



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

รับผิดชอบ ชื่อสัตย์ มีน้ำใจ



รายงานประจำปี 2561

คำนำ



ด้วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดกำแพงเพชร มีขนาดเตียงจำนวน 410 เตียง ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพตลอดจนบริการ ด้านการศึกษา วิชาการ งานวิจัย ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ดังนั้น ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีความสำคัญที่จะการพัฒนางานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการติดตาม ประเมินผล ปรับปรุง พัฒนางานด้านบริหาร บริการ วิชาการ ได้เป็นอย่างดี

รายงานประจำปีโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำเพื่อเผยแพร่ผลการปฏิบัติงานรวมทั้งกิจกรรม ซึ่งรวบรวมข้อมูลและสถิติต่าง ๆ เช่น ข้อมูลการให้บริการ สถิติโรค สถิติการเสียชีวิต สถิติการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่สามารถอ้างอิง สืบค้นและเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางาน รวมทั้งการวางแผน พัฒนาการบริการ วิชาการและการบริหารได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนางานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงโรงพยาบาลกำแพงเพชร หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานประจำปี 2561 ที่ได้รวบรวมกิจกรรมและผลการดำเนินงานต่าง ๆ ของหน่วยงาน จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นพัฒนางาน ด้านบริหาร บริการ วิชาการ ได้เป็นอย่างดี



สารบัญ

คำนำ

สารบัญ

ส่วนที่ 1 ประวัติจังหวัดกำแพงเพชร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร

- ประวัติโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- ผังโครงสร้างของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- รายละเอียดห้องตรวจโรคตามสาขาวิชา
- อัตราค่าสิ่งบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- สรุปสถานการณ์รายรับ - รายจ่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร
- นโยบายการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- คุณยู่คุณภาพโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ส่วนที่ 3 สถิติการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล

- ข้อมูลสถิติการให้บริการประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561
- ตารางการให้บริการผู้ป่วยนอก – ตารางการให้บริการผู้ป่วยใน
- ตาราง 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก – ตาราง 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน
- ตาราง 10 อันดับสาเหตุการตาย - ตาราง 10 อันดับการผ่าตัดใหญ่
- ตาราง 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก (รง.504) – ตาราง 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (รง.505)
- สรุปสถานพยาบาล Refer – in ผู้ป่วยนอก - 10 อันดับโรค Refer – in ผู้ป่วยนอก
- สรุปสถานพยาบาล Refer – in ผู้ป่วยใน - 10 อันดับโรค Refer – in ผู้ป่วยใน
- สรุปสถานพยาบาล Refer – out ผู้ป่วยนอก - 10 อันดับโรค Refer – out ผู้ป่วยนอก
- สรุปสถานพยาบาล Refer – out ผู้ป่วยใน - 10 อันดับโรค Refer – out ผู้ป่วยใน
- รายงานการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่นของการบาดเจ็บจาก 19 สาเหตุ
- การติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่งและสาเหตุของการติดเชื้อ
- สรุปผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

สารบัญ

ส่วนที่ 4 ผลการปฏิบัติงานและกิจกรรมต่าง ๆ ของแต่ละกลุ่มภารกิจ

กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ (กลุ่มงานบริหารทั่วไป)

การเงิน
บัญชี
ประชาสัมพันธ์

กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ (กลุ่มงานบริการทางการแพทย์/กลุ่มเทคนิคบริการ)

กลุ่มงานจักษุวิทยา
กลุ่มงานทันตกรรม
กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก
กลุ่มงานเภสัชกรรม
กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
กลุ่มงานจักษุวิทยา
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
กลุ่มงานรังสีวิทยา
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์
งานจิตเวชและยาเสพติด

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

งานศูนย์เทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร (IT)
งานศูนย์ข้อมูลเวชสารสนเทศ
งานซ่อมคอมพิวเตอร์
งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
งานประกันสุขภาพ
งานพัฒนาบุคลากร
งานศูนย์คุณภาพ (QO)
งานห้องสมุด
งานโสตทัศนูปกรณ์

กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

กลุ่มงานสุขศึกษา
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สารบัญ

ส่วนที่ 4 ผลการปฏิบัติงานและกิจกรรมต่าง ๆ ของแต่ละกลุ่มภารกิจ

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน / EMS

ICU MED

NICU

ANC

อายุรกรรมหญิง

อายุรกรรมชาย

ศัลยกรรมอุบัติเหตุ

สูติ – นรีเวชกรรม (หลังคลอด)

กุมารเวชกรรม 2 (เด็กบ่น)

สงฆ์อาหาร และ ตา หู คอ จมูก

ไตเทียม

ตึกพิเศษ (60 เตียง)

ตึก Sub ICU (Intermediate care unit)

แผนที่จังหวัดกำแพงเพชร



ประวัติจังหวัดกำแพงเพชร



จังหวัดกำแพงเพชรเป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคกลางตอนบนของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 358 กิโลเมตร จังหวัดที่อยู่ติดกัน (จากทิศเหนือวนตามเข็มนาฬิกา) ได้แก่ สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร นครสวรรค์ ตาก

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองเก่าที่นับว่ามีความสำคัญทางประวัติศาสตร์และเจริญรุ่งเรือง มาตั้งแต่สมัยทวารวดีเป็นเมืองที่ตั้งของเมืองโบราณหลายเมือง เช่น เมืองชากังราว เมืองนครชุม ไตรตรังษ์ เมืองเทพนคร และเมืองคณฑี นอกจากนี้เมืองกำแพงเพชร ยังเป็นเมืองที่สองที่สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่ได้ครองเมืองมีบรรดาศักดิ์เป็น "พระยาวชิรปราการ" ตามประวัติศาสตร์กล่าวว่ากำแพงเพชร เป็นเมืองหน้าด่านของสุโขทัย มีฐานะเป็นเมือง ลูกหลวง เดิมเรียกชื่อว่า "เมืองชากังราว" และมีเมืองบริวาร รายล้อมอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น ไตรตรังษ์ เมืองเทพนคร การที่กำแพงเพชรเป็นเมืองหน้าด่านรับศึกสงครามในอดีต อยู่เสมอจึงเป็นเมืองยุทธศาสตร์ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเมืองที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์มากมาย เช่น กำแพงคูเมือง ป้อมปราการ วัดโบราณ มีหลักฐานให้สันนิษฐานว่า เดิมเคยเป็นเมืองที่ตั้งของเมืองสองเมือง คือเมืองชากังราวและเมืองนครชุมโดยเมืองชากังราวสร้างขึ้นก่อน ตั้งอยู่ทางฝั่งตะวันออกของแม่น้ำปิงพระยาเลอไทยกษัตริย์องค์ที่ 4 แห่งราชวงศ์สุโขทัย เป็นผู้สร้างขึ้นเมื่อประมาณ พ.ศ.1890

ต่อมาสมัยพระเจ้าลิไทยกษัตริย์องค์ที่ 5 แห่งราชวงศ์สุโขทัยได้สร้างเมืองใหม่ขึ้นทางฝั่งตะวันตกของลำน้ำปิง คือ เมืองนครชุม สมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพได้ทรงบันทึกเรื่องกำแพงเมืองไว้ว่า "เป็นกำแพงเมืองที่เก่าแก่มั่นคงและยังมีความสมบูรณ์มาก และเชื่อว่าสวยงามที่สุดในประเทศไทย"

ในปี พ.ศ. 2459 ได้เปลี่ยนเมืองกำแพงเพชร เป็นจังหวัดกำแพงเพชร ปัจจุบันจังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองศูนย์กลางการท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์แห่งหนึ่ง เพราะมีโบราณสถานเก่าแก่ซึ่งก่อสร้างด้วยศิลาแลงหลายแห่งรวมอยู่ใน "อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร" ที่ได้รับการพิจารณา คัดเลือกจากองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมสหประชาชาติ (UNESCO) ให้ขึ้นทะเบียนไว้ในบัญชีมรดกโลก เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2534



สัญลักษณ์ประจำจังหวัด



สัญลักษณ์ประจำจังหวัด คือ รูปกำแพงเมืองประดับเพชรเปล่งประกายแห่งความมั่งคั่งงามโชติช่วง
ประดิษฐานอยู่ในรูปร่างกลมรูปกำแพงเมือง หมายถึง กำแพงเมืองโบราณของเมืองกำแพงเพชรซึ่งเป็น
มรดก ที่ล้ำค่าทางประวัติศาสตร์และโบราณคดี แสดงเกียรติประวัติที่น่าภาคภูมิใจ ของชาวเมืองนี้ และ
เป็นที่มาของชื่อจังหวัดกำแพงเพชร

รูปร่างกลม หมายถึง ความกลมเกลียว สัมครสมานสามัคคี รักใคร่มีน้ำใจ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของ
ชาวกำแพงเพชรทั้งหมด

ความหมายโดยสรุป คือ กำแพงเพชรเป็นเมืองที่มีกำแพงเมืองมั่นคงแข็งแรงสวยงาม เป็นมรดกแห่งอดีตอันยิ่งใหญ่ประจักษ์พยานแห่งความรุ่งโรจน์โชติ
ช่วงในอดีต ที่น่าภาคภูมิใจ เมืองมีความเจริญรุ่งเรือง ผู้คนพลเมืองมีความสามัคคีรักใคร่กลมเกลียวกันเป็นอันดี

ธงประจำจังหวัด เป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีพื้นสีอยู่ 3 สี คือ สีเหลือง สีแดงและสีเขียว
ไข่มุก มีรูปตราประจำจังหวัดกำแพงเพชรอยู่ตรงกลางแถบสีแดง

แถบสีเหลือง แสดงว่า จังหวัดนี้เป็นเมืองซึ่งสร้างในสมัยโบราณมีปูชนียวัตถุ
เกี่ยวกับพระพุทธศาสนาอยู่มาก

แถบสีแดง แสดงว่า จังหวัดนี้ได้เคยเป็นชนชาติที่กรบมาแต่โบราณได้เคย
ทำศึกสงครามกับพม่าหลายครั้งหลายหน

แถบสีเขียวไข่มุก แสดงว่า จังหวัดนี้อุดมสมบูรณ์ไปด้วยป่าไม้นานาชนิดอันเป็น
ทรัพยากรธรรมชาติของจังหวัดเป็นอย่างดี



ต้นไม้ประจำจังหวัด คือ ต้นสีเสียดแก่น



เป็นพืชในวงศ์ถั่ว แก่นต้นมีฤทธิ์ด้านเชื้อแบคทีเรียที่ก่อเกิดอาการท้องร่วง เชื้อปิดยับยั้งการบีบตัวของลำไส้ ผักสีเสียดแก่น ใช้แก้ท้องเสียเรื้อรัง ลำไส้อักเสบ รักษาบาดแผล แก้ปากเป็นแผล ใส่แผลเปื่อยและริดสีดวง และอาการบาดเจ็บที่มีเลือดออก ห้ามเลือด กำเดา แก้บิด ล้างแผลห้วนมแตก ล้างแผลถูกไฟไหม้ ทำให้แผลหายเร็ว และเป็นส่วนผสมใน "ยาเหลืองปิดสมุทร"

ดอกไม้ประจำจังหวัด คือ ดอกพิกุล



ชื่อวิทยาศาสตร์: *Mimusops elengi* เป็นไม้ยืนต้น มีดอกสีขาวหอม ใบเดี่ยว เรียงเวียนสลับ รูปรี รูปไข่กว้าง 2 – 6 ซม. ยาว 7-15 ซม. ปลายใบแหลมเป็นติ่งขอบใบเป็นคลื่น ดอกเดี่ยว อยู่รวมกันเป็นกระจุก ที่ปลายกิ่ง หรือที่ซอกใบ กลีบเลี้ยง 8 กลีบ เรียงซ้อนกัน 2 ชั้น กลีบดอกประมาณ 24 กลีบ เรียงซ้อนกัน โคนกลีบดอกเชื่อมติดกันเล็กน้อย เมื่อใกล้โรยสีเหลืองอมน้ำตาล ดอกบานวันเดียวแล้วร่วง ออกดอกตลอดปี ผลสีเหลือง รสหวานอมฝาด

คำขวัญจังหวัดกำแพงเพชร



กรุพระเครื่อง
พระแสงฯ ล้ำค่า
กล้วยไข่หวาน
เมืองคนแกร่ง
ศิลาแลงใหญ่
น้ำมันลานกระบือ
เลื่องลือมรดกโลก



สภาพทั่วไปของจังหวัดกำแพงเพชร

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองเก่ามีความสำคัญทางประวัติศาสตร์แห่งหนึ่งของประเทศไทย มีความเจริญรุ่งเรืองสมัยสุโขทัยเป็นราชธานีเมื่อ ประมาณ 700 ปีมาแล้ว จากการศึกษา หลักศิลาจารึก โดยนักโบราณคดีทำให้ทราบว่าจังหวัดกำแพงเพชร เป็นที่ตั้งของเมืองโบราณที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์ หลายเมือง เช่น เมืองซำก้งราว เมืองนครชุม เมืองไตรดริงษ์ เมืองเทพนคร และเมืองคณฑี เป็นต้น ปัจจุบันจังหวัดกำแพงเพชร เป็นเมืองศูนย์กลางการท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญแห่งหนึ่ง มีโบราณสถานเก่าแก่ ซึ่งก่อสร้างด้วยศิลาแลงหลายแห่งรวมอยู่ใน “อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร” ซึ่งองค์การศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2534 นับเป็นความภาคภูมิใจของชาวจังหวัดกำแพงเพชรอย่างยิ่ง ที่ตั้งและอาณาเขตกำแพงเพชร เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยอยู่ห่างจากกรุงเทพฯ 358 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับกิ่งอำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก และอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และอำเภอโพธิ์ทะเล อำเภอลำปาง จังหวัดพิจิตร
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ขนาดพื้นที่กำแพงเพชร มีพื้นที่ 8,607.5 ตารางกิโลเมตร (5,320,279 ไร่) เป็นพื้นที่การเกษตรประมาณ 5,120 ตารางกิโลเมตร (3.2 ล้านไร่ ไร่) ป่าไม้ 1,900 ตารางกิโลเมตร (1,2 ล้านไร่) ที่อยู่อาศัยและพื้นที่อื่น ๆ 1 ล้านไร่

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นจังหวัดที่อยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดตาก ซึ่งเป็นที่ตั้งของเขื่อนภูมิพล และมีแม่น้ำปิงไหลผ่านจังหวัดยาว 104 กิโลเมตร

ลักษณะภูมิประเทศ

จังหวัดกำแพงเพชร มีแม่น้ำปิงไหลผ่านเป็นระยะทางยาวประมาณ 104 กิโลเมตร มีลักษณะภูมิประเทศ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 เป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำปิงตอนล่างแบบตะพักลุ่มน้ำ (ALLUVIAL TERRACE) มีระดับความสูงประมาณ 43 - 107 เมตรจากระดับน้ำทะเลปานกลาง อยู่บริเวณทางด้านทิศตะวันออกและใต้ของจังหวัด

ลักษณะที่ 2 เป็นเนินเขาเตี้ย ๆ สลับที่ราบ พบเห็นบริเวณด้านเหนือ และตอนกลางของจังหวัด

ลักษณะที่ 3 เป็นภูเขาสลับซับซ้อน เป็นแหล่งแร่ธาตุและต้นน้ำลำธารต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น คลองวังเจ้า คลองสวนหมาก คลองขลุงและ คลองวังไทรไหลลงสู่แม่น้ำปิง

โดยสรุป ลักษณะพื้นที่ของจังหวัดกำแพงเพชร ด้านตะวันตกเป็นภูเขาสูงลาดลงมา ทางด้านตะวันออก ลักษณะดินเป็นดินปนทรายเหมาะแก่การทำนาและปลูกพืชไร่

ด้านการปกครอง

จังหวัดกำแพงเพชรแบ่งเขตการปกครองเป็น 11 อำเภอ 78 ตำบล 956 หมู่บ้าน/27 ชุมชนเมือง องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง เทศบาล 25 แห่ง (เทศบาลเมือง จำนวน 3 แห่ง เทศบาลตำบล จำนวน 22 แห่ง) และองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 64 แห่ง

ตาราง จำนวนอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน เทศบาล/อบต. และ รพ.สต.

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน/ชุมชน	เทศบาล	อบต.	ระยะห่างจาก อำเภอ ถึง จังหวัด(กม.)	พื้นที่ (ตร.กม.)
เมืองกำแพงเพชร	16	219/27	7	12	-	1,615.12
ชาณุวรลักษบุรี	11	143	3	10	70	1,171.80
คลองขลุง	10	103	4	9	42	839.97
พรานกระต่าย	10	116	4	7	25	1,081.79
คลองลาน	4	68	1	3	49	1,186.78
ไตรงาม	7	71	1	7	46	534.28
ลานกระบือ	7	68	3	5	52	442.32
ปางศิลาทอง	3	42	-	3	78	755.98
บึงสามัคคี	4	45	1	3	85	287.83
ทรายทองวัฒนา	3	38	1	2	51	202.22
โกสัมพีนคร	3	43	-	3	25	489.4
รวม	78	956 / 27	25	64	-	8,607.50

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดกำแพงเพชร
และเอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2

ข้อมูลประชากร

จังหวัดกำแพงเพชร มีประชากรตามประกาศสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 จำนวนประชากรทั้งหมด 729,133 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 361,919 คน (ร้อยละ 48.59) แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 367,623 คน (ร้อยละ 50.14) มีครัวเรือนจำนวน 263,518 ครัวเรือนเฉลี่ย 2.77 คนต่อครัวเรือน ความหนาแน่นประชากรเท่ากับ 84.71 คนต่อตารางกิโลเมตร

อำเภอ	พ.ศ. 2558	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560
เมืองกำแพงเพชร	213,228	213,013	213,256
ชาณุวรลักษบุรี	106,567	106,160	105,893
คลองขลุง	72,256	71,948	71,661
พรานกระต่าย	70,910	71,082	71,114
คลองลาน	63,616	63,826	63,911
ไทรงาม	51,042	50,982	50,869
ลานกระบือ	43,090	43,106	43,089
ปางศิลาทอง	30,685	30,692	30,652
โกสัมพีนคร	28,773	28,771	28,798
บึงสามัคคี	26,431	26,393	26,359
ทรายทองวัฒนา	23,560	23,569	23,531
รวม	730,158	729,542	729,133

ที่มา : [https://th.wikipedia.org/wiki/ภาคกลาง_\(ประเทศไทย\)](https://th.wikipedia.org/wiki/ภาคกลาง_(ประเทศไทย))

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

1. สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน

จังหวัดกำแพงเพชร มีโรงพยาบาลทั้งหมด 12 แห่ง จำแนกเป็นโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 1 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 410 เตียง 1 แห่ง กำลังก่อสร้างอาคารผู้ป่วยเพิ่ม (ตึก 8 ชั้น) ขนาด 156 เตียง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง มีจำนวนเตียงจริง รวมจำนวน 1,054 เตียง จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 120 แห่ง สังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น 5 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขเอกชนในจังหวัดกำแพงเพชร มีโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง (ขนาด 50 และ 10 เตียง) คลินิกแพทย์ 64 แห่ง คลินิกทันตกรรม 17 แห่ง และสถานพยาบาล 128 แห่ง โดยคลินิกแพทย์ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองถึง 41 แห่ง ที่เหลือกระจายตัวอยู่ตามอำเภอ ยกเว้นอำเภอโกสัมพีนคร ไม่มีคลินิกแพทย์และคลินิกทันตกรรม

ตาราง ข้อมูลจำนวนเตียงจำแนกรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ระดับ	จำนวนเตียงตาม กรอบ สนย.	จำนวนเตียง ICU	จำนวนเตียง NICU	จำนวนเตียง sick NB	จำนวนเตียง ผ่าตัด	จำนวนเตียง ER
รพ.กำแพงเพชร	S	480	18	8	15	9	10
รพ.ชาณุวรลักษบุรี	M2	60	-	-	5	1	2
รพ.คลองขลุง	F1	60	-	-	4	2	5
รพ.พรานกระต่าย	F2	60	-	-	2	1	3
รพ.คลองลาน	F2	60	-	-	-	1	3
รพ.ไตรงาม	F2	30	-	-	-	1	4
รพ.ลานกระบือ	F2	30	-	-	-	1	3
รพ.ปางศิลาทอง	F2	30	-	-	-	-	2
รพ.บึงสามัคคี	F2	30	-	-	-	1	4
รพ.ทรายทองวัฒนา	F2	30	-	-	-	1	3
รพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล	F3	10	-	-	-	-	2
รพ.โกสัมพีนคร	F3	-	-	-	-	-	3
รวมจังหวัด		840	18	8	26	18	44

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร และเอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2

ตาราง จำนวนสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				ศสม.	สังกัด อปท.	ศูนย์บริการฯ เทศบาล
	จำนวน ทั้งหมด	ขนาดใหญ่	ขนาดกลาง	ขนาดเล็ก			
เมืองกำแพงเพชร	29	7	21	1	2	-	3
ชาณุวรลักษบุรี	17	8	5	4	-	-	-
คลองขลุง	12	-	9	3	-	2	-
พรานกระต่าย	15	-	9	6	-	-	1
คลองลาน	11	1	8	2	-	-	-
ไทรงาม	9	1	8	-	-	-	-
ลานกระบือ	8	-	8	-	-	-	1
ปางศิลาทอง	2	1	-	1	-	3	-
บึงสามัคคี	6	-	3	3	-	-	-
ทรายทองวัฒนา	4	-	2	2	-	-	-
โกสัมพีนคร	7	-	5	2	-	-	-
รวม	120	18	78	24	2	5	5

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร และเอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2

ตาราง สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	โรงพยาบาล	คลินิกแพทย์	คลินิกทันตแพทย์	สถานพยาบาล
เมืองกำแพงเพชร	2	41	9	23
ขาณุวรลักษบุรี	-	7	4	22
คลองขลุง	-	6	2	18
พรานกระต่าย	-	2	2	15
คลองลาน	-	2	-	6
ไทรงาม	-	2	-	7
ลานกระบือ	-	1	-	14
ปางศิลาทอง	-	1	-	6
บึงสามัคคี	-	1	-	7
ทรายทองวัฒนา	-	1	-	7
โกสัมพีนคร	-	-	-	3
รวม	2	64	17	128

ที่มา : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร และเอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2

2. สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน

จำนวนร้านขายยา จำแนกเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (มีเภสัชกร) 79 แห่ง ร้านขายยาบรรจุเสร็จ 64 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ 44 แห่ง และมีสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ 5 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอเมืองฯ และอำเภอชาลวาลักษณ์บุรี ส่วนที่เหลือกระจายอยู่ตามอำเภอต่าง ๆ ยกเว้นอำเภอโกสุมพินครไม่มีร้านขายยาทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณ

ตาราง จำนวนร้านขายยาจังหวัดกำแพงเพชร จำแนกรายอำเภอ ปี 2561

อำเภอ	ร้านขายยาปัจจุบัน (มีเภสัชกร)	ร้านขายยาบรรจุเสร็จ	ร้านขายยาแผน โบราณ	สถานที่ผลิตยา แผนโบราณ
เมืองกำแพงเพชร	45	22	21	3
ชาลวาลักษณ์บุรี	14	8	8	1
คลองขลุง	4	9	4	-
พรานกระต่าย	4	8	1	1
คลองลาน	1	6	2	-
ไทรงาม	1	4	2	-
ลานกระบือ	6	2	1	-
ปางศิลาทอง	1	3	-	-
บึงสามัคคี	1	1	2	-
ทรายทองวัฒนา	2	1	2	-
โกสุมพินคร	-	-	-	-
รวม	79	64	44	5

ที่มา : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร และเอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2

3. บุคลากรสาธารณสุข (ภาครัฐ)

จังหวัดกำแพงเพชร มีนโยบายการบริหารจัดการรวมทั้งเรื่องการบริหารจัดการกำลังคน การบริหารงบประมาณ งบลงทุน โดยส่วนของกำลังคนได้มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ CHRO จังหวัด เพื่อบริหารจัดการในเรื่องของกำลังคนในภาพจังหวัด ทั้งในเรื่องการจัดหาและพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับ Service Plan การบรรจุกำลังคนเข้าสู่ตำแหน่งข้าราชการ รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจ และจ่ายค่าตอบแทน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมมุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรด้านต้นทุนคุณธรรม จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภทดังนี้

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข				
	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงานราชการ	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	ลูกจ้างชั่วคราว
บุคลากรสาธารณสุข (ภาครัฐ)	1,873	192	72	1,080	526

สัดส่วนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. : ร.พ. คิดเป็น 22 : 78

จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย 11 อำเภอ มีประชากรรวมทั้งสิ้น 729,133 คน เมื่อพิจารณาอัตรากำลังบุคลากรสาขาที่สำคัญ 4 สาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาขาที่ขาดแคลนมากที่สุดคือสาขาแพทย์ ซึ่งมีอัตรากำลังเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน มีเพียงร้อยละ 54.48 ของอัตรากำลังที่ควรจะมี รองลงมาคือสาขาทันตแพทย์ เท่ากับ ร้อยละ 68.35 ของอัตราการกำลังที่ควรจะมี (ตารางแสดงสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ 4 สาขาหลัก)

แพทย์ อัตรากำลังแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 1 คน อัตราส่วนแพทย์ ต่อประชากร เท่ากับ 1 : 5,171 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในระดับประเทศ (ระดับประเทศ เท่ากับ 1 : 5,000) ถือว่ายังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนแพทย์กับภาระงาน ในภาพรวมจังหวัด เท่ากับ ร้อยละ 54.48 ของอัตรากำลังที่ควรจะมี (ตารางแสดงสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ 4 สาขาหลัก)

ทันตแพทย์ อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1 : 13,502 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในระดับประเทศ (ระดับประเทศ เท่ากับ 1 : 8,000) ถือว่ายังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เมื่อเทียบอัตราส่วนทันตแพทย์กับภาระงานในภาพรวมจังหวัด เท่ากับร้อยละ 68.35 ของอัตรากำลังที่ควรจะมี (ตารางแสดงสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ 4 สาขาหลัก)

เภสัชกร ภาพรวมทั้งจังหวัด จำนวน 85 คน อัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากร เท่ากับ 1 : 8,578 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรในระดับประเทศ (ระดับประเทศ เท่ากับ 1 : 5,000) ถือว่า ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนเภสัชกรกับภาระงานในภาพรวมจังหวัดเท่ากับร้อยละ 76.58 ของอัตรากำลังที่ควรจะมี (ตารางแสดงสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ 4 สาขาหลัก)

พยาบาลวิชาชีพ อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร เท่ากับ 1 : 645 เมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานใน รพ. และสัดส่วนต่อประชากรใน รพ.สต. ในภาพรวมจังหวัด เท่ากับร้อยละ 78.66 ของอัตรากำลังที่ควรจะมี (ตารางแสดงสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ 4 สาขาหลัก)

ตาราง แสดงสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ 4 สาขาหลัก ที่ปฏิบัติงานจริง ปี 2561

ประเภทบุคลากร	จำนวน	สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร		
		กำแพงเพชร	เขต 3	ประเทศ
แพทย์	141	5,171	3,146	5,000
ทันตแพทย์	54	13,502	14,684	8,000
เภสัชกร	85	8,578	9,504	5,000
พยาบาลวิชาชีพ	1,124	645	532	760

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (เมษายน 2561)
 สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร เขต 3 และประเทศ จาก แผนยุทธศาสตร์ เขตบริการสุขภาพที่ 3 ปี 2560
 และเอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2

4. แพทย์พื้นบ้าน/แพทย์แผนไทย

ตาราง จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลบริการ ปี 2561

ประเภท	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล	รวม
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	6	22	68	105
แพทย์แผนไทย/อายุรเวท	5	14	27	46
รวม	21	36	95	152

ที่มา : กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
 และเอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จังหวัดกำแพงเพชรมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปฏิบัติงานทั้งสิ้นในปี 2561 จำนวน 11,939 คน ได้รับค่าป่วยการฯ 600 บาท/คน/เดือน รวม 11,874 คน คิดเป็นร้อยละ 99.46 ของ อสม. ทั้งหมด รับผิดชอบ หลังคาเรือน 1 : 21 รับผิดชอบประชากร 1 : 60 และเฉลี่ยจำนวน อสม. 12 คน ต่อหนึ่งหมู่บ้าน

ตาราง จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดกำแพงเพชร ปี 2561

อำเภอ	อสม. ทั้งหมด (คน)	อสม. ที่ได้รับ ค่าป่วยการ (คน)	เฉลี่ยจำนวน อสม. ต่อ 1 หมู่บ้าน	เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อหลังคาเรือน	เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อประชากร
เมืองกำแพงเพชร	2,717	2,717	12.01	23.09	63.21
เทศบาลเมือง	209	209	7.85	71.10	137.69
ชาณุวรลักษบุรี	1,677	1,677	12.48	21.61	59.73
คลองขลุง	1,292	1,292	13.32	20.22	52.66
พรานกระต่าย	1,091	1,091	9.58	21.12	63.83
คลองลาน	1,036	1,036	15.65	20.74	59.79
ไทรงาม	930	927	13.27	17.13	54.18
ลานกระบือ	1,110	1,111	16.54	12.68	38.30
ปางศิลาทอง	508	508	12.43	19.84	58.78
บึงสามัคคี	411	411	9.31	23.90	63.08
ทรายทองวัฒนา	358	356	10.13	18.40	61.19
โกสัมพีนคร	437	434	10.35	22.47	64.67
ทุ่งโพธิ์ทะเล	115	115	7.19	30.28	81.55
รวม	11,882	11,874	12.47	21.38	59.56

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
และเอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2

ประวัติโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 410 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร บนเนื้อที่ 43 ไร่ 3 งาน 47 ตารางวา



การริเริ่มสร้างโรงพยาบาลกำแพงเพชรเกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2494 โดย นายเชื้อ พิทักษากร ข้าหลวงตรวจราชการกระทรวงมหาดไทยและ นายจรัส ธารีสาร ผู้ว่าราชการจังหวัดในขณะนั้น ได้ติดต่อขอที่ดินในวัดสามจีนซึ่งเป็นวัดร้าง จากกรมศาสนา (พื้นที่ 5 ไร่เศษ) และที่ดินของโรงเรียนเกษตรกรรม

จากกรมอาชีวศึกษามีพื้นที่ 38 ไร่เศษ พันโทนายแพทย์มานิต เวชวิศิษฐ์ อธิบดีกรมการแพทย์ในขณะนั้นเห็นชอบให้ดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลได้ จึงเริ่มดำเนินการก่อสร้างในปี 2496 โดยนายแพทย์ผดุง เปรมาลัยจิตร อธิบดีจังหวัดเป็นควบคุมดูแลการก่อสร้าง และกรมการแพทย์ได้รับอนุมัติเงินงบประมาณเป็นค่าก่อสร้างเป็นเงิน 344,827 บาท และได้ก่อสร้าง

- 1) เรือนคนไข้ ขนาด 25 เตียง (คนไข้ชาย) 1 หลัง เป็นเงิน 239,400 บาท (ปัจจุบันรื้อไปแล้ว)
- 2) บ้านพักแพทย์ 1 หลัง เป็นเงิน 30,000 บาท
- 3) ค่าปรับที่ดิน ค่าถมดิน ค่าทำรั้ว ทำถนนและทำประตูทางเข้าโรงพยาบาลเป็นเงิน 45,429 บาท

โรงพยาบาลกำแพงเพชรก่อสร้างแล้วเสร็จและเปิดให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2497 เพียงรับผู้ป่วยไว้รักษาจำนวน 25 เตียง โดยมี นายแพทย์ประธาน กาญจนาลัย เป็นผู้อำนวยการเป็นคนแรก

จากอดีตสู่ปัจจุบันที่สภาวะการณ์ของโลกได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพ ภาวะโรคภัยไข้เจ็บที่ความรุนแรง หลากหลายและน่ากลัวมากยิ่งขึ้น



ดังนั้น เพื่อรองรับและก้าวทันปัญหาสุขภาพในยุคปัจจุบันและในอนาคต โรงพยาบาลกำแพงเพชรจึงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านความรู้ ความสามารถของบุคลากร อาคารสถานที่ในการให้บริการ อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่มีความทันสมัย ด้วยความมุ่งมั่น ที่จะให้บริการแก่ประชาชน ชาวกำแพงเพชร พื้นที่ใกล้เคียงและประชาชนทั่วไปให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

ประวัติวัดสามจีนสิ่งศักดิ์สิทธิ์คู่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

“วัดเจ๊ก” เป็นวัดสมัยกรุงศรีอยุธยาตอนต้นเพราะสันนิษฐานจากพระประธานเป็นพระพุทธรูปสมัยอู่ทอง ตั้งอยู่นอกเมืองกำแพงเพชรเป็นวัดขนาดใหญ่และเป็นขนาดเดียวกับวัดหลวงพ่อไม้ (หลวงพ่อโมลี) ซึ่งมีอายุใกล้เคียงกัน และพระประธานใหญ่ก็มีขนาดใกล้เคียงกัน เป็นวัดร้างมาหลายร้อยปีตั้งอยู่ท้ายเมืองกำแพงเพชรพบเพียงมีพระพุทธรูปที่เป็นพระประธานปรักหักพังตั้งอยู่อย่างโดดเดี่ยวเจดีย์พังทลายเป็นเพียงแค่นิรันดิน) แต่เดิมไม่สามารถเดินทางจากในตัวเมืองไปวัดเจ๊กได้เพราะถนนเทศา ไปสิ้นสุดบริเวณท่าควายซึ่งเป็นท่าน้ำที่มีดินเหนียวที่มีคุณภาพมาก (สมัยเป็นนักเรียนราว พ.ศ. 2500) ไปนำดินเหนียวบริเวณท่าควายนี้มาเรียนการปั้นในโรงเรียนเสมอ จึงเห็นวัดเจ๊กบ่อย ๆ



ราวพุทธศักราช 2450 ประชาชนคนกำแพงเลยเรียกกันว่า”วัดเจ๊ก” เพราะไม่ทราบเลยว่าแต่เดิมวัดแห่งนี้ชื่อว่าอะไร ซึ่งก็เหมือนกับวัดโบราณทุกวัดในจังหวัดกำแพงเพชร คนจีนที่ทำสวนผักอยู่นั้นหายไปไหนไม่มีใครทราบเพราะท่านไม่วิสาสะกับใครเลยแต่ก็นำผักมาส่งที่ตลาดบริเวณวัดบางหลังโรงแรมชางักราวถึงธนาคารกรุงเทพซึ่งเป็นตลาดสดเช้าของชาวกำแพงเพชรมาซื้อหาจ่ายตลาดบริเวณนั้น

ขณะนั้นโรงพยาบาลกำแพงเพชรยังมีพื้นที่ติดกับวัดแห่งนี้ และไม่ค่อยมีใครกล้าเข้ามาใช้สถานที่วัดเจ๊กเพราะกลัวมากลือกันว่ามีผีดู ปัจจุบันบริเวณท่าควายแห่งนี้เป็นบริเวณสามแยกไฟแดงหลังโรงพยาบาล ส่วนคลองที่เป็นท่าควายก็กลายเป็นส่วนหนึ่งของถนนสายตัดใหม่ เดิมโรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นส่วนหนึ่งของเกาะแขก แต่เมื่อถมคลองเกาะแขกเลยหายไปไหนที่สุด เมื่อบิดาของผู้เขียนไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี 2506 ผู้เขียนได้ไปเฝ้าและได้มีโอกาสเข้าไปชมวัดเจ๊กแห่งนี้ เป็นวัดร้างที่รกรกร้างมีต้นไม้ขึ้นมากมาย แต่ไม่มีผู้คนอาศัยอยู่ทุกคนกลัวมาก ๆ รั้วของโรงพยาบาลก็ติดกับวัดเจ๊กเลยที่เรียกว่าวัดเจ๊ก เพราะมีคนจีนครอบครัวหนึ่งมาทำพืชผักสวนครัวบริเวณนี้เป็นคนจีนที่อพยพมาจากเมืองจีน



หลวงพ่อู่ทอง



งานประเพณีของชาวโรงพยาบาลกำแพงเพชร
พิธีทำบุญวัดสามจีนในวันที่ 17 เมษายนของทุกปี



ต่อมาเรียกวัดเจ็กได้เปลี่ยนชื่อเป็น “วัดสามจีน” คงเห็นว่าเรียกว่าวัดเจ็กไม่สุภาพ และเมื่อโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้บูรณะ ปฏิสังขรณ์วัดเจ็ก และนำพื้นที่ทั้งหมดของวัดเจ็กมาเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลกำแพงเพชรในที่สุด วัดสามจีนเป็นโบราณสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ของเมืองกำแพงเพชร และอยู่คู่โรงพยาบาลกำแพงเพชรมาช้านาน วัดสามจีนแต่เดิมเป็นวัดร้างของกรมศาสนา เมื่อปี พ.ศ. 2496 ได้เริ่มทำการก่อสร้างโรงพยาบาลกำแพงเพชรขึ้น จึงได้ขอที่ดินของกรมอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงเรียนเกษตรกรรมที่ได้เลิกไปและทำการก่อสร้างโรงพยาบาลกำแพงเพชร และได้มีการตั้งชื่อองค์พระประธานใหม่ คือ “พระพุทธไตรรัตนกำแพงเพชร” ซึ่งได้ชื่อมาจากพระพุทธไตรรัตนนายก วัดช่าปอง (วัดพนัญเชิง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา) และได้สลักทำการสลักชื่อไว้ที่ด้านหลัง องค์พระต่อมาได้สร้างองค์พระจำลองใหม่องค์ใหญ่ครอบไว้ แต่ไม่ค่อยมีใครนิยมการเรียกชื่อนี้



พิธีทำบุญตักบาตรวัดสามจีน

พระประธาน คือ “หลวงพ่อด้านสามจีน” เป็นพระประธานศิลปะสมัยอู่ทอง ตามคำบอกเล่าของนายเกษม กล้าตะลุมบอน ซึ่งกล่าวว่า พระประธานเป็นสมัยอู่ทองคางคน ที่เรียกเช่นนี้เพราะมีคางคล้ายคน เป็นพระพุทธรูปปูนปั้นก่อด้วยอิฐ สันนิษฐานได้จากวัดที่ถูกก่อสร้าง เช่น ฐานเจดีย์ที่พบอยู่ข้างโบสถ์ด้านทิศเหนือ ก่อด้วยอิฐเก่าลักษณะ เหมือนอิฐที่ก่อสร้างเจดีย์ตามวัดร้างในทุ่งเศรษฐี และที่อื่นในจังหวัดกำแพงเพชร เห็นว่าการก่อสร้างวัดนี้คงอยู่ในสมัยสุโขทัยร่วมกับอู่ทอง

ในปี พ.ศ.2501 นายแพทย์ประธาน กาญจนาลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายอินทร์ ดีสาร นายวีระ อิมพิทักษ์ นายเกษม กล้าตะลุมบอน และผู้มีจิตศรัทธาอีกหลายท่านได้ทำการบูรณะโบสถ์วัดสามจีนขึ้น ระหว่างการก่อสร้างได้เกิดพายุใหญ่พัดโบสถ์พังทลาย โครงหลังคาฟาดทับพระประธานพระคอหักพระเศียร และพระหัตถ์ข้างขวาเป็นปูนหักกรรมกรจึงได้บอกบุญผู้มีจิตศรัทธาทำการปฏิสังขรณ์ใหม่โดยสร้างโบสถ์เป็นคอนกรีตเสริมเหล็กและให้ช่างปั้นปฏิสังขรณ์พระประธานใหม่ และในปี พ.ศ. 2518 ได้มีการทำลงรักปิดทองพระประธาน

ขอเชิญ
ขอเจ้าแต่งกายชุดไทย ผ้าไทยหรือชุดพื้นเมืองเที่ยวงาน

สัปดาห์...๓๓๓๓๓๓

ประจำปี ๖๖
ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

๐๗ เมษายน ๒๕๖๐
 ๐๙.๐๐ น. บวงสรวงท้าวพ่ออุ้มทอง
 ๑๑.๐๐ น. ก่อพระเจดีย์ทรายบริเวณโบสถ์วัดสามจีน
 ๑๖.๓๐ น. รดน้ำขอพรผู้บริหารและแขกผู้มีเกียรติ
 ๑๗.๓๐ น. สวดพระพุทธมนต์เย็น สรงน้ำพระ เปรียนจิ๋วรองคัมภีร์และนมัสการท้าวพ่ออุ้มทอง
 ๑๙.๐๐ น. เที่ยงชมมหรสพ ภาพยนตร์ ลีเก้ รำวงย้อนยุค การประกวดร้องเพลง ๖ กลุ่มภารกิจ และมัจฉาพาโชค
 ๒๒.๐๐ น. ออกรางวัล สลากการกุศล

๐๘ เมษายน ๒๕๖๐
 ๐๙.๐๐ น. ถวายภัตตาหารแด่พระภิกษุสงฆ์ ๙ รูป และทอดผ้าป่า

รางวัลพิเศษ
"ทางดาขำมีเคยแลผู้ใด เพราะขำมีไว้...สำหรับ ผู้แต่งกายสวยงาม"
 รางวัลสำหรับผู้แต่งกายสวยงามอิมบูพเพสันนิวาส ชาย 1 หญิง 1 รางวัลใหญ่ ไมโครเวฟ
 จะใช้วิธีคัดเลือกจากแอมวอมง

๐๗-๐๘ เมษายน ๒๕๖๐

ในปี พ.ศ. 2519 และปี พ.ศ. 2520 คณะกรรมการโบสถ์ได้ทำการก่อสร้างต่อเติมระเบียงรอบโบสถ์ โดยใช้ เสาคอนกรีตเสริมเหล็ก และมุงหลังคาด้วยกระเบื้องดินเผา ก่ออิฐฉาบปูน ผนังโบสถ์รอบพระประธานพร้อมทั้งที่พื้นซีเมนต์ทำหินด้วยเกล็ดขัดมันบริเวณพื้นโบสถ์ด้านหน้า

ในปี 2554 คณะกรรมการโบสถ์ได้ทำการปรับปรุงโบสถ์ (เปลี่ยนหลังคาโบสถ์พื้นอาคารโบสถ์ ฝ้าเพดานโบสถ์และทาสี) มีสภาพดังที่เห็นอยู่ทุกวันนี้

ในปี 2555 คณะกรรมการโบสถ์มีการจัดสร้างพระบูชาหลวงพ่่อู่ทองรุ่น 1 ฉลองปีมหามงคลพุทธชยันตี 2600 ปี แห่งการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้าและครบรอบ 58 ปีของโรงพยาบาลกำแพงเพชร



ต่อมาในปี 2557 เป็นปีครบรอบ 60 ปี การก่อตั้งโรงพยาบาลกำแพงเพชร ทางคณะกรรมการโบสถ์วัดสามจีน จึงมีมติให้มีการจัดสร้าง พระบูชาจำลอง หลวงพ่ออุทอง รุ่น 2 เพื่อเป็นที่ระลึกครบรอบ 60 ปีขึ้น เพื่อให้มอบไว้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโดยนำมวลสารจาก สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ทั่วทุกจังหวัดในประเทศไทยนำมาใส่ไว้ในองค์พระบูชาและนิมนต์พระเกจิอาจารย์ชื่อดังเพื่อทำพิธีพุทธาภิเษกเจริญพระพุทธรูปมนต์ธัมมจักกัปปวัตตนสูตร ในวันอังคารที่ 10 มิถุนายน 2557

ปัจจุบันวัดสามจีนกลายเป็นที่พึ่งทางใจ เป็นความหวัง เป็นความสุข เป็นกำลังใจของผู้ป่วยญาติพี่น้อง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรทุกท่าน ซึ่งจะเห็นได้จากพวงมาลัยทั้งสดและแห้งที่นำมาสักการะบูชา อีกทั้งโรงพยาบาลกำแพงเพชรจะมีพิธีทำบุญตักบาตรวัดสามจีนในวันที่ 17 เมษายนของทุกปี จึงถือเป็นงานประเพณีของชาวโรงพยาบาลกำแพงเพชร



รายนามผู้ที่ดำรงตำแหน่งและรักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร (ผู้บริหาร)

ชื่อ – สกุล		ตำแหน่ง	ช่วงระยะเวลาดำรงตำแหน่ง
1. นพ.ประธาน	กาญจนาลัย	ดำรงตำแหน่ง	11 พฤษภาคม 2497 - 9 กรกฎาคม 2502
2. นพ.สงวน	ไศลเสถียร	ดำรงตำแหน่ง	7 กรกฎาคม 2502 - 4 ตุลาคม 2504
3. นพ.จำลอง	ป่อเกิด	รักษาการในตำแหน่ง	4 กันยายน 2504 - 4 มีนาคม 2506
4. นพ.สุนทร	สุทธะพินทุ	รักษาการในตำแหน่ง	30 มีนาคม 2506 - 8 มิถุนายน 2509
5. นพ.สมหมาย	ยาสมุทร	รักษาการในตำแหน่ง	20 มิถุนายน 2509 - 20 พฤษภาคม 2511
6. นพ.รัชชัย	เหราปัตย์	ดำรงตำแหน่ง	15 สิงหาคม 2511 - 27 สิงหาคม 2513
7. นพ.ถนอม	เหล่ารักพงษ์	ดำรงตำแหน่ง	3 กันยายน 2513 - 30 กันยายน 2534
8. นพ.เกษม	เล่งเวหาสถิตย์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์รักษาการในตำแหน่ง	1 ตุลาคม 2534 - 16 พฤษภาคม 2535
9. นพ.สมชัย	ภิญโญพรพาณิชย์	ดำรงตำแหน่ง	2 มิถุนายน 2535 - 9 กรกฎาคม 2536
10. นพ.สุรติ	เล็กอุทัย	รักษาการในตำแหน่ง, ดำรงตำแหน่ง	11 สิงหาคม 2536 - 6 ตุลาคม 2536, 7 ตุลาคม 2536 - 1 พฤศจิกายน 2537
11. นพ.เทียม	อังสาชน	ดำรงตำแหน่ง	1 พฤศจิกายน 2537 - 1 ตุลาคม 2538
12. นพ.กำชัย	รังสิมันต์ไพบูลย์	รักษาการในตำแหน่ง, ดำรงตำแหน่ง	1 ตุลาคม 2538 - 14 พฤศจิกายน 2539, 15 พฤศจิกายน 2539 - 30 กันยายน 2556
13. พญ.รจนา	ขอนแก่น	รักษาการในตำแหน่ง, ดำรงตำแหน่ง	1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2557
14. นพ.พิชัย	ศิริพรพาณิชย์	ดำรงตำแหน่ง	7 ตุลาคม 2557 - 30 กันยายน 2559
15. นพ.รจนา	ขอนแก่น	ดำรงตำแหน่ง	1 ตุลาคม 2559 - ปัจจุบัน

ผังโครงสร้างโรงพยาบาลกำแพงเพชร



คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกำแพงเพชร



นางรจนา ขอนทอง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร



นพ.สุรัชย์ แก้วหิรัญ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้าน
บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ



นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ
ด้านบริการปฐมภูมิ



นพ.อักรพงษ์ จุฑากรณ์
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ
ด้านพัฒนาระบบบริการและ
สนับสนุนบริการสุขภาพ



น.ส.จริญญา พันธุ์วิทยากุล
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ
ด้านการพยาบาล



นายวิเศษ อุดมศิลป์
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ
ด้านอำนวยการ

รายละเอียดห้องตรวจโรคตามสาขาวิชา

แผนก	จำนวนห้อง	แผนก	จำนวนห้อง
อายุรกรรม	3	จักษุวิทยา	1
ศัลยกรรม	3	โสต นาสิก ราริงซ์วิทยา	1
ออร์โธปิดิกส์	2	อื่น ๆ - จิตเวช	1
กุมารเวชกรรม	2	- เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1
สูติ-นรีเวชกรรม	2	- คลินิกพิเศษ DM 2, ATC 1, TB 1, มะเร็ง 1, ไต 1, หัวใจ 1, Asthma 1	

จำนวนหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร

หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง	รายละเอียดอื่น ๆ	จำนวนเตียง
อายุรกรรมชาย	36	ICU รวม	8
อายุรกรรมหญิง	36	ICU Med	10
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	35	ห้องคลอด	6
ศัลยกรรมชายทั่วไป	35	รอกคลอด	15
ศัลยกรรมหญิง	35	เฝ้าสังเกตอาการ	10
ออร์โธปิดิกส์	35	ห้องผ่าตัด	10
กุมารเวชกรรมล่าง	30		
กุมารเวชกรรมบน	30		
สูติ-นรีเวชกรรม	30		
สงฆ์อาพาธ (จักษุวิทยา+โสตฯ+ทันตฯ)	27		
พิเศษ 1 – 5	60		
กึ่งวิกฤต	21		
รวมเตียงทั้งหมด	410	รวม	58

อัตรากำลังบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2559 – 2561

ตำแหน่ง	2559	2560	2561	ตำแหน่ง	2559	2560	2561
ผู้อำนวยการ	1	1	1	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	10	10	9
นายแพทย์	58	68	82	ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย	5	4	6
ทันตแพทย์	13	12	13	นักวิชาการเงินและบัญชี	10	11	13
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	8	7	7	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	3	3	3
เภสัชกร	27	30	34	นักจัดการงานทั่วไป	4	4	3
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	20	18	18	นักทรัพยากรบุคคล	5	5	5
พยาบาลวิชาชีพ	427	428	413	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	3	3	3
พยาบาลเทคนิค	5	5	4	นักกิจกรรมบำบัด	3	3	3
วิสัญญีพยาบาล	19	19	18	เจ้าพนักงานธุรการ	30	32	32
นักวิชาการสาธารณสุข	12	15	16	เจ้าพนักงานพัสดุ	4	4	4
นักกายภาพบำบัด	9	9	11	นักวิชาการพัสดุ	7	8	8
เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	1	1	1	นิติกร	1	1	2
นักเทคนิคการแพทย์	21	22	24	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	9	9	11
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	5	5	5	นักประชาสัมพันธ์	3	3	3
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	7	8	6	นักวิชาการโสตทัศนศึกษา	2	2	2
นักรังสีการแพทย์	10	10	10	นายช่างเทคนิค	8	7	11
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	2	2	1	ช่างกายอุปกรณ์	1	1	1
นักโภชนาการ	4	4	5	ช่างทันตกรรม	1	1	1
นักจิตวิทยา	2	2	3	นักวิชาการศึกษาพิเศษ	1	1	1
นักสังคมสงเคราะห์	2	2	2	บรรณารักษ์	1	1	1
นักวิชาการสถิติ	1	1	1	อื่น ๆ	422	426	406
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	6	6	6				
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	8	4	8				

อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2559 – 2561

ตำแหน่ง	2559	2560	2561
ผู้อำนวยการ	1	1	1
อายุรศาสตร์	6	10	10
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	1	2	4
อายุรศาสตร์โรคไต	1	1	1
อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	1	1	1
สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา	5	5	7
ศัลยศาสตร์	4	4	7
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	1	1	1
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	1	1	-
ประสาทศัลยศาสตร์	-	-	1
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	5	4	6
ศัลยศาสตร์ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี	1	1	1
จักษุวิทยา	4	3	3
โสต ศอ นาสิกวิทยา	3	4	4
จิตเวชศาสตร์	1	1	1
กุมารเวชศาสตร์	6	7	6
วิสัญญีวิทยา	4	5	4
รังสีวิทยาทั่วไป	4	3	3
รังสีวิทยาวินิจฉัย	1	2	2
เวชปฏิบัติทั่วไป	1	2	2
เวชศาสตร์ครอบครัว	4	5	2
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	1	1
แพทย์ (ลูกจ้าง)	3	5	5

อัตรากำลังบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2551 – 2561

ปีงบประมาณ	บุคลากร					
	ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	พนักงาน กระทรวง	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างชั่วคราว	รวม
2551	484	6	-	136	265	891
2552	487	12	-	131	306	936
2553	483	12	-	125	359	979
2554	488	14	-	121	407	1,030
2555	482	18	-	113	496	1,109
2556	542	19	-	109	504	1,174
2557	557	22	433	100	48	1,160
2558	566	25	456	99	53	1,199
2559	599	32	401	87	82	1,201
2560	612	35	384	86	101	1,218
2561	632	37	382	77	115	1,243

สรุปสถานการณ์การเงินโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
ผลการดำเนินงาน			
- รายได้ทั้งหมดไม่รวมงบลงทุน	937,889,545.99	1,095,205,653.74	1,124,659,433.53
- รายจ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าเสื่อมราคา	993,448,428.34	931,545,351.74	983,898,698.91
- กำไรสุทธิไม่รวมค่าเสื่อมราคา	-55,558,882.35	163,660,302.00	140,760,734.62
ฐานะทางการเงิน			
- ทุนสำรองสุทธิ	-42,445,817.05	138,988,009.40	220,576,302.37
- เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	93,787,413.89	153,702,302.91	209,344,195.04
- หนี้สินหมุนเวียน	291,365,157.18	236,692,407.16	238,698,715.51
- สินทรัพย์รวม	763,630,794.05	898,060,894.33	1,016,714,223.49
- สินทรัพย์หมุนเวียน	248,919,340.13	375,680,416.56	459,275,017.88
อัตราส่วนทางการเงิน			
- อัตราส่วนทุนหมุนเวียน Current Ratio (เท่า)	0.85	1.59	1.92
- อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว Quick Ratio (เท่า)	0.66	1.25	1.44
- อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน Cash Ratio 1 (เท่า)	0.32	0.65	0.88
- ทุนสำรองสุทธิพอเพียงต่อค่าใช้จ่าย (เดือน)	-0.70	2.56	3.8

*หมายเหตุ : แก้ไขจาก อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระด้วยตัวเงิน เป็น อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน

นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในเขตความรับผิดชอบ มีสุขภาพดีและเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาล จึงได้วางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลและกำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบ ในการกำกับดูแลการดำเนินงานตามนโยบาย ดังนี้

วิสัยทัศน์	“เป็นโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม เพื่อประชาชนสุขภาพ”
พันธกิจ	ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยระบบบริการและบริหารที่มีคุณภาพ
ค่านิยม	ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข
ขอบเขตบริการ	ให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการทั้งด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
เป้าประสงค์	ประชาชนในเขตความรับผิดชอบมีสุขภาพดี และเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none">1. จัดบริการสุขภาพร่วมกับเครือข่ายให้มีคุณภาพ2. บุคลากรมีความรู้ความสามารถ คุณธรรม จริยธรรม มีความสุขในการทำงาน3. พัฒนาผู้องค์กรแห่งการเรียนรู้
กลยุทธ์	<ol style="list-style-type: none">1. จัดระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิระดับสูงและผู้รับบริการปลอดภัย2. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีคุณภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้และเป็นธรรม3. พัฒนาบุคลากรให้เก่ง ดี มีสุข4. พัฒนาระบบสารสนเทศ และการจัดการความรู้ให้เกิดประโยชน์ และคุ้มค่า5. พัฒนาการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนในเครือข่าย
เข็มมุ่ง	<ol style="list-style-type: none">1. Patient Safety Goals2. บริการด้วยใจ
อัตลักษณ์โรงพยาบาล	รับผิดชอบต่อ ชื่อสัตย์ มีน้ำใจ

นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

นโยบาย	ผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน	ภารกิจที่รับผิดชอบ
1. โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในระดับตติยภูมิ ระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (2.3) โดยมีความเชี่ยวชาญพิเศษ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เป็นศูนย์โรคหัวใจ ระดับ 4 - เป็นโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประสพอุบัติเหตุ - เป็นโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง - เป็นโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤต 	ด้านการดูแลผู้ป่วย	ตติยภูมิ
2. โรงพยาบาลมีความพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ระบบ EMS (Emergency Medical System) - ระบบการควบคุมป้องกัน เตรียมพร้อมและดูแลรักษาโรค - อุปกรณ์ใหม่ อุปกรณ์ซ้ำมีแผนรองรับภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ 	ด้านการดูแลผู้ป่วย	ตติยภูมิ
3. โรงพยาบาลมีระบบการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร	ด้านทรัพยากรบุคคล	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
4. โรงพยาบาลจัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจที่เหมาะสมโดยการยกย่องชมเชย ให้รางวัลกับบุคลากรที่สร้างผลงานและนวัตกรรม	ด้านทรัพยากรบุคคล	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
5. ทุกหน่วยงานมีการเรียนรู้ความต้องการของผู้รับบริการ มีช่องทางสำหรับเสนอแนะข้อคิดเห็น นำมารวบรวมวิเคราะห์เพื่อใช้ปรับปรุงกระบวนการและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	ด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน	การพยาบาล

นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

นโยบาย	ผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน	ภารกิจที่รับผิดชอบ
6. บุคลากรทุกคนมีความตระหนักรู้และให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	ด้านการดูแลผู้ป่วย	การพยาบาล
7. ทุกทีม/ทุกหน่วยงานนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงงานโดยผ่านกระบวนการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของโรงพยาบาล	ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ	พัฒนาระบบบริการ สุขภาพ
8. ทุก PCT ต้องมีการวัด วิเคราะห์ โดยนำ Evidence Base มาปรับปรุงงานเพื่อการลดอัตราการตายและผลแทรกซ้อนในโรคที่สำคัญ เช่น Trauma Fast Track, STEMI Fast Track, Sepsis Management การดูแลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤต เป็นต้น	ด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านระบบงาน และกระบวนการสำคัญ	พัฒนาระบบบริการ สุขภาพ
9. โรงพยาบาลมีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาระบบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ	พัฒนาระบบบริการ สุขภาพ
10. โรงพยาบาลมีการรวบรวมถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีของบุคลากร และนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ปฐมภูมิ
11. โรงพยาบาลจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ	ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ปฐมภูมิ
12. จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุม โรคและลดปัจจัยเสี่ยงแก่ประชาชนในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน	ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ปฐมภูมิ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QO) ประจำปี 2561

ศูนย์คุณภาพมีผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ เพิ่มขึ้นจากโครงการประกวดผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร เมื่อวันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2561 จำนวนทั้งสิ้น 48 เรื่อง โดยสรุปผลการประกวดประเภทต่างๆ ดังนี้
ผลงานการพัฒนาคุณภาพระดับทีมเฉพาะด้าน

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
1	การพัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลกำแพงเพชร	RM
2	โรงพยาบาลกำแพงเพชรกับ Big Data เพื่อคุณภาพ	IM
3	การพัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพ	NSO
4	ปึกหมุด หยุดเชื่อดื้อยาด้วย Set kit	IC
5	การพัฒนาแนวทางการประเมินและการป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	IC
6	ใช้ยา Antibiotics ถูกทิศ ชีวิตผู้ป่วยปลอดภัย	ระบบยา

เรื่องเล่าประทับใจ

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
7	โลกสดใสของคุณยายนารี	สงฆ์อาพาธ
8	เพราะเสี้ยวนาที่....คือชีวิต	สงฆ์อาพาธ
9	เก่งให้ ให้เก่ง	ICU อายุรกรรม
10	วิตามินหัวใจ	ศัลยกรรมอุบัติเหตุ
11	รอยยิ้มใต้สายฝน	ศัลยกรรมอุบัติเหตุ
12	โครงการธรรมเสริมพลังชีวิต	พิเศษ
13	สำคัญคือ...บทบาทนี้เราทำเพื่อใคร	พิเศษ
14	กระจกสะท้อนเงา	อายุรกรรมชาย
15	หัวใจความเป็นมนุษย์	อายุรกรรมชาย
16	หนูน้อยนักสู้ในตู้กระจก	NICU
17	พระเอกของชั้น	ICU รวม

ผลงานการพัฒนาคุณภาพระดับทีม PCT

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
18	ก้าวทีละก้าวของ Stroke	PCT อายุกรรม
19	การพัฒนาระบบการรักษาแบบ One Day Surgery ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร	PCT ศัลยกรรม
20	Pediatric Early Warning Score : PEWS	PCT กุมารเวชกรรม
21	โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักชนิดไม่ซับซ้อนในเครือข่าย	PCT ศัลยกรรมกระดูก
22	การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หู คอ จมูก	PCT โสต ศอ นาสิก

ผลงานการพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงานด้านคลินิก

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
23	โครงการเส้นทางสู่ดวงดาว	พิเศษ
24	การป้องกันการใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดพลาด	จักษุ
25	การทำ Exposure chart และการปรับตั้งค่า Exposure Technique อัตโนมัติ สำหรับการเอกซเรย์ช่องท้อง	รังสีวิทยา
26	การพัฒนาหุ่นช่วยสอนเพื่อการวางแผนจำหน่าย	กึ่งวิกฤต
27	หยุดเป็นเหยื่อเชื่อต้อยา	อายุรกรรมหญิง
28	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหัวใจแห่งรัก	อายุรกรรมหญิง
29	ตรด.กับหน่วยไต	ไตเทียม
30	การพัฒนาระบบการส่งสิ่งส่งตรวจ	อายุรกรรมชาย
31	การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น	อายุรกรรมชาย
32	การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลกำแพงเพชร	NICU
33	การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่ใช้ยารพาริน	เภสัชกรรม
34	การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อการชักจากไข้สูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากชัก	กุมารเวชกรรม 2
35	การประยุกต์แนวคิด FAST HUGS BID	ICU รวม
36	พัฒนาการรายงานผลตรวจทางพยาธิวิทยา ผ่านระบบ HOSxP	LAB

ผลงานการพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงานด้านสนับสนุน

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
37	รับ – ส่ง 4.0	เครื่องมือแพทย์
38	การพัฒนาการบันทึกบัญชีเจ้าหนี้การค้า	บัญชี
39	พัฒนาระบบรายงานทางการเงิน One page report	บัญชี
40	หางปลา คูแลเธอ	เครื่องมือแพทย์
41	กระเป๋ารักโลก	พิเศษ
42	อุปกรณ์เตรียมสิ่งส่งตรวจ 3S (Save-Smear-Smart)	LAB
43	ถาดนับเม็ดยาวัณโรคแบบ Unit Dose	เภสัชกรรมผู้ป่วยนอก
44	กล่องใส่อุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจ	อายุรกรรมชาย
45	ICU 4.0	ICU อายุรกรรม
46	หมอนหลอดสอดขา	ศัลยกรรมชายทั่วไป

ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม : ระดับเครือข่ายบริการเมือง

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
47	ตาลด้านตึง	รพ.สต.แม่নারี
48	มจร.07153	รพ.สต.แม่নারี

ปัจจุบันโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

ตั้งแต่วันที่ 25 กรกฎาคม 2560 ถึงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563

จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (Re-Accreditation ครั้งที่ 3)

(ร่าง) แผนกิจกรรมหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office)

ประจำปีงบประมาณ 2562

เดือน	กิจกรรม
1-31 ตุลาคม 2561	สมัครเข้าร่วมโครงการ THIP ของ สรพ. (หลักสูตรต่อเนื่อง)
พฤศจิกายน 2561	รวบรวมเอกสารเพื่อขอรับการเยี่ยมชมสำรวจ (Surveillance Survey)
ธันวาคม 2561	ส่งเอกสารให้กับ สรพ. เพื่อรับการเยี่ยมชมสำรวจ (Surveillance Survey) โรงพยาบาลกำแพงเพชร
ธันวาคม 2561	ส่งอบรม HA 305 : การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุน
มกราคม 2562	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับการเยี่ยมชมสำรวจ (Surveillance Survey) โรงพยาบาลกำแพงเพชร
มกราคม-มีนาคม 2562	โครงการแถลงนโยบายผู้บริหาร และทีมคุณภาพลงสู่ผู้ปฏิบัติ ประจำปี 2562 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
มกราคม-มีนาคม 2562	โครงการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับ HA พื้นฐาน
มกราคม-มิถุนายน 2562	โครงการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัย และยั่งยืนในโรงพยาบาลกำแพงเพชร
มกราคม-มิถุนายน 2562	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดการข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ โดย นายแพทย์ วิริยะ กัลปพฤกษ์
มีนาคม 2562	ประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 20 (สรพ.)
เมษายน-มิถุนายน 2562	โครงการประกวดผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2562 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
กรกฎาคม-กันยายน 2562	ประชุมเตรียมความพร้อม Accreditation to Re-Accreditation
กันยายน 2562	สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2562
กันยายน 2562	วางแผนการดำเนินงานประจำปี 2563

สถิติจำนวนการให้บริการด้านการรักษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

รายการ	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
สถิติผู้ป่วยนอก				
1. จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก (OPD)				
- ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการครั้งแรกของปี (คนใหม่ในปี)	คน	111,983	102,913	108,811
- ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมด	ครั้ง	426,973	399,744	416,982
- เฉลี่ยผู้ป่วยนอกมารับบริการวันละ	ราย	1,493	1,398	1,458
- จำนวนผู้เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล (51)	ราย	256	245	225
- จำนวนผู้เสียชีวิต ณ ER (52)	ราย	51	56	76
สถิติผู้ป่วยใน				
2. จำนวนผู้รับบริการป่วยใน (IPD)				
- จำนวนผู้ป่วยใน (รวม NB)	ราย	40,551	40,921	42,347
- จำนวนวันนอน (รวม NB)	วัน	159,450	155,645	162,742
- วันนอนเฉลี่ย (รวม NB)	วัน	3.93	3.80	3.84
- เฉลี่ยคงพยาบาลต่อวัน (รวม NB)	วัน	437	426	446
- จำนวนผู้ป่วยใน (ไม่รวม NB)	ราย	38,525	39,131	40,430
- จำนวนวันนอน (ไม่รวม NB)	วัน	154,221	150,755	157,661
- วันนอนเฉลี่ย (ไม่รวม NB)	วัน	4.00	3.86	3.91
- เฉลี่ยคงพยาบาลต่อวัน (ไม่รวม NB)	วัน	423	413	432
- เฉลี่ยรับไว้รักษาต่อวัน	วัน	111	112	116
3. อัตราการครองเตียง	ร้อยละ	103.02	100.74	105.35
4. อัตราตายต่อ 100 ราย (ผู้ป่วยใน)	ร้อยละ	4.03	3.35	3.55
5. จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต	ราย	1,635	1,374	1,504
6. Adjrw เฉลี่ย (12 แพ้้ม)		1.4699	1.4935	1.4260
7. SumAdjrw (12 แพ้้ม)		59,613.88	61,233.60	60,174.79

ที่มา : ฐานข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

สถิติจำนวนการให้บริการด้านการรักษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

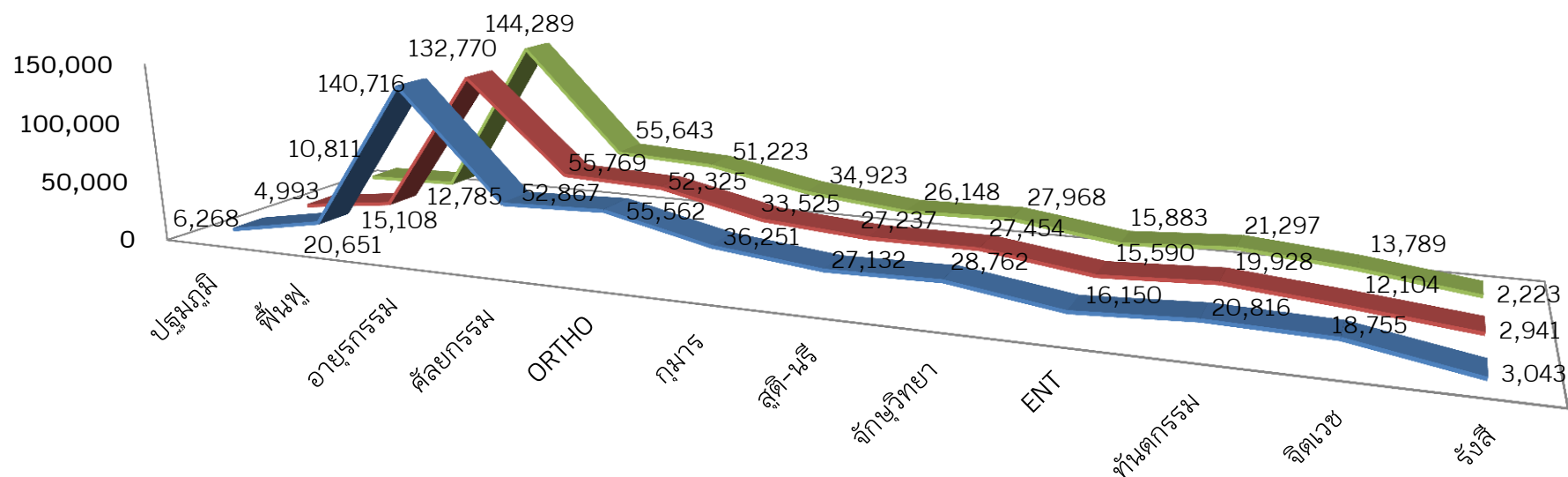
รายการ	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
สถิติผู้ป่วยใน				
2. จำนวนผู้รับบริการป่วยใน (IPD)				
จำนวนการคลอด				
- คลอดปกติ	ราย	1,197	1,215	1,213
- คลอดผิดปกติ	ราย	1,951	1,900	1,892
จำนวนเด็กตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate)	ราย	36	38	30
- เด็กเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	ราย	18	25	16
- เด็กตายอายุ 0- 7 วัน (Early Neonatal Mortality)	ราย	22	13	14
จำนวนเด็กตายอายุ 0 - 28 วัน (Neonatal Mortality)	ราย	25	17	17
จำนวนเด็กตายอายุ 0 - 1 ปี (Infant Mortality Rate)	ราย	32	21	23

