



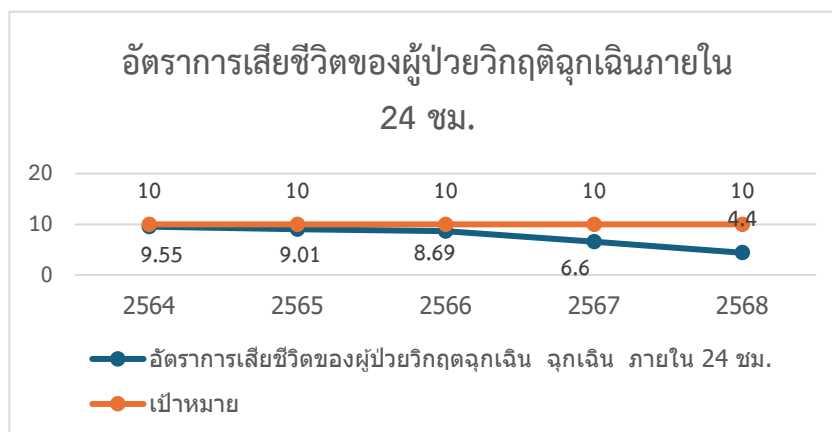
ในปี 2564 - 2565 พบอุบัติเหตุการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ ผป.ร้องเรียนด้วยวาจาพยาบาลพูดจาไม่ดี ไม่กระตือรือร้นในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจากผลการทบทวนเป็นช่วงที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจขั้นตอนการให้บริการ พยาบาลสละวนกับการทำหัตถการ กำลังช่วยฟื้นคืนชีพพูดจาเสียงดังไม่ไพเราะ ไม่ได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติ อธิบาย ผป.ทราบขั้นตอนการรับบริการแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ตรวจรักษาผู้ป่วยตามความเร่งด่วน มีสัญญาณฉุกเฉิน แจ้งเตือนกรณีช่วยชีวิต เป็นระยะมี จนท.ประจำคัดกรองหน้าห้อง ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลทุก 30 นาที ปฏิบัติตามมาตรการ AIDET, Customer focus มีป้ายคัดแยกผู้ป่วยตามลำดับความเร่งด่วน มีจอ monitor แสดงสถานะ มีป้ายบ่งชี้สถานะ ผป. ปรับภาพลักษณ์ของบุคลากรให้มีบุคลิกภาพดูอบอุ่น ทุกคนผ่านการอบรมพัฒนาคุณภาพการให้บริการ (ESB) นำหลักการ SHA มาประยุกต์ใช้ในการบริการ ให้บริการดูญาติมิตร มีคณะกรรมการ care D -plus ในหน่วยงานจัดการข้อร้องเรียนเบื้องต้น ส่งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอบรมกระบวนการ ในปี 2566-2568 จึงไม่พบอุบัติเหตุการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมพยาบาล

7.3 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
1	ร้อยละผู้ป่วยอยู่ในภาวะคุกคามชีวิต ได้รับการแก้ไขทันที ภายใน 4 นาที	100%	100	100	100	100	100
2	อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม.	<10%	9.55	9.01	8.69	6.6	4.4
3	ร้อยละผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชม. หลังมีอาการ	60%	34.32	36.84	35.29	56.45	57.63
4	ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับยา Rt-PA	100%	37.31	31.57	100	100	100
5	ร้อยละผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังส่งต่อ	<7%	4.61	0	0	0.95	0.69

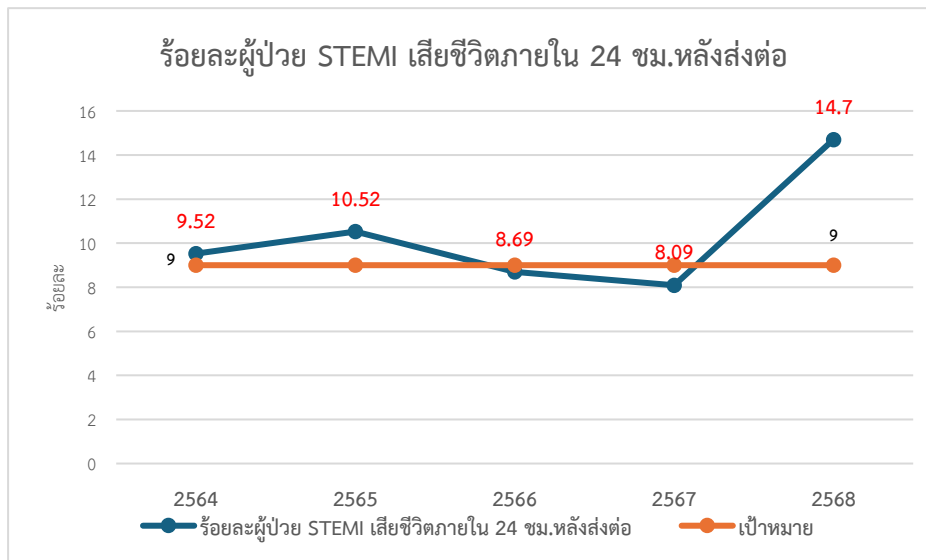
ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
6	อัตราผู้ป่วย STEMI onset to ER ภายใน 3 ชม.หลังมีอาการ	60%	76.2	78.57	75	76.68	78.22
7	ร้อยละผู้ป่วย STEMI Door to EKG ภายใน 5 นาที	100%	100	100	100	100	100
8	ร้อยละผู้ป่วย STEMI Door to Needle time ภายใน 30 นาที	100%	62.24	100	100	100	100
9	ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังส่งต่อ	<9%	9.52	10.52	8.69	9.09	14.70
10	อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วย Traumatic brain injury	<5%	7.14	0	4.8	4.08	5

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวิกฤต จุกเฉิน ภายใน 24 ชม.



จากการทบทวนอุบัติการณ์ Un-planned Cardio pulmonary Resuscitation (CPR), Un-planned ICU ในผู้ป่วย จุกเฉิน/ ผู้ป่วยวิกฤต, Missed Diagnosis, Sepsis with death, Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย จุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย การ Triage ตามลำดับความเร่งด่วน ตามระยะเวลาที่กำหนด การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย Fast Track , ปฏิบัติตาม CPG ,การ Early detection โดยใช้ Early warning signs, SOS, SIRS ,Shock index, การคาดการณ์อาการทาง Clinical risk ได้ โดยพัฒนาสมรรถนะแพทย์และพยาบาล แนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การรายงาน โดยใช้ หลัก IMIST ISBAR การประเมินซ้ำก่อนจำหน่ายผู้ป่วย และเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ส่งต่อด้วยระบบ Telemedicine ทบทวน RCA อย่างต่อเนื่อง นำแนวทางมาพัฒนา ประเมินและติดตามอุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม ACLS ATLS PALS NALS Triage ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลลัพธ์ อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2566 -2568

ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังส่งต่อ



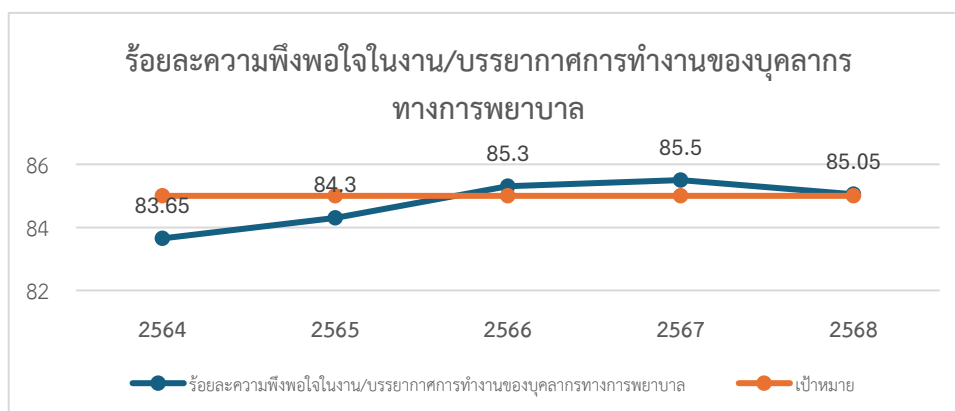
จากกราฟพบว่าในปี 2564-2565 ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังส่งต่อ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ covid-19 ผู้ป่วยมีโรค NCD HT DM CKD เข้าถึงบริการล่าช้า ไม่ได้มาด้วยระบบ EMS ความรุนแรงของโรค ญาติปฏิเสธการรักษา ในปี 2566-2567 ด้าน Pre-Hos ได้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ,STROJKE STEMI ALERT ในชุมชน ,EMS Spot Map ,โครงการกู้ชีพประจำบ้าน, ER คุณภาพสู่ รพสต.,ฟื้นฟูทักษะกู้ชีพ กู้ภัยคัดกรอง CVD risk, ด้าน In-Hos เพิ่มทักษะในการ Triage การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม ACLS 100% ทบทวน RCA ในปี 2568 แต่ยังคงพบผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ความรุนแรงของโรค เป็นเดือนรอมฎอน ผู้ป่วยส่งไว้มาก่อนเสียชีวิต ปฏิเสธ CPR ทำให้ญาติปฏิเสธการช่วยชีวิต ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI หลังทำ PCI เสียชีวิตในเวลาต่อมา แผนพัฒนา ร่วมกับ NCD board คัดกรองผู้ป่วยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ,CVD risk > 40 ประเมินติดตามผู้ป่วย NCD อย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบ Telemedicine , Program Yaha Happiness, Health literacy ในชุมชน STEMI day ผ่านสื่อต่างๆ,ให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้นำศาสนา ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พัฒนาระบบ Triage แพทย์เฉพาะทางสาขายุทธกรรม แนวทางการรักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกว่า พัฒนาระบบคืนข้อมูล ACS สู่ชุมชน