ที่มา : ฐานข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

การให้บริการผู้ป่วยนอกแยกแผนก ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

ปี	ผู้ป่วยนอกแยกแผนก												
	ปฐมภูมิ	ฟื้นฟู	อายุรกรรม	ศัลยกรรม	ORTHO	กุมาร	สูติ-นรี	จักษุวิทยา	ENT	ทันตกรรม	จิตเวช	รังสี	รวม
2559	6,268	20,651	140,716	52,867	55,562	36,251	27,132	28,762	16,150	20,816	18,755	3,043	426,973
2560	4,993	15,108	132,770	55,769	52,325	33,525	27,237	27,454	15,590	19,928	12,104	2,941	399,744
2561	10,811	12,785	144,289	55,643	51,223	34,923	26,148	27,968	15,883	21,297	13,789	2,223	416,982

กราฟแสดงการให้บริการผู้ป่วยนอกแยกแผนก



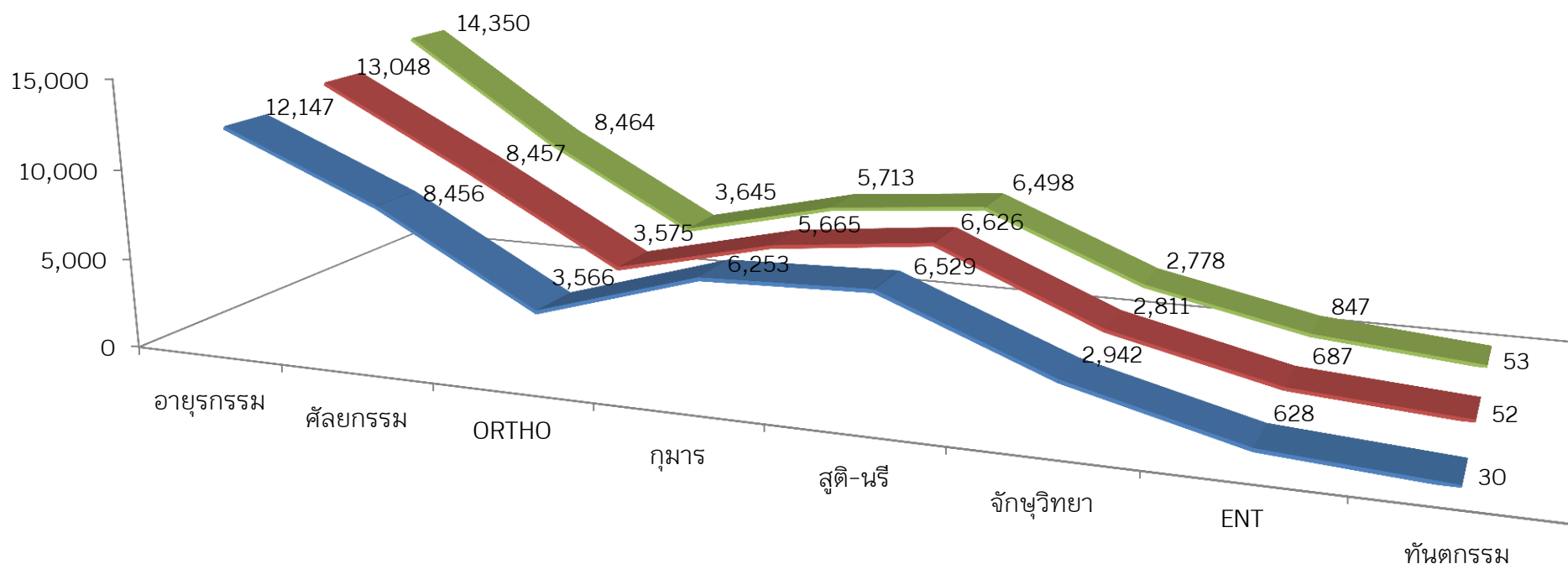
จำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการเฉลี่ยวันละ

ปี 2559	1,493
ปี 2560	1,398
ปี 2561	1,458

การให้บริการผู้ป่วยในแยกแผนก ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

ปี	จำนวนผู้ป่วยในแยกแผนก								
	อายุรกรรม	ศัลยกรรม	ORTHO	กุมาร	สูติ-นรี	จักษุวิทยา	ENT	ทันตกรรม	รวม
2559	12,147	8,456	3,566	6,253	6,529	2,942	628	30	40,551
2560	13,048	8,457	3,575	5,665	6,626	2,811	687	52	40,921
2561	14,350	8,464	3,645	5,713	6,498	2,778	847	53	42,348

การให้บริการผู้ป่วยในแยกแผนก



เฉลี่ยให้บริการผู้ป่วยในวันละ

ปี 2559	423
ปี 2560	413
ปี 2561	432

เฉลี่ยผู้มารับบริการวันละ

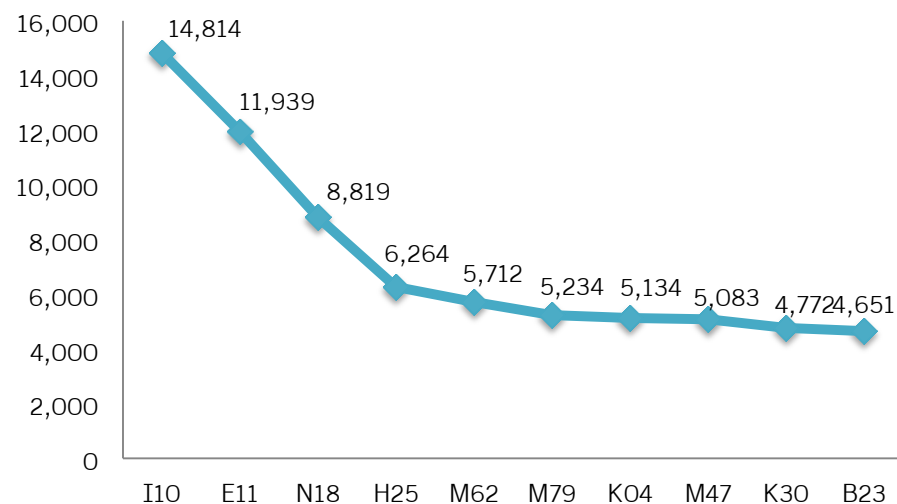
ปี 2559	111
ปี 2560	107
ปี 2561	116

10 อันดับโรค ผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

รหัส	โรค	2559	รหัส	โรค	2560
E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	18,023	I10	Essential (primary) hypertension	15,650
I10	Essential (primary) hypertension	17,915	E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	13,017
N18	Chronic renal failure	8,195	N18	Chronic renal failure	8,422
M62	Other disorders of muscle	6,790	M62	Other disorders of muscle	6,804
F20	Schizophrenia	6,441	H25	Senile cataract	5,438
J02	Acute pharyngitis	5,711	K30	Dyspepsia	5,180
M79	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	5,372	M79	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	5,101
K30	Dyspepsia	5,364	M47	Spondylosis	4,872
H25	Senile cataract	5,255	B23	HIV disease resulting in other conditions	4,628
M47	Spondylosis	5,042	K04	Diseases of pulp and periapical tissues	4,516
รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)		426,973	รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)		399,744

รหัส	โรค	2561
I10	Essential (primary) hypertension	14,814
E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	11,939
N18	Chronic renal failure	8,819
H25	Senile cataract	6,264
M62	Other disorders of muscle	5,712
M79	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	5,234
K04	Diseases of pulp and periapical tissues	5,134
M47	Spondylosis	5,083
K30	Dyspepsia	4,772
B23	HIV disease resulting in other conditions	4,651
รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)		416,982

กราฟแสดง 10 อันดับโรค ผู้ป่วยนอก 2561

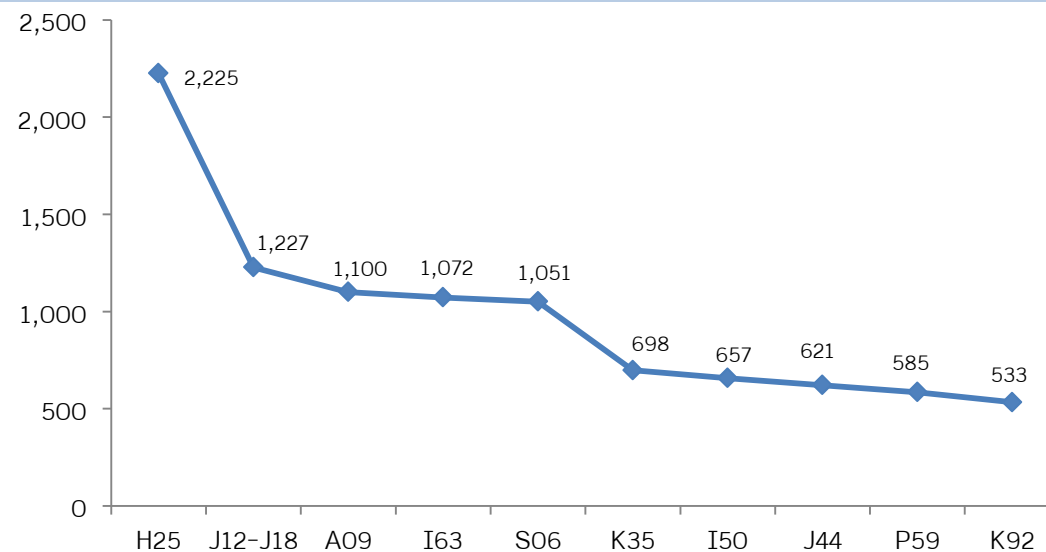


10 อันดับโรค ผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

รหัส	โรค	2559	รหัส	โรค	2560
H25	Senile cataract	2,464	H25	Senile cataract	2,297
J12-J18	Pneumonia	1,953	J12-J18	Pneumonia	1,618
A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1,457	I63	Cerebral infarction	1,176
S06	Intracranial injury	1,087	A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1,106
I63	Cerebral infarction	962	S06	Intracranial injury	1,061
K35	Acute appendicitis	670	P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	663
P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	629	K35	Acute appendicitis	648
I50	Heart failure	567	D56	Thalassaemia	595
N10	Acute tubulo-interstitial nephritis	545	N20	Calculus of kidney and ureter	563
N20	Calculus of kidney and ureter	540	J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	528
รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)		426,973	รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)		40,921

รหัส	โรค	2561
H25	Senile cataract	2,225
J12-J18	Pneumonia	1,227
A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1,100
I63	Cerebral infarction	1,072
S06	Intracranial injury	1,051
K35	Acute appendicitis	698
I50	Heart failure	657
J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	621
P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	585
K92	Other diseases of digestive	533
รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)		42,348

กราฟแสดง 10 อันดับโรค ผู้ป่วยใน 2561

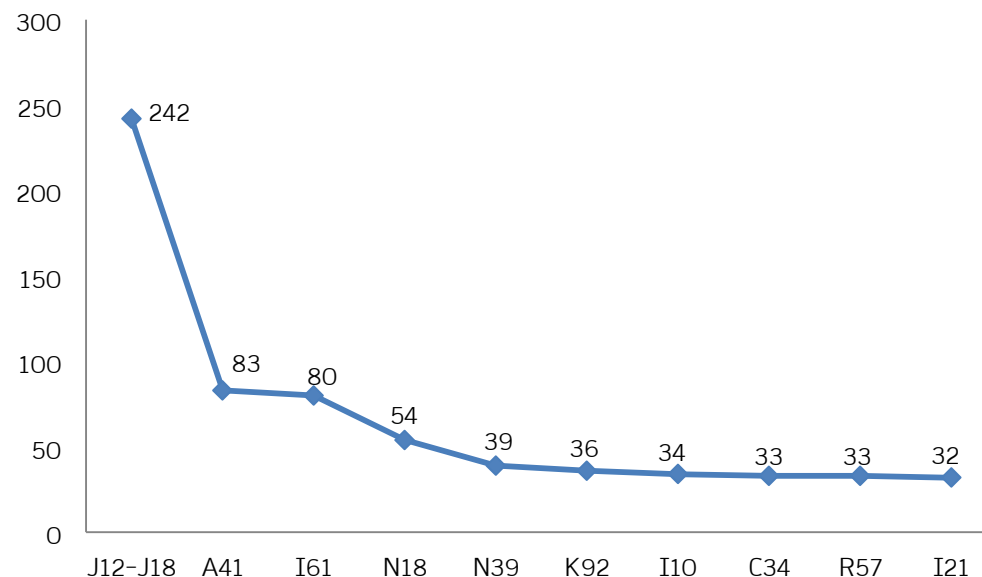


10 อันดับโรคสาเหตุการตาย (โรคจากใบมรณบัตร ทร.4/1) ประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

รหัส	โรค	2559	รหัส	โรค	2560
J12-J18	Pneumonia	280	J12-J18	Pneumonia	242
I61	Intracerebral haemorrhage	67	I61	Intracerebral haemorrhage	63
I21	Acute myocardial infarction	55	N18	Chronic renal failure	40
N18	Chronic renal failure	54	I21	Acute myocardial infarction	39
R57	Septic Shock	47	R57	Shock, not elsewhere classified	39
A16	Tuberculosis of lung	45	A41	Other septicaemia	36
N39	Other disorders of urinary system	40	K92	Other diseases of digestive system	36
C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	38	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	32
J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	37	J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	31
R65	Systemic Inflammatory Response Syndrome	34	C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	30
รวมผู้เสียชีวิตทั้งหมด		1,635	รวมผู้เสียชีวิตทั้งหมด		1,371

รหัส	โรค	2561
J12-J18	Pneumonia	242
A41	Other septicaemia	83
I61	Intracerebral haemorrhage	80
N18	Chronic renal failure	54
N39	Other disorders of urinary system	39
K92	Other diseases of digestive system	36
I10	Essential (primary) hypertension	34
C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	33
R57	Shock, not elsewhere classified	33
I21	Acute myocardial infarction	32
รวมผู้เสียชีวิตทั้งหมด		1,504

กราฟแสดง 10 อันดับโรคสาเหตุการตาย 2561

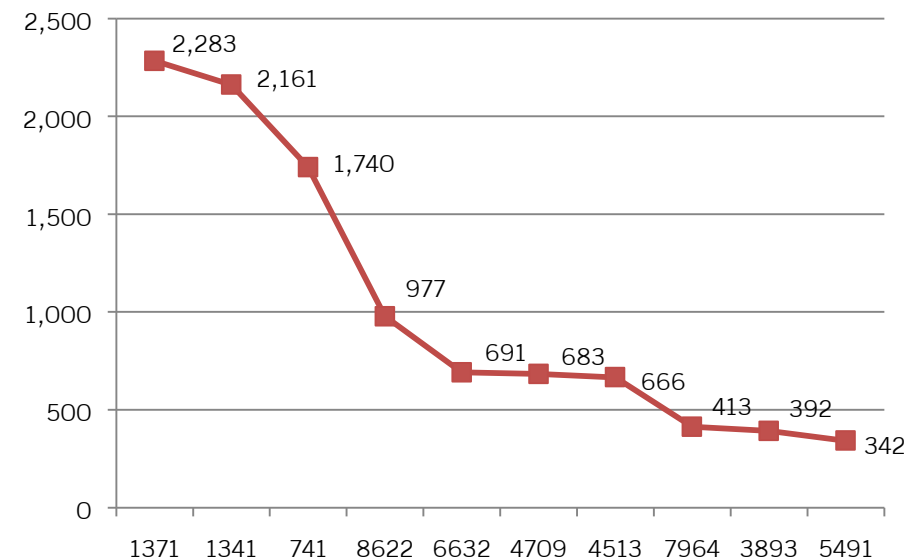


10 อันดับผ่าตัดใหญ่ ประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

รหัส	โรค	2559	รหัส	โรค	2560
1371	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	2,476	1371	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	2,295
1341	Phacoemulsification and aspiration of cataract	2,423	1341	Phacoemulsification and aspiration of cataract	2,237
741	Low cervical cesarean section	1,818	741	Low cervical cesarean section	1,799
6632	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	719	8622	Debridement of wound, infection, or burn	878
8622	Debridement of wound, infection, or burn	679	6632	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	668
4709	Other appendectomy	649	4709	Other appendectomy	655
4513	Other endoscopy of small intestine	605	4513	Other endoscopy of small intestine	570
3893	Other venous catheterization	571	7964	Debridement of open fracture site (phalanges of hand)	417
7964	Debridement of open fracture site (phalanges of hand)	410	3893	Other venous catheterization	413
5491	percutaneous abdominal paracentesis	366	5491	Percutaneous abdominal drainage (paracentesis)	385
รวม (จำนวนรหัสผ่าตัดทั้งหมด)		20,096	รวม (จำนวนรหัสผ่าตัดทั้งหมด)		20,095

รหัส	โรค	2561
1371	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	2,283
1341	Phacoemulsification and aspiration of cataract	2,161
741	Low cervical cesarean section	1,740
8622	Debridement of wound, infection, or burn	977
6632	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	691
4709	Other appendectomy	683
4513	Other endoscopy of small intestine	666
7964	Debridement of open fracture site (phalanges of hand)	413
3893	Other venous catheterization	392
5491	Percutaneous abdominal drainage (paracentesis)	342
รวม (จำนวนรหัสผ่าตัดทั้งหมด)		20,096

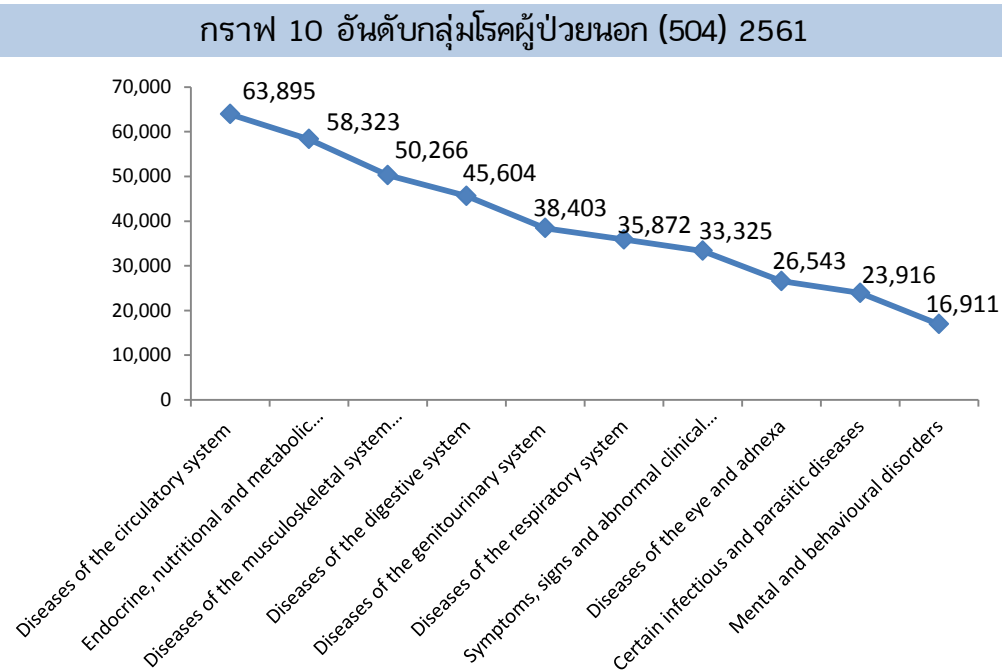
กราฟ 10 อันดับผ่าตัดใหญ่ 2561



10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก (504) ประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

โรค	2559	โรค	2560
1. Diseases of the circulatory system	68,602	1. Diseases of the circulatory system	60,574
2. Endocrine, nutritional and metabolic diseases	67,460	2. Endocrine, nutritional and metabolic diseases	57,785
3. Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	55,000	3. Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	50,518
4. Diseases of the digestive system	46,328	4. Diseases of the digestive system	42,936
5. Diseases of the respiratory system	39,254	5. Diseases of the genitourinary system	37,109
6. Diseases of the genitourinary system	35,713	6. Diseases of the respiratory system	36,576
7. Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings not elsewhere classified	31,284	7. Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings not elsewhere classified	31,634
8. Diseases of the eye and adnexa	25,625	8. Diseases of the eye and adnexa	26,081
9. Mental and behavioural disorders	25,056	9. Certain infectious and parasitic diseases	22,063
10. Certain infectious and parasitic diseases	22,495	10. Other external causes of morbidity and mortality	13,459
รวม กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก	499,979	รวม กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก	436,822

โรค	2561
1. Diseases of the circulatory system	63,895
2. Endocrine, nutritional and metabolic diseases	58,323
3. Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	50,266
4. Diseases of the digestive system	45,604
5. Diseases of the genitourinary system	38,403
6. Diseases of the respiratory system	35,872
7. Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings not elsewhere classified	33,325
8. Diseases of the eye and adnexa	26,543
9. Certain infectious and parasitic diseases	23,916
10. Mental and behavioural disorders	16,911
รวม กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก	477,291

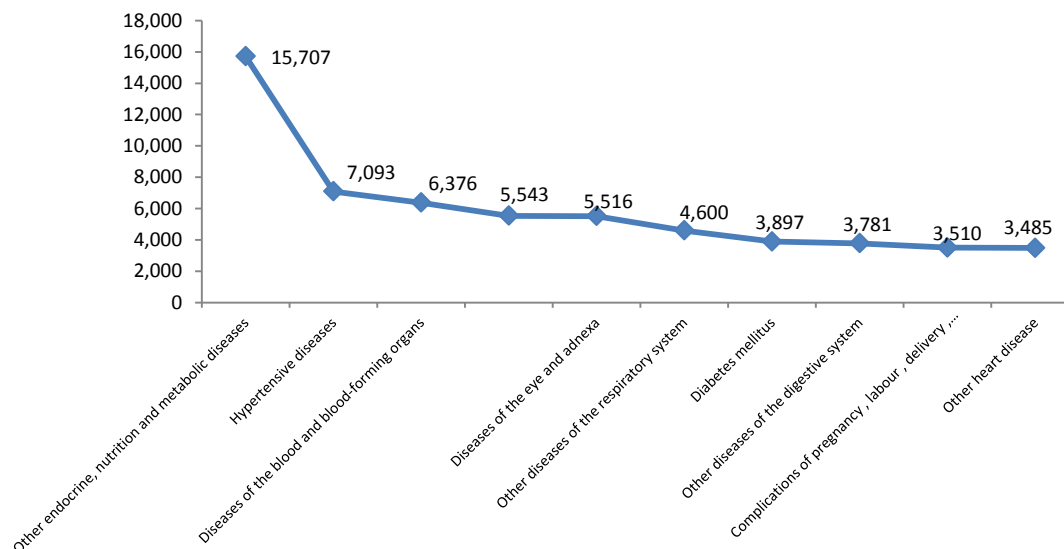


10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (505) ประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

โรค	2559	โรค	2560
Other endocrine, nutrition and metabolic diseases	16,433	Other endocrine, nutrition and metabolic diseases	16,411
Diseases of the eye and adnexa	5,964	Hypertensive diseases	6,550
Diseases of the blood and blood-forming organs	5,950	Diseases of the blood and blood-forming organs	6,385
Hypertensive diseases	5,738	Diseases of the eye and adnexa	5,660
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings	4,787	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings	5,319
Other diseases of the respiratory system	4,303	Other diseases of the respiratory system	4,501
Other diseases of the digestive system	3,645	Diabetes mellitus	3,527
Complications of pregnancy, labour, delivery, puerperium	3,370	Complications of pregnancy, labour, delivery, puerperium	3,509
Diabetes mellitus	3,213	Other diseases of the digestive system	3,448
Other external causes of morbidity and mortality and sequelae	2,936	Other heart disease	3,140
รวม กลุ่มโรคผู้ป่วยใน	102,535	รวม กลุ่มโรคผู้ป่วยใน	104,709

โรค	2561
Other endocrine, nutrition and metabolic diseases	15,707
Hypertensive diseases	7,093
Diseases of the blood and blood-forming organs	6,376
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings	5,543
Diseases of the eye and adnexa	5,516
Other diseases of the respiratory system	4,600
Diabetes mellitus	3,897
Other diseases of the digestive system	3,781
Complications of pregnancy, labour, delivery, puerperium	3,510
Other heart disease	3,485
รวม กลุ่มโรคผู้ป่วยใน	106,756

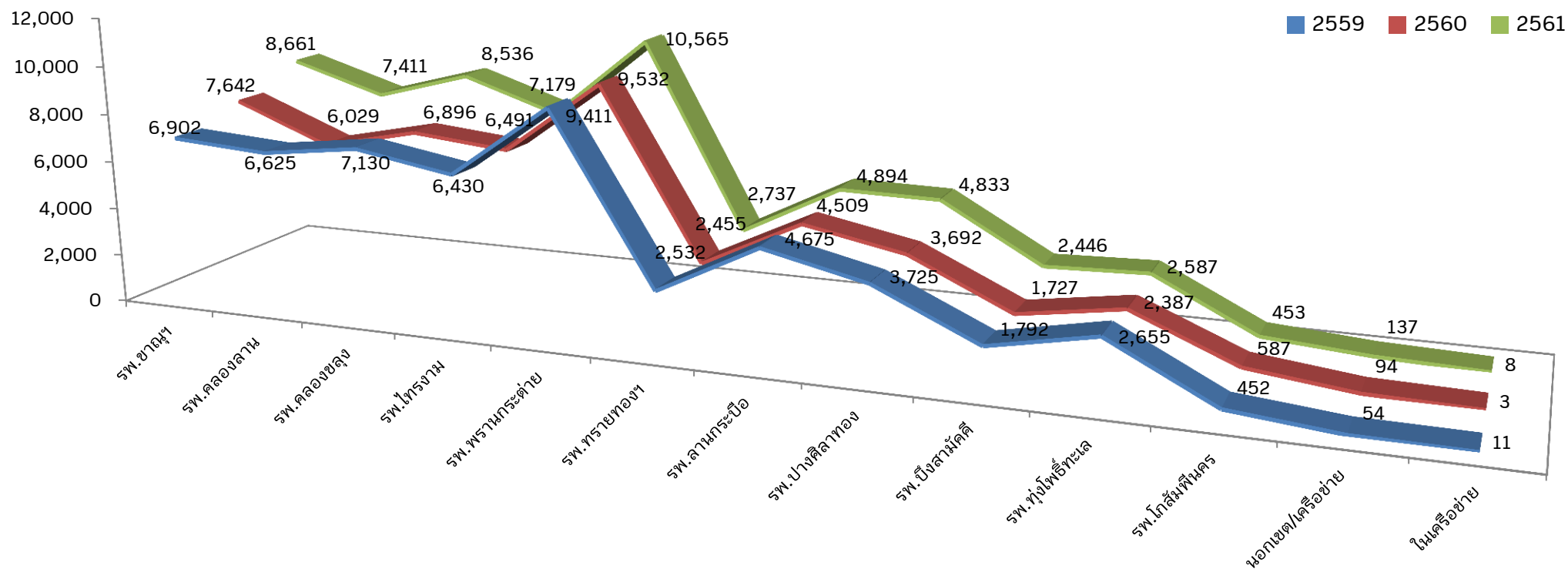
กราฟ 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (505) 2561



สรุปสถานพยาบาล REFER - IN ผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

ปี งบประมาณ	สถานพยาบาล											
	ชาตุมุฯ	คลองลาน	คลองขลุง	ไทรยางม	พราณ กระต่าย	ทรายทอง	ลานกระบือ	ปางศิลา ทอง	บึงสามัคคี	ทุ่งโพธิ์ ทะเล	โกสัมพินคร	นอกเขต/ เครือข่าย
2559	6,902	6,625	7,130	6,430	9,411	2,532	4,675	3,725	1,792	2,655	452	54
2560	7,642	6,029	6,896	6,491	9,532	2,455	4,509	3,692	1,727	2,387	587	94
2561	8,661	7,411	8,536	7,179	10,565	2,737	4,894	4,833	2,446	2,587	453	137

กราฟแสดง REFER - IN ผู้ป่วยนอก

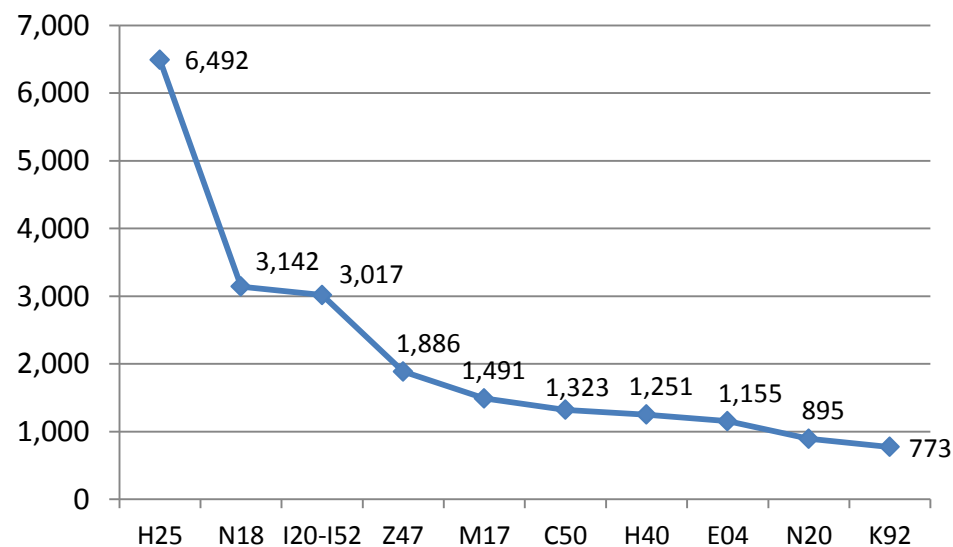


10 อันดับโรค REFER - IN ผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

รหัส	โรค	2559	รหัส	โรค	2560
H25	Senile cataract	5,298	H25	Senile cataract	5,548
N18	Chronic renal failure	2,664	N18	Chronic renal failure	2,818
I20-I52	Heart disease	2,097	I20-I52	Heart disease	1,998
F20	Schizophrenia	1,240	Z47	Other orthopaedic follow-up care Schizophrenia	1,812
C50	Malignant neoplasm of breast	1,153	C50	Malignant neoplasm of breast	1,430
H90	Conductive and sensorineural hearing loss	1,126	H40	Glaucoma	1,271
H40	Glaucoma	984	E04	Other nontoxic goitre	951
M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	955	M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	882
E04	Other nontoxic goitre	943	Z09	Follow-up examination after treatment for conditions other than malignant neoplasms	869
N20	Calculus of kidney and ureter	797	N20	Calculus of kidney and ureter	733
รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)		52,396	รวม กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก		52,055

รหัส	โรค	2561
H25	Senile cataract	6,492
N18	Chronic renal failure	3,142
I20-I52	Heart disease	3,017
Z47	Other orthopaedic follow-up care Schizophrenia	1,886
M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	1,491
C50	Malignant neoplasm of breast	1,323
H40	Glaucoma	1,251
E04	Other nontoxic goitre	1,155
N20	Calculus of kidney and ureter	895
K92	Other diseases of digestive system	773
รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)		60,447

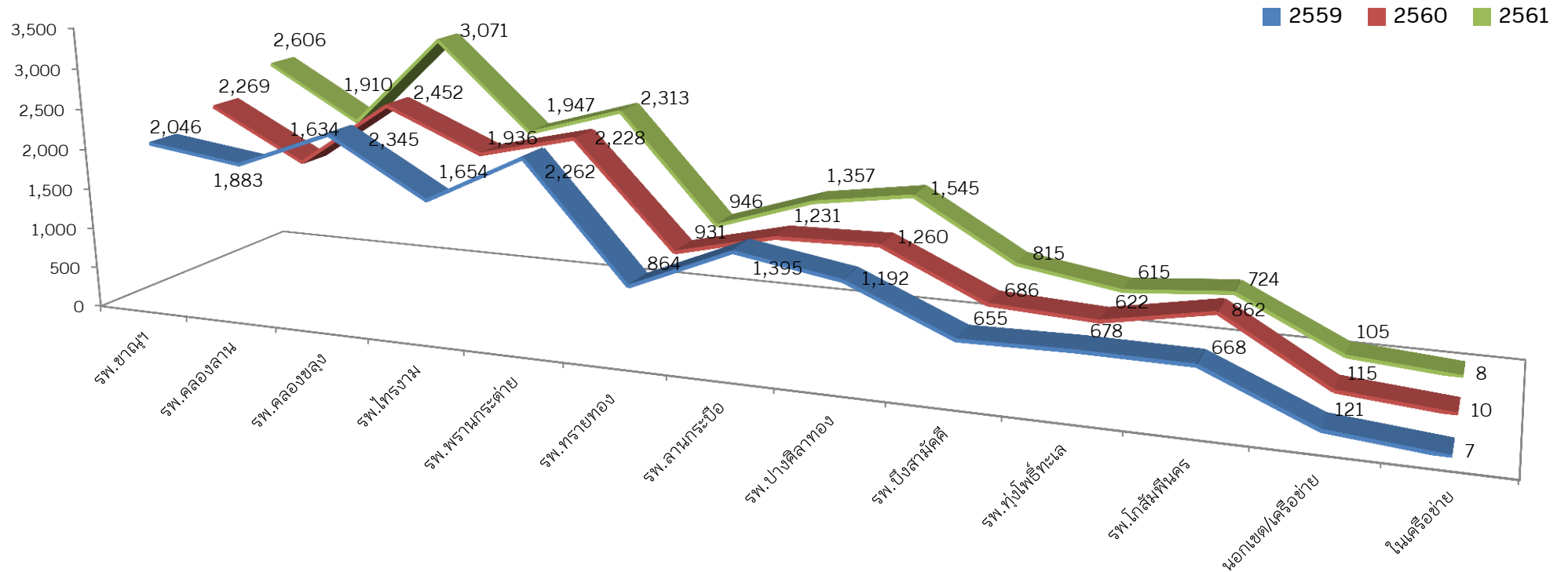
กราฟแสดง 10 อันดับโรค REFER - IN ผู้ป่วยนอก 2561



สรุปสถานพยาบาล REFER - IN ผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

ปี งบประมาณ	สถานพยาบาล											
	ขอนแก่น	คลองลาน	คลองขลุง	ไทรยางม	พราณ กระต่าย	ทรายทอง	ลานกระบือ	ปางศิลา ทอง	บึงสามัคคี	ทุ่งโพธิ์ ทะเล	โกสุมพิ นคร	นอกเขต/ เครือข่าย
2559	2,046	1,883	2,345	1,654	2,262	864	1,395	1,192	655	678	668	121
2560	2,269	1,634	2,452	1,936	2,228	931	1,231	1,260	686	622	862	115
2561	2,606	1,910	3,071	1,947	2,313	946	1,357	1,545	815	615	724	105

กราฟแสดง REFER - IN ผู้ป่วยใน

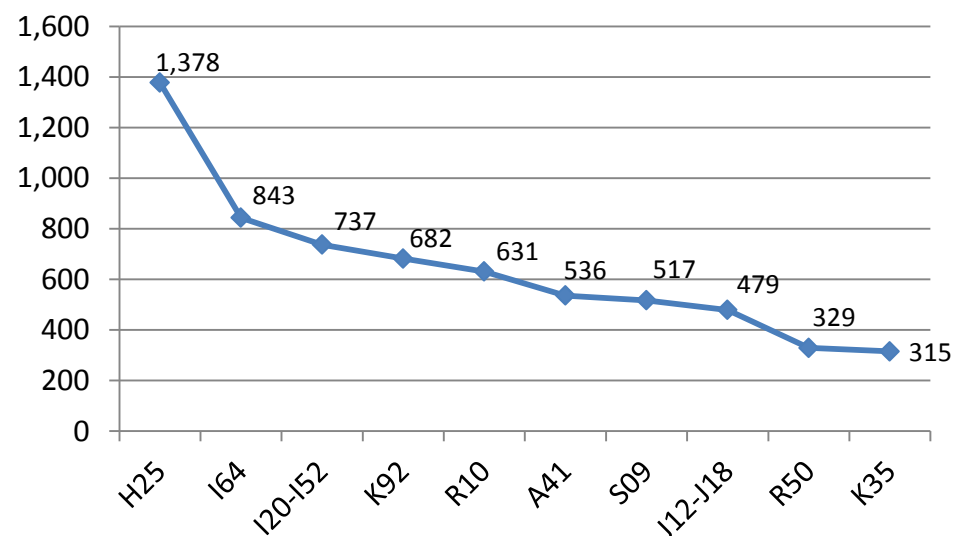


10 อันดับโรค REFER - IN ผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

รหัส	โรค	2559	รหัส	โรค	2560
H25	Senile cataract	1,470	H25	Senile cataract	1,372
I20-I52	Heart disease	719	I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	820
I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	718	I20-I52	Heart disease	637
K92	Other diseases of digestive system	565	K92	Other diseases of digestive system	598
S09	Other and unspecified injuries of head	482	R10	Abdominal and pelvic pain	553
R10	Abdominal and pelvic pain	441	S09	Other and unspecified injuries of head	449
K35	Acute appendicitis	373	A41	Other septicaemia	393
A41	Other septicaemia	317	K35	Acute appendicitis	332
J18	Pneumonia, organism unspecified	310	J18	Pneumonia, organism unspecified	326
R50	Fever of unknown origin	291	D56	Thalassaemia	285
รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)		15,770	รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)		16,236

รหัส	โรค	2561
H25	Senile cataract	1,378
I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	843
I20-I52	Heart disease	737
K92	Other diseases of digestive system	682
R10	Abdominal and pelvic pain	631
A41	Other septicaemia	536
S09	Other and unspecified injuries of head	517
J12-J18	Pneumonia	479
R50	Fever	329
K35	Acute appendicitis	315
รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)		17,962

กราฟแสดง 10 อันดับโรค REFER - IN ผู้ป่วยใน 2561



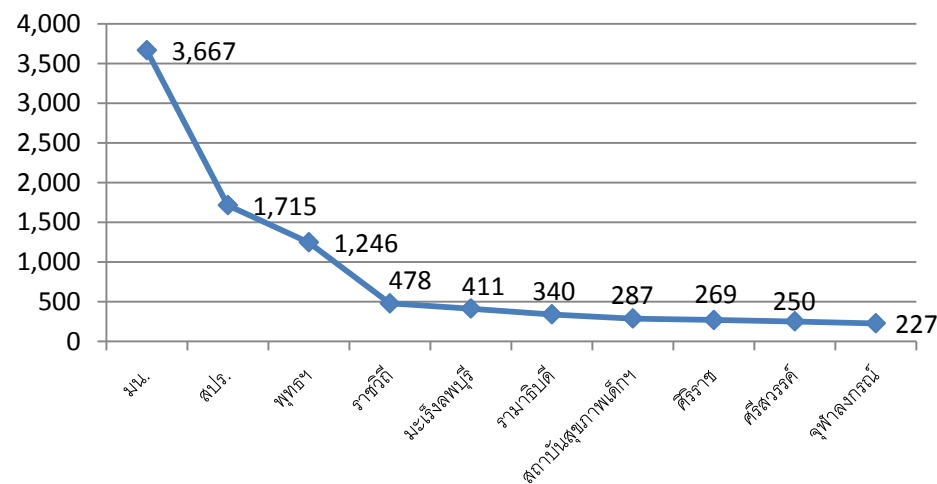
สรุปสถานพยาบาล REFER - OUT ผู้ป่วยนอก ที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน

ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

สถานพยาบาล	2559	สถานพยาบาล	2560
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	3,194	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	3,509
โรงพยาบาลพุทธชินราช	1,197	โรงพยาบาลพุทธชินราช	1,240
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	927	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	1,182
โรงพยาบาลราชวิถี	658	โรงพยาบาลราชวิถี	676
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	477	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	436
โรงพยาบาลศรีสวรรค์	400	โรงพยาบาลศรีสวรรค์	337
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	317	โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	321
โรงพยาบาลศิริราช	260	โรงพยาบาลศิริราช	297
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	208	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	262
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	205	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	224
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	1,058	โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	1,090
ยอดรวม Refer out-opd สูงกว่า/เท่ากัน	8,901	ยอดรวม Refer out-opd สูงกว่า/เท่ากัน	9,574

สถานพยาบาล	2561
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	3,667
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	1,715
โรงพยาบาลพุทธชินราช	1,246
โรงพยาบาลราชวิถี	478
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	411
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	340
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	287
โรงพยาบาลศิริราช	269
โรงพยาบาลศรีสวรรค์	250
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	227
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	1,082
ยอดรวม Refer out-opd สูงกว่า/เท่ากัน	9,972

กราฟแสดงสถานพยาบาล Refer – out สูงกว่า/เท่ากัน ผู้ป่วยนอก ปี 2561

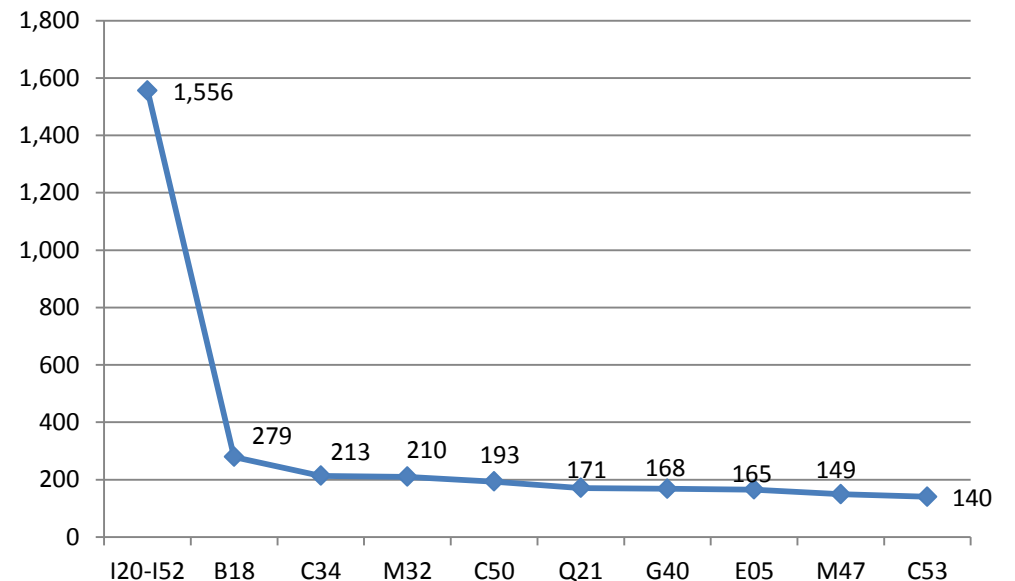


10 อันดับโรค REFER - OUT ผู้ป่วยนอก มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากับ ปีงบประมาณ 2559–2561

รหัส	โรค	2559	รหัส	โรค	2560
I20-I52	Heart disease	1,400	I20-I52	Heart disease	1,530
N63	Unspecified lump in breast	326	N63	Unspecified lump in breast	233
C50	Malignant neoplasm of breast	264	C50	Malignant neoplasm of breast	227
G40	Epilepsy	194	B18	Chronic viral hepatitis	212
B18	Chronic viral hepatitis	174	Q21	Congenital malformations of cardiac septa	194
E05	Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]	169	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	134
Q21	Congenital malformations of cardiac septa	161	G40	Epilepsy	170
C53	Malignant neoplasm of cervix uteri	150	M32	Systemic lupus erythematosus	166
I05	Rheumatic mitral valve diseases	136	E05	Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]	160
M32	Systemic lupus erythematosus	134	C53	Malignant neoplasm of cervix uteri	154
รวม(โรคจากหนังสือส่งตัว)		8,901	รวม(โรคจากหนังสือส่งตัว)		9,574

รหัส	โรค	2561
I20-I52	Heart disease	1,556
B18	Chronic viral hepatitis	279
C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	213
M32	Systemic lupus erythematosus	210
C50	Malignant neoplasm of breast	193
Q21	Congenital malformations of cardiac septa	171
G40	Epilepsy	168
E05	Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]	165
M47	Spondylosis	149
C53	Malignant neoplasm of cervix uteri	140
รวม(โรคจากหนังสือส่งตัว)		9,972

กราฟแสดง 10 อันดับโรค Refer – out สูงกว่า/เท่ากัน ผู้ป่วยนอก ปี 2561



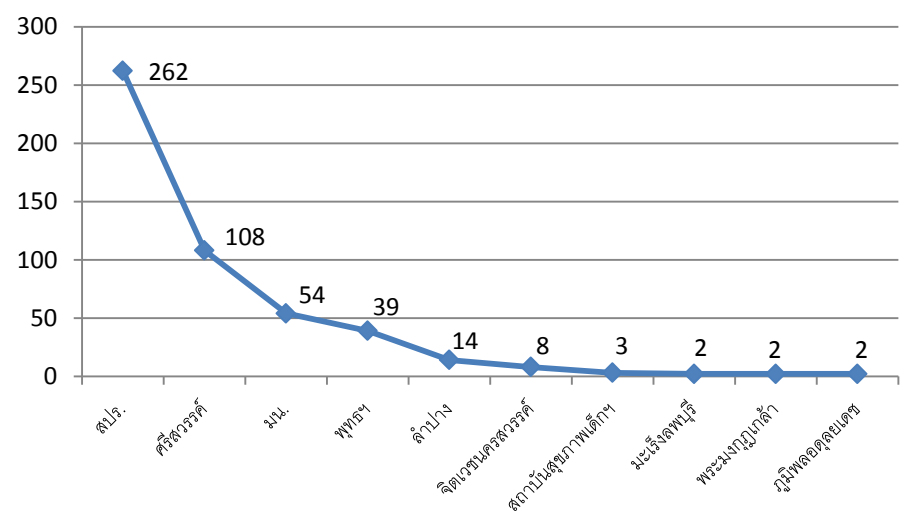
สรุปสถานพยาบาล REFER - OUT ผู้ป่วยใน ที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน

ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

สถานพยาบาล	2559	สถานพยาบาล	2560
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	276	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	316
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	77	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	55
โรงพยาบาลพุทธชินราช	43	โรงพยาบาลพุทธชินราช	38
โรงพยาบาลลำปาง	17	โรงพยาบาลศรีสวรรค์	19
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	7	โรงพยาบาลลำปาง	13
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	6	โรงพยาบาลราชวิถี	6
โรงพยาบาลพิจิตร	6	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	5
โรงพยาบาลราชวิถี	4	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	5
โรงพยาบาลศรีสวรรค์	3	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	4
โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	3	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	4
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	22	โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	15
ยอดรวม Refer out-ipd สูงกว่า/เท่ากัน	452	ยอดรวม Refer out-ipd สูงกว่า/เท่ากัน	480

สถานพยาบาล	2561
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	262
โรงพยาบาลศรีสวรรค์	108
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	54
โรงพยาบาลพุทธชินราช	39
โรงพยาบาลลำปาง	14
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	8
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	3
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	2
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	2
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	2
โรงพยาบาล/สถาบันอื่น ๆ	9
ยอดรวม Refer out-ipd สูงกว่า/เท่ากัน	503

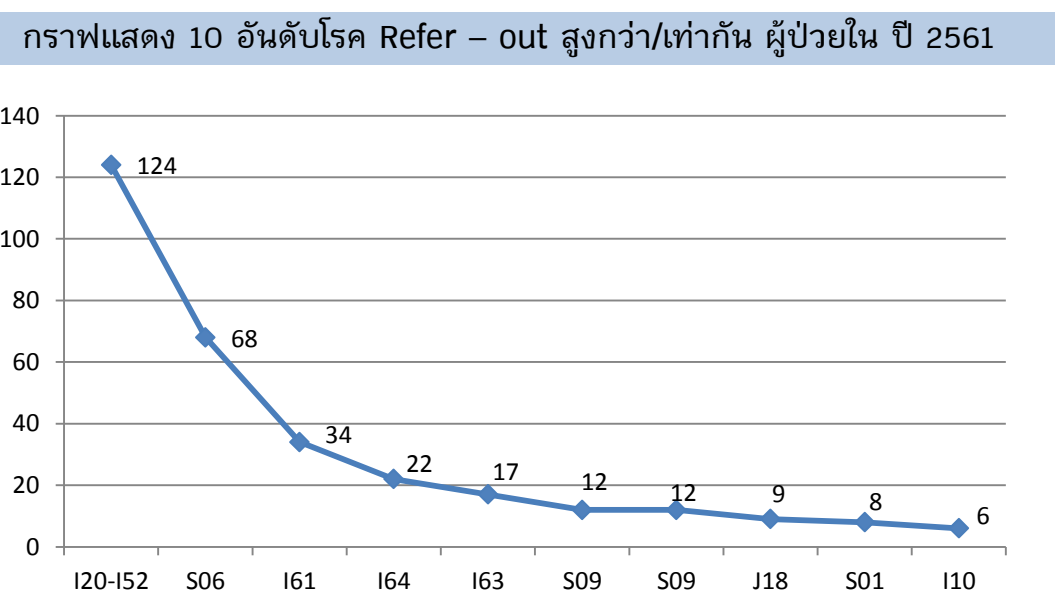
กราฟแสดงสถานพยาบาล Refer – out สูงกว่า/เท่ากัน ผู้ป่วยใน ปี 2561



10 อันดับโรค REFER - OUT ผู้ป่วยใน มีศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

รหัส	โรค	2559	รหัส	โรค	2560
S06	Intracranial injury	107	S06	Intracranial injury	91
I61	Intracerebral haemorrhage	64	I20-I52	Heart disease	60
I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	14	I61	Intracerebral haemorrhage	36
D43	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of brain and central nervous system	13	I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	28
S02	Fracture of skull and facial bones	10	I63	Cerebral infarction	15
S09	Other and unspecified injuries of head	9	D43	Neoplasm of uncertain or unknown behaviour of brain and central nervous system	11
I63	Cerebral infarction	7	P07	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified	8
F20	Schizophrenia	4	S02	Fracture of skull and facial bones	8
G06	Intracranial and intraspinal abscess and granuloma	4	S09	Other and unspecified injuries of head	8
D69	Purpura and other haemorrhagic conditions	3	C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	7
รวม(โรคจากหนังสือส่งตัว)		293	รวม(โรคจากหนังสือส่งตัว)		480

รหัส	โรค	2561
I20-I52	Heart disease	124
S06	Intracranial injury	68
I61	Intracerebral haemorrhage	34
I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	22
I63	Cerebral infarction	17
S09	Other and unspecified injuries of head	12
S09	Other and unspecified injuries of head	12
J18	Pneumonia, organism unspecified	9
S01	Open wound of head	8
I10	Essential (primary) hypertension	6
รวม(โรคจากหนังสือส่งตัว)		503



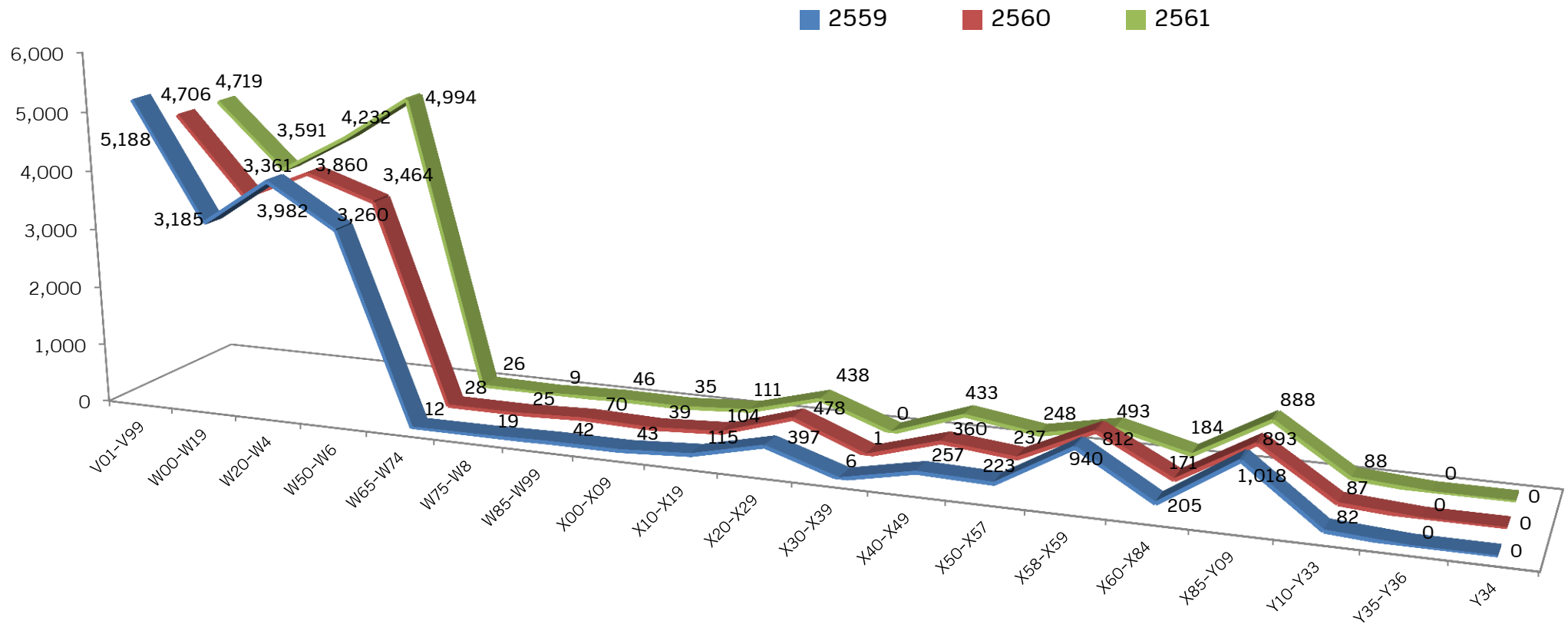
สรุปการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่นของการบาดเจ็บ จาก 19 สาเหตุ

จำแนกตามที่อยู่ปัจจุบันของผู้บาดเจ็บ ประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

สาเหตุของการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด			จำนวนผู้เสียชีวิต								
	2559	2560	2561	2559			2560			2561		
				เสียชีวิต ก่อนถึง	เสียชีวิต ณ ER	เสียชีวิต IPD	เสียชีวิต ก่อนถึง	เสียชีวิต ณ ER	เสียชีวิต IPD	เสียชีวิต ก่อนถึง	เสียชีวิต ณ ER	เสียชีวิต IPD
1.อุบัติเหตุการขนส่ง (V01-V99)	5,188	4,706	4,719	55	15	78	55	13	71	59	11	64
2.อุบัติเหตุอื่นๆ												
2.1 อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม (W00-W19)	3,185	3,361	3,591	6	1	21	2	-	18	1	1	14
2.2 อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ (W20-W49)	3,982	3,860	4,232	2	-	9	2	-	2	-	1	2
2.3 อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/คน (W50-W64)	3,260	3,464	4,994	-	-	-	1	-	-	-	-	2
2.4 อุบัติเหตุการตกน้ำและจมน้ำ (W65-W74)	12	28	26	5	-	1	13	-	3	16	-	2
2.5 อุบัติเหตุที่คุกคามการหายใจ (W75-W84)	19	25	9	-	-	1	3	-	2	-	-	-
2.6 อุบัติเหตุสัมผัสกระแสไฟฟ้ารังสีและอุณหภูมิ (W85-W99)	42	70	46	-	-	2	4	-	-	-	1	-
2.7 อุบัติเหตุสัมผัสสควีนไฟและเปลวไฟ (X00-X09)	43	39	35	-	-	2	1	-	4	1	-	-
2.8 อุบัติเหตุสัมผัสความร้อนของร้อน (X10-X19)	115	104	111	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.9 อุบัติเหตุสัมผัสพิษจากสัตว์หรือพืช (X20-X29)	397	478	438	-	-	1	-	-	2	-	-	-
2.10 อุบัติเหตุสัมผัสพลังงานจากธรรมชาติ (X30-X39)	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.11 อุบัติเหตุสัมผัสพิษและสารอื่น ๆ (X40-X49)	257	360	433	-	-	1	-	-	3	1	-	1
2.12 อุบัติเหตุการออกแรงเกิน (X50-X57)	223	237	248	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.13 อุบัติเหตุสัมผัสกับสิ่งไม่ทราบแน่ชัด (X58-X59)	940	812	493	-	-	12	1	-	17	4	-	15
3. ทำร้ายตนเองด้วยวิธีต่างๆ (X60-X84)	205	171	184	23	-	19	20	-	13	11	1	21
4. ถูกทำร้ายด้วยวิธีต่างๆ (X85-Y09)	1,018	893	888	-	1	1	5	1	3	1	-	2
5. บาดเจ็บโดยไม่ทราบเจตนา (Y10-Y33)	82	87	88	-	-	7	-	-	9	-	-	5
6. ดำเนินการทางกฎหมายหรือสงคราม (Y35-Y36)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. ไม่ทราบทั้งสาเหตุและเจตนา (Y34)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม	18,974	18,696	20,535	91	17	155	107	14	147	94	15	128

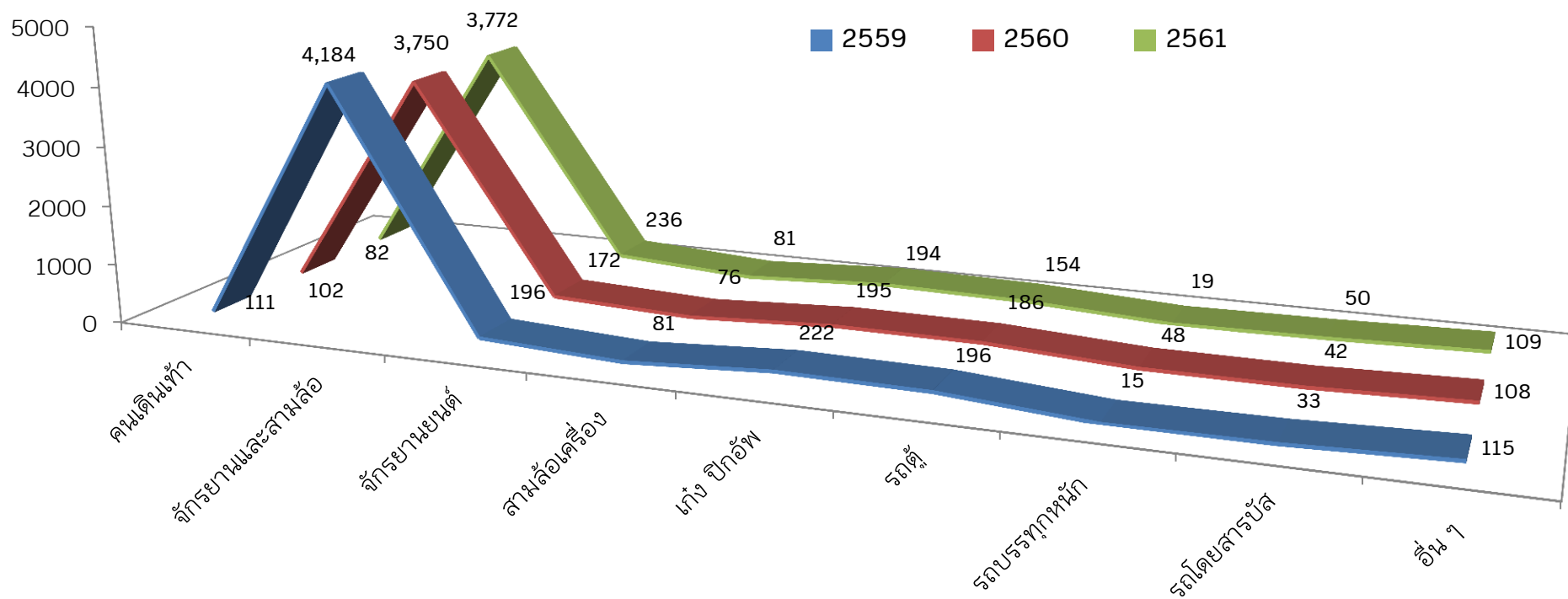
กราฟแสดงจำนวนอุบัติเหตุและเหตุอื่นของการบาดเจ็บจาก 19 สาเหตุ ปีงบประมาณ 2559 – 2561

ปี งบประมาณ	อุบัติเหตุและเหตุอื่นของการบาดเจ็บจาก 19 สาเหตุ																		
	V01-V99	W00-W19	W20-W4	W50-W6	W65-W74	W75-W8	W85-W99	X00-X09	X10-X19	X20-X29	X30-X39	X40-X49	X50-X57	X58-X59	X60-X84	X85-Y09	Y10-Y33	Y35-Y36	Y34
2559	5,188	3,185	3,982	3,260	12	19	42	43	115	397	6	257	223	940	205	1,018	82	-	-
2560	4,706	3,361	3,860	3,464	28	25	70	39	104	478	1	360	237	812	171	893	87	-	-
2561	4,719	3,591	4,232	4,994	26	9	46	35	111	438	0	433	248	493	184	888	88	-	-



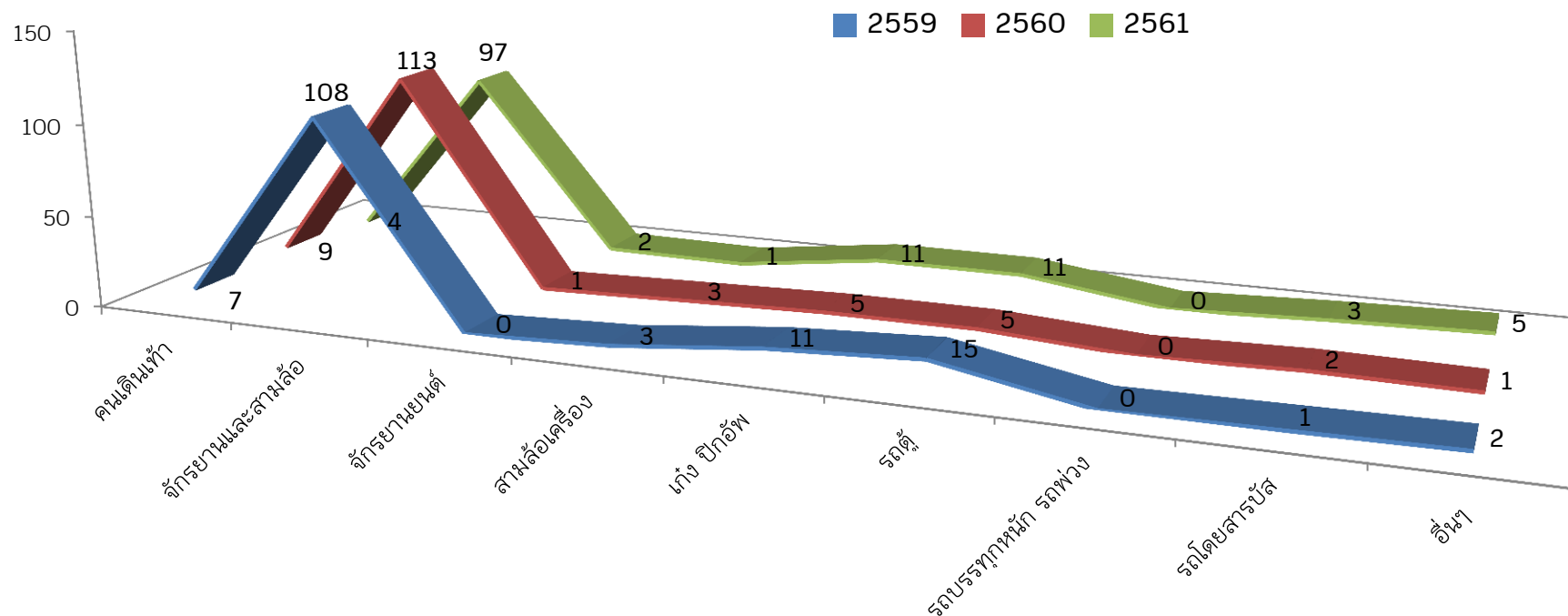
สรุปการจำนวนผู้รับบาดเจ็บจำแนกตามประเภทรถประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

ปี งบประมาณ	จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจำแนกตามประเภทรถ								
	คนเดินเท้า	จักรยานและ สามล้อ	จักรยานยนต์	สามล้อเครื่อง	เก๋ง ปิกอัพ	รถตู้	รถบรรทุกหนัก	รถโดยสารibus	อื่น ๆ
2559	111	4,184	196	81	222	196	15	33	115
2560	102	3,750	172	76	195	186	48	42	108
2561	82	3,772	236	81	194	154	19	50	109



สรุปการจำนวนผู้เสียชีวิตจำแนกตามประเภทรถ ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

ปี งบประมาณ	จำนวนผู้เสียชีวิตจำแนกตามประเภทรถ								
	คนเดินเท้า	จักรยานและ สามล้อ	จักรยานยนต์	สามล้อเครื่อง	เก๋ง ปิกอัพ	รถตู้	รถบรรทุกหนัก	รถโดยสารบัส	อื่น ๆ
2559	111	4,184	196	81	222	196	15	33	115
2560	102	3,750	172	76	195	186	48	42	108
2561	82	3,772	236	81	194	154	19	50	109

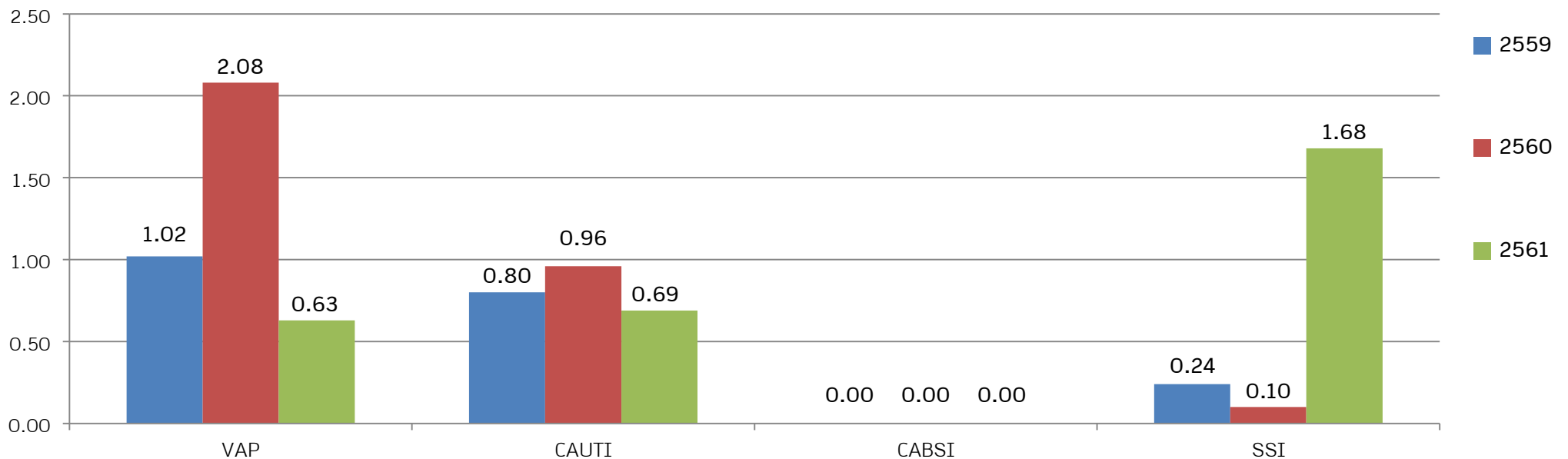


สรุปการติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่งของการติดเชื้อที่พบ ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

การติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่ง	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
1. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) (ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)	1.02	2.08	0.63
2. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) (ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่คาสายสวนปัสสาวะ)	0.80	0.96	0.69
3. อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (CABSI) (ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่คาสายสวนหลอดเลือด)	0.00	0.00	0.00
4. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด (SSI) (ครั้งต่อ 100 แผลผ่าตัด)	0.24	0.10	1.68

ที่มา : ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกำแพงเพชร

กราฟสรุปการติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่งของการติดเชื้อที่พบ



สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
- การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ไม่เกิน 30 = แสนประชากร)	71/202,086 ประชากร	59/180,284 ประชากร	54/168,540 ประชากร
คิดเป็นร้อยละ	35.13 / แสนประชากร	32.73/ แสนประชากร	23.73/ ลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปี (35.13)
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทั้งหมด (ราย)	7,829	10,044	9,600
- จำนวนผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัส แบ่งตามโครงการ ณ ปัจจุบัน			
- ATC (ผู้ใหญ่) (ราย)	781	806	765
- PATC (เด็ก) (ราย)	35	6	7
- CARE ผู้ใหญ่ (จากแม่สู่ลูก) (ราย)	-	-	-
- ประกันสังคม (ราย)	241	272	242
- เบิกได้ (ราย)	40	40	45
- สิทธิอื่น ๆ (ราย)	1	1	3
รวมผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสฯ (ราย)	1,098	1,125	1,062

ที่มา : งานเอดส์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

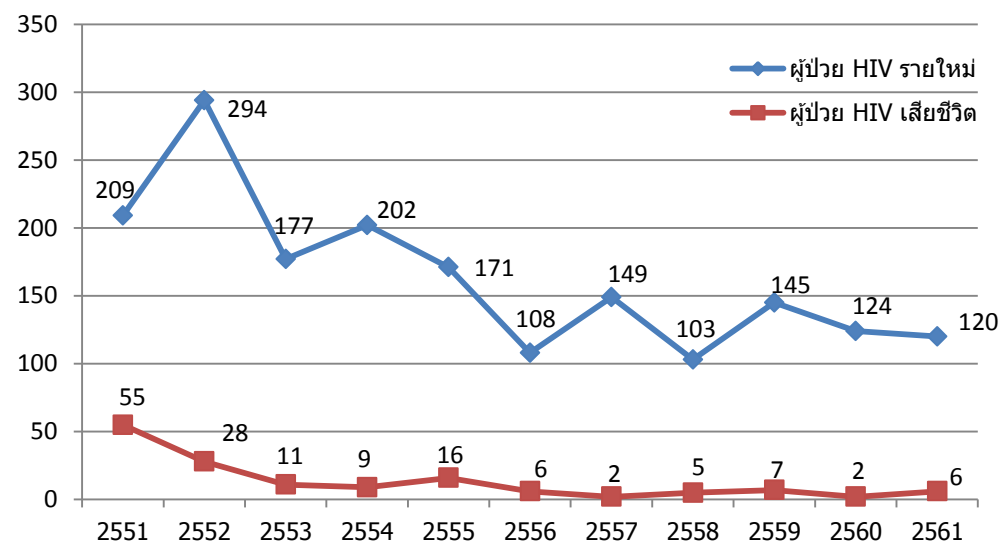
สรุปผลการดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2559 – 2561

การติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่ง	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
1. การรักษาพยาบาลผู้ป่วย AIDS (รายใหม่)	103	145	124
การรักษาพยาบาลผู้ป่วย AIDS (รายเก่า)	37	25	30
2. หญิงตั้งครรภ์ ให้บริการคำปรึกษาและตรวจ HIV Ab (ราย)	1,080	1,237	1,333
- หญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดบวก/กามโรค	3/6	5/4	1/6
- ร้อยละ	0.27	0.40	0.07
3. การให้คำปรึกษาผู้ป่วยทั้งหมด (นอก+ใน)	7,727	7,829	11,280
- ได้รับการตรวจเลือด	7,727	7,829	11,280
- ⊕	150	245	253
- siphilis	114	79	89

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ติดเชื้อเสียชีวิตโรคเอดส์ประจำปีงบประมาณ 2551 - 2561

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยเสียชีวิต โรคเอดส์		
ปี	ผู้ป่วยรายใหม่	ผู้ป่วยเสียชีวิต
2551	209	55
2552	294	28
2553	177	11
2554	202	9
2555	171	16
2556	108	6
2557	149	2
2558	103	5
2559	145	7
2560	124	2
2561	120	6

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ติดเชื้อเสียชีวิตโรคเอดส์



กลุ่มงานการเงิน

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย

ให้บริการทางการเงิน ได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง เป็นไปตามระเบียบและหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย ด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน รวมถึงการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ ที่จะบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

ให้บริการทางการเงินรับ – จ่ายเงิน แก่ลูกค้าภายนอก และลูกค้าภายใน ควบคุมและกำกับบริหารงบประมาณ ภายใต้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และนโยบายด้านการเงิน การคลัง

ความต้องการของผู้รับบริการ

การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ประทับใจ

ความต้องการของผู้ร่วมงานใน รพ.

- การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ประทับใจ
- รับทราบข้อมูลข่าวสารด้านการเงิน

เป้าหมาย (goal)

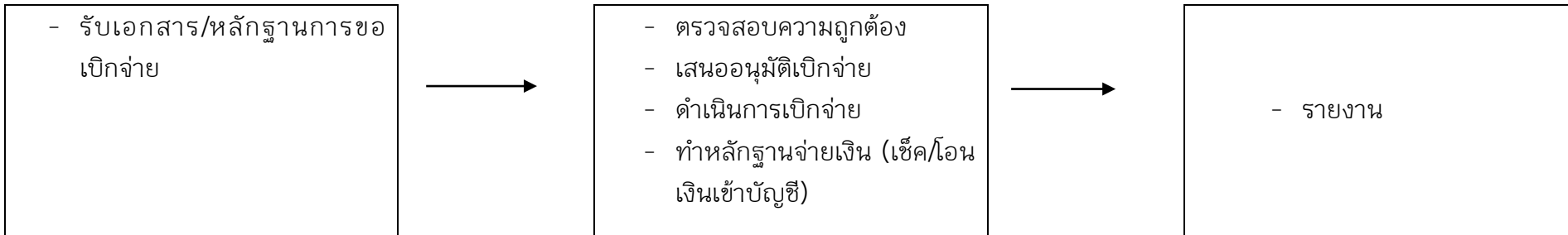
- ผู้รับบริการ ณ จุดเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล มีความพึงพอใจและประทับใจในบริการ
- หน่วยงานสามารถบริหารงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านงานเงินงบประมาณ ด้านงานรับ – จ่ายเงิน ด้านงานค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านงานจัดเก็บรายได้

จุดเน้นในการพัฒนา

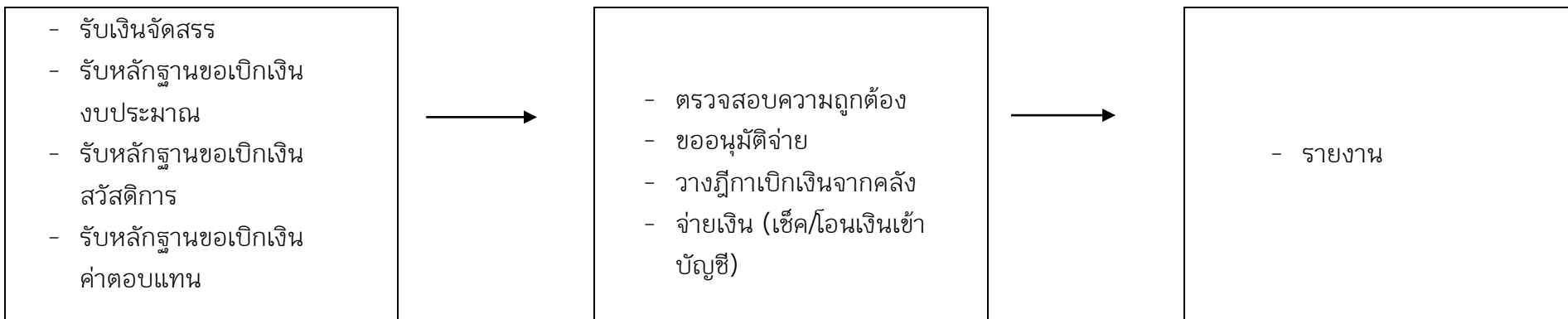
ภายในปี 2561 มีการพัฒนาและปรับปรุงการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ได้มาตรฐานตามตัวชี้วัด

กระบวนการของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart)

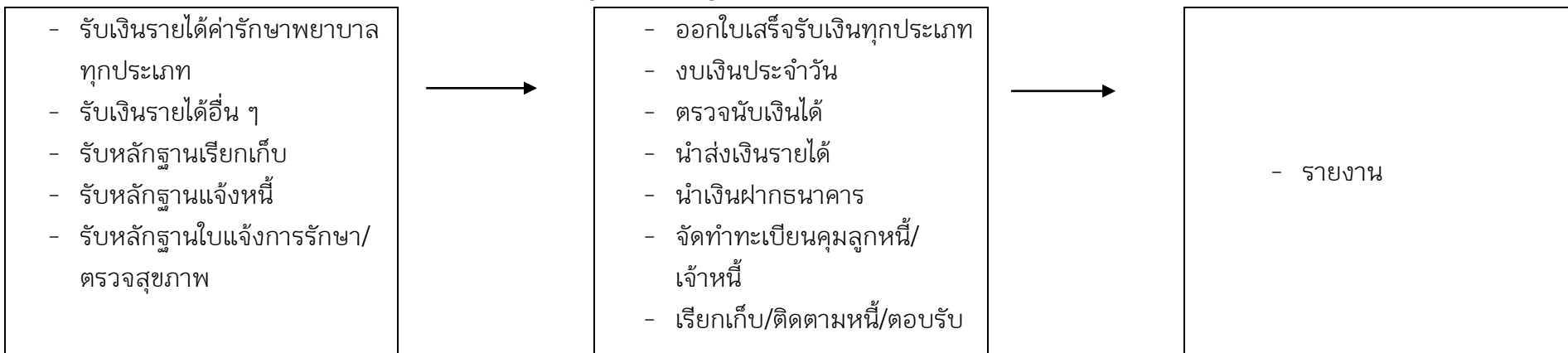
งานสวัสดิการและค่าตอบแทน



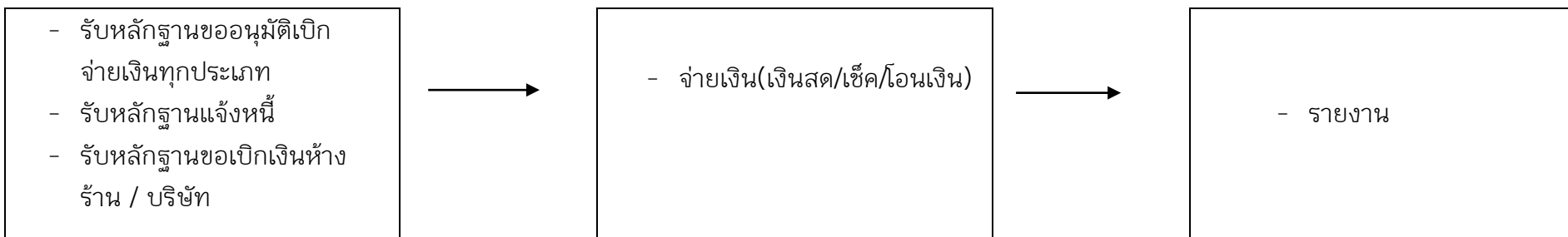
งานเงินงบประมาณ



งานรับนอกงบประมาณ / งานเก็บเงินค่ารักษาผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน



งานจ่ายเงินนอกงบประมาณ



ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น

กิจกรรมทอดผ้าป่าสามัคคี เพื่อซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร เนื่องจากกลุ่มงานการเงินมีความสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมเกี่ยวกับการออกใบเสร็จรับเงิน การตรวจนับเงินที่ได้รับบริการประจำวันทั้งรูปแบบการโอนเงินผ่าน QR Code / บัญชีธนาคารโครงการกิจกรรมทอดผ้าป่าสามัคคี / Internet Banking ซึ่งกลุ่มงานการเงินมีหน้าที่รับเงิน ออกใบเสร็จรับเงิน ออกพื้นที่เพื่อตรวจรับเงิน และสรุปยอดเงินประจำวัน เพื่อรายงานข้อมูลยอดรับบริการประจำวันให้ผู้บริหารทราบทุกครั้งที่มีการ ออกรับบริการเงิน จากบทบาทที่ได้รับเจ้าหน้าที่การเงินทุกคนตั้งใจทำงานนี้อย่างขยันขันแข็ง รวมถึงการทำงานนอกเวลาราชการและได้กลับบ้านเป็นหน่วยงานสุดท้ายของทุกวัน ทำให้เห็นถึงความเข้มแข็งและความสามัคคีภายในหน่วยงานที่จะดำเนินการให้งานที่สำคัญนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผลการพัฒนา

1. ผู้บริหาร ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการตรวจรับเงินบริจาคโครงการทอดผ้าป่าสามัคคีที่ครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อถือได้
2. ผู้บริหาร ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการรายงานยอดรับเงินบริจาคโครงการทอดผ้าป่าสามัคคีที่ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว

การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- ลูกค้าภายนอกและลูกค้าภายใน มีความพึงพอใจในบริการในระดับดีเยี่ยม
- ลูกค้าภายนอกและลูกค้าภายใน มีช่องทางการติดต่อสื่อสารเพิ่มมากขึ้น
- การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อรายงานข้อมูลยอดเงินรับบริจาคเป็นปัจจุบัน มีความน่าเชื่อถือ และสามารถตรวจสอบได้

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่จะดำเนินการภายในปี 2562

- ประเมินความพึงพอใจของลูกค้าภายนอกและลูกค้าภายในอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบสื่อสาร ข้อมูล ข่าวสารการเงิน ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
- พัฒนาพฤติกรรมบริการอย่างสม่ำเสมอ

กลุ่มงานบัญชี

อัตรากำลังบุคลากร

กลุ่มงานบัญชีมีจำนวนบุคลากร จำนวนทั้งสิ้น 8 คน

ประกอบด้วย ข้าราชการ 4 คน พนักงานราชการ 1 คน พกส. 3 คน ดังนี้

- นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	1	ตำแหน่ง
- เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	1	ตำแหน่ง
- เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน	2	ตำแหน่ง
- นักวิชาการเงินและบัญชี (พจน.ราชการ)	1	ตำแหน่ง
- นักวิชาการเงินและบัญชี (พกส.)	2	ตำแหน่ง
- เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี (พกส.)	1	ตำแหน่ง

ประกอบด้วยงานรับผิดชอบ จำนวน 8 งาน ดังนี้

1. งานบัญชีด้านรับ
2. งานบัญชีด้านจ่าย
3. งานบัญชีเงินสด/เงินฝากธนาคาร
4. งานบัญชีด้านเจ้าหนี้
5. งานบัญชีด้านลูกหนี้/รายได้
6. งานบัญชี รพ.สต.เครือข่าย
7. งานบัญชี GFMIS
8. งานตรวจสอบใบสำคัญการบันทึกบัญชี

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

กลุ่มงานบัญชี มีหน้าที่เกี่ยวกับการบันทึก จัดหมวดหมู่ การสรุปผล และการวิเคราะห์ตีความรายการ และเหตุการณ์ทางการเงิน ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร และ รพ.สต.เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 28 แห่ง

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. จัดทำบัญชีได้ถูกต้องตามมาตรฐานการบัญชีสากล หลักการบัญชี นโยบายบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข และคู่มือการบัญชีภาครัฐ กรมบัญชีกลาง
2. บันทึกบัญชีได้ครบถ้วน ทันเวลา
3. รายงานทางการเงินสามารถสะท้อนฐานะทางการเงินและผลการดำเนินงานมีความน่าเชื่อถือ

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

1. รับเอกสารการเงิน ด้านรับ ด้านจ่าย ด้านทั่วไป จากงานที่เกี่ยวข้อง
2. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ด้านรับ ด้านจ่าย ก่อนการบันทึกบัญชี
3. จัดบันทึกรายการบัญชี ใบสำคัญด้านรับ จ่าย ทั่วไป
4. บันทึกสมุดรายวันขั้นต้น ได้แก่สมุดรายวันรับ จ่าย ทั่วไป ชื่อ รายได้
5. บันทึกสมุดรายวันขั้นปลาย และทะเบียนคุมย่อย
6. จัดเก็บหลักฐานการจ่าย
7. จัดทำรายงานประจำวัน รายงานประจำเดือน รายงานประจำปี
8. ตรวจสอบใบสำคัญการบันทึกบัญชี ตรวจสอบงบการเงิน และการควบคุมภายใน
9. วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน / วางแผนทางการเงิน (Planfin) / การจัดทำต้นทุนบริการ

ผลการปฏิบัติงาน

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
1. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านรับ (รายการ)	4,116	6,917	9,113
2. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านจ่าย (รายการ)	7,365	6,308	5,800
3. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านทั่วไป (รายการ)	4,852	5,854	3,062
4. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านทั่วไป (ซื้อ) (รายการ)	1,247	6,720	6,988
5. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านทั่วไป (รายได้) (รายการ)	8,985	1,338	1,390
6. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันรับ (รายการ)	11,652	18,804	18,091
7. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันจ่าย (รายการ)	11,794	9,659	9,869
8. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันทั่วไป (รายการ)	7,482	5,620	6,115
9. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันรายได้ (รายการ)	9,644	13,018	11,276
10. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันซื้อ (รายการ)	1,644	6,420	6,988
11. จัดทำรายละเอียดการรับ-จ่าย เงินฝากธนาคาร/เงินฝากคลังประจำวัน (รายการ)	2,866	6,413	7,120
12. บันทึกรายการตั้งเจ้าหนี้การค้ารายตัว (รายการ)	10,885	6,420	6,988
13. บันทึกตัดจ่ายเจ้าหนี้การค้ารายตัว (รายการ)	5,764	6,540	6,747
14. จัดเก็บหลักฐานใบสำคัญการจ่ายเงิน (รายการ)	7,002	7,210	7,122
15. ตรวจสอบรายงานการเงินตามระบบ GFMS จาก Webreport (รายการ)	12	12	12
16. จัดทะเบียนคุมย่อย			
- ทะเบียนคุมเงินรับฝาก (รายการ)	448	615	630
- ทะเบียนย่อยเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาล (รายการ)	25	12	19
- ทะเบียนย่อยเงินมัดจำประกันสัญญา (ครั้ง)	12	15	22
- ทะเบียนคุมการโอนยา/เวชภัณฑ์/วัสดุอื่นให้รพสต.เครือข่าย (รายการ)	1,529	24,737	27,600
- ทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ์ (รายการ)	11,301	6,329	6,704
- ทะเบียนคุมใบสำคัญจ่าย (รายการ)	3,623	2,383	2,593

ผลการปฏิบัติงาน

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
17. จัดทำรายงานฐานะเงินสดประจำวัน (รายการ)	8,645	10,013	16,678
18. จัดทำบัญชีรับ-จ่าย เพื่อจัดสรรเงินกองทุนประกันสังคม (รายการ)	69	213	164
19. จัดทำบัญชีจ่ายยอดเงินฝากธนาคาร ประจำเดือน (รายการ)	12	4,649	5,160
20. จัดทำงบกระแสเงินสด	8,503	7,560	8,230
21. จัดทำงบทดลองโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามโปรแกรมบัญชี Winspeed (รายการ/ครั้ง)	4,056/12	3,516/12	4,560/12
22. จัดทำรายงานงบทดลองประจำเดือน (ตามผังบัญชี Account Code) โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งสำนักพัฒนาระบบการเงินการคลัง กระทรวงสาธารณสุข (รายการ/ครั้ง)	12/10,800	9,576/12	9,660/12
23. จัดทำรายงานงบทดลองประจำเดือน (ตามผังบัญชี Account Code) รพ.สต. เครือข่าย ส่งสำนักพัฒนาระบบการเงินการคลัง กระทรวงสาธารณสุข (ครั้ง)	12	12	12
24. ตรวจสอบรายงานรับ-จ่าย รพ.สต. เครือข่าย 28 แห่ง/เดือน (รายการ)	336	65,520	68,544
25. บันทึกบัญชีด้านรับ ด้านจ่าย ด้านทั่วไป รพ.สต. เครือข่าย 28 แห่ง (รายการ)	25,047	46,032	37,788
26. ตรวจสอบงบการเงิน รพ.สต. เครือข่าย 28 แห่ง (รายการ)	54,000	33,936	40,320
27. จัดทำรายงานการประชุมประจำเดือน หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน (ครั้ง)	12	12	12
28. จัดทำทะเบียนคุมสินทรัพย์และค่าใช้จ่าย รพ.สต. 28 แห่ง (รายการ)	1,536	6,792	5,800
29. จัดทำทะเบียนคุมสินทรัพย์/ค่าเสื่อมราคา รพ.สต. เครือข่าย 28 แห่ง (รายการ)	216	196	198
30. บันทึกค่าเสื่อมราคาของ รพ.สต. เครือข่าย 28 แห่ง (รายการ)	5,676	4,659	4,765
31. จัดทำข้อมูลวิเคราะห์งบการเงินโรงพยาบาลแม่ข่าย (ครั้ง)	12	12	12
32. ให้คำปรึกษาระบบ Hosxp (ครั้ง)	39	6	8

ผลการปฏิบัติงาน

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
33. ตรวจสอบรายงานการเงินในระบบ GFMSI ส่ง สตง.จังหวัดกำแพงเพชร (รายการ)	12	12	12
34. จัดทำกระดาษทำการ GFMSI ส่งกระทรวงสาธารณสุข (บช.10) (ครั้ง)	41	6	-
35. ตรวจสอบเอกสารการ รับ-จ่าย (รายการ)	10,855	8,688	11,613
36. ตรวจสอบรายการลูกหนี้ค่ารักษา/รายได้ในงบทดลอง (รายการ)	12	12	12
37. จัดทำแผนประมาณการ รายได้ – ค่าใช้จ่าย ประจำปี (ครั้ง)	2	2	2
38. ติดตามแผนประมาณการ รายได้ – ค่าใช้จ่าย ประจำปี (ครั้ง)	12	12	12
39. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนประมาณการรายได้ – ค่าใช้จ่าย ของ โรงพยาบาลแม่ข่าย และจัดส่งเว็บไซต์ MIS สสจ.	4	4	4
40. ทำรายงานข้อมูลสถานะเงินบำรุงและ Fix Cost ให้ สสจ. (ครั้ง)	12	12	12
41. บันทึก/ปฐมนิเทศฯรายการบัญชี GFMSI บช.01 รายการบัญชีแยกประเภท (รายการ)	-	1,833	3,848
42. ตรวจสอบการบันทึกบัญชีด้านรับ ภาย ทิ้งไป รายได้ หนี้ /ตรวจสอบบันทึก/ปฐมนิเทศฯรายการ บัญชี GFMSI บช.01 รายการบัญชีแยกประเภท (ชุด)	-	568	1,198

ผลงานเด่นของหน่วยงาน ปี 2561

1. การจัดทำแผนประมาณการรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย Planfin ประจำปี รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุกเดือน พร้อมเสนอผู้บริหารทราบ
2. การนำข้อมูลจากรายงานการเงิน ประจำเดือน มาวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินเพื่อเฝ้าระวังสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน ทำให้หน่วยงาน และผู้บริหารในระดับต่าง ๆ สามารถ ทราบสภาพคล่องทางการเงิน ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และการบริหารจัดการ ความสามารถในการทำกำไร รวมถึงการวิเคราะห์ต้นทุน ต้นสำรองสุทธิ ต้นสำรองสุทธิพอเพียงต่อค่าใช้จ่าย รวมถึงการวิเคราะห์วิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ ให้ผู้บริหารทราบอย่างสม่ำเสมอ
3. การนำเงินนอกงบประมาณที่ฝากรณาการพาณิชย์ เข้าระบบ GFMS ด้วยแบบ บข.01 ได้ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน

การพัฒนางานคุณภาพกิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อปี 2562

1. พัฒนาระบบบัญชี GFMS ให้ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน
2. พัฒนาระบบข้อมูลลูกหนี้/รายได้คำรักษาพยาบาล ให้ถูกต้อง ตามสิทธิการรักษา
3. พัฒนาคุณภาพบัญชี เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3.1 ความรู้บุคลากร ที่จัดทำบัญชี
 - 3.2 ระบบข้อมูลเพื่อการบันทึกบัญชี
4. พัฒนาระบบข้อมูลด้านการเงินการคลัง
 - 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลการเงินการคลัง ดัชนีทางการเงิน
 - 4.2 การจัดทำแผนทางการเงิน (planfin)
5. พัฒนาระบบสารสนเทศ ด้านการเงินการคลัง

หน่วยงานประชาสัมพันธ์

วิสัยทัศน์

“ไม่ว่าท่านจะเป็นใคร เราเต็มใจให้บริการ ”

พันธกิจ

ให้บริการต้อนรับอำนวยความสะดวกในด้านข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนการมารับบริการที่ถูกต้องรวดเร็วและเสริมสร้างความประทับใจแก่ผู้มาใช้บริการ

ปรัชญา

ยึดลูกค้าเป็นศูนย์กลางทำงานเป็นทีม

นโยบาย

ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับบริการอำนวยความสะดวกในด้านข้อมูลข่าวสารขั้นตอนการมารับบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว

เจตจำนงค์

ให้บริการต้อนรับอำนวยความสะดวกในด้านข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนการมารับบริการที่ถูกต้องรวดเร็วและเสริมสร้างความประทับใจแก่ผู้มาใช้บริการ บริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ลูกจ้างประจำ	
- พนักงานสื่อสาร	1
พนักงานราชการ	1
ลูกจ้างชั่วคราว	
- นักประชาสัมพันธ์	1
- เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์	4
รวม	7

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

- อำนวยความสะดวกในการให้ความช่วยเหลือและแนะนำขั้นตอนการบริการของโรงพยาบาลแก่ผู้มารับบริการได้ถูกต้องและรวดเร็ว
- ช่วยแก้ปัญหาและรับเรื่องร้องเรียนให้กับผู้มารับบริการ เมื่อไม่ได้รับความสะดวก
- ให้การดูแลผู้ป่วยกรณีวิกฤตและฉุกเฉิน ให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร็วที่สุด
- บริการข่าวสารทั้งภายใน-ภายนอกโรงพยาบาล
- ปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาล และปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร บริการ วิชาการ) รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ขอมาศึกษาดูงานและนักศึกษาฝึกงาน
กิจกรรม (บริหาร บริการ วิชาการ)

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
ก.บริการเชิงรุกด้านหน้า งานประชาสัมพันธ์ภายใน			
1. บริการเชิงรุกด้านหน้า(ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน)	29,405	29,770	28,657
2. บริการเชิงรุกด้านหน้า(อาคาร 60 ปี)	-	55,000	51,213
3. บริการแนะนำขั้นตอนการมารับบริการ	89,405	90,535	82,130
4. บริการติดต่อ-สอบถามทั่วไป	103,490	104,550	85,450
5. บริการตรวจสอบรายชื่อลูกค้าสัมพันธ์	27,680	28,756	26,892
6. บริการรับโทรศัพท์เข้า	44,370	44,450	35,865
7. บริการรับโทรศัพท์ออก (รายงานแพทย์)	2,676	2,568	2,256
8. บริการโทรศัพท์ออก ราชการ(ตามเจ้าหน้าที่และอื่นๆ)	610	612	505
9. บริการโทรศัพท์ออก ส่วนตัว	-	-	-
10. บริการประกาศเสียงตามสายแพทย์ออกตรวจ OPD	3,250	3,250	3,156
11. บริการกิจกรรมที่ประกาศ OPD(12 รายการ)	850	850	850
12. บริการประกาศเสียงตามสาย(ประกาศประชุมอบรม)	350	326	296
13. บริการประกาศเสียงตามสาย(ประกาศประจำวัน)	3,635	3,765	3875
14. บริการติดต่อประสานงานแพทย์	50	67	77
15. บริการติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่	-	-	-
16. บริการรับ-ส่งวิทยุ	-	-	-
17. บริการรับจองห้องพิเศษ	10,845	11,115	12,369
18. บริการจัดห้องพิเศษ	4,830	4,948	5,387
19. ปัญหา – อุปสรรคในการปฏิบัติงาน	2	1	0
20. ปฏิบัติกิจกรรมพิเศษ	1,415	1,325	1,269

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร บริการ วิชาการ) รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ขอมาศึกษาดูงานและนักศึกษาฝึกงาน

กิจกรรม (บริหาร บริการ วิชาการ)

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
ก.บริการเชิงรุกด้านหน้า งานประชาสัมพันธ์ภายใน (ต่อ)			
21. บันทึกข้อความ	1,950	1,968	1,284
22. บริการโอนสายโทรศัพท์ (เกิน 1 นาที)	-	-	-
23. บริการติดต่อสอบถามลูกค้าสัมพันธ์ (เกิน 3 นาที)	-	-	-
24. การออกกำลังกาย + ทำแบบสอบถาม	-	-	-
25. จดหมายข่าว	12	12	12
26. วารสารข่าว	12	12	12
27.งานรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ และไกล่เกลี่ย	4	2	1
* ปี 2558 มี 2 ราย ปี 2559 มี 4 ราย ไม่ได้นำเข้ามารวมยอด เพียงนำมารวมยอดในปี 2558			

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร บริการ วิชาการ) รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ขอมาศึกษาดูงานและนักศึกษาฝึกงาน

กิจกรรม (บริหาร บริการ วิชาการ)

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
ข.งานประชาสัมพันธ์ภายนอก			
1. จัดรายการวิทยุ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	-	-	-
2. ส่งข่าวหนังสือพิมพ์และส่วนกลาง เดือนละ 2 ครั้ง	24 ครั้ง/ปี	24 ครั้ง/ปี	24ครั้ง/ปี
3. ประชาสัมพันธ์โทรทัศน์ท้องถิ่นและส่วนกลางเดือนละ 1 ครั้ง	-	7	-
รวม	24 ครั้ง/ปี	24ครั้ง/ปี	24ครั้ง/ปี
รวมทั้งสิ้น	378,841	383,882	341,556

ด้านบริหาร

1. ทบทวนนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา เจตจำนงของหน่วยงานให้สอดคล้องกับกลุ่มงานภารกิจอำนวยการและนโยบายโรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. จัดอัตรากำลังบุคลากรให้ขึ้นปฏิบัติงานในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
4. เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารเดือนละ 1 ครั้ง

ด้านบริการ

1. อำนวยความสะดวกในการให้ความช่วยเหลือและแนะนำขั้นตอนการบริการของโรงพยาบาลแก่ผู้มารับบริการได้ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ช่วยแก้ปัญหาและรับเรื่องร้องเรียนให้กับผู้มารับบริการ เมื่อไม่ได้รับความสะดวก
3. บริการข่าวสารทั้งภายใน-ภายนอกโรงพยาบาล
4. ปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาล และปฏิบัติงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ด้านวิชาการ

1. จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานประชาสัมพันธ์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. สำรวจความพึงพอใจงานประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อหาโอกาสพัฒนา
3. จัดประชุมผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเดือนละ 1 ครั้ง

ผลงานเด่น / นวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

- บริการเชิงรุก หน้าอาคาร 60 ปี และหน้าตึกอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้คำแนะนำขั้นตอนการมารับบริการและสถานที่ต่าง ๆ
- จัดทำข่าวเผยแพร่กิจกรรมโรงพยาบาลส่งสื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์

การพัฒนางานคุณภาพ ปี 2562

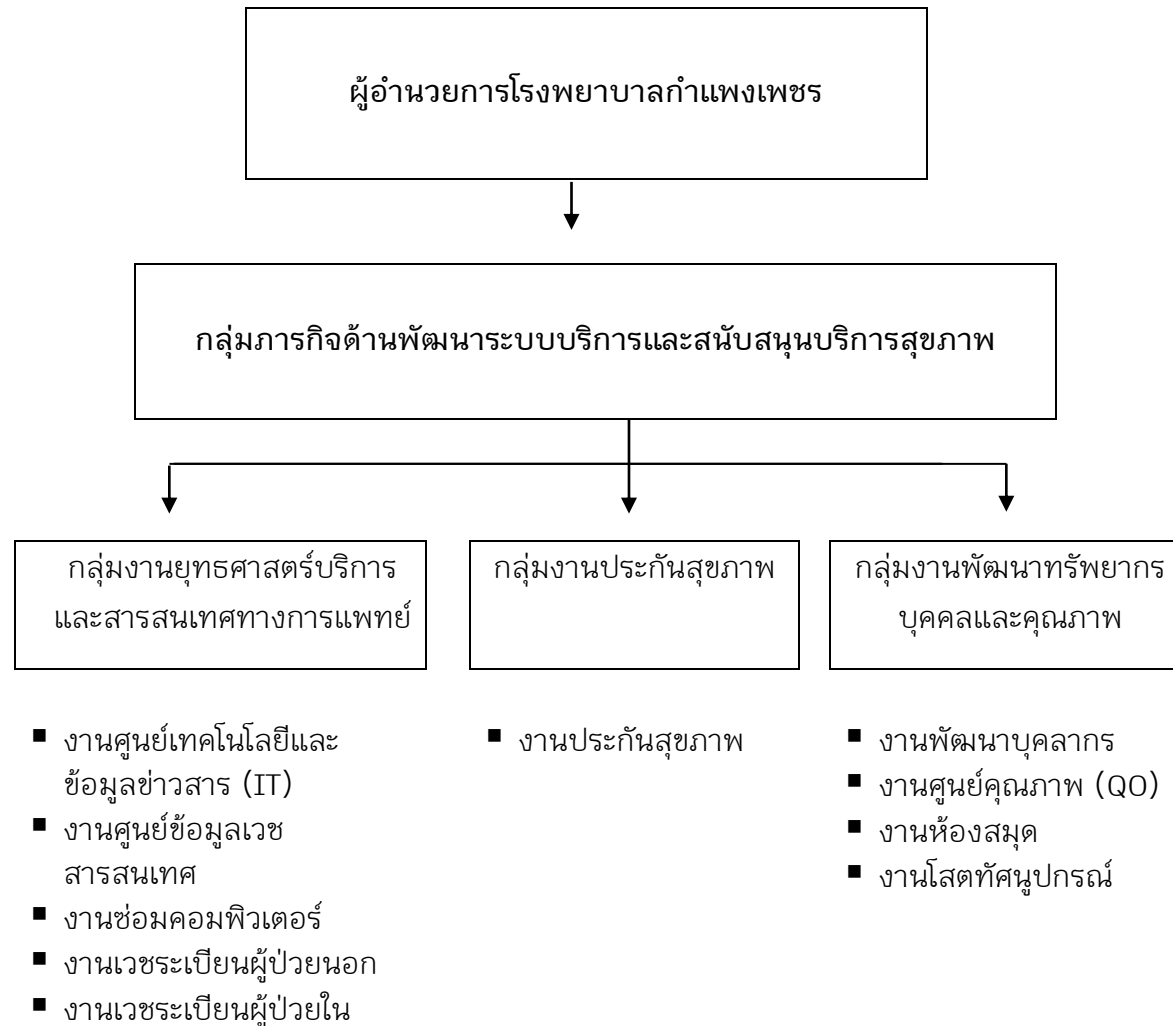
- จัดบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมวิชาการทุกคนได้แก่ ข้าราชการ 10 วัน/คน/ปี, ลูกจ้างประจำ/ชั่วคราว 5 วัน/คน/ปี
- จัดทบทวนกิจกรรมคุณภาพ OD, 5ส, HA
- จัดเจ้าหน้าที่อบรมอัศวิน
- จัดเจ้าหน้าที่อบรมซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่

แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณพ.ศ. 2562

- จัดทำโครงการพบปะสื่อมวลชนจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสื่อมวลชน จังหวัดกำแพงเพชร กับโรงพยาบาลกำแพงเพชร (ระหว่างเดือน มีนาคม-สิงหาคม 2562)
- ทบทวนนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา เจตจำนงของหน่วยงานให้สอดคล้องกับกลุ่มงานภารกิจอำนวยการและนโยบายโรงพยาบาลกำแพงเพชร

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ (พรส.)

แผนผังโครงสร้าง



ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)

บริบท (Context)

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นหน่วยงานที่ถูกจัดตั้งขึ้นเมื่อเดือนมีนาคม ปี 2552 ให้บริการด้านข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / องค์กรภายนอก และมีความพร้อมใช้งาน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา และการวิจัย ภายใต้ นโยบายของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

เดิมปี 2545 ได้นำระบบโปรแกรม EZHOSP มาใช้ในการบริการโดยเชื่อมโยงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ แต่ไม่สามารถรองรับทุกจุดบริการภายในโรงพยาบาลได้

ในปี 2552 จึงได้นำระบบโปรแกรม HOSXP มาใช้ในการให้บริการโดยสามารถเชื่อมโยงข้อมูลทุกจุดบริการ รวมถึงมีการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานภายนอกด้วย ระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ADSL และ Leased line

หน้าที่

- **ด้านการจัดการทรัพยากรสารสนเทศ**
 - กำหนดนโยบาย มาตรฐานทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
 - วางแผนการพัฒนาและออกแบบระบบสารสนเทศ ให้เชื่อมโยงสอดคล้องกับเป้าหมายการใช้สารสนเทศขององค์กร
- **ด้านการจัดการความรู้ขององค์กร**
 - รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ และกระจายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาโอกาสพัฒนา
 - ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทีมและหน่วยงานเข้าใจและสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศ
- **ด้านคุณภาพของข้อมูล สารสนเทศและความรู้**
 - ประเมินผลระบบสารสนเทศ การนำข้อมูลไปใช้และวางแผนปรับปรุงระบบสารสนเทศอย่างเหมาะสมให้กับผู้รับผลงาน
 - ดูแล ควบคุมกำกับและติดตามการจัดเก็บข้อมูล การเผยแพร่ การรักษาความปลอดภัยความลับของผู้ป่วย และการสำรองข้อมูลสำคัญขององค์กร

โครงสร้าง

1. นายแพทย์อัครพงษ์	จุฬาภรณ์	หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
2. นายแพทย์วิริยะ	กัลปพฤกษ์	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์บริการและสารสนเทศทางการแพทย์
3. นายแพทย์พงศ์สุรีย์	ภูวรัตนาวีว	หัวหน้างานเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร
4. นายอนุสร	สุริยนต์	หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ
5. นายจตุรงค์	เอี่ยมเสน	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
6. นายปวิศ	บุตรดา	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
7. นางสาวศิวาภรณ์	ชัยปัญหา	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
8. นางสาวศศิวิมล	तालเพชร	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
9. นางสาวฉัตรทิพย์	สง่า	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
10. นายปรัชญ	พันธุ์หงษ์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
11. นายสุชาติ	มีชัย	นักวิชาการโสตทัศนศึกษา

เป้าหมาย

- **ด้านการจัดการทรัพยากรสารสนเทศ** การวางแผนการใช้สารสนเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ การบริหาร หรือการศึกษา หรือการวิจัย
 - การออกแบบระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผน
 - การออกแบบระบบสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
 - การจัดทำและทบทวนแผนบริหารระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย
 - มาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศ
 - มาตรฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของบุคลากร
 - แนวทางปฏิบัติ
 - ระเบียบปฏิบัติ
- **ด้านการจัดการความรู้ขององค์กร** สนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ
 - การเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประสิทธิภาพของการกระจายข้อมูล/สารสนเทศ หรือ เพื่อลดความขัดแย้งกันของข้อมูลที่เกิดขึ้นจากหลายฐานข้อมูล
 - การกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้
 - การสนับสนุนทางเทคนิค โดยให้คำปรึกษา และ/หรือให้ความรู้/ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม

- ด้านคุณภาพของข้อมูล สารสนเทศและความรู้ การจัดระบบบริการเวชระเบียน เพื่อตอบสนองความต้องการของ ผู้รับผลงาน
 - ตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศอย่างสม่ำเสมอ
 - ปรับปรุงคุณภาพของเครื่องแม่ข่ายเพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - ทบทวนระบบความปลอดภัยของห้องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ และความปลอดภัยของข้อมูล

ขอบเขตหน้าที่

1. วางแผนยุทธศาสตร์ แผนการพัฒนา และออกแบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
2. กำหนดมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ทั้งทางด้าน Hardware Software People ware เพื่อให้มีทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร
3. วางแผนการพัฒนาทักษะบุคลากรด้านคุณภาพข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ของบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งผู้บริหารจัดการ ผู้ดูแลระบบ และผู้ใช้อุปกรณ์ทางด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ
4. วางแผนรองรับภัยพิบัติระบบสารสนเทศล่ม แนวทางการแก้ไขปัญหา
5. การรักษาความปลอดภัย ความลับ และการสำรองข้อมูล
6. บริการข้อมูลข่าวสาร และเผยแพร่ข้อมูลทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

ศักยภาพ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 410 เตียง มีการสนับสนุนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเพียงพอ เชื่อมโยงระบบข้อมูลโดยระบบเครือข่ายระหว่าง Node ด้วย Fiber Optic และเชื่อมต่อข้อมูลกับหน่วยงานภายนอกโดยใช้ Internet ความเร็วสูง ADSL, Leased line

ข้อจำกัด

เนื่องจากศูนย์เทคโนโลยีมีหน้าที่รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาคอมพิวเตอร์/แก้ไขปัญหา HOSxP /จัดทำรายงาน/เขียนโปรแกรม/ดูแลระบบ Network ทั้งหมด แต่มีความต้องการทางด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศในทุกระดับ เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผลิตผลงานออกมาไม่ทันตามกำหนด

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
สปสช./กระทรวง/นโยบาย	<ul style="list-style-type: none">- ระบบ Paperless OPD- ระบบคิว ลดความแออัด
ผู้อำนวยการ	<ul style="list-style-type: none">- มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพเพื่อการบริหาร การจัดการบริการ- ระบบคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ- ระบบ Paperless IPD
ทีมนำ	<p>PCT</p> <ul style="list-style-type: none">- OPD Card แบบถูกต้องตามมาตรฐานทั้งโรงพยาบาล <p>RM</p> <ul style="list-style-type: none">- โปรแกรมเก็บข้อมูลและประมวลผลรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง <p>ระบบยา</p> <ul style="list-style-type: none">- โปรแกรม PharCare <p>IC</p> <ul style="list-style-type: none">- โปรแกรม IC (ปัจจุบันเลิกใช้งานแล้ว) <p>HRD</p> <ul style="list-style-type: none">- โปรแกรมลงบันทึกการประชุม- โปรแกรมวันลา <p>QO</p> <ul style="list-style-type: none">- ข้อมูลข่าวสาร สถิติ ตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาล

ผู้รับผลงาน

ความต้องการ

การเงิน

- รายงานข้อมูลการเงินเพื่อสนับสนุนระบบบัญชี
- โปรแกรมเงินเดือน ระบบภาษี เช็ค
- ระบบงานพัสดุ และรายงาน
- ระบบงานซ่อมบำรุง และรายงาน
- โปรแกรมพิมพ์เช็ค

หน่วยงานต่างๆ ใน รพ.

- บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสารสนเทศ
- ข้อมูลรายงานต่างๆ มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
- มีการปรับปรุงสิทธิผู้มารับบริการให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

ผู้มารับบริการและญาติ

- ข้อมูลที่จัดเก็บในคอมพิวเตอร์ จัดเก็บได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเป็นความลับ
- มีระบบบริการที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

สสจ. กำแพงเพชร

- การจัดส่งรายงานครบถ้วน/KPI บนเว็บผ่านเกณฑ์ และถูกต้อง ทันเวลา
- ส่งข้อมูลขึ้น HDC ทันเวลา และมีการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญในภาพของเครือข่าย

บุคคลภายนอก

- มีเว็บไซต์เพื่อประชาสัมพันธ์ แจ้งข่าวสารข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน
 - มีช่องทางการติดต่อสื่อสารข้อมูลและตอบข้อสงสัย หรือนัดหมายกับแพทย์
-

งานคุณภาพที่สำคัญ

1. ข้อมูลสารสนเทศมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ ทันเวลาและตอบสนองต่อการนำไปใช้งาน
2. ข้อมูลบน HDC มีความถูกต้องตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
3. มีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม
4. มีระบบคอมพิวเตอร์ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการสำรองข้อมูล / Hardware และมีแผนรองรับในการแก้ไขปัญหาป้องกันระบบล่ม

ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

1. พัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กร
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ที่เอื้อต่อการทำงานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร
3. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ความเสี่ยงที่สำคัญ

จากการ วิเคราะห์และตรวจสอบความเสี่ยงต่างๆ ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า ความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีดังนี้

1. **เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรของหน่วยงาน (Human error)** เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรของหน่วยงานขาดความรู้ความเข้าใจในเครื่องมืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ทั้งด้าน Hardware และ software อัน อาจทำให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเสียหายใช้งานไม่ได้ หรือหยุดการทำงาน ส่งผลให้ไม่สามารถใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อเป็นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในเบื้องต้น จึงได้ประชุมชี้แจงและจัดให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรม ให้มีความรู้ความเข้าใจในด้าน Hardware และ Software เบื้องต้นเพื่อลดความเสี่ยงด้านความผิดพลาดที่เกิดจากบุคลากรให้น้อยที่สุด
2. **ไวรัสคอมพิวเตอร์ (Computer Virus)**สร้างความเสียหายให้แก่เครื่องคอมพิวเตอร์หรือระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ถึงขั้นใช้งานไม่ได้
3. **ระบบไฟฟ้าขัดข้องหรือความเสียหายจากเพลิงไหม้** โดยได้ติดตั้งอุปกรณ์สำรองไฟฟ้า (UPS) เพื่อควบคุมการจ่ายกระแสไฟฟ้าให้กับระบบเครื่องแม่ข่าย(server) กรณีเกิดกระแสไฟฟ้าขัดข้อง รวมทั้งมีเครื่องดับเพลิงติดตั้งตามจุดต่างๆในอาคารและทำป้ายบอกจุดติดตั้ง เพื่อดับเพลิง
4. **โครงการการขโมยอุปกรณ์คอมพิวเตอร์** ในส่วนของห้องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย ได้กำหนดห้ามผู้ไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้องเข้าไปในบริเวณห้อง ยกเว้นหากจำเป็น จะต้อง มีเจ้าหน้าที่ของฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นผู้รับผิดชอบนำพาเข้าไป สำหรับประตูเข้าออกได้ล็อคประตูทุกครั้ง
5. **การพัฒนาระบบสารสนเทศ** โดยคำนึงถึงมาตรฐานการเขียนโปรแกรม และความปลอดภัยต่างๆ

กระบวนการสำคัญ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1.วางแผนยุทธศาสตร์แผนการพัฒนาและออกแบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล สารสนเทศมีคุณภาพสามารถนำมาใช้ในการบริหาร บริการ และพัฒนาคุณภาพได้ ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามความต้องการของผู้รับผลงาน 	ร้อยละความสำเร็จของ การพัฒนาระบบสารสนเทศตามแผน
2.กำหนดมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ทั้งทางด้านHardware Software People wareเพื่อให้มีทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร	<ul style="list-style-type: none"> ระบบ IT ที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อการให้บริการในหน่วยงาน Hardware software มีมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละความสำเร็จของ การพัฒนาระบบ สารสนเทศตามแผน ร้อยละของหน่วยงานนำเทคโนโลยีมาใช้งาน ร้อยละของโปรแกรมในโรงพยาบาลผ่านการตรวจสอบด้านความปลอดภัยของ sourcecode และตัวโปรแกรมโดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
3.วางแผนการพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของบุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> บุคลากรที่มีความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม 	ร้อยละของบุคลากร / กลุ่มเป้าหมายผ่านการ /อบรมทักษะความรู้ตาม / เกณฑ์ที่กำหนด
4.วางแผนรองรับภัยพิบัติระบบสารสนเทศล้ม แนวทางการแก้ไขปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> มีแนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหากรณีระบบเครือข่ายล้ม 	System Downtime =0 ครั้ง/ปี
5. การรักษาความปลอดภัย ความลับ และการสำรองข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลมีความปลอดภัย และมีระบบสำรองข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 	
6. บริการข้อมูลข่าวสาร และเผยแพร่ข้อมูลทางเวปไซด์ของโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> มี Website รพ.เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้กับ ประชาชนทั่วไป มี Intranet ภายในองค์กร เพื่อเผยแพร่ Knowledge ให้กับบุคลากร 	

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
Information systems down time จำนวนครั้งที่ระบบคอมพิวเตอร์ไม่สามารถใช้งานได้	0 ครั้ง	2	8	1
Information systems response time (sec) ความสามารถในการกู้ระบบกลับคืนหลังจากไม่สามารถใช้งานได้ภายใน 60 นาที	100%	2/2 100%	8/8 100%	1/1 100%
IT user satisfaction ร้อยละความสำเร็จของ การพัฒนาระบบสารสนเทศตามแผน	100%	12/14 85.72%	6/6 100%	2/2 100%
# knowledge asset created	ปีละ 20 เรื่อง	31	4	17

** ปี 2560 mysql 5.7 มีปัญหาเรื่อง process sleep แก้ปัญหาหระยะสั้น kill process ที่ sleep ใช้เวลาประมาณ 1 นาทีต่อครั้งที่เกิดปัญหา ระยะยาวเปลี่ยน เครื่องแม่ข่ายใหม่พร้อมลง mysql 5.5 ตัวที่ไม่มีปัญหา ช่วง มีนาคม 2561 ทำให้ปัญหาเดิมหมดไป

ผลงานและความภาคภูมิใจ

- ระบบ Paperless OPD
- ระบบคิวโรงพยาบาลกำแพงเพชร

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

1. ระบบ Paperless IPD
2. ระบบจองคิว Moph Connect เชื่อมกับระบบคิวโรงพยาบาล
3. ผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT และได้ใบประกาศรับรองจาก TMI

งานศูนย์ข้อมูลเวชสารสนเทศ

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการข้อมูลเวชสารสนเทศและบริหารจัดการระบบฐานข้อมูลสถิติทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาล ด้วยความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลาและเป็นที่ยอมรับ

ขอบเขตการบริการ

- บริหารจัดการระบบฐานข้อมูลสถิติทางการแพทย์และสาธารณสุขภายในหน่วยงานให้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ สะดวกต่อการใช้งานในการนำเสนอผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- ให้บริการข้อมูลสถิติทางการแพทย์แก่บุคลากรและหน่วยงานต่างๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาด้าน บริหาร บริการและวิชาการ
- รวบรวม จัดทำ จัดส่งรายงานให้กับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- รวบรวม ติดตาม ตรวจสอบ ข้อมูลการรับบริการและรายงานต่าง ๆ ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โดยเฉพาะรายงานที่เกี่ยวข้องกับการเงินของโรงพยาบาล
- สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการข้อมูลการรักษาพยาบาล แก่หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

ความท้าทาย

- จัดระบบ Software ภายในหน่วยงานเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามที่ต้องการเป็นการลดระยะเวลา การทำงานให้รวดเร็วขึ้น
- จัดทำระบบ Hardware เพื่อช่วยในการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในหน่วยงาน ในระดับเบื้องต้น
- คิดค้นนวัตกรรมที่ช่วยลดภาระงานอย่างต่อเนื่อง

ความเสี่ยงที่สำคัญ

- File sever ชัดข้อง
- ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ติดไวรัส
- ข้อมูลผิดพลาด
- การได้รับ/ส่ง รายงานข้อมูลล่าช้า

ปริมาณงานและทรัพยากร

อัตรากำลังเทียบกับปริมาณงาน เครื่องมือมีเพียงพอต่อการให้บริการตามศักยภาพของโรงพยาบาล มีระบบคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการใช้งาน

กระบวนการสำคัญ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการให้บริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในหรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการที่ประมวลผลโดยโปรแกรม HOSXP	- ข้อมูลได้รับการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนให้บริการ แก่หน่วยงานอื่น	ความผิดพลาดของข้อมูล < 5%
2. รวบรวมรายงานของแต่ละหน่วยงานเพื่อจัดเก็บและจัดส่งให้ทันตามกำหนดเวลา	- การรับส่งข้อมูลหรือรายงานของหน่วยงานต่าง ๆ สามารถทำได้ตามกำหนดเวลา	การจัดส่งและรายงานข้อมูลทันเวลา > 80%
3. ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ	- ผู้รับบริการได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องทันกำหนดเวลาและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้และเกิดความพึงพอใจ	ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ > 80%

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ข้อมูลสถิติมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน						
1. อัตราความผิดพลาดของข้อมูล	< 5 %	0.32 %	0.06 %	0.004 %	0.002%	0.12%
2. อัตราการจัดส่งและรายงานข้อมูลทันเวลาที่ศูนย์ข้อมูลดำเนินการเอง	> 80 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%
3. อัตราการจัดส่งและรายงานข้อมูลทันเวลาที่ศูนย์ข้อมูลร่วมกับหน่วยงานอื่น	> 80 %	43.06 %	89.09 %	99.30 %	100%	83.33%
เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ						
4. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	> 80 %	98.66 %	99.67 %	99.95%	99.99%	99.94%

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1. การบันทึกข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ลงคอมพิวเตอร์และฐานข้อมูล

กิจกรรมพัฒนาการบันทึกข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ลงคอมพิวเตอร์และฐานข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้องของฐานข้อมูลจากการลงบันทึกข้อมูลจากหน่วยงานที่เป็นเจ้าของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลปฐมภูมิซึ่งมีความถูกต้องสมบูรณ์ ลดความผิดพลาดจากการลงบันทึกข้อมูล และลดระยะเวลาการเดินทางของข้อมูล และช่วยแก้ปัญหาค่าซ้ำของข้อมูลได้

2. จัดเก็บข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

กิจกรรมพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่

1. จัดเก็บข้อมูลอย่างมีระบบด้วยคอมพิวเตอร์เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการนำเข้า ค้นหา และบริการ
2. พัฒนาระบบการสำรองข้อมูลผู้ช่วยภายในหน่วยงานเพื่อเป็นการป้องกันกรณีเกิดความเสียหายจาก File sever หลัก

3. ประมวลผลข้อมูลจากโปรแกรม HOSXP

กิจกรรมพัฒนาการประมวลผลข้อมูลจากโปรแกรม HOSXP

1. ตรวจสอบข้อมูลจากการประมวลผลหลายๆ วิธี วิเคราะห์ปัจจัยหรือสาเหตุที่เกิดความผิดพลาด
2. สร้างโปรแกรมการประมวลผลรายงาน 5 ให้สะดวกและตรงกับความต้องการของผู้ใช้งาน
3. พัฒนาโปรแกรมการเชื่อมโยงเพื่อตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน

4. การวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

กิจกรรมพัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อจัดทำรายงานสถิติ เช่น สถิติผู้ป่วยนอก/ใน สถิติโรค สถิติการส่งต่อ สถิติผู้ป่วยเสียชีวิต

5. การตรวจสอบข้อมูล

กิจกรรมพัฒนาการตรวจสอบข้อมูล

1. ตรวจสอบข้อมูลสถิติที่ประมวลผลออกมาว่ามีความถูกต้อง และเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด หากข้อมูลสถิติมีความผิดปกติให้นำเสนอผู้บริหารเพื่อหาทางดำเนินการแก้ปัญหาร่วมกัน
2. ตรวจสอบข้อมูลประจำวันผู้ป่วยใน โดยใช้โปรแกรม DRGs index เมื่อพบปัญหาการจัดกลุ่มโรคไม่ได้ หรือข้อมูลผิดปกติให้ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งและแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป
3. ตรวจสอบข้อมูลประจำวันผู้ป่วยนอก โดยใช้คำสั่ง SQL ในการค้นหาความผิดปกติและตรวจสอบอีกครั้งโดยใช้โปรแกรมการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอกจากระบบตรวจสอบข้อมูลบริการสาธารณสุข
4. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไปอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้นำมาใช้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด และสถานการณ์การให้บริการของโรงพยาบาล

แนวคิด : ข้อมูลตัวชี้วัด และสถานการณ์การให้บริการของโรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นข้อมูลที่มาจกหลายฝ่าย หลายบุคคล บางครั้งอาจเกิดกรณีการคัดลอกข้อมูล/การลงบันทึกข้อมูลผิดพลาด การรายงานข้อมูลสถิติเกิดความล่าช้า หรือการวิเคราะห์ข้อมูลผิด ทำให้ข้อมูลมีความขัดแย้งกันเองทำให้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลต่ำลง

- กิจกรรม :
1. วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ศูนย์ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง
 2. จากการประชุมหารือทำให้ได้แนวทางแก้ไขโดยให้พัฒนาโปรแกรม Excel ในการลงบันทึกข้อมูลจากแหล่งข้อมูลโดยตรง
 3. นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ข้อมูลไปทดลองใช้ในบางหน่วยงาน หากผลเป็นที่น่าพึงพอใจ ลดปัญหาความผิดพลาดของข้อมูล ความซ้ำซ้อนของข้อมูล และความล่าช้าของข้อมูลได้จึงนำไปใช้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 4. สร้างโปรแกรม Kph-seminar ,Kphstock ,Barthel score เพื่อตอบสนองให้กับผู้รับบริการ

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

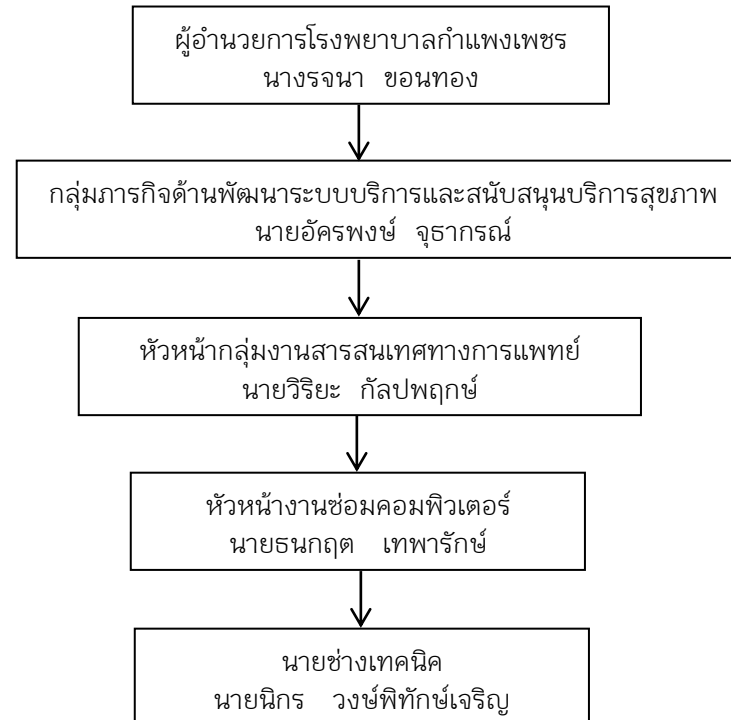
1. พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ด้านการให้รหัสโรค และรหัสหัตถการ
2. สำรองข้อมูลและโปรแกรมการทำงานต่าง ๆ เพื่อรองรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น
3. พัฒนาโปรแกรมช่วยจัดการงานศูนย์ข้อมูลภายในหน่วยงาน (ต่อเนื่อง)
4. การบริหารจัดการระบบฐานข้อมูล Hospital Profile และระบบGIS ของโรงพยาบาลให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และครอบคลุมความต้องการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในด้านการจัดการระบบฐานข้อมูล (ต่อเนื่อง)

งานซ่อมคอมพิวเตอร์

บุคลากร

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. นายธนกฤต เทพารักษ์ | ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสถิติ |
| 2. นายนิกร วงษ์พิทักษ์เจริญ | ตำแหน่ง นายช่างเทคนิค |

โครงสร้างงานซ่อมคอมพิวเตอร์



หน้าที่ความรับผิดชอบ

สนับสนุนการให้บริการกิจกรรมการรักษาพยาบาล และงานบริหารทั่วไป เพื่อให้เกิดความคล่องตัว และให้บริการด้านการดูแลบำรุงรักษา ซ่อมเครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ต่อพ่วงพร้อมติดตั้ง ระบบ Network ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ตลอดเวลา

คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ดูแล

1. เครื่องคอมพิวเตอร์	จำนวน	643	เครื่อง
2. จอคอมพิวเตอร์	จำนวน	449	จอ
3. เครื่องปริ้นเตอร์	จำนวน	413	เครื่อง
4. เครื่องสำรองไฟ	จำนวน	193	เครื่อง
5. Notebook	จำนวน	32	เครื่อง
6. Hubswitch	จำนวน	68	ตัว

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน

งานด้านติดตั้งซอฟต์แวร์

1. งานติดตั้งด้านซอฟต์แวร์ (Software)
 - 1.1 ติดตั้งวินโดวส์เครื่องคอมพิวเตอร์
 - 1.2 ติดตั้งไมโครซอฟท์ออฟฟิศใช้งาน
 - 1.3 ติดตั้ง Software/Application Desktop
 - 1.4 ติดตั้ง Software HOSxP
 - 1.5 ติดตั้ง Software HOSxP_PCU
 - 1.6 ติดตั้งไดร์เวอร์ปริ้นเตอร์
 - 1.7 ติดตั้งไดร์เวอร์แสกนเนอร์
 - 1.8 ตรวจสอบการปฏิบัติงานติดตั้ง Software Computer
2. งานด้านปรับปรุงแก้ไขซอฟต์แวร์ (Software)
 - 2.1 แก้ไขปัญหาการใช้งานโปรแกรม HOSxP
 - 2.2 แก้ไขปัญหาการใช้งานโปรแกรม HOSxP_pcu
 - 2.3 แก้ไขปัญหา Software/Application Desktop
 - 2.4 แก้ไขปัญหา Software/Application Internet
 - 2.5 แก้ไขปัญหา Software/Application ที่พัฒนาขึ้นมาเอง
 - 2.6 สแกนไวรัสใน Flashdrive/Harddisk
 - 2.7 ตรวจสอบ Software เครื่องคอมพิวเตอร์ PC
 - 2.8 แก้ไขปัญหา Software นอกโรงพยาบาล (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองซากังราว, ศูนย์แพทย์แผนไทยหน้าสถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร, ศูนย์แพทย์เทศาหน้าไปรษณีย์)

งานด้าน Hardware

1. งานซ่อมคอมพิวเตอร์ (Hardware)
 - 1.1 ซ่อมเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop ชับช้อน
 - 1.2 ซ่อมเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop แบบง่าย
 - 1.3 ซ่อมเครื่องคอมพิวเตอร์ Notebook
 - 1.4 ซ่อมเครื่องสำรองไฟ (UPS)
 - 1.5 ซ่อมจอคอมพิวเตอร์(Monitor)
 - 1.6 ซ่อม Printer ชับช้อน
 - 1.7 ซ่อม Printer แบบง่าย
 - 1.8 ซ่อม HUB/Swith
 - 1.9 ซ่อม Scanner
 - 1.10 งานซ่อม Router/Modem
 - 1.11 ซ่อมอุปกรณ์ Network
 - 1.12 ซ่อม/เปลี่ยน/mouse/keybroad/LAN CARD/Harddisk/PowerSupply
 - 1.13 เปลี่ยนตลับหมึกเครื่อง Printer
 - 1.14 กู้ข้อมูล ในเครื่อง Computer/USB Harddisk
 - 1.15 ตรวจสอบการปฏิบัติงานซ่อมบำรุง Hardware Computer
 - 1.16 กู้ข้อมูล Flashdrive/Thumbdrive/Memorycard
 - 1.17 ซ่อมคอมพิวเตอร์นอกโรงพยาบาล (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชากรุง, ศูนย์แพทย์เทศาแพทย์แผนไทยหน้าสถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร, ศูนย์แพทย์แผนไทยหน้าไปรษณีย์)
2. งานประกอบติดตั้งคอมพิวเตอร์
 - 2.1 ประกอบคอมพิวเตอร์ Desktop
 - 2.2 ติดตั้งคอมพิวเตอร์ Desktop ใหม่ในหน่วยงาน
 - 2.3 ติดตั้งคอมพิวเตอร์เฉพาะ CPU ในหน่วยงาน
 - 2.4 ติดตั้งจอคอมพิวเตอร์ Desktop ในหน่วยงาน
 - 2.5 ติดตั้งคอมพิวเตอร์ Notebook ในหน่วยงาน
 - 2.6 ติดตั้งจอภาพคอมพิวเตอร์
 - 2.7 ติดตั้ง Printer
 - 2.8 ติดตั้ง Scanner
 - 2.9 ติดตั้งอุปกรณ์ Switch
 - 2.10 ตรวจสอบการปฏิบัติงานประกอบการติดตั้ง Hardware Computer
 - 2.11 ติดตั้งเครื่องสำรองไฟ UPS
 - 2.12 ติดตั้งฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ นอกโรงพยาบาล (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชากรุง, ศูนย์แพทย์แผนไทยหน้าสถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร, ศูนย์แพทย์เทศาหน้าไปรษณีย์)

งานด้านบำรุงรักษา Computer

1. ทำแผนบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงให้อยู่ในสภาพใช้งานได้
งานด้านเครือข่าย (Network)
 1. ติดตั้งสาย Lan ที่ไม่ยุ่งยากระยะทาง ≤ 10 M
 2. ติดตั้งสาย Lan ที่ไม่ยุ่งยากระยะทาง > 10 M
 3. ติดตั้งสาย Lan ที่ยุ่งยากระยะทาง ≤ 10 M
 4. ติดตั้งสาย Lan ที่ยุ่งยากระยะทาง > 10 M
 5. ตรวจสอบการปฏิบัติงานติดตั้ง/ซ่อมบำรุงระบบ Network
 6. งานด้านซ่อมบำรุงระบบ Network
 7. ปรับปรุง/แก้ไข/ระบบ Lan
 8. ตรวจสอบระบบสาย Lan
 9. ตรวจสอบ Hub/Switch
 10. ติดตั้งต่อเติมเพิ่มระบบ LAN ในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองซากังราว, ศูนย์แพทย์แผนไทยหน้าสถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร, ศูนย์แพทย์เทศบาลน้ำปราชญ์)

งานด้านวิชาการ

1. ค้นคว้า/ศึกษาข้อมูล เพื่อพัฒนางาน การดูแลอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับงาน (Software/Hardware)
2. ประชุมนอก รพ. ตามนโยบาย/คำสั่ง
3. งานประชุมภายในโรงพยาบาล
4. ประชุมระดับหน่วยงาน
5. ผู้ช่วยวิทยากรใน/นอกโรงพยาบาล

งานด้านธุรการ

1. พิมพ์หนังสือราชการ
2. รับหนังสือราชการ
3. เบิกจ่ายวัสดุ-ครุภัณฑ์ คอมพิวเตอร์
4. รับวัสดุ-ครุภัณฑ์ทั่วไป/คอมพิวเตอร์
5. ลงทะเบียนใบแจ้งซ่อมวัสดุคอมพิวเตอร์ในระบบ Intranet
6. รับแจ้งซ่อมทางโปรแกรมผ่านระบบ Intranet และทางโทรศัพท์

งานบริหาร

1. ควบคุมกำกับ ผลการปฏิบัติงาน ตรวจสอบการปฏิบัติงาน นักศึกษาฝึกงาน
2. บริหารจัดการ ควบคุมกำกับ ระบบงานซ่อมบำรุง Hardware
3. บริหารจัดการ ควบคุมกำกับ ระบบงานเครือข่าย Network
4. จัดทำแผน งานการบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และระบบ Network
5. จัดทำตารางการปฏิบัติการนอกเวลา
6. จัดทำ ทะเบียนเบิกจ่ายครุภัณฑ์ คอมพิวเตอร์
7. จัดทำแผนซ่อมบำรุงวัสดุ-ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ประจำปี ภาครวม
8. ติดต่อ ประสานงาน หน่วยงานภายใน/ภายนอก
9. ให้คำปรึกษาปัญหาคอมพิวเตอร์ด้านฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์
10. งานสนับสนุนต่าง ๆ (จัดเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับงานประชุมต่าง ๆ)

งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน

1. จัดระบบบริการงานเวชระเบียนด้วยความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาและประทับใจ เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ
2. จัดระบบบริการ ค้นหาและจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พร้อมทั้งตรวจสอบปริมาณและคุณภาพเวชระเบียน
3. จัดทำประวัติเวชระเบียนของผู้รับบริการโดยมีข้อมูลประวัติส่วนบุคคล อย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว เพื่อส่งต่อให้หน่วยงานรักษาพยาบาลได้ใช้ประกอบในการให้บริการทางการแพทย์
4. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลและรวบรวมรายงานทางการแพทย์ของผู้ป่วยทุกรายให้ครบถ้วนสมบูรณ์และทันเวลา
5. จัดสถานที่และระบบในการเก็บรักษาเวชระเบียน Digital Filing System ให้มีประสิทธิภาพเป็นหมวดหมู่ มีระเบียบสะดวกในการค้นหาและป้องกันการสูญหาย
6. รวบรวมสถิติข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยทุกรายจัดทำเป็นรายงานต่าง ๆ ได้ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา
7. ประสานงานเบื้องต้นกับผู้ป่วยในการให้บริการและประชาสัมพันธ์ในฐานะหน่วยบริการด้านหน้า Front liner
8. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบงานที่เหมาะสม
9. การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลจากฐานข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการใช้บริการของผู้ป่วย รวมถึงการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
10. จัดระบบการแปลผลลงรหัสโรค (Medical Coding) เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้รหัสโรคผู้ป่วย (ICD - 10) รหัสหัตถการ (ICD-9-CM) ตามการวินิจฉัยโรค, ผลการรักษา, การผ่าตัด, โรคแทรกซ้อน, สาเหตุการตาย ฯลฯ
11. จัดระบบการบันทึกและเก็บข้อมูลให้สมบูรณ์ถูกต้อง มีระบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูลรวมถึงการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน (Medical Record Audit)
12. จัดระบบการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย มีการกำหนดรหัสผ่าน การเข้าถึงข้อมูลมีแบบ ยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย
13. ให้บริการค้นหาและสำเนาเวชระเบียนเพื่อการรักษาพยาบาล, การวินิจฉัย, ประกันชีวิตและหน่วยงานทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล
14. ให้บริการข้อมูล สถิติการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แก่บุคลากรและหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
15. เป็นแหล่งศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ
16. พัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record System) เพื่อตอบสนองการพัฒนาบริการให้มีความเป็นเลิศในการให้บริการ

งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

วิสัยทัศน์ (Vision)	เป็นหน่วยงานคุณภาพ คู่คุณธรรม เพื่องานบริการที่ดี
พันธกิจ (Mission)	ระบบบริการมีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล
ค่านิยม (Core value)	ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม
เข็มมุ่ง	Patient Safety Goal
อัตลักษณ์ (Identity)	รับผิดชอบ ชื่อสัตย์ มีน้ำใจ

หน้าที่และเป้าหมาย

ผู้รับบริการ ติดต่อประสานงาน ขอรับข้อมูลเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยในตามที่มีการร้องขอ โดยไม่ขัดต่อสิทธิผู้ป่วย บนพื้นฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการทุกระดับ บุคลากรมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

- จัดทำ จัดเก็บรักษาแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ สะดวกในการค้นหา
- บริการข้อมูลเวชระเบียนตามการร้องขอ โดยไม่ขัดกับสิทธิของผู้ป่วย
- ออกหนังสือรับรองการเกิดได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง
- ให้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการอย่างถูกต้องและตรงกับมาตรฐานการให้รหัสโรค
- บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในทุกรายในระบบ LAN
- ร่วมตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยมีคณะกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนร่วมด้วย

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา

ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

เวชระเบียนผู้ป่วยในได้รับการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการภายในเวลาที่กำหนด และได้มาตรฐาน

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

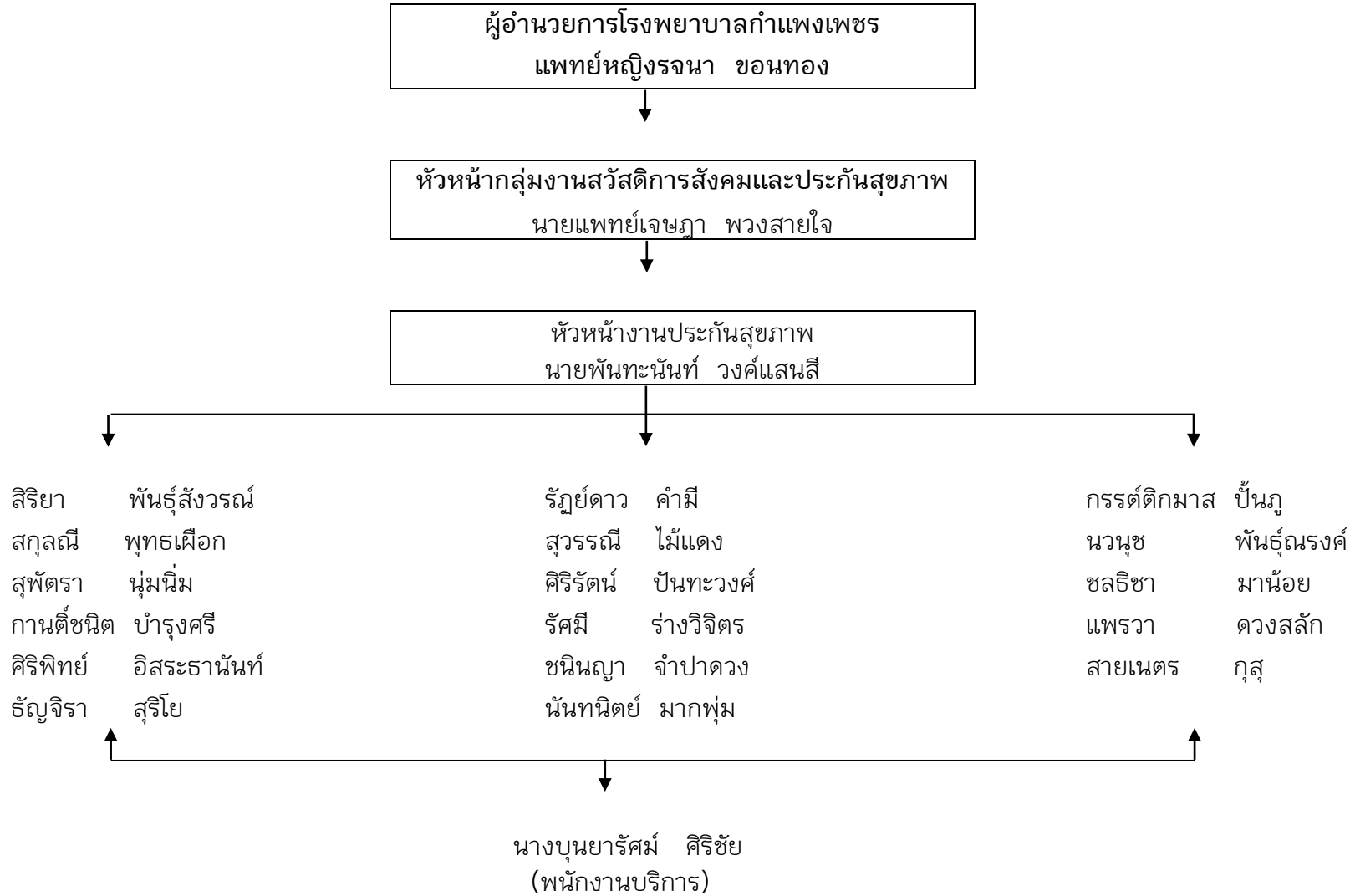
ผู้รับผลงาน	ความต้องการ
ผู้ป่วย และญาติ	<input type="checkbox"/> ได้รับบริการสำเนาเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ได้รับบริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง <input type="checkbox"/> การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและรักษาความลับผู้ป่วย
แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - มีพฤติกรรมบริการที่ดีเป็นที่ประทับใจผู้รับบริการ - ให้คำแนะนำขั้นตอนการรับสูติบัตรตัวจริง ได้อย่างถูกต้อง - ชี้แจงเหตุผล เมื่อมีเหตุขัดข้องและแก้ไขปัญหาทางานได้ - การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน - เจ้าหน้าที่บริการด้วยพฤติกรรมบริการที่ดี - การเก็บรักษาเวชระเบียน สามารถค้นหา ได้รวดเร็ว ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน
ผู้บริหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นมาตรฐานการให้รหัส มีคุณภาพ สามารถนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาโรงพยาบาล - มีระบบรายงานผู้ป่วยในรายบุคคล (DRGs) ที่มีความสอดคล้องต่อค่าใช้จ่าย - มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะ เพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และระยะเวลาการบันทึกที่เหมาะสม - การใช้รหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการได้มาตรฐาน

ปริมาณงานงานที่รับผิดชอบ

1. ให้รหัสโรคผู้ป่วยใน
2. บริการฮีม- คีน เวชระเบียนผู้ป่วยใน
3. บริการขอใบรับรองแพทย์ ใบเคลม สำเนาประวัติ
4. ออกหนังสือรับรองการเกิด
5. บันทึกรายงานการตายในระบบ internet กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

อัตรากำลัง



ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

รับผิดชอบงาน พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และงานบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด ข้าราชการกรมบัญชีกลาง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ให้บริการผู้ป่วยนอก – ใน ให้ได้รับคำแนะนำและพิทักษ์สิทธิในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วย พ.ร.บ.ประกันสังคม / พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ / บัตรทอง / ข้าราชการ / องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ รัฐวิสาหกิจ / ต่างดาวและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ผลงานปฏิบัติงาน

การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิบัตรจำนวน 5 งาน

1. บัตรทอง
2. ข้าราชการกรมบัญชีกลาง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, รัฐวิสาหกิจ
3. ประกันสังคม
4. พรบ.รถ
5. งานต่างดาว / บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิบัตรประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

ลำดับ	สิทธิบัตร	จำนวนราย			ประมาณการที่จะได้รับ (บาท)			หมายเหตุ
		2559	2560	2561	2559	2560	2561	
1	บัตรทอง							
	– บัตรทองผู้ป่วยนอก รพช.ในจังหวัด	53,537	50,202	58,096	24,697,161.00	22,724,134.00	26,539,794.00	ตามข้อตกลงจังหวัด
	– บัตรทองผู้ป่วยนอก กรณีสิทธิว่าง, จุกเงิน, แรกเกิด, อุบัติเหตุทุกอย่าง	5,123	10,679	5,025	3,978,112.00	12,996,606.70	9,200,566.10	ตามจริง
	– บัตรทองผู้ป่วยใน	30,691	32,706	47,801	60,129,971.00	437,377,615.92	479,822,238.45	Adj RW
2	ข้าราชการกรมบัญชีกลาง							
	– ผู้ป่วยใน (program CSMBS)	2,266	2,234	2,524	39,619,420.00	41,294,278.00	57,403,525.67	Adj RW
	– ผู้ป่วยนอก (program CSCD)	62,451	59,784	56,616	52,808,425.15	57,505,707.00	67,026,914.03	คชจ.จริง
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น							
	– ผู้ป่วยใน (ระบบ E-claim)	389	443	391	5,299,800.00	7,637,933.00	5,747,152.50	Adj RW
	– ผู้ป่วยนอก (ระบบ E-claim)	7,489	7,483	7,440	7,834,913.00	8,159,895.00	8,251,955.90	คชจ.จริง
	เบิกได้อื่น ๆ รัฐวิสาหกิจ	75	95	85	1,470,109.00	2,220,930.00	1,378,306.75	คชจ.จริง

การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิบัตรประจำปีงบประมาณ 2559 - 2561

ลำดับ	สิทธิบัตร	จำนวนราย			ประมาณการที่จะได้รับ (บาท)			หมายเหตุ
		2559	2560	2561	2559	2560	2561	
3	ประกันสังคม							
	— ประกันสังคม ผู้ป่วยนอก	26,068	26,076	27,927	18,335,261.00	21,313,256.00	23,886,136.50	คชจ.จริง
	— ประกันสังคม ผู้ป่วยใน	295	267	283	4,009,113.00	4,022,328.00	3,722,320.00	คชจ.เรียกเก็บ
	— ทุพพลภาพ ผู้ป่วยนอก	-		127	-		279,432.00	Adj RW
	— ทุพพลภาพ ผู้ป่วยใน	-	23	14		257,779.00	249,426.00	Adj RW
	— กองทุนทดแทน ผู้ป่วยนอก	-		106	-		117,935.00	คชจ.จริง
	— กองทุนทดแทน ผู้ป่วยใน	-	56	57		835,666.00	838,183.00	คชจ.จริง
4	พรบ.รถ							
	— ผู้ป่วยนอก – ผู้ป่วยใน	1,509	1,725	1,737	18,319,016.00	20,149,817.00	20,008,052.00	คชจ.จริง
5	ต่างด้าว/ผู้มีปัญหาสถานะสิทธิ							
	— ต่างด้าว ผู้ป่วยใน	146	152	199	1,392,792.00	1,379,486.33	1,280,670.03	Adj RW
	— ต่างด้าว ผู้ป่วยนอก	91	141	215	59,594.00	78,324.00	112,530.68	คชจ.เรียกเก็บ
	— ผู้มีปัญหาลสถานะสิทธิ ผู้ป่วยใน	15	35	25	116,965.32	404,984.54	564,944.61	Adj RW
	— ผู้มีปัญหาลสถานะสิทธิ ผู้ป่วยนอก	17	36	25	7,591.00	12,891.00	14,525.00	คชจ.เรียกเก็บ

การพัฒนาคุณภาพ

1. รับฟังนโยบายจากทีมนำของโรงพยาบาล กลุ่มตติยภูมิ ทีมนำเฉพาะด้าน เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาและกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานให้สอดคล้องกับพันธกิจและเข็มมุ่งโรงพยาบาล
2. จัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
3. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพครอบคลุมด้านบริหาร บริการ วิชาการ เพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณ / ทรัพยากรอย่างเพียงพอ
4. จัดประชุมชี้แจงนโยบาย ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา
5. จัดประชุมระดมความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เกี่ยวกับการติดตามความก้าวหน้าของแผนพัฒนาคุณภาพ แนวทางปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ
6. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรม สัมมนา และการนำเสนอผลงานที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ
7. กระตุ้น ติดตามให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน
8. ติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขทุกวัน

แผนงานที่จะดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณ 2562

1. ลงทะเบียนผู้มีสิทธิให้ครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพมากกว่า 99.50%
2. ตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ถูกต้อง ครบถ้วน 100 %
3. เบิกจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
4. ตรวจสอบการจ่ายเงินบริการทางการแพทย์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
5. พัฒนาระบบการตรวจสอบสิทธิการมารับบริการของแรงงานต่างด้าวให้มีประสิทธิภาพ

ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

อันดับ	ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1.	ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถ มีประกันภัยไม่ครอบคลุม ทำให้ โรงพยาบาลสูญเสียรายได้	<ul style="list-style-type: none">— เบิกกองทุนทดแทน ให้ คปภ. ไล่เบี้ยคืน 20%— ประสานงาน คปภ. รณรงค์ เข้มงวดให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ รถยนต์ทำประกันภัย ให้ครอบคลุม
2.	แรงงานต่างด้าว หนีเข้าเมือง ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เป็นภาระโรงพยาบาล ต้องอนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none">— ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้มงวดผลักดัน ออกนอกประเทศ

งานพัฒนาบุคลากร

วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ

ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร เพื่อคุณภาพของการพัฒนาระบบบริการ

อัตลักษณ์

รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีน้ำใจ

นโยบาย

- ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการประชาชน และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
- ส่งเสริมการนำข้อมูลทางวิชาการ และสภาพปัญหาของผู้รับบริการไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการประชาชน
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์

- ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ
- บุคลากรมีความรู้และทักษะพร้อมให้บริการ ตลอดจนปฏิบัติงานอย่างมีความสุข
- โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน

บุคลากร 4 คน ประกอบด้วย

ข้าราชการ	1 คน	นางรัชนีกร	มะวงศ์ษา	ตำแหน่ง	นักวิชาการสถิติชำนาญการ
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	3 คน	นางสาวมลทิwa	ทับทอง	ตำแหน่ง	พนักงานธุรการ
		นางสาวศิริพร	แดงพรม	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานธุรการ
		นายผดุงพล	ทองเพชรนิล	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานธุรการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานพัฒนาบุคลากร

รับผิดชอบการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล ให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์วิชาชีพและความคาดหวังของผู้รับบริการ สอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. ร่วมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จัดปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกระดับ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องนโยบายของรัฐ และโรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. สำรวจและวิเคราะห์ความต้องการในการศึกษา อบรมของบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล ตลอดจนวางแผนการศึกษา อบรม ดูงาน สัมมนาทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละหน่วยงานและโรงพยาบาล
3. สำรวจความพึงพอใจของบุคลากรทุก ๆ ปีละ 1 ครั้ง
4. จัดโครงการปฐมนิเทศแพทย์เพิ่มพูนทักษะ พร้อมจัดทำตารางการฝึกปฏิบัติงานใน 5 แผนกหลักและโรงพยาบาลชุมชน
5. รวบรวมแบบประเมินแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ชั้นปีที่ 1
6. รับสมัคร รวบรวม และสรุปผลโควตาแพทย์ประจำบ้านทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง
7. สนับสนุนการจัดกิจกรรมวิชาการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
8. สรุปงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาบุคลากรไปร่วมอบรม / ประชุมวิชาการ / ศึกษาดูงานเป็นประจำทุกเดือนเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกำแพงเพชร
9. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานฝึกปฏิบัติงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะของแพทยสภา
10. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการรับส่งต่อของ สปสช.

งานธุรการ

1. งานสารบรรณ มีหน้าที่ลงทะเบียนรับ – ส่งหนังสือ แจ้งเวียนหนังสือแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. งานผลิตเอกสาร ต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
3. ทำหนังสือเดินทางขออนุญาตไปร่วมอบรม / ประชุมวิชาการ / ศึกษาดูงานของบุคลากร
4. การร่าง – โต้ตอบหนังสือราชการ
5. การพิมพ์หนังสือ และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร
6. การจัดเก็บและรักษาเอกสารให้เป็นระบบ

ศูนย์คุณภาพ (QO)

อัตรากำลัง ศูนย์คุณภาพ

1.	นางชินานาฎ	พวงสายใจ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
2.	นายสมเพ็ง	โชคเฉลิมวงศ์	รองหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
3.	นางสาวจงรักษ์	รอดเกษม	หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (OPD)
4.	นางสาววิภา	พลับผล	รองหัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (INCU)
5.	นางสาวสุชาดา	มีชัย	เจ้าหน้าที่งานพัฒนาคุณภาพ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
6.	นางสาวสุนิสา	นันทารมย์	เจ้าหน้าที่งานพัฒนาคุณภาพ ตำแหน่ง พนักงานบริการ
7.	นางสาวยุพิน	นาโคกุล	เจ้าหน้าที่งานพัฒนาคุณภาพ ตำแหน่ง พนักงานบริการ

บทบาทหน้าที่หน่วยงานศูนย์คุณภาพ

1. เรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพให้การสนับสนุนองค์ความรู้ และให้คำปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพแก่ทีมนำ
2. เป็นเลขานุการของคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ
3. เป็นเลขานุการในคณะกรรมการประสานงานพัฒนาคุณภาพ
4. จัดทำแผนการปฏิบัติงานของศูนย์คุณภาพเพื่อให้ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล
5. ประสานงานการพัฒนาคุณภาพระหว่างโรงพยาบาลกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ระหว่างองค์กรต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล
6. ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพแก่เจ้าหน้าที่และคณะอนุกรรมการต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้เอกสาร และวัสดุอุปกรณ์
7. ส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ความเคลื่อนไหวของการพัฒนาคุณภาพบริการของกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ และประสานงานในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
8. รวบรวมผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของทุกทีมพร้อมทั้งเสนอข้อมูลย้อนหลัง (Feedback) สู่ทีมนำและผู้เกี่ยวข้อง
9. จัดให้มีการเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพ
10. จัดโครงการฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพให้แก่บุคลากร
 - ติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในโครงการต่าง ๆ
 - ร่วมบริหารจัดการงาน และดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนด
 - ประสานงานก่อน ระหว่าง และหลังการจัดโครงการ
 - จัดเตรียมเอกสาร และออกจดหมายให้ผู้เกี่ยวข้อง
 - สรุปรายงานและประเมินผลการจัดโครงการ
11. จัดประชุมคณะกรรมการต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเป็นไปตามเป้าหมาย
12. ปฏิบัติตามที่คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

กิจกรรมหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office) ประจำปีงบประมาณ 2561

เดือน	กิจกรรม
1 ตุลาคม-21 พฤศจิกายน 2560	ส่งผลงานเข้าร่วมประกวด HA National Forum ครั้งที่ 19
30 ตุลาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 9/60
31 ตุลาคม 2560	สมัครเข้าร่วมโครงการ THIP ของ สรพ.
7 พฤศจิกายน 2560	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน สูดิ-นรีเวชกรรม / ห้องคลอด / หลังคลอด
9 พฤศจิกายน 2560	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน NICU / กุมารเวชกรรม 1 / กุมารเวชกรรม 2
13 พฤศจิกายน 2560	เวลา 13.00-16.00 น. ประชุมสมาชิกผู้ใช้งาน THIP ทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการจัดการข้อมูล ผ่านระบบ V-Cube
15 พฤศจิกายน 2560	อบรมหลักสูตรการใช้งานโปรแกรม THIP พื้นฐาน สำหรับผู้ใช้งานตัวแทนโรงพยาบาลละไม่เกิน 2 ท่าน สำหรับสมาชิกใหม่ หลักสูตรละ 1 วัน
22 พฤศจิกายน 2560	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 10/60
23 พฤศจิกายน 2560	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน ศัลยกรรมชายทั่วไป / ศัลยกรรมหญิง / ศัลยกรรมอุบัติเหตุ / ICU รวม
13-15 ธันวาคม 2560	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 305 : การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุน
19 ธันวาคม 2560	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน ห้องผ่าตัด / วิสัญญี / ศัลยกรรมกระดูก
21 ธันวาคม 2560	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน เวชระเบียนผู้ป่วยนอก / LAB
25 ธันวาคม 2560	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน อายุรกรรมชาย / ICU อายุรกรรม / MICU
9 มกราคม 2561	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน ER / เภสัชกรรม / ไตเทียม / พิเศษ
10-12 มกราคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 303 : การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุณภาพ
17-18 มกราคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 603 : สารสนเทศกับการพัฒนาคุณภาพ
23 มกราคม 2561	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน จิตเวช / ทันตกรรม / สงฆ์อาพาธ / จักษุ / จ่ายกลาง
25 มกราคม 2561	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน สวัสดิการสังคม / ศูนย์ข้อมูล / IT / รังสีวิทยา / OPD
30 มกราคม-1 กุมภาพันธ์ 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 602 : คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก
6 กุมภาพันธ์ 2561	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน พัฒนาทรัพยากรบุคคล / สังคมสงเคราะห์ / ห้องสมุด / เวชนิทัศน์และสัตตทัศน์ศึกษา / ซ่อมคอมพิวเตอร์

กิจกรรมหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office) ประจำปีงบประมาณ 2561

เดือน	กิจกรรม
19 กุมภาพันธ์ 2561	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 1.1/61
21-23 กุมภาพันธ์ 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 501 : SPA and Self Assessment Report
13-16 มีนาคม 2561	เข้าร่วมการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 19
6 มีนาคม 2561	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 1.2/61
28-30 มีนาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 601 : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ
2-3 เมษายน 2561	โครงการ Data and Information Management
30 เมษายน 2561	ติดตาม Unit Profile ทุกหน่วยงาน
9 พฤษภาคม 2561	นำเสนอ Unit Profile หน่วยงาน เครื่องมือแพทย์และวิศวกรรมการแพทย์ / วิศวกรรมไฟฟ้า / ชักฟอกและตัดเย็บ
11 พฤษภาคม 2561	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ครั้งที่ 2/2561
6-8 มิถุนายน 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรม HA 201 : โครงการพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล จ.พิษณุโลก
12-14 มิถุนายน 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการชุมชนนักปฏิบัติ THIP
5-6 กรกฎาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 604 : การพัฒนาระบบความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศในโรงพยาบาล
9-10 กรกฎาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 900 : การพัฒนาคุณภาพ สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล
24-25 กรกฎาคม 2561	จัดโครงการประกวดผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
8-9 สิงหาคม 2561	การประชุมวิชา ประจำปี งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประจำปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
14 สิงหาคม 2561	ส่งแผนการปฏิบัติงานประจำปี 2562
15-17 สิงหาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร HA 401 : การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายใน Internal Survey
16-17 สิงหาคม 2561	ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรม PT 045 : อบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรสำหรับผู้จัดการศูนย์คุณภาพ
4-5 กันยายน 2561	จัดโครงการแถลงนโยบายผู้บริหาร และทีมคุณภาพลงสู่ผู้ปฏิบัติ ประจำปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
14 กันยายน 2561	สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2561

ผลการดำเนินงาน ประจำปี 2561

ศูนย์คุณภาพมีผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ เพิ่มขึ้นจากโครงการประกวดผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2561 โรงพยาบาลกำแพงเพชร เมื่อวันที่ 24-25 กรกฎาคม 2561 จำนวนทั้งสิ้น 48 เรื่อง โดยสรุปผลการประกวดประเภทต่างๆ ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
ผลงานการพัฒนาคุณภาพระดับทีมเฉพาะด้าน		
1	การพัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง รพ.กพ.	RM
2	โรงพยาบาลกำแพงเพชรกับ Big Data เพื่อคุณภาพ	IM
3	การพัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพ	NSO
4	ปึกหมุด หยุดเชื้อคือยาด้วย Set kit	IC
5	การพัฒนาแนวทางการประเมินและการป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนปลาย	IC
6	ใช้ยา Antibiotics ถูกทิศ ชีวิตผู้ป่วยปลอดภัย	ระบบยา
เรื่องเล่าประทับใจ		
7	โลกสดใสของคุณยายนารี	สงฆ์อาพาธ
8	เพราะเสี้ยวนาที่...คือชีวิต	สงฆ์อาพาธ
9	เก่งให้ ให้เก่ง	ICU อายุรกรรม
10	วิตามินหัวใจ	ศัลยกรรมอุบัติเหตุ
11	รอยยิ้มใต้สายฝน	ศัลยกรรมอุบัติเหตุ
12	โครงการธรรมเสริมพลังชีวิต	พิเศษ
13	สำคัญคือ...บทบาทนี้เราทำเพื่อใคร	พิเศษ
14	กระจกสะท้อนเงา	อายุรกรรมชาย
15	หัวใจความเป็นมนุษย์	อายุรกรรมชาย
16	หนูน้อยนักสู้ในตู้กระจก	NICU
17	พระเอกของชั้น	ICU รวม

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
ผลงานการพัฒนาคุณภาพระดับทีม PCT		
18	ก้าวทีละก้าวของ Stroke	PCT อายุกรรม
19	การพัฒนาระบบการรักษาแบบ One Day Surgery ใน รพ.กพ.	PCT ศัลยกรรม
20	Pediatric Early Warning Score: PEWS	PCT กุมารเวชกรรม
21	โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักชนิดไม่ซับซ้อนในเครือข่าย	PCT ศัลยกรรมกระดูก
22	การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หู คอ จมูก	PCT โสต ศอ นาสิก
ผลงานการพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงานด้านคลินิก		
23	โครงการเส้นทางสู่ดวงดาว	พิเศษ
24	การป้องกันการใส่เลนส์แก้วตาเทียมผิดพลาด	จักษุ
25	การทำ Exposure chart และการปรับตั้งค่า Exposure Technique อัตโนมัติ สำหรับการเอกซเรย์ช่องท้อง	รังสีวิทยา
26	การพัฒนาหุ่นช่วยสอนเพื่อการวางแผนจำหน่าย	กึ่งวิกฤต
27	หยุดเป็นเหยื่อเชื้อดื้อยา	อายุรกรรมหญิง
28	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหัวใจแห่งรัก	อายุรกรรมหญิง
29	ตรงต.กับหน่วยไต	ไตเทียม
30	การพัฒนาระบบการส่งสิ่งส่งตรวจ	อายุรกรรมชาย
31	การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น	อายุรกรรมชาย
32	การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลกำแพงเพชร	NICU
33	การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่ใช้ยารักษาฟาริน	เภสัชกรรม
34	การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อการชักจากไข้สูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากชัก	กุมารเวชกรรม 2
35	การประยุกต์แนวคิด FAST HUGS BID	ICU รวม
36	พัฒนาการรายงานผลตรวจทางพยาธิวิทยา ผ่านระบบ HOSXP	LAB

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
ผลงานการพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงานด้านสนับสนุน		
37	รับ – ส่ง 4.0	เครื่องมือแพทย์
38	การพัฒนาการบันทึกบัญชีเจ้าหนี้การค้า	บัญชี
39	พัฒนาระบบรายงานทางการเงิน One page report	บัญชี
40	หางปลา ดูแลเธอ	เครื่องมือแพทย์
41	กระเป๋ารักโลก	พิเศษ
42	อุปกรณ์เตรียมสิ่งส่งตรวจ 3S (Save-Smear-Smart)	LAB
43	ถาดนับเม็ดยาวัณโรคแบบ Unit Dose	เภสัชกรรมผู้ป่วยนอก
44	กล่องใส่อุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจ	อายุรกรรมชาย
45	ICU 4.0	ICU อายุรกรรม
46	หมอนหลอดสอดขา	ศัลยกรรมชายทั่วไป
ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม : ระดับเครือข่ายบริการเมือง		
47	ตาลด้านตั้ง	รพ.สต.แม่নারี
48	มจร.07153	รพ.สต.แม่নারี

ปัจจุบันโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล
(Hospital Accreditation)

ตั้งแต่วันที่ 25 กรกฎาคม 2560 ถึงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563

จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (Re-Accreditation ครั้งที่ 3)

(ร่าง) แผนกิจกรรมหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office) ประจำปีงบประมาณ 2562

เดือน	กิจกรรม
1-31 ตุลาคม 2561	สมัครเข้าร่วมโครงการ THIP ของ สรพ. (หลักสูตรต่อเนื่อง)
พฤศจิกายน 2561	รวบรวมเอกสารเพื่อขอรับการเยี่ยมสำรวจ (Surveillance Survey)
ธันวาคม 2561	ส่งเอกสารให้กับ สรพ. เพื่อรับการเยี่ยมสำรวจ (Surveillance Survey) โรงพยาบาล
ธันวาคม 2561	ส่งอบรม HA 305 : การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุน
มกราคม 2562	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจ (Surveillance Survey) โรงพยาบาลกำแพงเพชร
มกราคม-มีนาคม 2562	โครงการแถลงนโยบายผู้บริหาร และทีมคุณภาพลงสู่ผู้ปฏิบัติ ประจำปี 2562 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
มกราคม-มีนาคม 2562	โครงการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับ HA พื้นฐาน
มกราคม-มิถุนายน 2562	โครงการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัย และยั่งยืนในโรงพยาบาลกำแพงเพชร
มกราคม-มิถุนายน 2562	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดการข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ โดย นพ.วิริยะ กัลปพฤกษ์
มีนาคม 2562	ประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 20 (สรพ.)
เมษายน-มิถุนายน 2562	โครงการประกวดผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2562 โรงพยาบาลกำแพงเพชร
กรกฎาคม-กันยายน 2562	ประชุมเตรียมความพร้อม Accreditation to Re-Accreditation
กันยายน 2562	สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2562
กันยายน 2562	วางแผนการดำเนินงานประจำปี 2563

งานห้องสมุด

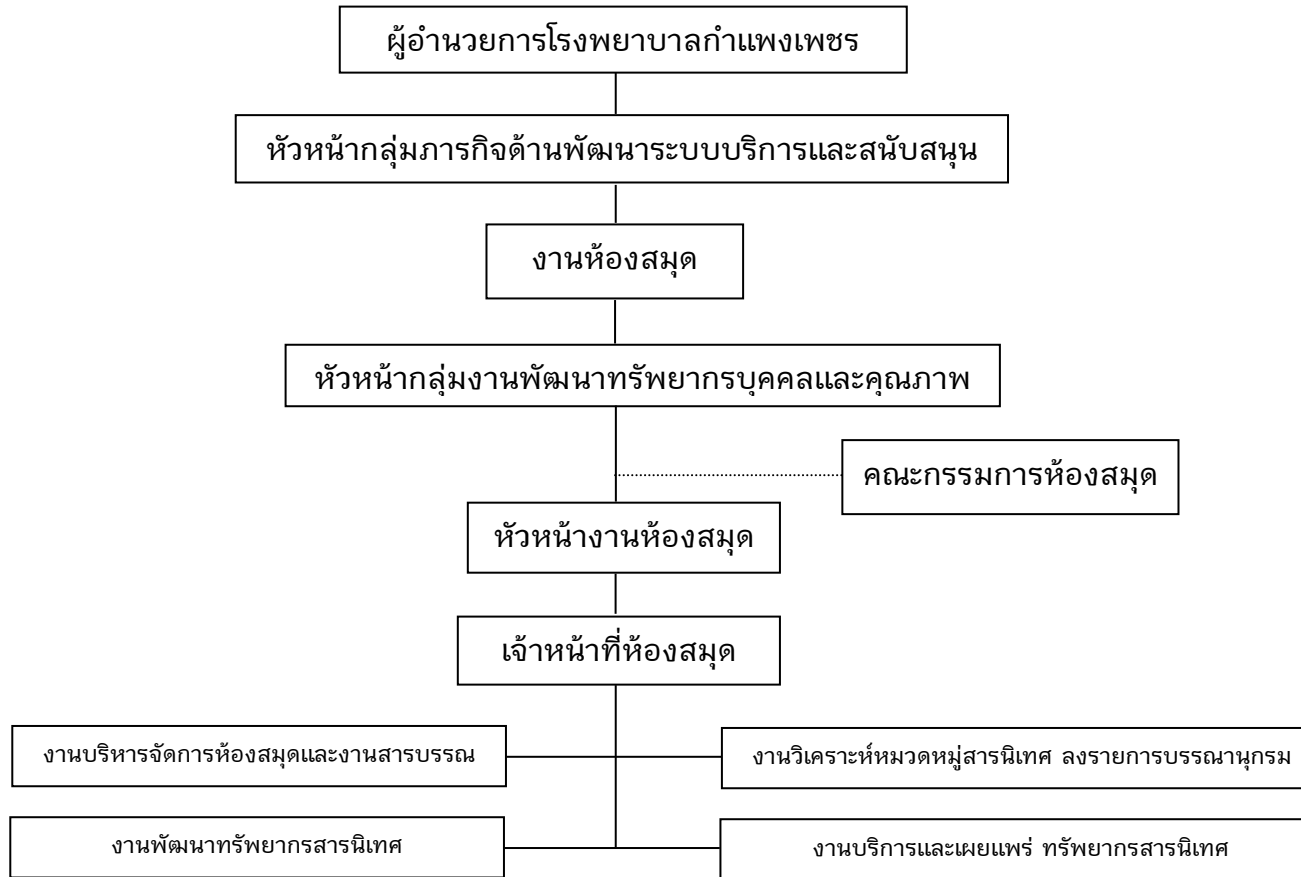
เจตจำนง/ความมุ่งหมาย (Purpose)

ให้บริการข้อมูล – ข่าวสาร – สารสนเทศทางวิชาการ - ฐานข้อมูลอ้างอิง ทั้งในรูปแบบสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ แก่ บุคลากร ของโรงพยาบาล ด้วยความสะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว และเกิดความพึงพอใจ สำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยการศึกษา การพัฒนาคุณภาพบริการ และสนับสนุนการบริหารจัดการ

หน้าที่ความรับผิดชอบและขอบเขตบริการของหน่วยงาน

1. ให้บริการอ่านอย่างเสรี เพราะเป็นที่เก็บรวบรวมและให้บริการทรัพยากรสารสนเทศ ประเภท ต่าง ๆ ในทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข และสาขาวิชาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานบริหาร และบริการในโรงพยาบาล
2. ให้คำปรึกษาเรื่องการค้นหาข้อมูลข่าวสาร การประสานกับห้องสมุดทางการแพทย์อื่น ๆ
3. ให้คำแนะนำการเขียนรายการทางบรรณานุกรมและอ้างอิง
4. ให้บริการยืม - คืนหนังสือ วารสาร และสิ่งพิมพ์รวมทั้ง สื่อทัศนูปกรณ์
5. งานรายงานสถิติการให้บริการต่าง ๆ ของห้องสมุด
6. งานบริหารและจัดการห้องสมุดและงานสารบรรณ
7. งานพัฒนาทรัพยากรสารสนเทศ
8. งานวิเคราะห์หมวดหมู่ทรัพยากรสารสนเทศ และลงรายการทางบรรณานุกรม
9. งานบริการและเผยแพร่ทรัพยากรสารสนเทศ
10. งานจัดทำวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร
11. เผยแพร่บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านเว็บไซต์
12. งานบริการห้องสมุดเคลื่อนที่ (ห้องสมุดเดินได้) หอผู้ป่วยและ OPD ผู้ป่วยนอก

แผนภูมิโครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน



อัตรากำลังบุคลากร

บรรณารักษ์	1	คน
เจ้าหน้าที่ห้องสมุด	1	คน

ปัญหาอุปสรรค / แนวทางการแก้ไข งานประจำ (Routine)

ลำดับที่	ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1.	การยืมหนังสือ ผู้ยืมไม่นำบัตรสมาชิกมาทำให้เสียเวลาในการค้นหาหมายเลขสมาชิก และยืมด้วยระบบ Barcode	แจ้งระเบียบการยืมคืนให้ทราบทั่วกัน หรือใช้เลขบัตรประชาชน
2.	ผู้ยืมวารสารไม่นำวารสารฉบับเก่า / ใหม่ ส่งคืนตามวัน และเวลาที่กำหนดส่ง	- แจ้งรายชื่อผู้ยืมที่ไม่นำวารสารส่งคืนห้องสมุดทราบ - โทรศัพท์ทวงตามกำหนดส่งรายบุคคล
3.	ผู้จองไม่ได้อ่าน / ผู้ที่ไม่ได้จองได้อ่าน 1. มีผู้หยิบวารสารไปโดยไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ ทราบ 2. วารสารเล่มที่หยิบไปมีผู้ได้จองไว้แล้ว ผู้จองไม่ได้อ่าน 3. ไม่ดูบอร์ดการจองวารสารประจำวัน 4. มีการเขียนจองซ้ำซ้อน	- ติดป้ายที่ชั้นวางวารสาร ยืมวารสารกรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ - กำหนดยืมวารสารได้ไม่เกินคนละ 2 เล่ม
4.	1. ผู้ยืมไม่คืนหนังสือตามวันกำหนดส่ง	- ทำหนังสือแจ้งทวงหนังสือค้างส่ง - เก็บค่าปรับ 1 บาท/วัน/เล่ม
5.	1. ผู้ใช้อินเตอร์เน็ตใช้นานเกินไป และไม่ลงชื่อก่อนใช้บริการ 2. อินเตอร์เน็ตชำเกินไป	- กำหนดระยะเวลาการใช้คนละ 1 – 2 ชม. และติดป้ายกรุณาลงชื่อก่อนใช้ - แจ้งช่างซ่อม แต่ยังไม่เพิ่มหน่วยความจำไม่ได้
6.	ผู้หยิบหนังสือวารสารที่รถเคลื่อนที่ไปอ่านแล้วไม่นำมาเก็บที่เดิม ทำให้หนังสือวารสาร หายไปเหลือไม่เพียงพอ	- ให้ พนักงานต้อนรับ รปภ และแม่บ้านทำความสะอาด ช่วยสอดส่องดูแล

การพัฒนาคุณภาพ

1. การพัฒนาการจัดชั้นวางหนังสือบนชั้น และจัดชั้นวางหนังสือใหม่ ติดป้ายบอกแต่ละระดับชั้น เพื่อให้สามารถค้นหาหนังสือได้สะดวก รวดเร็ว ขึ้นโดยใช้สัญลักษณ์ที่ง่ายต่อความเข้าใจ
2. การมีส่วนร่วมในการคัดเลือกหนังสือเข้าห้องสมุดโดยบุคลากร เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล พิจารณาโดยคณะกรรมการห้องสมุด จากการจัดนิทรรศการ และจัดแสดงหนังสือจากร้านตัวแทนจำหน่ายหนังสือ
3. การนำโปรแกรมห้องสมุดสำเร็จรูปมาใช้ในระบบงานของห้องสมุด
4. เผยแพร่บทความวิชาการของบุคลากรลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร
5. เผยแพร่บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านเว็บไซต์
6. ส่งต่อหนังสือพิมพ์รายวัน และวารสารฉบับล่วงหน้า ให้กับหอผู้ป่วยที่มาติดต่อขอรับ
7. จัดทำบอร์ดข่าวสารทันสมัยเป็นประจำทุกวัน

ผลงานเด่นของหน่วยงานประจำปี 2561

1. มีการจัดแสดงหนังสือจากศูนย์หนังสือต่างๆ พร้อมทั้งร่วมกันคัดเลือกพิจารณาจัดซื้อหนังสือใหม่ ๆ
2. คัดเลือกสิ่งพิมพ์ที่น่าสนใจนำไปบริจาค และนำไปจัดวางที่หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล
3. บริการยืมระหว่างห้องสมุดให้แก่ผู้ใช้บริการ
4. จัดทำวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร 2 ฉบับ
5. เผยแพร่บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผ่านเว็บไซต์
6. บริการสืบค้น และค้นคืนวารสารต่างประเทศ
7. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆทั้งภายในและภายนอก เพื่อขอข้อมูล Full Text
8. โครงการห้องสมุดเดินได้

กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562

1. จัดทำวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 – 2
2. เผยแพร่บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผ่านเว็บไซต์
3. พัฒนาโปรแกรมห้องสมุดดิจิทัล
4. จัดซื้อ จัดหาทรัพยากรสารสนเทศใหม่ ๆ และทันสมัย
5. จัดแสดงหนังสือใหม่
6. จัดสถานที่สิ่งแวดลอมให้เอื้อต่อการทำงาน
7. บริการวารสารเย็บเล่ม
8. กิจกรรม 5 ส ทุกเดือน
9. บริการห้องสมุดเคลื่อนที่ (ห้องสมุดเดินได้) หอผู้ป่วย และ OPD (ผู้ป่วยนอก)

งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา

อัตรากำลัง

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	ข้าราชการ	จำนวน	3 คน
1. นายวุฒิรักษ์	วทานียเวช		จพ.โสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
2. นางสาวพิชญารักษ์	เสนาธิ		จพ.โสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
3. นางทิพาวรรณ	นิลคล้าย		จพ.โสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
ลูกจ้างประจำ	จำนวน	1 คน	
- นายสมชาย	สุรเดช		ช่างศิลป์
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	จำนวน	1 คน	
- นางสาวสาวอุษา	หงษ์ยนต์		นักวิชาการโสตทัศนศึกษา

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

งานเขียนภาพ/ออกแบบและผลิตงานกราฟิก (ผลิตงานโดยคอมพิวเตอร์)

- ผลิตและออกแบบโปสเตอร์
- ผลิตและออกแบบแผ่นพับ
- ผลิตและออกแบบป้ายประชาสัมพันธ์
- ผลิตและออกแบบแผ่นปลิว
- ผลิตและออกแบบสื่อทางการแพทย์
- ผลิตและออกแบบโลโก้
- ผลิตและออกแบบนิตรรศการ
-

งานเขียนภาพ/ออกแบบและผลิตงานกราฟิก (ทั่วไป)

- ผลิตและออกแบบโปสเตอร์
- ผลิตและออกแบบแผ่นพับ
- ผลิตและออกแบบป้ายประชาสัมพันธ์
- ผลิตและออกแบบสติ๊กเกอร์
- ผลิตและออกแบบตัวอักษร
- ผลิตและออกแบบป้ายติดผนัง/กระจก
- ผลิตและออกแบบป้ายติดรถยนต์
- ผลิตและออกแบบป้ายติดเครื่องมือต่าง ๆ
- ผลิตและออกแบบป้ายผ้า
- ผลิตและออกแบบป้ายไม้
- ผลิตและออกแบบป้ายผ้าใบไวนิล
- ผลิตและออกแบบป้ายเวทีห้องประชุม
- ผลิตและออกแบบป้ายพลาสติก
- ผลิตและออกแบบป้ายกล่องไฟ
- ผลิตและออกแบบตัวอักษรพลาสติก

งานถ่ายภาพทั่วไป

- งานถ่ายภาพกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพ
- งานตกแต่งภาพโดยคอมพิวเตอร์
- งานบริการสืบค้นหาภาพ

งานถ่ายภาพทางการแพทย์

- งานถ่ายภาพเพื่อการตรวจรักษาทางการแพทย์
- งานถ่ายภาพในห้องผ่าตัด
- งานตกแต่งภาพโดยคอมพิวเตอร์
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพ
- งานบริการสืบค้นหาภาพ

งานถ่ายวิดีโอทั่วไป

- งานถ่ายภาพกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- งานตัดต่อวิดีโอ
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพวิดีโอ
- งานบริการสืบค้นหาภาพวิดีโอ

งานถ่ายวิดีโอทางการแพทย์

- งานถ่ายภาพเพื่อการตรวจรักษาทางการแพทย์
- งานตัดต่อวิดีโอ
- งานควบคุมและจัดเก็บวิดีโอ
- งานบริการสืบค้นหาวิดีโอ

งานผลิตและตัดต่อวิดีโอ/ผลิตสื่อทางเสียง

- การเขียนสคริปต์ /story board
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอเพื่อประชาสัมพันธ์
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอทางการแพทย์
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอการประชุม
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอกิจกรรมโรงพยาบาล
- ผลิตวิดีโอเพื่อการนำเสนอผลงาน
- งานบันทึกเสียง
- ผลิตและตัดต่อเสียงเพื่อประชาสัมพันธ์
- ผลิตและตัดต่อเสียงเพื่อประกอบการนำเสนอ

งานควบคุมระบบห้องประชุม

- เตรียมความพร้อมของระบบเสียงห้องประชุมถนอม เหล่ารัชพงษ์ /ห้องอู่ทอง/ห้องอรรณพ/ห้องเจริญสุข
- ควบคุมดูแลการประชุมห้องประชุมถนอม เหล่ารัชพงษ์ /ห้องอู่ทอง/ห้องอรรณพ/ห้องเจริญสุข
- ประสานงานการดูแลความสะอาดและจัดโต๊ะห้องประชุม
- ดูแลและตรวจสอบความพร้อมในการใช้งานของครุภัณฑ์
- ถ่ายภาพและวิดีโอ ตลอดการประชุม
- จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ป้ายวิทยากร ป้ายกำหนดระเบียบ ในแต่การประชุม
- บันทึกเสียงการประชุม

งานพัฒนาคุณภาพ

- งานพัฒนาคุณภาพ
- HRD
- Risk management
- เก็บรวบรวมข้อมูลในการปฏิบัติงาน
- เบิก-จ่ายวัสดุครุภัณฑ์
- งานควบคุมดูแลและตรวจสอบครุภัณฑ์
- ประสานงาน

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม

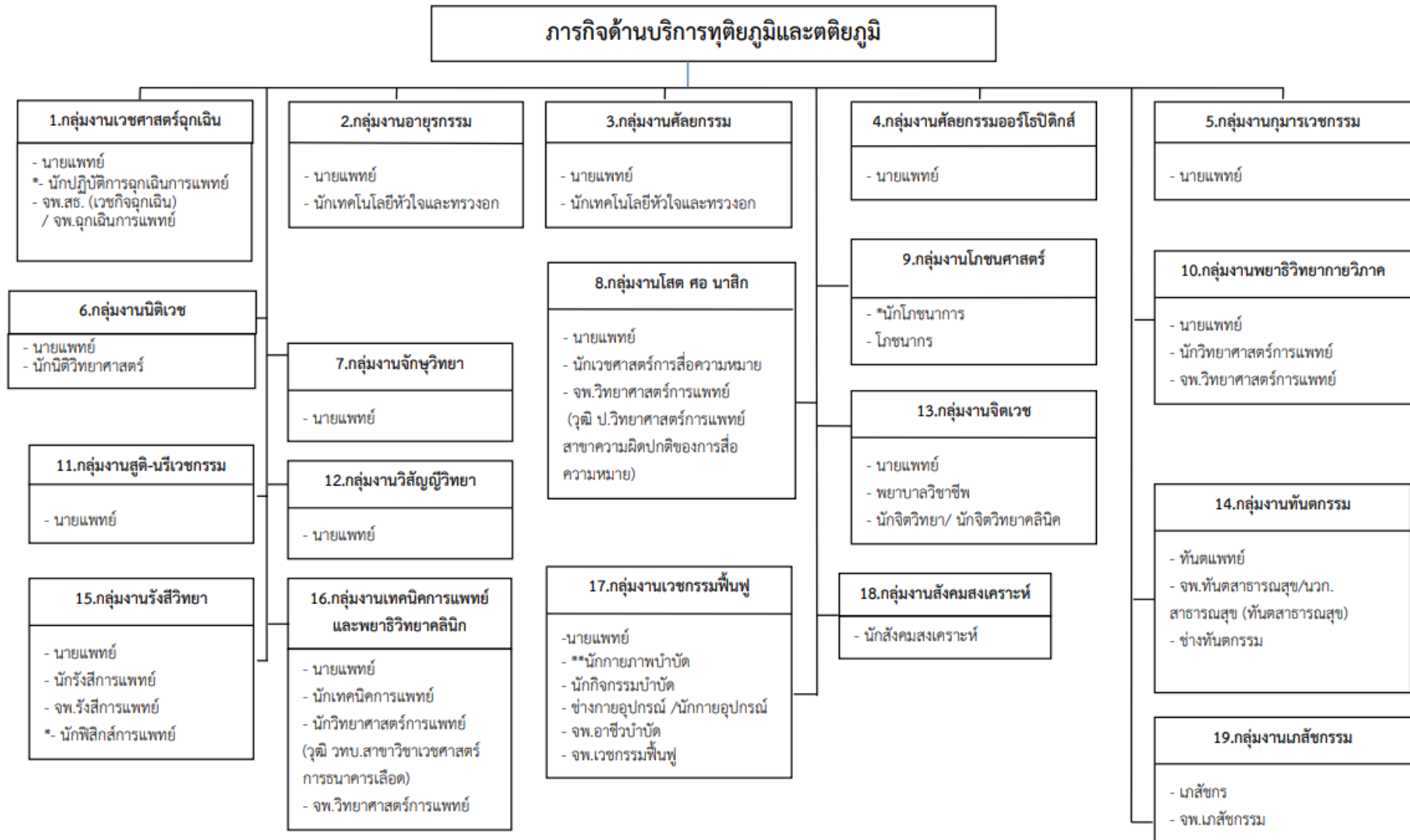
รายการ	หน่วยนับ	ผลงานการปฏิบัติงาน		
		2559	2560	2561
งานถ่ายภาพ	ภาพ	17,180	17,520	17,520
งานวิดิทัศน์				
- วิดิทัศน์ทางการแพทย์	เรื่อง	9	7	12
- วิดิทัศน์นำเสนอ	เรื่อง	27	29	35
- วิดิทัศน์บันทึกการบรรยาย วิชาการ กิจกรรมทั่วไป	ครั้ง	72	74	80
งานกราฟิกและเขียนภาพทางการแพทย์	ป้าย	3,560	3,140	3,014
งานโสตทัศนศึกษา				
- ห้องประชุม – ติดตั้งโสตทัศนอุปกรณ์	ครั้ง	612		
• ห้องประชุมประธาน	ครั้ง	-	177	127
• ห้องประชุมอุททอง	ครั้ง	-	49	64
• ห้องประชุมถนอม	ครั้ง	-	129	154
• ห้องประชุมประธาน	ครั้ง	-	275	281
• ห้องประชุมเกษม	ครั้ง	-	130	188
- เครื่องเสียงนอกสถานที่	ครั้ง	34	27	27
- ผลิตสื่อ (บันทึกเสียง)	เรื่อง	10	15	19
งานสนับสนุนบริการด้านอื่น ๆ				
- ถ่ายภาพ/วิดิทัศน์ นอกสถานที่	ครั้ง	61	62	87

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. จัดทำวิดีโอขั้นตอนการบริการของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. จัดทำวิดีโอขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยนัด (OPD)
3. จัดทำข่าวประชาสัมพันธ์ KPH NEWS

การพัฒนางานคุณภาพ/กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินงานต่อปี 2562 การปรับปรุงห้องประชุมอุททอง

กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ



กลุ่มงานจักษุวิทยา

บุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติจริง
ข้าราชการ	
- แพทย์ (จักษุแพทย์ 1, แพทย์ Retina 1 , แพทย์ Glaucoma 1)	3
- พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)	5
- พยาบาลวิชาชีพ	1
ลูกจ้างลูกจ้างประจำและ พกส.	
- เจ้าหน้าที่ตรวจเครื่องมือพิเศษ	1
- เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	2
- พนักงานทำความสะอาด	1
รวม	13

หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานตรวจผู้ป่วยนอก

- บริการตรวจรักษาโรคทางตาในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ทุกวันจันทร์ ถึง วันศุกร์
- บริการการผ่าตัดโรคทางตาทุกวันจันทร์ ถึงวัน ศุกร์ (08.30 -16.00)
- ประสานงานกับตึกผู้ป่วยในตา และหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้บริการการรักษาและการผ่าตัดโรคตา
- บริการให้คำปรึกษา เรื่องสุขภาพทางตาแก่ผู้ป่วยต่างแผนกและประชาชนผู้สนใจ

งานผ่าตัด

- ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคทางตาโดยวิธีผ่าตัดและใช้เครื่องมือพิเศษในการรักษา
- ให้การตรวจวินิจฉัย, รักษา, ผ่าตัด, และป้องกันแก่ผู้ป่วยโรคตาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน
- ให้บริการฉีดยาชาาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Retrobulbar block) แก่ผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัดโรคต้อกระจก รวมทั้งให้การพยาบาลและการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก
- ทำความสะอาดเครื่องมือและเครื่องใช้ในการผ่าตัดโรคตาต่าง ๆ
- จัดเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัดเล็ก เช่น Pterygium Excision เป็นต้น

งานผู้ป่วยใน

- ดูแลผู้ป่วยในแผนกจักษุวิทยา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดตา และให้การพยาบาลโรคทางตา เช่น การเช็ดตา Sterile เป็นต้น
- ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
- เป็นที่ปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยในตา เกี่ยวกับปัญหาโรคตาต่าง ๆ รวมทั้งให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจุกเงินทางตา แนะนำอธิบายวิธีการรักษาและเทคนิคต่างๆ เกี่ยวกับโรคตา

ผลด้านบริหาร

- มีการมอบหมายงาน
- พิจารณาความดี ความชอบ
- ทำแผนงานประจำปี
- ควบคุมดูแลและตรวจอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์มิให้สูญหาย และพร้อมจะใช้งานได้ทันที
- มีการนิเทศงาน
- เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลทุกเดือน
- ประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อแจ้งข่าวสารและแนวทางการปฏิบัติงาน
- ติดตามงานและประเมินผลงาน

ผลงานด้านบริการ

ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วย	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
ผู้ป่วยนอกโรคตา	ราย	24,232	23,429	24,985
ผู้ป่วยในโรคตา	ราย	2,666	2,285	2,371
ผู้ป่วยโรคตาที่เข้ารับการผ่าตัด+หัตถการต่าง ๆ	ราย	3,932	4,719	4,798
ผู้ป่วยตาบอดทั้งสองข้าง	ราย	65	60	29
ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัด	ราย	2,590	2,386	2,315
ผู้ป่วยโรคตาที่ได้รับการรักษาด้วยแสงเลเซอร์				
- ต้อหิน	ราย	122	142	153
- Retina	ราย	112	92	88
- capsulo	ราย	246	297	314

ด้านวิชาการ

- จัดทำเอกสาร ตำรา คู่มือการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่
- จัดทำเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้โรคตาให้กับผู้ป่วยและญาติ
- เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องได้รับการอบรมความรู้อย่างน้อย 10 วัน. / คน / ปี
- สอนสุขศึกษา
- จัดทำเอกสารวิชาการ เช่น แผ่นพับ และจัดทำบอร์ดเผยแพร่ความรู้
- จัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน
- ทบทวนคู่มือการใช้ การปฏิบัติ และจัดทำมาตรฐานทางการพยาบาล
- รวบรวมสถิติข้อมูล และผลการปฏิบัติงาน เป็นประจำทุกเดือนและประจำปี
- จัดทำเอกสาร ตำราทางวิชาการไว้ประจำหน่วยงาน

ผลงานเด่น ประจำปี 2561

- ให้บริการตรวจและรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน
- ให้การบริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเข้าร่วมโครงการผ่าตัด ต้อกระจก ได้ตามเป้าหมาย และสามารถทำการผ่าตัดได้เป็น อันดับต้นๆ ของประเทศ
- ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตาบอดจากเบาหวาน
- จัดประชุมวิชาการเรื่องการตรวจคัดกรองเบาหวานเข้าขึ้นจอประสาทตา ให้กับ รพ.สต. รพ.อำเภอ เวชกรรมสังคมและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
- อบรมวัดสายตา อสม. เพื่อสอดคล้องกับ นโยบาย Service plan
- เพิ่มบริการตรวจรักษาด้วยเครื่อง OCT (Optical coherent tomography)
- ทำโครงการนิเทศติดตามงานระบบบริการสุขภาพ service plan ตา ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยต้อกระจก ต้อหิน โรคจอประสาทตา
- จัดประชุมวิชาการโรคตาให้กับผู้รับบริการในหน่วยงาน
- ให้บริการยิงเลเซอร์เด็กคลอดก่อนกำหนด

การพัฒนาคุณภาพ

- HA
- PCT
- 5 ส.
- ทบทวนคู่มือการปฏิบัติงาน
- CQI
- Service plan

แผนงานที่จะดำเนินในปี 2562

- ปรับปรุงพื้นที่การให้บริการผู้ป่วยนอก ที่ตึกผู้ป่วยนอก 60 ปี ชั้น 2 ให้เป็นสัดส่วน
- สอนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกอำเภอ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการถ่ายภาพจอประสาทตาและการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อคัดกรองหาผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระดับที่ต้องพบจักษุแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
- จัดอบรมวิชาการภายในหน่วยงาน และภายในโรงพยาบาล
- พัฒนางานตรวจรักษาโรคจอประสาทตาคิดปกติในเด็กคลอดก่อนกำหนด
- พัฒนาการตรวจรักษาโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาดำด้วยการฉีดยา bevacizumab (avastin)
- เพิ่มบริการตรวจรักษาลานสายตาด้วยเครื่อง visual field
- พัฒนาขยายงานด้าน จอประสาทตา, Retina center
- ให้บริการฉีดยาเข้าจอประสาทตา ที่ OPD จักษุ

ด้านบริหาร

- จัดระบบงานบริการในหน่วยงาน อย่างมีคุณภาพ และมีการเตรียมพร้อมด้านเครื่องมือพิเศษ

ด้านบริการ

- ให้บริการตรวจ และรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน

ด้านวิชาการ

- จัดหาเอกสาร ตำรา คู่มือการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่
- จัดทำเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้โรคตาให้กับผู้ป่วยและญาติ

กลุ่มงานทันตกรรม

อัตรากำลัง

ทันตแพทย์ 15 คน ปฏิบัติงานจริง 11 คน ลาศึกษาต่อ 4 คน, ผู้ช่วยทันตแพทย์ 10 คน, ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน, ช่างทันตกรรม 1 คน, คนงาน 2 คน, เลขาแพทย์ 1 คน, นักวิเคราะห์นโยบายและแผน 1 คน

ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ได้แก่

ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	2	คน
ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลร่วมกับเอนโดดอนท์	1	คน
เอนโดดอนท์	2	คน
ทันตกรรมบูรณะ	2	คน
ทันตกรรมทั่วไป	1	คน

<u>หมายเหตุ</u>	ลาศึกษาต่อสาขาทันตกรรมประดิษฐ์	2	คน
	ลาศึกษาต่อสาขาทันตกรรมเด็ก	1	คน
	ลาศึกษาต่อสาขาทันตกรรมจัดฟัน	1	คน

หน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน

กลุ่มงานทันตกรรม ให้บริการทางทันตกรรมโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และเป็นที่ยังพอใจของผู้ป่วย โดยให้การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดหรือ การป้องกันโรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกร และกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร การกระทำทางศัลยกรรมและการ กระทำใดๆในการบำบัดบูรณะและฟื้นฟูสภาพอวัยวะในช่องปาก กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร แก่ประชาชนทั่วไปทั้งในและนอกเวลาราชการ

ผลการปฏิบัติงาน

ด้านบริการ

ปีงบประมาณ 2561 ให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วยทั้งหมด 32,161 ราย เป็นผู้ป่วยใน 196 ราย และให้บริการผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาราชการ 3,978 ราย

ด้านวิชาการ

- อบรมและฝึกปฏิบัติงานให้ทันตแพทย์จบใหม่ปี 2561 จำนวน 6 คน ระยะเวลา 1 สัปดาห์ คือ 16 – 20 ก.ค. 61
- อบรมและฝึกปฏิบัติงานทันตกรรมรพ.ให้นักศึกษาทันตแพทย์ปี 6 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 8 คนโดยแบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 1 สัปดาห์ คือ 18 – 22 มิ.ย. 61 และ 25 – 29 มิ.ย. 61

ด้านบริหาร

- มีการประชุมเพื่อพัฒนาคุณภาพของกลุ่มงานทันตกรรมเดือนละ 2 ครั้ง ศุกร์ที่ 1 ประชุมทันตแพทย์ ศุกร์ที่ 2 ประชุมห้องฟัน เพื่อระดมสมองในการแก้ปัญหาต่างๆที่พบในการปฏิบัติงาน และนำผลการประชุมมาเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป
- เปิดให้บริการทำฟันคนไข้ทั่วไปในเวลาราชการทั้งเช้าและบ่าย และระบบนัดกรณีสถานเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ
- เปิดบริการคลินิกนอกเวลาราชการ ช่วงเย็นของทุกวันทำการ และเช้า-บ่ายของวันเสาร์-อาทิตย์ ซึ่งเป็นระบบนัดหมาย เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ป่วยข้าราชการ, ประกันสังคม และผู้ป่วยทั่วไป
- มีการวางแผนบุคลากร โดยเฉพาะทันตแพทย์ โดยมีการเพิ่มจำนวน ทพ. OPD ในช่วงเช้า เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการรวมถึงมีการวางแผนนัดผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อไม่ให้เกิดการนัดผู้ป่วยมาเกินไปใน วันที่มีทันตแพทย์อยู่น้อย
- มีระบบนัดรักษาต่อเนื่องสำหรับคนไข้ที่มีโรคทางระบบที่ถูกส่งมาเตรียมช่องปาก เช่น คนไข้CA ,คนไข้รอฟ้าตัดหัวใจ / รอฟ้าตัดตา /รอฟ้าตัดเปลี่ยนข้อกระดูก
- เริ่มใช้ระบบ paperless (เริ่มเมื่อ ก.ค. 61) เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการบันทึกข้อมูลและไม่ต้องรอคั่น OPD Card คนไข้สามารถยื่นบัตร แจ้งความประสงค์ทำฟัน และสามารถรอที่ห้องทำฟันได้เลย
- เริ่มมีการเงินมาให้บริการที่ห้องทำฟัน (เริ่มเมื่อ ส.ค. 61) ทำให้คนไข้ได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวติดต่อการเงินนานมีการส่ง QN ผู้ป่วยนัดล่วงหน้าทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ เพื่ออำนวยความสะดวก โดยผู้ป่วยไม่ต้องยื่นบัตรที่ห้องบัตร สามารถมายื่นใบนัดที่ห้องทำฟันได้เลย
- ตอบสนองนโยบายกระทรวงโดยการเื้ออาหารให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับบริการช่องทางด่วนตามนโยบาย 70 ปี ไม่มีคิว นอกจากนี้ยังมีช่องทางด่วนสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี, ผู้พิการ, พระภิกษุ, ผู้มีโรคทางระบบที่จำเป็นต้องได้รับบริการอย่างเร่งด่วน อีกด้วย
- มีการให้บริการทันตกรรมที่ตึก PCC 4 ชั้น (เริ่มเมื่อ พ.ค. 61) โดยมีทันตภิบาลประจำ 3 คนมีทันตแพทย์หมุนเวียนไปวันละ 1 คน
- การขยายบริการทันตกรรมให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยมีการให้บริการทันตกรรมในเรือนจำแก่ผู้ต้องหา
- โดยมีห้องทันตกรรมพร้อมเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ในเรือนจำ และมีทันตแพทย์และทันตภิบาลหมุนเวียนไปให้บริการแก่ต้องหา
- งานทันตกรรมเชิงรุก ได้แก่ งานทันตกรรมในหญิงมีครรภ์ WBC โรงเรียนพ่อแม่ งานทันตกรรมในเด็กนักเรียน
- งานตามแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่
 - จัดบริการ รพ สต คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ประกอบด้วย
 1. ให้บริการสุขภาพช่องปากครบ 6 กลุ่มวัย 14 กิจกรรม
 2. ให้บริการไม่น้อยกว่า 200คนต่อ1000 ประชากรต่อปี
 - อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนรายใหม่(คน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35
- ติดตาม ดูแล คนไข้ในโครงการรากฟันเทียม ทั้งรุ่น” ฟันยิ้ม” และ “ ข้าวอร่อย”
- ตอบสนองนโยบายฟันเทียมพระราชทาน ใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส
- เป็นโรงพยาบาลในเขตนำร่องในงานพัสดุ โดยให้มีการจัดซื้อร่วมของวัสดุทางทันตกรรมทั้งระดับเขตและจังหวัด
- การตรวจเยี่ยมตามโครงการคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (Quality Dental Clinic) ออกตรวจใน รพ.สต.ทุกอำเภอใน จ.กำแพงเพชร อำเภอละ 1 แห่ง (ระยะเวลา ก.ค.61 – ส.ค.61)
- เป็นโรงพยาบาลนำร่อง” การตรวจประเมินอายุเด็กทางคดี” ร่วมกับแพทย์สาขาอื่น

ผลงานเด่น

- ผลงานการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนปี2561 คิดเป็น 44.41% (เป้าหมาย 35%)
- ผลงานรพ สด จัดบริการสุขภาพช่องปากคุณภาพปี2561 คิดเป็น 64.52 % (เป้าหมาย 60%)
- โครงการฟันเทียมพระราชทานใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2550 – 2560 ได้ให้บริการใส่ฟันเทียมให้ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส ปี2561 เป้าหมาย 120 ราย ทำได้ 188 ราย คิดเป็น 156.7%
- ติดตามดูแลต่อเนื่อง คนไข้โครงการรากฟันเทียมฯ ทั้งรุ่น “ฟันยิ้ม” และ “ข้าวร้อย” เพื่อให้คนไข้ใช้งานฟันเทียมได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
- ให้บริการทำฟันแก่นักโทษในเรือนจำอย่างต่อเนื่อง โดยมีทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผู้ช่วย หมุนเวียนเข้าไปให้บริการ และมีการฝึกสอนผู้ต้องหาให้ช่วยงานร่วมด้วย
- ตรวจสุขภาพช่องปากและให้บริการทำฟันแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรเริ่มต้นในกลุ่มข้าราชการ ทำได้จำนวน 358 ราย คิดเป็น 51.3% (เป้าหมายร้อยละ50 ของเจ้าหน้าที่กลุ่มข้าราชการเบิกได้)

แผนงานที่จะดำเนินงานต่อปี 2562

แผนงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัยและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. การดำเนินงานกิจกรรมทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดี (WBC)
 - 1.1 เด็กอายุ 0-2 ปีที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช (ร้อยละ 30)
 - 1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-2 ปี ได้รับการสอนและสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 80)
2. โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมในเด็กวัยเรียน
 - 2.1 โรงเรียนดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 80 ของโรงเรียนในเขตความรับผิดชอบ)
 - 2.2 เด็ก ป.1-ป.6 ได้รับการตรวจและบันทึกสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 85)
 - 2.3 เด็ก ป.1-ป.6 ได้รับการทันตกรรม (ร้อยละ 40)
 - 2.4 เด็ก ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 (ร้อยละ 20)
 - 2.5 การสำรวจสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดในเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่ผุ (cavity free) (ร้อยละ 54)
3. โรงเรียนจัดกิจกรรมเป็นเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี 1 เครือข่าย
4. ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)
5. ให้บริการฟันเทียมในผู้สูงอายุ (เป้าหมาย 140 ราย)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน (service excellent)

1. จำนวนหน่วยบริการ(รพ.สต./ศสม.)จัดบริการสุขภาพช่องปากคุณภาพได้ตามเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 60)
2. อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนรายใหม่(คน) (ร้อยละ 35)
3. ลดการส่งต่อคนไข้โรคถุงน้ำและเนื้องอกบริเวณขากรรไกร (ส่งต่อน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีความเป็นเลิศและมีความสุข

1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร (เป้าหมาย ร้อยละ30ของเจ้าหน้าที่ รพ.กพ)
 - ตรวจฟันร่วมกับ x-ray OPG และให้การรักษาตามเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพเพื่อการจัดบริการและระบบการเงินการคลังที่ดี (Governance excellent)

1. การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ 20) แผนงานอื่น ๆ ได้แก่
 - งานต่อเนื่องในโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ ฯ โดยติดตามดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่รากฟันเทียมทั้งรุ่น “ฟันยิ้ม” และ “ข้าวอร่อย” อย่างต่อเนื่อง
 - เป็นหน่วยงานในการสอนและฝึกอบรม เจ้าหน้าที่ต่างๆ ในงานทันตกรรม ตามโครงการหรือ ตามที่จะได้รับมอบหมาย
 - เป็นโรงพยาบาลนำร่องในทีมตรวจประเมินอายุเด็กทางคดี

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

วิสัยทัศน์

” เป็นห้องปฏิบัติการคุณภาพ คู่คุณธรรม ผู้ให้และผู้รับบริการพึงพอใจ“

นโยบาย

ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านเทคนิคการแพทย์ได้แก่ เคมีคลินิก โลหิตวิทยาคลินิก จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก จุลชีววิทยาคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก ธนาकारเลือด พิษวิทยา และพยาธิวิทยาของโรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนของจังหวัดกำแพงเพชร ทั้งในและนอกเวลาราชการ รวมทั้งการส่งต่อสิ่งส่งตรวจที่ไม่ได้เปิดให้บริการ

เจตจำนง

งานเทคนิคการแพทย์

- ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน
- มีการให้บริการด้วยใจ และมีระบบการบริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว
- ผู้มารับบริการและผู้ให้บริการพึงพอใจ

งานธนาकारเลือด

- ให้บริการทางธนาकारเลือดที่เพียงพอ ถูกต้อง ปลอดภัย ทันเวลา ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ และปลอดภัย

บุคลากร

	ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ข้าราชการ	- นักเทคนิคการแพทย์	14
	- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาเวชศาสตร์ธนาकारเลือด	2
	- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาจุลชีววิทยา	1
	- เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	6
ลูกจ้างประจำ	- พนักงานวิทยาศาสตร์	4
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	- นักเทคนิคการแพทย์	10
	- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2
	- พนักงานธุรการ	1
	- พนักงานประจำห้องทดลอง	9
รวม		49

หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานบริหาร

1. จัดหาเครื่องมือครุภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์งานชั้นสูตโรคสาขาต่าง ๆ
2. กำหนดหน้าที่มอบหมายความรับผิดชอบแก่หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ในแต่ละงาน
3. จัดเวรรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง
4. ตรวจสอบการปฏิบัติงานของข้าราชการและลูกจ้างในฝ่ายฯและประเมินผลการปฏิบัติงาน
5. ร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ
6. ปรับปรุงแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น
7. งานธุรการของฝ่ายงานพัสดุ ครุภัณฑ์ ของกลุ่มงาน
8. งานทะเบียนและสถิติ
9. งานควบคุมการแพร่กระจายของโรคร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

งานบริการ

1. ให้บริการทางคลังเลือดจัดหาโลหิตให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการตลอด 24 ชั่วโมงออกหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่นอกสถานที่ โดยมีแผนกำหนดการร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัด ชมรมผู้บริจาคโลหิต จังหวัดกำแพงเพชร หน่วยราชการและภาคเอกชนรวมทั้งแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องในงานบริจาคโลหิต
2. จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการให้บริการชั้นสูตโรคทางห้องปฏิบัติการให้เพียงพอสำหรับงานแต่ละงาน
3. ตรวจสอบติดตามผลการปฏิบัติงานการรายงานผลการตรวจและการควบคุมคุณภาพการตรวจทั้งภายในและภายนอกของแต่ละงาน
4. ให้บริการตรวจสิ่งส่งตรวจชั้นสูตโรคต่าง ๆ จากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล และจากโรงพยาบาลชุมชน,สถานเอนามัยหน่วยควบคุมกามโรคและโรคเอดส์ งานสุขาภิบาล และสิ่งแวดล้อม งานตรวจสารเสพติดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร สำนักงานตำรวจและสำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดกำแพงเพชร
5. ควบคุมป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งส่งตรวจและควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน
6. ดูแลซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องใช้ในห้องปฏิบัติการให้อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานและให้คำแนะนำแก้ไขหน่วยงานอื่นที่มีเครื่องมือชั้นสูตโรคบางอย่างใช้ประจำอยู่ร่วมเป็นคณะกรรมการเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือของโรงพยาบาล
7. ให้บริการการตรวจชั้นสูตโรคต่าง ๆ ให้สอดคล้องตามวันกำหนดบริการของแผนกหอผู้ป่วยนอก เช่น คลินิก เบาหวาน วัณโรค ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยในโครงการ ATC, Care ตรวจสุขภาพข้าราชการและแรงงานต่างด้าว
8. ให้บริการการตรวจชั้นสูตโรคเบื้องต้นและส่งต่อในโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดนก SARS ไข้หวัดใหญ่ Ebola Zika
9. ร่วมกิจกรรมพิเศษต่าง ๆ และกิจกรรมในวันหยุดนักขัตฤกษ์ของโรงพยาบาล
10. ร่วมเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ

งานวิชาการ

1. จัดประชุมภายในหน่วยงานด้านการบริหาร นำเสนอวิชาการและปัญหาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้งปีละ 12 ครั้ง
2. จัดทำตำราคู่มือปฏิบัติงานและการสอนเพื่อใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานแต่ละหน่วยงานรวมทั้ง นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ของมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลชุมชนที่มาขอศึกษาดูงานและฝึกอบรมเพิ่มเติม
3. ปรับปรุงแก้ไขวิธีการตรวจชันสูตรโรคและเครื่องมือให้ทันสมัยรวดเร็วและประหยัดงบประมาณ รวมทั้งกำลังคน
4. มีการประชุมร่วมกับคณะกรรมการพัฒนางานบริการชันสูตรโรคและคลังเลือดของโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานและประสานงานกับผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและความเข้าใจอันดีต่อกัน
5. สนับสนุนการทำวิจัยของแพทย์ พยาบาลและหน่วยราชการภายนอกที่มาขอความร่วมมือทางห้องปฏิบัติการชันสูตรโรค
6. ร่วมกิจกรรมทางวิชาการโดยการเขียนบทความงานวิจัยร่วมกับคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาล
7. ติดต่อขอเอกสารหรือความร่วมมือทางวิชาการจากคณะเทคนิคการแพทย์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ และศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย โรงพยาบาลเครือข่าย เขต 3 และหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง
8. มีการประชุมวางแผนและจัดทำแผนการจัดหาจำนวนโลหิตบริจาคของจังหวัดให้เพียงพอร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัด จ.กำแพงเพชรและชมรมผู้บริจาคโลหิต จ.กำแพงเพชร
9. จัดทำรายงานประจำปีสัปดาห์ เดือน ปี สถิติข้อมูลการชันสูตรโรค เพื่อเป็นข้อมูลในการควบคุมป้องกันทางระบาดวิทยา รวมทั้งการรายงานความเสี่ยงประจำเดือน
10. จัดทำเอกสารคุณภาพ HA ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โดยประสานงานกับ PCT ทีมเฉพาะด้านและศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาล

ผลการปฏิบัติงาน

ประเภทของงานตรวจ	หน่วย	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
การตรวจทางเคมีคลินิก	ครั้ง	699,927	737,943	906,518
การตรวจทางโลหิตวิทยาคลินิก	ครั้ง	114,102	120,535	138,591
การตรวจทางจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก	ครั้ง	43,182	41,716	49,935
การตรวจทางจุลชีววิทยาคลินิก	ครั้ง	43,525	45,656	54,441
การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก	ครั้ง	27,189	27,051	32,275
การตรวจทางเซลล์วิทยา	ครั้ง	3,194	3,684	3,487
การส่งตรวจชิ้นเนื้อ	ครั้ง	3,441	3,524	3,686
การรับบริจาคโลหิต	ราย	12,282	12,391	12,767
การจ่ายเลือดและส่วนประกอบของเลือด	ยูนิต	19,604	19,047	21,534

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน : KPI

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
1. ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายใน(IQC)	100%	100	100	100
2. ร้อยละคะแนนผลการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก	100%	98	100	100
3. อัตราการส่งตรวจชิ้นสูตรซ้ำ	< 1 : 1,000	0	0	0
4. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	>80%	80	83	85
5. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	>80%	76	79	79
6. การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน	0	0	0	0
7. ร้อยละเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด	<1%	0.21	0.21	0.19
8. ร้อยละขาดแคลนเลือดจ่าย	<3%	0.82	0.36	0.43
9. ร้อยละการตอบสนองต่อการขอเลือดด่วนใน15นาที	100%	100	100	100
10. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับผลการตรวจตามเวลาที่กำหนด	100%	99.04	93.08	97.88
11. ร้อยละของบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	> 80 %	54	80.85	83
12. ร้อยละการใช้ส่วนประกอบของเลือด	100	100	100	100

มูลค่าผลการดำเนินงาน ปี 2561

ประเภทของงานตรวจ	มูลค่าที่ตรวจ (บาท)	ต้นทุนวัสดุการแพทย์ (บาท)	ต้นทุนเงินเดือน/OT (บาท)	มูลค่าผลงาน (บาท)
การตรวจทางเคมีคลินิก	61,975,360			มูลค่าตรวจ – ต้นทุนวัสดุ
การตรวจทางโลหิตวิทยาและจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก	16,361,500			การแพทย์และ ต้นทุนเงินเดือน
การตรวจทางจุลชีววิทยาคลินิก	9,781,340			
การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก	5,098,010			
การตรวจทางเซลล์วิทยา	488,000			
การบริการธนาคารเลือด	28,832,802			
รวม	122,537,012	39,000,000	10,731,000	72,806,012

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
1. การขาดแคลนเลือดจ่าย	1. ประสานคณะกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัดกำแพงเพชร เพิ่มการออกหน่วยในสถานที่ราชการให้มากขึ้นในช่วงโรงเรียนมหาวิทยาลัยปิดภาคเรียน 2. จัดทำแผนกลยุทธ์ร่วมกับคณะกรรมการเหล่ากาชาดฯ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตให้มีจำนวน 2% ของประชากร 3. จัดประชุมการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือดให้เป็นไปอย่างเหมาะสม
2. จำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมาก แต่จำนวนผู้ให้บริการและเครื่องมือมีจำกัด ทำให้ศักยภาพการให้บริการไม่ครอบคลุมผลการตรวจล่าช้า	1. จัดการบริหารบุคลากรให้มีการหมุนเวียนมาช่วยงานกัน และปรับเวลาการขึ้นทำงานเร็วขึ้น 2. จัดหาเครื่องตรวจวิเคราะห์ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจที่ทันสมัย ถูกต้อง รวดเร็ว 3. จัดระบบงานบริการด้านหน้าในการนัดผู้ป่วยในคลินิกต่าง ๆ กระจายให้บริการเท่า ๆ กันในแต่ละวัน

ผลงานเด่น ปี 2561

1. การจัดหาเครื่องมืออัตโนมัติและเปิดให้บริการรายการทดสอบใหม่ ๆ ตามความต้องการของแพทย์มาใช้งานเพื่อความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงในการให้บริการตรวจชั้นสูตรโรคทางห้องปฏิบัติการตลอด 24 ชั่วโมง จนสามารถรับประกันเวลารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้
2. จัดทำระบบการรายงานผลด่วน ผลวิกฤต การประกันเวลาในการตรวจวิเคราะห์ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
3. นำการจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกโดยใช้ระบบสายพานและเพิ่มช่องบริการเป็น 5 ช่อง มีระบบบัตรคิวอัตโนมัติ เพิ่มจุดเจาะเลือดรถนั่งรถนอน จัดจุดบริการให้ทันสมัย สอดคล้องกับผู้รับบริการ
4. นำระบบห้องปฏิบัติการอัตโนมัติ (Laboratory Automation System : LAS) และระบบบริหารข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information System : LIS) มาใช้จนสามารถรับประกันผลการตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วยนอก (Turn around time) และผู้ป่วยในมีความรวดเร็วสะดวกสามารถประกันเวลาภายในเวลาที่กำหนด
5. นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการรับและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบ Real time ผ่านระบบ Internet กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล(รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (คสม.) และโรงพยาบาลชุมชน
6. งานธนาคารเลือดได้รับการรับรองระบบบริหารคุณภาพและเทคนิคการรับบริจาคโลหิตรอบที่ 3 (Re-accreditation 3) โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2559 รับรองถึง 11 เมษายน 2562
7. พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานของสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทยและได้รับการรับรองระบบคุณภาพ Laboratory Re-Accreditation (RE - LA) ครั้งที่ 3 โดยสภาเทคนิคการแพทย์เมื่อ 23 พฤษภาคม 2560 รับรองถึง 22 พฤษภาคม 2563
8. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
9. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ สาขาเทคนิคการแพทย์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยนเรศวร และมหาวิทยาลัยพะเยา
10. องค์กรได้รับคัดเลือกเป็น องค์กรต้นแบบขององค์กรสุขภาวะ (Happy Work Place) จากมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

แผนงานที่จะปฏิบัติในปี 2562

- งานบริหาร**
1. จัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน เพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์หลักของโรงพยาบาลและหน่วยบริการตติยภูมิ
 2. จัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
 3. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในมาตรฐานวิชาชีพและมีศักยภาพตามความต้องการของแผนแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) และโรงพยาบาล
 4. ปรับปรุงการจัดทำแนวทางในการค้นหาปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และหาแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
 5. ร่วมประชุม รับฟังและแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการให้บริการผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ กับหน่วยงานอื่นในกลุ่มบริการตติยภูมิและหน่วยงานอื่นแบบสหสาขา
- งานบริการ**
1. ติดตามปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการให้บริการ เพื่อนำมาพัฒนาแก้ไขอย่างต่อเนื่อง
 2. บริการเชิงรุกในการให้บริการในคลินิก Primary Care Cluster และ Premium Clinic
 3. บริการเชิงรุกในการตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดยการออกไปบริการถึงสถานที่ประกอบการ เพื่ออำนวยความสะดวก แก่ผู้ใช้บริการร่วมกับหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
 4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้บริการ เพื่อความรวดเร็ว ถูกต้อง ในการบริการให้เชื่อมโยงครอบคลุมทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลชุมชน
 5. บริการเชิงรุกในการออกให้บริการทางห้องปฏิบัติการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลขนาดใหญ่ และดูแลการควบคุมคุณภาพ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
 6. เพิ่มศักยภาพการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลระดับ S และรองรับความต้องการตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan)
 7. สร้างวัฒนธรรมการทำงานและการบริการขององค์กรภายใต้นโยบาย โรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม
- งานวิชาการ**
1. จัดให้มีการประชุมฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการในหน่วยงาน 3 เดือน/ครั้ง/เรื่อง โดยจัดในวันประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานหรือการประชุมที่มวิชาการของกลุ่มงาน
 2. กำหนดให้มีการทำวิจัยในหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
 3. จัดทำเอกสารคู่มือแนวทางปฏิบัติ WI ,PR เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด และปรับปรุงแก้ไขเอกสารที่มีปัญหาในการปฏิบัติ
 4. จัดทำแผนการฝึกอบรม / สัมมนาของบุคลากรในหน่วยงาน จัดประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับงบประมาณของโรงพยาบาล และติดตามประเมินผล ภายหลังการฝึกอบรม / สัมมนา
 5. จัดทำแผนการประเมินบุคลากรก่อนการปฏิบัติงาน การทดลองงาน และควบคุมดูแลนักศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน
 6. นำแบบการประเมินความสามารถของบุคลากร (Competency) และการวิเคราะห์ภาระงาน (Work Load) มาใช้ในการประเมินภาระงาน การจัดหาอัตรากำลังและประสิทธิผลการทำงานในหน่วยงาน
 7. นำแผนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม

กลุ่มงานเภสัชกรรม

อัตรากำลัง

กลุ่มงานเภสัชกรรม แบ่งหน้าที่รับผิดชอบเป็น 5 ส่วน คือ งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน งานเภสัชกรรมการผลิต งานบริหารเวชภัณฑ์และบริการเครือข่ายเภสัชกรรม และงานบริหารคลังยาและศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 76 คน จำแนกเป็น เภสัชกร 31 คน เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม 18 คน พนักงานผู้ช่วย 27 คน โดยมีอัตรากำลังในแต่ละงานดังนี้

งาน	เภสัชกร	เจ้าพนักงาน / เภสัชกรรม	พนักงาน / ผู้ช่วย	รวม
หัวหน้ากลุ่มงาน	1	-	-	1
เภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	10	6	10	26
เภสัชกรรมผู้ป่วยใน	10	4	7	21
เภสัชกรรมการผลิต	4	4	3	11
บริหารเวชภัณฑ์และบริการเครือข่ายเภสัชกรรม	3	1	3	7
บริหารคลังยาและศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา	3	3	4	10
รวม	31	18	27	76

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

กลุ่มงานเภสัชกรรม มีหน้าที่ในการให้บริการด้านเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม มีการจัดหาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการ โดยยึดหลักจริยธรรมภายใต้นโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม ให้เพียงพอต่อความต้องการ รวมทั้งการผลิตยาและเตรียมยาที่มีคุณภาพ เพื่อใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยผู้ที่มารับบริการ บริการข้อมูลข่าวสารด้านยาแก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและประชาชน ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความเหมาะสมในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ทั้งนี้การจัดบริการดังกล่าว มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และมีความปลอดภัยในการใช้ยา

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม

งานบริการและบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก

ผลงาน/กิจกรรม	หน่วย	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
จำนวนใบสั่งยา	ใบสั่งยา	236,795	222,035	231,594
จำนวนรายการยา	รายการ	913,297	838,077	860,427
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ	76.48	75.8	76.84
ระยะเวลารอรับยาเฉลี่ย	นาที	19.90	19.6	17.6
ความคลาดเคลื่อนทางยา				
1. Prescription Error (Goal < 10)	ครั้ง ต่อ 1000	8.08	3.43	4.95
2. Pre-dispensing error (Goal < 20)	ใบสั่งยา	11.47	10.56	6.72
3. Dispensing error (Goal < 0.5)		0.14	0.24	0.28
การให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านยา				
1. ยาใช้เฉพาะที่/เทคนิคพิเศษ		3,594	4,529	4,491
2. โรคเรื้อรัง	ครั้ง	6,153	5,494	5,585
- ผู้ป่วยใหม่		1,495	1,097	1,140
- ผู้ป่วยเก่า		4,658	4,397	4,445
Adverse Drug Reaction (ADR)				
Type A	ครั้ง	407	311	344
Type B	ครั้ง	299	220	247
แจ้งแพ้	ครั้ง	676	705	871

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม

งานบริการและบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก

ผลงาน/กิจกรรม	หน่วย	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
Drug Interaction (ทั้งหมด)	ครั้ง	2,596	831	771
- Fatal Drug Interaction		109	23	19
งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	ครั้ง			
1. Warfarin clinic		-	-	593
2. CHF		-	-	42
3. Asthma เด็ก		-	-	179
4. DM		-	-	446
5. CKD		-	-	120
6. ATC Clinic		-	-	1,003
7. TB Clinic		-	-	424
8. PATC		-	-	16
9. Asthma / COPD ผู้ใหญ่		-	-	171
10. จิตเวช		-	-	43

งานบริการและบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

ผลงาน/กิจกรรม	หน่วย	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน				
จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน	ใบสั่งยา	299,461	298,542	309,500
จำนวนรายการยาในใบสั่งยาผู้ป่วยใน	รายการ	1,127,132	1,132,216	1,177,771
การตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา และค้นหาความคลาดเคลื่อน				
- Prescribing Error	ครั้ง	453	803	243
- Pre-dispensing Error	ครั้ง	2,117	2,039	2,584
- Dispensing Error	ครั้ง	574	684	649
การให้คำแนะนำและปรึกษาเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยในก่อนกลับบ้านในผู้ป่วย เฉพาะโรค (Warfarin, STEMI, TB, ARV)	ราย	680	751	981
การตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำเรื่องการสำรองยาบนหอผู้ป่วย (Floor stock) และหน่วยงานอื่นๆ	ครั้ง	80	66	52
	แห่ง	24	24	24
การประเมินการใช้ยา Drug Use Evaluation : DUE				
- จำนวนรายการยาที่ประเมินเชิงปริมาณ	รายการ	3	0	1
- จำนวนรายผู้ป่วย	ราย	351	0	298
- จำนวนรายการยาที่ประเมินเชิงปริมาณและคุณภาพ	รายการ	5	5	8
- จำนวนรายผู้ป่วย	ราย	2,636	2,350	2,902
งานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยใน				
การเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา				
- จำนวนผู้ป่วยที่เกิด ADRs	ราย	693	953	914
- จำนวนครั้งที่ติดตาม	ครั้ง	1,339	1,427	914
การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรค (TB)				
- จำนวนครั้งการติดตามการใช้ยาผู้ป่วย TB (new case, ติดตาม case เก่า)	ครั้ง	514	503	633
- การจ่ายยาที่คลินิกวัณโรค (OPD case)	ราย	620	718	900
การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV)				
- จำนวนครั้งการให้บริหารเภสัชกรรมผู้ป่วย ARV	ครั้ง	360	337	437
- การค้นหาปัญหา (DRPs) และแก้ไขปัญหาเรื่องยาให้แก่ผู้ป่วย	ครั้ง	92	77	62

งานบริการและบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

ผลงาน/กิจกรรม	หน่วย	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin				
- จำนวนครั้งการให้บริการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin	ครั้ง	1,066	1,173	1,045
- การค้นหาปัญหา (DRPs) และแก้ไขปัญหาร่องยาให้แก่ผู้ป่วย	ครั้ง	368	344	314
การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase : SK				
- จำนวนครั้งการให้บริการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase	ครั้ง	97	187	100
- การค้นหาปัญหา (DRPs) และแก้ไขปัญหาร่องยาให้แก่ผู้ป่วย	ครั้ง	133	130	46
การบริหารผู้ป่วยในที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่สมอง (Stroke)				
- จำนวนครั้งการให้บริการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	ครั้ง	N/A	46	34
- การค้นหาปัญหา (DRPs) และแก้ไขปัญหาร่องยาให้แก่ผู้ป่วย	ครั้ง	N/A	9	6
การบริหารผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวชนิด HF rEF				
- จำนวนครั้งการให้บริการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	ครั้ง	N/A	N/A	21
- การค้นหาปัญหา (DRPs) และแก้ไขปัญหาร่องยาให้แก่ผู้ป่วย	ครั้ง	N/A	N/A	16
ผู้ป่วยหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
- สอนและประเมินการใช้ยาพ่นในผู้ป่วยรายใหม่-เก่า	ราย	271	242	278
- การค้นหาปัญหา (DRPs) และแก้ไขปัญหาร่องยาให้แก่ผู้ป่วย	ครั้ง	92	28	99
ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด				
- การเตรียมยาเคมีบำบัด	รายการ	1362	989	584
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริหาร	ราย	73	84	103
- การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง	ครั้ง	309	479	547
Medication Reconciliation				
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Med reconcile	ครั้ง	358	1543	1300
- การค้นหาปัญหา (DRPs) และแก้ไขปัญหาร่องยาให้แก่ผู้ป่วย	ครั้ง	506	183	126
การให้คำแนะนำการใช้ยาพิเศษ และยาเทคนิคพิเศษ (ปากกา insulin,ผู้ป่วย G6PD, ผู้ป่วยที่รับยา Xeloda)	ราย (รวม)	66	80	92

งานผลิตยา

ผลงาน/กิจกรรม	หน่วย	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
ยาที่ดำเนินการผลิตทั้งหมด				
จำนวนตำรับที่ผลิต	ตำรับ	117	112	111
จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	9,080	7,312	7,966
แบ่งตามประเภทดังนี้				
ยาผลิตทั่วไปและยาปราศจากเชื้อ				
จำนวนตำรับที่ผลิต	ตำรับ	66	51	59
จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	1,460	1,467	1,461
ยาเตรียมเฉพาะราย *				
จำนวนตำรับที่ผลิต	ตำรับ	51	61	52
จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	7,620	5,845	7,966
* ไม่รวมการผสมยาเคมีบำบัด และ TPN				
การเตรียมยาเคมีบำบัด				
จำนวนผู้ป่วยที่มาให้ยาเคมีบำบัด	คน	215	199	174
จำนวนครั้งผู้ป่วยที่มาให้ยา	ครั้ง	1,411	1,458	1,425
จำนวนขนานที่ผสม	Dose	4,708	5,379	5,636
คลินิกมะเร็ง (วันจันทร์ พุธ ศุกร์)				
จำนวนผู้ป่วยที่ให้การบริบาลเภสัชกรรม	คน	98	172 ²	98 ³
จำนวนครั้งที่ให้การบริบาลเภสัชกรรม	ครั้ง	676	952 ²	581 ³
จำนวน ADR ที่พบ	ครั้ง	150	516 ²	264 ³
² ปี 2560 ยังขาดข้อมูลคลินิกวันศุกร์ 6 เดือน				
³ ข้อมูลเฉพาะคลินิกวันพุธ				
งานผลิตสารอาหารทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยเด็ก				
จำนวนผู้ป่วยที่ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ	คน	15	35	31
จำนวนครั้งที่ผสม	ครั้ง	87	240	262
จำนวนขวดที่ผสม	ขวด	119	532	422

งานบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

ผลงาน/กิจกรรม	หน่วย	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
งานบริหารคลังเวชภัณฑ์				
เบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์	ครั้ง	2,670	2,630	2,679
	รายการ	43,871	45,412	47,313
	ล้านบาท	190.77	191.29	195.24
สนับสนุนสถานบริการระดับรอง และเครือข่าย	แห่ง	35	35	35
	ครั้ง	1,239	1,417	1,538
	ล้านบาท	34.07	42.05	43.81
รายงานตรวจสอบตามระเบียบพัสดุ	ครั้ง	1	1	1
รายงานกระทรวงรายไตรมาส	ครั้ง	4	4	4
รายงานยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์	ครั้ง	26	26	26
จัดทำแผนจัดซื้อ-จัดหา				
ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รายการ	521	546	619
	ล้านบาท	122.66	126.17	132.91
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	รายการ	88	104	112
	ล้านบาท	22.25	20.28	24.69
เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและอื่นๆ	รายการ	375	488	482
	ล้านบาท	31.65	33.05	35.23

งานบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย

ผลงาน/กิจกรรม	หน่วย	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
งานจัดซื้อ จัดหา				
สั่งซื้อวัสดุกลางราคา	ใบสั่ง	2,814	3,123	3,634
	รายการ	3,729	3,771	4,621
	ล้านบาท	141.95	114.87	168.99
สั่งซื้อวัสดุอบราคา	ใบสั่ง	117	58	14
	รายการ	273	158	39
	ล้านบาท	14.51	7.00	2.90
สั่งซื้อวัสดุประกวดราคา	ใบสั่ง	18	187	21
	รายการ	25	225	47
	ล้านบาท	1.71	26.06	4.91
สั่งซื้อวัสดุกรณีพิเศษ	ใบสั่ง	273	240	14
	รายการ	748	694	15
	ล้านบาท	22.63	21.99	1.01
รับจากหน่วยงานอื่น	ใบสั่ง	279	390	479
	รายการ	414	889	949
	ล้านบาท	12.85	28.31	25.58
งานด้านอื่นๆ				
งานสรุปมูลค่ายาปฏิชีวนะรูปแบบชนิด Refer ไป รพช.	รายการ	-	-	355
	บาท	-	-	805,766

งานเภสัชสนเทศและเภสัชกรรมครอบครัว

- งานเภสัชกรรมครอบครัว

- การบริหารเภสัชกรรมที่บ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มโรค	ปีงบประมาณ 2560		ปีงบประมาณ 2561	
	จำนวน (คน)	พบ DRPs (คน)	จำนวน (คน)	พบ DRPs (คน)
Hypertension	23	8	48	11
Heart failure	3	-	1	-
Diabetes mellitus	35	19	62	18
CVA/ Stroke/ TIA	12	-	35	5
Schizophrenia	11	3	21	3
Depression	8	2	30	6
Chronic kidney disease	-	-	5	1
HIV	-	-	2	-
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	92	32	206	44

○ การจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (DRPs) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับดูแลต่อเนื่อง

	ปัญหาที่พบ	ปี 2560			ปี 2561		
		จำนวน (คน)	สำเร็จ (คน)	สำเร็จ (ร้อยละ)	จำนวน (คน)	สำเร็จ (คน)	สำเร็จ (ร้อยละ)
1. ปัญหาด้านยา	รายละเอียด						
1.1. การใช้ยาอย่างเหมาะสม	ไม่รับยาที่จำเป็นต้องได้รับ	-	-	-	2	2	100
	เลือกใช้ยาไม่เหมาะสม	-	-	-	-	-	-
	ได้รับยาซ้ำซ้อน	4	4	100	9	9	100
1.2. การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ	ได้รับยาขนาดต่ำ หรือสูงเกินไป	2	2	100	3	3	100
	ได้รับยาที่เกิดปฏิกิริยาต่อกัน	-	-	-	1	1	100
	ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา	25	21	84	36	29	80.56
1.3. การใช้ยาอย่างปลอดภัย	เกิดผลข้างเคียงจากยา	1	1	100	3	3	100
	เกิดผลข้างเคียงจากยาที่เกิดปฏิกิริยาต่อกัน	-	-	-	-	-	-
2. ปัญหาการเก็บรักษา	เก็บยาไม่เหมาะสม/พบยาหมดอายุ	8	8	100	13	13	100
3. ปัญหาด้านระบบยา	ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข	2	2	100	-	-	-

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

ลำดับ	กิจกรรม	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก			
1.	งานบริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV&AIDS ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัส HIV (ARV)	จัดทำงานวิจัยเรื่องการเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วย HIV ที่ได้รับยา Highly active antiretroviral therapy (HAART) ในสูตรที่มี Tenofovir (TDF) แบบ Retrospective	พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตรที่มี TDF ตั้งแต่เริ่มต้นหรือเปลี่ยนมาใช้ยาสูตร TDF มีค่าการทำงานของไตลดลงมากกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาสูตร TDF จึงเกิดแผนพัฒนาการติดตามค่า e-GFR อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ, มีประวัติไตยาที่ผลต่อไต, baseline e-GFR ต่ำ
2.	งานบริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อวัณโรค	การจัดยา unit dose ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษา และป้องกันเชื้อวัณโรค	ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคแบบ unit dose จนครบสูตรยา และมี Good Compliance/Good Adherence มีผลเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาวัณโรค มากขึ้น
งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน			
1.	การติดตามความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยไตบกพร่อง ได้แก่ยา Amikacin, Gentamycin, Colistin, Vancomycin, Piperacillin +Tazobactam (Tazocin), Imipenam, Meropenem	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำขนาดยาต้านจุลชีพตามค่าการทำงานของไต ใส่แฟ้มและคอมพิวเตอร์ - จัดทำใบ Consult แพทย์ พร้อมขนาดยาที่เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต - แสดงผลค่าการทำงานของไตให้ปรากฏใน drug profile และใบสั่งยาผู้ป่วยใน - มีระบบการติดตามการทำงานของไตผู้ป่วย เมื่อมีการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพและขณะได้รับยาทุก 5 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีไตบกพร่อง เมื่อแพทย์สั่งใช้ยาต้านจุลชีพครั้งแรก จะได้รับการทบทวนความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาทุกราย ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น ได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมกับการทำงานของไต และมีการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง - แพทย์มีความตระหนักและมีการสั่งยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น มีการสั่งติดตามค่าการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น
2.	การติดตามความเหมาะสมจากการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (Drug Use Evaluation) แบบ Intensive	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแบบติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ DUE2 เพื่อติดตามการใช้ยาแบบ empiric - ปรับระบบการติดตาม DUE ให้เป็นแบบเชิงรุก โดยให้ทีมเภสัชกรรมคลินิกเป็นผู้ติดตามใบ DUE2 - แบ่งทีมเภสัชกรผู้ป่วยในเพื่อการติดตาม DUE ของยาแต่ละรายการ ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นปัจจุบัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูล DUE เป็นปัจจุบัน - แพทย์มีการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

ลำดับ	กิจกรรม	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
งานผลิตยา			
<p>1. การพัฒนาสูตรตำรับยาเตรียมเฉพาะรายที่แพทย์แต่ละสาขาขอให้เตรียม</p> <p><u>สาขากุมารเวชกรรม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Phosphate solution, calcium suspension, Vitamin E syrup, Ursodeoxycholic acid suspension <p><u>สาขาสตรีเวช</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Premarin® cream <p><u>สาขาจักษุ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bevacizumab intravitreal, Ganciclovir intravitreal, Mitomycin, Antibiotic forte eye drop <p>2. เข้าร่วมกิจกรรมประกวดผลงานคุณภาพกลุ่มงานเภสัชกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - เรื่อง อุปกรณ์เตรียมยา พร้อมใช้ เพียงพอ ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่ง โดย เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมงานผลิตยา 	<p>เป็นรูปแบบยาเตรียมที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด หรือไม่มีในโรงพยาบาล เภสัชกรจึงต้องพัฒนาสูตรยาเตรียมเพื่อให้ได้ยาที่มีความเข้มข้นตามต้องการ รูปแบบยาเหมาะสม มีความคงตัว ยาเตรียมมีประสิทธิภาพในการรักษา และช่วยให้การบริหารยาเป็นไปอย่างถูกต้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำทะเบียนอุปกรณ์ใช้เตรียมยาทั้งหมด - สำรองคงคลัง อัตราการใช้ บันทึกการรับ-จ่าย เพื่อการวางแผนให้มีการจัดหาให้เพียงพอ - ทำแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถทำงานแทนกันได้ - บันทึกรับส่ง ในการทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อตรวจสอบกลับได้หากพบปัญหา 	<p>ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่งโดยไม่ต้องส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - อุปกรณ์เตรียมยา พร้อมใช้ เพียงพอ เภสัชกรสามารถเตรียมยาตามแพทย์สั่งได้ทันเวลา - ส่งเสริมให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรม คิดพัฒนางานที่รับผิดชอบตาม PDCA 	

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

ลำดับ	กิจกรรม	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
งานบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา			
1.	ระบบขนส่งยาให้หน่วยบริการปฐมภูมิ	วางระบบขนส่งยา ร่วมกับงานเวชกรรมสังคม โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ขนส่งยาไปให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิตามรอบเบิก	- ลดระยะเวลาการรอคอยการรับยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ - หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำส่งยาและเวชภัณฑ์มายังโรงพยาบาลได้รวดเร็วมากขึ้น
2.	งานจัดทำ Specification ยา ก่อนการจัดซื้อด้วยวิธี E-bidding	มีการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะของยาที่ชื่อมูลค่า 5 แสนบาทขึ้นไป โดยคำนึงถึงมาตรฐานการผลิต คุณภาพของยา ความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการรักษา	ได้ Specification ของยา (Specification Drug TOR) ที่เป็นรายละเอียดในการจัดซื้อยาตามคุณลักษณะเฉพาะของยาที่เป็นข้อมูลการขึ้นทะเบียนยา และวิทยาศาสตร์ปัจจุบัน
3.	สรุปมูลค่ายา Antibiotics Injection และยามูลค่าสูงที่ Refer ไป รพช.	มีการสรุปมูลค่ายา Refer ที่ต้องใช้ต่อ รพช. แล้วส่งข้อมูลให้ศูนย์ประกันของโรงพยาบาล เพื่อทำการเรียกเก็บเงินจาก รพช.	มีการเรียกเก็บเงินจาก รพช. ได้ครบทุก รพช.
งานเภสัชกรรมครอบครัว			
1.	ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาจากการใช้ยา	<ol style="list-style-type: none"> ใช้แนวคิดหมอมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ใช้ INHOMESSS เก็บข้อมูล เพื่อค้นหาปัญหาทั้งหมดอย่างครอบคลุม ใช้การฟังอย่างลึกในการรับรู้ความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาหลักที่ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือ ใช้ทักษะการให้คำปรึกษาด้านยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม และเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาหรือใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม 	แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้มากกว่าร้อยละ 80

ลำดับ	ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบ	กิจกรรมพัฒนา
งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก		
1.	พบรายงาน Dispensing Error ของกลุ่มจิตเวชเพิ่มขึ้น	สุ่มตรวจสอบ Dispensing Error เชิงรุก ในวันที่มีคลินิกจิตเวช (อังคาร, พฤหัสบดี) ให้มากกว่าร้อยละ 60
2.	การติดตาม Fatal Drug interaction ยังไม่สามารถดักจับจาก HOSxP ได้สำหรับคำสั่งใช้ยาของแพทย์ต่าง Visit กัน	ติดต่องานสารสนเทศเพื่อพัฒนาโปรแกรมดักจับ fatal Drug Interaction การแพ้ยาในกลุ่มเดียวกันหรือข้ามกลุ่มยา ใน HOSxP ตั้งแต่ขั้นตอน การใช้ยาของแพทย์ ตรวจสอบยาและการจ่ายยา
3.	การติดตามและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา : ไม่สามารถดักจับได้จาก HOSxP กรณีป้องกันการแพ้ยาในกลุ่มเดียวกัน, ข้ามกลุ่มยา	
งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน		
1.	งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน พบปัญหาดังนี้ - ระบบ Electronic-Medication Administration Record (eMAR) ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ - การ Screening ใบสั่งยา - Drug Profile ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ยังขาดข้อมูล CrCl, INR และวันเริ่ม / หยุดยา	1. การพัฒนาระบบ Electronic-Medication Administration Record (eMAR) ให้เสร็จสิ้นและครบทุกหอผู้ป่วย เพื่อลดขั้นตอนการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย ทำให้ระบบการตรวจสอบยาแบบ independence check มีประสิทธิภาพมากขึ้น 2. การพัฒนาระบบ Screening ของเภสัชกรงานบริการผู้ป่วยในเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล 3. สร้างแนวทางการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ในกลุ่มยาความเสี่ยงสูง 5 รายการ คือ Dobutamine, Dopamine Potassium Chloride (KCl), Norepinephrine และ Heparin 4. การจัดทำ Drug Profile ใหม่เพื่อให้มีข้อมูลยา และข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วนยิ่งขึ้น
งานผลิตยา		
1.	งานเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระบบการนำส่งยาเคมีบำบัด ระหว่าง ห้องผสมยา และห้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นเส้นทางการนำส่งที่อาจได้มีความเสี่ยงต่อยาเคมีบำบัดหกตกแตก เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการก่อสร้างอาคารทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนเส้นทางซึ่งระยะทางไกลขึ้น และผ่านถนนที่มีรถวิ่ง อาจเกิดความเสี่ยง	- มีการทบทวนปรับแนวทางการบรรจุเพื่อนำส่งยาเคมีบำบัดให้มีความปลอดภัยมากขึ้นในระยะแรก - มีแผนงานปรับการนำส่งโดย เจ้าหน้าที่งานผลิตยาที่ผ่านการอบรมแนวทางการนำส่งและการใช้ spill kit โดยเภสัชกร ซึ่งอยู่ระหว่างการจัดหาอัตรากำลังให้เพียงพอในการปฏิบัติงาน

การพัฒนาคุณภาพกิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อในปี 2562

ลำดับ	ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบ	กิจกรรมพัฒนา
งานผลิตยา		
	พบอุบัติการณ์การเกิดยาเคมีบำบัดหกตกแตก ประจำปีงบประมาณ 2561 จำนวน 5 อุตการณ์โดย เกิดจาก ผู้ป่วยดิ่งสายน้ำเกลือ 1 ครั้ง และเกิดจากการรั่วซึม บริเวณข้อต่อ 1 ครั้ง (เกิดในหอผู้ป่วย) การเข้าถึงข้อมูลการบริหารผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับโครงการ paperless	มีแผนในการจัดอบรมเรื่องการป้องกันยาเคมีบำบัดหก ตก แตก เพิ่มเติมในปี 2562 สำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับงานเคมีบำบัด
2.	การเตรียมยาเฉพาะราย ในรูปแบบรับประทาน มีปริมาณการสั่งใช้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องใช้เครื่องชั่งที่มีความละเอียดในการแบ่งผงยา ซึ่งของเดิมมี 1 เครื่อง ทำให้ไม่เพียงพอในการทำงาน	มีแผนการพัฒนาโปรแกรมการบันทึก ข้อมูลการบริหาร ผ่าน โปรแกรม HOSxP โดยประสานงาน IT โรงพยาบาล
3.	สถานที่ผลิตยา สถานที่ในการผลิตยา ปรากฏจากเชื้อ สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ยาเตรียมทั่วไป ยาเตรียมเฉพาะราย เริ่มมีการชำรุด เสื่อมโทรมตามอายุการใช้งาน (20 ปี) เช่น สีนังมีการหลุดลอกเป็นฝุ่นผงในห้องสะอาด (clean room) ซึ่งอาจมีผลทำให้สถานที่ไม่ได้มาตรฐาน ห้องผสมยาเคมีบำบัด แผ่นกรองอากาศในห้อง มีอายุใช้งานหลายปี (7 ปี) มีการอุดตันบางส่วน ซึ่งอาจไม่ปลอดภัยสำหรับผู้เตรียมยา เครื่องมือสำคัญในการเตรียมยาเสียหายระหว่างการปฏิบัติงานโดยไม่ทราบล่วงหน้า ทำให้ไม่สามารถเตรียมยาได้ตามแผนที่กำหนดไว้ ได้แก่ ตู้ผสมยาเคมี ตู้ผสมยาปรากฏจากเชื้อ เครื่องฟองน้ำ เครื่องกลั่นน้ำ	มีแผนการ <u>ขอจัดเครื่องชั่งสารดิจิตอลเพิ่มเติม</u> โดยขอในแผนโรงพยาบาล ปี 2562 ได้ดำเนินการปรับปรุงสถานที่ในการผลิตยาจากงบเงินบำรุงโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2561 โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน 1. ปรับปรุงห้องเตรียมยาทั่วไปชั้น 2 (35,830.00 บาท) 2. ปรับปรุงห้องล้างขวดน้ำเกลือชั้น 1 (24,610.00 บาท) 3. ปรับปรุงห้องสะอาด clean room (317,255.00 บาท) 4. หุ้มฉนวนท่อส่งลมเครื่องปรับอากาศสำหรับห้องสะอาด Clean room ที่ผลิตยา ปรากฏจากเชื้อ (75,000.00 บาท) 5. เปลี่ยนแผ่นกรองอากาศ (Hepa fillter) ห้องผสมยาเคมีบำบัด (งบ 98,000 บาท)
งานเภสัชกรรมครอบครัว		
1.	ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแล้วพบปัญหาการได้รับยาซ้ำซ้อนหลายราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาอนาไมหลับจะได้รับ Diazepam หรือ Amitriptyline จากสถานพยาบาลใกล้เคียงบ้านเพิ่ม ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากการที่ได้รับยาซ้ำซ้อนเพิ่มขึ้น	จัดทำแผนการ <u>บำรุงรักษาเครื่องมือสำคัญในการเตรียมยา</u> จากบริษัทเชี่ยวชาญโดยตรง ได้แก่ เครื่องกำเนิดไอ 1 เครื่อง เครื่องกลั่นน้ำ 1 เครื่อง เครื่องฟองน้ำ 2 เครื่อง เครื่องบรรจุน้ำเกลือ 1 เครื่อง ตู้ปลอดเชื้อเตรียมยา 3 ตู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยคลินิกจิตเวชรายใหม่ทุกราย และผู้ป่วยเดิมที่ได้รับยา Diazepam หรือ Amitriptyline ให้อ่านชื่อยาได้ และสนับสนุนให้นำยาโรคประจำตัวติดตัวไปที่สถานพยาบาลอื่น ๆ ทุกครั้ง

กลุ่มงานรังสีวิทยา

วิสัยทัศน์

มาตรฐานงานรังสี มีคุณภาพ ปลอดภัย ก้าวไปด้วยเทคโนโลยี

พันธกิจ(Mission)

ให้บริการรังสีวินิจฉัยที่ได้คุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพ ด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสี

ปรัชญา

เต็มใจให้บริการ มุ่งมั่นพัฒนา ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า ชาวประชาปลอดภัย

เข็มมุ่ง Patient safety goal low radiation

หน้าที่และเป้าหมาย ความมุ่งหมาย(Purpose)

หน้าที่ การบริการ เอกซเรย์ทั่วไป เอกซเรย์ตรวจพิเศษทางรังสี เอกซเรย์ portable เอกซเรย์ CT การตรวจ ULTRASOUND อวัยวะต่างๆ เช่น อวัยวะภายใน และระบบไหลเวียนโลหิตด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง ให้กับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามคำสั่งแพทย์ รวมทั้งให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีหรือโครงการเพื่อสุขภาพต่างๆ อย่างมีคุณภาพ รวดเร็ว ปลอดภัยจากการได้รับรังสี

เป้าหมาย บริการรังสีวิทยา / ภาพทางการแพทย์มีรายละเอียดครบถ้วน ถูกต้องชัดเจน น่าเชื่อถือ ส่งเข้าระบบ PACS ให้แพทย์สามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคได้ทันตามเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการรับบริการทั้งการคัดกรองผู้ป่วยและการป้องกันอันตรายจากรังสีก่อนเข้ารับบริการ ด้วยเครื่องมือที่มีมาตรฐาน โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด

ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

1. ให้บริการผู้รับบริการภายนอก และภายใน ตลอด 24 ชั่วโมง (นอกเวลาราชการ มีการจัดเจ้าหน้าที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยเร่งด่วน จุกเฉิน)
2. บริการทางรังสีวินิจฉัย ผู้ป่วยเอกซเรย์ทั่วไป เอกซเรย์ตรวจสุขภาพ เอกซเรย์ portable เอกซเรย์ CT และผู้ป่วยจุกเฉิน
3. ให้บริการการตรวจอวัยวะต่างๆ อวัยวะภายใน และระบบไหลเวียนโลหิตด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง (ULTRASOUND) โดยรังสีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
4. ให้บริการการตรวจเอกซเรย์ทั่วไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
5. ให้บริการผู้มารับบริการ ระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชรและโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 3 และโรงพยาบาลอื่น ๆ

วัตถุประสงค์

1. การเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ มีความพร้อมในการใช้งาน
2. การให้บริการถูกต้อง ชัดเจน ผู้ป่วยสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย
3. ระบบ Fast Tract และผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการภายในเวลาที่กำหนด
4. ลดอันตรายจากการให้บริการทางรังสี สตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้รับการคัดกรองการได้รับรังสีทุกราย
5. จำนวนผู้ป่วยแพ้สารทึบรังสีลดลง
6. ภาพทางรังสีไม่สูญหาย การส่งต่อได้ภาพที่มีคุณภาพครบถ้วน
7. ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย สถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ได้รับการตรวจสอบประเมินตามมาตรฐานกำหนด

นโยบาย

ด้านการบริการ

1. ให้บริการทางรังสีวินิจฉัยแบบถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไปในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ
2. ให้บริการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ
3. ให้บริการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัยในเวลาราชการและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ
4. ให้บริการเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

ด้านความปลอดภัย

1. ให้มีการควบคุมและป้องกันอันตรายจากรังสีแก่บุคลากร ผู้มารับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. เน้นการคัดกรองผู้ป่วยก่อนให้บริการ
3. บริหารจัดการ และป้องกันความเสี่ยง

ด้านการพัฒนา

1. พัฒนาสติบุคลากรด้วย MIO
2. ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทุกระดับมีส่วนร่วมในการบริหารงาน
3. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยจัดให้มีการส่งเสริมความรู้ด้านวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน โดยการเข้าอบรมหลักสูตรต่าง ๆ
4. ส่งเสริมสุขภาพบุคลากร
5. ส่งเสริมให้มีการพัฒนา นวัตกรรม
6. รักษามาตรฐานการปฏิบัติงาน เครื่องมือ อุปกรณ์ ตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางรังสี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
7. สนับสนุนเข้าร่วมโครงการวิจัย
8. พัฒนาตัวชี้วัดตามเป้าหมายที่กำหนด

ยุทธศาสตร์

1. เป็นหน่วยงานขนาดกลางที่มีคุณภาพ
 1. ทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ มีความพร้อมในการให้บริการที่
 2. มีเครื่องมือ ที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการอย่างพอเพียง
 3. สถานที่และภาวะแวดล้อมเหมาะสม สอดคล้องการปฏิบัติงาน และการรักษาความสะอาด
2. เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการบริหารงาน
 1. มีแผนภูมิสายการบังคับบัญชา
 2. มีแผนภูมิการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ (งานบริหาร)
 3. มีแผนการปฏิบัติงานในเวลาราชการ
 4. มีแผนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
 5. มีแผนรับอุบัติเหตุหมู่ และแผนอัคคีภัย
 6. ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนช่วยกันกำหนดระบบการให้บริการให้อยู่ในแนวทางเดียวกัน และให้สอดคล้องกับนโยบายของ รพ.
3. ทำงานบริการให้มีมาตรฐาน
 - 3.1 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการอบรมมาตรฐานบริการ เชิงพฤติกรรมบริการ
 - 3.2 การป้องกันอันตรายจากรังสีต่อผู้รับบริการ เช่น
 - ให้ปิดประตูห้องเอกซเรย์และทุกครั้งก่อนเอกซเรย์
 - มีป้ายเตือนว่า “ อันตราย บริเวณรังสี ” หน้าห้องเอกซเรย์ทุกห้อง
 - มีป้ายเตือนว่า “ เพื่อความปลอดภัยของลูกค้า สตรีมีครรภ์ควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ” หน้าห้องเอกซเรย์ทุกห้อง
 - มีสัญญาณไฟแสดงการทำงานของเครื่องเอกซเรย์
 - การชักประวัติผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนทำการเอกซเรย์
 - 3.3 มีการแนะนำขั้นตอนและวิธีการ ในการตรวจทางรังสีวิทยาและคลื่นเสียงความถี่สูง แก่ผู้รับบริการ พร้อมทั้งสแกนภาพลงแผ่น CD เพื่อการรักษาต่อ และการนำภาพจากโรงพยาบาลอื่นเข้าระบบ PACS (Import)
4. ด้านงานวิชาการ ข้อมูลสถิติและข้อเสนอแนะ
 - 4.1 ให้เจ้าหน้าที่ได้ไป อบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงาน เรื่องที่น่าสนใจและมีประโยชน์ และไม่ซ้ำกัน ปีละ 1 ครั้งต่อ 1 คน และจัดเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการอบรม วิชาการภายในโรงพยาบาลที่หน่วยงานอื่นจัดขึ้น
 - 4.2 ให้เจ้าหน้าที่ขอสมัครสอบเพื่อศึกษาต่อได้ทุกคนปีละไม่เกิน 2 คน แต่ให้ลาศึกษาต่อเต็มเวลาได้ปีละ 1 คนและศึกษาต่อในช่วงนอกเวลาราชการปีละ 1 คนหรือนอกเวลาราชการ 2 คน โดยยึดหลักอาวุโสตามอายุการทำงาน และความจำเป็น
 - 4.3 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับ รู้จักการตรวจสอบคุณภาพของภาพเอกซเรย์ และเก็บข้อมูลไว้ใน ตารางเก็บข้อมูลทุกเดือน
 - 4.4 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับ สามารถใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ (ระบบ Hos-XP) ในการลงทะเบียนบันทึกข้อมูลการถ่ายภาพรังสี และคลื่นเสียงความถี่สูง
 - 4.5 มีการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด และมีการตรวจสอบข้อมูลสม่ำเสมอ หรือเมื่อเห็นว่าข้อมูลผิดปกติเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันและถูกต้องเพื่อประโยชน์ในการวางแผนปีต่อไป
 - 4.6 มีการประชุมภายในกลุ่มงานอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพราะมีผู้ป่วยมาใช้บริการตลอดเวลา ในการประชุมแต่ละครั้ง จะมุ่งเน้นถึงเรื่องสำคัญๆ เช่น งานความเสี่ยง วิเคราะห์ตัวชี้วัดของหน่วยงาน งานตามนโยบายที่ได้รับมอบหมาย ข้อร้องเรียน ปัญหาในการปฏิบัติงาน เพื่อหาสาเหตุ การแก้ไขปัญหา และแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ
5. สร้างขวัญ กำลังใจ และสื่อสัมพันธ์
 - 5.1 มีการพบปะสังสรรค์กันทุกปี หรือเมื่อมีโอกาส
 - 5.2 มีห้องพักรีสสำหรับเจ้าหน้าที่เป็นสัดส่วนตามสถานะภาพของหน่วยงาน และมีสิ่งอำนวยความสะดวกพอสมควร

หน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มงานรังสีวิทยา

งานบริหาร

งานนโยบาย และวางแผน งานธุรการ สารบรรณ และบริหารบุคคลของกลุ่มงานรังสีวิทยา งานพัสดุ จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือ ควบคุมติดตามและบำรุงรักษา

งานบริการ

1. ให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการทางรังสีวิทยา ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเวลาราชการ นอกเวลาราชการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยจัดเจ้าหน้าที่บริการตลอดเวลาราชการ
2. ให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ พร้อมทั้งบริการตรวจ US Doppler วันจันทร์ – วันพฤหัสบดี เวลา 13.00 น.
3. ให้บริการตรวจทางรังสีแบบถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไปด้วยระบบดิจิทัล
4. ให้บริการตรวจพิเศษทางรังสีที่ต้องใช้สารทึบรังสี เฉพาะในเวลาราชการและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ
5. ให้บริการเอกซเรย์เคลื่อนที่ในหอผู้ป่วย เฉพาะผู้ป่วยอาการหนัก และผู้ป่วยในห้องผ่าตัด
6. ให้การแนะนำการเตรียมตัวก่อนตรวจพิเศษทางรังสี และคลื่นเสียงความถี่สูง
7. ควบคุมและป้องกันอันตรายจากรังสีให้เจ้าหน้าที่และบุคคลทั่วไป ให้ได้รับรังสีน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น
8. จัดทำทะเบียนประวัติผู้ป่วย เก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ระบบ LAN
9. จัดเก็บภาพทางการแพทย์ด้วยระบบ PACS
10. บริการอธิบายการเตรียมตัวและเตือนผู้ป่วยทางโทรศัพท์ที่นัดมาตรวจพิเศษทางรังสีก่อนล่วงหน้าวันนัด 2 วัน เพื่อให้คนไข้มาตรวจตามนัดทุกราย

งานวิชาการ

4. รวบรวมข้อมูล สถิติผลการปฏิบัติงาน ประจำทุกเดือนและปี
5. จัดและควบคุม การอบรม สัมมนา ศึกษาคู่ ดูกาน ของกลุ่มงานรังสีวิทยา
6. ควบคุมและพัฒนาโปรแกรมการลงทะเบียนผู้รับบริการ(คอมพิวเตอร์ระบบ LAN) ของกลุ่มงานรังสีวิทยา
7. จัดทำคู่มือการบริการทางรังสีเป็นภาษาอังกฤษ
8. เป็นสถานฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขารังสีเทคนิค

อัตรากำลังเจ้าหน้าที่

		ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ข้าราชการ			
	- รังสีแพทย์		5
	- นักรังสีการแพทย์		10
	- เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์		1
ลูกจ้างประจำ			
	- พนักงานทางการแพทย์และรังสีเทคนิค		1
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข			
	- พนักงานประจำตึก		1
	- เจ้าหน้าที่ธุรการ		1
	- พนักงานบริการ		1
	- พนักงานทางการแพทย์และรังสีเทคนิค		4
	- พนักงานช่วยเหลือคนไข้		4
ลูกจ้างรายวัน			
	- พนักงานช่วยเหลือคนไข้		1
		รวม	29

การจัดอัตรากำลังนอกเวลาราชการ

การจัดอัตรากำลังนอกเวลาราชการ	เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรดึก
นักรังสีการแพทย์ / เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	3	2	2
ผู้ช่วยเหลือคนไข้/คนงาน	2	2	2
รวม	5 คน	4 คน	4 คน

* กรณีมีตรวจร่างการประจำปีข้าราชการได้จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นในเวรบ่ายเพิ่ม 1 คน

ความพร้อมด้านเครื่องมือ

รายการ	ปัจจุบัน
1. เครื่องเอกซเรย์ 7 เครื่อง	
1.1 เครื่องเอกซเรย์ขนาด>500 mA125 kVp พร้อมจอภาพ	1
1.2 เครื่องเอกซเรย์ขนาด 300 mA 125 kVp	1
1.3 เครื่องเอกซเรย์ขนาด 500 mA 125 kVp แบบแขวนเพดาน	3
1.4 เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ แบบ MOBLIE UNIT ขนาด 60 mA 110 kVp	3
1.5 เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ แบบ MOBLIE UNIT ขนาด 200 mAs 115 kVp	2
1.6 เครื่องเอกซเรย์ฟัน (PANORAMIC)	1
2. เครื่องอ่านและแปลงภาพเอกซเรย์ระบบดิจิทัล	
2.1 เครื่องอ่านและแปลงภาพเอกซเรย์ระบบดิจิทัลแบบ multi-slot	1
2.2 เครื่องอ่านและแปลงภาพเอกซเรย์ระบบดิจิทัลแบบ single slot	1
2.3 เครื่องอ่านและแปลงภาพเอกซเรย์ระบบดิจิทัลแบบ DR	1
2.4 เครื่องล้างฟิล์มเอกซเรย์ขนาดเล็ก	2
3. เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) ขนาดกลาง	3
4. เครื่องปริ้นฟิล์มเอกซเรย์	2
5. DAYLIGHT PRINTER (เครื่องพิมพ์ข้อมูลลงบนฟิล์ม)	3
6. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบ LAN	10
7. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบอินเทอร์เน็ตมีสาย	2
8. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบอินเทอร์เน็ตไร้สาย	2
9. เครื่องพิมพ์เลเซอร์	3
10. เครื่องพิมพ์inkjet	2
11. เครื่องพิมพ์สติกเกอร์	4

วัน เวลา การตรวจพิเศษทางรังสี

การตรวจพิเศษทางรังสี	วัน	เวลา
Ultrasound, Contrast study	จันทร์ - ศุกร์	08.30 – 12.00
Ultrasound, Case Emergency	จันทร์ - ศุกร์	13.00 – 16.30

ผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2558-2561

กิจกรรม	หน่วย	ประจำปีงบประมาณ			
		2558	2559	2560	2561
การให้บริการ	ราย	62,560	65,809	73,369	85,523
- ผู้ป่วยนอก	ราย	51,281	52,639	57,473	64,898
- ผู้ป่วยใน	ราย	11,279	13,170	15,896	16,251
- เอกซเรย์ทั่วไป	ครั้ง	67,558	66,034	70,912	84,123
- เอกซเรย์พิเศษ	ครั้ง	393	395	360	340
- ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง	ครั้ง	3,458	3,774	3,090	3,359
- นัดตรวจพิเศษ	ครั้ง	4,040	4,804	4,304	4,301
- จำนวนการแสกนแผ่นรับภาพ	ครั้ง	-	50,383	89,083	-

หมายเหตุ - มีการเปลี่ยนแปลงระบบจาก การถ่ายภาพด้วยฟิล์มเป็นระบบดิจิตอล เดือนกุมภาพันธ์ 2559
 - กระดาษ print us 1 คน / 1แผ่น และใน 1 แผ่นจะมีการถ่ายภาพหลายภาพ

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2559 - 2561

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561
1	มาตรฐานสถานที่และอุปกรณ์(1 ครั้ง / ปี)	85%	97.7	N/A	N/A
2	อัตราการถ่ายภาพเอกซเรย์ซ้ำ	<2%	1.26	0.81	0.78
3	อัตราการแพ้สารที่บรังสี				
	- แบบไม่รุนแรง	<10%	4.48	2.83	1.87
	- แบบรุนแรง	0	0	0	0
4	อัตราการแพ้สารที่บรังสี CT	<10%	N/A	20/4,602	27/3,260 (8 เดือน)
	- แบบไม่รุนแรง	0	0	0.43	0.83
	- แบบรุนแรง			1/4,602	
				0.02	0.83
5	การเตรียมความพร้อมของเครื่องเอกซเรย์	100%	98.18	98.9	97.46
6	ผู้ป่วยตรวจพิเศษและอัลตราซาวด์มาตามนัดแล้วได้ตรวจ	100%	99.88	99.8	99.57
7	ระยะเวลารอคอยตรวจ US	45 นาที	22.09	37.3	36
8	การตรวจพิเศษและ US โดยรังสีแพทย์				
	- การรอคอยตรวจพิเศษ	45 วัน	27.25	41.4	74.6
	- การมาตรวจตามนัด	>95%	96.25	89	84.5
	- รอคอยตรวจพิเศษได้ภายใน 10 วัน	15%	32.6	18.2	11.28
9	การคัดกรองผู้ป่วยตั้งครรภ์ก่อนถ่ายภาพเอกซเรย์ (12 - 50 ปี)	100%	82.80	95.6	92.97
10	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ				
	- ผู้มารับบริการภายนอก	>80%	90.57	90.2	91
	- ผู้มารับบริการภายใน (1 ครั้ง / ปี)	>80%	81.17	80.8	83.25

* ผู้รับบริการที่แพ้สารที่บรังสีแบบรุนแรง สามารถแก้ไขอาการแพ้และปลอดภัยทุกรายจากการเตรียมพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ รวมถึงการประสานงานกับห้องฉุกเฉิน

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา

1. ปัจจุบันงานรังสีวินิจฉัยมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งเอกซเรย์ Portable มีปริมาณมาก ผู้ป่วยและญาติอ้างได้รับรังสีเพิ่มมากขึ้น
3. พบฟิล์มเก่าที่ไม่ได้ใส่ช่องที่ได้โต๊ะยาวด้านหน้าห้องตรวจ OPD เป็นจำนวนมาก ทำให้ทางแผนกไม่สามารถหาฟิล์มเก่าให้แพทย์ดูเปรียบเทียบในครั้งใหม่ได้ ส่งผลให้สถิติฟิล์มหายของทางแผนกสูงขึ้น
4. ศักยภาพการปฏิบัติงาน
5. ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน
 - ไม่ลงคำสั่ง on line
 - การลง online คำสั่งเอกซเรย์ไม่ตรงกับคำสั่งของแพทย์

แนวทางแก้ไข

- เพื่อให้เพียงพอต่อการบริการ
- 1.1 จัดห้องเอกซเรย์ทุกห้องให้สามารถเอกซเรย์ทั่วไปได้อย่างสะดวก และจัดเจ้าหน้าที่ให้มีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละห้อง
 - 1.2 การจัดเวรป่วย-ตึกและวันหยุดราชการต้องจัดเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชน และคณงานจากหน่วยงานอื่น ๆ มาขึ้นปฏิบัติงานเสริมเนื่องจากคณงานไม่เพียงพอ
 - 1.3 จัดเจ้าหน้าที่และคณงานขึ้นปฏิบัติงานเอกซเรย์ทั่วไปเลือกเวลาจำนวน 2 คน โดยขึ้นปฏิบัติงานเวลา 7.30 น. เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในช่วงเวลาเร่งด่วนตอนเช้า
- ประสานงานหัวหน้าตึกผู้ป่วยให้ประสานแพทย์เจ้าของไข้ สั่งเอกซเรย์ในรายที่ไม่สามารถมาเอกซเรย์ที่แผนกได้เท่านั้น
- ประสานกับหัวหน้า OPD ให้ช่วยดูกรณีฟิล์มที่ไม่มีช่องใส่ให้รีบส่งคืนงานรังสีโดยด่วน
- จัดระบบการแบ่งงานให้เป็นแบบหมุนเวียนในแต่ละหน้าที่ทุกสัปดาห์ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการจัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง
 - มีระบบ consult รังสีแพทย์ STAFF ทั้งในและนอกเวลาราชการ
- 5.1 มีการโทรประสานงาน แจ้งทาง line แก่หัวหน้าตึก และเสนอปัญหาในที่ประชุม หัวหน้ากลุ่มงานและ องค์กรแพทย์
 - 5.2 แพทย์สอนแนวทางในการถ่ายภาพเอกซเรย์ควรถ่ายส่วนไหน อะไรบ้าง และลง online คำสั่ง
 - 5.3 ทางกลุ่มงานจัดทำใบแนะนำในการลง Online กรณีที่คนไข้ Admit
 - 5.4 ประสานงานเพื่อยืนยันถึงคำสั่งที่แพทย์ต้องการ

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
6.ระบบPACS 6.1 แผ่น CD จากศรีสวรรค์ไม่สามารถเปิดดูภาพ และบันทึกลงในระบบได้ 6.2 โปรแกรมเปิดดูภาพระบบ PACS ที่ หน้าเว็บโรงพยาบาลให้ PCC สามารถดูภาพได้เสี่ยงต่อการรักษาข้อมูลผู้ป่วย	6.1 Admin ได้ติดต่อ ประสานงานให้ทำการแก้ไขแต่ยังไม่สามารถบันทึกภาพทางรังสี เข้าระบบ PACS ได้ 6.2 ประสานงาน หน่วยงาน IT ให้ลบการติดตั้ง และบริษัทดูแลระบบ PACS ทำการ สร้างช่องทางการดูภาพผ่าน URL และให้ใช้รหัสบุคคลแทน
7.ตัวชี้วัดระยะเวลาการคอยตรวจพิเศษและอัลตราซาวด์ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	ทบทวนวิธีปฏิบัติระบบการนัดผู้ป่วยตรวจอัลตราซาวด์ และเปิดห้องบริการเพิ่มจาก 2 ห้องเป็น 3 ห้อง
8.มีผู้ป่วยแพ้สารทึบรังสีชนิด Non-ionic อย่างต่อเนื่อง	ทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันผู้ป่วยแพ้สารทึบรังสี และพิจารณาสารทึบรังสี ตัวใหม่เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้น
9.มีผู้ป่วย CT เกิด Arrest ขณะรับบริการ	ทบทวนระบบการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต จุกเงิน จากการถ่ายภาพทางรังสี และ CT
10.การให้บริการทางรังสีที่ผู้ปฏิบัติยังไม่ได้ได้รับความสะดวกส่งผลต่อศักยภาพ และ คุณภาพ	ประดิษฐ์คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ และงานวิจัย เพื่อพัฒนาศักยภาพ และความปลอดภัย การให้บริการผู้ป่วย

แผนงานที่จะดำเนินในปี 2562

1. ส่งเสริมให้มีการนำ MIO เข้ามาใช้ในหน่วยงานอย่างเต็มรูปแบบ
2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยจัดส่งเสริมให้มีการเข้ารับการอบรม ความรู้ด้านวิชาการต่าง ๆ
3. ส่งเสริมเจ้าหน้าที่เข้าร่วมโครงการอบรมวิจัย
4. ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าร่วมวางแผนการพัฒนาหน่วยงานสร้างความเข้มแข็งทีมในหน่วยงาน
5. พัฒนาคุณภาพในประเด็นที่ตัวชี้วัดต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด
6. ศึกษานำสารทึบรังสีชนิดใหม่มาใช้ลดความเสี่ยงผู้ป่วยแพ้สารทึบรังสี
7. พัฒนาระบบบริการตามตัวชี้วัด ของกระทรวงตาม Action plan
8. พัฒนาเทคโนโลยีระบบ PACS ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
9. พัฒนาระบบบริการตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ

กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด

อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ข้าราชการ	8
— จิตแพทย์	1
— พยาบาลวิชาชีพ	5
— นักจิตวิทยา	2
ลูกจ้างประจำ	1
— พนักงานทำความสะอาด	1
ลูกจ้างชั่วคราว	4
— นักจิตวิทยาคลินิก	1
— นักวิชาการศึกษาพิเศษ	1
— ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มงาน

หน้าที่หลักของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. งานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
2. งานด้านยาเสพติด

โดยให้บริการครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. การส่งเสริมป้องกัน
2. การบำบัดรักษา
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

บริการสุขภาพจิตและจิตเวช

จิตเวชทั่วไป

- ให้บริการตรวจรักษาผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช ในวันอังคาร และ วันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. และผู้ป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยส่งปรึกษาจากแผนกอื่น ๆ วันจันทร์ – ศุกร์
- ให้บริการปรึกษาเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งตรวจระดับเซโรนีนปัญหา
- ให้บริการปรึกษาและฝึกเทคนิคคลายเครียดแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านความเครียด การให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและญาติ

คลินิกพัฒนาการเด็ก

- ให้บริการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ให้บริการปรึกษาและฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครอง ในวันพุธ เวลา 08.00 - 12.00 น.

บริการด้านยาเสพติด

- ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนทุกวันในเวลาราชการ

งานสุขภาพจิตชุมชน

- มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสายด่วนจิตวิทยา
- ให้บริการปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดทางโทรศัพท์ ในวันและเวลาราชการ

งานสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยแผนกอื่น ๆ

- ตรวจรักษา/การให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด
- ฟื้นฟูทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง
- ให้บริการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็ก (คลินิกสุขภาพเด็กดี)

งานด้านวิชาการ

- เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดแก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่ สนับสนุนข้อมูล ความรู้ วิทยากร และสื่อด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด แก่หน่วยงานต่าง ๆ

ผลการปฏิบัติงาน

สถิติผู้รับบริการ ทั้งหมด ปีงบประมาณ 2561

- | | | |
|--------------|--------|-----|
| - ผู้ป่วยนอก | 17,396 | ราย |
| - ผู้ป่วยใน | 954 | ราย |
| รวม | 18,350 | ราย |

สถิติการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช

ปี งบประมาณ	รายการ	การให้บริการผู้ป่วยจิตเวช								รวม	
		โรคจิตเภท - โรคจิต อื่นๆ	โรค วิตกกังวล	โรคซึมเศร้า	โรคลมชัก	โรค ปัญญา อ่อน	ติดสาร เสพติด	ฆ่าตัวตาย	อื่น ๆ		
2560	OPD	รายใหม่ (ราย)	955	247	561	29	110	685	1	2,598	5,186
		รายเก่า (ราย)	4,276	818	2,077	92	210	2,846	2	4,919	15,240
	IPD	รายใหม่ (ราย)	68	27	15	1	1	219	87	72	490
		รายเก่า (ราย)	105	38	19	1	1	323	106	99	692
2561	OPD	รายใหม่ (ราย)	865	335	557	30	107	1,032	2	3,306	6,234
		รายเก่า (ราย)	2,748	508	1,338	28	103	2,894	-	3,430	11,049
	IPD	รายใหม่ (ราย)	77	25	33	4	1	262	94	71	567
		รายเก่า (ราย)	58	15	18	1	-	207	33	55	387

สถิติการให้บริการคลินิกพิเศษ / การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประเภทคลินิกพิเศษ / การฟื้นฟูสมรรถภาพ	หน่วยนับ	2560	2561
- การให้การปรึกษา/คลายเครียด	ราย	5,261	6,482
- ทดสอบเขาวงกตปัญหา	ราย	572	746
- ประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	ราย	139	67
- จดทะเบียนผู้พิการ	ราย	44	25
- ทดสอบบุคลิกภาพ/พยาธิสภาพทางจิต/พยาธิสภาพทางประสาทจิตวิทยา/ ทดสอบทางจิตวิทยาอื่น ๆ	ราย	16	1,115
- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช	ราย	54	56

สถิติการให้บริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ประเภทบริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย	หน่วยนับ	2560	2561
- รับจาก รพช./สอ.	ราย	2,514	2,761
- ส่งต่อ รพท./รพศ./รพ.จิตเวช	ราย	150	1
- ตอกลับการรักษา/ส่งต่อ รพช.	ราย	235	136

สถิติการให้บริการผู้ป่วยสารเสพติด

ประเภทสารเสพติด	หน่วยนับ	2560	2561
บำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด	คน	992	937
- ฝิ่น	คน	-	-
- ยาบ้า	คน	256	251
- สารระเหย	คน	-	3
- ไอซ์	คน	2	8
- สุรา	คน	536	421
- บุหรี่	คน	198	254

งานด้านวิชาการ/งานสนับสนุนบริการ

- สนับสนุนวิทยากรด้านสุขภาพจิต/จิตเวช/ยาเสพติด 45 ครั้ง
- จัดทำแผ่นพับแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต/จิตเวช/ยาเสพติด 2 เรื่อง
- จัดอบรมให้ความรู้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (โครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปี 2561)

สรุปผลการจัดทำโครงการ

โครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปี 2561

จากสถานการณ์ปัญหาทางจิตเวช การฆ่าตัวตาย ในพื้นที่สูง พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิตเวช ปัญหาการใช้สุรา ,การใช้สารเสพติด จึงดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื่อง

- ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง/ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับเครือข่าย
- การใช้โปรแกรม COC ส่งเยี่ยมบ้าน
- ทบทวนแนวทางการคัดกรอง/การประสานหน่วยบริการอื่นๆ การเฝ้าระวัง คัดกรองซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
- การทบทวนระบบการดูแล/การพัฒนาคุณภาพด้านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด,ผู้มีปัญหาการติดสุรา

สรุปผลการดำเนินงาน

1. ร้อยละ 100 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง/ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง
2. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 79.19
3. มีการบูรณาการการดูแลด้านพฤติกรรมทางสังคมจิตใจร่วมกับงานบริการอื่น ๆ ในโรงพยาบาล (BPSC)

แผนการดำเนินงานปี 2562

1. การดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน
2. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
3. โครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังปี 2562
4. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชน (CTBX)
5. การพัฒนาคุณภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา/บุหรี ในสถานบริการและในชุมชน

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นหน่วยงานที่ให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

พันธกิจ (Mission)

- จัดบริการทางสังคมสงเคราะห์ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนที่มารับ บริการ โดยมีให้ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข
- ดูแลช่วยเหลือทางสังคมอย่างครบวงจร ทั้งการแก้ไข ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู สมรรถภาพทางสังคม รวมทั้งพิทักษ์สิทธิประโยชน์ และส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้าถึงสิทธิ อันพึงมีพึงได้
- ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ คุณธรรม สุขภาพดี และมีความสุข

ปรัชญาในการดำเนินงาน

การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนช่วยตนเองได้บนพื้นฐานของความเชื่อมั่นในความเป็นมนุษย์

ค่านิยม (Core value)

ทำงานเป็นทีมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เข็มมุ่ง

พัฒนาระบบให้บริการสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ

อัตลักษณ์ (Identity)

รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีน้ำใจ

อัตรากำลัง

ชื่อ	ตำแหน่ง	อัตรากำลัง	ประเภท
น.ส.กนกวรรณ สุริยาพิทักษ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	1	ข้าราชการ
น.ส.อุทุมพร สุวรรณสุระ	นักสังคมสงเคราะห์	1	พนักงานราชการ
รวม		2	

รายงานผลการปฏิบัติงาน

จำนวนผู้รับบริการ	ประจำปีงบประมาณ					
	2559		2560		2561	
	ใหม่	เก่า	ใหม่	เก่า	ใหม่	เก่า
ผู้ป่วยนอก	1,173	1,167	2,154	2,163	1,954	2,440
ผู้ป่วยใน	194	164	308	273	180	186
รวม (ราย)	1,367	1,331	2,462	2,436	2,134	2,626

จำนวนผู้รับบริการแบ่งประเภทเขต	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
ผู้ป่วย ในเขต	1,574	3,054	2,927
ผู้ป่วย นอกเขต	851	1,273	1,273
ผู้ป่วย ต่างจังหวัด	273	571	560
รวม (ราย)	2,698	4,898	4,760

ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน ที่ขอความอนุเคราะห์

ปีงบประมาณ	รายการ	บัตรทองข้ามเขต	รถไม่มี พรบ.	ประกันสังคม	ชำระเงิน	ต่างดาว	ติดสิทธิ์ ข้าราชการ	ติดสิทธิ์ ประกันสังคม	
2559	ผู้ป่วยนอก	ค่ารักษา	789,839	24,660	149,959	23,796	167,269	-	1,375
		ชำระ	498,486	15,317	68,678	13,925	25,149	-	1,100
		อนุเคราะห์	291,353	9,343	81,281	9,871	142,120	-	275
	ผู้ป่วยใน	ค่ารักษา	87,901	497,886	3,792	240,185	166,761	-	8,000
		ชำระ	36,967	481,262	3,792	176,163	30,578	-	8,000
		อนุเคราะห์	50,934	16,624	-	64,022	136,183	-	-
2560	ผู้ป่วยนอก	ค่ารักษา	1,270,946	13,713	239,112	22,147	361,677	-	500
		ชำระ	853,055	7,823	102,477	6,030	40,091	-	500
		อนุเคราะห์	417,891	5,890	136,635	16,117	321,586	-	-
	ผู้ป่วยใน	ค่ารักษา	31,707	549,323	44,073	299,686	281,628	-	-
		ชำระ	28,669	490,551	44,073	278,579	127,105	-	-
		อนุเคราะห์	3,038	58,772	-	21,107	154,523	-	-
2561	ผู้ป่วยนอก	ค่ารักษา	1,311,885	21,861	199,343	27,685	290,353	-	-
		ชำระ	849,651	9,207	87,827	7,281	21,550	-	-
		อนุเคราะห์	462,234	12,654	111,516	20,404	268,803	-	-
	ผู้ป่วยใน	ค่ารักษา	32,796	295,191	15,179	124,896	132,246	-	-
		ชำระ	16,991	245,418	13,779	101,475	46,025	-	-
		อนุเคราะห์	15,805	49,773	1,400	23,421	86,221	-	-

ประเภทปัญหาของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย 1 ราย มีมากกว่า 1 ปัญหา)

ประเภทปัญหา	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
ปัญหาเศรษฐกิจ	2,568	4,601	4,593
ปัญหาการดูแล	74	164	113
ปัญหาอารมณ์และจิตใจ	48	116	87
ปัญหาครอบครัว	11	37	19
ปัญหากฎหมาย	188	269	199
ปัญหาวัฒนธรรมและความเชื่อ	-	-	-
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและญาติในการรักษาพยาบาล	8	58	45
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย	4	21	10
ปัญหาการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล	1,959	3,191	3,211
ปัญหาสังคม	1	5	2
รวม	4,861	8,462	8,279

ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายทางสังคม

ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายทางสังคม	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
	จำนวน (ครั้ง)	จำนวน (ครั้ง)	จำนวน (ครั้ง)
ประชาชนทั่วไป	13	2	6
ประสบภัยจากรถ	196	285	187
อุบัติเหตุจากการทำงาน	-	2	4
ทำแท้งผิดกฎหมาย	-	-	-
ติดเชื้อเอดส์/โรคเอดส์	6	7	9
ถูกข่มขืน	29	49	46
ถูกทารุณกรรม	6	26	15
พิการ	14	16	34
สุขภาพจิต	59	105	146
ติดสารเสพติด	-	-	1
ผู้ป่วยทั่วไป	2,375	4,406	4,312
รวม	2,698	4,898	4,760

การบริการและกิจกรรม

การบริการและกิจกรรม	ประจำปีงบประมาณ			
	จำนวน	2559	2560	2561
การตรวจวินิจฉัย	ครั้ง	2,695	4,896	4,758
การบำบัดทางสังคม				
- ให้คำแนะนำ	ครั้ง	2,683	4,827	4,729
- ให้บริการปรึกษา	ครั้ง	75	135	111
- การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ	ครั้ง	50	67	65
* เงินกองทุนพระเทพ	บาท	17,000	23,600	27,400
* ค่าพาหนะ	บาท	100	600	220
* เครื่องนุ่งห่ม	ชิ้น	14	377	141
* เครื่องอุปโภคบริโภค	ชิ้น	6	473	10
- ติดต่อประสานงาน	ครั้ง	71	122	105
- ส่งกลับภูมิลำเนา	ครั้ง	1	-	-
- ติดต่อ/ผู้ป่วย/ญาติ/นายจ้าง/คู่กรณี	ครั้ง	34	84	74
- อื่น ๆ (ระบุ) ...เช่น...เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย.....	ครั้ง	40	96	74
การเฝ้าระวังปัญหาทางสังคม	ครั้ง	110	167	98
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	ครั้ง	5	-	-

การบริการและกิจกรรม

การบริการและกิจกรรม	ประจำปีงบประมาณ			
	จำนวน	2559	2560	2561
การจัดการทรัพยากรทางสังคม				
- จัดหาแหล่งกายอุปกรณ์	ครั้ง	1	-	2
- จัดหาแหล่งเงินทุน	ครั้ง	41	46	50
- จัดหาอาชีพที่เหมาะสม	ครั้ง	-	-	-
- จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคบริจาค	ครั้ง	10	30	18
การจัดสวัสดิการสาธารณสุข				
- สงเคราะห์คำปรึกษา	ครั้ง	2,091	3,893	4,032
- แนะนำ/พิจารณาการใช้สิทธิ	ครั้ง	2,497	4,477	4,454
- ส่งต่อทำสิทธิบัตร	ครั้ง	-	-	-
สังคมสงเคราะห์ชุมชน				
- เยี่ยมบ้าน	ครั้ง	11	72	34
รวม	ครั้ง	10,415	18,912	18,604

กลุ่มการบริการสังคม

กลุ่มการบริการสังคม	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)
ภาวะฉุกเฉิน/วิกฤต			
- บริการพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง	36	80	61
- บริการในเหตุการณ์ฉุกเฉิน	3	1	3
เฝ้าระวังปัญหาสังคมในโรงพยาบาล			
- เด็กแรกเกิด - 12 ปี	6	4	2
- หญิงตั้งครรภ์และกลุ่มมารดา	-	-	-
- ผู้ป่วยทั่วไป	30	67	46
ผู้ด้อยโอกาส			
- กลุ่มเด็ก	30	60	61
- กลุ่มผู้สูงอายุ	112	64	61
- กลุ่มผู้พิการ + ทำบัตรผู้พิการ	15	17	41
- กลุ่มผู้ยากไร้	3	-	2
- กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง	830	1,198	1,675

กลุ่มการบริการสังคม

กลุ่มการบริการสังคม	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)
ผู้มีปัญหาทางสังคม			
- ผู้มีปัญหาคอครบถ้วน	9	12	9
- ผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ	1,516	3,264	2,682
- ผู้ติดเชื้อเอดส์/ผู้ป่วยเอดส์	6	6	9
- หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	6	1	1
- ผู้ถูกทอดทิ้ง	-	14	2
- ผู้ประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงาน	-	2	4
กลุ่มเป้าหมายพิเศษ			
- ผู้มีปัญหาดิตสารเสพติด	-	-	-
- แรงงานต่างชาติ	96	108	101
รวม	2,698	4,898	4,760

กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก (ENT)

ประกอบด้วย

- 1.งานโสต ศอ นาสิก
- 2.งานศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า

อัตรากำลัง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ	จำนวน 1 อัตรา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	จำนวน 2 อัตรา
นายแพทย์ชำนาญการ	จำนวน 1 อัตรา
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์	จำนวน 1 อัตรา

กิจกรรมทางด้านบริการ

1. ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรค หู คอ จมูก ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
2. ดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรค หู คอ จมูก อย่างครบวงจร
3. รับผิดชอบต่อปรึกษาและให้การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ หู คอ จมูก ต่างแผนก
4. รับผิดชอบต่อปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับปัญหาทางหู คอ จมูก
5. ทำการผ่าตัดผู้ป่วยด้าน หู คอ จมูก
6. รับผิดชอบต่อปรึกษาและใส่เครื่องช่วยฟังแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการได้ยิน

กิจกรรมทางด้านบริหาร

1. การทำงานแบบมีส่วนร่วม
2. การทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

กิจกรรมทางด้านวิชาการ

1. จัดกิจกรรมวิชาการ วันการได้ยินโลก
 - การดูแลป้องกัน และหลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการทำลายหู
2. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรค
3. จัดทำแนวทางคำสั่งการรักษาก่อนและหลังการผ่าตัดผู้ป่วยเฉพาะโรค

ผลงานเด่น

1. คลินิกผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูก ทุกวันศุกร์ และมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม Pain Management และ Palliative Care
2. เพิ่มมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทาง หู คอ จมูก โดยจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพร่วมกับของโรงพยาบาล และเพิ่มศักยภาพในการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูก
3. ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านการได้ยิน ออกใบรับรองความพิการ ให้บริการเครื่องช่วยฟังเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน
4. พัฒนาการตรวจคัดกรองระดับการได้ยินในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้เครื่อง Otoacoustic Emission Measurement System (OAE)
5. ตรวจระดับการได้ยินของก้านสมอง auditory brain stem response (ABR) ทุกวันพฤหัสบดี
6. พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลำคอและกล่องเสียง โดยใช้กล้องส่องตรวจ Flexible Fiberoptic Laryngoscope
7. ประสานกับกลุ่มแพทย์จากคลินิกข้างในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคหูน้ำหนวก
8. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา PCT ตา หู คอ จมูก มี Clinical tracer Head and Neck cancer Clinical tracer tonsillectomy, Clinical tracer thyroidectomy, Clinical tracer epistaxis และClinical tracer upper airway obstruction
9. มีระบบดูแลผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันฉุกเฉินร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยจัดเตรียม set tracheostomy kit ไว้ที่หอผู้ป่วยหู คอ จมูก สงฆ์อาหาร
10. งานวิจัย 3 เรื่อง ได้แก่
 - การใช้ยาชาเฉพาะที่ในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล
 - ประสิทธิภาพการผ่าตัดต่อมทอนซิลโดยวิธีใช้คลื่นวิทยุความถี่สูง (Monopolar Radiofrequency Dissecting Tonsillectomy) เปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดโดยใช้ใบมีดเย็น (Cold Steel Dissecting Tonsillectomy)
 - ผลลัพธ์การผ่าตัดมะเร็งผิวหนังชนิด Non melanoma บริเวณใบหน้า โดยวิธี Bilobed flap เปรียบเทียบกับวิธี Primary closure และ Advancement flap

ผลการปฏิบัติงาน

	รายการผู้ป่วย (ราย)	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
ผู้ป่วยนอก		16,174	15,592	15,795
ผู้ป่วยใน		628	687	847

20 อันดับโรค หู คอ จมูก

ลำดับ	รหัสโรค	รายละเอียด	จำนวน
1	E041	Non toxic thyroid nodule	1,276
2	H90	Sensorineural hearing loss	1,052
3	J30	Allergic rhinitis	654
4	H61	Impact cerumen	509
5	E05	Thyrotoxicosis	443
6	H60	Otitis externa	327
7	R221	Localized swelling, mass and lump, neck	318
8	H66	Chronic otitis media	303
9	R59	Enlarged lymphnode	268
10	J35	Tonsillitis	252
11	L040	Acute lymphnode	226
12	H911	Presbycusis	225
13	H931	Tinnitus	204
14	J339	Nasal polyp	138
15	J00	Common cold	137
16	G473	Sleep apnoea	126
17	J038	Acute tonsillitis	113
18	Z011	Examination of ear and hearing	105
19	J029	Pharyngitis	96
20	J060	Acute laryngopharyngitis	87

5 อันดับผ่าตัดโรค หู คอ จมูก

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
1 Excision	187	172	183
2 Tracheotomy Tube	122	171	107
3 Tonsillectomy	71	80	67
4 DL c Bx	26	30	30
5 Lobectomy , Thyroidectomy	52	34	46

5 อันดับหัตถการโรค หู คอ จมูก

ลำดับ	รายการ	จำนวน
1	Irrigation ear	1,164
2	Percutaneous	591
3	Fiberoptic larynxgroscope	582
4	Replace tracheostomy	237
5	Remove F.B Ear	109

ด้านการได้ยิน

รายการ	จำนวน
ตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็ก	
● OAE	536
● ABR	24
ตรวจการได้ยิน	1,931
ตรวจหูชั้นกลาง	240
ใส่เครื่องช่วยฟัง	193
ออกใบรับรองความพิการ	356

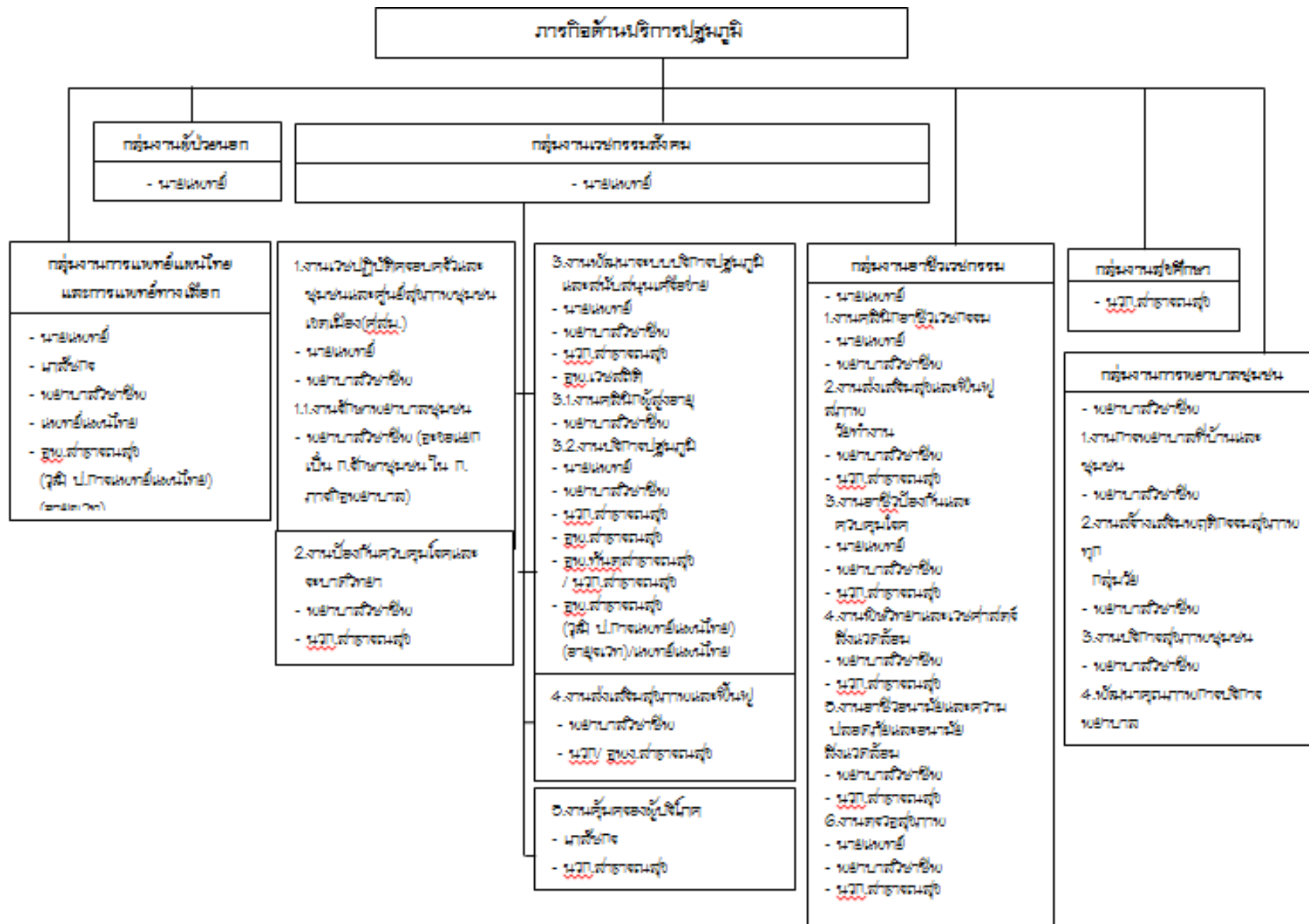
แผนที่จะดำเนินการในปี 2562

1. ให้ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูก และพัฒนาระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
2. ให้การบริการกับผู้พิการทางการได้ยินให้ครอบคลุม และติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ และเพิ่มการบริการนอกเวลาราชการ 1 - 2 ครั้งต่อเดือน
3. ให้บริการตรวจรักษา ผู้ป่วย หู คอ จมูก ลงทะเบียนรักษาส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้ระบบ Thai refer และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก วางแผนการปฏิบัติงานโดยยึดอัตลักษณ์ของโรงพยาบาล “รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีน้ำใจ”
5. จัดเตรียมเครื่องมือตรวจหู คอ จมูก ให้เพียงพอกับความต้องการ และได้มาตรฐาน IC
6. ร่วมกับศูนย์คัดกรองผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดเพื่อลดอัตราการยกเลิกผ่าตัดผู้ป่วย ในกรณีที่ผลเลือดมีความผิดปกติ
7. เปิดคลินิกเฉพาะโรคภูมิแพ้และไซนัส ในวันพุธ สัปดาห์ที่ 1 และ 3 เวลา 08.30 น. – 12.00 น.
8. เปิดคลินิกโรคมะเร็งหู คอ จมูก ศีรษะและใบหน้า ในทุกวันศุกร์ เวลา 08.30 น. – 12.00 น.

แผนพัฒนาระยะยาว

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน
2. เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนส่งต่อ

กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ



กลุ่มงานสุขศึกษา

เจตจำนงของงาน

งานสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการบริการในโรงพยาบาล โดยการให้สุขศึกษา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไป มีความรู้ สามารถดูแลตนเอง ในด้าน การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู มีหน้าที่สร้างประสบการณ์การเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ในหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา การจัดการอบรม สนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ จากผลงานวิจัย และสร้าง เครื่องมือ เอกสาร โสตทัศนูปกรณ์ แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ปรัชญา

“รู้ปัญหา พัฒนาสื่อ สร้างพฤติกรรม นำสู่สุขภาพดี”

กลุ่มงานสุขศึกษาเป็นหน่วยงานที่ให้บริการการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไป ในประชากร ระดับ CUP ของโรงพยาบาล กำแพงเพชร ครอบคลุมพื้นที่อำเภอเมือง ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกำแพงเพชรโดยมีนักวิชาการสาธารณสุข 4 คน ปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีลักษณะงานดังนี้

1. งานบริการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมผู้ป่วยและญาติ (เชื่อมโยงการดำเนินงานจาก OPD – IPD - ชุมชน)
2. งานค้นหาและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมผู้ป่วยและญาติ
3. งานเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน
4. งานพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. งานพัฒนาวิชาการและคุณภาพงานสุขศึกษา ในโรงพยาบาล

ซึ่งงานทั้ง 5 ด้านต้องมีการประสานเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล การทำงานในหน่วยงาน เป็นงานที่ส่งเสริม ประสิทธิภาพ หน่วยงานอื่นๆโดยเน้นกิจกรรมให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เรื่องโรค กิจกรรมให้คำปรึกษา อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป รับผิดชอบ ตามโอกาสต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนสื่อ และพัฒนาเอกสารความรู้ คู่มือให้ได้มาตรฐาน จากการดำเนินงาน พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเป็นอันดับต้นๆ ของผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

กลุ่มงานสุขศึกษาจึงดำเนินการ เพื่อพัฒนางานโดย การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ปรับวิถีชีวิต ผสมผสานการรักษา และการพัฒนาระบบบริการสุขศึกษาให้ได้ มาตรฐานต่อไป

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดสอดคล้องกับเป้าหมาย	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้		
		2559	2560	2561
1. ความชุกของภาวะอ้วนและหรืออ้วนลงพุง	ไม่เกิน 28 %	23.91 %	13.80 %	23.35%
2. ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ	100 % (จาก 15 ตำบล)	100%	100 %	100%
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดพฤติกรรม 3 อ. 3 ส. ในเกณฑ์ดี	80 %	91.01 %	83.33 %	78.33%
4. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน	60 %	96.82 %	95.59 %	94.88%
5. บุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชรที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (≥ 23)	<40 %	50.65 %	48.30 %	52.94%
6. บุคลากรชายที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์ (≥ 90 ซม.)	<40 %	38.02 %	46.81 %	38.30%
7. บุคลากรหญิงที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์ (≥ 80 ซม.)	<40 %	42.01 %	43.61 %	44.41%
8. บุคลากรที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่	<5 %	2.70 %	3.32 %	2.66%
9. ผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI) ที่ได้รับการให้สุขศึกษาเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	80 %	98 %	96 %	97%
10. ผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (STROKE) ที่ได้รับการให้สุขศึกษาเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	80 %	97 %	96 %	98%
11. ผู้มารับบริการ DPAC+ สามารถลดน้ำหนักและรอบเอวได้	60 %	66.41 %	65.67 %	58.93%

แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- คิดค้น และพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วย STEMI และ STROKE
- กำหนดมาตรการที่เคร่งครัด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลให้ BMI ของเจ้าหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ปกติครบทุกคน
- ติดตาม และประสานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการช่วยเหลือติดตามผู้ป่วย
- ประสานงานกับเครือข่าย เพื่อจัดการติดตั้ง ติดตามสื่อสุขภาพ ให้สามารถเผยแพร่ได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ในโรงพยาบาล

งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

อัตรากำลังบุคลากร

งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีอัตรากำลังทั้งหมด จำนวน 22 คน ประกอบด้วย

- หัวหน้ากลุ่มงาน	:	แพทย์หญิงอาชิญาภัท	อินทพงษ์		
- รองหัวหน้ากลุ่มงาน	:	นางกาญจนา	รามสูต (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)		
- ข้าราชการ			- ลูกจ้างชั่วคราว		
- แพทย์แผนไทย	4	ตำแหน่ง	- แพทย์แผนไทย	1	ตำแหน่ง
- อายุรเวช	1	ตำแหน่ง	- นักวิชาการสาธารณสุข	1	ตำแหน่ง
			- ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย/พนง.บริการ	15	ตำแหน่ง

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- จัดบริการตรวจวินิจฉัย/รักษา ตามแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์คลินิกการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (OPD บูรณาการ)
- จัดบริการคลินิกครบวงจรเฉพาะโรค (อัมพฤกษ์-อัมพาต, ข้อเข่าเสื่อม, ภูมิแพ้, ไมเกรน , สะเก็ดเงิน)
- การให้ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 30 รายการ
- มีการจ่ายยาปรุงเฉพาะราย
- การนวดเพื่อรักษา - ฟันฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อรักษา - ฟันฟูสภาพ
- การอบสมุนไพรเพื่อรักษา - ฟันฟูสภาพ
- การบำบัดมือเกลือ (ดูแลหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย)
- การให้คำแนะนำ การสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การออกกำลังกายฤๅษีดัดตนและสมาธิบำบัด

ผู้ให้บริการโดยแพทย์แผนไทย ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขาแพทย์แผนไทย จำนวน 5 คน

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการบริการแพทย์แผนไทยฯ ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระดับดีเยี่ยม คะแนน ร้อยละ 98

สรุปผลการดำเนินงานปี 2559 – 2561

รายการ	ผลการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร								
	2559			2560			2561		
	คน	ครั้ง	บาท	ครั้ง	บาท	ร้อยละ	ครั้ง	บาท	ร้อยละ
จำนวนประชากรที่มาได้รับบริการ (ผู้ป่วยนอก)	5,280	13,226	-	282,698	-	-	338,792	-	-
จำนวนประชากรที่มาได้รับบริการ การแพทย์แผนไทย	-	-	-	41,947	-	19.84	50,208	-	14.82
จำนวนผู้รับบริการหวัด ประคบ อบสมุนไพร	2,856	9,865	2,859,530	17,602	-	-	21,795	-	-
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	2,857	4,163	200,795	3,452	216,747	0.67	16,042	68,913.50	0.64
การดูแลหญิง หลังคลอด	-	-	-	45	-	-	38	-	-
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-	-	-	19,036	-	-	10,086	-	-
ผลการปฏิบัติงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชางราษฎร์(คลินิกหมอครอบครัวชางราษฎร์)									
จำนวนประชากรที่มาได้รับบริการ (ผู้ป่วยนอก)	13,654	-	-	-	6,393	-	-	-	-
จำนวนประชากรที่มาได้รับบริการ การแพทย์แผนไทย	6,708	-	-	49.13	2,153	-	-	33.68	-
จำนวนผู้รับบริการหวัด ประคบ อบสมุนไพร	2,171	-	-	-	1,723	-	-	-	-
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	294	30,704	-	2.30	513	83,281.50	-	3.14	-
การดูแลหญิง หลังคลอด	3	-	-	-	-	-	-	-	-
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	8,659	-	-	-	1,555	-	-	-	-
ผลการปฏิบัติงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกำแพงเพชร (สสอ.เมือง)									
จำนวนประชากรที่มาได้รับบริการ (ผู้ป่วยนอก)	13,377	-	-	-	16,316	-	-	-	-
จำนวนประชากรที่มาได้รับบริการ การแพทย์แผนไทย	2,768	-	-	20.69	7,232	-	-	44.32	-
จำนวนผู้รับบริการหวัด ประคบ อบสมุนไพร	1,360	-	-	-	6,470	-	-	-	-
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	13,377	-	-	-	1,234	130,162.35	-	2.63	-
การดูแลหญิง หลังคลอด	2,768	-	-	20.69	8	-	-	-	-
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1,360	-	-	-	4,265	-	-	-	-

หมายเหตุ ข้อมูลศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชางราษฎร์(คลินิกหมอครอบครัวชางราษฎร์) / ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกำแพงเพชร (สสอ.เมือง) ไม่ได้รวมข้อมูล

ผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

1. การผลิตลูกประคบสด
2. การผลิตชุดอบสมุนไพร
3. การกลั่นน้ำย่านาง
4. การนิเทศงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยภาครัฐ
5. การนิเทศงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย ภาคเอกชน
6. การเยี่ยมชมสำรวจหมอนพื้นบ้าน พืชสมุนไพร
7. การเผยแพร่ความรู้/วิทยากรบรรยาย
8. การฟื้นฟูดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด ชุด 5 กิจกรรม
9. การให้บริการรักษาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในชุมชน
10. การส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการและในชุมชน

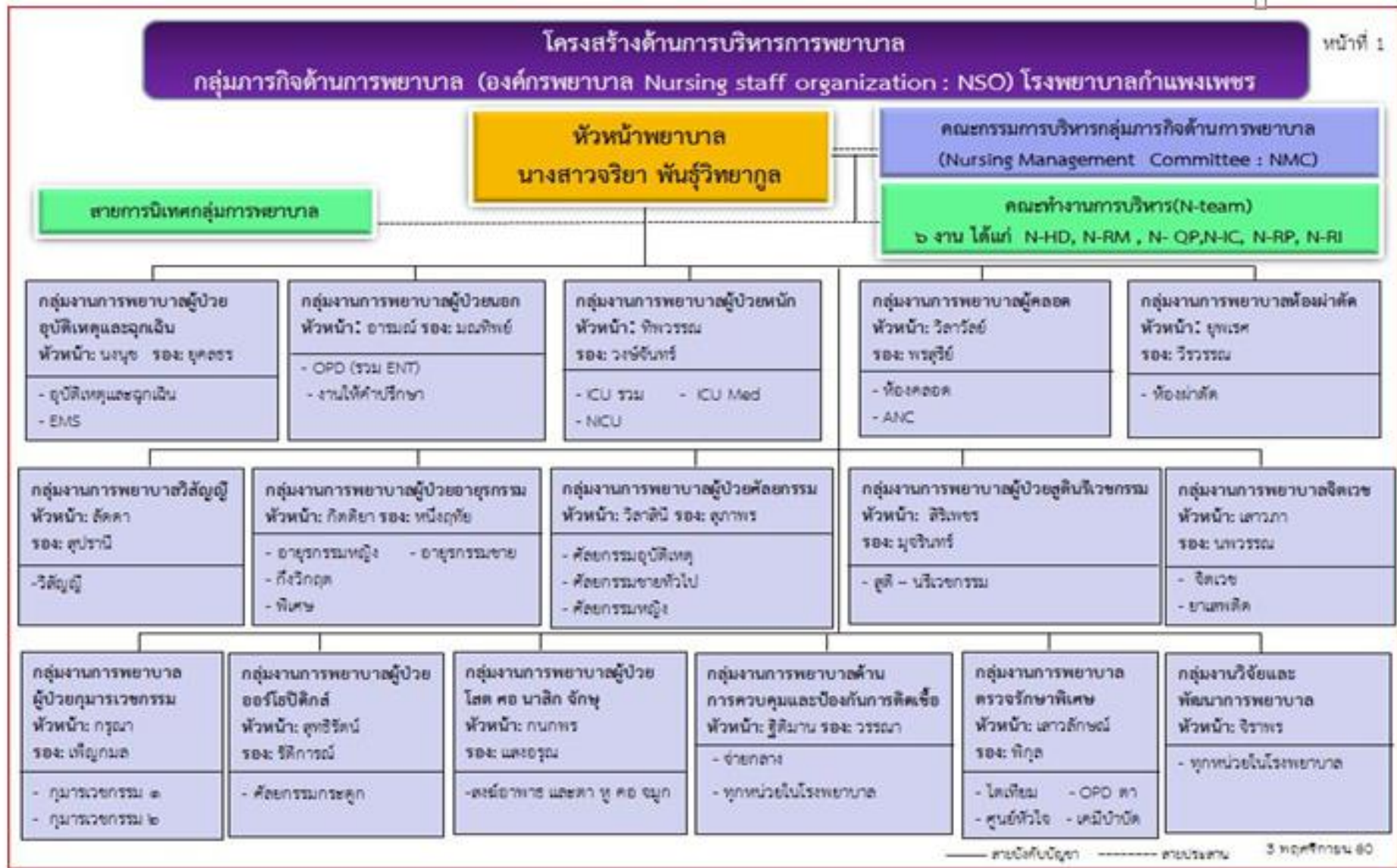
ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม

1. ผลการทำแผลเนื้อเน่าตายด้วยน้ำย่านางสกัดเปรียบเทียบกับครีมซิลเวอร์ซัลฟาไดออกไซด์
2. การศึกษาการลดอาการท้องอืดของขมิ้นชันเปรียบเทียบกับยา Ranitidine ในผู้ป่วยอาการ Dyspepsia
3. นวัตกรรมสุขภาพทางเลือก สมุนไพรพอกเข้า
4. นวัตกรรมการออกกำลังกาย ไตรเอ็กเซอร์ไซส์
5. นวัตกรรมจักรยานประชาสัมพันธ์

ผลงานภาคภูมิใจ

1. รับรางวัลชนะเลิศพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ระดับประเทศ ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2560
2. ได้รับทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย วิจัยเรื่องการพัฒนาตำรับ จากน้ำย่านางสกัดเป็นเนื้อเจล
3. งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านการนำเสนอเพื่อธำรงศักยภาพพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ระดับเพชร ครั้งที่ 1

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล



ตึกสงฆ์อาพาธ ตา หู คอ จมูก

อัตรากำลังบุคลากร

	ตำแหน่ง		
ข้าราชการ	พยาบาลวิชาชีพ	13	คน
ลูกจ้างประจำ	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	คน
ลูกจ้างชั่วคราว	พยาบาลวิชาชีพ	1	คน
พกส	{ พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	คน
		พนักงานประจำตึก	2
	รวม	18	คน

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

- วิสัยทัศน์ เป็นหน่วยงานคุณภาพคู่คุณธรรมเพื่อประชาชนสุขภาพดี
- พันธกิจ ให้บริการพระภิกษุ สามเณรด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม และ ผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ทุกเพศ ทุกวัย อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ให้บริการมีความสุข

นโยบาย

- สร้างเสริมทักษะการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก
- ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน
- ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

เจตจำนง

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยพระภิกษุ สามเณร ด้านอายุรกรรม ศัลยกรรมผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ทุกเพศ ทุกวัย ให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจสามารถดูแลตนเองได้ ยึดหลักประเด็นคุณภาพที่สำคัญได้แก่ ความปลอดภัย ความถูกต้อง การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพและการตอบสนองความต้องการของผู้รับ บริการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร

ผลงาน / กิจกรรม / (บริหาร/บริการ/วิชาการ)

อยู่ในรูปของคณะกรรมการ ซึ่งเข้าร่วมตามทีมต่างๆ ดังนี้

1. ทีมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (N-QP)
 - ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผลการประเมินภายในหน่วยงาน 85.39 %
2. ทีมบริหารทรัพยากรทางการพยาบาล (N-RP)
 - ทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย
 - วิเคราะห์ภาระงานทุกเวรเพื่อจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม
 - เตรียมแผนเบิก วัสดุ ครุภัณฑ์ ประจำปี
3. ทีมพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล (N-HD)
4. ทีมบริหารและจัดการความเสี่ยง (N-RM)
 - ประเมินสมรรถนะหลัก และสมรรถนะเชิงเทคนิค
 - จัดอบรมวิชาการภายในหน่วยงาน/อบรมวิจัยนำมาใช้ในงานประจำ
 - ประกวดเรื่องเล่า นานาชาติ และ โลกสดใสของพยาบาล ได้รางวัลลูกจ้างดีเด่นระดับเขต
 - วิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ
 - สรุบบุติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน
 - จัดทำแผนการดำเนินงานด้านความเสี่ยงปี 2562
 - ตรวจสอบสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่ครบ 100%
 - ติดตามบุคลากรได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ 100%
 - กระตุ้นติดตาม ให้เจ้าหน้าที่ล้างมือแบบ 7 ขั้นตอน 5 Moments
 - ติดตามพนักงานประจำตีก้างเครื่องกรองน้ำสำหรับดื่มทุกสัปดาห์
5. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (N-IC)
6. ทีมทำงานด้านวิจัยและสารสนเทศทางการพยาบาล (NRI)
 - มีการทำแบบประเมินความพึงพอใจของลูกค้าภายใน ทุก 6 เดือน
 - การทำข้อสอบใน Google drive สำหรับการประเมินความรู้ของบุคลากรใน ward
 - การทำเอกสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการทำแผ่นพับ และการใช้โปรแกรม phootoshop

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

- การสร้างเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

ในการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดต่อกระจกและการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ตามแนวทางปฏิบัติ CNPG ต้อกระจก โดยวิธีการให้สุขศึกษารายกลุ่มและชมวีซีดี ในห้องสุศึกษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ต้อกระจกให้น้อยลง (ภาวะเลือดออกช่องหน้าม่านตา, เลนส์เลื่อน , แผลแยก ทำให้ต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลนานขึ้น) และสามารถดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้านได้

ตัวชี้วัดผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจาก แบบประเมินความรู้ ภายหลังการจัดกิจกรรมกลุ่ม/อภิปราย จากการประเมินผล ความรู้เรื่องการ เสริมทักษะ การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อน - หลังผ่าตัดต่อกระจก และการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน จากแบบสอบถามผลของการประเมินความรู้เฉลี่ย ปี๒๕๖๑ = ๙๐.๙๘% ติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก = 0 %

- นวัตกรรมธรรมมะสุขใจ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อผู้ป่วยและญาติสามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ในโครงการ ธรรมมะสุขใจโดยเปิดธรรมะให้ผู้ป่วยฟังทาง USB

- นวัตกรรม Eye cool box

เพื่อรักษาประสิทธิภาพของยาและลดความเสี่ยงจากการหยุดตามืดเวลา

- วิจัยการใช้น้ำจากใบฝรั่งคั่วบ้วนปากเพื่อลดกลิ่นรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

- เรื่องเล่าประทับใจ

- นาทิชีวิต
- โลกสดใสของยายนารี

การพัฒนางานคุณภาพสรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ดำเนินการไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เรื่อง	แล้วเสร็จเมื่อ	แนวทางแก้ไข/ผลลัพธ์
-5 ส.	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	- มีแผนปฏิบัติงาน ประจำวัน / สัปดาห์ / เดือน
-การสร้างเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติก่อน-หลังผ่าตัดต่อกระจก	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	- กำหนดวันทำความสะอาด Big Cleaning Day ทุก 2 เดือน
-อัตราการใส่ Lens ผิดคน ผิดข้าง ผิด Power	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	= 0 %
- อัตราการมองเห็นดีขึ้นหลังผ่าตัด ต้อกระจก	ดำเนินการต่อเนื่อง	= 99.35% (เกณฑ์ ≥ 97 %)
- สํารวจความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ	ดำเนินการต่อเนื่อง	= 89.90% (เกณฑ์ ≥ 80 %)
-ลดการสูญเสียดวงตาจากแผลที่กระจกตา	ดำเนินการต่อเนื่อง	-ปี 2561 สูญเสียดวงตา 1.72% (เกณฑ์ < 5 %)

เรื่อง	แล้วเสร็จเมื่อ	แนวทางแก้ไข/ผลลัพธ์
-เก็บตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัด Thyroid ตามแนวทางปฏิบัติ KPH-WI-EENT-022.00	ดำเนินการต่อเนื่อง	- ปี 2561 ผ่าตัด 46 ราย Loss F/U = 0%ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (เกณฑ์ ≤ 5 %) 2.17% (Calcium ในเลือดต่ำ 1 ราย จากการผ่าตัด Total Thyroidectomyและพยาธิสภาพของโรคและแก้ไขโดย Adviceผู้ป่วยและญาติ/Vocal cord paralysis 5 ราย /แผลติดเชื้อ 1 ราย ๒2.17% Vocal cord parlay 5 ราย 2.3%
- หัวหน้านิเทศทางคลินิกทุกเดือน	ดำเนินการต่อเนื่อง	- ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วยระดับ 7 ขึ้นไป

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562

- นวัตกรรมหมอนรองคอในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเช่น Lens เคลื่อน
- ส่งเจ้าหน้าที่อบรมวิจัยจากปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนางาน
- สนับสนุนโครงการ One day Surgery ของการผ่าตัด Cataract
- CQI ต่อในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้
 - ดำเนินการต่อในโครงการสร้างเสริมทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อน และหลังผ่าตัด ต้อกระจก โดยให้สุขศึกษา เก็บตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจก
 - ดำเนินการต่อในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและหน่วยงานต่างๆต่อบริการของ หน่วยงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ
 - เก็บตัวชี้วัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดThyroid –ภาวะ Hematoma - Laryngeal nerve Injury ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด
 - เก็บตัวชี้วัดผู้ป่วยหลังผ่าตัด Tonsil – Bleeding หลังผ่าตัด – Re-Operation
 - มีนวัตกรรม นำธรรมชาติ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - นำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

ตึกพิเศษ (60 เตียง)

ตึกพิเศษ 60 เตียง โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้บริการผู้ป่วยทุกแผนก เป้าหมายที่สำคัญของหน่วยงานคือให้บริการโดยมุ่งเน้น การบริการตามมาตรฐานวิชาชีพให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยง

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ตึกพิเศษ 60 เตียง เปิดครบ 5 ชั้น รับผู้ป่วยเข้านอนรักษาตามชั้นต่าง ๆ แยกตามแผนกผู้ป่วยดังนี้

ชั้น 1	}	แผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก และ หู คอ จมูก
ชั้น 2		
ชั้น 3 และ 4		แผนกอายุรกรรม
ชั้น 5		แผนกสูติ-นรีเวช และจักษุ

(ยกเว้นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต้องย้ายกลับไปตึกสามัญเนื่องจากโครงสร้างหน่วยงานมีลักษณะเป็นห้อง ทำให้มีผลต่อการดูแล การประเมิน และการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วยโดยตรง)

อัตรากำลังบุคลากร

อัตรากำลังบุคลากร มีทั้งหมด 46 คน ประกอบด้วย

เจ้าหน้าที่	จำนวน (คน)
พยาบาลวิชาชีพ (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย)	29
พยาบาลเทคนิค	1
ผู้ช่วยพยาบาล	1
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	8
พนักงานทำความสะอาด	7

ปัจจุบันอัตรากำลังพยาบาลยังไม่เพียงพอต้องจัดหาอัตรากำลังเพิ่มเติมจากพยาบาล Part time ภายในโรงพยาบาล การจัดอัตรากำลัง 2:2:2 ทุกเวร (หมายเหตุ: ในช่วงเวรบ่ายตึกชั้น 1,2,5 มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนและผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 1 คน)

ผลผลิตของหน่วยงาน (Productivity) (เกณฑ์ 80 - 120) เฉลี่ย 82.29

จำนวนผู้มารับบริการในปี 2558 ,2559 ,2560 และ 2561 มีจำนวน 5,703, 5,988, 5,739 และ 5,774 รายตามลำดับ สำหรับอัตราการครองเตียง 98.98, 91.18 และ 86.06 ตามลำดับ วันนอนเฉลี่ย 4 วัน

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม

ด้านการบริหาร

1. เนื่องด้วยอัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ หอผู้ป่วยพิเศษได้จัดหาอัตรากำลังเสริมโดยรับพยาบาล Part time จากหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล กำแพงเพชรมาร่วมทีมดูแลผู้ป่วย ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพได้ในขณะที่มีบุคลากรจำกัด
2. มีการแต่งตั้งหัวหน้าทีมในแต่ละชั้นเพื่อเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพบริการและนิเทศติดตามงานช่วยหัวหน้าตึก

ด้านการบริการ

- ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการปี 2558, 2559, 2560 และ 2561 เท่ากับ 85%, 83.13%, 81.34% และ 85 ตามลำดับ ในด้านสื่อสิ่งพิมพ์ การให้คำแนะนำและความรู้ต่าง ๆ มีระดับความพึงพอใจต่ำสุด จึงจัดทำโครงการของขวัญพิเศษจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์รายโรคเป็นชุดพร้อมการ์ด ขอขอบคุณผู้รับบริการพร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สำหรับแจกให้ผู้รับบริการก่อนกลับบ้าน

ด้านวิชาการ

1. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าฝึกอบรมของโรงพยาบาล โดยพิจารณาตามความรู้ความสามารถ ความเกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบและกระจายให้ทั่วถึงกัน (อย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี) นำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่ภายในตึกรับทราบ
2. ส่งเสริมให้บุคลากรค้นคว้าข้อมูลความก้าวหน้าทางวิชาการโดยการใช้งาน คอมพิวเตอร์และสืบค้นข้อมูลทาง Internet
3. มีการปรึกษาหารือร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (conference case) ภายหลังการรับ - ส่งเวร เข้า ทุกวัน
4. มีการให้ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับ TOP 5 โรคหลักและโรคอื่นๆเดือนละ 1 ครั้ง
5. มีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา 3 เดือน/ครั้ง

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. โครงการออกกำลังกายยืดเหยียดเพื่อสุขภาพ (ต่อเนื่อง)
2. โครงการธรรมเสริมพลังชีวิต (ต่อเนื่อง)
3. โครงการเส้นทางสูดวงดาว
4. งานวิจัยเรื่องลดระยะเวลาการรับผู้ป่วยรายใหม่เข้าตึกพิเศษ

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2562

1. โครงการFast track cpr
2. โครงการออกกำลังกายยืดเหยียดเพื่อสุขภาพ (ต่อเนื่อง)
3. โครงการธรรมเสริมพลังชีวิต (ต่อเนื่อง)
4. โครงการใช้สื่อวีดิทัศน์แนะนำขั้นตอนการมาใช้บริการตึกพิเศษในแต่ละชั้น

งานฝากครรภ์ (ANC) และผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่

ตำแหน่ง	จำนวน	
พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างาน	1	คน
พยาบาลวิชาชีพ	4	คน
เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว	1	คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	3	คน
พนักงานทั่วไป	1	คน
รวม	10	คน

เจ้าหน้าที่ทุกคนขึ้นปฏิบัติงานทุกวันในวันและเวลาราชการ

หมายเหตุ กรณีมีเจ้าหน้าที่ลาป่วย ลากิจ ลาพักร้อน มีการจัดเจ้าหน้าที่ขึ้นทดแทน

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

บริการตรวจวินิจฉัยครรภ์ด้วยวิธีตรวจและส่งเสริมสุขภาพสตรีตลอดจนให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมและให้คำปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มหาวิทยาลัยนเรศวรและสถาบันมะเร็ง

นโยบายของหน่วยงาน

ดำเนินงานตามนโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก และตามมาตรฐาน ANC คุณภาพ

1. ผู้รับบริการได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ประเมินสภาพและเตรียมความพร้อมอย่างถูกต้อง ครบถ้วน
2. ผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการให้บริการ และมีการจัดลำดับความเร่งด่วนเพื่อให้รับบริการที่รวดเร็ว
3. ผู้รับบริการไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ขณะรอตรวจ
4. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้รับความรู้ตามเกณฑ์โรงเรียนพ่อแม่
5. หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์โดยครอบครัวมีส่วนร่วม
6. ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรค
7. ผู้รับบริการพึงพอใจในบริการ

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

1. บริการรับฝากครรภ์รายใหม่/รายเก่า
2. ให้การปรึกษาก่อนและหลังเจาะเลือดหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ และสามี
3. วางแผนครอบครัว ตรวจหลังคลอด และตรวจมะเร็งปากมดลูก
4. ตรวจมะเร็งปากมดลูกวัยเจริญพันธุ์
5. ให้คำปรึกษาหญิงวัยทอง ปรึกษาก่อนเจาะน้ำคร่ำ คัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม/ธาลัสซีเมีย
6. คัดกรองเบื้องต้น ส่งต่อให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
7. บริการซักประวัติเด็กและสตรีที่ถูกระงับการทำแท้งพร้อมเก็บสิ่งส่งตรวจ
8. ซักประวัติและตรวจผู้ป่วยนิเวศกรรมให้การปรึกษาก่อนและหลังเจาะเลือด เตรียมผ่าตัด
9. บริการตรวจ/หัตถการพิเศษอื่นๆเช่น Ultrasound, Biopsy, NST, Amniocentesis
10. ติดตามผลการตรวจ ติดตามผู้รับบริการที่ผลผิดปกติ/ไม่มาตามนัด
11. ส่งต่อผู้รับบริการเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
12. ปฏิบัติตามแนวทางโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
13. ประเมิน รพช. รพสต.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
14. ปฏิบัติตามแนวทางฝากครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก
15. ร่วมพัฒนาระบบบริการเครือข่าย (Service Plan) สาขาหลักสูติกรรม

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร,บริการ,วิชาการ)

ผลงานด้านบริหาร

1. จัดระบบการมอบหมายงานบุคลากร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ตามเกณฑ์มาตรฐาน
2. บริหารจัดการเรื่องวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ในหน่วยงาน เพื่อให้มีใช้อย่างเพียงพอเหมาะสมกับการให้บริการ เช่น Uriscan 10 แถบ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในนางนฝากครรภ์รายใหม่
3. บริหารจัดการเรื่องอัตรากำลังให้เพียงพอ โดยประสานงานกับแผนกผู้ป่วยนอกและกลุ่มการพยาบาลหา OT เสริมกรณี จนท. ลา อัตรากำลังไม่เพียงพอ
4. ประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ให้สอดคล้องเข็มมุ่งและเป้าหมายของโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการให้เกิดการผลลัพธ์สูงสุดกับผู้รับบริการ
5. ปรับปรุงและจัดระบบสารสนเทศในหน่วยงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน เช่น ข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก ข้อมูล data center
6. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี เพื่อให้บุคลากรมีประสิทธิภาพ และเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน พัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแผน /ตามความจำเป็น
7. สรุปผลการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติงานหรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของกลุ่มการพยาบาล
8. ประสานงานห้องคลอด หลังคลอด ศสม.เขตเมือง เพื่อจัดเก็บตัวชี้วัดและจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด
9. สนับสนุนวิทยากร และสนับสนุนแหล่งฝึก อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อพัฒนาศักยภาพ จนท.รพ.สต.ในเครือข่าย ในงานอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์คุณภาพ
10. ร่วมประชุมที่อนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด กรรมการพัฒนาคุณภาพสูติกรรมเพื่อร่วมหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ
11. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต.,สสจ, ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ในการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก
12. ประสานงานกับวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ในการร่วมวางแผนการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล
13. นิเทศการปฏิบัติงานของ นักศึกษาพยาบาล ,จนท.ระดับรองลงมา
14. บริหารให้มีบุคลากรให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเพียงพอ
15. กำกับดูแลงานประจำและงานพัฒนาคุณภาพภายในองค์กร
16. บริหารจัดการ ในการเก็บข้อมูล/ตัวชี้วัดต่างๆ เช่น LBW ระยะเวลาคอย ความพึงพอใจ ฯลฯ
17. ร่วมประชุมวางแผน จัดทำ Service plan ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
18. ร่วมประชุมการประเมิน โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จากกรมอนามัย

ผลงานด้านบริการ

รายการ	กิจกรรม	จำนวน (ราย)
งานฝากครรภ์	1. หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาใช้บริการ	12,627
	2. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่	1,207
	3. ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่ม	978
	4. ให้การปรึกษาก่อนเจาะเลือดและหลังเจาะเลือด	1,291
	5. ใช้เครื่องมือตรวจการบีบตัวของมดลูกและสุขภาพทารก	2,084
	6. ฉีดวัคซีนคอตีบ+บาดทะยัก	189
	7. ให้คำปรึกษาก่อน/หลัง/ช่วยแพทย์เจาะน้ำคร่ำส่งตรวจ	114
	8. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า	94
	9. ตรวจ Ultrasound / Ultrasound Anomaly	3,359
	10. หญิงตั้งครรภ์ตรวจภายใน	786
งานวางแผนครอบครัว	1. ฉายยาคุมกำเนิด (ยาเม็ด, ยาฉีด, ถุงยางอนามัย)	41
	2. ฝังยาคุมกำเนิด	347
	3. ใส่ห่วงอนามัย	8
	4. ทำหมันหญิง	714
	5. บริการตรวจหลังคลอด	157
งานนรีเวชกรรม	1. คัดกรองบริการนรีเวช	6,515
	2. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	813
	3. บริการวัยทอง	83
	4. Colposcopy	70
	5. LEEP	48
	6. Endometrium sampling	217
	7. Biopsy	71
	8. บริการแก้ไขภาวะมีบุตรยาก	15
	9. Y. 05	35
	10. Marsupiarization	24
	11. ตรวจภายในนรีเวช	2,281

ผลงานด้านวิชาการ/บริการ

ร่วมกับกรรมการ Service plan จัดอบรมบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็กระดับ รพ.สต.และ รพช. เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมเมื่อวันที่ 10 เม.ย.2561

ร่วมกับกรรมการ MCH Broad จังหวัด จัดอบรมบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับ รพ.สต.และ รพช. เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อวันที่ 20,21 ก.พ.2561 ร่วมกับกรรมการ MCH Broad จังหวัดจัดกิจกรรมรวมพลคนกินนมแม่เมื่อวันที่ 26 ส.ค. 2561

ร่วมกับ สสจ.กพ. เยี่ยมเสริมพลัง ให้คำแนะนำการให้บริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ฝากครรภ์คุณภาพแก่ รพ.สต.และ รพช.อย่างต่อเนื่อง

รับการประชุมโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กจากศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และเมื่อวันที่ 9 ก.ค.2561

บุคลากรได้รับการเสริมความรู้ทักษะตามลักษณะงานที่รับผิดชอบที่ทางหน่วยงานจัดเอง,ร่วมกับPCTสูติ-นรีเวชกรรม รวมทั้งการอบรมนอกโรงพยาบาลดังนี้

1. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์
2. ประชุมพัฒนางานฝากครรภ์คุณภาพ
3. บทบาททางการพยาบาล
4. Thyroid disorders in pregnancy
5. การเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
6. ผลของบุหรี่ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
7. ACLS
8. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยการตรวจและแปลผล NST
9. โปรแกรมความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยงในหน่วยงาน
10. ความรู้เรื่องมาตรฐานการบริการพยาบาล
11. การให้วิตามินและเกลือแร่สำหรับสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด
12. การดูแลระดับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย
13. สัมมนาวิชาการอนามัยแม่และเด็ก
14. การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- 15.ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
- 16.แนวทางการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- 17.สมรรถนะทางการพยาบาล
- 18.พัฒนางานฝากครรภ์คุณภาพตาม Service Plan
- 19.Postpartum hemorrhage
20. Pelvic Organ Prolapse
21. การตั้งครรภ์ การคลอดคุณภาพ เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย
22. การสร้างสุขด้วยสติในองค์กร

สรุป

- จำนวนการศึกษาอบรมของพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ 10 วัน/คน/ปี ปี 2556 คิดเป็นร้อยละ 100
- เจ้าหน้าที่ระดับอื่นอบรมผ่านเกณฑ์ 5 วัน/คน/ปี ปี 2556 คิดเป็นร้อยละ 100
- มีนักศึกษาพยาบาลจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราชพิษณุโลก มาฝึกปฏิบัติ โดยมีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการกำกับดูแลร่วมกับอาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาล

ดัชนีคุณภาพ

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลงาน(%)
1. ร้อยละของทารกแรกเกิดที่น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม	< 7	11.77
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	≥ 65	70.63
3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	≥ 65	83.61
4. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥ 80	85.65

ผลงานเด่นและการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน

1. พัฒนาแนวทางการระบบการConsult ระหว่างตั้งครรภ์กรณีมีโรคทางอายุรกรรม เพื่อการดูแลร่วมกันให้มารดาและบุตรปลอดภัยและมีสุขภาพดี
2. จัดทำโครงการการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ยาโปรเจสเทอโรน
3. ศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกำแพงเพชร
4. ร่วมกับงานโภชนาการพัฒนาระบบการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในเรื่องโภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการรายบุคคลโดยใช้ Vallop Curve และมีการแก้ไขปัญหารายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้เหมาะสม
5. จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพื่อให้การดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีคู่มือการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและอาการผิดปกติ ที่ต้องมา รพ. สอนการตรวจบันทึกการหดตัวของมดลูกด้วยตัวเอง
6. จัดทำนวัตกรรมโมเดลสอนความสำคัญของการน้บลูกดื่มน้ำ และสายข้อมือช่วยน้บลูกดื่มน้ำ
7. โครงการสูติศาสตร์สัจจรและเยี่ยมเสริมพลัง รพช./รพ.สต. มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อประสานเชื่อมโยงความเข้าใจแนวทางการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์

แผนงานที่จะดำเนินการต่อ ปี2562

1. ร่วมกับกรมอนามัยและศูนย์อนามัยที่3นครสวรรค์จัดทำโครงการพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จังหวัดกำแพงเพชร
2. ดำเนินงานตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดกำแพงเพชร
3. ดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วัน
4. พัฒนาระบบการบันทึกและเชื่อมโยงข้อมูลการฝากครรภ์ของหน่วยบริการ
5. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านความรู้และทักษะในงานฝากครรภ์เช่นการให้คำปรึกษาแบบคู่
6. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นต้น

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER)

อัตรากำลัง

แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน ศัลยแพทย์ 1 คน เลขาแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 20 คน เวชกิจฉุกเฉิน 7 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน พนักงานทำความสะอาด 4 คน การจัดอัตรากำลัง

อัตรากำลัง	เวรเช้า (ในเวลา/นอกเวลาราชการ)	เวร	
		บ่าย	ดึก
งานแพทย์			
แพทย์ Staff ER	3/-	-	-
แพทย์ใช้ทุน	-/3	2.5	1
เลขาแพทย์	1/1	1	-
งานพยาบาล			
หัวหน้าหอผู้ป่วย	1/-	-	-
ห้องฉุกเฉิน			
พยาบาล	4/5	6	3
เวชกิจฉุกเฉิน	2/2	2	1
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	3/2	2	-
พนักงานทำความสะอาด	1/1	1	1
ห้องสังเกตอาการ			
พยาบาลวิชาชีพ	1/1	1	-
ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ			
พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้าศูนย์)	1/-	-	-
เวชกิจฉุกเฉิน	1/1	1	1
เจ้าหน้าที่วิทยุ	1/1	1	1
ศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วย			
พยาบาลวิชาชีพ	1/1	-	-
งานนิติเวช			
ผู้ช่วยพยาบาล	1	-	-

ภาระหน้าที่รับผิดชอบ

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และพึงพอใจ โดยมีขอบเขตงาน ดังนี้

1. รักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. รับผู้ป่วยสังเกตอาการ(Observe)
3. ศูนย์ประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
4. งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. งานนิติเวชและชันสูตร

ผลการปฏิบัติงาน

ปริมาณงาน

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ			เฉลี่ย/วัน
	2559	2560	2561	
ผู้ป่วยทั้งหมด	59,029	69,010	74,395	204
อุบัติเหตุ	15,406	15,549	21,198	58
ฉุกเฉิน	43,623	53,461	53,197	146
ระดับความรุนแรง				
วิกฤต (resuscitation)	2,627	2,704	2,525	7
ฉุกเฉินรุนแรง (emergency)	2,962	3,884	5,076	14
ฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency)	29,821	27,385	27,266	75
ฉุกเฉินไม่รุนแรง (semi - urgency)	19,273	28,648	31,651	87
ทั่วไป (non - urgency)	4,346	6,389	7,877	21

ผลการปฏิบัติงาน
ปริมาณงาน

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ			เฉลี่ย/วัน
	2559	2560	2561	
Emergency care system (EMS)				
รับแจ้งเหตุ (ศูนย์สั่งการ)	N/A	N/A	8,039	22
สั่งการออกเหตุ (ศูนย์สั่งการ)	N/A	N/A	7,952	22
ช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ (ALS)	148	206	391	1.1
สังเกตอาการ (Observe)				
รับสังเกตอาการ	14,342	17,045	14,543	41
ประสานรับส่งต่อผู้ป่วย				
Refer in	4,670	12,092	14,879	41
Refer out	418	2,049	5,546	15
Refer back	627	2,583	2,895	8
Refer receive	149	261	267	1
นิติเวช				
งานคดี	646	1026	1491	5.7
งานชันสูตร	215	236	248	1
เก็บสิ่งส่งตรวจ	1047	1323	1295	5
เคส Y04,05	129	141	137	0.5

ผลการดำเนินงาน (performance indicator)

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย(ร้อยละ)	ประจำปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
1	ผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน	<3.5	0.08	0.07	0.06
2	ผู้ป่วยวิกฤตที่มาด้วยระบบEMS	>20	16.56	17.93	19.33
3	ผู้ป่วยวิกฤตที่มาด้วย EMS ได้รับการปฏิบัติภายใน 8 นาที	>50	51.14	63.4	48.84
4	ความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ	>50	53.70	57.30	67.50
5	ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตใน 4 นาที	100	95.0	100	100
6	ผู้ป่วย trauma fast tract มีเวลา Door to OR<30 นาที	>80	0	0	20
7	ผู้ป่วย stroke fast tract มีเวลา Door to CT < 25นาที	>80	NA	NA	87.56
8	ผู้ป่วย sepsis fast tract เจาะ H/C ก่อนให้ ATB	>80	NA	NA	100
9	ผู้ป่วย sepsis fast tract ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที	>80	NA	NA	93.18
10	ผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมง	>80	NA	NA	92.97
11	การกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง	<1	0.03	0.04	0.06
12	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>80	74.21	91.16	79.89

การพัฒนางานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

	การพัฒนามาที่ผ่านมา		
	2559	2560	2561
1. จัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อโรงพยาบาล กำแพงเพชร	1. ลดความแออัดในห้องฉุกเฉินโดยปรับโครงสร้างและ ระบบงาน	1. จัดกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพในด้านสถานที่ ทีม วัสดุอุปกรณ์และ ใช้การวิจัยในการพิสูจน์ ประสิทธิภาพของกระบวนการ	
2. Emergency Room Modified Early Warning Sign	2. จัดระบบห้องแยกโรค	2. สร้างแนวทางการป้องกันและจัดการ สถานการณ์ความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน ทั้งทีม และ resource รวมถึงซ้อมแผนร่วมกับทีม ภายในและภายนอก	
3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Acute abdominal pain	3. ทำนวัตกรรมป้าย “บ่งบอก” เพื่อระบุตัว และบอกสถานะ ผู้ป่วย		
4. พัฒนาแนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและใช้ กระบวนการวิจัยในการพิสูจน์ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ	4. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย FT - สิ้นระบบในผู้ป่วย FT stroke เพื่อให้สามารถให้ rt-pa เพิ่มขึ้น - พัฒนาระบบและนวัตกรรมป้ายรับยาด่วน เพื่อให้ผู้ป่วย Sepsis ได้รับยา antibiotic ทันภายใน 30 นาที		
5. LEAN ระบบการ Admit ผู้ป่วยวิกฤต	5. พัฒนาแบบบันทึกผู้ป่วยวิกฤต		

การพัฒนางานในปี 2561

1. จัดกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพในด้านสถานที่ ทีม วัสดุอุปกรณ์และ ใช้การวิจัยในการพิสูจน์ประสิทธิภาพของกระบวนการ

ที่มา : มีการช่วยฟื้นคืนชีพระหว่างปีงบประมาณ 2558 - 2560 จำนวน 170, 154, 132 ราย และมีผลลัพธ์การช่วยฟื้นคืนชีพคือ อัตราผู้ป่วยกลับมา มี สัญญาณชีพ ร้อยละ 61, 54 และ 57 และอัตราการรอดชีวิต 5, 8 และ 9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่ยังต้องหาโอกาสพัฒนาให้เพิ่มสูงขึ้น ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยมีการในเรื่องของ ความรู้และทักษะของบุคลากรโดยมีการจัดอบรมฟื้นฟูและประเมินครบทุกคนทุกปี มีแนวปฏิบัติตามความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เมื่อวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติการช่วยฟื้น คคืนชีพโดยละเอียด พบความล่าช้าในการปฏิบัติการอันเนื่องจากความไม่พร้อมของสถานที่ ระบบทีม การจัดอุปกรณ์และยา

วิธีดำเนินการ : งานวิจัยเรื่อง ผลของการจัดกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการกลับมาของสัญญาณชีพและการรอด ชีวิต

- ผลที่ได้รับ :
1. มีสถานที่ ทีม อุปกรณ์และยา ที่ทำให้กระบวนการที่สำคัญเร็วขึ้น
 2. ความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ จากร้อยละ 57.30 เป็น 67.46 อัตราการรอดชีวิต จาก 7.70 เป็น 8.73

2. สร้างแนวทางการป้องกันและจัดการสถานการณ์ความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน ทั้งทีมและ resource รวมถึงซ้อมแผนร่วมกับทีมภายในและภายนอก

ที่มา: ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมากที่สุด ที่ผ่านผลลัพธ์จากการจัดการความรุนแรงอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่ เกิดความเสียหายรุนแรง แต่เนื่องจากภาวะสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย จึงมีแนวโน้มที่อาจเกิดเหตุการณ์บ่อยและรุนแรงขึ้น

วิธีดำเนินการ : ปรับโครงสร้างทางเข้าห้องฉุกเฉิน มีประตูล๊อคอัตโนมัติ เพิ่มกริ่งฉุกเฉิน มีแนวทางการป้องกันและจัดการสถานการณ์ความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน และมีการซ้อมแผนร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกหน่วยงาน

- ผลที่ได้รับ : มีแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้ ทีมรับทราบเป็นแนวทางเดียวกันและมีการเตรียมความพร้อม ไม่เกิดเหตุความรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้

การวางแผนการพัฒนาคัด

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย FT trauma
2. การลดระยะเวลาการออกเหตุในระบบ EMS
3. การจัดระบบงานนิติเวช
4. KM การเก็บสิ่งส่งตรวจ
5. การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย

กุมารเวชกรรม 2 (เด็กบ่น)

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)
พยาบาลวิชาชีพ	12 (ข้าราชการ 11 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน)
พยาบาลเทคนิค	1 (ข้าราชการ)
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	2 (ลูกจ้างประจำ 1 คน พกส 1 คน)
พนักงานประจำตึก	2 (ลูกจ้างรายวัน)
อัตรากำลัง (เช้า : ปาย : ดึก)	5 : 3 : 3 (วันหยุด 4:3:3)

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

หน่วยงานกุมารเวชกรรม 2 (เด็กบ่น) ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กอย่างมีคุณภาพ เพื่อผู้ป่วยเด็กสุขภาพดี ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ และผู้ให้มีความสุข

ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยทั่วไปทางด้านอายุรกรรม และศัลยกรรม ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 1 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง น้ำหนักน้อย และปอดอักเสบส่วนเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะย้ายไปรักษาต่อที่ NPICU (เด็กวิกฤต)

มีจำนวนเตียงทั้งหมด 30 เตียง โดยแบ่งเป็น Sick Newborn 15 เตียง

ข้อจำกัดในขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ซับซ้อนที่ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง เช่น โรคศัลยกรรมในทารกแรกเกิด โรคหัวใจและโรคระบบประสาทที่ซับซ้อน จะส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นต้น

ปริมาณงาน ปี 2561

จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน	อัตรารองเตียง	Productivity (นับ HW ไม่นับ NA)	Productivity (นับ NA ไม่นับ HW)
22.69 ราย	76.1 %	135.28 %	104.06 %

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
1	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (ครั้งต่อ1,000วันนอน)	≤ 3 : 1,000	0.66	1.29	2.16
2	อุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ 7 ขึ้นไปได้รับการทำ RCA และได้ผลตอบกลับ	100 %	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
3	จำนวน Unplan Admit NICU โดยไม่ได้วางแผน	0 ราย	0	0	0
4	จำนวน Unplan CPR	0 ราย	0	0	0
5	จำนวนผู้ป่วยชักจากไข้สูง	≤ 3 ราย	6	4	3
6	อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	< 1 %	0.62	0.44	0.19
7	คะแนน Audit chart ที่มภายในหน่วยงาน	>75%	86.56	84.77	81.65
	คะแนน Audit chart ที่ภายนอกหน่วยงาน	>75%	73.93	65	76.05
8	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>80 %	86.32	86.68	88.41

การพัฒนางานคุณภาพ

- การป้องกันการเกิด Unplan Admit ICU โดยไม่ได้วางแผน

ปัญหาและโอกาสพัฒนา /Purpose	Process ที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง	Performanc		
<u>ปัญหาและโอกาสพัฒนา</u>	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาศึกษาหาความรู้วิชาการนำมาพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิด Unplan Admit NICU โดยไม่ได้วางแผน ร่วมกับทีมแพทย์พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ทบทวนแนวทางปฏิบัติ ติดตามประเมินผลตัวชี้วัด เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข 	จำนวนการเกิด Unplan Admit NICU		
<u>Purpose</u>		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
- ทารกแรกเกิดถ้าได้รับการประเมินที่ถูกต้องและให้การช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ ทำให้ทารกปลอดภัยและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้		0	0	0
- มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง /นอนนาน				
- ไม่พบ Unplan Admit NICU โดยไม่ได้วางแผน				

- การป้องกันการเกิด Unplan CPR

ปัญหาและโอกาสพัฒนา / Purpose	Process ที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง	Performanc						
<p><u>ปัญหาและโอกาสพัฒนา</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเด็กถ้าได้รับการเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิด Unplan CPR ได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนได้ <p><u>Purpose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่พบ Unplan CPR โดยไม่ได้วางแผน 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศึกษาหาความรู้วิชาการนำมาพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิด Unplan CPR โดยไม่ได้วางแผน ร่วมกับทีมแพทย์พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร - ทบทวนแนวทางปฏิบัติ - ติดตาม ประเมินผลตัวชี้วัด เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง 	<p>จำนวนการเกิด Unplan CPR</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	0	0	0
ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561						
0	0	0						

■ การเพิ่มอัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

ปัญหาและโอกาสพัฒนา / Purpose	Process ที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง	Performanc						
<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ - ความต้องการผู้รับบริการสูงขึ้น - บิดามารดา/ญาติทารกแรกเกิดและผู้ป่วยเด็กมีความวิตกกังวลสูง <p><u>Purpose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน - การนิเทศพฤติกรรมบริการ - การสอบถามความต้องการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ - การทบทวนความต้องการ และนำมาปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ 	<p>จำนวนการเกิด Unplan CPR</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> <th>ปี 2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>86.32</td> <td>86.68</td> <td>88.41</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	86.32	86.68	88.41
ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561						
86.32	86.68	88.41						

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาการป้องกันการเกิด Respiratory failure ในผู้ป่วย Pneumonia
- พัฒนาการป้องกันผู้ป่วยที่มีอาการขาดน้ำรุนแรงมากขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาลจนต้องให้การรักษาเพิ่ม
- เพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินผู้ป่วยโดยจัดทำ Early warning sign เฉพาะโรคที่มีความเสี่ยงสูง/พบบ่อย
- ลดอุบัติการณ์การชักจากไข้สูง ในผู้ป่วย Febrile convulsion และผู้ป่วยที่มีไข้สูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
- ร่วมจัดทำ Weaning Protocol เพื่อลดระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจ ลดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาเช่น ROP BPD Pneumothorax

ติ๊กสุติ – นรีเวชกรรม (หลังคลอด)

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ดูแลผู้ป่วยนรีเวช มารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิด น้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายและดำเนินงานตามโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว

นโยบายของหน่วยงาน

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง แผลผ่าตัดคลอดและแผลฝีเย็บ
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด
3. ผู้รับบริการพึงพอใจ
4. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังจำหน่าย
5. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ
6. การป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่าง ๆ
7. ดำเนินการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่
 - 7.1 โครงการโรงเรียนพ่อ – แม่
 - 7.2 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 7.3 เจาะเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
 - 7.4 ฉีดวัคซีนให้แก่ทารกแรกเกิด
 - 7.5 แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด
 - 7.6 การดูแลทารกแรกเกิด
 - 7.7 คัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด

อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่

ลำดับที่	ตำแหน่ง	จำนวน (คน)
1	พยาบาลวิชาชีพ	
	- หัวหน้าตึก	1
	- พยาบาลประจำการ	14
	- พยาบาลประจำคลินิกนมแม่	1
2	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2
3	พนักงานทำความสะอาด	2
	รวม	20

จำนวนพยาบาลขึ้นเวร/ต่อวัน ในอัตราเวร เข้า : ป้าย : ตึก = 4 : 3 : 3

หมายเหตุ ผู้ช่วยเหลือพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีขึ้นเวรป้ายสลับกับพยาบาลกรณีฉุกเฉิน เวรเข้า/ป้าย/ตึก มีการจัดเวร Stand by ของเจ้าหน้าที่ไว้ในแต่ละวันเพื่อเรียกขึ้น OT ฉุกเฉินเมื่อยอดผู้ป่วยถึงตามเกณฑ์ของโรงพยาบาล หรือ มีเจ้าหน้าที่ลา กิจ ลาป่วย

ผลงานและกิจกรรม ด้านบริหาร

1. มีการจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอสำหรับหมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงาน ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทุก 6 เดือน
3. ติดตามผลการดำเนินงาน HA, 5ส,QA และโครงการต่าง ๆ ตามนโยบายของกระทรวงฯ
4. จัดหาเครื่องมือเครื่องใช้และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ให้เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย
5. ร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล
6. ร่วมประชุมและเป็นคณะทำงานของกลุ่มงานการพยาบาล
7. ประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสาร ปรับปรุง และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในหน่วยงาน
8. จัดทำแผนปฏิบัติการ และแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี

ผลงานและกิจกรรม ด้านบริการ

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยนรีเวชกรรม, ผู้ป่วยหลังคลอด, ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดและผ่าตัดนรีเวช
2. จัดทำแฟ้มรวบรวมผลงานกิจกรรมพัฒนาในหน่วยงาน
3. จัดตั้งคลินิกนมแม่ให้บริการปรึกษาปัญหานมแม่โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ได้แก่ 055-022000-5 ต่อ 3803, 3804
4. ให้บริการให้สุขศึกษาแก่มารดาและสามีตามโครงการโรงเรียนพ่อ – แม่
5. ให้บริการเจาะเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
6. ให้บริการคัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด
7. ให้บริการฉีดวัคซีนแก่ทารกแรกเกิด

ผลงานและกิจกรรม ด้านวิชาการ

1. ดำเนินการให้สุขศึกษาต่างๆเช่นการดูแลมารดาและทารกเมื่อกลับบ้าน , การดูแลทารกหลังได้รับวัคซีน รายกลุ่มและรายบุคคล
2. มีการจัดทำโครงการอาหาร เครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมในมารดาหลังคลอด
3. จัดทำบอร์ดสุขศึกษาและจัดทำแผ่นพับ
4. จัดให้มีการประชุมวิชาการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง
5. มีการปรับปรุงจัดทำมาตรฐานการพยาบาล
6. ปรับปรุงการจัดเก็บเอกสารวิชาการและหนังสือต่าง ๆ ให้เป็นหมวดหมู่
7. เป็นแหล่งให้นักศึกษาพยาบาลมาฝึกประสบการณ์
8. จัดทำ Competency และจัดทำแบบประเมิน Competency เพื่อประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและ เจ้าหน้าที่ที่จบใหม่

ผลงานเด่นและความภูมิใจของหน่วยงาน

1. ผ่านการประเมินซ้ำโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ระดับทอง (รับการประเมิน 26 พ.ค. 2557)
2. คลินิกปรึกษาปัญหานมแม่เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 น. – 16.00 น. วันหยุด/นอกเวลาราชการมีพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย ให้คำปรึกษา หรือสามารถโทรศัพท์สอบถามได้ที่เบอร์ 055-022000-5 ต่อ 3803, 3804
3. ดำเนินการโครงการโรงเรียนพ่อ – แม่
4. ให้บริการเจาะเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
5. ให้บริการคัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด
6. ให้บริการฉีดวัคซีนแก่ทารกแรกเกิด

สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ตัวชี้วัดคุณภาพหลัก	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
1. อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ	0%	0.09	0.10	0
2. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอด	<1%	0.16	0.08	0
3. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง	<1%	2.27	1.54	0
4. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	0.5%	0.57	0.15	0.23
5. อัตราตายจากการทำแท้งผิดกฎหมาย	0%	0	0	0

ตัวชี้วัดคุณภาพรวม

ตัวชี้วัดคุณภาพรวม	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
1. อัตราตายของมารดา	≤ 18:100,000	0	0	0
2. อัตราตายของผู้ป่วยนรีเวช	< 3%	0.23	0.27	0.52
3. อัตรา severe shock จากการทำแท้งผิดกฎหมาย	0%	0	0	0
4. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	> 80%	83.46	82.11	83.47
5. อัตราข้อร้องเรียน	<0.5%	0	0	0
6. อัตรา Re – admit ใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	≤1%	0.55	0.65	0.64
7. อัตราไม่สมัครใจอยู่รักษา	≤2%	0.34	0.52	0.17

ประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการ

ประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการ	หน่วย	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
รับใหม่ นรีเวชกรรม	ราย	881	822	953
รับผู้ป่วย C/S	ราย	1,347	1,379	1,313
รับผู้ป่วยคลอดทางช่องคลอด	ราย	1,267	1,240	1,258
ดูแลทารกแรกเกิด	ราย	1,932	1,971	1,958

สรุปตัวชี้วัดคลินิกนมแม่ปี 2559-2561

ตัวชี้วัดคุณภาพ	เกณฑ์	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
อัตราการกินนมแม่อย่างเต็มชณะอยู่ รพ.	80%	97.34	97.36	96.92

10 อันดับแรกของโรคทางนรีเวช ปี 2561

อันดับ	โรค	2561 (ราย)
1	Myoma uteri	75
2	Blighted ovum	66
3	Threatened abortion	56
4	Incomplete Abortion	55
5	CA.Cx.	45
6	Early fetal death	43
7	AUB	29
8	DFIU	27
9	Hyperemesis gravidarum	27
10	Hypermenorrhea	23

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2561

กิจกรรม	วิธีการทบทวน/ผู้เข้าร่วม/ความถี่ / การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	- มีการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ครบ 100% และดำเนินการตามโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
โครงการโรงเรียนพ่อแม่	- มีการให้ความรู้แก่มารดา บิดา ญาติ ให้มีความรู้ 100%
โครงการอาหาร และเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมในมารดาหลังคลอด	- มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงน้ำนมควบคู่กับการให้สุขศึกษา และมีบริการน้ำสมุนไพรนมนางให้มารดาหลังคลอดทุกวัน
โครงการเจาะเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทโรอิดฮอร์โมนในทารกแรกเกิด	- ดำเนินงานต่อเนื่องตามโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
โครงการคัดกรองภาวะหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิด	- ดำเนินงานต่อเนื่องตามโครงการคัดกรองภาวะหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิด
โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด	- มีการดำเนินการทำ CQI , CPG มีการทบทวนความรู้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

นวัตกรรม 1 เรื่อง

1. นมนางเพิ่มน้ำนมมารดาหลังคลอด

แผนงานที่จะดำเนินการต่อปี 2562

1. ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1.1 มีการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ตามแบบบันทึกข้อมูลรับใหม่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต สัญญาณชีพแรกรับ การตรวจร่างกายโดยแพทย์ และการประเมินตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ ได้แก่ ความรู้สีกตัว ลักษณะการหายใจ การไหลเวียนโลหิต สภาพผิวหนัง ประสาทสัมผัส และการสื่อสาร สภาพจิตใจ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ แบบแผนการดำรงชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังตรวจพิเศษวินิจฉัยโรค ได้แก่ ตรวจภายใน การ U/S ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.2 การวางแผนและการรักษา การแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ CPG PPH , CPG Sever PIH, CPG Ectopic Pregnancy โดยจัดทำเป็น Flow chart การตรวจชั้นสูติเลือด การเตรียมเลือด การเตรียมยา และเครื่องมือที่จำเป็น และการรายงานแพทย์

มีระบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนด Criteria ในการรับผู้ป่วยร่วมกัน และระบบในการรายงานแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน มีระบบ Fast Tract ในการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก และการขอคำปรึกษาระหว่างแผนก เพื่อวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันกับแพทย์ต่างสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและชัดเจน เช่น การดูแลผู้ป่วยรอคคลอด หลังคลอด และผู้ป่วยนรีเวช ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรม ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และผู้คลอดที่มีปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่พร้อมดูแลบุตร ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านศัลยกรรม ได้แก่ โรคลำไส้ติ่งอักเสบ เยื่อぶในช่องท้องอักเสบ

1.3 มีระบบการทบทวน 12 กิจกรรม มีการนำปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานมาทบทวนหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกันก่อนการปฏิบัติงาน และการประชุมประจำเดือน บางกรณีที่มีปัญหาที่แก้ไขในแผนไม่ได้ จะนำเข้าเสนอในการประชุม PCT สตรี-นรีเวชกรรม เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันหลายแผนกมีการจัดประชุม Conference สตรี-เด็ก กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิต

2. การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

มีการทบทวนการดูแลรักษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และนำประเด็นปัญหาสำคัญเข้าทบทวน ในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน และนำประเด็น ความเสี่ยงที่สำคัญเข้าประชุม PCT สตรี-นรีเวชกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพร่วมกับงานฝากครรภ์ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานห้องคลอด และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1. แนวทางการให้ข้อมูลผู้รับบริการให้ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - การให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดใช้สื่อ เช่น เอกสาร แผ่นพับ และ VCD - พัฒนารูปแบบการประเมินความเข้าใจของหญิงหลังคลอดและญาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความพึงพอใจได้รับข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยใน - อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. การจัดรับบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและมีการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของบันทึกการพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน โดยสุ่มตัวอย่าง 8 Chart ต่อเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
3. การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติตามกระบวนการหลัก	- การทบทวน วิเคราะห์ปัญหาและประเมินผลการให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการหลักอย่างต่อเนื่อง	- อัตราการตกเลือดหลังคลอด/หลังผ่าตัด - อัตราการตายของมารดา - อัตราตายจากการทำแท้ง - อัตรา Severe Shock จากการทำแท้งผิดกฎหมาย
4. การเฝ้าระวังบริหารความเสี่ยง	- การเก็บบันทึกข้อมูลความเสี่ยงต่างๆ เช่น การให้ยา/สารน้ำ/เลือดผิดคน ทารกสูญหาย อุบัติเหตุลื่นล้ม ตกเตียงเป็นลม การส่งหัตถการผิดคน การเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก	- อัตราทารกสูญหาย - อัตราการให้เลือดผิด - อัตราการส่งหัตถการผิดคน - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยาผิดที่มีความรุนแรงระดับ 5
5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเป็นระบบและการดำเนินงานคลินิกนมแม่	- ให้ความรู้มารดาเรื่องนมแม่ และสอนเทคนิคการให้นมแม่, การบีบเก็บน้ำนม - ส่งเสริมนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	- อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนออกจากโรงพยาบาล - อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
6. ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้บริการ	- การให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การตรวจมะเร็งเต้านม และการส่งเสริมการทำงานอย่างมีความสุข - การตรวจสุขภาพประจำปี	- อัตราการตรวจเต้านม - อัตราการออกกำลังกาย และค่า BMI - ผลการประเมินบรรยากาศองค์กร - เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีครบ 100%
7. พัฒนาระบบสารสนเทศ	- ปรับปรุงแบบบันทึกต่างๆ ที่เหมาะสมกับงานและกลุ่มโรค/ความเสี่ยง/ปัญหาของผู้รับบริการ - พัฒนาทักษะของบุคลากรในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ	- ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
<p>8. การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประชาสัมพันธ์ - ระบบบริการ - พฤติกรรมบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การประชาสัมพันธ์ระบบบริการงานสุดิ-นริเวชกรรมโดยการให้ข้อมูลเสียงตามสายในหอผู้ป่วยใน - เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นในแบบสอบถามความพึงพอใจ - พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการของบุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
<p>9. พัฒนาระบบการเรียนรู้ของบุคลากรและประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดบอร์ดวิชาการ - ผลิตสื่อวีดิทัศน์ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีหนังสือวิชาการ, จัดบอร์ดวิชาการ แพ้มความรู้และเอกสารแผ่นพับกลุ่มโรคเพื่อเผยแพร่ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป - ผลิตสื่อมัลติมีเดียให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - สมรรถนะเชิงวิชาชีพของบุคลากร
<p>10. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารแบบสองทางเพื่อเตรียมพร้อมรับ AEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือ/สื่อต่างๆ ที่ใช้ติดต่อ สื่อสารกับผู้รับบริการ/ญาติที่มาจากต่างประเทศและประเทศเพื่อนบ้าน - จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้ภาษาของแต่ละประเทศดังกล่าว และภาษาอังกฤษที่เป็นภาษาสากลที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์และที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ให้กับบุคลากรเจ้าหน้าที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะที่สามารถใช้ภาษาในการติดต่อสื่อสารแบบสองทางกับผู้รับบริการ/ญาติได้ โดยวัดจากแบบประเมินความรู้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และจากการฝึกปฏิบัติจริง

หน่วยไตเทียม

วิสัยทัศน์ เป็นหน่วยงานไตเทียมคุณภาพ คู่คุณธรรม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

- พันธกิจ**
1. ให้บริการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้องอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน
 2. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และไตวายเฉียบพลันได้รับการวางแผนการรักษาบำบัดทดแทนไตอย่างเหมาะสม
 3. ผู้รับบริการได้รับความสะดวกสบาย ปลอดภัย ประทับใจในบริการ

อัตรากำลังบุคลากร

อายุรแพทย์โรคไต	จำนวน	2	คน	(เพิ่มเมื่อ ก.ค. 61)
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม	จำนวน	1	คน	หัวหน้างาน
พยาบาลวิชาชีพ อบรม Hemodialysis	จำนวน	4	คน	ข้าราชการ จำนวน 3 คน บริษัท จำนวน 1 คน
พยาบาลวิชาชีพอบรม CAPD	จำนวน	2	คน	APN จำนวน 1 คน
พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	2	คน	ข้าราชการ จำนวน 1 คน บริษัท จำนวน 1 คน
พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติงาน HD	จำนวน	4	คน	พกส. จำนวน 2 คน บริษัท จำนวน 2 คน
พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติงาน CAPD	จำนวน	4	คน	
พนักงานทั่วไป	จำนวน	1	คน	

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

1. ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง ในหน่วยไตเทียม และให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยวิกฤติในแผนกไอซียูอายุรกรรม/ ศัลยกรรม และไอซียูกึ่งวิกฤติ
2. ให้บริการล้างไตทางช่องท้องแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
3. ตรวจเยี่ยมบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ต้องการล้างไตทางช่องท้องเพื่อประเมินความพร้อมที่จะทำการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง
4. ติดตามอาการและผลการรักษารวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยที่ ล้างไตทางช่องท้องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
5. ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาล้างไตทางช่องท้องตามความเหมาะสม เช่น ฟอกเลือดชั่วคราว ฯลฯ
6. รวบรวมและจัดเตรียมเอกสารสำหรับการขออนุมัติสิทธิการฟอกเลือดทั้ง 3 กองทุน และเอกสารการส่งตัวเพื่อฟอกเลือดในสถานพยาบาลอื่น
7. ให้คำปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่และครอบครัว
8. พัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกับสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและดำรงรักษาคุณภาพมาตรฐานตามสมาคมโรคไต ฯ
9. จัดทำสถิติรายงานและรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดต่าง ๆ
10. บันทึกและส่งข้อมูลการรักษาให้ สกส.เพื่อเรียกเก็บค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากกรมบัญชีกลาง และ สปสช.
11. รวบรวม บันทึกและส่งข้อมูลการรักษาผู้ป่วย CAPDให้กับ สปสช. ตามเวลาที่กำหนด
12. KEY ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อเบิกน้ำยาล้างไตทางช่องท้องและยา EPO กับองค์การเภสัชกรรม และตรวจสอบความถูกต้อง ทันเวลาของการจัดส่งน้ำยาและยา
13. รวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไตวายที่รักษาโดยการบำบัดทดแทนไตทั้งวิธี Hemodialysis และ CAPD ส่งให้สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยตามเวลาที่กำหนด

ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม

จำนวนเครื่องไตเทียม 16 เครื่อง

ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฉุกเฉิน(ราย)	224	229	22
จำนวนผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน	75	80	94
จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่	22	17	3
จำนวนผู้ป่วยที่เลือก HD ที่เตรียมเส้นฟอกเลือดแล้ว	6	5	7
จำนวนผู้ป่วยที่เลือก HD ที่ไม่เตรียมเส้นฟอกเลือดต้องใส่ DLC	3	7	3
จำนวนผู้ป่วยที่เลือก CAPD แต่จำเป็นต้องใส่ DLC			11
จำนวนผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการทำ RRT และเปลี่ยนใจ	30	27	19
จำนวนผู้ป่วย HD จาก รพ.อื่นแต่มา admit รพ.กพ	18	21	60
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทำ CAPD ต้อง HD ชั่วคราว	24	27	30
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ HD เป็นคิวนัดประจำ	55	57	61
จำนวนการฟอกเลือด (ครั้ง)	5,180	6,071	6,441
ช่วยเหลือแพทย์ใส่ Double lumen catheter (ครั้ง)	133	135	156
ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง(stage 4-5)รายใหม่_(ครั้ง)	902	368	241

ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
จำนวนผู้ป่วย CAPD			
ผู้ป่วยเก่า ยกมา	100	114	131
รับใหม่ / รับย้าย	37	40/2	37/1
ย้าย	-	-	22
Drop out (HD/DEAD/KT)	6/21/1	9/15/1	7/14/2
คงเหลือ	114	131	124

ผลงานอื่น ๆ

1. ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม ด้วยการให้รับประทานไข่ขาวต้ม มีโอละ 2 ฟอง อย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมอาชีพผู้ป่วยและญาติ ช่วยจำหน่ายเหรียญโปรยทาน และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตที่ยากไร้ ขาดเงินทุนในการเตรียมอุปกรณ์ ล้างไตทางช่องท้อง ฯลฯ

อุปสรรคและปัญหา

1. พยาบาลไตเทียมไม่เพียงพอ สถานที่สามารถวางเครื่องไตเทียมได้ 18-20 เครื่อง แต่พยาบาลไตเทียมไม่เพียงพอจึงยังไม่สามารถเพิ่มเครื่องได้
2. ผู้ป่วยตัดสินใจล่าช้า ทำ CAPD ไม่ทัน รวมถึงการเปลี่ยนใจทำการบำบัดทดแทนไต จำเป็นต้อง Acute HD ทำให้มีภาระงานมาก
3. ไม่มีสถานที่ส่งต่อ HD ต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วย HD รายใหม่ และผู้ที่ต้องการ HD 3 ครั้ง/สัปดาห์

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

โครงการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้วยการแจกไข่ขาวต้มขณะฟอกเลือด และให้ความรู้+กระตุ้นผู้ป่วยโรคไตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีระดับ serum albumin >3.5mg% ผ่านเกณฑ์ >80 % ทุกปี

แผนการพัฒนางานคุณภาพกิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินในปี 2562

ทบทวน HD prescription เพื่อแก้ปัญหาตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ HD บางตัวที่มีแนวโน้มลดลง พัฒนาระบบการรักษาบำบัดทดแทนไตเชื่อมโยงกับการดูแลแบบ ประคับประคอง และการส่งต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจาก รพช.อย่างเหมาะสม เพื่อลด Emergency vascular access

ดีกอายุรกรรมหญิง

บริบท

ก. หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ

ดีกอายุรกรรมหญิงให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพศหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในด้านอายุรกรรมทั่วไปแบบองค์รวมอย่างมีมาตรฐานคุณธรรม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจให้บริการผู้ป่วยจำนวน 36 เคส รับ Refer ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการดูแลจำนวน 11 โรงพยาบาล ตามสิทธิการรักษา มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ากรณีเกินขีดความสามารถ

บุคลากร จำนวน 35 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 28 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้จำนวน 4 คน และ พนักงานทั่วไปจำนวน 2 คน

ข. ขอบเขตการให้บริการกลุ่มโรค/กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ศักยภาพและข้อจำกัด

รายการ	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
1. อัตราการครองเตียง	132.37	139.51	156.45
2. จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน	48.57	50.22	56.32
3. จำนวนวันนอนเฉลี่ย	3.16	2.85	2.98
4. ช่องว่างระหว่างเตียง	-0.77	-2.68	-1.07
5. ผลผลิตทางการพยาบาล (Productivity)	127.13	162.52	147.25

มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติทั้งประเภท 4 และ 5 การแก้ปัญหาในหน่วยงาน คือ กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วย 60 เคสขึ้นไป ตามลำดับความรุนแรงของผู้ป่วย กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้ MEWS และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อมูลกลุ่มโรคสำคัญของปี 2561

5 อันดับโรคที่ Admit	5 อันดับโรคที่เสียชีวิต
1. Stroke	1. Pneumonia
2. Pneumonia	2. Stroke
3. UTI / APN	3. CKD
4. CHF	4. Septic Shock
5. Diarrhea / AGE	5. CHF

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
<u>ภายในหน่วยงาน</u>	
1. OPD	- เต็มพร้อมรับผู้ป่วย นัดผู้ป่วยถูกแพทย์ ถูกวัน ถูกเวลา
2. ER	- สามารถรับผู้ป่วย admit ได้ทันที่
3. เวชกรรมสังคม	- การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยในการออกเยี่ยมบ้าน และระบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาด
4. กายภาพบำบัด	- ผู้ป่วย/ผู้ดูแลต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมจะทำกายภาพ
5. พยาธิวิทยา	- ส่ง lab ได้ถูกต้องทั้ง ถูกคน ชนิด ปริมาณ ใบ request
6. X-Ray / CT	- เตรียมผู้ป่วยในการตรวจได้ถูกต้อง ผู้ป่วยพร้อมในการรับการตรวจ การ Request ถูกต้อง
7. ห้องยา	- ส่งใบ order รับยาถูกคน ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา high alert drug ได้ถูกต้อง ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพ้ยาซ้ำได้ถูกต้อง
8. จำยกลาง	- เตรียมอุปกรณ์ / ทำความสะอาดได้ถูกต้องก่อนส่งไปอบหนึ่ง
9. ซักฟอก	- แยกชนิดของผ้าได้ถูกต้องก่อนส่งซัก
10. โภชนาการ	- เบิกอาหารถูกต้อง
11. เวชระเบียน	- คัดเวชระเบียนหลังผู้ป่วยจำหน่ายภายใน 7 วัน
12. PCT อื่น ๆ	- ประสานงานเรื่องการ consult ได้รวดเร็ว ให้บริการวิชาการด้านการพยาบาลอายุกรรม
<u>ภายนอกหน่วยงาน</u>	
1. ผู้รับบริการ	- ได้รับบริการรวดเร็ว ปลอดภัย สะดวกสบาย หายจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- ไม่เกิดอาการทรุดลงขณะทำการรักษา
- ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
- ลดการเกิดแผลกดทับระดับ 2 – 4
- ลดข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ
- ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนาของหน่วยงาน

ความเสี่ยง/ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนอง และจัดเป็นจุดเน้นในการพัฒนา	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ		
			2559	2560	2561
1. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ 3 ขึ้นไป $\leq 4 : 1000$ วันนอน	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้และทดสอบความรู้แก่ จนท. เรื่องการบริหารยาตามหลัก 6R และ HAD - เน้นการติดสติ๊กเกอร์ยา HAD - มีการส่งต่อ/บันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD - มีการตรวจสอบชื่อผู้ป่วยให้ตรงกับ locker เก็บยาทุกเวรตึก - มีการตรวจสอบใบบันทึกการให้ยาให้ตรงกับ order ทุกเวร - มีการจัดแจกยาแบบ double check 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยา - จนท.มีความรู้ในเรื่องยาและการบริหารยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย - จนท.ผ่าน competency เรื่องความรู้เรื่องยาและการบริหารยา 	1.94	1.09	6.05
2. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 – 4 $\leq 4 : 1000$ วันนอนผู้ป่วยเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - แนวทางการดูแลแผลกดทับ - แบบบันทึกการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ - การประเมินแผลกดทับตาม barden scale 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมิน/เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับต่อจนถึงกลับบ้าน 	4.88	6.61	3.61
3. อัตราการเกิดข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ $\leq 0.5 : 1000$ ผู้รับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นพฤติกรรมบริการให้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินการปฏิบัติงาน - เน้นการยกย่องแก่ จนท. ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดีให้เป็นแบบอย่างที่ดีต่อไป - แนวทางการให้ข้อมูลที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ - ผู้รับบริการพึงพอใจ 	0.02	0.16	0

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากรที่สำคัญของหน่วยงาน

ประจำปีงบประมาณ	ข้อมูลเปรียบเทียบ	
	อัตราการครองเตียง	ภาระงาน (Productivity)
2559	132.37	127.13
2560	139.51	162.00
2561	156.45	147.25

กระบวนการหลักที่สำคัญของหน่วยงาน

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1.การรับผู้ป่วยจาก OPD ER, Ward อื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none"> - รับทราบปัญหาผู้ป่วย บริหารจัดการเตียง และอุปกรณ์ให้พร้อมรับ - สื่อสารถูกต้องรับผู้ป่วยตรงแผนก 	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารจัดการเตียงไม่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย - อุปกรณ์ไม่พร้อม - รับผู้ป่วยผิดแผนก 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์จากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม
2.การรับส่งเวรและการรายงานแพทย์โดยใช้หลัก SBAR	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วนโดยใช้หลักการประเมิน MEWSในแต่ละรายโรคและใช้หลัก SBAR ในการรายงานแพทย์ - รับเวร-ส่งเวรเพื่อมีการรับช่วงแผนการดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมโดยใช้หลัก SBAR 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างไม่เหมาะสมกับอาการที่เปลี่ยนแปลง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะดูแลรักษา
3.มาตรฐานการรักษา/การพยาบาล (Protocol, CPG, Care map, WI, PR)	<ul style="list-style-type: none"> - สหสาขามีแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสมในแต่ละสาขา 	<ul style="list-style-type: none"> - ความล่าช้าในการดูแลรักษา - ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา - การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์ความเสี่ยง - Trigger Tool
4.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางได้อย่างเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ได้รับการดูแลตามแนวทาง - ความพึงพอใจของผู้รับบริการลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามแนวทางทุกราย - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

กระบวนการหลักที่สำคัญของหน่วยงาน

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงที่สำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
5.รายงานความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ในเหตุการณ์รายงานความเสี่ยงตามระบบทุกครั้ง - มีการแก้ไขปัญหาลูกความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันที - หน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงที่สำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้น - หน่วยงานไม่มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - การเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ - การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
6.D/C Plan	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกปัญหาได้ครอบคลุมเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง - ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการบันทึกข้อมูลร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายไม่ดี - ไม่มีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนจำหน่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการ Re Admit จากการปฏิบัติตัวหรือการใช้ยาไม่ถูกต้อง ของผู้ป่วย DM และ Stroke

กิจกรรมทบทวนคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.แนวทางปฏิบัติเพื่อประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วย Case Thyroid nodule with CHF ได้รับการ Re-intubation ET.tubeหลังจาก Off ET.tube 4 ชม. -ทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรค Thyroid nodule และ CHF -ทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ -ทบทวนแนวทางการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่พบอุบัติการณ์การ Re-intubation ET.tubeภายใน 24 ชม.
2.การประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย Sepsis อย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วย Severe sepsis ไม่ได้รับการประเมินและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง -ทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis -ทบทวนการประเมินผู้ป่วยโดยใช้หลัก MEWS -ทบทวนการรายงานแพทย์และการส่งเวรโดยใช้หลัก SBAR 	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง

กิจกรรมที่ 2 ทบทวนข้อร้องเรียน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.พฤติกรรมบริการ	<ul style="list-style-type: none"> -มีการแนะนำเมื่อมีการรับใหม่ทุกครั้งโดยใช้การอธิบาย -มีการเปิดเสียงตามสายแนะนำสถานที่ การปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระเบียบการเข้าเยี่ยม -มีการนิเทศรายบุคคลเมื่อมีข้อร้องเรียน และบุคคลที่มีข้อร้องเรียน 2 ครั้งจะถูกพิจารณาความดีความชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> -นิเทศรายบุคคล ไม่พบข้อร้องเรียนในด้านพฤติกรรมบริการซ้ำ

กิจกรรมที่ 3 ทบทวนการส่งต่อ

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.การ Refer	-แนวทางการ refer ไปแผนกอายุรกรรมหัวใจ และ หลอดเลือด	-ไม่พบปัญหาขนะการ Refer และการส่งต่อระหว่าง หน่วยงาน
2.การส่งต่อระหว่างหน่วยงาน	-แนวทางการ refer ไปแผนกศัลยกรรมประสาท -แนวทางการ refer ไปศูนย์โรคมะเร็ง -การประเมินผู้ป่วยก่อนย้ายและขณะย้าย -การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน -การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติก่อนย้าย	

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ที่ชำนาญกว่า

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.Hemodialysis	-หลักการเก็บเลือดเพาะเชื้อจากสาย Double lumen -การพยาบาลผู้ป่วยที่ on double lumen	-สามารถจัดเก็บสิ่งส่งตรวจได้ถูกต้อง
2.CAPD	-การพยาบาลผู้ป่วย Infection CAPD	-ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Hemodialysis และ CAPD
3.CHF	-การพยาบาลผู้ป่วย CHF -แนวทางการรักษาผู้ป่วย CHF	-ผู้ป่วย CHF ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทาง

กิจกรรมที่ 5 ทบทวนการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.การติดเชื้อ CAUTI	-แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ -การติดพลาสติกเฉพาะเพื่อป้องกันการดึงรั้ง -ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	-ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ในหน่วยงาน
2.การติดเชื้อ VAP	-แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ -แนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ -แนวทางการดูแลเสมหะ	-อัตราการเกิด VAP ลดลง

กิจกรรมที่ 6 ทบทวนการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.การบริหารยาผิดพลาด	-แนวทางการบริหารยา HAD -แนวทางการเตรียมจัดแจก และฉีดยา -แนวทางการ double check และการ ระบุตัวบุคคล	-อัตราการเกิดการบริหารยาผิดพลาดน้อยลง

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	-ทำ RCA การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ -แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ -แนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	-อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลง
2.การเกิด Unexpected dead	-ทำ RCA ใน case unexpected dead(Case Severe Sepsis) -แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis -ระบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ MEWS	-ไม่เกิด Unexpected dead

กิจกรรมที่ 8 ทบทวนความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.การ Audit Chart	-หัวหน้าหอ audit 10 chart/เดือน -พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย audit คนละ 2 chart/เดือน -สรุปปัญหาให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข	-ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมากกว่าหรือเท่ากับ 80%

กิจกรรมที่ 9 ทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
1.ทบทวนข้างเตียง	-การทำ C3THER -Case Conference -Nursing round (Quick round)	-1 ครั้ง/เดือน -1 ครั้ง/เดือน -ทุกวันเวรเช้า
2.ระบบ Fast tract	-ทบทวนระบบ Fast tract STEMI -ทบทวนระบบ Fast tract Stroke -ทบทวนแนวทาง Sepsis -ทบทวนแนวทาง Pneumonia -ทบทวนแนวทาง Palliative care	-สามารถปฏิบัติตามระบบ และแนวทางที่กำหนดได้ -ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

กิจกรรมที่ 10 ทบทวนตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
1.อัตราการ re-admit ของผู้ป่วย DM	น้อยกว่า 5%	0	2.59	1.3
2.อัตราการ re-admit ของผู้ป่วย Stroke	น้อยกว่า 5%	0	3.29	3.36
3.อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป	≤ 4:1000 วันนอน	1.94	1.09	6.05
4.อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4	≤ 4:1000 วันนอนเสี่ยง	4.88	6.61	3.61
5.อัตราการติดเชื้อ VAP	≤ 2:1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ	0	0.91	0.55
6.อัตราการติดเชื้อ CAUTI	≤1:1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ	0	0	0
7.อัตราข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	≤0.5:1000 ผู้รับบริการ	0.16	0.11	0
8.ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	≥ 80%	79.51	79.15	75.92

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุประบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการอยู่มีดังนี้

- การวิจัยในหน่วยงานเรื่องการศึกษาสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ร้ายแรง
- โครงการปรับเปลี่ยนระบบเพื่อลดภาระงาน
- โครงการนักสืบความเสี่ยง
- โครงการนาฬิกาใจ ห่างไกลแผลกดทับ
- โครงการ WHAPO Protect VAP
- โครงการผู้ป่วยปลอดภัยเมื่อใส่ใจใช้ MEWS

ตึกอายุรกรรมชาย

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นหน่วยงานคุณภาพคู่คุณธรรม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการพยาบาลทางอายุรกรรมอย่างมีคุณภาพเป็นปัจเจกบุคคลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความต้องการเป็นหลัก
2. มีการทำงานเป็นทีม การให้การพยาบาลแบบองค์รวมมีการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ
3. มีการผสมผสานครอบคลุมการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพโดยยึดมั่นจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นพื้นฐาน
4. มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมาย เพื่อความปลอดภัยบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง
5. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ มีคุณธรรม สุขภาพดีและมีความสุข

ค่านิยม (Core value)

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม

เข็มมุ่ง

Patient Safety Goal

อัตลักษณ์ (Identity)

รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีน้ำใจ

หน้าที่และเป้าหมาย

ความมุ่งหมาย (purpose) ให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมอย่างมีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานวิชาชีพ และคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการเป็นสำคัญเพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด

ขอบเขตการให้บริการ : ให้บริการผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปตั้งแต่แรกรับ ขณะพักรักษาตัว จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอใกล้เคียงและผู้ป่วยที่มีการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการดูแลจำนวน 11 โรงพยาบาล ผู้รับบริการมี ทั้งผู้ป่วยวิกฤติและเรื้อรัง 68.60 คน/วัน อัตราการครองเตียง 190.55% มีผู้ป่วยหนัก/วิกฤติ เฉลี่ย 10 ราย/วัน ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 9 ราย/วัน อัตราตาย(ต่อ 100 ราย) 6.83 โรคที่มีอัตราตายสูงสุด คือ Pneumonia และ 5 อันดับโรคแรกของหน่วยงานได้แก่

5 อันดับโรคแรก อายุรกรรมชาย		5 อันดับโรคเสียชีวิต อายุรกรรมชาย	
ลำดับ	โรค	ลำดับ	โรค
1	Cerebral infarction	1	Pneumonia
2	Gastrointestinal haemorrhage Bacterial Pneumonia	2	Intracerebral haemorrhage Septic shock
3	Pneumonia	3	Septic shock
4	CHF	4	cirrhosis
5	Intracerebral haemorrhage	5	Gastrointestinal haemorrhage

ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤติที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการดูแลและเครื่องมือที่เฉพาะจะย้ายขึ้น ICU อายุรกรรม และกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ผู้ป่วยทางระบบประสาทและสมองจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์และโรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก เนื่องจากไม่มี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางระบบประสาท ศัลยศาสตร์

ผู้รับผลงาน และความต้องการที่สำคัญ

ลูกค้าภายใน

หน่วยงาน	ความต้องการ
1. ฝ่ายเภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - การติดต่อประสานงานที่ถูกต้องและการส่งต่อข้อมูลในหน่วยงาน - ถูกต้อง รวดเร็ว ในการส่งใบสั่งยา - ดูแล Stock ยา และวันหมดอายุของยา - จัดเก็บยาให้ถูกต้อง เป็นระเบียบ และเป็นสัดส่วน - ส่งใบเบิกยาให้ถูกต้องตรงตามเวลา
2. ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้คำแนะนำ ผู้ป่วยให้ถูกต้องและต่อเนื่องจากฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู - มีการประสานงานที่ดี
3. งานชั้นสูตร	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนจากใบ Request และ Specimen - จัดเก็บ specimen ให้ถูกต้อง - การประสานงานที่ดีและการตอบสนองต่อค่า lab วิกฤต

ลูกค้าภายใน

หน่วยงาน

ความต้องการ

4. งานหน่วยฟ้ายกลาง
 - แยกอุปกรณ์ และ set ต่าง ๆ ให้ถูกต้อง
 - ตรวจสอบ รับ/ส่ง อุปกรณ์ Set ต่าง ๆ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน
 - ตรวจสอบวันหมดอายุของ Set ต่าง ๆ
 - รับ/ส่ง ของให้ตรงเวลา
5. แผนกผู้ป่วยนอก
 - มีการประสานงานที่ดี
 - กรณีนำ Chart มาให้แพทย์สรุปหรือลงความเห็นที่ OPD ให้ติดตามเอกสารคืนเพราะอาจสูญหายได้
6. ศูนย์เปล
 - มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มารอรับผู้ป่วยและช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกครั้งที่น่าผู้ป่วยมา admit
 - เตรียมเตียงไว้รอรับผู้ป่วยให้พร้อม
7. งาน x-ray
 - เตรียม chart ให้พร้อมกรณีเจ้าหน้าที่ไป portable ที่ตึก
 - กรณีผู้ป่วยหนักควรมีพยาบาลติดตามมาด้วยทุกครั้ง
 - ให้ความช่วยเหลือ เช่น ช่วยยกตัวผู้ป่วย กรณี Portable
 - ลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ให้เรียบร้อยทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วยไปเอ็กซเรย์
 - เตรียมผู้ป่วยให้เรียบร้อยก่อนส่งไปเอ็กซเรย์
8. ฝ่ายโภชนาการ
 - เบิกอาหารให้ถูกต้องครบถ้วนชัดเจนเป็นปัจจุบัน
 - ช่วยตรวจสอบดูแล้วว่าผู้ป่วยได้รับอาหารถูกต้องครบถ้วนหรือไม่
9. ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
 - การประสานงานที่ดีการใช้คำพูดที่เหมาะสม
 - มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มารอรับผู้ป่วยและช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกครั้งที่น่าผู้ป่วยมา admit
 - ควรมีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในหน่วยงานด้วย

ลูกค้าภายนอก

ด้าน

ความต้องการ

1. บุคลากร
 - มีความรู้ ความสามารถ
 - ให้บริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว
 - มีพฤติกรรมการบริการที่ดี
 - มีความพร้อม มีอัตรากำลังที่เพียงพอ
2. สถานที่ เครื่องมือ
 - สะอาด เรียบร้อย สวยงามเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัย
 - เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ทันสมัย มีคุณภาพ มีความเพียงพอ
 - ความเพียงพอของเตียงรองรับผู้ป่วย ความเพียงพอของอาคารสถานที่
3. ระบบการทำงาน
 - สะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก หลายขั้นตอน

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

หน่วยงาน	ความต้องการกรณีสำคัญ	การประสานงาน
ER, WARD, ICU	ส่งต่อข้อมูลคนไข้วิกฤต	- โทรประสานงานส่งเวร ข้อมูลที่สำคัญ - มีพยาบาลนำส่ง พร้อม monitor
LAB, WARD ศูนย์เครื่องมือแพทย์, Ward	LAB, เลือด ด่วน - ขอเครื่องช่วยหายใจ	- โทรประสาน ดูผลใน hos-xp - โทรประสาน

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน:

ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจสูงสุด

ความท้าทายความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา

ความท้าทายคือความปลอดภัยของผู้รับบริการในการเกิดความเสี่ยงที่สำคัญ คือ การให้ยาผิด การให้เลือดผิด การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อดื้อยา, CAUTI, VAP จุดเน้นในการพัฒนาคือมีแนวทางป้องกันในการเกิดความเสี่ยงที่สำคัญดังกล่าว

1. ความท้าทาย

- 1) ความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของผู้รับบริการ
- 2) การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรัง
- 3) ความสะอาด เพียงพอของอาคารสถานที่
- 4) การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ให้มีความรู้ มีความสุข

2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

- 1) การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
- 2) ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา
- 3) แผลกดทับ
- 4) ข้อผิดพลาดจากการส่งสิ่งส่งตรวจ
- 5) การติดเชื้อ VAP, CAUTI, เชื้อดื้อยา

2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (SpecificClinicalRisk)

- 1) ผู้ป่วยใช้เลือดออกเกิดภาวะ volume overload
- 2) delay resuscitate ในผู้ป่วย sepsis
- 3) ข้อผิดพลาดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(Volume)
- 4) Hypovolumic shock ในผู้ป่วย UGIH
- 5) IICP ในผู้ป่วย Stroke

3. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk)

- 1) เจ้าหน้าที่โดนเข็มทิ่มตำ
- 2) เครื่องมือชำรุด /ไม่พอใช้
- 3) ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ
- 4) ติดเชื้อ TB จากผู้ป่วย
- 5) อัคคีภัย

ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี และเครื่องมือ)

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ปริมาณงาน	ปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
1. ผู้ป่วยทั้งหมด	6,985	7,347	8,100
2. ยอดผู้ป่วยรับใหม่	5,918	6,231	6,881
3. ยอดผู้ป่วยรับย้าย	401	511	487
4. ผู้ป่วยเสียชีวิต	542	425	503
5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลรวม	23,738	22,626	25,038
6. ผู้ป่วยจำหน่าย	6,339	6,741	7,366
7. ผู้ป่วยต่อเตียง	15.08	15.60	17.05
8. ช่องว่างของเตียง	-1.67	-3.19	1.62
9. อัตราการครองเตียง	180.65	172.19	190.55
10. ผู้ป่วยในเฉลี่ยรายวัน	65.04	61.99	68.60
11. จำนวนวันนอน รพ.เฉลี่ย	3.74	3.36	3.40
12. อัตราการตาย(100ราย)	8.55	6.30	6.83
13.Productivity	159.59	182.31	181.87
14.ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย/วัน	7	8	8.59

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

- หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมีจำนวน 36 เตียง เป็นเตียงผู้ป่วยวิกฤต 8 เตียง ห้องแยกโรค 4 ห้อง 8 เตียง
- มีอายุรแพทย์ 10 คน
- พยาบาลวิชาชีพ 24 คน
- พยาบาลเทคนิค 1 คน
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 6 คน
- พนักงานทำความสะอาด 2 คน
- เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญได้แก่
 - Defibrillator 2 เครื่อง
 - เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร 3 เครื่อง
 - EKG 12 Lead 1 เครื่อง
 - EKG Monitor 10 เครื่อง
 - central monitor 12 ตัวรวมศูนย์
 - O2 Sat mobie 3 เครื่อง
 - เครื่องปั่น Hct 1 เครื่อง
 - Ophthalmo scope 1 เครื่อง
 - เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ 5 เครื่อง
 - infusion pump 4 เครื่อง
- มีการนำโปรแกรม Hos-Xp ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้ในการปฏิบัติงานบันทึกข้อมูลให้บริการผู้ป่วย บันทึกข้อมูลความเสี่ยง
- มี Internet สำหรับสืบค้นข้อมูลและสื่อสารข้อมูลงานคุณภาพ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในแผนกโดย E- mail และ Line

ด้าน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
ผู้ปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลเฉพาะทางวิกฤต 2 คน - พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน - 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตรากำลังไม่เพียงพอ - อายุเฉลี่ยพยาบาล 26 ปี ประสบการณ์น้อย - ความเชี่ยวชาญในการใช้ ventilator
เครื่องมือ	<ul style="list-style-type: none"> - มี central monitor 12 ศูนย์ - มี volume ventilator 3 ตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่เพียงพอ
เทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> - มี internet wifi 	<ul style="list-style-type: none"> - สัญญาณไม่ดี

กระบวนการสำคัญ (key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. ประเมินผู้ป่วยแรกรับ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย (Patient Assessment)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสมตลอดเวลา - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และเตรียมความพร้อม ความช่วยเหลือในการให้การรักษาพยาบาลอย่างทันที่ - มีระบบบันทึกการประเมินที่สามารถสื่อสารถึงทีมสุขภาพได้ - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม - ญาติและครอบครัวได้รับการอธิบายผลการประเมินได้อย่างเข้าใจด้วยภาษาที่ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินปัญหาผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์ การเสียชีวิตภายใน 48 ชม. แรกรับ - อุบัติการณ์ การ Refer ภายใน 6 ชม. แรกรับ - อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัว - ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
2. การวางแผนการดูแลรักษา (Planing of Care)	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนการดูแลเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่นผู้ป่วยวิกฤตที่สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ เบาหวาน โรคไต เป็นโรคประจำตัวเดิม - การดูแลเรื่องโภชนาการ การบรรเทาความเจ็บปวด การส่งเสริมการนอนหลับ - ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับทราบถึงแผนการดูแลรักษาและ ข้อมูลที่จำเป็นตลอดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ - อัตราการเกิด Cardiac arrest ในผู้ป่วย
2.1 การดูแลทั่วไป (Care delivery)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม รวดเร็วและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ - ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลในระยะ end of life - ผู้ป่วยหายรอดปลอดภัยจากความเจ็บป่วยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 		<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา - อัตราการติดเชื้อ BSI - อัตราการติดเชื้อ VAP - อัตราการติดเชื้อ CAUTI - อัตราการเกิดแผลกดทับ - อัตราตาย - อัตราการตกเตียง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
2.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	<ul style="list-style-type: none"> - ทีมผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่าง - ทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ 		<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ - ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแลภายใน 4 นาที - อัตราตาย
3.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมสุขภาพ - มีการ Empowerment เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความก้าวหน้าของการรักษาที่เพียงพอ ในการที่ตัดสินใจในการรักษาและสามารถดูแลตนเองและญาติได้ - มีการส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพหรือสหสาขาวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน - อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
4.กิจกรรมคู่ขนาน	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบบันทึก 	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกทางการแพทย์ที่สมบูรณ์ แสดงถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย, คุณภาพ ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน - ร้อยละของการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล=68.50%
- การบริหารการจัดการยา	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมตามแผนการรักษา 		<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ระดับ 3 ขึ้นไป = 2.80:1000 วันนอน
- ระบบการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่ง x-ray	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้ และทักษะในการเก็บสิ่งส่งตรวจได้ถูกต้องและสามารถแปลผล วิเคราะห์สิ่งผิดปกติที่พบเบื้องต้นได้ - มีแนวทางในการเก็บสิ่งส่งตรวจและการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจพิเศษได้อย่างถูกต้อง 		<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการเก็บสิ่งส่งตรวจและการส่ง x-ray

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<ul style="list-style-type: none"> - การบริหารจัดการด้านเครื่องมือ - ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย 	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือมีความเที่ยงตรง พร้อมใช้ตลอดเวลา - เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถและความชำนาญในการดูแลและใช้อุปกรณ์ทางแพทย์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน - สถานที่และสิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัย สะอาดและสะดวกสบายสำหรับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ - มีแผนฉุกเฉินและแนวทางปฏิบัติ 		<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ - อุบัติการณ์การได้รับอันตรายจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ - อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ความไม่ปลอดภัยภายในหน่วยงานกับ ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ - เจ้าหน้าที่เข้าใจและปฏิบัติตามแผน อักศิภัย > 80% - เจ้าหน้าที่เข้าร่วมในการซ้อมแผน อักศิภัย > 80% - ผลการตรวจสอบ 5 ส >80%

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

1. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4

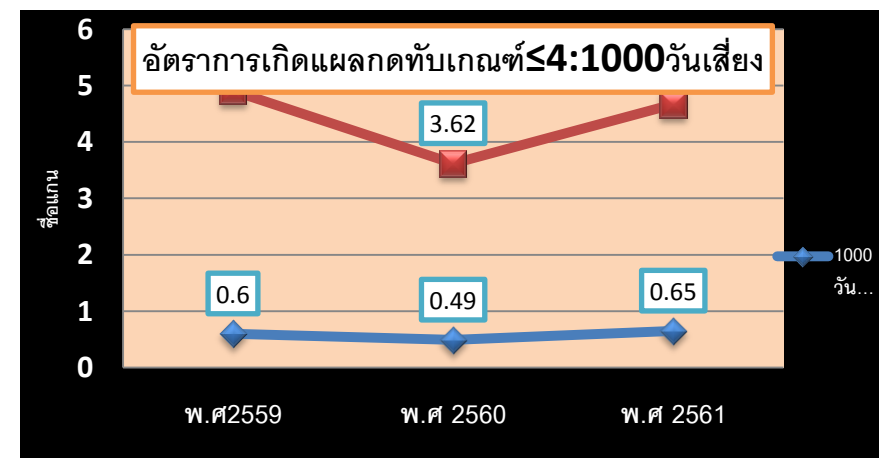
เป้าหมาย ≤ 0.4 : 1000 วันนอน

≤ 4 : 1000 วันเสี่ยง (ลดลง 10%)

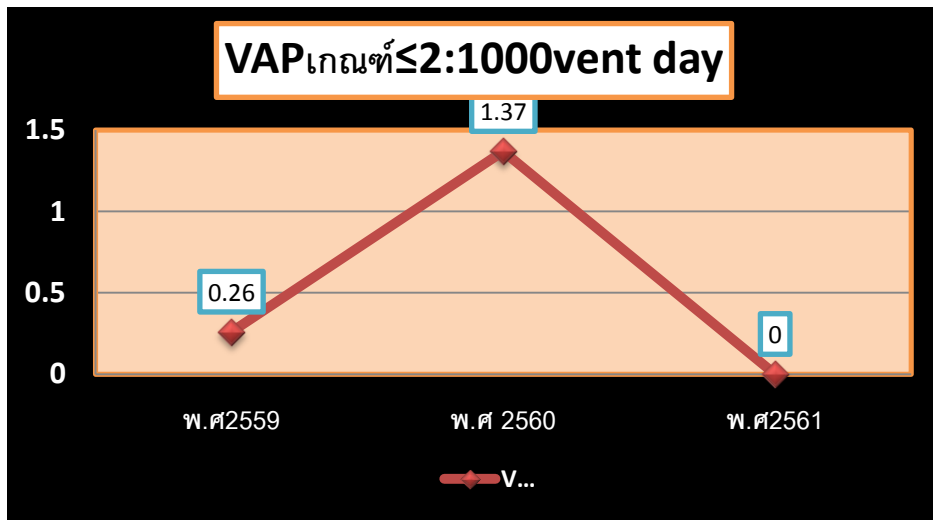
จากกราฟ อัตราการเกิดแผลกดทับ ในปี 2560 มีแนวโน้มลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่ตั้งไว้ปี 2561 เพิ่มขึ้นเนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 10 - 12 ราย/วัน ทางหน่วยงานจึงได้นำผลการปฏิบัติที่ได้มาทบทวนและการเก็บตัวชี้วัดโดยเน้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นและได้การมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับญาติผู้ป่วย

การแก้ไขปัญหา

1. ทบทวนแนวทางและพัฒนาการป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ
2. ชี้แจงการเก็บตัวชี้วัดแบบใหม่ร่วมกับการเก็บแบบเดิมให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง
3. เปิดโอกาสและ Empowerment ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
4. จัดหาอุปกรณ์ที่นอนลมให้เพียงพอกับปริมาณการใช้งาน

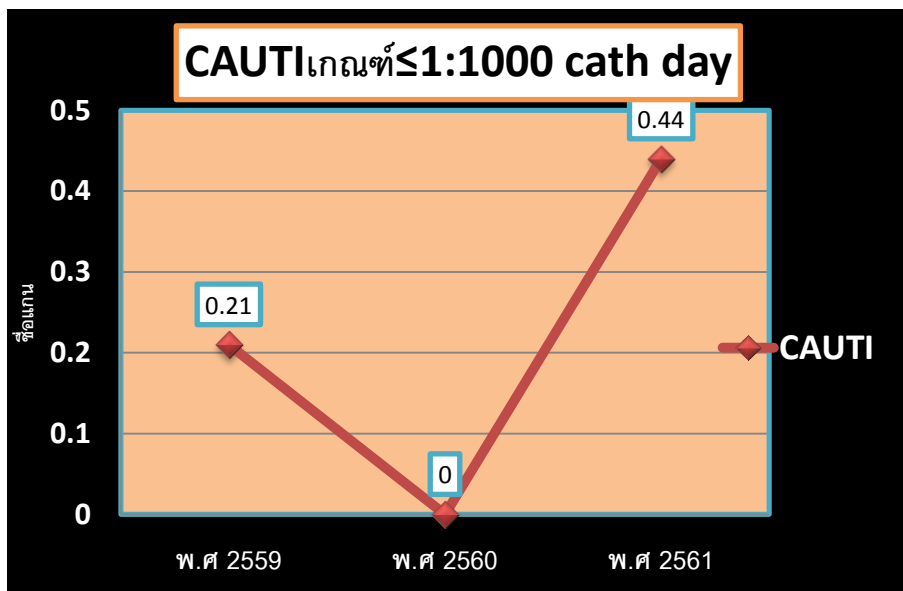


2. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (เกณฑ์ < 2 ครั้ง:1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ)



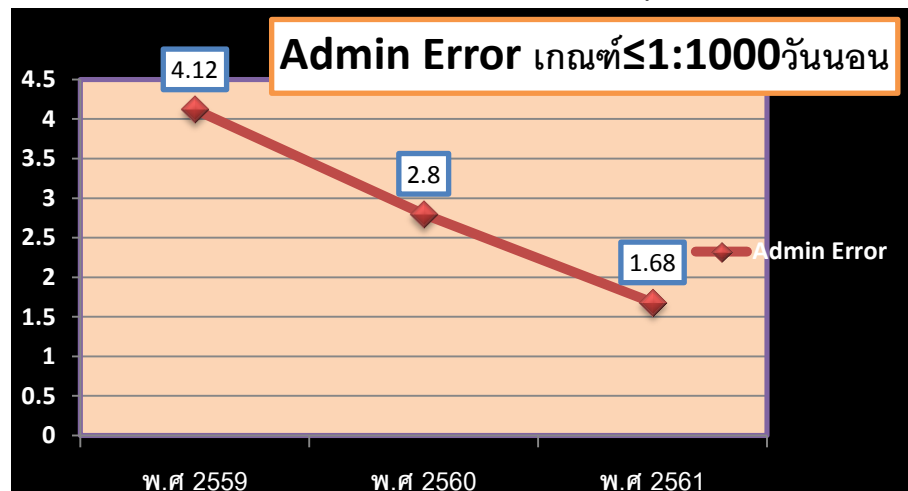
จากกราฟ อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในปี 2559 = 0.26 และเพิ่มขึ้นในปี 2560 = 1.37 เนื่องจากมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิด VAP ไม่ให้ครอบคลุมและครบถ้วน จึงได้มีการนำแนวทาง VAP Bundle โดยใช้ WAPHO มาใช้เพิ่มมากขึ้นและมีการนำระบบนิเทศและ IC Round ทุกวันทำให้การติดเชื้อ VAP ในปี 2561 = 0

3. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน (CAUTI) เกณฑ์ ≤1:1000 Cath day



จากกราฟ อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะไม่เกินเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ทั้ง 3 ปี ในปี 2559มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากเดิมเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดคือการใส่และถอดสายไม่ทำตามข้อบ่งชี้จึงได้มีการติดตามและนิเทศอย่างเข้มงวดและให้มีการใช้ condom แทนในกรณีที่ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ทำให้ในปี 2560 อัตราการติดเชื้อ=0 ในปี 2561 มีการติดเชื้อ CAUTI= 2รายในเดือน ธ.ค. 60 คิดเป็น 0.44 ครั้ง:1000 วันใส่สายสวนจากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยนอนติดเตียง ไม่มีญาติคอยดูแลขับถ่ายอุจจาระบ่อย จึงได้มีการทบทวนและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น หลังจากนั้นปี 2561ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ

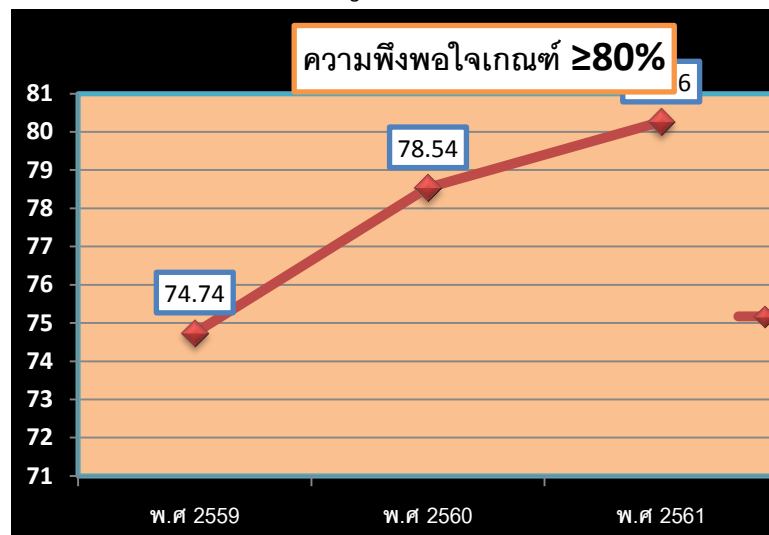
4. อัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาความรุนแรงระดับ3 ขึ้นไป (เกณฑ์ ≤ 1 ครั้ง:1000 วันนอน)



จากกราฟ อัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้แต่มีแนวโน้มลดลงตลอด 3 ปีที่ผ่านมา แต่จากการปฏิบัติงานพบว่าการรายงานความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยามีน้อยกว่าความเป็นจริงจึงได้มีการพัฒนาระบบการบริหารยาและการรายงานความคลาดเคลื่อนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นผลทำให้มีการรายงานข้อมูลได้เพิ่มขึ้นในปี 2559 ความคลาดเคลื่อนที่พบเป็นอันดับแรกคือ การให้ยาผิดขนาด(Right Dose) จึงได้มีการพัฒนาการตรวจสอบการให้ยาทำให้ในปี 2560 และปี 2561 อัตราความคลาดเคลื่อนมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน

5

ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เกณฑ์ $> 80\%$)

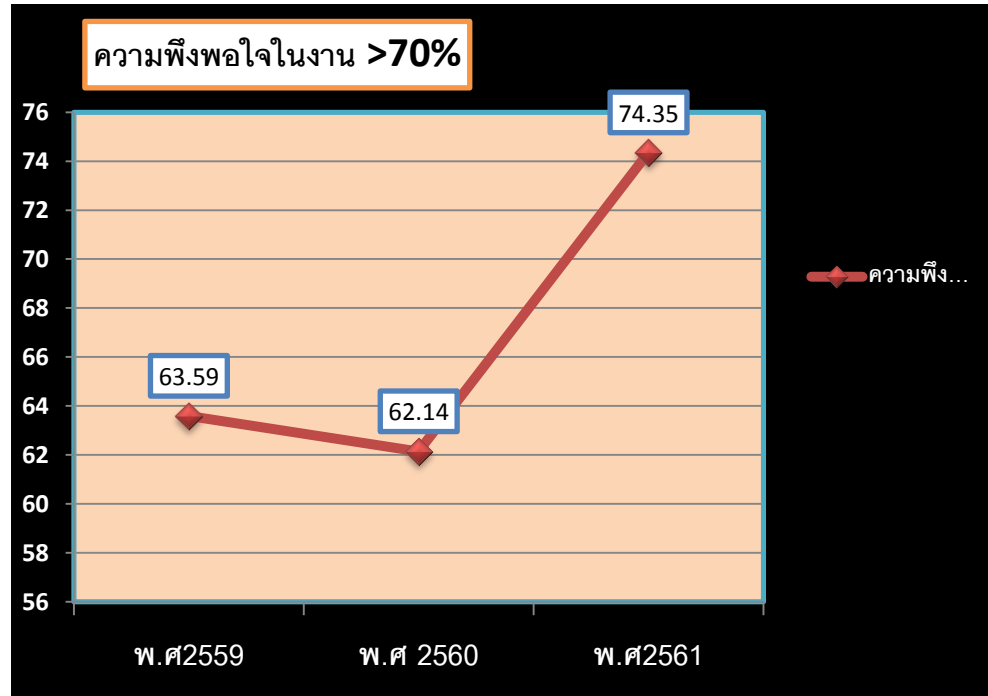


จากกราฟปี 2559และปี 2560 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้มีการปรับปรุงระบบการให้บริการโดยการปรับระบบที่มการพยาบาลเป็น 3 ทีมเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและปรับสภาพแวดล้อมความพร้อมของอาคารสถานที่แต่ด้วยปริมาณของผู้รับบริการที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นทำให้ความพร้อมด้านอาคารสถานที่ไม่เพียงพอและภาระงานที่มากของเจ้าหน้าที่ทำให้การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการล่าช้า พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ให้บริการไม่เหมาะสม ทำให้ความพึงพอใจในระดับดีมากได้แค่ 44.60%

การแก้ปัญหา

1. การจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการโดย
 - จัดพื้นที่หน่วยบริการให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ
 - จำแนกประเภทผู้ป่วยให้ถูกต้องตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยของกลุ่มการพยาบาล
 - เรียกอัตรากำลังเสริมตามเกณฑ์การจัดอัตรากำลังหัวหน้าหน่วยงานวิเคราะห์ภาระงาน (Productivity) ทุกเดือนและนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหารองค์กรพยาบาลพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังเพิ่ม
2. สร้างเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี

6. ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากร (เกณฑ์ $\geq 70\%$)



จากกราฟ ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์ตลอด 2 ปีที่ผ่านมา รายข้อที่ต่ำได้แก่

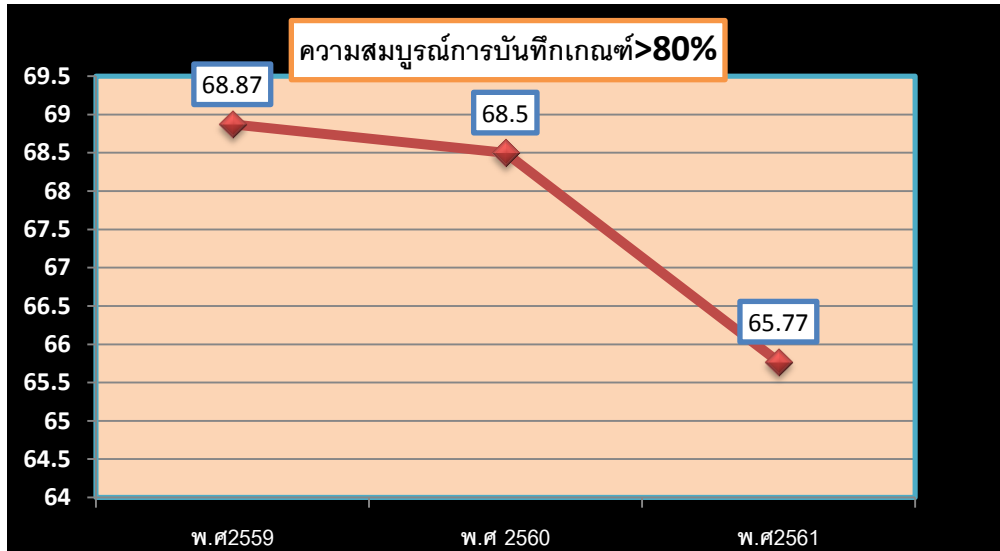
1. ความพึงพอใจต่อการจัดสรรอัตรากำลังในการทำงาน
2. ความพึงพอใจที่มีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงาน
3. ความพึงพอใจที่มีต่อการจัดสภาพแวดล้อม การทำงานที่เอื้อที่การทำงาน อาชีวอนามัย ความปลอดภัย

เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการที่มีจำนวนมากทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมากเกินไป อัตรากำลังเกิดความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงาน ความแออัดของเตียงผู้ป่วย การระบายอากาศ ซึ่งมีผลต่อขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น ในปี 2561

การแก้ไข

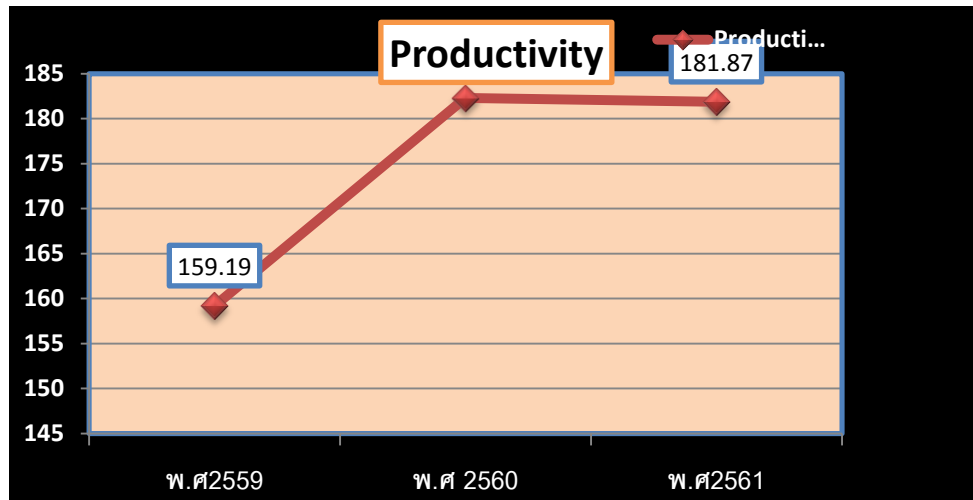
- การจัดอัตรากำลังเสริมตามเกณฑ์
- จัดระบบงานบริการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน
- จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานให้เพียงพอและเหมาะสม

7. ร้อยละความถูกต้องสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ (เกณฑ์ $\geq 75\%$)



จากกราฟจะเห็นได้ว่าร้อยละความถูกต้องของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เนื่องจากปริมาณผู้รับบริการมีจำนวนมากกว่าอัตรากำลังที่ควรจะมีทำให้การบันทึกไม่ครอบคลุมตามปัญหาของผู้ป่วย แนวทางการแก้ปัญหา พัฒนารูปแบบการบันทึกเป็นแบบ Focus charting มีการตรวจสอบการเขียนบันทึก 2 chart//คน/เดือน และกำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคลทำให้ในรอบปี 2561 คะแนนการบันทึกมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นมาเล็กน้อยแต่ในปี 2561 ลดลง จึงได้จัดทำแผนพัฒนาโครงการ เพื่อนช่วยเพื่อน ในปี 2562

8. ผลผลิตทางการแพทย์ (Productivity) เป้าหมาย 80 - 120



จากกราฟจะพบว่าค่าผลผลิตทางการแพทย์มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากได้มีการ ทบทวนและวิเคราะห์ภาระงานทุกเวร ทุกวัน และได้มีการจัดอัตรากำลังเวร standy by เรียก OT ขึ้นตามเกณฑ์พบว่ามีการเรียกทุกเวรที่ได้จัด Standy by ไว้จึงได้นำเสนอ ผู้บริหารทางการแพทย์จัดเป็นอัตรากำลังในเวรปกติตามแผนจึงทำให้ในปี 2559 ค่า ผลผลิตมีแนวโน้ม

ลดลง แต่ในปี 2560 ผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย หายใจเฉลี่ย 8.4 /วันเพิ่มในปี 2561 จึงขอเสนอผู้บริหารจัดอัตรากำลังเพิ่มในเวรเช้า และเวรบ่าย ทำให้ค่าผลผลิตมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย

กระบวนการหรือระบบงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

- ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	-CQI การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	-ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยstroke ร่วมกับ PCT MED และเครือข่าย -จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วย stroke เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน -ปรับปรุงแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยstroke -จัด stroke corner -การใช้โปรแกรม COCส่งเยี่ยมบ้าน	-อัตราการ Re-admit ผู้ป่วย stroke ด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 28 วัน ปี 2559=0.68% ปี 2560= 0.25% ปี 2561=0.35% -ร้อยละผู้ป่วยstrokeสามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน ปี 2559=98.89% ปี 2560=99% ปี 2561= 99%
2	CQI การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก	-จัดทำ early waning signs DHF -จัด zoning สำหรับผู้ป่วยไข้เลือดออกเพื่ออำนวยความสะดวกและเฝ้าระวัง	-อัตราผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต= 0 -อัตราการเกิดภาวะ volum overload =0
3	CQI การดูแลผู้ป่วย เลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบน(UGIH)	-พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้ KPH UGHI SCORE -มีการทำวิจัยและนำผลวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย	-อัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด=0 -Re-bleeding
4	การดูแลผู้ป่วย Alcohol withdrawal	-พัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกับกลุ่มงานจิตเวช -มีการเฝ้าระวังการเกิด Withdrawal โดยมีการประเมิน AWS -วิจัยการใช้แบบประเมินเพื่อป้องกันการเกิด Alcohol withdrawal	-อัตราการเกิด Alcohol withdrawal ลดลง -ผู้ป่วยได้รับส่งเข้าคลินิกอดสุราเพิ่มขึ้น
5	โครงการ CARE เชื้อดื้อยา	-ใช้ CARE ในการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา -จัด Zoning -นวัตกรรมฆ่าเชื้อโรคเชื้อดื้อยา -เพิ่ม waterless ล้างมือทำยเดี่ยว	- อัตราการติดเชื้อดื้อยา 15:1000วันนอน(เกณฑ์<20:1000วันนอน)

- การพัฒนาคุณภาพ ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ
 - การพัฒนาคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาล (Focus charting)
 - โครงการ stroke unit
 - การนิเทศเชิงคลินิก
 - ปรับปรุงภูมิทัศน์ อาคารสถานที่
 - โครงการป้องกันเชื้อดื้อยา (CARE)
 - โครงการเพิ่มสมรรถนะเชิงคลินิกของบุคลากร

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดเน้นในการพัฒนา					
โครงการ/วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด/เป้าหมาย	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
1.การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	-ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งต่อดูแลที่บ้าน	-วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ method Model -ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้ฝ่ายเวชกรรมสังคมในกลุ่มผู้ป่วยที่กำหนด -ติดตามข้อมูลย้อนกลับเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2562	-จนท.อายุรกรรมชาย และฝ่ายเวชกรรมสังคม	-
2.พัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล(Focus charting)	-ร้อยละของคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล>80%	-จนท.ตรวจสอบ เวชระเบียน2ฉบับ/คน/เดือน -นิเทศพูดคุยกับเจ้าหน้าที่กรณีที่ต้องปรับปรุงแก้ไข -ตรวจสอบเวชระเบียนให้คะแนนทุกเดือน ประเมินความก้าวหน้า	ปีงบประมาณ2562	หัวหน้าและเจ้าหน้าที่อายุรกรรมชาย	-

แผนการพัฒนาด้านอื่น

โครงการ/วัตถุประสงค์	จุดเน้นในการพัฒนา				
	เครื่องชี้วัด/ เป้าหมาย	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
3.กิจกรรม 12 ทบทวน	-มีการทบทวน กิจกรรม1 ครั้ง/ เดือนครั้ง	-ทำกิจกรรม 12 ทบทวนเดือนละ 1 ครั้ง -ทบทวนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ	งบประมาณ2562	-เจ้าหน้าที่อายุรกรรมชาย	-
4.การนิเทศทางคลินิก -เพื่อลดการเกิด Unplan ต่าง ๆ	-เพื่อพัฒนา ระบบการนิเทศ เชิงคลินิก ทางการพยาบาล -พัฒนาการ นิเทศเชิงคลินิก รายบุคคล	-จัดทำแนวทางการนิเทศเชิงคลินิกทางการพยาบาล ระดับหน่วยงานและรายบุคคล -ควบคุม กำกับ และติดตามผลลัพธ์ของการนิเทศเชิง คลินิก	ปีงบประมาณ2562	-หนึ่งฤทัยและรองหัวหน้าตึก อายุรกรรมชาย	-

ICU MED

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

วิสัยทัศน์ (Vision)	เป็นหน่วยงานคุณภาพ คู่คุณธรรม เพื่อประชาชนมีสุขภาพดี
พันธกิจ (Mission)	ดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้พ้นภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ผู้ให้และผู้รับบริการพึงพอใจ
ค่านิยม (Core value)	ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม
เข็มมุ่ง	Patient Safety Goal
อัตลักษณ์ (Identity)	รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีน้ำใจ

หน้าที่และเป้าหมาย ความมุ่งหมาย(Purpose)

เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแล รักษา และส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการทำงานร่วมกันของทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด

อัตรากำลัง

บุคลากร พยาบาลวิชาชีพ 19 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน พนักงานทำความสะอาด 2 คน รวมทั้งสิ้น 24คน การกระจายจัดอัตรากำลัง เวรเช้า : ป่าย : ดึก เป็น 5 : 5: 5 ให้การดูแลผู้ป่วยแบบ 1: 2

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

สถิติบริการ	ปีงบประมาณ				
	2557	2558	2559	2560	2561
จำนวนผู้รับบริการ	513	497	479	564	600
อัตรากาครองเตียง	104.97	108.65	105.13	101.62	101.37
อัตราจำนวนผู้ป่วยต่อเตียง	3.25	3.38	3.38	3.74	3.91
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	9.23	9.96	9.93	8.26	7.89
ผลผลิต (Productivity)	97.22	98.54	92.05	99.90	100.35

5 อันดับโรคที่พบบ่อย

ปี 2559

1. STEMI
2. Bacterial pneumonia
3. COPD
4. Acute tubulo-interstitial nephritis
5. CHF

ปี 2560

1. STEMI
2. Pneumonia
3. COPD
4. Acute tubulo-interstitial nephritis
5. CKD

ปี 2561

1. Acute myocardial infarction
2. Pneumonia
3. COPD
4. Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin
5. septicemia

ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

ให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมที่อยู่ในภาวะวิกฤตอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ตลอด 24 ชั่วโมง มีเตียงรับผู้ป่วยหนักได้ 10 เตียง (มีห้องแยกโรค 2 ห้อง) รับผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่มีข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยหนักเข้า ICU ตามศักยภาพโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมือง และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 11 โรงพยาบาล โดยให้บริการรักษาพยาบาลดังนี้

1. ผู้ป่วยหนักที่ต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือดต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการเต้นของหัวใจโดยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ
3. ผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาการไหลเวียนโลหิตต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
4. ผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาการประสานและสมองที่ต้องสังเกตอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด
5. ผู้ป่วยในระบบ Fast Tract STEMI
6. ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลพุทธชินราชและมหาวิทยาลัยนเรศวรและโรงพยาบาลศรีสวรรค์

ผลงาน/ กิจกรรม/ (บริหาร/บริการ/วิชาการ) อยู่ในรูปของคณะกรรมการซึ่งเข้าร่วมตามที่มต่าง ๆ ดังนี้

1. ทีมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (N-QP)
 - ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผลการประเมินภายในหน่วยงาน
 - การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ, โรงพยาบาล
 2. ทีมบริหารทรัพยากรทางการพยาบาล (N-RP)
 - ทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย
 - วิเคราะห์ภาระงานทุกเวรเพื่อจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม
 3. ทีมพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล (N-HD)
 - ประเมินสมรรถนะหลัก และสมรรถนะเชิงเทคนิค
 4. ทีมบริหารและจัดการความเสี่ยง (N-RM)
 - วิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ
 - สรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน
 5. ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(N-IC)
 - ตรวจสอบสุขภาพประจำปี
 - ฉีด Vaccine ไข้หวัดใหญ่
- ปรับปรุง ส่งเสริมพฤติกรรมการบริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ
 - เตรียมแผนเบิก วัสดุ ครุภัณฑ์ ประจำปี
 - จัดอบรมวิชาการภายในหน่วยงาน/อบรมวิจัยนำมาใช้ในงานประจำ
 - จัดทำแผนการดำเนินงานด้านความเสี่ยงปี 2560
 - ทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ VAP, CAUTI
 - กระตุ้นติดตามให้เจ้าหน้าที่ล้างมือ แบบ5 Moment 7 ขั้นตอน

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. ผลงานวิจัย "การใช้โปรแกรมการสื่อสารในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร" รางวัล ผลงานยอดเยี่ยม การนำเสนอผลปากเปล่า การประชุมวิชาการชมรมเครือข่ายวิจัยตรงพยาบาล ครั้งที่ 11 ประจำปี 2561
2. เรื่องเล่าประทับใจ "เก่งให้ ให้เก่ง" รางวัลที่ 2 เรื่องเล่าประทับใจ โครงการผลงานคุณภาพ รพ.กำแพงเพชร 2561
3. นวัตกรรม "ICU 4.0" รางวัลชมเชย นวัตกรรม โครงการผลงานคุณภาพ รพ.กำแพงเพชร 2561

1. ผลงานวิจัย

เรื่อง การใช้โปรแกรมการสื่อสารในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปัญหา/โอกาสพัฒนา

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย หากช่วยเหลือไม่ทัน อาจทำให้เกิดสมองขาดออกซิเจน หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้อาการเจ็บป่วย ทั่วความรุนแรงขึ้น หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ การต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมีผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปอดติดเชื้อที่นำไปสู่การนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว
2. เพื่อตอบสนองความต้องการการสื่อสารของผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. ทบทวนปัญหา สาเหตุ ปัจจัยที่มีผลต่อการดึงท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
3. จัดทำนวัตกรรม โปรแกรมการสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วย ภาพสื่อสารความต้องการ เครื่องมือประเมินความปวด ตักตักปีบ กระดานเขียนสื่อสาร
4. รวบรวมข้อมูล สรุปรวบรวมข้อมูล
5. นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้นำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อพัฒนาการใช้โปรแกรมการสื่อสารในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยที่ใช้และไม่ได้ใช้โปรแกรมการสื่อสาร มีอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 2.7 และ ร้อยละ 18.7 มีสาเหตุการดึงท่อจากความต้องการสื่อสาร ร้อยละ 1.3 และ ร้อยละ 14.7 การใช้โปรแกรมการสื่อสารลดอุบัติการณ์การดึงท่อได้ร้อยละ 21.6 ($p < 0.001$) และลดการดึงท่อจากความต้องการสื่อสารลงได้ร้อยละ 18 ($p < 0.001$)

2. ผลงาน CQI

เรื่อง การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
ปัญหา/โอกาสพัฒนา

1. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์
2. บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย และขาดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระยะ

วัตถุประสงค์

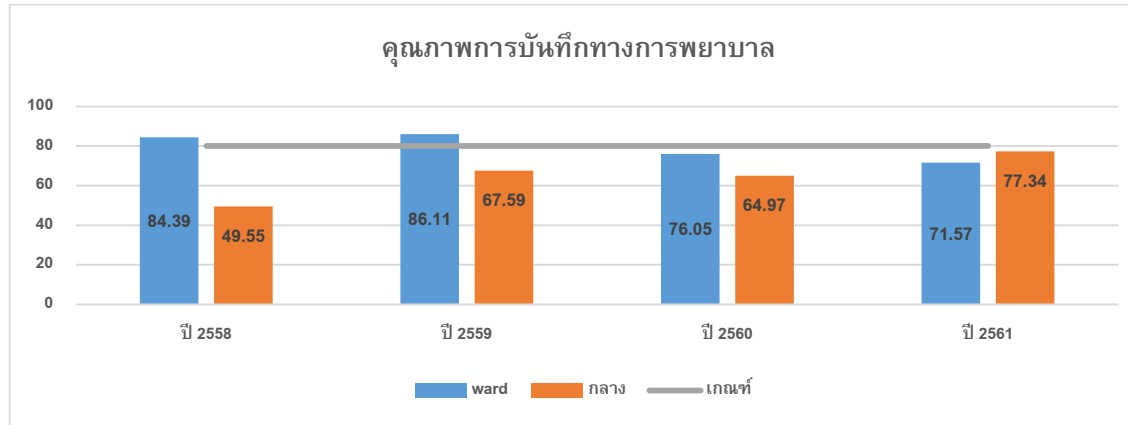
1. เพื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างครอบคลุม ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. เพื่อเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม คะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้น หรือใกล้เคียงกับคะแนนจากคณะกรรมการกลาง

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. ทบทวนข้อมูล ปัญหาที่พบในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
2. จัดทำแฟ้มคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยอ้างอิงจากคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกำแพงเพชร ประกอบด้วยตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแบบฟอร์มต่างๆ ของโรงพยาบาล ตัวอย่างการบันทึก Focus ที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนัก ในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู ระยะจำหน่าย และตัวอย่างการบันทึก Focus ในผู้ป่วย STEMI
3. Audit Chart จำหน่ายทุก Chart ในหอผู้ป่วยโดยพยาบาลเจ้าของไข้ และทำการตรวจสอบซ้ำโดยคณะกรรมการ NQP-R ของหน่วยงาน
4. นิเทศการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นรายบุคคล

ผลลัพธ์

คะแนนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากการประเมินจากคณะกรรมการกลาง NQP-R ร้อยละ 77.34



3. ผลงานนวัตกรรม

เรื่อง ICU 4.0

ปัญหา/โอกาสพัฒนา

1. การวัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของหน่วยงาน มีขั้นตอนในการดำเนินงาน การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผลข้อมูล ซึ่งจะต้องทำซ้ำๆ ในทุกๆ ปี
2. พบความผิดพลาดในการรายงานผลข้อมูล
3. การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ต่างๆ จำกัดอยู่ในวงแคบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดขั้นตอนกระบวนการทำงาน การรวบรวม รายงาน วิเคราะห์ข้อมูล
2. เพื่อลดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านกระดาษ และปรับเปลี่ยนรูปแบบนำเสนองานให้มีความน่าสนใจ
3. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. กำหนดฐานข้อมูลที่จำเป็นทางการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และจัดเก็บข้อมูลผ่านโปรแกรม Excel
2. สื่อสารและรายงานข้อมูล ผ่านทาง Google drive เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสามารถตรวจสอบข้อมูล และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกมากขึ้นในทุกที่ที่มี internet
3. นำเอกสารพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้อง จัดเก็บไว้ใน Google drive และสร้าง QR code และที่อยู่ URL แบบสั้น เพื่อให้ดาวน์โหลดดูผ่านสมาร์ทโฟน หรือจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ได้
4. นำ Google Form มาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลและการประเมินความพึงพอใจนอกเพื่อลดการใช้กระดาษ ลดงานการบันทึกข้อมูลและรายงานผลการประเมินได้ทันที
5. จัดทำแบบทดสอบสมรรถนะเชิงเทคนิคโดยใช้ Google Form พยาบาลสามารถทำแบบทดสอบซ้ำๆ ได้

ผลลัพธ์

หลังจากการนำโปรแกรมต่างๆมาใช้ เพื่อช่วยในการลงข้อมูล วิเคราะห์ มีผลให้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการแต่ละขั้นตอน และงานลดลง ถึงร้อยละ 79.81 ใช้งบประมาณลดลงถึงร้อยละ 94.07 และเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก ง่ายขึ้นถึงร้อยละ 90

แผนการพัฒนาคัดกรอง หน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ปี 2562

1. พัฒนาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และบริหารทรัพยากรด้านบุคคลกรที่มีจำนวนจำกัดให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยในระยะวิกฤต โดยส่งเสริมให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และให้มีความก้าวหน้าตามบันไดวิชาชีพ

2. ความร่วมมือของทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย

3. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอายุรกรรมครอบคลุม ปลอดภัย และทันสมัยได้มาตรฐานระดับสากล

4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมสู่ความเป็นเลิศ

5. พัฒนาคุณภาพตามระบบงาน

- ระบบการให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมทั้งช่องทาง

ด่วนและช่องทางปกติ โดยใช้แนวคิด FASTHUG BANDAIDS

- การพัฒนาการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วย โดยใช้ early warning signs

เฉพาะโรค

- นำระบบ 2P Safety มาใช้อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบสารสนเทศ

- ระบบการจัดการความเสี่ยง

- พัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ

- พัฒนาระบบการจัดเก็บและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ

- พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้

- พัฒนาระบบการติดตามหลังจำหน่ายออกจาก ICU ในกลุ่มเสี่ยงต่อการ Readmit

- เสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและญาติในการมีส่วนร่วมดูแลตนเอง

- พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลและดูแลสุขภาพของครอบครัวญาติผู้ป่วย

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

6. การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศองค์กรให้มีความสะอาด ปลอดภัย สวยงามและเอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีความสุขของบุคลากร ตามนโยบาย Green & Clean

7. การพัฒนาระบบสื่อสารภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

8. พัฒนาระบบการดูแลเฉพาะโรค เฉพาะทาง ตามนโยบายทีม PCT MED ได้แก่ STEMI, SEPSIS, DHF SHOCK, STROKE, TB, PNEUMONIA และ COPD

9. การบริการเชิงรุกโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

10. พัฒนาระบบงานโดยการทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้

เด็กวิกฤต (NICU)

- วิสัยทัศน์ (Vision)** เป็นหน่วยงานที่มีคุณภาพ คุณุณธรรม เพื่อประชาชนสุขภาพดี
- พันธกิจ (Mission)** ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ พร้อมสร้างเสริมสุขภาพ ให้ปลอดภัย ห่างจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ บุคลากรมีความรู้ คุณุณธรรม และมีความสุข
- ค่านิยม (Core value)** ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม
- เข็มมุ่ง** 2 P Safety Goal
- อัตลักษณ์ (Identity)** รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีน้ำใจ

หน้าที่และเป้าหมาย ความมุ่งหมาย (Purpose)

: มุ่งให้การดูแลรักษาพยาบาลส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูทารกแรกเกิดด้วยความรวดเร็วปลอดภัยมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพบิดามารดาและครอบครัวได้รับความพึงพอใจโดยบุคลากรที่มการพยาบาลมีความรู้ทักษะความชำนาญ

ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

- : ให้บริการพยาบาลทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 1 ปี
- : ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชรโดยรับรักษาส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 11 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 38 แห่ง

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ผู้รับผลงาน

ความต้องการ

ลูกค้าภายนอก

ผู้ป่วยและครอบครัว

การได้รับข้อมูลและการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่องความต้องการของญาติได้แก่ความปลอดภัยของทารก การได้รับข้อมูลการรักษาอย่างต่อเนื่องและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษา

โรงพยาบาลที่รับรักษาต่อผู้ป่วย

ต้องการได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดชัดเจนเอกสารครบถ้วน การประสานงานพุดจาที่เป็นมิตร

ลูกค้าภายใน

ทีมแพทย์ที่มพยาบาล

-การประสานงานที่ดี การส่งต่อข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วนโดยการบันทึกข้อมูลทั้งใน flow chart และ nurse's note และการส่งเวรทางโทรศัพท์หากมีการย้ายแผนก

แผนกรังสีวิทยา

มีความต้องการ การประสานงานที่ดี การส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน การต้อนรับที่ดี

แผนกกายภาพบำบัด

มีความต้องการ การประสานงานที่ดี การส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน การต้อนรับที่ดี การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

หน่วยงาน

ความต้องการกรณีสำคัญ

การประสานงาน

แผนกกุมารเวชกรรม

ระบบการรายงานแพทย์โดยในกรณีปกติ

รายงานแพทย์ใช้ทุนเป็นอันดับแรกหากตามไม่ได้หรือถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินมากมีอันตรายถึงชีวิต จะรายงานแพทย์ staff ที่อยู่เวรในวันนั้น

แผนกอื่นๆที่ consult

การส่งปรึกษาเฉพาะทาง

ส่งปรึกษาโดยมีการเขียนใบ consult ส่งตามแผนกที่ต้องการปรึกษาสังกัดอยู่

กุมารเวชกรรม 2

การส่งต่อทารกที่มีอาการดีขึ้น พ้นจากภาวะวิกฤต

เมื่อแพทย์พิจารณาให้ทารกย้ายออก NICU ได้ มีการประสานงานกับหน่วยงานปลายทาง ส่งข้อมูลที่จำเป็นและเอกสารให้ครบถ้วน พยาบาล NICU เป็นส่งทารกไปยังหน่วยงานปลายทาง

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

หน่วยงานเด็กวิกฤตเกิดมีเจตจำนงให้บริการรักษาพยาบาลส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพแก่ทารกแรกเกิดที่ป่วยหรืออยู่ในภาวะวิกฤตโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางภายใต้มาตรฐานวิชาชีพโดยการประเมินและการตอบสนองการดูแลในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจและการให้สารน้ำบิดามารดาและครอบครัวได้รับการเสริมพลังให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถให้การดูแลทารกได้อย่างถูกต้องและมีการวางแผนการจำหน่ายและติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องโดยทีมพยาบาลมีความรู้ทักษะความสามารถ

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ความท้าทาย
 - 1.1 ความรู้ทักษะของบุคลากร
 - 1.2 อัตราการรอดชีวิตเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 1000 gms
 - 1.3 อัตราการตายของทารกแรกเกิด 0 – 28 วัน ลดลง
 - 1.4 การ Refer out ลดลง
 - 1.5 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง
2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)
 - 2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)
 - 1) ETT เลื่อนหลุด
 - 2) ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา
 - 3) ความผิดพลาดเกี่ยวกับการเก็บส่งตรวจ/การรายงานผล
 - 4) Phlebitis/Cellulitis จากการให้ยา HAD, ยาทั่วไป และสารน้ำ
 - 5) การเกิดแผลกดทับ
 - 2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)
 - 1) ROP
 - 2) Pneumothorax
 - 3) BPD
 - 4) Hypothermia
3. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk)
 1. ระบบไฟฟ้าขัดข้อง
 2. ความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์
 3. การเกิดอัคคีภัย (เชิงรุก)

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

หน่วยงานเด็กวิกฤตมีการจัดบริการให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต 8 เต็มซึ่งเป็นที่ต้องได้รับการดูแลติดตามประเมินอาการใกล้ชิดและใช้เครื่องช่วยหายใจและมีการขยายจุดออกซิเจนไปปัลไนด์เพิ่มขึ้นอีกจำนวน 4 จุด เพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ 6 มกราคม 2557

ในแผนกมีการจัดการบริหารดูแลผู้ป่วยเป็นแบบ Total care

อัตรากำลังบุคลากรต่อผู้ป่วย 1 : 2 คน

หัตถการสำคัญในการดูแลรักษาคือใส่เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายสวนหลอดเลือดทางสะดือ การทำ ICD ให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดส่วนกลาง

สถิติบริการ	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
อัตรากำลัง เวิร์เข้า : เวิร์บาย : เวิร์ตัก	5 : 4 : 4	5 : 4 : 4	5 : 4 : 4
ทารกวิกฤตเฉลี่ยต่อเดือน	283	226	244
(ส่วนใหญ่พบเป็น RDS, TTNB, Sepsis, Preterm และ Birth Asphyxia ตามลำดับ)	(9.1 ราย/วัน)	(7.2 ราย/วัน)	(8.12 ราย/วัน)
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	8.07	6.91	6.24
ผลผลิตงานโดยเฉลี่ย (productivity)	92.68	84.98	85.50
อัตราการครองเตียง	98.22	85.79	93.29

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

ด้าน	ศักยภาพ		ข้อจำกัด
ผู้ปฏิบัติงาน	ลักษณะ	จำนวน	ทางหน่วยงานตระหนักและคำนึงถึงประเด็นพัฒนาความรู้ทักษะทัศนคติความเชื่อ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณค่าของทรัพยากรบุคคลให้สามารถตอบสนองความต้องการต่อความคาดหวังของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพโดยมีการจัดปฐมนิเทศและจัดระบบที่เลี้ยงให้แก่พยาบาลวิชาชีพใหม่เป็นระยะเวลา 2 เดือน นอกจากนี้ยังมีการจัด training need ที่เป็นสมรรถนะที่จำเป็น (special procedure) ซึ่งในปีนี้ที่การจัดในลักษณะทางวิชาการคือการดูแลผู้ป่วยที่ให้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูงและ NCPR โดยมีทีมวิทยากรคือพยาบาลที่มีประสบการณ์ ซึ่งในโปรแกรม NCPR พยาบาลผ่านการฝึกอบรมแล้ว 100
	1.พยาบาลวิชาชีพรวมทั้งสิ้น	15 คน	
	- หัวหน้าหน่วยงาน	1 คน	
	- พยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี	4 คน	
	1) พยาบาลวิชาชีพ (กุมารเวชศาสตร์มหาบัณฑิต)	1 คน	
	2) พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง (อบรมพยาบาลทารกวิกฤติ 4 เดือน)	3 คน	
	3) พยาบาลวิชาชีพ (อบรมพยาบาลทารก 1 เดือน)	1 คน	
	- พยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 5 - 10 ปี	5 คน	
	- พยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี	5 คน	
	2.พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (ผ่านการอบรมความรู้ทักษะพื้นฐาน คือ CPR การทำแผนอ็คคิว)	2 คน	
	3.พนักงานทั่วไป	2 คน	
เครื่องมือ	1. Infant Ventilator	8 เครื่อง	- เครื่องมืออุปกรณ์ที่สำคัญดังกล่าวได้รับการดูแลบำรุงรักษา maintenance , calibrate ตามมาตรฐานครบถ้วน (โดยศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์) และในรอบปีที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหาในเรื่องของความเสื่อมสภาพของเครื่อง monitor sat และ set ventilator ขาดบ่อยเนื่องจากอายุการใช้งานที่ยาวนาน - ในกลุ่มของเครื่องมือมีการตรวจสอบประเมินรายวันซึ่งพยาบาลเวรเข้าเป็นผู้ตรวจสอบการใช้งานเนื่องจากในปัจจุบันแนวโน้มการให้บริการเพิ่มมากขึ้นอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นและสำคัญบางชนิดจึงไม่เพียงพอคือ Set ventilator, syringe pump, monitor O ₂ sat ซึ่งได้เสนอให้กลุ่มการพยาบาลและศูนย์เครื่องมือแพทย์จัดซื้อเพิ่ม
	2. Incubator	8 เครื่อง	
	3. Radiant warmer	2 เครื่อง	
	4. LED Photo	4 เครื่อง	
	5. Billiblancket	1 เครื่อง	
	6. เครื่องวัด Microbillirubin	1 เครื่อง	
	7. Pulse oximeter & BP	10 เครื่อง	
	8. Syringe pump	8 เครื่อง	
	9. Defibrillation	1 เครื่อง	
	10. EKG 12 lead	1 เครื่อง	
	11. เครื่องปั่น Hct	1 เครื่อง	
เทคโนโลยี	ปัจจุบันทางโรงพยาบาลได้มีการระบบ Hosxp. มาใช้ในการบันทึกข้อมูล การส่งตรวจต่างๆ		การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญในหน่วยงาน และตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่ทีมสหสาขา กำหนดตามที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานยังคงเก็บด้วยระบบ manual จึงประสบปัญหาการสูญหายของข้อมูล ความล่าช้า และไม่สามารถนำมาประกอบวางแผนการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว และไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่สำคัญแก่หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ในการประสานบริการ ซึ่งยังคงต้องมีการพัฒนาต่อไป

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง:

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

- 1) โครงการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจะมีการเจาะเลือดตรวจตามความสมัครใจของเจ้าหน้าที่แต่ละคน
- 2) มีการส่งเสริมให้ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่กับเจ้าหน้าที่ในแผนกทุกคน
- 3) มีการส่งเสริมการตรวจ ไวรัสตับอักเสบบี และฉีดวัคซีนป้องกัน
- 4) รณรงค์การออกกำลังกาย

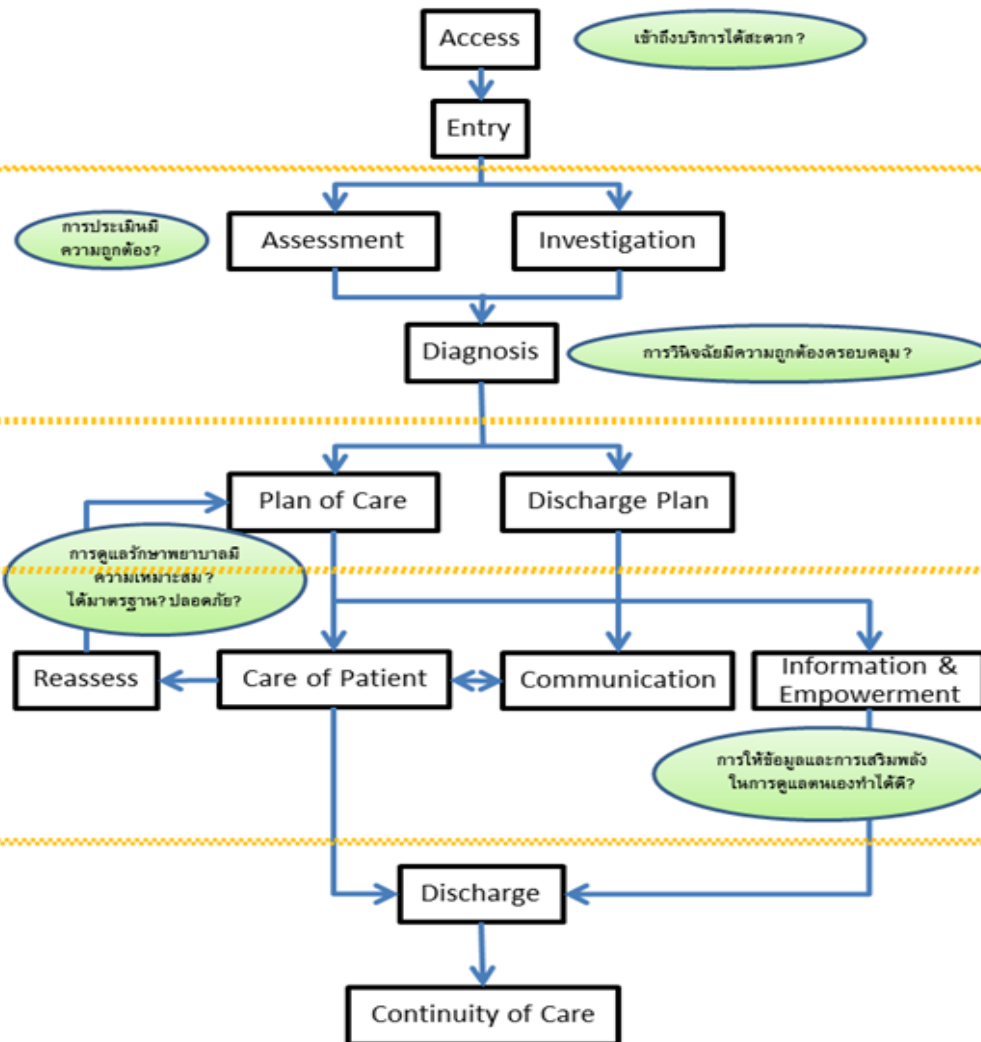
2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ(ทารกและครอบครัว)

- 1) โครงการตรวจประเมินการได้ยินให้แก่ทารกทุกรายที่ได้รับยาฉีด โดยอาจเป็นส่งตรวจแบบผู้ป่วยใน หรือนัดเป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งจะทำทุกราย
- 2) โครงการตรวจการมองเห็น โดยทำในทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนนาน ๆ
- 3) โครงการตรวจ ultrasound สมอ่งในทารกที่น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,500 กรัม
- 4) โครงการ Family support ซึ่งเน้นให้บิดามารดาของผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยมีการพูดคุยกันระหว่างครอบครัว และมีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม ฟัง และเปิดโอกาสให้บิดามารดา ได้มีโอกาสซักถาม และร่วมกันให้คำแนะนำ
- 5) โครงการ สายด่วน โดยเปิดโอกาสให้บิดามารดา ที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับทารกเมื่อรับทารกกลับไปอยู่บ้านแล้ว สามารถโทรศัพท์กลับมาสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3. ประเด็น Holistic Care, Humanized Health Care

- ขาดห้องพักสำหรับมารดาที่อยู่เฝ้าไข้ทารกที่รับการรักษาใน NICU

แผนภูมิกระบวนการทำงานหน่วยงาน NICU (รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน)



KPI ที่เกี่ยวข้อง

- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการเตรียมอุปกรณ์รับไหมเสร็จภายใน 10 นาที หลังจากรับโทรศัพท์แจ้ง
- ความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ > 80 %

- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมินและตรวจร่างกายแรกรับภายใน 4 นาที
- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม
- รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในกรณีเร่งด่วนไม่เกิน 2 ชั่วโมง (พยายามเขียนด่วน)
- การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยครบถ้วน อัตราการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียน > 85%
- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลระดับ E-I

- อัตราตายทารก อายุ 0-1 ปี (3%)
- ประสิทธิภาพของการ CPR > 90%
- ไม่เกิดอัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน
- ร้อยละของผู้ป่วย hypothermia ได้รับการแก้ไขภายใน 1 ชั่วโมง
- อัตราการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
- ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
- ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายได้รับการส่งปรึกษาทางสังคมสงเคราะห์ทุกราย
- จำนวนข้อร้องเรียนของการสื่อสารและพฤติกรรมบริการที่มีต่องาน NICU
- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลระดับ E-I
- อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล > 85%
- เครื่องมือทางการแพทย์ของแผนกได้รับการตรวจเช็คและ maintenance ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- อัตราการเกิด BSI หอผู้ป่วย NICU (0.5:1000)
- อัตราการเกิด ROP stage (3-5) (ร้อยละ 8)
- อัตราการเกิด BPD ในทารกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 25)

- อุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยกลับเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างไม่คาดคิดภายใน 3 วัน (1:100)
- บิดามารดาผ่านการประเมินความสามารถในการดูแลทารก เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Preterm Severe respiratory distress syndrome | 4. Pneumothorax |
| 2. Congenital heart disease | 5. VAP |
| 3. Retinopathy of prematurity | |

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	ประจำปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
KPI หลัก			
1. อัตราตาย			
1) อัตราตายทารก อายุ 0- 28 วัน (4/1,000 การเกิดมีชีพ)	4.81	3.13	4.18
2) อัตราตายทารก อายุ 0- 1 ปี (3%)	1.43	3.81	4.39
2. อัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาที่ระดับความรุนแรงมากกว่าหรือเท่ากับ 3 (5 : 1,000)	7.11	8.66	11.05
3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน			
1) อัตราการเกิด VAP ในทารกที่ใส่ เครื่องช่วยหายใจ (3 : 1,000)	2.34	3.54	0.57
2) อัตราการเกิด BSI หอผู้ป่วยNICU (0.5 : 1,000)	0	0.39	0
3) อัตราการเกิด ROP stage (3-5) (ร้อยละ 8)	18.11	4.03	3.47
4) อัตราการเกิด BPD ในทารกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 25)	7.14	2.93	4.28
4. อัตราการได้รับการตรวจคัดกรอง			
1) อัตราการตรวจคัดกรอง ROP ครั้งแรกตามมาตรฐาน (ร้อยละ 100)	100	100	100
2) อัตราการตรวจ IVH screening (ร้อยละ 70)	100	100	100
3) อัตราการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE) (ร้อยละ 100)	100	100	100
5. อุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยกลับเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างไม่คาดคิดภายใน 3 วัน (1 : 100)	0.40	0.20	0.65
6. อัตราคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (80%)	84.63	84.96	87.52
7. คะแนน Audit chart (75%) ที่มภายในหน่วยงาน	85.38	85.01	76.36
คะแนน Audit chart (75%) ที่มภายนอกหน่วยงาน ทีม Audit กลาง	76.79	68.54	79.98

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ประจำปีงบประมาณ

2559

2560

2561

KPI ย่อย

- ภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลระดับ E-I	0	0	0
- Preventable dead	0	0	0
- จำนวนข้อร้องเรียนของการสื่อสารและพฤติกรรมบริการที่มีต่องาน NICU	0	0	0
- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการเตรียมอุปกรณ์รับใหม่ เสร็จภายใน 10 นาที หลังจากรับโทรศัพท์แจ้ง	100%	100%	100%
- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมิน และตรวจร่างกายแรกรับภายใน 4 นาที	100%	100%	100%
- ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม (80%) ประเมินจากทีมบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	73.74	97.47	80.93
- รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในกรณีเร่งด่วนไม่เกิน 2 ชั่วโมง (พยาบาลเขียนด่วน)	100%	100%	100%
- ประสิทธิภาพของการ CPR > 90%	100%	100%	100%
- ร้อยละของผู้ป่วย hypothermia ได้รับการแก้ไขภายใน 1 ชั่วโมง	100%	100%	100%
- ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายได้รับการส่งปรึกษางานสังคมสงเคราะห์ทุกราย	100%	100%	100%
- เครื่องมือทางการแพทย์ของแผนกได้รับการตรวจเช็คและ maintenanceตามเกณฑ์ที่กำหนด	100%	100%	100%
- บิดามารดาผ่านการประเมินความสามารถในการดูแลทารก เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	100%	100%	100%

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาคุณภาพเครือข่ายการดูแลทารกแรกเกิดภายในจังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยมีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลทารกแก่โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ในจังหวัด
2. ทบทวนกระบวนการดูแล ส่งต่อภายในและการส่งนอกเครือข่ายให้มีคุณภาพมากขึ้น
3. การพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤติ
4. จัดทำ Weaning Protocol เพื่อลดระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจลดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาเช่น ROP BPD Pneumothorax

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ขอบเขตบริการ

ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการบาดเจ็บหลายระบบซึ่งมีปัญหาทางศัลยกรรม ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า และ ศัลยกรรมกระดูกร่วมด้วย ให้บริการผู้ป่วยทั้งหญิงและชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

เจตจำนง

มุ่งมั่นที่จะให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ตามมาตรฐาน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

พันธกิจของหน่วยงาน

1. ให้บริการที่รวดเร็ว และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. สร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามศักยภาพ
3. พัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพของพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีปัญหาซับซ้อนได้

คำขวัญ

ทีมงานดี รวดเร็วปลอดภัย มั่นใจคุณภาพ

อัตรากำลัง

จำนวนบุคลากรของหน่วยงานมีจำนวนทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน (นับรวมหัวหน้าตึก) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน และ พนักงานประจำตึก จำนวน 2 คน

บริบท

ในปี 2561 มีผู้ป่วยที่มารับบริการ จำนวน 2476 ราย จำนวนวันนอน 8,361 วัน จำนวนผู้ป่วยใน โดยเฉลี่ย 22.91 (คน/วัน) มีผู้ป่วยหนักและหนักมาก (ประเภท 4-5) เฉลี่ย 6 คน/วัน และผู้ป่วยปานกลาง (ประเภท 3) เฉลี่ย 7 คน/วัน จำนวนผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยต่อวัน 5.73 ราย อัตราครองเตียง 65.45 (จำนวนเตียง 35) อัตราการใช้เตียง (เทียบเป็นปี) bed turnover rate (case/bed) 63.20 จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรักษาตัว (average length of stay) 3.78 วัน จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย (คน/วัน) 22.91 คน อัตราการตาย (ต่อ 100 ราย) 3.21 (จำนวน 71 ราย) โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ Traumatic Brain Injury, Maxillo - facial Injury, Blunt Chest Injury, Blunt Trauma Abdomen, Fracture Bone การบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบก

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร, บริการ, วิชาการ)

งานด้านการบริหาร

1. จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (Action Plan) จัดทำแผนงบประมาณประจำปี แผนวัสดุครุภัณฑ์สำรวจความต้องการใช้เครื่องมือจัดหาครุภัณฑ์ และวัสดุสิ้นเปลืองให้มีใช้เพียงพอตลอดทั้งปี ได้รับอนุมัติ เครื่องช่วยหายใจ ชนิดปริมาตร 1 เครื่อง เต็มไฟสำหรับใช้กับผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 เครื่อง ปรับปรุงโครงสร้างภายในตึกจัด Zoning สำหรับผู้ป่วยวิกฤต (Lock กลาง 6 เตียง)

2. อัตรากำลัง มีพยาบาลจำนวน 14 คน (ไม่นับรวมหัวหน้าตึก) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน พนักงานประจำตึก จำนวน 2 คน การปฏิบัติงานแบ่งเป็น เวรเช้า : เวรบ่าย : เวรตึก จำนวนอัตรากำลัง พยาบาล (ไม่นับรวมหัวหน้าตึก) มีจำนวน 5 : 3 : 3 ส่วนพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ : พนักงานประจำตึก ปฏิบัติงานเวรเช้าวันราชการ มีสัดส่วน 2 : 2 และวันหยุด 1 : 1 ตามลำดับ มีการสำรองอัตรากำลัง (Stan by) เวรบ่าย 1 คน (พยาบาลหรือพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้)

การจัดอัตรากำลัง กำหนดให้มีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ขึ้นปฏิบัติงานครบทุกเวร อย่างน้อย 1 - 2 คน มีการคิดค่าผลผลิตของงาน (Actual productivity) แต่ละเวรโดยการลงข้อมูลในโปรแกรมการจำแนกประเภทผู้ป่วย และ E-daily ค่าผลผลิตของงานเฉลี่ยทั้งปี (productivity NA-no HW) เท่ากับ 129.48 %

3. มีการประเมินสมรรถนะหลัก (Core competency) 2 ครั้ง/ปี ผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ทุกคน (ครบ 100%) และมีการประเมินสมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical Competency) จำนวน 2 เรื่อง โดยการสอนและทำแบบทดสอบ (การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร และการบาดเจ็บของทางเดินปัสสาวะทางศัลยกรรม)

4. การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการงานพัฒนาคุณภาพงานของกลุ่มงานการพยาบาล และโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการ NSO, N - QP, N - RP, N - RM, N - IC, PCT ศัลยกรรม, PCT Ortho, PCT EENT, คณะกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา, เลขา PCT ศัลยกรรมและทีมนำคุณภาพ (Lead Team) มีการรายงานข้อมูล ปัญหา และแนวทางแก้ไขโดยสรุปให้ที่ประชุมประจำเดือนรับทราบ

5. มีการนิเทศ ติดตาม กำกับดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าทีมรับผิดชอบเฉพาะด้าน (N - team ต่าง ๆ) และนำเสนอทีมเพื่อแก้ปัญหาภาพรวม มีการประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลงานผู้ป่วยในของกลุ่มการพยาบาล (1 ครั้ง/ปี) ผลการประเมิน 61.4% ผ่านเกณฑ์การประเมิน

มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรพยาบาลเฉลี่ย 68.15% และความผูกพันต่อองค์กรพยาบาลเฉลี่ย 72.17%

งานด้านการบริการ

1. มีการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการ สรุปผลทุก 3 เดือน ผลการประเมินเฉลี่ยทั้งปี ดังนี้ คะแนนความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยและญาติ คิดเป็น 85.54% และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลภาพรวม คิดเป็น 87.75 % โดยมีคะแนนมากที่สุด คือ ความตั้งใจของพยาบาลที่จะให้บริการ (คิดเป็น 87.91%)

2. มีการทบทวนคุณภาพงานบริการ ได้แก่ การทำ 12 กิจกรรมทบทวน ทบทวนทางคลินิกกับทีม Adverse Event (AE) ทุก 2 เดือน และทบทวนการเสียชีวิตกับทีม MM Conference ทุก 1 เดือน มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด จำนวน 935 ครั้ง ความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ ระดับ B คิดเป็น ร้อยละ 63.31ระดับ G - I จำนวน 5 ครั้ง มีการทบทวนและทำ RCA เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ความเสี่ยงทางคลินิกที่พบสูงสุด คือ ข้อผิดพลาดในการให้/บริหารยา (Administration Error) คิดเป็นร้อยละ 23.52 พบบ่อยเรื่อง Right Dose

3. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer Out ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (Severe Head Injury) มีระบบการปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาท โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์โดยตรง ตลอด 24 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อได้ภายในเวลา 60 นาที (นับเวลาที่ศัลยแพทย์ระบบประสาทรับ Case ถึงเวลานำผู้ป่วยออกจากเตียง) คิดเป็น 61.68 % ส่วนผู้ป่วยที่ใช้เวลาเกิน 60 นาที ส่วนใหญ่เกิดจาก รอพยาบาล refer ครบ 2 คน ก่อนออก refer ส่วนการทำหัตถการก่อน refer ได้แก่ ใส่ ET tube ,จำนวนน้อย และผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งรักษาต่อ (ปริมาณเลือดออกไม่มาก ไม่ต้องรักษาด้วยวิธีการทำผ่าตัดสมอง และรายมีความเสี่ยงสูง/โอกาสรอดชีวิตน้อยมาก) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการส่งต่อของปี 2561 คือ 68.75 นาที ในเดือน กรกฎาคม 2561 มีประสาทศัลยแพทย์ 1 คน แพทย์ทำผ่าตัดผู้ป่วยในหน่วยงาน จำนวน 11 ราย ช่วยลดจำนวน refer out ลง จากเดิม 10 - 15 รายต่อเดือน ลดลงเหลือ 5 - 6 รายต่อเดือน

4. การติดตาม ผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน ดังนี้

NO	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
1	อัตราการตายรวม	<3%	3.65	3.38	3.21
2	อัตราการตายผู้ป่วย HI	<5%	3.00	3.50	4.13
3	อัตราการตายจากอุบัติเหตุของผู้ป่วย ภายใน 24 ช.ม.หลัง admit	<30%	3.12	3.41	2.02
4	ร้อยละผู้ป่วยได้รับการส่งต่อภายใน 60 นาที ภายหลังปรึกษาประสาทศัลยแพทย์	>80%	79.41	61.09	68.75
5	อัตรา re - admit ผู้ป่วย Mild HI และผล CT ผิดปกติ	≤ 2	0.83	0.31	0.25
6	อัตราการติดเชื้อที่แผล ICD	0	0	0	0
7	อัตราการใส่ท่อระบายทรวงอกซ้ำ	≤4 ครั้ง : 1000 วันคา	0	0	0
8	อัตราการติดเชื้อแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	≤50%	0	0	0
9	อัตราการเกิด VAP	≤4 ครั้ง:1000วันคา	0.65	3.97	0

NO	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ประจำปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
10	อัตราการเกิด CAUTI	≤2 ครั้ง:1000วันคา	0.6	2.81	1.48
11	อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4	<4 ครั้ง:1000 วันเตียง	2.96	3.84	3.52
12	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ≥ ระดับ 3	≤4 ครั้ง:1000วันนอน	1.73	0.50	1.77
13	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥80	83.42	84.74	85.54
14	คะแนนบันทึกทางการแพทย์ - คะแนน ward	≥75	73.29	55.27	69.50

งานด้านวิชาการ

1. พยาบาลได้รับการอบรม ครบ 10 วัน/คน/ปี คิดเป็น 100% และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานประจำตึก อบรมครบ 5 วัน/คน/ปี คิดเป็น 100%
2. ส่งพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ (ระยะสั้น 4 เดือน)
3. การอบรมวิชาการที่สำคัญ ได้แก่ การจัดอบรมของ PCT ศัลยกรรม เรื่อง โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การดูแลบาดแผลและออสโตมี และเป็นวิทยากรร่วมนำเสนอเรื่อง การดูแลแผลไหม้ น้ำร้อนลวก, เป็นคณะกรรมการจัดอบรมโครงการ MIS เขต 3, การประชุมเชิงปฏิบัติการ การรับบริจาคอวัยวะสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
4. มีการทบทวนความรู้ทางวิชาการเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในงาน ได้แก่ HI และ Thoracic Injury โดยแพทย์ มีการประเมิน technical competency 2 เรื่อง ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และ HI โดยพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพกิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อไป ในปี 2562

1. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดสมอง
2. ติดตาม การรายงานและทบทวนตัวชี้วัดที่สำคัญให้ทันเวลา
3. การพัฒนาสมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical competency) เพื่อให้พยาบาลทุกคนสามารถให้บริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่มีปัญหาซับซ้อนได้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดสมอง และดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรได้ตามมาตรฐาน
4. การจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย และพร้อมดูแลผู้ป่วยวิกฤตภายในหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. การคิดค้นนวัตกรรม งานวิจัย หรือโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี

ตึก Sub ICU (Intermediate care unit)

วิสัยทัศน์

เป็นหน่วยงานที่เป็นเลิศระบบฉุกเฉิน เทคโนโลยีทันสมัย เชื่อมโยงเครือข่ายปฐมภูมิ พัฒนาคคุณภาพระดับ Advance

พันธกิจ

ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหญิงและชาย อายุ 15 ปี ขึ้นไปให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตอย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐาน ที่ถูกต้อง มีเทคโนโลยีทันสมัย มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและตรวจสอบได้ ปลอดภัยจากความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆรวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้การดูแลอย่างเสมอภาคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered) บนพื้นฐานแห่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (humanized care) ครอบคลุมองค์รวม และ 4 มิติเชื่อมโยงเครือข่ายปฐมภูมิ ญาติและผู้ป่วยพึงพอใจในบริการ

ขอบเขตการให้บริการ

รับผู้ป่วยใหม่จาก OPD, ER และรับย้ายผู้ป่วยจากทุกหอผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางอายุรกรรม

อัตราบุคลากร

มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 42 คน ประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	35	คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	จำนวน	6	คน
คณงาน	จำนวน	2	คน

จำนวนเตียง จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ จำนวน 21 เตียง

ผลงาน/กิจกรรม

ด้านบริหาร

1. มีการจัดทำแผนพัฒนาหน่วยงาน ได้แก่ แผนพัฒนางานบริหาร นโยบาย ระเบียบปฏิบัติตามกำหนด แผนพัฒนางานบริการ QA, HPH, IC, แผนพัฒนาบุคลากรแผน อัตรากำลัง แผนงบประมาณ แผนกลไกการติดต่อสื่อสาร แผนพัสดุ ครุภัณฑ์ แผนนิเทศ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และสถานที่ แผนอุบัติเหตุหมู่ของหน่วยงาน แผนอัคคีภัยของ หน่วยงาน แผนขอเครื่องมือทางการแพทย์เพิ่ม และแผน 5 ส. ปีละ1 ครั้ง
2. จัดการองค์กรและบริหารองค์กรให้เหมาะสมชัดเจน กำหนดโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานบริการให้ชัดเจน กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และหน้าที่รับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น Job description, Job specification, Job Assignment ของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยงาน Leader Member ผู้ช่วย เหลือคนใช้ และพนักงานทำความสะอาด กำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
3. จัดการทรัพยากรบุคคล จัดอัตรากำลังคน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและความเพียงพอของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบ ตามกำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
4. จัดการสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ให้มีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อ มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้อย่างเหมาะสม มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม สะอาดและเป็นระเบียบ ปลอดภัยต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ จัดระบบ 5 ส. ทำแผนรับอัคคีภัย จัดระบบซ่อมบำรุง ประเมินปัญหาด้านอาชีวอนามัย
5. จัดการเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆให้มีเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานมีหลักเกณฑ์และกลไกการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ในการให้บริการ จัดอบรมการใช้เครื่องมือพิเศษ ให้มีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี จัดระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น ให้พร้อมที่จะใช้ในการให้บริการได้ ตลอดเวลา จัดระบบบำรุงรักษา และตรวจสอบเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
6. ควบคุมกำกับ การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพื่อให้บริการ 24 ชม. ทุกเดือน
7. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน ประชุมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ตัวแทนเจ้าหน้าที่เข้าประชุมร่วมกับฝ่ายการพยาบาล (Matrix) ประชุมร่วมกับทีมคร่อมสายงาน ประชุมร่วมกับกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามกำหนด
8. พัฒนากลไกการสื่อสาร การประสานงานเจ้าหน้าที่
9. ติดตามผลการประเมินผลงานเจ้าหน้าที่ เพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงาน
10. ติดตามผลการประเมินตัวชี้วัดของหน่วยงานที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ วิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
11. ควบคุมและติดตาม ระบบการรายงานความเสี่ยงต่าง ๆ และนำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
12. ประเมินผลบุคลากรเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน 2 ครั้ง/ปี
13. สร้างขวัญและกำลังใจ บรรยากาศในการทำงาน
14. ประเมินบรรยากาศในหน่วยงาน1 ครั้ง/ปี ดูแล สวัสดิการในหน่วยงานทุกเดือน

ด้านบริการ

1. ควบคุมและตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย มีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพโดยใช้แบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยหนัก ควบคุมตรวจสอบการเขียนบันทึกทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐานโดยใช้กระบวนการพยาบาลสรุปประเมินผลการตรวจแจ้งให้เจ้าของหน่วยงานทราบในที่ประชุมประจำเดือน เพื่อปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง
3. ตรวจสอบการเก็บขยะ ทิ้งขยะ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน
4. ฝ้าระวังการติดเชื้อ Target Surveillance CAUTI, VAP, BSI
5. พัฒนาระบบการป้องกัน การเกิดความปลอดภัยเนื่องจากการบริหารยา
6. จัดทำนาฬิกาปลุกตะแคงตัวและจัดหาอุปกรณ์ที่นอนไฟฟ้าให้เพียงพอ
7. สำรวจและวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการทุกเดือน
8. มีการเปิดดนตรีเพลงบรรเลงเบา ๆ สำหรับผู้ป่วยทุกเวรเพื่อให้ผู้ป่วยได้คลายเครียดและส่งเสริมการนอนหลับ
9. มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
10. จัดทำแผนการบำรุง รักษา อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์
11. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการทุกคนร่วมกันปรับปรุงแผนเพื่อการพัฒนา
12. เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริการของหน่วยงานทุกเดือน และเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ของฝ่ายการพยาบาลทุกเดือน
13. พัฒนาปรับปรุงงาน 5 ส. BIG Cleaning ประจำปี Big Cleaning ทุกเดือน ในวันเสาร์สัปดาห์ที่ 4 ประจำเดือน และดูแลความสะอาดตามพื้นที่ที่ได้รับทุกวัน มีการตรวจสอบ 5 ส.
14. ฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกวัน ความเสี่ยงระดับ 1 – 4 ส่งทุกวันจันทร์ ระดับ 5 ขึ้นไปส่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ บันทึกรายงานตัวชี้วัดของหน่วยงานทุกวัน บันทึก IC ประจำเวรทุกเวร รายงานยอดผู้ป่วยประจำเดือนทุกวันที่ 20 ของเดือน นำข้อมูลสถิติที่จัดเก็บมาวิเคราะห์
15. วิเคราะห์รายงานความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ทุก 3 เดือน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการรวมร้อยละ
16. จัดทำแนวทางในการรับและการย้ายผู้ป่วย แนวทางการเรียก OT จุกฉีดยา
17. จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน และมีแผนสำรองเครื่องมือ อุปกรณ์ของหน่วยงาน
18. มีการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยและนำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
19. จัดหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติโดยจัดให้มีห้องพระไว้สำหรับกราบไหว้บูชาและเป็นห้องสุขใจรายงานข้อมูล สถิติ และตัวชี้วัดของหน่วยงานส่งศูนย์ข้อมูลทุกวันที่ 21 ของเดือน

ด้านวิชาการ

1. มีการจัดเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในเรื่องวิชาการสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่โดยจัดอบรมวิชาการ ก่อนการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรครบ 100%
2. สนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมประชุม อบรม ทั้งในและนอกโรงพยาบาล 10 วัน / คน / ปี
3. จัดให้เจ้าหน้าที่เป็นวิทยากร ในการสอน/ถ่ายทอดความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มและทบทวนความรู้ ความสามารถ ตามความเหมาะสม
4. สำรวจความต้องการเกี่ยวกับความรู้และความต้องการศึกษาต่อทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาวในหน่วยงาน/ในโรงพยาบาล/ภายนอกโรงพยาบาล/ศึกษาดูงาน
5. เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยได้รับการอบรม 10 วัน/คน/ปี RN รวม 35 คนผ่านการอบรมครบ คิดเป็นร้อยละ 88.91
6. มีการ Pre-Post Conference วิชาการทุกเช้าหลังรับเวร
7. ทำ case Conference ทุกวันพุธ และทำ Journal club 2 ครั้งต่อเดือนในวันศุกร์
8. มีการปรึกษาปัญหาพัฒนาคุณภาพงานทุกวันเวรเช้าโดยหัวหน้าเวร

เครื่องชี้วัด

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	หน่วย	ประจำปีงบประมาณ		
			2559	2560	2561
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ราย	836	1,253	1,412
2	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย	ราย/วัน	21.70	21.46	19.52
3	อัตราการครองเตียง	ราย/วัน	95.49	102.20	92.94
4	ช่องว่างระหว่างเตียง (Turn over interval)	วัน/เตียง	-0.44	-7.15	0.46
5	จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรักษาตัว (Average length of stay)	ราย/วัน	13.55	7.83	6.02
6	อัตราการใช้เตียง	ราย/เตียง	27.90	47.81	56.33
7	ผลผลิตทางการพยาบาล (Productivity)	ร้อยละ	98.42	104.94	89.40
8	อัตราการตาย (ต่อ 100ราย) (Death rate)	ต่อ 100ราย	13.04	12.35	12.76

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	หน่วย	ประจำปีงบประมาณ		
		2559	2560	2561
1. อัตราความคลาดเคลื่อนในการให้ยา / เลือด / สารน้ำความรุนแรง >3	4 ครั้ง : 1,000 วันนอน	6.42	12.77	6.93
2. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4	04 : 1,000 วันนอนเสี่ยง	10.04	6.36	7.69
3. อัตราการเกิด Pneumonia ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ 1,000 วันนอน (VAP)	4 ครั้ง : 1,000 วันใส่เครื่อง	0.61	1.60	0.47
4. อัตราการเกิด UTI ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ต่อ 1,000 วันนอน (CAUTI)	3 ครั้ง : 1,000 วันใส่สายสวน	2.61	2.08	0.26
5. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (บันทึกทางการแพทย์พยาบาล)	>75%	83.04	75.09	69.36
6. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	< 0.5 : 1000 ผู้รับบริการ	0	0	0.70
7. ระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการในหน่วยงาน	>80%	83.04	85.75	85.57
8. ร้อยละการกลับมา Admit ภายใน 3 วัน	0	0	0	0
9. อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	10 : 1,000 วัน on ETT	6.72	9.35	4.58

สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์

1. โครงการ Palliative and End of life care

จุดประสงค์ :

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวและญาติ
2. เพื่อบำบัดดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ
3. สนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และญาติเพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีและเหมาะสม
4. เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและความผิดปกติที่ผู้ป่วยประสบอยู่
5. เพื่อเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งของครอบครัว (Empowerment)

เป้าหมาย : - อัตราความพึงพอใจ > 85%

ผลการดำเนินการ

- ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 85.57%

2. โครงการกวาดล้าง CAUTI IN IMCU

จุดประสงค์ : ลดอัตรา CAUTI และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เป้าหมาย : 3 ครั้ง : 1,000 วันใส่สายสวน

ผลการดำเนินการ : อัตรา CAUTI ลดลง จากเดิม 2.08 เป็น 0.26 (ลดลงจากเดิมร้อยละ 87.5)

3. โครงการลด VAP

จุดประสงค์ : ลดอัตรา การเกิด VAP

เป้าหมาย : 4 ครั้ง : 1,000 วันใส่เครื่อง

ผลการดำเนินการ : อัตรา VAP จากเดิม 1.60 เป็น 0.47 (ลดลงจากเดิมร้อยละ 70.62)

4. โครงการหลับสบายไร้รอยแผล

จุดประสงค์ :

1. ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ 2 – 4
2. มีการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการทำงานเป็นทีม
3. ดูแลและลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
4. ผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่มีความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

เป้าหมาย : 4 : 1,000 วันนอนเสี่ยง

ผลการดำเนินการ : อัตราการเกิด แผลกดทับระดับ 2 - 4 เป็น 7.69