7.4 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
1	ร้อยละความพึงพอใจ ในงาน/บรรยากาศการทำงานของบุคลากร ทางโรงพยาบาล	100%	83.65%	84.30%	85.30%	85.50%	85.09%
2	ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด	100%	100	100	100	100	100
3	จำนวนอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล	0	1	1	0	0	0

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
4	ร้อยละของบุคลากร ทางการพยาบาลได้ รับ การอบรมเกี่ยวข้องกับ งานที่ รับผิดชอบ 10 ชม/ คน/ปี	100%	58.82	70.58	100	100	100
6	ร้อยละของพยาบาล ได้รับการอบรมฟื้นฟู ทักษะการช่วยฟื้นคืน ชีพขึ้นสูงอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ป	100%	100	100	100	100	100

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละความพึงพอใจ ในงาน/บรรยากาศการทำงานของบุคลากร ทางการพยาบาล



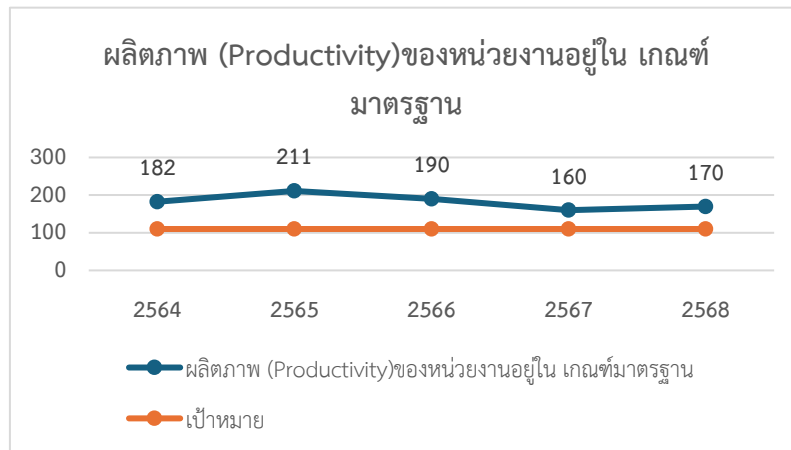
จากแผนภูมิกราฟพบว่า ความพึงพอใจในงาน /บรรยากาศในการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย และสูงกว่า ได้ทบทวนและหาแนวทางแก้ไขโดยสร้างความมั่นใจ เรื่องความปลอดภัย ความกดดัน เสี่ยงร้องเรียน ในการปฏิบัติงานและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้พร้อมใช้ ด้านขวัญกำลังใจสนับสนุนค่าตอบแทนและค่าความเสี่ยง ถ้าติดเชื้อโควิดให้พนักงานโดยไม่ถือเป็นวันลา สวัสดิการ ด้านอาหาร 3 มื้อต่อวันฟรี สำหรับผู้ปฏิบัติ งานตึกโควิด ให้ความรู้ การป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ การใช้ PPE ที่ถูกต้อง จัดให้มีทีมดูแลด้านสวัสดิการ มีหน้าที่สำรวจความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และความสุขของบุคลากรกลุ่มการพยาบาล ดูแลด้านอาชีวอนามัย และการส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรในหน่วยงาน ดูแลเรื่องสวัสดิการ เช่น บ้านพัก ดูแลเจ้าหน้าที่ป่วย/คลอดบุตร/เสียชีวิต การสร้างขวัญ กำลังใจ ค่าตอบแทน กำหนดบันไดอาชีพของบุคลากร การต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ

7.5 ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
1	ร้อยละบุคลากรปฏิบัติการพยาบาล โดย ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการ	100%	85.5	86.0	89.7	90.7	89.64
2	ร้อยละบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่ กำหนด	100%	96.2	98.2	98.4	100	100
3	ผลิตภาพ (Productivity)ของหน่วย งานอยู่ใน เกณฑ์มาตรฐาน	90-110	182	211	190	160	170

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
4	ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึก ทางการพยาบาล	>80%	98	95.8	94.36	96.56	94.20

ตัวชี้วัดที่ 3 ผลผลิตภาพ (Productivity)ของหน่วยงานอยู่ใน เกณฑ์มาตรฐาน

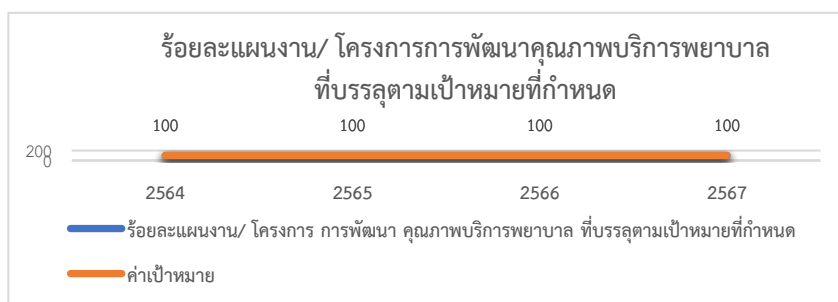


จากกราฟจะพบว่า ในปี 2564-2566 productivity ของหน่วยงานเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะเนื่องจากเป็นช่วงการระบาดของโรค Covid -19 ภาระงานล้น อัตรากำลังไม่เพียงพอ มีเจ้าหน้าที่ใหม่มาปฏิบัติงาน หมุนเวียนทุกเดือน และลาออกเนื่องจากได้รับการบรรจุ ทำให้ขาดอัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ใหม่มีการประเมินติดตามการทำงานอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันความเสี่ยง เรียกอัตรากำลังเสริมมาปฏิบัติงาน อีกทั้งภาระงานล้น ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น การส่งต่อเพิ่มขึ้น การออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ธรรมรงค์ ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การแจ้งเหตุ 1669 โรคฉุกเฉิน เจริญ ทุกพื้นที่ การออกหน่วยปฐมพยาบาลทุกเดือน ในปี 2567-2568 รพ.มีการขยายศักยภาพบริการ เป็นระดับ S + มีแพทย์เฉพาะทางสาขา เพิ่มบริการต่าง ๆ ต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปริมาณเท่าเท่าเดิม ต้องไปเป็นอัตรากำลัง หน่วยงานผ่าตัด ทำให้ Productivity เกินเกณฑ์มาตรฐาน มีการคำนวณ Productivity ทุกวัน/เดือน เพื่อปรับเพิ่มอัตรากำลังตามแนวทางการบริหารอัตรากำลังขององค์กรพยาบาล

7.6 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
1	ร้อยละแผนงาน/ โครงการ การพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาล ที่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด	100%	100	100	100	100	100

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละแผนงาน/ โครงการ การพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาล ที่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด



จากกราฟพบว่า ร้อยละของแผนงาน/โครงการของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน โครงการ ER คุณภาพ, โครงการกู้ชีพประจำบ้าน, การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS), ซ้อมแผนอัคคีภัย ซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่ โดยที่องค์กรพยาบาลให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตร ACLS 100% และมีการฝึกปฏิบัติจริง นิเทศหน่วยงาน ร่วมทบทวน และพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ได้จัดทำแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงประกาศใช้ นำแนวทางลงสู่หน่วยงาน จัดตั้งทีมRRTในโรงพยาบาล ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และภาวะฉุกเฉิน แผนการเรียกอัตรากำลังสำรอง สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องปลอดภัย

ส่วนที่ 3 ส่วนสรุป : ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/การพัฒนาต่อเนื่อง
หมวด 1 การนำองค์กร	1.ผู้นำสูงสุดโรงพยาบาลและกรรมการบริหารทางการพยาบาลให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพนำผลการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมยุทธศาสตร์ เชื่อมโยง มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผน ถ่ายทอดสู่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับและติดตามการดำเนินงาน 2. มีการนำมาตรฐานวิชาชีพ มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาการพยาบาล 3.การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติทุกระดับมีความชัดเจนต่อเนื่องและมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน 4.สนับสนุนสุขภาพของชุมชนและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย	1. ระบบการกำกับติดตามผลการดำเนินงานแผนเชิงกลยุทธ์แบบ Real time ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการใช้ข้อมูลในการปรับปรุงกระบวนการที่ต่อเนื่องเหตุการณ์ 2. ประเมินการรับรู้และการนำวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติในระดับผู้ปฏิบัติครอบคลุมทุกคน 3. การเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้มากขึ้น และตอบสนองกับลักษณะของบุคลากรมากขึ้น 4.สนับสนุนสุขภาพของชุมชนและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เพื่อจัดให้มีบริการที่ประสานกันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/ การพัฒนาต่อเนื่อง
หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์	1.บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติของหน่วยงาน วิเคราะห์ปัญหาหาจุดอ่อน และจุดแข็งของหน่วยงาน วิเคราะห์สถิติ ผู้ใช้บริการ และประเมินผลความต้องการของผู้ใช้บริการ 2.มีการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และจัดทำตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพบริการพยาบาลอย่างชัดเจน 3.มีการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนทุกเดือน ในที่ประชุมประจำเดือน	1.การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดรายบุคคล
หมวด 3 ผู้ใช้บริการ	1. มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นผู้บริการที่หลากหลาย ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ หน่วยงานบริการหรือทางสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ทาง Facebook , Line@ , page , Website, E-mail , มีทีม Care D Plus เป็นตัวกลางในการสื่อสาร มีรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายทั้งด้านข้อมูลการดูแลสุขภาพ การให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลรวดเร็วและเป็นปัจจุบัน สามารถจัดการข้อร้องเรียนได้ผลและทันท่วงที 2.การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการที่ครอบคลุมกลุ่มผู้บริการ 3.มีนโยบายสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ ด้วยหลัก service mind ที่เป็นรูปธรรม 4.จำแนกกลุ่มผู้ใช้บริการตามลักษณะความรุนแรงของความเจ็บป่วย 5.วิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้บริการ ประเมินผลความพึงพอใจ 2 ครั้ง/ป 6.ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพแนวทางปฏิบัติ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	1.จัดทำแนวทางปฏิบัติให้ครบทุกกลุ่มโรคและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ 2.นำผลประเมินความพึงพอใจมาใช้ในการปรับปรุงการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง 3. การประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจผู้รับบริการที่ครอบคลุมกลุ่มผู้บริการ อย่างต่อเนื่อง 4.ปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงาน
หมวด 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้	1.ใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือติดตามผล นำผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดมาปรับปรุงแผนปฏิบัติการและยุทธศาสตร์ 2.นำผลการทบทวนดำเนินงานหาโอกาสในการสร้างนวัตกรรม 3.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน และจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อนำไปพัฒนางานสู่การปฏิบัติที่ดี การแก้ไขพัฒนางานอย่างเป็นระบบด้วย	1.การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้พร้อมใช้ในปัจจุบัน ทันสมัย เข้าถึงง่าย 2.การพัฒนาคลังความรู้ทางการพยาบาล 3.มีการซ่อมแผนกยิปซัส ภาวะฉุกเฉิน แผนเครือข่ายอิน อินเทอร์เน็ตอย่างสม่ำเสมอ

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/ การพัฒนาต่อเนื่อง
	R2R CQI และนวัตกรรมถึงปัจจุบัน โดยมีเป้าหมาย หน่วยงานละ 1 เรื่อง/ปี และส่งเข้าประกวด 4.มีความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินด้านภัยพิบัติ เครือข่าย อินเทอร์เน็ตล่ม	
หมวด 5 บุคลากร พยาบาล	1.มีแผนอัตรากำลังทั้งระยะสั้น 1 ปีและระยะยาว 3- 5 ปี จัดสรรอัตรากำลังตามภาระงานจริง มีแผน อัตรากำลังสำรอง มีการปรับแผนให้เหมาะสมกับ บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี 2.พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะในการดูแลกลุ่มโรค สำคัญ 3.ส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่องทุกคน 4.กำหนดสมรรถนะอย่างชัดเจนและKPI เพื่อใช้ในการ ประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานอย่างชัดเจน 5.มีการประเมินแรงจูงใจและความพึงพอใจในการ ทำงานของบุคลากร 2 ครั้ง/ปี 4.บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพละ 1 ครั้ง 5. การให้การสนับสนุนและสร้างขวัญ กำลังใจแก่ บุคลากร	1.การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ให้มีความพร้อมกับการขยาย บริการเฉพาะทาง 2.การจัดทำ career path 3.การประเมิน Productivity จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และ สมรรถนะที่สำคัญ ให้ครบถ้วน 4.การจัดทำแผนการสร้างขวัญ กำลังใจ แรงจูงใจในการ ปฏิบัติงานและความภาคภูมิใจของค กรอย่างชัดเจน
หมวด 6 การ ปฏิบัติการพยาบาล	1.การกำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ ที่สัมพันธ์ กับสมรรถนะหลักองค์กร 2. กำหนดให้มี Nurse Manager นำผลลัพธ์การดูแล มาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง ส่งต่อข้อมูลให้งานบริการ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (HHC) รพสต. ติดตามดูแล ต่อเนื่องหลังกลับบ้าน 3. ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล ผู้ป่วย กำหนดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สามารถใช้ กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4.มีกระบวนการทบทวนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติการพยาบาล 5.มีการสร้างนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็น เลิศ ให้กับระบบงาน โดยใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรที่ เหมาะสม 6.มีการจัดอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับ การปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	1.การพัฒนาอบรมสร้างความรู้ ด้านการพยาบาลเฉพาะทาง เฉพาะสาขา 2.ประเมินผลการปฏิบัติการ พยาบาลตามมาตรฐานแนวทาง ปฏิบัติ 3.ติดตามประเมินผลการใช้ กระบวนการพยาบาลและการ บันทึกทางการพยาบาลนิเทศ ทางการพยาบาล สุ่มตรวจเวช ระเบียนสม่ำเสมอ

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/ การพัฒนาต่อเนื่อง
หมวด 7 ผลลัพธ์ ทางการพยาบาล	1.มีการถ่ายทอด กำหนดวิธีการและระยะเวลาเก็บ ตัวชี้วัดอย่างชัดเจน 2.มอบหมาย จนท.รับผิดชอบงานคุณภาพ ตัวชี้วัดท 3.มีระบบ KPI data Center จัดเก็บตัวชี้วัดอย่างเป็น ระบบ 4.กำหนด Key man หน่วยงาน รับผิดชอบติดตาม ตัวชี้วัด และวิเคราะห์ผลทุกเดือน 5.หัวหน้างานมีการควบคุมกำกับติดตามผลการ ดำเนินงาน ตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมาย มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ที่สำคัญทุกเดือน ในที่ประชุมประจำเดือน ER และส งข้อมูลเชื่อมโยงไปยังกลุ่มภารกิจงานการพยาบาล และองค์กร 5.มีการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพกับเกณฑ์และ หน่วยงานอื่นๆ	1.การวิเคราะห์ตัวชี้วัดมีการ เทียบเคียงผลการดำเนินงาน 2.การวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำให้เห็น การเปรียบเทียบที่ชัดเจน เป็น PDCA CQI 3.ระบบเทคโนโลยีการเข้าถึง ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางการพยาบาล