

รายงานประจำปี ๒๕๕๖

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วิสัยทัศน์
- 0 -
2007
+ 1000 +
2013



งานศูนย์ข้อมูลสุขภาพสารสนเทศ

ศูนย์บริหารจัดการระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

โทร 055-714221-5 ต่อ 1401-1402

<http://www.hosp.kamphaengphet.go.th>



คำนำ

ด้วย โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดกำแพงเพชร มีขนาดเตียงจำนวน 410 เตียง ทำหน้าที่ให้บริการ ด้านสาธารณสุข แก่ประชาชน ในด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนบริการ ด้านการศึกษาวิชาการ งานวิจัย ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการทั้งภายในและ ภายนอกโรงพยาบาล ดังนั้น ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีความสำคัญ ที่จะพัฒนางานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการติดตาม ประเมินผล ปรับปรุง พัฒนางาน ด้านบริหาร บริการ วิชาการ ได้เป็นอย่างดี

รายงานประจำปี 2556 โรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำเพื่อเผยแพร่ผลการ ปฏิบัติงานรวมทั้งกิจกรรม ซึ่งรวบรวมข้อมูลและสถิติต่าง ๆ เช่น ข้อมูลการให้บริการ สถิติโรค สถิติการเสียชีวิต สถิติการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่สามารถอ้างอิง สืบค้นและเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางาน รวมทั้งการวางแผน พัฒนาการบริการ วิชาการและการบริหารได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนางานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งใน ด้าน การติดตาม ประเมินผลและปรับปรุง

โรงพยาบาลกำแพงเพชร หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานประจำปี 2556 ที่ได้รวบรวมกิจกรรมและผลการดำเนินงานต่าง ๆ ของหน่วยงาน จะเป็นประโยชน์ต่อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นพัฒนางาน ด้านบริหาร บริการ วิชาการ ได้เป็นอย่างดี

(นางรจนา ขอนทอง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร





สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ส่วนที่ 1	
ข้อมูลจังหวัดกำแพงเพชร	1
ส่วนที่ 2	
ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร	8
คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลกำแพงเพชร	11
ผังโครงสร้างของโรงพยาบาลกำแพงเพชร	12
โครงสร้างความรับผิดชอบและการประสานงาน/สร้างเสริมสุขภาพ	13
รายละเอียดห้องตรวจโรคตามสาขาวิชา	14
อัตรากำลังบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร	15
สรุปสถานการณ์รายรับ-รายจ่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร	16
นโยบายการพัฒนาบริการโรงพยาบาลกำแพงเพชร	18
ส่วนที่ 3	
สถิติการให้บริการด้านบริการรักษาพยาบาล	
⇒ ข้อมูลสถิติการให้บริการประจำปีงบประมาณ 2554 – 2556	21
⇒ ตารางเปรียบเทียบการให้บริการผู้ป่วยนอก - ใน	22
⇒ ตาราง 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก - ใน	23
⇒ ตาราง 10 อันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก (รง.504) – ใน (รง.505)	24
⇒ ตาราง 10 อันดับสาเหตุการตาย – ตาราง 10 อันดับผ่าตัดใหญ่	25
⇒ ตาราง 10 อันดับโรค Refer – in ผู้ป่วยนอก - ใน	26
⇒ สรุปสถานพยาบาล Refer – in ผู้ป่วยนอก - ใน	27
⇒ ตาราง 10 อันดับโรค Refer – Out ผู้ป่วยนอก - ใน	28
⇒ สรุปสถานพยาบาล Refer – Out ผู้ป่วยนอก - ใน	29
⇒ รายงานการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่นของการบาดเจ็บจาก 19 สาเหตุ	30
⇒ การติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่ง และสาเหตุของการติดเชื้อ	31
⇒ สรุปผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์	32





สารบัญ

หน้า

ส่วนที่ 4 ผลการปฏิบัติงานและกิจกรรมกลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน

กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ (กลุ่มงานบริหารทั่วไป)

⇒ งานสารบรรณ (ธุรการ)	33
⇒ งานขยะมูลฝอย	37
⇒ งานบำบัดน้ำเสีย	40
⇒ งานซักฟอกและตัดเย็บ	43
⇒ งานรักษาความปลอดภัย	47
⇒ งานรักษาศพ	55
⇒ งานพัสดุ	64
⇒ งานซ่อมบำรุง	68
⇒ งานเครื่องมือแพทย์ และเครื่องช่วยหายใจเปอร์ด	79
⇒ ฝ่ายการเงิน - ฝ่ายบัญชี	82
⇒ ฝ่ายโภชนาการ	89
⇒ ฝ่ายประชาสัมพันธ์	98

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ (พรส.)

⇒ งานพัฒนาบุคลากรและงานแผนงาน/โครงการ	103
⇒ งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	109
⇒ งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน	112
⇒ งานศูนย์ข้อมูลเวชสารสนเทศ	118
⇒ งานห้องสมุด	122
⇒ งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา	127
⇒ งานสวัสดิการสังคมและงานสังคมสงเคราะห์	129

กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ (กลุ่มบริการทางการแพทย์/กลุ่มเทคนิคบริการ)

⇒ กลุ่มงานอายุรกรรม	137
⇒ กลุ่มงานศัลยกรรม	146
⇒ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก	155
⇒ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	158
⇒ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	165
⇒ กลุ่มงานจักษุวิทยา	170
⇒ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	174
⇒ กลุ่มงานทันตกรรม	174
⇒ กลุ่มงานเภสัชกรรม	182
⇒ กลุ่มงานรังสีวิทยา	186
⇒ กลุ่มงานพยาธิวิทยา	193





สารบัญ

หน้า

กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ (กลุ่มบริการทางการแพทย์/กลุ่มเทคนิคบริการ)	
⇒ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	201
⇒ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	209
กลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิและทุติยภูมิ	
⇒ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	214
⇒ งานแพทย์แผนไทย	226
⇒ กลุ่มงานสุขศึกษา	227
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	
⇒ กลุ่มงานการพยาบาล	229
⇒ งานผู้ป่วยนอก (OPD)	231
⇒ งานให้คำปรึกษา (ประชาสัมพันธ์)	234
⇒ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)	239
⇒ งานฝากครรภ์ และ OPD สูติ-นรีเวชกรรม (ANC)	243
⇒ งานวิสัญญี	249
⇒ งานห้องผ่าตัด (OR)	253
⇒ งานไตเทียม	259
⇒ งานจ่ายกลาง	263
⇒ งานห้องคลอด	266
⇒ ตึกสูติ-นรีเวชกรรม (หลังคลอด)	270
⇒ ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ	274
⇒ ตึกศัลยกรรมชายทั่วไป	280
⇒ ตึกศัลยกรรมหญิง	288
⇒ ตึกศัลยกรรมกระดูก	293
⇒ ตึกอายุรกรรมชาย	296
⇒ ตึกอายุรกรรมหญิง	303
⇒ ตึกกุมารเวชกรรมล่าง	306
⇒ ตึกกุมารเวชกรรมบน	310
⇒ ตึกพิเศษ 1 – 5 ชั้น	314
⇒ ตึก ICU รวม	316
⇒ ตึก ICU MED (ICU อายุรกรรม)	321
⇒ ตึก Sub ICU (ICU กึ่งวิกฤต)	329
⇒ ตึกสงฆ์อาพาธ	335





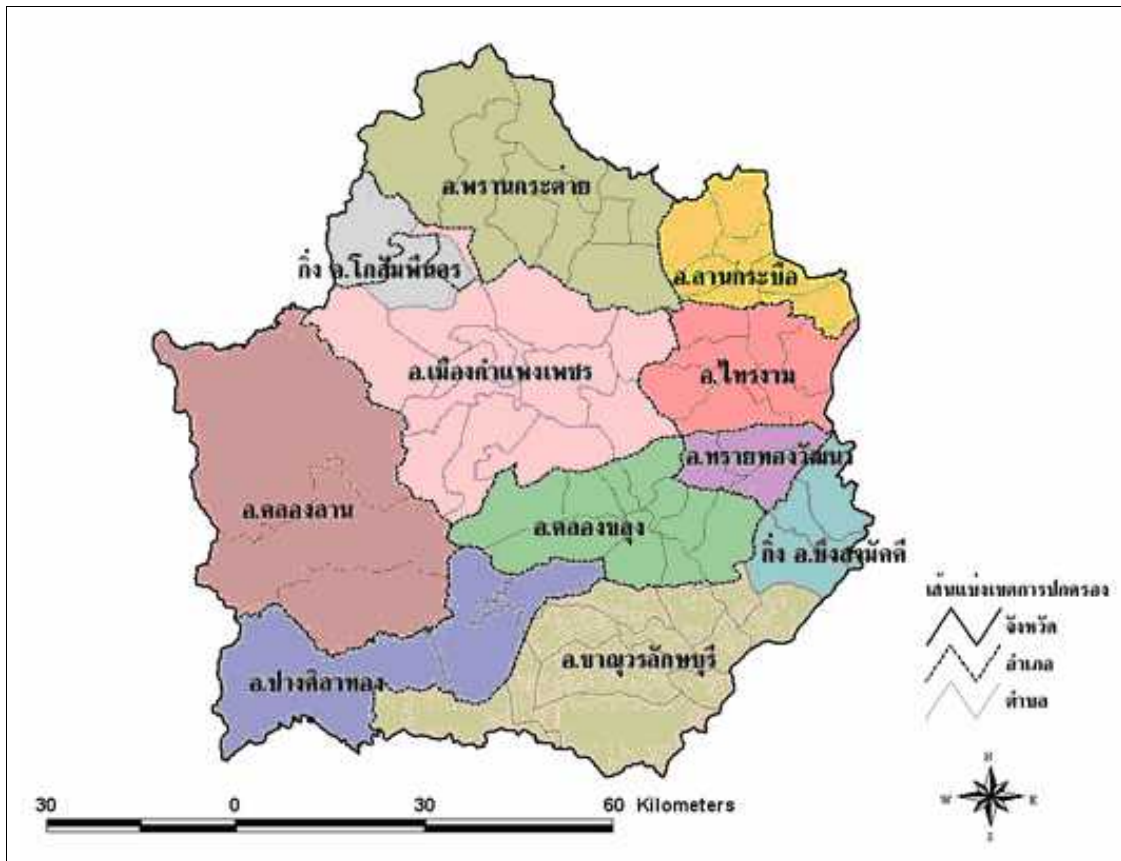
จังหวัดกำแพงเพชร



จังหวัดกำแพงเพชร



แผนที่จังหวัดกำแพงเพชร



ประวัติจังหวัดกำแพงเพชร

จังหวัดกำแพงเพชร เป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคกลางตอนบนของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 358 กิโลเมตร จังหวัดที่อยู่ติดกัน (จากทิศเหนือ วนตามเข็มนาฬิกา) ได้แก่ สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร นครสวรรค์ และตาก

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองเก่าที่นับว่ามีความสำคัญทางประวัติศาสตร์และเจริญรุ่งเรือง มาตั้งแต่สมัยทวารวดีเป็นเมืองที่ตั้งของเมืองโบราณหลายเมือง เช่นเมืองชากังราว เมืองนครชุม ไตรตรังษ์ เมืองเทพนคร และเมืองคณฑี นอกจากนี้เมืองกำแพงเพชรยังเป็นเมืองที่สองที่สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่ได้ครองเมือง มีบรรดาศักดิ์เป็น "พระยาวชิรปราการ" ตามประวัติศาสตร์กล่าวว่ากำแพงเพชรเป็นเมืองหน้าด่านของสุโขทัย มีฐานะเป็นเมือง ลูกหลวง เดิมเรียกชื่อว่า "เมืองชากังราว" และมีเมืองบริวารรายล้อมอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น



ไตรตรังษ์ เมืองเทพนคร การที่กำแพงเพชรเป็นเมืองหน้าด่านรับศึกสงครามในอดีต อยู่เสมอจึงเป็นเมืองยุทธศาสตร์ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเมืองที่มีความสำคัญ ทางประวัติศาสตร์มากมาย เช่น กำแพงคูเมือง บ่อมปราการ วัดโบราณ มีหลักฐานให้สันนิษฐานว่าเดิมเคยเป็นเมืองที่ตั้งของเมืองสองเมือง คือ เมืองชากังราวและเมืองนครชุม โดยเมืองชากังราวสร้างขึ้นก่อนตั้งอยู่ทางฝั่งตะวันออกของแม่น้ำปิงพระยาเลอไทยษัตริย์องค์ที่ 4 แห่งราชวงศ์สุโขทัยเป็นผู้สร้างขึ้น

เมื่อประมาณ พ.ศ.1890 ต่อมาสมัยพระเจ้าลิไทยษัตริย์องค์ที่ 5 แห่งราชวงศ์สุโขทัยได้สร้างเมืองใหม่ขึ้นทางฝั่งตะวันตกของ ลำน้ำปิง คือเมืองนครชุม สมเด็จพระนเรศวรมหาราชทรงได้ทรงบันทึกเรื่องกำแพงเมืองไว้ว่า "เป็นกำแพงเมืองที่เก่าแก่มั่นคงและยังมีความสมบูรณ์มาก และเชื่อว่าสวยงามที่สุดในประเทศไทย"



ในปี พ.ศ. 2459ได้เปลี่ยนเมืองกำแพงเพชรเป็นจังหวัดกำแพงเพชร ปัจจุบันจังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองศูนย์กลางการท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์แห่งหนึ่ง เพราะมีโบราณสถานเก่าแก่ซึ่งก่อสร้างด้วย ดินเผาหลายแห่งรวมอยู่ใน "อุทยานประวัติศาสตร์กำแพงเพชร" ที่ได้รับการพิจารณา คัดเลือกจากองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมสหประชาชาติ (UNESCO) ให้ขึ้นทะเบียนไว้ในบัญชีมรดกโลก เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2534

สัญลักษณ์ประจำจังหวัด



สัญลักษณ์ประจำจังหวัด คือ รูปกำแพงเมือง
ระดับเพชรเปล่งประกายแห่งความมั่งคั่งมั่งมี
ประดิษฐานอยู่ในรูปวงกลม

รูปกำแพงเมือง หมายถึง กำแพงเมืองโบราณของ
เมืองกำแพงเพชรซึ่งเป็นมรดกที่ล้ำค่าทางประวัติศาสตร์
และโบราณคดี แสดงเกียรติประวัติที่น่าภาคภูมิใจของ
ชาวเมืองนี้ และเป็นที่มาของชื่อจังหวัดกำแพงเพชร

รูปวงกลม หมายถึง ความกลมเกลียว สัมครสมานสามัคคี รักใคร่มีน้ำใจ
เป็นอันหนึ่ง อันเดียวกันของชาวกำแพงเพชรทั้งหมด

ความหมายโดยสรุป คือ กำแพงเพชรเป็นเมืองที่มีกำแพงเมืองมั่นคงแข็งแรง
สวยงาม เป็นมรดกแห่งอดีตอันยิ่งใหญ่ประจักษ์พยานแห่งความรุ่งโรจน์ในอดีตที่น่า
ภาคภูมิใจ เมืองมีความเจริญรุ่งเรือง ผู้คนพลเมืองมีความสามัคคีรักใคร่กลม
เกลียวกันเป็นอันดี



ธงประจำจังหวัด เป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีพื้นสีอยู่ 3 สี คือ สีเหลือง สีแดง และสี
เขียวใบไม้ มีรูปตราประจำจังหวัดกำแพงเพชรอยู่ตรงกลางแถบสีแดง

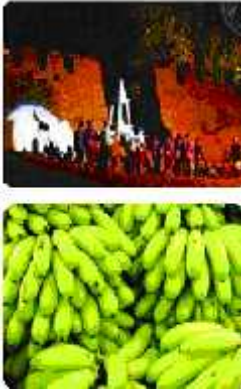
ต้นไม้ประจำจังหวัด คือ ต้นสีเสียดแก่น



ดอกไม้ประจำจังหวัด คือ ดอกพิกุล



คำขวัญจังหวัดกำแพงเพชร



คำขวัญจังหวัดกำแพงเพชร
คือ กรูพระเครื่อง เมืองคนแกร่ง
ศิลาแลงใหญ่ กล้วยไข่หวาน น้ำมันลาน
กระบือ เลื่องลือมรดกโลก



สภาพทั่วไปของจังหวัดกำแพงเพชร

จังหวัดกำแพงเพชรเป็นเมืองเก่ามีความสำคัญทางประวัติศาสตร์แห่งหนึ่งของประเทศไทย มีความเจริญรุ่งเรืองสมัยสุโขทัยเป็นราชธานีเมื่อประมาณ 700 ปีมาแล้ว จากการศึกษาหลักศิลาจารึกโดยนักโบราณคดีทำให้ทราบว่าจังหวัดกำแพงเพชร เป็นที่ตั้งของเมืองโบราณที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์หลายเมือง เช่น เมืองชากังราว เมืองนครชุม เมืองไตรตรึงษ์ เมืองเทพนครและเมืองคณฑี เป็นต้น ปัจจุบันจังหวัดกำแพงเพชร เป็นเมืองศูนย์กลางการท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญแห่งหนึ่งมีโบราณสถานเก่าแก่ 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 อำเภอชริบารมี จังหวัดพิจิตร
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ขนาดพื้นที่กำแพงเพชร มีพื้นที่ 8,607.5 ตารางกิโลเมตร (5,379,687.5 ไร่) เป็นพื้นที่การเกษตรประมาณ 5,358.15 ตารางกิโลเมตร (3,348,847 ไร่) ป่าไม้ 2,184.7 ตารางกิโลเมตร (1,365,437.5 ไร่) พื้นที่อยู่อาศัยและพื้นที่อื่นๆ อีกประมาณ 1,064.65 ตารางกิโลเมตร (665,403 ไร่)

สภาพทางภูมิศาสตร์

แม่น้ำปิงเป็นแม่น้ำสายหนึ่งที่มาบรรจบเป็นแม่น้ำเจ้าพระยา ไหลผ่านตอนกลางของจังหวัดจากเหนือจรดใต้ ทางตะวันออกเป็นที่ราบ ส่วนทางตะวันตกเป็นภูเขาสลับซับซ้อนอุดมด้วยธรรมชาติ ป่าไม้ และน้ำตก

สภาพการปกครอง

การปกครอง จังหวัดกำแพงเพชรแบ่งเป็นเขตการปกครอง 11 อำเภอ 78 ตำบล (รวมตำบลในเมือง) 823 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีจำนวน 90 แห่ง แบ่งออกเป็น 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด 3 เทศบาลเมือง 20 เทศบาลตำบล และ 66 องค์การบริหารส่วนตำบล

ประชากรจังหวัดกำแพงเพชร มีประชากรทั้งสิ้น 724,958 คน เป็นชาย 360,471 คน และหญิง 364,487 คน ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ โดยเฉลี่ย 85 คนต่อ 1 ตารางกิโลเมตร

การคมนาคม

จังหวัดกำแพงเพชร มีการคมนาคมที่สะดวกเพียงอย่างเดียว คือ ทางรถยนต์ ไม่มีทางรถไฟและสนามบิน ต้องไปใช้บริการจากจังหวัดใกล้เคียง ทางรถไฟสายเหนือผ่านจังหวัดพิจิตร และพิษณุโลกและทางอากาศ ต้องไปใช้บริการจากจังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดตาก แล้วเดินทางเข้าจังหวัดกำแพงเพชร ส่วนทางน้ำเคยมีใช้ในอดีตนับปัจจุบันเลิกใช้เนื่องจากแม่น้ำปิงตื้นเขินเพราะอยู่ใต้เขื่อนภูมิพล ประกอบกับทางรถยนต์มีความสะดวกรวดเร็วกว่าการคมนาคมระหว่างจังหวัดและอำเภอต่าง ๆ มีถนนลาดยางเชื่อมต่อกัน มีระยะทางจากจังหวัดไปอำเภอต่าง ๆ ดังนี้

อำเภอพรานกระต่าย	ระยะทาง	25	กิโลเมตร
อำเภอคลองขลุง	ระยะทาง	42	กิโลเมตร
อำเภอขาณุวรลักษบุรี	ระยะทาง	70	กิโลเมตร
อำเภอไทรงาม	ระยะทาง	46	กิโลเมตร
อำเภอลานกระบือ	ระยะทาง	55	กิโลเมตร
อำเภอคลองลาน	ระยะทาง	49	กิโลเมตร
อำเภอทรายทองวัฒนา	ระยะทาง	51	กิโลเมตร
อำเภอปางศิลาทอง	ระยะทาง	78	กิโลเมตร
อำเภอบึงสามัคคี	ระยะทาง	85	กิโลเมตร
อำเภอโกสัมพีนคร	ระยะทาง	25	กิโลเมตร

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

1) สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐแยกรายอำเภอ

ที่	สถานที่	โรงพยาบาล				รพ.สต.	สอ. สังกัด อบต.	ศูนย์บริการ เทศบาล
		410 เตียง	60 เตียง	30 เตียง	10 เตียง			
1	อ.เมืองกำแพงเพชร	1	-	1	1	28	-	3
2	อ.ชาณุวรลักษบุรี	-	-	-	-	9	-	-
3	อ.คลองขลุง	-	1	-	-	10	2	-
4	อ.พรานกระต่าย	-	1	-	-	17	-	-
5	อ.โศภน	-	1	-	-	12	-	-
6	อ.ลานกระบือ	-	1	-	-	15	-	-
7	อ.คลองลาน	-	-	1	-	8	-	1
8	อ.ทรายทองวัฒนา	-	-	1	-	4	-	-
9	อ.ปางศิลาทอง	-	-	1	-	5	-	-
10	อ.บึงสามัคคี	-	-	1	-	6	-	-
11	อ.โกสัมพีนคร	-	-	-	-	8	-	-
	รวม	1	4	5	1	122	4	4

2) สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนแยกประเภท

สถานที่	รพ.	คลินิก แพทย์	คลินิก ทันตกรรม	สถาน พยาบาล	ร้านขายยา	ร้านขายยา	ร้านขายยา
					ปัจจุบัน (มีเภสัชกร)	(บรรจุเสร็จ)	(แผนโบราณ)
อ.เมืองกำแพงเพชร	2	32	9	17	27	22	21
อ.ชาณุวรลักษบุรี	-	2	-	8	1	5	4
อ.คลองขลุง	-	1	-	9	2	7	2
อ.พรานกระต่าย	-	6	2	12	10	10	10
อ.โศภน	-	6	2	12	3	9	6
อ.ลานกระบือ	-	2	1	12	2	9	1
อ.คลองลาน	-	-	-	15	3	2	2
อ.ทรายทองวัฒนา	-	1	-	6	1	3	1
อ.ปางศิลาทอง	-	1	-	3	-	3	-
อ.บึงสามัคคี	-	1	-	7	1	1	4
อ.โกสัมพีนคร	-	-	-	2	-	-	1
	1	52	14	101	47	71	52

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2554)

สถานบริการสาธารณสุขเอกชนในจังหวัดกำแพงเพชร มีโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง คลินิกแพทย์ 52 แห่ง ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองถึง 32 แห่ง ที่เหลือกระจายตัวอยู่ตามอำเภอ ยกเว้นอำเภอลานกระบือ และอำเภอโกสัมพีนคร ที่ไม่มีคลินิกแพทย์ คลินิกทันตกรรม 14 แห่ง สถานพยาบาล 101 แห่ง

3) ด้านบุคลากรสาธารณสุข

จังหวัดกำแพงเพชรมีการขยายการให้บริการด้านสาธารณสุขครอบคลุมทุกพื้นที่ หมู่บ้าน ตำบลทั่วทั้งจังหวัด กล่าวคือในระดับอำเภอจะมีโรงพยาบาลเกือบทุกอำเภอ ยกเว้น อำเภอโกสัมพีนคร มีจำนวนเตียงพยาบาลรวมทั้งโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชนประมาณ 864 เตียง สำหรับในระดับตำบลจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขครบทุกตำบล แพทย์ 89 คน ทันตแพทย์ 35 คน เภสัชกร 48 คน พยาบาลวิชาชีพ 659 คน เมื่อเทียบสัดส่วนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร พบว่าสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศมาก และในภาพรวมอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาธารณสุขของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ มีอัตราที่สูงกว่าของเขตและประเทศ ถือว่ายังเป็นปัญหาในการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมประชากร ซึ่งเป็นภาระหนักแก่บุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่และแนวโน้มที่สถานบริการสุขภาพทยอยยกระดับตามแผนพัฒนาระบบคุณภาพบริการ ก็จะมีความต้องการกำลังคนมากขึ้น

ตารางเปรียบเทียบจำนวนเตียงและข้อมูลบุคลากรสุขภาพสาขาหลักตามเกณฑ์

จำแนกรายโรงพยาบาล

เครือข่าย โรงพยาบาล	จำนวน เตียง	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาล	
		เกณฑ์ GIS	ปฏิบัติ งาน จริง	เกณฑ์ GIS	ปฏิบัติ งาน จริง	เกณฑ์ GIS	ปฏิบัติ งาน จริง	เกณฑ์ GIS	ปฏิบัติ งาน จริง
กำแพงเพชร	410	64	52	20	8	22	19	623	293
ทุ่งโพธิ์ทะเล	10	2	2	1	1	2	2	29	21
ไทรงาม	30	5	3	3	3	4	2	45	30
คลองลาน	60	6	4	4	4	5	2	58	40
ชาณุวรลักษบุรี	60	18	6	9	3	9	4	135	47
คลองขลุง	60	17	6	9	4	7	3	113	47
พรานกระต่าย	60	7	6	5	4	6	4	64	43
ลานกระบือ	30	4	3	3	2	4	3	40	21
ทรายทองวัฒนา	30	3	2	2	2	3	2	29	21
ปางศิลาทอง	30	3	2	2	2	3	2	29	18
บึงสามัคคี	30	3	3	2	2	3	2	29	18
รวม	810	132	89	60	35	68	45	1,194	599

ที่มา : งานกาเจ้าหน้าที่และ งานสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (ณ กันยายน 2554)

เปรียบเทียบจำนวนเตียงและข้อมูลบุคลากรด้านสุขภาพสาขาหลักตามเกณฑ์ GIS อัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติจริง ยังขาดแคลน

ตารางแสดงสัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร

ประเภทบุคลากร	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากรต่อประชากรสาธารณสุข		
		กำแพงเพชร (29 ก.พ.55)	เขต 18 (GIS- 13 มี.ค.55)	ประเทศ (GIS- 13 มี.ค.55)
แพทย์	89	8,170	4,787	5,311
ทันตแพทย์	35	20,774	15,608	17,244
เภสัชกร	50	14,542	10,263	12,121
พยาบาลวิชาชีพ	659	1,103	841	952

ที่มา :งานกรเจ้าหน้าที สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (ณ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕)

อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาธารณสุขของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ มีอัตราที่สูงกว่าของเขตและประเทศ ซึ่งถือว่ยังเป็นปัญหาในการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมประชากร และเป็นภาระหนักของแกบุคลากรสาธารณสุขอยู่



ประวัติโรงพยาบาลกำแพงเพชร



ประวัติโรงพยาบาลกำแพงเพชร



โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 410 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่เลขที่ 382 ถนนราชดำเนิน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร บนเนื้อที่ 43 ไร่ 3 งาน 47 ตารางวา

การริเริ่มสร้างโรงพยาบาลกำแพงเพชร เกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2494 โดย นายเชื้อ พิทักษากร ข้าหลวงตรวจราชการกระทรวงมหาดไทยและ นายจรัส ธารีสาร ผู้ว่าราชการจังหวัดในขณะนั้นได้ติดต่อขอที่ดินในวัดสามจีนซึ่งเป็นวัดร้างจากกรมศาสนา (พื้นที่ 5 ไร่เศษ) และที่ดินของโรงเรียนเกษตรกรรม



จากกรมอาชีวศึกษามีพื้นที่ 38 ไร่เศษ พันโทนายแพทย์มานิต เวชวิศิษฎ์ อธิบดีกรมการแพทย์ ในขณะนั้นเห็นชอบให้ดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลได้ จึงเริ่มดำเนินการก่อสร้างในปี 2496 โดยนายแพทย์ผดุง เปรมัชเชียร อนามัยจังหวัดเป็นควบคุมดูแลการก่อสร้าง 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) ค่าปรับที่/ถมดิน/ทำรั้ว/ทำถนนและทำประตูทางเข้าโรงพยาบาลเป็นเงิน 45,429 บาท

โรงพยาบาลกำแพงเพชรก่อสร้างแล้วเสร็จและเปิดให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นครั้งแรก เตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาจำนวน 25 เตียง เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2497 โดยมี นายแพทย์ประธาน กาญจนาลัย เป็นผู้อำนวยการเป็นคนแรก



จากอดีตจนถึงปัจจุบัน โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้พัฒนางานทั้งทางด้านการบริหาร การบริการและวิชาการ จนกิจกรรมของโรงพยาบาลเจริญก้าวหน้าขึ้นตามลำดับ มีปริมาณงานจำนวนเตียงและจำนวนเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ทั้งอุบัติเหตุธรรมชาติและเหตุการณ์ยุ่งยากมาจนถึงปัจจุบัน

อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดที่เอกชน	ทิศตะวันออก	ติดที่ดินเอกชน
ทิศใต้	ชอยแยกจากถนนราชดำเนิน	ทิศตะวันตก	ขนานไปกับแม่น้ำปิง
	ไปสู่แม่น้ำปิง		

วัดสามจีนสังคัมภ์ศิริคุณุโรพยาบาลกำแพงเพชร



วัดสามจีนแต่เดิมเป็นวัดร้างของกรมศาสนา เมื่อปี พ.ศ.2496 ได้เริ่มทำการก่อสร้าง โรงพยาบาลกำแพงเพชรขึ้นจึงได้ขอที่วัดสามจีน และที่ดินของกรมอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นที่ตั้งของ โรงเรียนเกษตรกรรมที่ได้เลิกไปและทำการก่อสร้างโรงพยาบาลกำแพงเพชรขึ้น

หลวงพ่อดำ วัดสามจีนเป็นพระประธานสมัญญ์ของตามคำบอกเล่าของนายเกษม กล้าตะลุมบอน ซึ่งกล่าวว่า พระประธานเป็นสมัญญ์ของคางคน ที่เรียกเช่นนี้เพราะว่ามีคางคล้าย คนสร้างด้วยทองสัมฤทธิ์สันนิษฐานได้จากวัตถุก่อสร้าง เช่น ฐานเจดีย์ ที่พบอยู่ข้างโบสถ์ด้านทิศเหนือก่อด้วยอิฐก่อลักษณะเหมือนอิฐที่ก่อสร้างเจดีย์ตามวัดร้างในทุ่งเศรษฐีและที่อื่นในจังหวัด กำแพงเพชร เห็นว่าการก่อสร้างวัดนี้คงอยู่ในสมัยสุโขทัยร่วมอยู่ของ

ในปี พ.ศ.2501 นายแพทย์ประธาน กาญจนาลัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายอินทร์ ดีสาร, นายวีระ อิมพิทักษ์, นายเกษม กล้าตะลุมบอน และผู้มีจิตศรัทธาอีกหลายท่านได้ทำการ บูรณะโบสถ์ข้างจัดขึ้น ระหว่างการก่อสร้างได้เกิดพายุใหญ่พัดโบสถ์ พังหลาย โครงหลังคา พาดทับพระประธาน พระศอกหัก พระเศียร และพระหัตถ์ข้างขวาเป็นปูนหัก กรรมการจึงได้บอก บุญผู้มีจิตศรัทธาทำการปฏิสังขรณ์ใหม่ โดยสร้างโบสถ์เป็นคอนกรีต เสริมเหล็กและให้ช่างปั้น ปฏิสังขรณ์พระประธานใหม่ ในปี พ.ศ. 2518 ได้ทำการลงรักปิดทองพระประธาน



ในปี พ.ศ.2519 และปี พ.ศ.2520 คณะกรรมการโบสถ์ได้ทำการก่อสร้างต่อเติม ระเบียงรอบโบสถ์ โดยเสาคอนกรีตเสริมเหล็ก มุงหลังคาด้วยกระเบื้องดินเผา ก่ออิฐฉาบปูน ผนังโบสถ์รอบพระประธานพร้อมทั้งที่พื้นซีเมนต์ ทำหินด้วยเกล็ดขัดมันบริเวณพื้นโบสถ์ด้านหน้า

รายนามผู้ที่ดำรงตำแหน่งและรักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

1. นพ.ประธาน กาญจนาลัย ดำรงตำแหน่ง
11 พฤษภาคม 2497 - 9 กรกฎาคม 2502
2. นพ.สงวน ไชยะสูต ดำรงตำแหน่ง
7 กรกฎาคม 2502 - 4 ตุลาคม 2504
3. นพ.จำลอง บ่อเกิด รักษาการในตำแหน่ง
4 กันยายน 2504 - 4 มีนาคม 2506
4. นพ.สุนทร สุทธิะพินทุ รักษาการในตำแหน่ง
30 มีนาคม 2506 - 8 มิถุนายน 2509
5. นพ.สมหมาย ยาสมุทร รักษาการในตำแหน่ง
20 มิถุนายน 2509 - 20 พฤษภาคม 2511
6. นพ.รัชชัย เहरาบัตย์ ดำรงตำแหน่ง
15 สิงหาคม 2511 - 27 สิงหาคม 2513
7. นพ.ถนอม เหล่ารักพงษ์ ดำรงตำแหน่ง
3 กันยายน 2513 - 30 กันยายน 2534
8. นพ.เกษม เล่งเวหาสถิตย์ รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์รักษาการในตำแหน่ง
1 ตุลาคม 2534 - 16 พฤษภาคม 2535
9. นพ.สมชัย ภิญโญพรพาณิชย์ ดำรงตำแหน่ง
2 มิถุนายน 2535 - 9 กรกฎาคม 2536
10. นพ.สุรดี 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 ขอนทอง รักษาการในตำแหน่ง, ดำรงตำแหน่ง
1 ตุลาคม 2556 ถึงปัจจุบัน

คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกำแพงเพชร



(นายกำชัย รังสิมันต์ไพบูลย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร



นางรจนา ขอนทอง
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ
ด้านนิติกรรม



นายประดิษฐ์ รุ่งพิบูลโสภิษฐ์
หัวหน้ากลุ่มภารกิจ
ด้านปฐมภูมิและทุติยภูมิ



นายรังสรรค์ ชัยกิจอำนวยโชค
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการ
และสนับสนุนบริการสุขภาพ

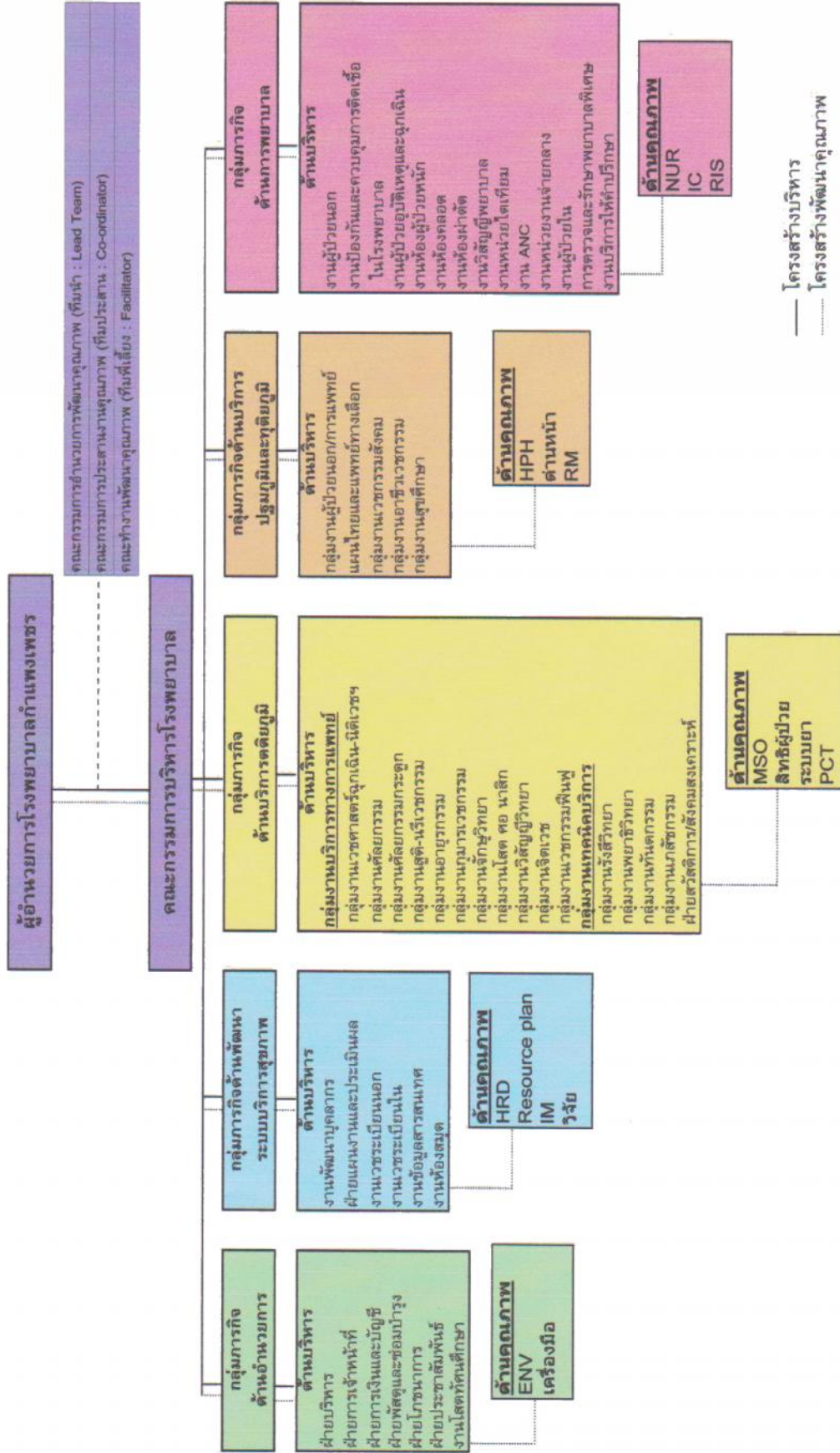


นางอรสา วัฒนศิริ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล



นายวิเศษ อุดมศิลป์
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

ผังโครงสร้างโรงพยาบาลกำแพงเพชร



โครงสร้างความรับผิดชอบและการประสานงาน ในระบบพัฒนาคุณภาพ / สร้างเสริมสุขภาพ



รายละเอียดห้องตรวจโรคตามสาขาวิชา

สาขาวิชา	จำนวนห้อง
อายุรกรรม	3
ศัลยกรรม	2
ออร์โธปิดิกส์	2
กุมารเวชกรรม	2
สูติ-นรีเวชกรรม	2
จักษุวิทยา	2
โสต นาสิก ราชังซ์วิทยา	1
อื่น ๆ (คลินิกพิเศษ DM 1, ATC 1, TB 1, มะเร็ง 1, ไต 1)	5
รวม	19

จำนวนหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร

หอผู้ป่วย	จำนวน เตียง	รายละเอียดอื่น ๆ	จำนวน เตียง
อายุรกรรมชาย	36	ICU รวม	8
อายุรกรรมหญิง	36	ICU Med	10
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	35	ห้องคลอด	6
ศัลยกรรมชายทั่วไป	35	รพคลอด	15
ศัลยกรรมหญิง	35	เฝ้าสังเกตอาการ	10
ออร์โธปิดิกส์	35	ห้องผ่าตัด	9
กุมารเวชกรรมล่าง	30		
กุมารเวชกรรมบน	30		
สูติ-นรีเวชกรรม	30		
สงฆ์อาพาธ (จักษุวิทยา+โสตฯ+ทันตฯ)	27		
พิเศษ 1 – 5	60		
กึ่งวิกฤต	21		
รวมเตียงทั้งหมด	410	รวม	58

อัตรากำลังบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ตำแหน่ง	2554	2555	2556	ตำแหน่ง	2554	2555	2556	
แพทย์ทั้งหมด	38	52	53	นักจิตวิทยา	2	2	2	
แพทย์เฉพาะทาง				เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	7	7	7	
* เวชปฏิบัติทั่วไป	2	2	7	ช่างทันตกรรม	1	1	1	
* อายุรศาสตร์	9	7	7	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	13	14	16	
* ศัลยศาสตร์ทั่วไป	5	11	10	นักจัดการงานทั่วไป	2	2	2	
* ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	5	5	5	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	7	7	6	
* กุมารเวชศาสตร์	5	5	5	เจ้าพนักงานธุรการ	5	5	5	
* สูติ-นรีเวชศาสตร์	4	4	4	นักวิชาการการเงินและบัญชี	2	2	2	
* จักษุ	4	3	4	เจ้าพนักงานพัสดุ	2	2	2	
* โสต ศอ นาสิก	2	2	2	นายช่างเทคนิค	2	2	1	
* รังสีวิทยา	1	2	3	นักทรัพยากรบุคคล	1	1	2	
* เวชกรรมฟื้นฟู	1	1	1	บรรณารักษ์	1	1	1	
* เวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช	-	-	1	นักโภชนาการ	1	1	1	
* วิสัญญีวิทยา	-	-	2	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	2	1	
* จิตเวช	-	-	2	นักเทคนิคการแพทย์	7	7	3	
ทันตแพทย์	8	9	10	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	10	10	13	
เภสัชกร	18	20	22	เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	7	5	7	
พยาบาลวิชาชีพ	295	291	333	นักรังสีการแพทย์	1	1	4	
พยาบาลเทคนิค	18	17	15	นักกายภาพบำบัด	3	3	4	
นักวิชาการสาธารณสุข	7	7	7	เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	2	2	5	
นักสังคมสงเคราะห์	1	1	1	ช่างกายอุปกรณ์	1	1	1	
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	3	4	5	นักกิจกรรมบำบัด	1	1	1	
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	3	3	3	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	5	5	1	
นักวิชาการสถิติ	1	1	1					
บุคลากรโรงพยาบาล		2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556
ข้าราชการ		489	484	487	483	488	482	542
พนักงานราชการ		5	6	12	12	14	18	19
ลูกจ้างประจำ		142	136	131	125	121	113	109
ลูกจ้างชั่วคราว		225	265	306	359	407	496	504
รวม		861	891	936	979	1,030	1,109	1,174

ที่มา : งานเจ้าหน้าที่ หมายเหตุ *แพทย์เฉพาะทางรวมผู้ที่ลาระหว่างฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านด้วย

สรุปสถานการณ์รายรับ – รายจ่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2556

รายการ	2554	2555	2556
1. งบรายรับ			
1.1 จากกองทุนบัตร (UC)			
- เงินงบประมาณ (เงินเดือน)/ค่าจ้างประจำ	183,578,281.19	192,464,126.09	208,826,088.20
- นอกงบประมาณ (OPD, IPD, PP)	352,750,808.17	309,489,776.56	332,711,641.96
1.2 เงินงบประมาณ	182,944,093.00	204,209,994.53	380,656,141.35
1.3 เรียกเก็บจากสถานบริการอื่น (การส่งตัว)	16,157,138.00	18,919,563.00	25,692,501.40
1.4 งบลงทุน (UC)	23,293,011.35	24,895,300.41	25,354,052.21
1.5 เรียกเก็บจากกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินค่าใช้จ่ายสูง	37,503,034.48	50,902,039.87	53,240,449.90
1.6 เงินจัดสรรอื่น ๆ จากสาธารณสุขจังหวัดฯ	4,417,492.78	2,863,812.50	16,906,412.12
1.7 ค่าบริการทางการแพทย์ที่ผู้รับบริการจ่ายเอง	21,430,701.00	24,747,210.00	26,385,637.00
1.8 เงินจัดสรร UC จาก สปสช.	41,737,707.34	41,685,445.50	27,438,679.93
1.9 เบิกจากกองทุนสวัสดิการราชการ	97,065,440.32	92,520,908.38	106,373,355.26
1.10 เรียกเก็บจาก พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ	16,255,965.00	20,213,433.00	15,973,510.00
1.11 เรียกเก็บจากกองทุนประกันสังคม	14,744,303.52	14,362,361.35	16,522,075.71
1.12 อื่น ๆ	12,791,186.77	5,382,300.41	7,613,703.70
2. งบรายจ่าย			
2.1 - เงินเดือน / ค่าจ้างประจำ	183,578,281.19	192,464,126.09	208,826,088.20
- ค่าจ้างชั่วคราว	40,919,381.62	55,201,595.47	61,161,505.66
2.2 ค่าตอบแทน	108,334,736.70	119,684,992.76	154,078,935.97
2.3 ค่าใช้สอย	13,181,717.45	22,232,554.65	37,312,180.40
2.4 ค่ายาและเวชภัณฑ์	202,698,410.28	229,431,888.37	192,216,825.34
2.5 วัสดุทั่วไป	32,903,053.06	37,326,872.58	42,907,663.51
2.6 สาธารณูปโภค	13,471,908.29	15,877,407.30	18,816,726.14
2.7 ครุภัณฑ์	32,055,923.71	32,897,771.62	65,213,893.29
2.8 ที่ดินสิ่งก่อสร้าง	15,107,957.00	6,945,379.00	10,091,306.80
2.9 สนับสนุนเครือข่าย	28,823,735.05	24,555,238.01	15,704,502.00
2.10 การส่งต่อ/ค่าบริการทางการแพทย์	1,470,848.00	2,675,659.00	1,799,085.00
60.-บาท (54) 70.-บาท)			
2.11 รายจ่ายอื่น	66,926,412.19	74,874,369.54	115,388,285.06

สรุปสถานการณ์รายรับ – รายจ่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2556

รายการ	2554	2555	2556
3. สถานการณ์การเงิน			
3.1 รายรับทั้งหมด	638,146,788.73	607,982,704.05	654,212,019.19
3.2 รายจ่ายทั้งหมด	555,894,083.35	621,629,808.30	714,690,909.17
3.3 สัดส่วนรายรับ/รายจ่ายทั้งหมด	1.15	0.98	0.92
3.4 เงินงบประมาณคงเหลือ	441,150.02	16,660,019.58	53,776,092.22
3.5 เงินบำรุงคงเหลือ	208,768,487.75	199,611,537.75	146,080,520.15
3.6 หนี้ค้างชำระ	116,605,808.87	107,437,314.46	110,190,808.59
3.7 มูลค่าวัสดุคงคลัง	34,659,013.63	38,158,571.87	33,605,280.11
3.8 Quick Ratio	1.79	2.01	1.86
3.9 Current Ratio	2.09	2.37	1.63

ที่มา : การเงิน (สรุปรายรับ - จ่าย)

นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในเขตความรับผิดชอบ มีสุขภาพดีและเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาล จึงได้วางแผนกลยุทธ์ของ โรงพยาบาลและกำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแลการดำเนินงานตาม นโยบาย ดังนี้

วิสัยทัศน์	“เป็นโรงพยาบาลคุณภาพพร้อมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาพะที่ดี ภายในปี 2558”
พันธกิจ	ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและ ฟื้นฟูสภาพด้วยระบบบริการและบริหารที่มีคุณภาพ
ค่านิยม	ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข
ขอบเขตบริการ	ให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการทั้งด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม ในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ
เป้าประสงค์	ประชาชนในเขตความรับผิดชอบมีสุขภาพดี และเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดบริการสุขภาพร่วมกับเครือข่ายให้มีคุณภาพ 2. บุคลากรมีความรู้ความสามารถ คุณธรรม จริยธรรม มีความสุขในการทำงาน 3. พัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้
กลยุทธ์	<ol style="list-style-type: none"> 2. จัดระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิระดับสูง และผู้รับบริการปลอดภัย 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีคุณภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้และเป็นธรรม 4. พัฒนากุศลกรให้เก่ง ดี มีสุข 5. พัฒนาระบบสารสนเทศ และการจัดการความรู้ให้เกิดประโยชน์และคุ้มค่า 6. พัฒนาการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนในเครือข่าย
เข็มมุ่ง	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient Safety Goals 2. บริการด้วยใจ

นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

นโยบาย	ผลการดำเนินงาน ตามมาตรฐาน	ภารกิจ ที่รับผิดชอบ
1. โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในระดับ ทุติยภูมิ ระดับสูง ของกระทรวงสาธารณสุข (2.3) โดยมีความเชี่ยวชาญพิเศษ ดังนี้ เป็นศูนย์โรคหัวใจ ระดับ 4 เป็นโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ เป็นโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นโรงพยาบาลคุณภาพด้านการดูแลทารกแรกเกิดใน ภาวะวิกฤต	ด้านการดูแลผู้ป่วย	ตติยภูมิ
2. โรงพยาบาลมีความพร้อมของระบบงานและสถานที่ ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ระบบ EMS (Emergency Medical System) ระบบการควบคุมป้องกัน เตรียมพร้อมและดูแลรักษาโรค อุบัติใหม่ อุตสาหกรรมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ	ด้านการดูแลผู้ป่วย	ตติยภูมิ
3. โรงพยาบาลมีระบบการประเมินขีดความสามารถและ ความเพียงพอของบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการ พัฒนาให้มีความรู้ความสามารถสอดคล้องกับ เชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร	ด้านทรัพยากร บุคคล	พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ
4. โรงพยาบาลจัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจที่ เหมาะสมโดยการยกย่องชมเชย ให้รางวัลกับบุคลากรที่ สร้างผลงานและนวัตกรรม	ด้านทรัพยากร บุคคล	พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ
5. ทุกหน่วยงานมีการเรียนรู้ความต้องการของผู้รับบริการ มีช่องทางสำหรับเสนอแนะข้อคิดเห็น นำมารวบรวม วิเคราะห์เพื่อใช้ปรับปรุงกระบวนการและประเมินผลการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	ด้านการมุ่งเน้น ผู้รับผลงาน	การพยาบาล
6. บุคลากรทุกคนมีความตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิ ผู้ป่วย	ด้านการดูแลผู้ป่วย	การพยาบาล
7. ทุกทีม/ทุกหน่วยงานนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงงาน โดยผ่านกระบวนการวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ให้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของโรงพยาบาล	ด้านระบบงานและ กระบวนการสำคัญ	พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ

นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

นโยบาย	ผลการดำเนินงาน	ภารกิจที่ได้รับผิดชอบ
8. ทุก PCT ต้องมีการวัด วิเคราะห์ โดยนำ Evidence Base มาปรับปรุงงานเพื่อการลดอัตราการตาย และผลแทรกซ้อนในโรคที่สำคัญ เช่น Trauma Fast Track, STEMI Fast Track, Sepsis Management การดูแลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤต เป็นต้น	<p>ตามมาตรฐาน</p> <p>ด้านการดูแลผู้ป่วยและด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ</p>	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
9. โรงพยาบาลมีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาระบบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
10. โรงพยาบาลมีการรวบรวมถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีของบุคลากร และนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ปฐมภูมิ
11. โรงพยาบาลจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ	ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ปฐมภูมิ
12. จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงแก่ประชาชนในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน	ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ปฐมภูมิ

หน่วยงานศูนย์คุณภาพ (QO)

อัตรากำลัง

1. นพ.สุรชัย	แก้วหิรัญ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการพัฒนาคุณภาพ
2. นางสาวจงรักษ์	รอดเกษม	หัวหน้างานศูนย์คุณภาพ
3. นางสาววิภา	พลับผล	รองหัวหน้างานศูนย์คุณภาพ
4. นางสาวสุชาดา	มีชัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

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) สู่ ทีมนำและผู้เกี่ยวข้อง
9. จัดให้มีการเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพ
10. จัดโครงการฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพให้แก่บุคลากร
 - ติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในโครงการต่าง ๆ
 - ร่วมบริหารจัดการงาน และดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนด
 - ประสานงานก่อน ระหว่าง และหลังการจัดโครงการ
 - จัดเตรียมเอกสาร และออกจดหมายให้ผู้เกี่ยวข้อง
 - สรุปรายงานและประเมินผลการจัดโครงการ
11. จัดประชุมคณะกรรมการต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเป็นไปตามเป้าหมาย

ปฏิบัติตามที่คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพมอบหมาย

กิจกรรมหน่วยงาน ศูนย์คุณภาพ (Quality Office) ประจำปีงบประมาณ 2556

วัน เดือน ปี	กิจกรรม
16 พ.ย. 55	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) โรงพยาบาลกำแพงเพชร
27-28 พ.ย. 55	ส่งบุคลากรเข้าร่วมโครงการอบรมการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระบบสำคัญ ณ ห้องประชุมเอกาทศรถ 9 ชั้น 3 อาคารสิรินธร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
21,23,24 ม.ค.56	จัดโครงการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานสนับสนุน โรงพยาบาลกำแพงเพชร
12 – 15 มี.ค. 56	ส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุม 14 th HA National Forum ภายใต้แนวคิด “องค์กรที่น่าไว้วางใจ (High Reliability Organization)” ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี
21 มี.ค. 56	จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ที่ได้จากการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 14 ครั้งที่ 1
27 – 29 มี.ค. 56	จัดโครงการประกวดผลงานการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร
2 – 3 เม.ย. 56	จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องศิลปะการบริหารด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ รุ่นที่ 1 : หัวหน้าตึก/หัวหน้างาน
5 เม.ย. 56	จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ที่ได้จากการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 14 ครั้งที่ 2
18 เม.ย. 56	จัดทำเอกสารคุณภาพ SA 2011 เวลา 10.00 – 12.00 น. ณ ห้องถนอม
8 – 9 พ.ค. 56	จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องศิลปะการบริหารด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ รุ่นที่ 2 : รุ่นรองหัวหน้าตึก/รองหัวหน้างาน
มี.ค. – ส.ค. 56	รวบรวมเอกสารส่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อเตรียมรับการประเมินคุณภาพ (Re-Accreditation) โรงพยาบาล ครั้งที่ 2 <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital Profile 2. SA 2011 : IV – ผลลัพธ์องค์กร 3. Clinical Tracer Highlight จำนวน 24 เรื่อง 4. รายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ
5-6 มี.ย. 56	ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการความรู้ระดับจังหวัดเพื่อการธำรงบันไดขั้นที่ 2 สู่อำเภอกำแพงเพชร ณ โรงแรมเพชรโฮเต็ล
16 ส.ค. 56	ส่งเอกสารให้กับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)
2 ก.ย. 56	ส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพมหานคร

ผลการดำเนินงาน ประจำปี 2556

ศูนย์คุณภาพมีผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร เพิ่มขึ้น
 ดังนี้ นวัตกรรม/ เรื่องเล่า จากการประกวดผลงานการพัฒนาคุณภาพระหว่าง
 วันที่ 27 – 29 มีนาคม 2556 ณ ห้องประชุมถนอมเหล่านักพงษ์ ตึกอุบัติเหตุ
 ชั้น 4 โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประเภท นวัตกรรม

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
1	กล่องวัฒนา (Wattana Box)	สงฆ์อาพาธ
2	อุปกรณ์ดึงไหล่สำหรับถ่ายภาพรังสีกระดูกสันหลังส่วน คอด้านหลังในท่านอนหงาย	X-ray
3	หมอนนาร่อง	ศัลยกรรมกระดูก
4	ผ้าใยแมงมุม	ICU รวม
5	ปฏิทินสู่วางทาง	ANC
6	มหัศจรรย์พลาสติกสองขาและปีกคอยตามน้องห้ามงอ	กุมารเวชกรรม 1
7	ภาชนะใส่น้ำสำหรับส่องตรวจและรักษาระบบทางเดิน ปัสสาวะ	OR
8	รถผ่อนแรง	OR
9	Rack For Unlock Instrument	OR
10	ระบบปัญญาประดิษฐ์เพื่อสนับสนุนการทำงาน	ศูนย์ข้อมูล
11	ป้ายอารมณ์ดี	เภสัชกรรม
12	อุปกรณ์สเปรย์น้ำมันหัวกรอพื้นทันตกรรม	ทันตกรรม
13	หมอนหนุนอบอุ่นสายใยรัก	ห้องคลอด
14	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพ AEL (Automatic Emergency Light)	ซ่อมบำรุง

ประเภท เรื่องเล่าประทับใจ

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
1	สร้างสัมพันธ์แห่งรักครั้งแรกระหว่างแม่ลูก	วิสัญญี
2	พยาบาลไร้หมวกของปุลม	ศัลยกรรมหญิง
3	เภสัชกรครอบครัวยุคกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	เภสัชกรรม
4	สังคมสงเคราะห์...สงเคราะห์อะไร	สังคมสงเคราะห์
5	ชั่วโมงสุดท้ายกับความทรงจำที่ไม่ตาย	กึ่งวิกฤต

ประเภท ผลงานการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานด้านคลินิก

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
1	ผลการติดตามการใช้ยาสูดพ่นแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลกำแพงเพชร	เภสัชกรรม
2	holistic mind program	ศัลยกรรมหญิง
3	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมืออียา	พิเศษ 3
4	"Quality Improvement in Pathology"	พยาธิวิทยา
5	โครงการ Family Meeting Care	กึ่งวิกฤต

ประเภท ผลงานการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานด้านสนับสนุน

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
1	การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและญาติ กรณีความขัดแย้งการได้รับเลือดด้วยสันติวิธี	ประชาสัมพันธ์
2	การใช้งานโปรแกรมการออกหนังสือรับรองการเกิดงาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	เวชระเบียนผู้ป่วยใน
3	โปรแกรมหัตถการ “คลิก คลิก” รู้ประวัติการรับราชการ	การเจ้าหน้าที่
4	การพัฒนาโปรแกรม MAV ออนไลน์	โสตฯ
5	อนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร	ซ่อมบำรุง

ประเภท ผลงานการพัฒนาคุณภาพของทีม PCT

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	หน่วยงาน
1	การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก โรงพยาบาลกำแพงเพชร	PCT กุมารเวชกรรม
2	โครงการพัฒนา STROKE FAST TRACK ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	PCT อายุรกรรม
3	การพัฒนาเพื่อลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบที่ไม่พบความผิดปกติ	PCT ศัลยกรรม

ผลการตัดสินการประกวดผลงานการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร 2556

ประเภท นวัตกรรม

ลำดับที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
รางวัลที่ 1	อุปกรณ์สเปรย์น้ำมันหัวกรอฟันทันตกรรม	ทันตกรรม
รางวัลที่ 2	Rack For Unlock Instrument	ห้องผ่าตัด
รางวัลที่ 3	รถผ่อนแรง	ห้องผ่าตัด
รางวัลชมเชยที่ 1	อุปกรณ์ดึงไหล่สำหรับถ่ายภาพรังสีกระดูกสันหลัง ส่วนคอด้านข้างในท่านอนหงาย	รังสี
รางวัลชมเชยที่ 2	หมอนหนุนอบอุ่นสายใยรัก	ห้องคลอด

ประเภท เรื่องเล่าประทับใจ

ลำดับที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
รางวัลที่ 1	ชั่วโมงสุดท้ายกับความทรงจำที่ไม่ตาย	กึ่งวิกฤต
รางวัลที่ 2	สร้างสัมพันธ์แห่งรักครั้งแรกระหว่างแม่ลูก	วิสัญญี
รางวัลที่ 3	เภสัชกรครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	เภสัชกรรม
รางวัลชมเชยที่ 1	พยาบาลไร้หมวกของปทุม	ศัลยกรรมหญิง
รางวัลชมเชยที่ 2	สังคมสงเคราะห์...สงเคราะห์อะไร	สังคมสงเคราะห์

ประเภท ผลงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานด้านคลินิก

ลำดับที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
รางวัลที่ 1	"Quality Improvement in Pathology"	พยาธิวิทยา
รางวัลที่ 2	ผลการติดตามการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลกำแพงเพชร	เภสัชกรรม
รางวัลที่ 3	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื ื้อยา	พิเศษ 3
รางวัลชมเชยที่ 1	โครงการ Family Meeting Care	กึ่งวิกฤต
รางวัลชมเชยที่ 2	holistic mind program	ศัลยกรรมหญิง

ประเภท ผลงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานด้านสนับสนุน

ลำดับที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
รางวัลที่ 1	การใช้งานโปรแกรมการออกหนังสือรับรองการเกิดงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน	เวชระเบียนผู้ป่วยใน
รางวัลที่ 2	อนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร	ซ่อมบำรุง
รางวัลที่ 3	การพัฒนาโปรแกรม MAV ออนไลน์	โสตฯ
รางวัลชมเชยที่ 1	โปรแกรมมหัศจรรย์ “คลิก คลิก” ฐัประวัติการรับราชการ	การเจ้าหน้าที่

ประเภท ผลงานการพัฒนาคุณภาพของทีม PCT

ตามมติของคณะกรรมการตัดสิน การประกวดผลงานการพัฒนาคุณภาพของทีม PCT เห็นควรให้มีรางวัลที่ 2 จำนวน 2 รางวัล เนื่องจากผลงานทั้ง 2 ทีม PCT มีผลการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับเดียวกัน

ลำดับที่	ชื่อผลงาน	หน่วยงาน
รางวัลที่ 1	การพัฒนาเพื่อลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ	PCT ศัลยกรรม
รางวัลที่ 2	โครงการพัฒนา STROKE FAST TRACK ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	PCT อายุรกรรม
รางวัลที่ 2	การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก โรงพยาบาลกำแพงเพชร	PCT กุมารเวชกรรม



สถิติการให้บริการ ด้านการรักษาพยาบาล



ข้อมูลการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2556

สถิติการให้บริการ

รายการ	หน่วย นับ	2554	2555	2556
1. – จำนวนผู้ป่วยนอก (คนใหม่) (รง.5)	คน	104,471	116,896	110,163
	ครั้ง	367,328	390,202	382,232
– จำนวนผู้ป่วยนอก PCU ในโรงพยาบาล (คนใหม่)	คน	3,674	6,154	777
	ครั้ง	8,429	14,469	2,286
2. จำนวนการคลอด (ห้องคลอด)	ราย	3,668	3,701	3,599
– คลอดปกติ	ราย	1,791	1,920	1,727
– คลอดผิดปกติ	ราย	1,764	1,781	1,872
4. จำนวนเด็กเกิดมีชีพปกติ (ห้องคลอด)	ราย	3,327	3,719	3,556
5. จำนวนเด็กเกิดมีชีพผิดปกติ (ห้องคลอด)	ราย	29	16	24
6. จำนวนเด็กตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate)	ราย	32	33	36
– จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพ (Stillbirth) (ห้องคลอด)	ราย	14	16	20
– จำนวนเด็กตายอายุ 0- 7 วัน (Early Neonatal Mortality) (เด็กบ่น)	ราย	18	17	16
7. จำนวนเด็กตายอายุ 0 – 28 วัน (Neonatal Mortality) (เด็กบ่น)	ราย	20	27	20
8. จำนวนเด็กตายอายุ 0 – 1 ปี (Infant Mortality Rate) (เด็กบ่น)	ราย	34	39	29
9. จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิตทั้งหมด (รง.5) ที่มา : ฐานข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร (program Hosxp)	ราย	1,679	1,769	1,642

เปรียบเทียบการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก – ผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2556

แผนกผู้ป่วยนอก

แผนก	2554	2555	2556
ปฐมภูมิ	24,179	25,038	10,262
เวชกรรมฟื้นฟู	16,883	17,249	14,270
อายุรกรรม	141,699	140,334	139,529
ศัลยกรรม	51,416	48,023	45,577
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	42,256	43,311	37,292
กุมารเวชกรรม	36,531	36,517	34,326
สูติ-นรีเวชกรรม	29,689	30,168	28,869
จักษุวิทยา	20,523	22,272	24,389
โสต นาสิก ลาริงซ์	10,874	12,535	13,317
ทันตกรรม	19,076	18,152	19,829
จิตเวช	5,650	10,402	14,927
รังสีรักษา	1,266	2,186	1,767
ผู้รับบริการทั้งหมด (ครั้ง)	400,042	406,187	384,354
เฉลี่ยผู้มารับบริการวันละ	1,399	1,420	1,344

แผนกผู้ป่วยใน

แผนก	2554	2555	2556
อายุรกรรม	13,484	13,270	12,915
ศัลยกรรม	7,744	7,880	7,436
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	3,902	4,146	3,864
กุมารเวชกรรม	8,062	7,770	6,579
สูติ-นรีเวชกรรม	5,597	6,118	6,561
จักษุวิทยา	2,148	2,186	2,790
โสต นาสิก ลาริงซ์	414	467	496
ทันตกรรม	30	11	28
ผู้รับบริการทั้งหมด	41,381	41,848	40,669
เฉลี่ยผู้มารับบริการวันละ	113	114	111

ที่มา : สำนัข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

10 อันดับโรคแพนกวายผู้ป่วยนอก – ใน ประจำปีงบประมาณ 2556

แพนกวายผู้ป่วยนอก

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	จำนวน
1	I10	Essential (primary) hypertension	22,477
2	E119	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without complications	13,120
3	K30	Dyspepsia	7,052
4	H251	Senile nuclear cataract	6,321
5	J029	Acute pharyngitis, unspecified	5,417
6	R42	Dizziness and giddiness	3,934
7	B232	HIV disease resulting in haematological and immunological abnormalities, NEC	3,746
8	K021	Caries of dentine	3,393
9	F2030	Undifferentiated schizophrenia, Continuous	3,228
10	J069	Acute upper respiratory infection, unspecified	3,831
รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)			384,354

แพนกวายผู้ป่วยใน

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	จำนวน
1	H259	Senile cataract, unspecified	2,325
2	I639	Cerebral infarction, unspecified	778
3	J159	Bacterial pneumonia, unspecified	577
4	K922	Gastrointestinal haemorrhage, unspecified	555
5	D569	Thalassaemia, unspecified	532
6	S0600	Concussion: without open intracranial wound	516
7	I500	Congestive heart failure	481
8	N10	Acute tubulo-interstitial nephritis	450
9	A91	Dengue haemorrhagic fever	393
10	S6261	Fracture of other finger	357
รวม (นับโรคหลักที่มารับบริการ)			40,669

10 อันดับกลุ่มโรคป่วยแผนกผู้ป่วยนอก (504) – ผู้ป่วยใน (505) ประจำปีงบประมาณ 2556

กลุ่มโรคแผนกผู้ป่วยนอก (504)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน
1	Diseases of the circulatory system	68,428
2	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	63,086
3	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	50,084
4	Diseases of the digestive system	48,657
5	Diseases of the respiratory system	37,188
6	Symptoms, signs and abnormality clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	28,620
7	Diseases of the eye and adnexa	24,042
8	Mental and behavioural disorders	23,584
9	Certain infectious and parasitic diseases	22,986
10	Diseases of the genitourinary system	22,097
รวม (จำนวนกลุ่มโรคผู้ป่วยนอกทั้งหมด)		467,119

กลุ่มโรคแผนกผู้ป่วยใน (505)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน
1	Other endocrine, nutrition and metabolic diseases	14,552
2	Diseases of the blood and blood forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	5,434
3	Hypertensive diseases	4,832
4	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	4,256
5	Other diseases of the digestive system	3,613
6	Other diseases of the respiratory system	3,221
7	Complication of pregnancy, labour, delivery, puerperium and other obstetric conditions, not elsewhere classified	3,196
8	Other external cause of accident injury and their sequelae except	3,172
9	Diseases of the eye and adnexa	3,046
10	Other heart diseases	3,004
รวม (จำนวนกลุ่มโรคผู้ป่วยในทั้งหมด)		91,098

10 อันดับโรคสาเหตุการตาย ประจำปีงบประมาณ 2556

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	จำนวน ผู้เสียชีวิต
1	J189	Pneumonia, unspecified	163
2	I639	Cerebral infarction,unspecified	77
3	J159	Bacterial penumonia, unspeicfied	53
4	K746	Other and unspecified cirrhosis of liver	52
5	J449	Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified	51
6	A162	Tuberculosis of lung, without mention of bacteriological or histological confirmation	45
7	I219	Acute myocardial infarction,unspecified	43
8	A419	Septicaemia, unspecified (Septic Shock)	38
9	K703	Alcoholic cirrhosis of liver	33
10	I619	Intracerebral haemorrhage, unspecified	29
รวม (สาเหตุการตายจากใบ ทร.4/1 ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด)			1,642

10 อันดับผ่าตัดใหญ่ ประจำปีงบประมาณ 2556

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	จำนวน
1	1371	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	2,334
2	1341	Phacoemulsification and aspiration of cataract	2,131
3	741	Low cervical cesarean section	1,728
4	8622	Debridement of wound, infection, or burn	891
5	4709	Other appendectomy	707
6	6632	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	697
7	4513	Other endoscopy of small intestine	582
8	7964	Debridement of open fracture site (phalanges of hand)	509
9	5491	percutaneous abdominal paracentesis	401
10	3893	Other venous catheterization	448
รวม (จำนวนรหัสผ่าตัดทั้งหมด)			19,211

10 อันดับโรค REFER – IN ประจำปีงบประมาณ 2556

REFER – IN ผู้ป่วยนอก

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	จำนวน
1	H251 – H259	Senile nuclear cataract,unspecified	4,421
2	F2030	Undifferentiated schizophrenia, Continuous	1,693
3	K30	Dyspepsia	818
4	N185	Chronic kidney disease, stage 5	748
5	C509	Malignant neoplasm of breast, unspecified	601
6	K922	Gastrointestinal hemorrhage, unspecified	562
7	F2090– F2099	Schizophrenia, unspecified	560
8	I259	Chronic ischaemic heart disease, unspecified	540
9	E041	Nontoxic single thyroid nodule	537
10	I10	Essential(primary) hypertension	531
รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)			44,269

REFER – IN ผู้ป่วยใน

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	จำนวน
1	H251 – H259	Senile nuclear cataract,unspecified	1,149
2	I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	692
3	K35–K359	Acute appendicitis with generalized peritonitis	598
4	K922	Gastrointestinal hemorrhage, unspecified	464
5	D649	Anaemia,unspecified	378
6	I219	Acute myocardial infarction, unspecified	311
7	S099	Unspecified injury of head	307
8	I10	Essential(primary) hypertension	285
9	D569	Thalassaemias, unspecified	255
10	K30	Dyspepsia	248
รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)			14,478

10 อันดับโรค REFER - OUT สถานพยาบาลศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน ประจำปีงบประมาณ 2556

REFER - OUT ผู้ป่วยนอก

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	จำนวน
1	I251 - I259	Atherosclerotic heart disease, unspecified	475
2	N200-N209	Calculus of kidney	344
3	N63	Unspecified lump in breast	285
4	C50 - C509	Malignant neoplasm of breast, unspecified	211
5	C53 - C539	cervix uteri malignant neoplasm, unspecified	154
6	G409	Epilepsy, unspecified	141
7	C220-C229	Liver cell carcinoma	137
8	E050-E059	Thyrotoxicosis with diffuse goitre	131
9	I500	Congestive heart failure	112
10	M329	Systemic lupus erythematosus, unspecified	100
รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)			8,650

REFER - OUT ผู้ป่วยใน

ลำดับ	รหัส	ชื่อโรค	จำนวน
1	S065-S066	Traumatic subarachnoid haemorrhage	71
2	S068	Other intracranial injuries	63
3	I64	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	62
4	S064	Epidural haemorrhage	40
5	S099	Unspecified injury of head	38
6	I500	Congestive heart failure	30
7	I610-I615	Intracerebral haemorrhage	29
8	I219	Acute myocardial infarction, unspecified	19
9	D432	Neoplasm of brain, unspecified	11
10	I714	Abdominal aortic aneurysm, without mention of rupture	9
รวม (โรคจากหนังสือส่งตัว)			706

สรุปสถานพยาบาล REFER – IN ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2556

แผนกผู้ป่วยนอก

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ		
	2554	2555	2556
รพช. ขาณุวรลักษบุรี	5,824	6,517	7,226
รพช. คลองลาน	5,278	5,932	6,325
รพช. คลองขลุง	8,045	7,171	6,833
รพช. ไทรंगาม	4,129	4,807	4,467
รพช. พรานกระต่าย	4,901	5,881	6,528
รพช. ทวายทองวัฒนา	1,910	2,241	2,300
รพช. ลานกระบือ	3,025	2,978	2,755
รพช. ปางศิลาทอง	3,202	3,460	3,081
รพช. บึงสามัคคี	1,642	1,998	1,773
รพช. ห้วยโพธิ์ทะเล	2,152	2,073	2,289
รวมนอกเครือข่าย/นอกเขต ในเครือข่าย	41 1,617	23 165	18 674
รวมทั้งหมด	41,766	52,912	44,269

แผนกผู้ป่วยใน

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ		
	2554	2555	2556
รพช. ขาณุวรลักษบุรี	2,162	2,346	2,356
รพช. คลองลาน	1,768	2,090	1,885
รพช. คลองขลุง	2,723	2,801	2,519
รพช. ไทรंगาม	1,335	1,735	1,597
รพช. พรานกระต่าย	1,706	1,959	1,914
รพช. ทวายทองวัฒนา	607	787	778
รพช. ลานกระบือ	1,061	1,065	834
รพช. ปางศิลาทอง	1,264	1,333	1,150
รพช. บึงสามัคคี	578	691	586
รพช. ห้วยโพธิ์ทะเล	670	651	654
รวมนอกเครือข่าย/นอกเขต ในเครือข่าย	105 356	40 37	91 114
รวมทั้งหมด	14,335	16,004	14,478

**สรุปสถานพยาบาล REFER – OUT ศักยภาพสูงกว่าหรือเท่ากัน
ประจำปีงบประมาณ 2556**

REFER – OUT ผู้ป่วยนอก

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ 2556
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	1,856
โรงพยาบาลพุทธชินราช	1,259
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	1,186
โรงพยาบาลราชวิถี	736
ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ลพบุรี,สถานพยาบาล	466
บริษัทพิษณุโลก พี.ซี.อิมเมจจิงเซนเตอร์ จำกัด	437
โรงพยาบาลศรีสวรรค์	408
โรงพยาบาลรามาศิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	351
โรงพยาบาลศิริราช	312
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	220
โรงพยาบาล/สถาบัน อื่น ๆ	1,414
ยอดรวม Refer out-opd สูงกว่า/เท่ากัน	8,650

REFER – OUT ผู้ป่วยใน

สถานพยาบาล	ปีงบประมาณ 2556
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	454
โรงพยาบาลพุทธชินราช	75
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	71
บริษัทพิษณุโลก พี.ซี.อิมเมจจิงเซนเตอร์ จำกัด	46
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	22
โรงพยาบาลลำปาง	6
โรงพยาบาลพิจิตร	4
โรงพยาบาลสวนปรุง	3
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	3
ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ลพบุรี,สถานพยาบาล	3
โรงพยาบาล/สถาบัน อื่น ๆ	19
ยอดรวม Refer out-opd สูงกว่า/เท่ากัน	706

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเหตุอื่นของการบาดเจ็บ จาก 19 สาเหตุ จำแนกตามที่อยู่ปัจจุบันของผู้บาดเจ็บ ประจำปีงบประมาณ 2556

สาเหตุของการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด		จำนวนผู้บาดเจ็บตายก่อนถึงโรงพยาบาล		จำนวนผู้บาดเจ็บตายในโรงพยาบาล		จำนวนผู้บาดเจ็บตายทั้งหมด	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1.อุบัติเหตุการขนส่ง (V01-V99)	3,524	2,077	40	8	63	18	103	26
2.อุบัติเหตุอื่นๆ								
2.1 อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม (W00-W19)	1,796	1,566	4	-	18	3	22	3
2.2 อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ (W20-W49)	3,156	1,313	2	-	2	1	4	1
2.3 อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/คน (W50-W64)	1,637	1,716	-	-	-	2	-	2
2.4 อุบัติเหตุการตกน้ำและจมน้ำ (W65-W74)	31	12	22	3	3	3	25	6
2.5 อุบัติเหตุที่คุกคามการหายใจ (W75-W84)	15	12	2	5	3	1	5	6
2.6 อุบัติเหตุสัมผัสกระแสไฟฟ้ารังสีและอุณหภูมิจาก (W85-W99)	55	16	1	1	2	-	3	1
2.7 อุบัติเหตุสัมผัสควันไฟและเปลวไฟ (X00-X09)	44	13	-	-	-	1	-	1
2.8 อุบัติเหตุสัมผัสความร้อนของร้อน (X10-X19)	58	70	-	-	-	-	-	-
2.9 อุบัติเหตุสัมผัสพิษจากสัตว์หรือพืช (X20-X29)	211	189	-	-	-	-	-	-
2.10 อุบัติเหตุสัมผัสพลังงานจากธรรมชาติ (X30-X39)	1	-	-	-	-	-	-	-
2.11 อุบัติเหตุสัมผัสพิษและสารอื่นๆ (X40-X49)	124	157	-	-	-	-	-	-
2.12 อุบัติเหตุการออกกำลังกาย (X50-X57)	80	67	-	-	-	-	-	-
2.13 อุบัติเหตุสัมผัสกับสิ่งไม่ทราบแน่ชัด (X58-X59)	427	398	-	-	1	-	1	-
3. ทำร้ายตนเองด้วยวิธีต่างๆ (X60-X84)	105	129	14	-	21	3	35	3
4. ถูกทำร้ายด้วยวิธีต่างๆ (X85-Y09)	854	457	5	2	3	2	8	4
5. บาดเจ็บโดยไม่ทราบเจตนา (Y10-Y33)	24	29	-	-	1	-	1	-
6. ดำเนินการทางกฎหมายหรือสงคราม (Y35-Y36)	-	-	-	-	-	-	-	-
7. ไม่ทราบทั้งสาเหตุและเจตนา (Y34)	-	-	23	22	11	5	34	27
รวม	12,142	8,221	113	41	128	39	241	80
รวมทั้งหมด	20,363		154		167		321	

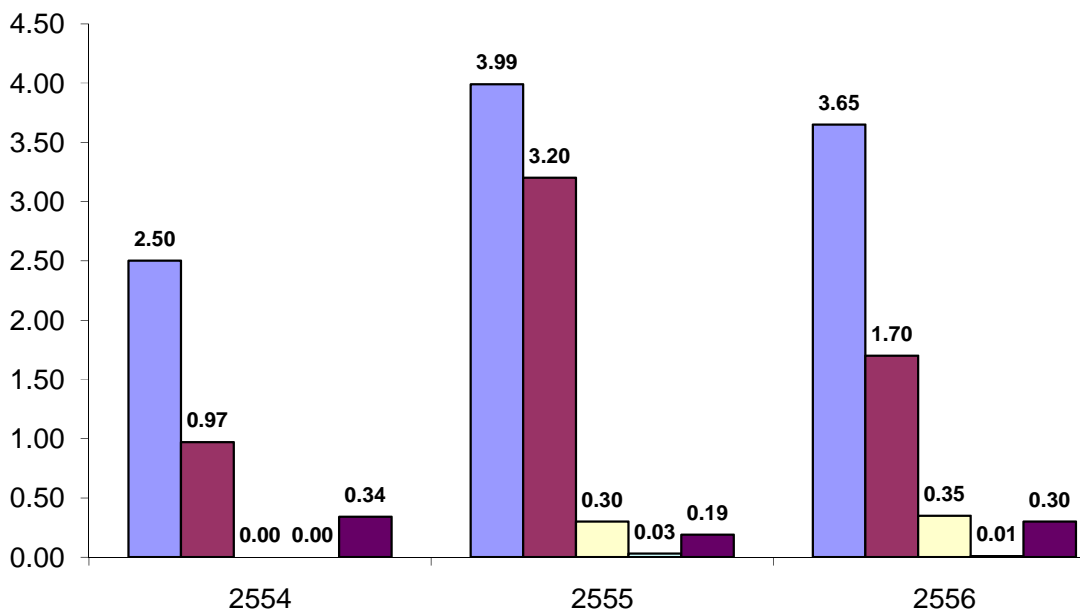
ที่มา :ฐานข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร (program Hosxp)+ER

การติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่งของการติดเชื้อที่พบ ประจำปีงบประมาณ 2554 - 2556

ตำแหน่งที่ติดเชื้อ	อัตราการติดเชื้อ		
	2554	2555	2556
อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) (ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)	2.5	3.99	3.65
อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) (ครั้งต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ)	0.97	3.20	1.70
อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (CABS) (ครั้งต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนหลอดเลือด)	0	0.30	0.35
อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด (BSI non line) (ครั้งต่อ 1,000 วันนอนของผู้ป่วยที่ไม่ได้คาสายสวนหลอดเลือด)	0	0.03	0.01
อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (SSI) (ครั้งต่อ 100 แผลผ่าตัด)	0.34	0.19	0.30

ที่มา : คณะกรรมการ IC โรงพยาบาลกำแพงเพชร

กราฟแสดงติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่งที่พบ



สรุปผลการดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2554 – 2556

ลำดับ	กิจกรรม	2554	2555	2556
1	การรักษาพยาบาลผู้ป่วย AIDS (รายใหม่)	202	171	108
	การรักษาพยาบาลผู้ป่วย AIDS (รายเก่า)	146	61	67
2	การให้คำปรึกษา ผู้ป่วยทั้งหมด (ผู้ป่วยนอก + ใน)	5,780	6,710	7883
	- ได้รับการตรวจเลือด	5,780	6,710	7883
	- ⊕	142	52	201
	- siphilis	101	37	117
3	หญิงตั้งครรภ์ ให้บริการคำปรึกษาและตรวจ HIV Ab (ราย)	2,073	1,985	1693
	หญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดบวก/กามโรค	2	11/2	5/13
	ร้อยละ	0.09	0.55	0.29

สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2554- 2556

รายการ	2554	2555	2556
- การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ไม่เกิน 30 = แส่นประชากร)	127 ราย/230,000 ประชากร	98/230,000 ประชากร	120 ราย/230,000 ประชากร
คิดเป็นร้อยละ	55.22/แสนประชากร	42.61	52.17/แสนประชากร
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทั้งหมด	4,235 ราย	6,000 ราย	6200 ราย
- จำนวนผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสแบ่งตามโครงการ ณ ปัจจุบัน			
- ATC (ผู้ใหญ่)	492 ราย	338 ราย	567 ราย
- PATC (เด็ก)	50 ราย	46 ราย	53 ราย
- CARE ผู้ใหญ่ (จากแม่สู่ลูก)	0 ราย	1 ราย	0 ราย
- ประกันสังคม	85 ราย	62 ราย	115 ราย
- เบิกได้	23 ราย	18 ราย	22 ราย
- สิทธิอื่น ๆ	2 ราย	2 ราย	0 ราย
รวมผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสฯ	542 ราย	467 ราย	620 ราย

จำนวนผู้ป่วย/เสียชีวิต ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2549-2555

ปีงบประมาณ	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556
จำนวนผู้ป่วย	169	312	264	233	177	202	171	108
จำนวนผู้เสียชีวิต	19	25	11	6	11	9	16	6

ที่มา : งานระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกำแพงเพชร



ผลการปฏิบัติงานและกิจกรรม
กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน



กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ



- งานสารบรรณ
- งานธุรการ
- งานยานพาหนะ
- งานเวชنيทัศน์และ
โสตทัศนศึกษา
- งานกำจัดขยะ
- งานซักฟอกและตัดเย็บ
- งานรักษาความปลอดภัย
- งานรักษาศพ
- งานสนาม

- งานพัสดุ
- งานซ่อมบำรุง
- งานเครื่องมือแพทย์

- กลุ่มงานการเจ้าหน้าที่
- กลุ่มงานการเงิน
- กลุ่มงานบัญชี
- กลุ่มงานโภชนาการ
- กลุ่มงานประชาสัมพันธ์
- กลุ่มงานนโยบายและแผน
- ศูนย์ IT

งานสารบรรณ อธิการ

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน

ที่	รายการ	หน่วย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
1	ลงทะเบียนรับหนังสือราชการ	เรื่อง	12,484	11,969	13,320
2	ลงทะเบียนรับหนังสือภายใน	เรื่อง	104	134	140
3	ลงทะเบียนขอประวัติการ รักษาพยาบาล	เรื่อง	1,364	1,467	1,542
4	ลงทะเบียนหนังสือรับรองเงินเดือน/ การปฏิบัติงาน	เรื่อง	512	787	974
5	ลงทะเบียนรับ-ส่ง หนังสือลับ	เรื่อง	44	50	25
6	ลงทะเบียนหนังสือส่ง	เรื่อง	8,357	9,073	10,145
7	ลงทะเบียนหนังสือเสนอจังหวัด	เรื่อง	1,319	1,408	1,599
8	ออกหนังสือเวียนภายนอก	เรื่อง	168	113	113
9	ออกหนังสือเวียนภายใน	เรื่อง	147	195	167
10	ออกคำสั่งโรงพยาบาล	เรื่อง	148	200	202
11	แจ้งเวียนหนังสือ	ราย	5,743	9,328	9,425
12	รับจดหมายลงทะเบียน ฐานนิติ พัสตุ	เรื่อง	7,627	8,306	10,923
13	ส่งจดหมายพัสดุไปรษณีย์	เรื่อง	18,725	13,835	13,572
14	คัดแยกจดหมายเจ้าหน้าที่	ฉบับ	50,320	60,267	65,631
15	คัดแยกหนังสือราชการให้หน่วยงาน ต่าง ๆ	เรื่อง	12,484	11,969	13,320
16	ควบคุมการใช้โทรศัพท์ทางไกล	ครั้ง	2,578	2,973	3,046
17	จัดทำหนังสือราชการ	เรื่อง	370	374	320
18	จัดทำรายงานการประชุม	ครั้ง	12	12	11
19	พิมพ์หนังสือราชการ/แบบฟอร์ม	เรื่อง	412	395	380
20	โรเนียวเอกสาร	เรื่อง แผ่น	1,069 940,668	1,920 1,085,608	1,876 1056,389
21	ทำลายเอกสาร	ครั้ง	1	1	1

ทรัพยากร

อัตรากำลัง จำนวน 5 คน	
- เจ้าหน้าที่ลงรับหนังสือ	1 คน
- เจ้าหน้าที่ลงส่ง/พิมพ์หนังสือ	1 คน
- เจ้าหน้าที่โรเนียว/เวียนหนังสือภายใน	1 คน
- เจ้าหน้าที่เสนอหนังสือจังหวัด	1 คน
- เจ้าหน้าที่จัดทำหนังสือ/จัดเก็บ/ทำลาย	1 คน

เทคโนโลยี / เครื่องมือ	
- เครื่องคอมพิวเตอร์	4 เครื่อง
- เครื่องโรเนียวเอกสาร	1 เครื่อง
- เครื่องสแกนเอกสาร	2 เครื่อง

กระบวนการสำคัญ

กระบวนการ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การลงทะเบียนหนังสือรับ	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้หนังสือราชการทุกฉบับมีการลงทะเบียนและป้องกันการสูญหาย - สามารถติดตามหนังสือราชการได้ว่าหน่วยงานใดรับหนังสือไปปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนของหนังสือที่มีการลงทะเบียน - จำนวนของหนังสือที่หน่วยงานรับไปปฏิบัติ
คัดแยกประเภทหนังสือ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดลำดับความสำคัญของหนังสือเพื่อดำเนินการก่อน-หลัง - คัดแยกหนังสือให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	- จำนวนความผิดพลาดในการคัดแยกหนังสือที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
การเขียนหนังสือ	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือ - เสนอความเห็นเพิ่มเติมให้ผู้บังคับบัญชาทราบและพิจารณา 	จำนวนการเขียนหนังสือแจ้งผิดหน่วยงาน
การแจ้งเวียนผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ	- ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบ/และปฏิบัติตามดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง	จำนวนการแจ้งเวียนหนังสือราชการไม่ครบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/แจ้งเวียนผิดหน่วยงาน

กระบวนการ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
- การลงทะเบียนหนังสือส่ง	- เพื่อให้หนังสือส่งทุกฉบับมีเลขที่หนังสือสามารถตรวจหลักฐานการส่งหนังสือได้	- จำนวนของหนังสือนำส่งไม่ได้ลงทะเบียนหนังสือส่ง - จำนวนของที่ส่งไปด้วยไม่ได้มาพร้อมกับหนังสือราชการ
ร่าง/โต้ตอบหนังสือ	- เพื่อให้หนังสือราชการที่มีการโต้ตอบถึงส่วนราชการ บุคคลภายใน ดำเนินการถูกต้องตามระเบียบงานสารบรรณ	จำนวนของการร่าง/โต้ตอบผิดพลาด
พิมพ์หนังสือราชการ	- เพื่อให้หนังสือราชการพิมพ์ถูกต้องตามระเบียบงานสารบรรณ	- จำนวนการพิมพ์หนังสือราชการไม่ถูกต้องตามระเบียบงานสารบรรณ
การจัดเก็บ	- เพื่อให้หนังสือราชการที่ผู้บังคับบัญชาลงนามสั่งการแล้ว มีการจัดเก็บถูกต้องค้นหาได้ง่ายและรวดเร็ว	จำนวนการค้นหาหนังสือราชการหาไม่พบ / ค้นหาพบ แต่ล่าช้า

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. ร้อยละของหนังสือถึงผู้รับทันเวลา	90	98
2. ร้อยละของการพิมพ์ถูกต้องตามระเบียบงานสารบรรณ	90	100
3. ร้อยละของการเขียนหนังสือถูกต้อง	90	95
4. ร้อยละของหนังสือถึงผู้รับบริการครบถ้วน ถูกต้อง	90	95
5. ร้อยละของความพึงพอใจในงานสารบรรณ	80	80

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

รับหนังสือโดยใช้ระบบสแกนเอกสาร เพื่อสะดวกรวดเร็วในการค้นหาเอกสาร

แผนพัฒนา

- ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับงานสารบรรณ เพื่อรับทราบข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- แจกเวียนหนังสือโดยใช้ระบบ Internet ภายในโรงพยาบาลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประหยัดและรวดเร็ว

งานจัดการขยะมูลฝอย

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วย

1. ดูแล รักษา ควบคุมส่งกำจัดขยะที่เกิดจากสถานบริการ เช่น ขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อและสารเคมี หรือขยะพิษ ให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ
2. จัดที่พักขยะ ถังขยะ ให้เพียงพอสำหรับรองรับ
3. ทำความสะอาดสถานที่ เต่าเผาขยะ ถังขยะ ที่พักขยะให้สะอาดอยู่เสมอ (ทุกครั้งหลังการใช้)
4. ควบคุม ดูแลและให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่ที่ลำเรียงขยะมาสู่ที่จัดเก็บให้ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติ
5. ดำเนินการ จัดเก็บขยะทั่วไปให้แก่หน่วยงานและขยะติดเชื้อของหน่วยงานที่มีขยะติดเชื้อ

ขอบเขตของงานขยะ

1. ควบคุมการจัดเก็บขยะทั่วไป จำนวน 70 หน่วยงาน (ตามจำนวนหน่วยเบิกพัสดุของงานพัสดุ)
2. ควบคุมการจัดเก็บขยะพิษ
3. ควบคุมและจัดเก็บขยะติดเชื้อจากหน่วยงานที่มีขยะติดเชื้อ จำนวน 31 หน่วยงาน
4. ควบคุมการส่งขยะไปทำลาย

ผู้รับรู้ผลงานและความต้องการที่สำคัญ

- 1 บุคลากรในโรงพยาบาลกำแพงเพชร – มีความปลอดภัยจากการแพร่กระจายที่ถูกควบคุมผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาและญาติ ป้องกัน และการกำจัดขยะที่ได้มาตรฐาน
- 2 บุคลากรภายนอกโรงพยาบาล – ได้รับความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่ดี ไร้มลพิษ กำแพงเพชร และเชื้อโรค ไม่มีการแพร่กระจาย

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. มีการประเมินการจัดการขยะติดเชื้อตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย
2. เพิ่มเติมจุดทิ้งขยะเพื่อลดความสกปรกของขยะในบริเวณทางเดินภายในโรงพยาบาลเป็นจุด ๆ ประกอบด้วย ถังสีฟ้าสำหรับขยะทั่วไป และถังสีเหลืองสำหรับขยะรีไซเคิล จำนวน 10 จุด

ปัญหา ความท้าทายและการแก้ไข

1. โรงเรือนมีที่จัดเก็บไม่เพียงพอสำหรับขยะทั่วไป มีปริมาณต่อวันมากขึ้น
2. การขาดมาตรฐานของผู้ให้บริการรับขนขยะติดเชื้อพบว่า ไม่ปฏิบัติตามโดยสม่ำเสมอ เช่น การแต่งกายของผู้ขนไม่ถูกต้อง รถที่ใช้ขนไม่ถูกลักษณะ

การแก้ไข้ปัญหา

1. ประสานกับหน่วยจัดเก็บขยะของเทศบาลเปิดช่องทางด่วน ในการเข้ามาจัดเก็บ โดยให้ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โทรศัพท์แจ้งหน่วยงานของเทศบาลฯ ได้ทันที และเทศบาลจะเข้ามาดำเนินการ
2. เสนอของบประมาณในการปรับปรุงโรงเรือนเพื่อให้สามารถจัดเก็บขยะเพิ่มขึ้นได้
3. เสนอขอให้ปรับปรุงเงื่อนไขเพื่อให้ผู้รับจ้างขนขยะติดเชื้อให้งานพัสดุกำหนดเป็น เงื่อนไขสอปรราคา

ปริมาณงาน

รายการ	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
1.ขยะติดเชื้อ (กก.)	136,114	141,669	127,571
2.ขยะทั่วไป (กก.)	1,101,000	1,117,605	1,129,475

ทรัพยากร

1. นายวิสัย เปี่ยมมัน ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป
2. นายนภดล แข่งเพ็ญแข ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป
3. นายประดิษฐ์ นาคโควงศ์ ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป

เครื่องมือ

1. โรงเรือนเก็บขยะทั่วไปขนาด 18 ตารางเมตร 1 แห่ง
2. โรงเรือนเก็บขยะติดเชื้อ ขนาด 9 ตารางเมตร 1 แห่ง
3. โรงเรือนเก็บขยะพิษ ขนาด 20 ลูกบาศก์เมตร 1 แห่ง
4. รถเข็นขยะติดเชื้อ จำนวน 2 คัน
5. ชุดสำหรับการปฏิบัติงาน
6. พงษ์กฟอก, สารเคมี, วัสดุอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้
1.เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค	จำนวนครั้งที่ขยะติดเชื้อถูกกำจัดไม่เกิน 3 วัน	100 %	100 %
2.เพื่อให้โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีความสะอาด	จำนวนของขยะทั่วไปถูกจัดเก็บ	100%	95%

กระบวนการสำคัญ

กระบวนการ	สิ่งที่คาดหวัง	ตัวชี้วัด
1. จัดเก็บ ขนย้าย ควบคุมการ จัดเก็บขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะพิษ	- เพื่อการจัดเก็บที่ปลอดภัยต่อ การแพร่กระจายของเชื้อโรคและ ลดความสกปรก	เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินของ กรมอนามัย
2. การจัดเก็บขยะทั่วไป ขยะติด เชื้อจาก หน่วยงาน	- เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย ของเชื้อโรคในโรงพยาบาล	ขยะถูกจัดเก็บทุกหน่วยงานในแต่ ละวัน
3. การส่งขยะไปกำจัดและทำลาย ที่ถูกต้อง	- ให้มีการคัดแยกประเภทขยะ เพื่อการส่งทำลาย	มีแหล่งกำจัดทำลายขยะแต่ละ ประเภทชัดเจน

กระบวนการหรือ เพื่อบรรลุเป้าหมายและคุณภาพ

- ระบบงานที่ใช้
 1. การดำเนินการตามนโยบายและแผนที่กำหนดในการปฏิบัติ
 2. การตรวจสอบแก้ไขหลังการดำเนินการ
 3. ทบทวนการดำเนินการ
 4. การปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน
 1. ปรับปรุงสถานที่ทำงาน สำนักงานให้ถูกสุขลักษณะ
 2. จัดพื้นที่เพิ่มเติมการจัดเก็บขยะติดเชื้อ
 3. จัดทำที่พักรวมของขยะทั่วไปสำหรับหน่วยย่อย
 4. จัดให้มีเครื่องมือขนย้ายขยะทั่วไปที่มีประสิทธิภาพ

แผนพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและแผนประจำปี

- ให้มีการคัดแยก ขนย้าย จัดเก็บ ทำลายขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะพิษต่าง ๆ ให้
เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดและมีประสิทธิภาพ
- มีการอบรมให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะเพื่อการ
ปฏิบัติที่ถูกต้องลดการแพร่กระจายเชื้อโรค

ผลงานเด่นประจำปี

- บริการจัดเก็บขยะทั่วไปและจัดเก็บขยะติดเชื้อจากหน่วยงาน เป็นการช่วยลดงาน
และเวลาของเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน

งานบำบัดน้ำเสีย

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการบำบัดน้ำเสียที่เกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลก่อนทิ้งโดยมิให้ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและเป็นอันตรายต่อชุมชนหรือประชาชนทั่วไป

ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. วิธีการบำบัดน้ำเสีย
2. การแยกน้ำเสียที่ปนเปื้อนและไม่ปนเปื้อนเชื้อโรค
3. การแยกน้ำเสียที่ปนเปื้อนด้วยสาเคมีหรือยาฆ่าเชื้อโรค
4. การควบคุมระบบบำบัดและวิธีการกำจัดตะกอน
5. การตรวจสอบและดูแลประสิทธิภาพในการบำบัด
6. การตรวจสอบดูแลระบบและแนวเส้นทางของระบบ
7. ดูแล รักษาสภาพที่ตั้งของระบบบำบัดเป็นไปด้วยความสะอาดเรียบร้อย

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
หน่วยงานที่เป็นแหล่งกำเนิด	- ประสิทธิภาพในการส่งน้ำเสียจากหน่วยงาน
ชุมชนหรือประชาชนทั่วไป	- ไม่เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ค่ามาตรฐานน้ำทิ้งต้องไม่เกินเกณฑ์กำหนด

ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. ระบบบำบัดแบบคลองวนเวียนที่มีอยู่มีขนาดไม่เพียงพอรับปริมาณน้ำเสียต่อวัน และสภาพไม่สมบูรณ์ (ก่อสร้างมาตั้งแต่ปี 2523 เหมาะสำหรับโรงพยาบาล 150 เตียง) และไม่เพียงพอต่อการรองรับปริมาณน้ำเสียที่มีต่อวัน อาจกระทบถึงประสิทธิภาพในการบำบัด

ทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

รายชื่อบุคลากร	ตำแหน่ง
1. นายจรัญ คันธะวงษ์	พนักงานทั่วไป
2. นายธวัชชัย พันธุ์เกตุกิจ	พนักงานทั่วไป

ปริมาณงาน

ปีงบประมาณ	ค่า BOD		
	2554	2555	2556
ต.ค.			
พ.ย.	4		
ธ.ค.			
ม.ค.			
ก.พ.			
มี.ค.			
เม.ย.			5.56
พ.ค.		1.46	1.46
มิ.ย.			
ก.ค.			1.26
ส.ค.			4.68
ก.ย.	3.33		

หมายเหตุ ตั้งแต่ปี 2554 เกณฑ์กำหนดในการหาค่า BOD ไว้ที่ 6 เดือน/ครั้ง เมื่อค่า BOD ไม่เกิน 20 mg/l

กระบวนการสำคัญ

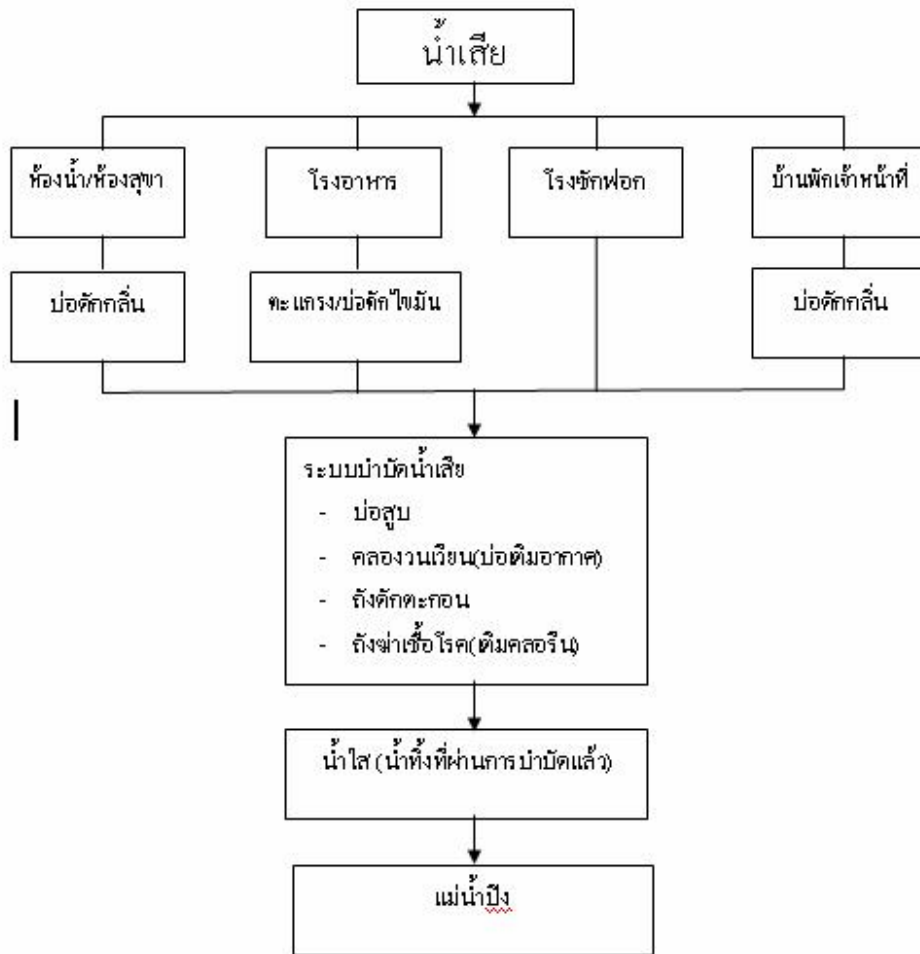
กระบวนการ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การส่งน้ำเสียเพื่อการบำบัด	มีน้ำเสียถูกส่งไปยังจุด รวบรวมครบถ้วน	ปริมาณน้ำเสียที่ได้รับ ณ.จุด รวบรวม/วัน
2. การปล่อยน้ำทิ้ง	น้ำเสียและตะกอนถูกแยก โดยระบบที่มีคุณภาพ	ปริมาณน้ำที่ถูกบำบัดและฆ่า เชื้อโรคที่ปล่อยทิ้ง/วัน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ค่า BOD ไม่เกินกว่า 20 mg

กระบวนการหรือระบบเพื่อบรรลุเป้าหมายและคุณภาพ

- ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพเสร็จสิ้นแล้ว)



- การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ
มีระบบการทวงน้ำเสียเพื่อทำการบำบัดในแต่ละวันให้อยู่ในปริมาณที่บำบัดแล้วมีประสิทธิภาพ

แผนการพัฒนาต่อเนื่องและแผนประจำปี

- ตรวจสอบและปรับปรุงท่อส่งน้ำเสียที่มีการอุดตันหรือรั่วไหลให้อยู่ในสภาพใช้งานได้
- จัดหาเครื่องมือเพื่อการทดแทน และเพื่อการตรวจสอบแก้ไขระบบ เช่น ปั๊มน้ำ,มอเตอร์สำรอง
- ปรับปรุงซ่อมแซมระบบบำบัดเติมอากาศ

ผลงานเด่น

1. มีการควบคุมการบำบัดน้ำเสียได้อย่างมีคุณภาพ แม้ปริมาณน้ำเสียจะมีมากกว่าการทิ้งต่อวัน การปล่อยน้ำทิ้งมีคุณภาพไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน
2. เข้าทำการตรวจสอบและกำจัดขยะหรือสิ่งกีดขวางที่เกิดการอุดตันในท่อแบบเชิงรุก

งานซักฟอกและตัดเย็บ

หน้าที่และเป้าหมาย

ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีผ้าที่สะอาดและสมบูรณ์ใช้ตลอดเวลาจัดทำให้มีผ้า, เครื่องแต่งกายใช้ในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีความสะอาดพร้อมใช้

ขอบเขตการให้บริการ คักยภาพ ข้อจำกัด

บริการซักผ้า ตัดเย็บ ซ่อมผ้าที่แจกจ่ายใช้ในโรงพยาบาลกำแพงเพชรให้สะอาดและเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
หน่วยงานภายในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้รับบริการ	- ได้ผ้าใช้เพียงพอต่อความต้องการ - มีผ้าและเครื่องนุ่งห่มที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- มีผ้าและเครื่องนุ่งห่มที่สะอาดเพียงพอต่อความต้องการใช้
- พัฒนาบุคลากรพัฒนาหน่วยงานสร้างวินัยให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ได้คุณภาพครบถ้วน

ปัญหา ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. ในการจัดบริการที่เป็นระบบมีภาระงานเพิ่มขณะที่บุคลากรมีจำนวนจำกัด
2. เครื่องจักรทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ
3. มีผ้าสำรองไม่เพียงพอ

แนวทางการแก้ไข

1. จัดการปรับปรุงอาคารซักฟอกเป็นการจัดระบบการทำงานตามแนวทาง ic
2. ให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่
3. ทำข้อตกลงการรับ/ส่งผ้าซักกับผู้ประกอบการรับจ้างซัก
4. จัดหาผ้าผู้ป่วยเพิ่มเติมและทดแทนกรณีชำรุดสูญหาย

เครื่องมือที่ใช้ปฏิบัติงาน

1. เครื่องซัก- สลัดผ้า ขนาด 250 ปอนด์ จำนวน 1 เครื่อง
เครื่องซัก-สลัดผ้า ขนาด 200 ปอนด์ จำนวน 1 เครื่อง
2. ตู้อบผ้า ขนาด 100 ปอนด์ จำนวน 1 ตู้
ตู้อบผ้า ขนาด 150 ปอนด์ จำนวน 1 ตู้
ตู้อบผ้า ขนาด 120 ปอนด์ จำนวน 1 ตู้
3. เครื่องกำเนิดไอน้ำ ขนาด 100 แรงม้า 2 เครื่อง

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน

ที่	รายการ	หน่วย	1 ต.ค. – 30 ก.ย. 2556
1	จำนวนผ้าที่รับซัก	กก.	308,993
2	จำนวนผ้าที่ส่งเอกซนซัก	กก.	327,461
3	จำนวนผ้าที่ผลิต	ชิ้น	12,141
4	จำนวนผ้าที่ซ่อมแซม	ชิ้น	5,994
5	จำนวนผ้าที่ชำรุด	ชิ้น	6,402

ทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

นายประสิทธิ์	ประสงค์ทัน	พนักงานช่วยเหลือคนใช้
นายยงยุทธ์	เวชกร	พนักงานซักฟอก
นางจินตนา	เวชกร	พนักงานซักฟอก
นางอุ๋นเรื่อน	เงินทอง	พนักงานซักฟอก
นางตรีวลี	เหมะธูรินทร์	พนักงานซักฟอก
นางสุดใจ	กระต่ายทอง	ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า
นางพัทยาพร	พรมมาตร์	พนักงานทั่วไป
นายปรีชา	จันทร์ศรี	พนักงานทั่วไป
นางวันเพ็ญ	พุทธา	ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์/ กลยุทธ์	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ ปฏิบัติได้
เพื่อให้มีผ้าที่สะอาด ปราศจากเชื้อ ส่งมอบแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ใช้ อย่างเพียงพอทุกวัน	อัตราการยละลายของความ ต้องการใช้ผ้า	95%	90%

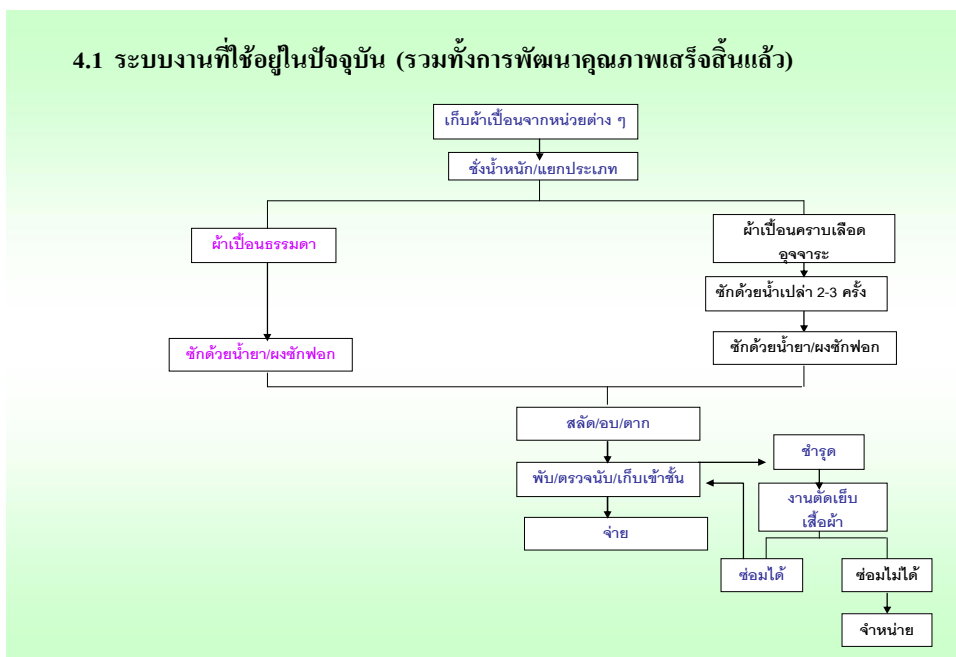
กระบวนการสำคัญ

กระบวนการ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การรับผ้าเปื้อน	1. ผ้าที่ใช้งานถูกส่งซัก	1.จำนวนผ้าที่ส่งซัก
2. การซักรีดน้ำหนักรีดผ้าและแยกประเภท	2.ทราบจำนวนผ้าในแต่ละประเภท	2.จำนวนการรับซัก
3. การซัก	3.ทำการซักผ้าให้สะอาดตามขั้นตอนและวิธีการที่ถูกต้อง	3.ร้อยละ 90 ได้รับผ้าที่สะอาด
4. การสลัด/อบ/ตาก	4. ซ้ำเชื้อโรคและทำให้ผ้าแห้ง	4.100%ของผ้าที่ซักถูกสลัด/อบ/ตาก
5. พับ/ตรวจนับ/เก็บเข้าชั้น	5.เพื่อเตรียมผ้าสะอาดพร้อมจ่าย	5.อัตราการสำรองผ้าพร้อมจ่าย
6. การจ่าย	6.หน่วยงานได้รับผ้าที่เพียงพอ	6.อัตราการใช้ผ้าของหน่วยบริการ
7. ตัดเย็บ	7. เป็นการเพิ่มเติมส่วนขาดของผ้าประเภทต่าง ๆ	7.จำนวนคำขอเพิ่มเติม
8. ซ่อมแซม/ตัดแปลง	8. ผ้าสามารถนำกลับไปใช้ใหม่ และยืดระยะเวลาการใช้งาน	8.จำนวนผ้าที่ชำรุด

กระบวนการหรือระบบเพื่อบรรลุเป้าหมายและคุณภาพ

ขึ้นปฏิบัติงานวันละ 6 คนแบ่งเป็น 2 ชุด

1. ขึ้นเวลา 07.00-15.30 น.เก็บผ้าจากหน่วยงาน ซักผ้า สลัด อบ
2. ขึ้นเวลา 08.00-16.30 น. ตากผ้า พับผ้า ส่งผ้า เก็บผ้าเข้าชั้น ห่อเช็ดให้หน่วยงานผ้าตัดตามความต้องการ



การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่าง ดำเนินการ

- จัดกระบวนการทำงานที่เป็นระบบมากขึ้น
- ปรับปรุงอาคารซักฟอกที่เอื้อต่อการทำงาน

แผนการพัฒนาต่อเนื่องและแผนประจำปี

1. ปรับปรุงกระบวนการรับ-ซัก-สัลด-อบ-ตาก-จัดเก็บ-แจกจ่าย-ผลิต-ซ่อมแซม ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. การซ่อมปรับปรุงเครื่องจักรที่ใช้ในการทำงาน
3. ปรับปรุงอาคารตามที่อนุมัติโครงการ
4. การปรับปรุงกำลังคนให้เหมาะสมกับปริมาณงาน

ผลงานเด่นประจำปี

- การแก้ไขปัญหาผ้าไม่เพียงพอจัดให้มีการประสานหน่วยงานและเร่งรีบเข้าไปรับผ้าหลังจากการใช้นำไปทำการซักโดยเร็วเพื่อให้มี ผ้าใช้ทดแทน
- ได้รับมอบหมายงานใหม่เพิ่มเติม เช่นจากหน่วยจ่ายกลาง เป็นผ้าชิ้นเล็ก เช็ดต่าง ๆ การพับผ้าของ
- หน่วยงานห้องคลอดเพิ่มเวลาปฏิบัติงานจากเวลา 07.00 – 20.30 น. เพื่อห่อเช็ดให้ห้องผ่าตัดและจัดเรียงผ้าให้แผนกจ่ายกลาง

งานรักษาความปลอดภัย

หน้าที่และเป้าหมาย

1. ดูแล ป้องกัน รักษาความสงบเรียบร้อย ปลอดภัย ให้กับเจ้าหน้าที่ ๆ มาปฏิบัติงาน และผู้มารับบริการทั้งทาง
2. ร่างกายและทรัพย์สิน รวมทั้งอาคาร สถานที่ ส่วนราชการ
3. ช่วยอำนวยความสะดวก จัดความเป็นระเบียบในระบบ การจราจร
4. ให้ คำแนะนำ แก่ผู้มารับบริการ เพื่อความ สะดวก รวดเร็วในการติดต่อ

ขอบเขตการให้บริการ

1. ให้บริการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย ผู้มาเยือน ได้รับความสะดวก ปลอดภัยทั้งทางร่างกายและทรัพย์สินตั้งแต่เข้ามาภายในโรงพยาบาลจนกลับออกไป
2. ควบคุม ดูแลระบบการจราจร และเครื่องหมายการจราจร พื้นที่การจราจร ภายในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ทำให้การจราจรสะดวก คล่องตัว เป็นระเบียบ
3. ตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงและไฟทางแสงสว่างให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี
4. รักษาความสงบเรียบร้อยภายในโรงพยาบาล ติดต่อประสานงานผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ตำรวจทันที เมื่อควบคุมสถานการณ์เอาไว้ไม่ได้

แผนการปฏิบัติงานหน่วยรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

เวรเช้า 1 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- แพลตฟัทเจ้าหน้าที่ A-B
- ลานจอดรถฝั่งตะวันออก

แผนการปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบความเรียบร้อย ปลอดภัย ทั้งร่างกาย และทรัพย์สิน บริเวณแพลตฟัทเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ สังเกตและรถบุคคลภายนอก ห้ามไม่ให้มาในเขตแพลตฟัทเจ้าหน้าที่
- จัดระเบียบ ดูแล ความเรียบร้อย การจอดรถบริเวณลานจอด ไม่ให้ติดขัด กีดขวาง เมื่อที่จอดรถเต็มให้ปิดกั้นทางเข้า แจ้งต่อผู้มารับบริการให้ทราบด้วยความสุภาพ
- ตรวจสอบความเรียบร้อย ปลอดภัย ต่อทรัพย์สินผู้มารับบริการ
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล
- เวลา 11.00-12.00 น. ลงพักทานข้าว

เวรเช้า 2 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- หน้าตึกอุบัติเหตุ, หน้าตึก 2, ห้องตรวจตึก 2, ห้องจ่ายยานอก, รอบสนามเสาชิง,
บริเวณตู้ -ATM, โรงรถ, แพลตM, อาคารกายอุปกรณ์

แผนปฏิบัติงาน

- เวลา 08.00 น. เชิญธงชาติขึ้นสู่ยอดเสา
- จัดระเบียบการจอดรถยนต์ แพทย์ฉุกเฉิน
- อำนวยความสะดวกการจราจร การรับ-ส่ง ผู้มาใช้บริการตู้ATM และแขกพิเศษที่
- ผู้ป่วยบริเวณหน้าตึกอุบัติเหตุ ไม่ให้รถ มาร่วมประชุม
- ติดขัดจะจอดกีดขวาง ผู้ใดฝ่าฝืน สักลั่นให้
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณ
- ไปเสียค่าปรับ โรงพยาบาล
- เวลา 12.00-13.00 น. ลงพักทานข้าว

เวรเช้า 3 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- อาคารสนับสนุน อำนวยการ 1, 2, 3, 4, 8, 9
- อาคารผู้ป่วย 5, 6, 7, 10, 11, 12
- หัวหน้าเวรดำเนินการส่งการเมื่อได้รับ หน้าตึกเด็ก หน้าตึกอุบัติเหตุ หน้าบริเวณ
- ทุจริตผู้ป่วย
- หัวหน้าเวรดำเนินการส่งการเมื่อได้รับ รายงาน/แจ้งเหตุ

แผนปฏิบัติงาน

- เวลา 08.00 น. เชิญธงชาติขึ้นสู่ยอดเสา
- เดินตรวจดูแล รักษาความปลอดภัย ตาม
- อาคาร สังเกตบุคคลที่อาจเข้ามาก่อเหตุ ต่อ
- ร่างกายและทรัพย์สิน ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้มา
- รับประทานอาหาร อย่าน้อยทุกชั่วโมงละครั้ง
- ผู้ป่วย
- เดินตรวจความปลอดภัยปลอดภัยแล้ว ลง
- มาช่วยอำนวยความสะดวกการจราจร
- เวลา 13.00-14.00 น. ลงพักทานข้าว

เวรเช้า 4 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- ประจำทางเข้าตุ๋ยามหลัง
- บ้านพักเจ้าหน้าที่ แพลตพักเจ้าหน้าที่ N,
- อาคารวิจัยไวรัส อาคารวิจัยวัคซีน โปสท์ E, F, I, G
- ชักฟอก อาคารเภสัช โรงครัว อาคารจ่าย
- อาคารคลังพัสดุ กองช่าง ลานจอดรถยนต์
- กลาง รถจักรยานยนต์

แผนปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบห้ามไม่ให้รถบุคคลภายนอกเข้าผ่านได้เฉพาะเจ้าหน้าที่
- ตรวจสอบรถยนต์ออกว่าเป็นของเจ้าหน้าที่จริงหรือไม่
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย แพลตฟักรบ้านพักเจ้าหน้าที่ อย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย บริเวณสายจอตrolleyรถจักรยานยนต์ อย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล
- เวลา 12.00-13.00 น. ลงพักทานข้าว

เวรเช้า 5 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- ประจำตู่ยามหลัง
- อาคารวิจัยไวรัส อาคารวิจัยวัคซีน โปสท์ซักฟอก อาคารเภสัช โรงครัว อาคารจ่ายกลาง
- บ้านพักเจ้าหน้าที่ แพลตฟักรบ้านพักที่ N, E, F, I, G
- อาคารคลังพัสดุ กองช่าง ลานจอตrolleyรถจักรยานยนต์

แผนปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบห้ามไม่ให้รถบุคคลภายนอกเข้าผ่านได้เฉพาะเจ้าหน้าที่
- ตรวจสอบรถยนต์ออกว่าเป็นของเจ้าหน้าที่จริงหรือไม่
- ตักเตือนจุดซื้อหน่วยงาน ผู้ที่ขับขีรถยนต์-รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว/ย้อน-ศร
- เวลา 13.00-14.00 น. ลงพักทานข้าว
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย แพลตฟักรบ้านพักเจ้าหน้าที่ อย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย บริเวณสายจอตrolleyรถจักรยานยนต์ อย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล

เวรบ่าย 1 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- แพลตฟักรบ้านพักที่ A-B
- ลานจอตฝั่งตะวันออก

แผนการปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบความเรียบร้อย ปลอดภัย ทั้งร่างกายและทรัพย์สิน บริเวณแพลตฟักรบ้านพักที่
- ตรวจสอบ สังเกตและรถบุคคลภายนอก ห้ามไม่ให้มาในเขตแพลตฟักรบ้านพักที่
- ตรวจสอบสังเกตบุคคลที่อาจเข้ามาก่อเหตุต่อร่างกายและทรัพย์สิน ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ
- จัดระเบียบ ดูแล ความเรียบร้อย การจอตrolleyบริเวณลานจอต ไม่ให้ติดขัด กีดขวาง เมื่อที่จอตรถเต็มให้ปิดกั้นทางเข้า แจ้งต่อผู้มารับบริการให้ทราบด้วยความสุภาพ
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล

เวรบ่าย 2 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- หน้าตึกอุบัติเหตุ, หน้าตึก 2, ห้องตรวจตึก 2, ห้องจ่ายยานอก, รอบสนามเสาธง, บริเวณตู้ –ATM
- บริเวณโรงรถแฟลตM อาคารกายอุปกรณ์

แผนการปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบสังเกตบุคคลที่อาจเข้ามาก่อเหตุ ต่อร่างกายและทรัพย์สิน ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ
- อำนวยความสะดวกการจราจร การรับ-ส่งผู้ป่วยบริเวณหน้าตึกอุบัติเหตุ ไม่ให้รถติดขัดละจุดกีดขวาง ผู้ใดฝ่าฝืน ล้อคัลล่อให้ไปเสียค่าปรับ
- เวลา 18.00 น. เชิญธงชาติลงจากยอดเสา ล้อคกุญแจใช้ ตึก 2 พร้อมเปิดไฟตามจุด
- จัดระเบียบการจอดรถยนต์ แพทย์ฉุกเฉิน ผู้มาใช้บริการตู้ATM และแขกพิเศษที่มาร่วมประชุม
- ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย โรงรถ แฟลตM อาคารกายอุปกรณ์
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล

เวรบ่าย 3 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- หัวหน้าเวร ดำเนินการสั่งการ เมื่อได้รับรายงาน/แจ้งเหตุ
- อาคารผู้ป่วย 5, 6, 7, 10, 11, 12
- บริเวณโรงรถแฟลตM อาคารกายอุปกรณ์
- อาคารสนับสนุน อำนวยการ 1, 2, 3, 4, 8, 9
- หน้าตึกเด็ก หน้าตึกอุบัติเหตุ หน้าบริเวณจุดรับผู้ป่วย

แผนการปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบดูแลรักษาความปลอดภัย ตามอาคารสังเกตบุคคลที่อาจเข้ามาก่อเหตุต่อร่างกายและทรัพย์สินทั้งเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ อย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง
- ตรวจสอบดูแล ความเรียบร้อยห้ามไม่ให้ หาบล่แผงลอย ขายของตามอาคาร
- ตรวจสอบความเรียบร้อย ฝ้าสังเกตการณ์ บริเวณ หน้าตึก 3 หน้าตึกอุบัติเหตุและตามอาคารต่างๆ
- เวลา 20.00 – 21.00 น. เชิญญาติตามอาคารผู้ป่วยและปิดไฟดวงที่เกินความจำเป็น
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล
- ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย โรงรถ แฟลตM อาคารกายอุปกรณ์
- เดินตรวจความเรียบร้อยปลอดภัยแล้ว ลงมาช่วยอำนวยความสะดวกการจราจร บริเวณหน้าตึกอุบัติเหตุ บริเวณจุดรับผู้ป่วย
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล
- 18.00 น. เชิญธงชาติลงจากยอดเสา ล้อคกุญแจใช้ชั้น 3 ชั้น 4 ตึก 1 พร้อมเปิดไฟตามจุด

เวรบ่าย 4 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- ประจำดู่ยามหลัง
- อาคารวิจัยไวรัส อาคารวิจัยวัคซีน โบลต์ ซักฟอก อาคารเภสัช โรงครัว อาคารจ่าย กลาง
- บ้านพักเจ้าหน้าที่ แพลตพักเจ้าหน้าที่ N, E, F, I, G
- อาคารกองช่าง อาคารคลังพัสดุ
- ลานจอดรถยนต์ รถจักรยานยนต์

แผนการปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบห้ามมิให้รถบุคคลภายนอกเข้ามาผ่านได้เฉพาะเจ้าหน้าที่
- ตรวจสอบรถยนต์ออกว่าเป็นของเจ้าหน้าที่จริงหรือไม่
- ตักเตือนจัดซื้อหน่วยงาน ผู้ที่ขับขีรถยนต์-รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว/ย้อน-ศร
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล
- ตรวจสอบสิ่งตกหล่นที่อาจเข้ามาก่อเหตุ ต่อร่างกายและทรัพย์สิน ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย ตามอาคาร แพลตพัก บ้านพักเจ้าหน้าที่ และลานจอดรถยนต์-รถจักรยานยนต์ อย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง
- รวบรวมรายงานกิจกรรมประจำวันส่งต่อเวรตึก

เวรบ่าย 5 พื้นที่รับผิดชอบ

- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

แผนการปฏิบัติงาน

- ฝ้าระวังรักษาการณ์ ดูแลความเรียบร้อย ปลอดภัย บริเวณหน้าอาคารและรอบ ๆ ตัวอาคาร
- ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย ให้เจ้าหน้าที่ที่พักอยู่ในศูนย์
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย ทรัพย์สิน อุปกรณ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในสำนักงาน

เวรบ่าย 6 พื้นที่รับผิดชอบ

- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองซากังราว

แผนการปฏิบัติงาน

- ฝ้าระวังรักษาการณ์ ดูแลความเรียบร้อย ปลอดภัย บริเวณหน้าอาคารและรอบ ๆ ตัวอาคาร
- ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย ให้เจ้าหน้าที่ที่พักอยู่ในศูนย์
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย ทรัพย์สิน อุปกรณ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในสำนักงาน

เวรตึก 1 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- แพลตฟัคเจ้าหน้าที่ A-B
- ลานจอดรถฝั่งตะวันออก

แผนการปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบความเรียบร้อย ปลอดภัย ทั้งร่างกาย และทรัพย์สิน บริเวณแพลตฟัคเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ สังเกตและรถบุคคลภายนอก ห้ามไม่ให้มาในเขตแพลตฟัคเจ้าหน้าที่
- ตรวจสอบสังเกตบุคคลที่อาจเข้ามาก่อเหตุต่อ ร่างกายและทรัพย์สิน ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการ
- จัดระเบียบ ดูแล ความเรียบร้อย การจอดรถบริเวณลานจอด ไม่ให้ติดขัด กีดขวาง เมื่อที่จอดรถเต็มให้ปิดกั้นทางเข้า แจ้งต่อผู้มารับบริการให้ทราบด้วยความสุภาพ
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณ โรงพยาบาล

เวรตึก 2 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- หน้าตึกอุบัติเหตุ, หน้าตึก 2, ห้องตรวจตึก 2, ห้องจ่ายยานอก, รอบสนามเสาธง, บริเวณตู้ ATM
- บริเวณโรงรถแฟลตM อาคารกายอุปกรณ์

แผนการปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบสังเกตบุคคลที่อาจเข้ามาก่อเหตุ ต่อ ร่างกายและทรัพย์สิน ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการ
- อำนวยความสะดวกการจราจร การรับ-ส่ง ผู้ป่วยบริเวณหน้าตึกอุบัติเหตุ ไม่ให้รถติดขัดละจอดกีดขวาง ผู้เฝ้าฝืน ล้อคล้อให้ไปเสียค่าปรับ
- เวลา 05.00 น. ปลดล็อกกุญแจใช้ตึก 2 พร้อมปิดไฟตามจุด
- จัดระเบียบการจอดรถยนต์ แพทย์ฉุกเฉิน ผู้มาใช้บริการตู้ATM และแขกพิเศษที่มาร่วมประชุม
- ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย โรงรถ แฟลตM อาคารกายอุปกรณ์
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณ โรงพยาบาล
- เวลา 08.00 น. เชิญธงชาติขึ้นสู่ยอดเสา

เวรตึก 3 พื้นที่รับผิดชอบ (โดยผลัดเปลี่ยนกันออกตรวจพื้นที่)

- ประจำตึกยามหลัง
- อาคารวิจัยไวรัส อาคารวิจัยวัคซีน โปสท์ ชักฟอก อาคารเภสัช โรงครัว อาคารจ่ายกลาง
- บ้านพักเจ้าหน้าที่ แพลตฟัคเจ้าหน้าที่ N, E, F, I, G
- อาคารกองช่าง อาคารคลังพัสดุ ลานจอดรถยนต์ รถจักรยานยนต์

แผนการปฏิบัติงาน

- ตรวจสอบห้ามไม่ให้รถบุคคลภายนอกเข้าผ่านได้เฉพาะเจ้าหน้าที่
- ตรวจสอบรถยนต์ออกว่าเป็นของเจ้าหน้าที่จริงหรือไม่
- ตักเตือนจอดซื้อหน่วยงาน ผู้ที่ขับซีรยนต์-รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว/ย้อน-ศร
- ปรับ/เตือน ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ ในเขตบริเวณโรงพยาบาล
- รวบรวมรายงานกิจกรรมประจำวันส่งต่อเวรเช้า
- ตรวจสอบสิ่งตกค้างที่อาจเข้ามาก่อเหตุ ต่อร่างกายและทรัพย์สิน ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย ตามอาคารแฟลตพัก บ้านพักเจ้าหน้าที่ และลานจอดรถยนต์-รถจักรยานยนต์ อย่างน้อยชั่วโมงละครึ่ง
- เวลา 06.00 น. ปิดไฟตู้ยาม เต่าเผา โปสเตอร์ ซักฟอก อาคารจ่ายกลางและบริเวณแฟลตพักเจ้าหน้าที่ N, E, F, I, G โฟวงเวียน

เวรตึก 4 พื้นที่รับผิดชอบ

- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

แผนการปฏิบัติงาน

- ฝ้าระวังรักษาการณ์ ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย บริเวณหน้าอาคารและรอบๆตัวอาคาร
- ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย ให้เจ้าหน้าที่ที่พักอยู่ในศูนย์
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย ทรัพย์สิน อุปกรณ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในสำนักงาน

เวรตึก 5 พื้นที่รับผิดชอบ

- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองซากังราว

แผนการปฏิบัติงาน

- ฝ้าระวังรักษาการณ์ ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย บริเวณหน้าอาคารและรอบ ๆ ตัวอาคาร
- ตรวจสอบความเรียบร้อยปลอดภัย ทรัพย์สิน อุปกรณ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในสำนักงาน
- ดูแลความเรียบร้อยปลอดภัย ให้เจ้าหน้าที่ที่พักอยู่ในศูนย์

หมายเหตุ

- ทุกพื้นที่รับผิดชอบ ให้ตรวจสอบตามจุดเสี่ยง อย่างน้อยทุกชั่วโมง
- พื้นที่รับผิดชอบ สามารถสลับสับเปลี่ยนกันได้และผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันออกตรวจ โดยให้ตกลงกัน
- การเซ็นชื่อรับ ให้เขียนรายชื่อตามคำสั่งและผู้ขึ้นปฏิบัติงานแทนด้วย ในช่อง จุดที่รับผิดชอบ

- เมื่อพบอุบัติการณ์ เหตุการณ์ ปัญหา ให้เขียนรายงานบันทึกไว้ทุกครั้ง เพื่อเวรต่อไปจะได้รับทราบและเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาต่อไป
- ให้ผู้ปฏิบัติงานหน้าที่จุดที่ 3 เป็นหัวหน้าเวรประจำวันมีหน้าที่รายงานเหตุการณ์ อุบัติการณ์ ประจำวันดำเนินการส่งสาร

ขั้นตอนการรับแจ้งเหตุ

1. แจ้งทางโทรศัพท์หมายเลข 1191และ1199 โดยตรง ผู้รับแจ้งเหตุ สอบถาม ข้อมูล ว่าเหตุอะไร ที่ไหน ชื่อผู้แจ้งเหตุ
2. ได้รับแจ้งเหตุผ่านหน่วยงานอื่น ทางวิทยุสื่อสาร เช่น รพ.ศูนย์ ศูนย์กู้ชีพ ผู้ที่ยินยอมการแจ้งเหตุต้องตอบรับทันทีเพื่อดำเนินการ อย่าคิดว่าไม่ใช่จุดรับผิดชอบ และแจ้งให้ผู้ร่วมงานไปช่วยสมทบตามสถานการณ์
3. เมื่อได้รับแจ้งเหตุ ต้องมีผู้ไปถึงที่เกิดเหตุ เพื่อดำเนินการภายในไม่เกิน 5 นาที

กระบวนการหรือระบบงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

จัดบุคลากรขึ้นปฏิบัติหน้าที่ 3 ผลัด / ผลัดเช้า เวลา 08.00-16.00 น. ขึ้น / ปฏิบัติหน้าที่ 5 นาย / ผลัดบ่าย เวลา 16.00-24.00 น. ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ 6 นาย / ผลัดดึก เวลา 24.00-08.00 น. ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ 5 นาย

ภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของงานรักษาความปลอดภัย

หน้าที่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย จัดขึ้นด้วยจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การรักษาความปลอดภัยบริเวณอาคาร สถานที่ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพราะไม่ว่าจะมีเครื่องกีดขวางชนิดใดก็ตาม หากไม่มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเฝ้าดูแลรักษาความปลอดภัยแล้ว ก็อาจมีผู้ไม่ประสงค์ดี เล็ดรอดเข้าไปก่อเหตุจนได้นั่นคือ จะต้องมีการเข้ามาเป็นผู้รับผิดชอบดูแลในการรักษาความปลอดภัยให้กับสถานที่นั้น ๆ

หน้าที่และเป้าหมาย

1. เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมีหน้าที่ ป้องกันรักษาความสงบเรียบร้อยปลอดภัย ป้องกันดูแลชีวิตและทรัพย์สิน ผู้ป่วย ญาติ ที่มารับบริการ เจ้าหน้าที่ ที่มาปฏิบัติงานและทรัพย์สินของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ไม่ให้ได้รับความสูญหาย เสียหาย รวมทั้งการป้องกันอัคคีภัย ผู้บุกรุกเข้าไปในเขตหวงห้ามป้องกันการโจรกรรมและอาชญากรรม การสูญเสียชีวิตอื่น ๆ ตลอดจนความเสียหายต่าง ๆ ในอันที่จะทำให้โรงพยาบาลกำแพงเพชร ต้องสูญเสียชีวิตประโยชน์ไป
2. ช่วยอำนวยความสะดวก จัดความเป็นระเบียบในระบบ การจราจร
3. ให้คำแนะนำแก่ผู้มารับบริการเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อ

งานรักษาศพ

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการจัดเก็บศพ ดูแลรักษาศพ อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และทำการจำหน่ายศพ ให้แก่ญาติผู้ตาย โดยออกเอกสารรับรองการตาย ให้แก่ญาติผู้ตายอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. จัดเก็บศพ จากตึกผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากห้องฉุกเฉิน
2. ดูแลรักษาสภาพศพ
3. จำหน่ายศพให้แก่ญาติผู้ตาย
4. ดำเนินการออกเอกสารรับรองการตายให้แก่ญาติผู้ตาย
5. ช่วยเหลือแพทย์ในการผ่าตัดชันสูตรพลิกศพ
6. เก็บรวบรวมสิ่งส่งตรวจ จากศพ เพื่อส่งตรวจพิสูจน์หาสาเหตุการตาย
7. ทำความสะอาดห้องเก็บรักษาศพ
8. ดูแล ควบคุม การซื้อขายหีบศพให้เป็นระเบียบ

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ญาติผู้เสียชีวิต	- ต้องการการออกเอกสารรับรองการตายที่ถูกต้อง รวดเร็ว - ต้องการให้รักษาศพอยู่สภาพที่ดี
เจ้าหน้าที่ภายนอกและภายใน (เจ้าหน้าที่ตำรวจ, เจ้าหน้าที่เรือนจำ)	- ต้องการความร่วมมือในการชันสูตรพลิกศพ - ต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น
เจ้าหน้าที่ รพ.กำแพงเพชร	- ต้องการความร่วมมือในเรื่องของการชันสูตรพลิกศพ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- ประสานข้อมูลกับตึกผู้ป่วยและแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. การติดเชื้อจากศพของผู้เสียชีวิต
2. การจ่ายศพผิด
3. ให้ข้อมูลแก่ญาติ เจ้าหน้าที่ภายนอก เจ้าหน้าที่ภายในผิดพลาด

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ที่	รายการ	หน่วย	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
1	ตายนอกโรงพยาบาล กำแพงเพชร	ศพ	213	204	120	170
2	ตายในโรงพยาบาลกำแพงเพชร	ศพ	1,593	1,691	875	1829
3	ตายตึก ER (ห้องฉุกเฉิน)	ศพ	1,800	1,850	1,238	60
4	ชั้นสูตรพลิกศพ	ศพ	-	180	242	170

ทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

1. นายดวง มหาชัย พนักงานรักษาศพ
2. นายมณฑิเตอร์ หิรัญศรี พนักงานรักษาศพ

กระบวนการสำคัญ

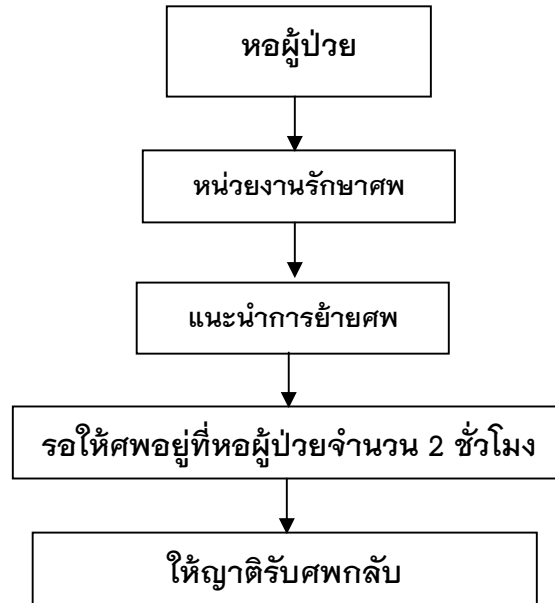
กระบวนการ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. รับแจ้งจากหน่วยงานใน และหน่วยงานภายนอกว่ามี ผู้เสียชีวิต	เพื่อให้การแนะนำและทำการ เคลื่อนย้ายศพผู้เสียชีวิตไป จัดเก็บอย่างถูกต้อง	จำนวนการเสียชีวิต
2. ลงทะเบียน	เพื่อให้ทราบจำนวนการ เสียชีวิตและทำการจำหน่าย	ทะเบียนรับและจำหน่าย
3. การรับศพ	เพื่อให้ญาติรับศพกลับบ้าน และดำเนินการแจ้งการตาย ทันเวลา	จำนวนศพที่ได้รับการรับรอง การตายทันเวลา

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

1. จำนวนศพที่ได้รับการจัดเก็บตามมาตรฐานการจัดเก็บ
2. จำนวนศพที่ทำการจำหน่ายทันเวลา 100 เปอร์เซ็นต์

กระบวนการหรือระบบเพื่อบรรลุเป้าหมายและคุณภาพ

- ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพเสร็จสิ้นแล้ว)



การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- ปรับปรุงห้องเก็บศพให้สว่างเหมาะสม
- การรับรองเอกสารสิทธิ์ของผู้เสียชีวิตให้ได้รับก่อนเวลา 12.00 น. ซึ่งปกติจะได้รับหลังเวลา 12.00 น. ของแต่ละวัน

แผนการพัฒนาต่อเนื่องและแผนประจำปี

1. ปรับปรุงงานการรับแจ้ง เคลื่อนย้าย จัดเก็บ ออกหนังสือรับรองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ปรับปรุงซ่อมแซมทาสีอาคารรักษาศพใหม่
3. การจัดหาบุคลากรแทนคนเดิม (เกษียณอายุปี 56)

ผลงานเด่น

ในรอบปี 2556 ที่ผ่านมาทำการออกหนังสือรับรองการตายโดยประสานกับแพทย์และผู้เกี่ยวข้องได้ครบถ้วนทันเวลาและไม่ได้รับการร้องเรียน

งานสนาม

หน้าที่และเป้าหมาย

จัดทำสวนและภูมิทัศน์ในสถานที่ให้บริการและที่พักอาศัยให้สะอาดสวยงามครบถ้วน และให้บริการงานอื่นทันเวลา

ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพและข้อจำกัด

1. เก็บกวาดทำความสะอาด/ตัดหญ้า/ตัดแต่งพุ่มไม้/จัดสวน/ตัดแต่งไม้ใหญ่/บำรุงรักษาสวนและภูมิทัศน์ในสถานที่ให้บริการจำนวน 34 ไร่และที่พักอาศัยจำนวน 6 ไร่
2. ให้บริการจัดสถานที่เมื่อมีโครงการหรือกิจกรรมจัดเก็บ/ขน/ย้าย/สิ่งของ/พ่นยาฆ่ายุงลายให้แก่หน่วยงานต่างๆจำนวน 70 หน่วยงาน

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับงาน	ความต้องการของผู้รับงาน
- ผู้ป่วยและญาติคนไข้	- สวนและภูมิทัศน์ในสถานที่ให้บริการมีความสวยงามพึงพอใจและประทับใจ
- แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	- รอบอาคารและที่พักอาศัยมีความสะอาดอยู่เสมอ - ช่วยเหลืองานโครงการหรือกิจกรรมที่ร้องขอได้ทันเวลา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. เก็บกวาดขยะครบรอบทุกอาคารวันจันทร์ถึงวันเสาร์
2. ตัดหญ้า/ตัดแต่งไม้พุ่ม/จัดสวน/ตัดแต่งไม้ใหญ่/บำรุงรักษา/ขยายพันธุ์ไม้ ตามตารางกิจกรรม
3. ให้บริการจัดสถานที่เมื่อมีงานโครงการหรือกิจกรรม หรืองานพิธีต่าง ๆ
4. จัดสวนหย่อมในห้องประชุม อาคาร หอผู้ป่วย

ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

1. จากการปฏิบัติหน้าที่ประจำ เช่น ถูกเข็มตำขณะเก็บกวาด ถูกก้อนหินกระเด็นใส่ขณะตัดหญ้าหรือ ตกต้นไม้ขณะตัดแต่งกิ่งไม้ใหญ่ ขาดเครื่องมือช่วยผ่อนแรงในการขนเศษวัสดุ วัชพืชที่มีจำนวนมากไปทิ้งทำให้สกปรกในโรงพยาบาล
2. จากการปฏิบัติงานสนับสนุนหน่วยงานอื่นทำให้กระทบต่องานประจำขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ที่	กิจกรรม	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
1.	เก็บกวาดขยะ	1,972 ครั้ง	3,013 ครั้ง	3,013 ครั้ง
2.	ตัดหญ้า	304 ครั้ง	877 ครั้ง	877 ครั้ง
3.	ตัดแต่งต้นไม้ใหญ่	12 ครั้ง	91 ครั้ง	91 ครั้ง
4.	ตัดแต่งไม้พุ่ม/สวนหย่อม	304 ครั้ง	877 ครั้ง	877 ครั้ง
5.	จัดสวนในห้องประชุม/กิจกรรมต่างๆ สนับสนุนไม้ดอก/ไม้ประดับแก่หน่วยงาน	52 ครั้ง 416 ต้น	59 ครั้ง 1,360 ต้น	59 ครั้ง 1,360 ต้น
6.	ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรม/โครงการ ในและนอกสถานที่ให้แก่งานตามคำ ขอ	72 ครั้ง	44 ครั้ง	44 ครั้ง
7.	รดน้ำสนามหญ้า/ต้นไม้	1,705 ครั้ง	1,790 ครั้ง	1,790 ครั้ง
8.	ใส่ปุ๋ยพรวนดินสวนหย่อม	196 ครั้ง	122 ครั้ง	122 ครั้ง
9.	ผลิตไม้ประดับ	1,340 ต้น	2760 ต้น	2760 ต้น
10.	พ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย	50 ครั้ง	48 ครั้ง	48 ครั้ง
11.	นำสุนัขไปปล่อย บ้านรักสุนัข	-	-	-
12.	การช่วยจัดงานพิธีงานโครงการของ หน่วยงานต่าง ๆ	-	14 ครั้ง	14 ครั้ง
13.	การเก็บรักษาและงานควบคุมเครื่องมือ เครื่องใช้ของหน่วยงาน	-	366 ครั้ง	366 ครั้ง
14.	จัดสวนหย่อมและปรับปรุงไม้ดอกไม้ ประดับให้แก่ตึกแพทย์ Intren	-	12 ครั้ง	12 ครั้ง
15.	จัดสวนและปรับปรุงสวนให้แก่ศูนย์แพทย์ ชุมชนเทศบาล	-	12 ครั้ง	12 ครั้ง
16.	ช่วยขนย้ายสิ่งของให้หน่วยงานต่าง ๆ	-	23 ครั้ง	23 ครั้ง
17.	จัดสวนและปรับปรุงสวนให้แก่ศูนย์แพทย์ ชุมชนชาวกังราว	-	-	3 ครั้ง

หน้าที่การรับผิดชอบงานสนามในบริเวณพื้นที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

1. เก็บ กวาดขยะ
2. ตัดหญ้า เก็บ กวาดเศษหญ้า
3. ตัดแต่งไม้ดอกไม้ประดับ กิ่งไม้ใหญ่
4. การจัดสวนหย่อม สวนลอยต่าง ๆ

หน้าที่การรับผิดชอบงานสนามในบริเวณพื้นที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

5. ผลิต อนุบาล จัดเก็บไม้เพื่อการปลูกเพิ่มเติม ทดแทนตลอดจนให้การสนับสนุนไม้ดอกไม้ประดับในหน่วยงานต่าง ๆ
6. การสนับสนุนการขนย้ายสิ่งของในหน่วยงานอื่น ๆ
7. การรวบรวม จัดขนส่งวัสดุ พีช วัสดุไปกำจัด
8. การจัดทำปุ๋ยหมักชีวภาพ
9. การบำรุงรักษาไม้ดอกไม้ประดับ ไม้ใหญ่ สวนหย่อม
10. การพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย และ แมลงต่าง ๆ
11. การกำจัดสุนัขออกจากพื้นที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร
12. การช่วยจัดงานพิธี งานโครงการของหน่วยต่างๆ
13. การเก็บรักษาและควบคุมเครื่องมือเครื่องใช้ของหน่วยงาน
14. จัดสวนหย่อมและปรับเปลี่ยนไม้ดอกไม้ประดับให้แก่ ดิ็กแพทย์ intern
15. จัดสวนและปรับปรุงสวนให้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาล
16. จัดสวนและปรับปรุงสวนให้แก่ศูนย์แพทย์ชุมชนชาวกังราว
17. ขนย้ายสิ่งของให้หน่วยงานต่างๆ

ทรัพยากร บุคลากร

1.1 เจ้าหน้าที่งานสนามมี จำนวน 6 คน

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1.1.1 นายสุจินต์ | เปรมแจ้ง |
| 1.1.2 นายชิน | นัยวานิตย์ |
| 1.1.3 นายทองอยู่ | ทองมี |
| 1.1.4 นายวิการ | ดอนไพรวลัย |
| 1.1.5 นายศักดิ์ชัย | เหล่าปลาศรี |

1.2 เครื่องมือ

- | | | |
|--|---------|---------|
| - เครื่องมือตัดหญ้าแบบเดินตาม | จำนวน 2 | เครื่อง |
| - เครื่องตัดหญ้าแบบสะพาย | จำนวน 3 | เครื่อง |
| - เครื่องตัดแต่งพุ่มไม้ | จำนวน 1 | เครื่อง |
| - เครื่องเลื่อยตัดแต่งกิ่งไม้ | จำนวน 1 | เครื่อง |
| - เครื่องพ่นหมอกควัน | จำนวน 2 | เครื่อง |
| - อุปกรณ์งานสนาม/จอบ/เสียม/คาน/สายยางครบชุด/ถังพ่นยา/กรรไกรตัด | | |

แต่งกิ่ง/ไถวีร์ดูหน้า เป็นต้น

กระบวนการสำคัญ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1.การเก็บกวาดขยะทั่วไป	1.รอบบริเวณอาคารทุกอาคาร และพื้นที่ทั่วไป	1.ร้อยละ 80 ของพื้นที่ได้รับการทำความสะอาดในแต่ละวัน
2.การตัดหญ้าและการตกแต่งสวนหย่อม การบำรุงรักษา การขยายพันธุ์ไม้	2.สนามหญ้า สวนหย่อม ต้นไม้ มีความสะอาด เชียวสด สวยงาม มีภูมิทัศน์ที่สวยงาม สม่ำเสมอ	2.จำนวนกิจกรรมการปฏิบัติงาน
3.การช่วยงานพิธี งานโครงการ หรือกิจกรรมงาน สนับสนุนอื่นๆ	3.ลดภาระงานของหน่วยหลักที่ไม่สามารถดำเนินการเองได้	3.จำนวนครั้งของการปฏิบัติงานตามคำขอ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

- พื้นที่ สวน ภูมิทัศน์ บริเวณที่ให้บริการและที่พักอาศัยสะอาดสวยงาม มากกว่าร้อยละ 80
- จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุน

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและคุณภาพ

- แยกประเภทของงานตามกระบวนการหลัก
- แบ่งแยกบริเวณพื้นที่ออกเป็น 5 โซน กำหนดการรับผิดชอบที่ชัดเจน
- ให้ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะบุคคลและร่วมมือกันตามประเภทของงาน

ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

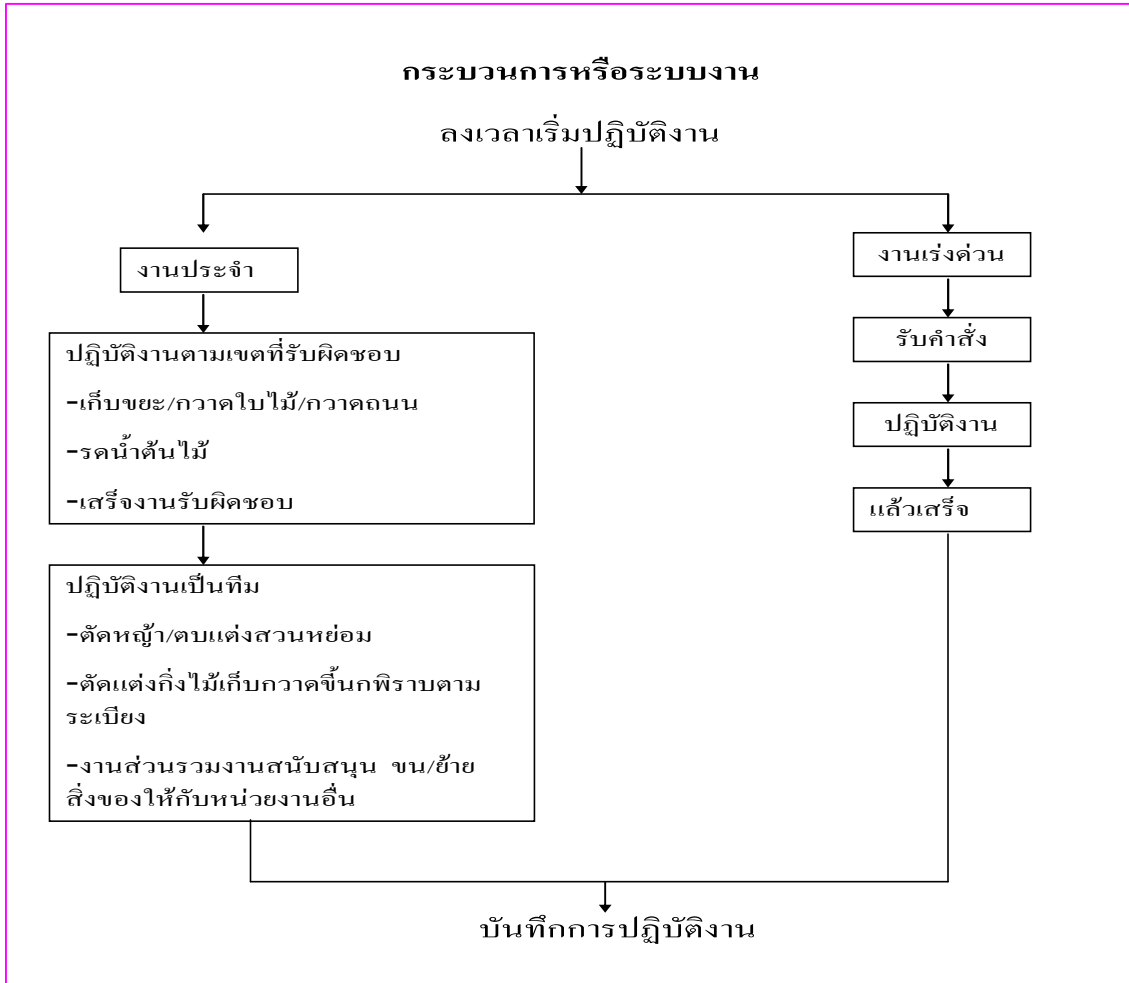
ให้มีการดูแลรักษาความสะอาดอย่างทั่วถึงทุกวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์

1. ให้สนามหญ้า/สวนหย่อม/ไม้ประดับ/ต้นไม้ได้รับการดูแลบำรุงรักษาให้สวยงาม
2. มีการให้การสนับสนุนหน่วยงานอื่นได้ทันเวลาและไม่ กระทบต่องานประจำ

จึงได้กำหนดขอบเขตหน้าที่การรับผิดชอบดังนี้

- ก. เก็บกวาดขยะและทำความสะอาดแบ่งเป็น 5 โซน
เวลาการปฏิบัติงาน 07.30 – 09.30 น. ของแต่ละวัน
- ข. งานตัดแต่ง/สนามหญ้า
เวลาปฏิบัติงาน 09.30 – 12.00 น. ของแต่ละวัน ให้ทำงานเป็นที่หมุนเวียน โดยเริ่มตั้งแต่โซนที่ 1-2-5-4-3

- ค. งานตกแต่งเสริมสร้างบำรุงรักษาสนามหญ้า/สวนหย่อมและต้นไม้เวลาปฏิบัติงาน 13.00 – 16.30 น. ของแต่ละวัน ทุกคนต่างรับผิดชอบในโซนที่ประจำอยู่และต่างที่จะ ออกแบบเสริมแต่งปรับปรุงได้ตามความเหมาะสมของตนเองหรือได้รับคำแนะนำ
- ง. สนับสนุนงานโครงการ/กิจกรรมหน่วยงานอื่นตามคำสั่งหรือนโยบายให้มีแนวโน้มการ สนับสนุนโดยจัดทำคู่มือมีการประสานงานจากหัวหน้าฝ่ายจะเป็นผู้มอบงาน



แผนการพัฒนาคู่เมืองและแผนประจำปี

1. การพัฒนาสนามหญ้าและสวนหย่อมของเดิมให้ดีขึ้น
2. ออกแบบจัดทำสวนหย่อมบริเวณอาคารที่สร้างเสร็จ
3. นำเศษวัชพืชบางส่วนนำมาแยกทำเป็นปุ๋ยหมัก
4. เพาะชำไม้ประดับใช้เอง เพื่อนำมาใช้ในการจัดสวนหย่อม
5. จัดทำโรงเรือนเพาะชำใหม่เนื่องจากของกำชำรุดทรุดโทรม

ปัญหาและวิธีการแก้ไข ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ปัญหาการเก็บขยะทั่วไป

เนื่องจากการเก็บกวาดขยะทั่วไปของงานสนาม เริ่มตั้งแต่วันที่ 07.30-09.30 น. ของแต่ละวัน เมื่อมีญาติคนไข้หรือเจ้าหน้าที่ประจำตึกขึ้นปฏิบัติงาน จะมีการทิ้งขยะหรือกวาดขยะลงมาตามตึกซึ่งจะมีขยะตกค้างอีก

วิธีการแก้ไข

1. เมื่อพบญาติคนไข้จะพูดคุยให้ทิ้งขยะลงถังให้ถูกที่
2. ประสานงานกับฝ่ายประชาสัมพันธ์ให้ประกาศเสียงตามสาย
3. เวลา 13.00-16.30 น. เจ้าหน้าที่ประจำโซนจะทำการเก็บขยะอีก 1 รอบ

2. สนามหญ้าและสวนหย่อมถูกทำลายจากการจอดรถของเจ้าหน้าที่

วิธีการแก้ไข

1. ติดป้ายแจ้งเตือน
2. พนักงานสนามและยามคอยแจ้งเตือน
3. รายงานผู้บังคับบัญชาช่วยแก้ไข

ผลงานเด่น

1. จัดสวนหย่อมในการประชุมคราวต่าง ๆ ทุกครั้งที่ได้รับแจ้ง
2. ช่วยเหลืองานโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ ครบถ้วนตามคำร้องขอ

หน่วยงานพัสดุ

อัตรากำลัง

นักวิชาการพัสดุปฏิบัติการ	ข้าราชการ	1	คน
พนักงานพิมพ์	ลูกจ้างประจำ	3	คน
เจ้าพนักงานพัสดุ	พนักงานราชการ	1	คน
นักวิชาการสิ่งแวดล้อม	พนักงานราชการ	1	คน
นักวิชาการพัสดุ	พนักงานราชการ	1	คน
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	ลูกจ้างชั่วคราว	2	คน
เจ้าหน้าที่ธุรการ	ลูกจ้างชั่วคราว	1	คน
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	ลูกจ้างชั่วคราว	1	คน

ภาระหน้าที่รับผิดชอบ

การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับพัสดุ ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลกำแพงเพชร และสถานพยาบาลเครือข่าย ดังนี้

1. การจัดซื้อจัดจ้าง ตามแผนงานประจำปี/โครงการต่าง ๆ ให้แล้วเสร็จตามแผนที่กำหนดไว้ ราชการได้รับประโยชน์
2. การปฏิบัติด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้
3. การควบคุมเก็บรักษา แจกจ่ายและจำหน่ายพัสดุที่ชำรุดเสื่อมสภาพและหมดความจำเป็นในการใช้งาน

ผลการปฏิบัติงาน

งานวัสดุทั่วไป ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง

ลำดับที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วยนับ	ปริมาณ		
			ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
1.	งบประมาณในการจัดซื้อ				
	1.1 เงินงบประมาณ (เงินงบ UC)	บาท	19,455,574.00	8,177,065.00	25,520,369.00
	1.2 เงินงบประมาณ (เงินงบกลาง)	บาท	-		
	1.3 เงินงบประมาณ (เงินงบ NON UC)	บาท	104,985,750.00	67,069,297.35	48,887,000.00
	1.2 เงินบำรุง				
	- งบประจำปี	บาท	38,999,577.22	42,999,638.73	48,990,613.92
	- โครงการ/ครุภัณฑ์	บาท	-	33,404,142.91	27,635,093.73
	- งบกลาง	บาท	13,234,053.87	22,336,562.19	52,000,000.00

งานวัสดุทั่วไป ครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง

ลำดับ ที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณ		
			ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
2.	การจัดซื้อวัสดุ				
	2.1 โดยวิธีตกลงราคา	ครั้ง	1,017	1,242	1,085
	2.2 โดยวิธีสอบราคา	ครั้ง	-	-	15
	2.3 โดยวิธีกรณีพิเศษ	ครั้ง	42	43	46
	2.4 โดยวิธี E-Auction	ครั้ง	-	-	
3.	การจัดซื้อครุภัณฑ์				
	3.1 โดยวิธีตกลงราคา	ครั้ง	373	665	693
	3.2 โดยวิธีสอบราคา	ครั้ง	46	60	84
	3.3 โดยวิธีพิเศษ	ครั้ง	-	-	
	3.4 โดยวิธีกรณีพิเศษ	ครั้ง	-	-	
	3.5 โดยวิธี E-Auction	ครั้ง	11	1	11
4.	การจัดจ้าง/จ้างทำของ				
	4.1 โดยวิธีตกลงราคา	ครั้ง	733	730	1264
	4.2 โดยวิธีสอบราคา	ครั้ง	6	2	15
	4.3 โดยวิธีกรณีพิเศษ	ครั้ง	-	-	
	4.4 โดยวิธีพิเศษ	ครั้ง	4	2	
	4.5 โดยวิธี E-Auction	ครั้ง	2	2	1
	4.6 โดยวิธีตกลง (จ้างที่ปรึกษา)	ครั้ง	-	-	
5.	การตรวจรับพัสดุ (วัสดุ+ครุภัณฑ์+ ตรวจการจ้าง)	ครั้ง	2,437	2,821	3,038
6.	การเบิก-จ่ายวัสดุ	ครั้ง	1,609	1790	2182
7.	การเบิก-จ่ายครุภัณฑ์	ครั้ง	483	750	812
8.	ตรวจสอบการรับ - จ่ายพัสดุ ประจำปี	ครั้ง	1	1	1
8.	การจำหน่ายพัสดุประจำปีและพัสดุ จากการรื้อถอน	ครั้ง	2	1	1
9.	การรับหนังสือภายนอก/ภายใน	ฉบับ	785	776	832
10.	การส่งหนังสือ/หนังสือโต้ตอบ	ฉบับ	1,362	587	872

งานวัสดุการแพทย์

ลำดับ ที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณ		
			ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
1.	งบประมาณในการจัดซื้อ (เงินบำรุง)	บาท	57,999,738.81	67,999,629.38	92,483,267.80
2.	การจัดซื้อโดยวิธีตกลงราคา	ครั้ง	1,268	1,244	1,716
3.	การเบิก-จ่าย	ครั้ง	1,474	1,463	2,033
4.	การตรวจพัสดุ	ครั้ง	1,268	1,244	1,716
5.	การตรวจสอบการรับ-จ่าย ประจำปี	ครั้ง	1	1	1
6.	ส่งหนังสือ/หนังสือโต้ตอบ	ฉบับ	962	932	1,191

งานอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ลำดับ ที่	ลักษณะงาน/กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณ		
			ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
1.	- การพิจารณาผลกระทบด้าน สิ่งแวดล้อม (ENV)	ครั้ง	6	8	6
2.	- การควบคุมงานปรับปรุงต่อเติม สถานีนอนมาย	แห่ง	11	26	0
3.	- การควบคุมงานต่อเติมปรับปรุง ภายใน ร.พ.	แห่ง	28	32	29
4.	- การออกแบบ-เขียนแบบต่อ เติมอาคาร	แห่ง	28	32	29

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

ด้านบริหาร

- แนวคิด จัดบุคลากรให้เหมาะสมกับงานเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด
- กิจกรรม ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อมุ่งเน้นระดับคุณภาพในการปฏิบัติงาน
- ผลลัพธ์ เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น

ด้านบริการ

- แนวคิด นำโปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการปฏิบัติงาน เพื่อประหยัดเวลา โปร่งใส ตรวจสอบได้
- กิจกรรม จัดหาโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลกำแพงเพชร
- ผลลัพธ์ อยู่ในระหว่างการดำเนินการ

ด้านวิชาการ

- แนวคิด เสริมทักษะและความรู้ใหม่ ๆ ให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน
- กิจกรรม เข้ารับการอบรมข้อปฏิบัติและระเบียบฯ ใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งการปฏิบัติต้องเป็นไปตามระเบียบพัสดุฯ ที่กำหนดไว้
- ผลลัพธ์ บุคลากรได้รับความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

งานซ่อมบำรุง

บุคลากร

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)
นายช่างเทคนิคชำนาญงาน	1
1. วิศวกรไฟฟ้า	1
2. นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	2
3. ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์	2
4. ช่างท่อ	2
5. ช่างไม้	1
6. ช่างไม้	1
7. พนักงานทั่วไป	1
9. ช่างปูน	1
10. ผู้ช่วยช่างทั่วไป	1
11. พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1
12. นายช่างเทคนิค	1
รวม	15

ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบ

งานบริหาร

1. การจัดทำยุทธศาสตร์ และกำหนดกลยุทธ์ในการทำงานของหน่วยงาน
2. การรู้จักใช้เทคโนโลยีและประยุกต์องค์ความรู้ให้เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน
3. กำหนดหน้าที่ที่มอบหมายความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน
4. จัดทำประวัติเครื่องใช้ไฟฟ้า, เครื่องจักรและเครื่องมือในการบำรุงรักษา
5. กำหนดเครื่องมือตรวจวัด และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในการซ่อมบำรุง
6. จัดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบระบบสาธารณูปกรณ์ 24 ชั่วโมง และงานวางแผนและประเมินผลเพื่อแก้ไข
ปัญหาข้อขัดข้องในระบบสาธารณูปกรณ์
7. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล
8. การร่วมเข้าเป็นกรรมการและเป็นวิทยากร ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก
โรงพยาบาล

งานบริการ

1. ปฏิบัติงานให้บริการทางการซ่อม, สร้าง, ประกอบ, ดัดแปลง, แก้ไขออกแบบ ติดตั้งและบำรุงรักษา
2. ให้คำปรึกษาในการคำนวณรายการและประมาณราคาเกี่ยวกับงานที่เกี่ยวข้อง

งานวิชาการ

1. สนับสนุนการใช้พลังงานในหน่วยงานอย่างประหยัด, ปรับปรุงวิธีการใช้พลังงาน หรือวิธีการอนุรักษ์พลังงานและจัดทำแผนอนุรักษ์พลังงาน
2. ให้แนะนำกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน
3. พัฒนาบุคลากรของหน่วยงานโดยให้เข้าอบรม/ศึกษาดูงาน/เป็นวิทยากร ทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล
4. ประเมินผลระบบสาธารณูปโภคเพื่อศึกษาแนวโน้มและหาแนวทางปรับปรุงหรือ ป้องกัน
5. ประเมินผลการปฏิบัติงานซ่อมบำรุง และบำรุงรักษาของบุคลากรในหน่วยงาน ซ่อมบำรุง

ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของอาคารและสถานที่

งานก่อสร้างและซ่อมบำรุง

1. การบริการจัดการเกี่ยวกับการควบคุมงานของโครงการก่อสร้าง
2. การบริการจัดการเกี่ยวกับการตรวจการจ้างของโครงการก่อสร้าง
3. บริหารจัดการด้านการประสานงาน สิ่งก่อสร้างที่อยู่ในระหว่างดำเนินการและอยู่ใน ระยะประกันสัญญา เช่น ระบบไฟฟ้า ประปา ระบบโทรศัพท์ ระบบลิฟท์โดยสาร
4. การบริการจัดการเกี่ยวกับการตรวจสอบวิเคราะห์การชำรุดวิบัติของอาคาร
5. การบริการจัดการเกี่ยวกับการซ่อมบำรุง และการซ่อมแซมแก้ไขการชำรุดวิบัติ ของอาคาร

งานประปาและสุขาภิบาล

1. การจัดหาน้ำดิบและผลิตสูบน้ำจ่ายน้ำประปา
2. การซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์ และท่อส่งจ่ายน้ำ
3. ซ่อมแซมระบบประปาและสุขภัณฑ์
4. จัดเก็บสถิติการใช้ น้ำ และส่งเสริมการใช้ อย่างประหยัด
5. จัดการระบบสุขาภิบาลและระบบระบายน้ำ
6. ซ่อมบำรุงรักษาอาคารสถานที่ ถนน และระบบวางระบายน้ำ
7. จัดสถานที่บริเวณงานพิธีต่าง ๆ

งานไฟฟ้า (อยู่ระหว่างการปรับปรุงระบบไฟฟ้า ระยะที่ 2)

1. บริหารจัดการพัฒนาระบบไฟฟ้าแรงสูง แรงต่ำให้มีเสถียรภาพ
2. ให้บริการกระแสไฟฟ้าและซ่อมบำรุงรักษา
3. พัฒนาและจัดหาอุปกรณ์ระบบไฟฟ้า
4. จัดทำสถิติการใช้พลังงานไฟฟ้า และส่งเสริมการประหยัดพลังงาน

งานโทรศัพท์

1. บริหารจัดการระบบควบคุมอาคาร
2. บริหารจัดการเครือข่ายการสื่อสารภายใน
3. งานซ่อมบำรุงเครื่องจักรกล
4. บริหารจัดการและให้บริการซ่อมบำรุงรักษาเครื่องจักรกล
5. สนับสนุนด้านวิชาการและการฝึกประสบการณ์ทางด้านวิชาชีพ
6. วิเคราะห์ ปรับปรุง ซ่อมสร้าง ดัดแปลง แก้ไข ผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษ
7. งานบริหารจัดการเบิกจ่ายการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและน้ำมันหล่อลื่น สำหรับเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง

การบริหารงาน แบ่งออกเป็น 3 คือ

- หน่วยซ่อมบำรุง
- หน่วยน้ำมันเชื้อเพลิงและหล่อลื่น
- หน่วยทะเบียนประวัติ

งานสิ่งแวดล้อม

- จัดการดูแลรักษาความสะอาด เช่น งาน เช็ดกระจกหน้าต่างอุบัติเหตุ
- จัดการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น ตัดกิ่งไม้บริเวณเสาไฟฟ้าภายในโรงพยาบาล

งานบริการเครื่องจักรกล

- ให้บริการซ่อมบำรุงเครื่องจักรกลเพื่อสนับสนุนภารกิจ
- ควบคุมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและหล่อลื่น
- จัดทำสถิติการใช้และบำรุงรักษาเครื่องจักรกล
- กำหนดคุณลักษณะยานพาหนะและเครื่องจักรกล

งานธุรการ

- บริหารจัดการด้านสารบรรณ การบริหารงานบุคคล
- บริการจัดรับนักศึกษาเข้าฝึกงานที่งานซ่อมบำรุงจากวิทยาลัยเทคนิคกำแพงเพชร, วิทยาลัยสารพัดช่าง เข้าฝึกงานที่งานซ่อมบำรุง
- บริการ จัดบุคลากรเข้ารับการอบรม ภายในโรงพยาบาล และภายนอก โรงพยาบาล ที่กรมพัฒนา พลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน
- บริหารจัดการด้านการเงินของทีมงาน และพัสดุครุภัณฑ์
- บริการจัดการด้านนโยบายแผน งบประมาณและติดตามประเมินผล
- บริหารจัดการด้านการประกันคุณภาพ และคำรับรองการปฏิบัติราชการ
- บริหารจัดการด้านสวัสดิการและพัฒนาที่พักอาศัยแพทย์ พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่
- งานบริการเครื่องจักรกล
- ให้บริการซ่อมบำรุงเครื่องจักรกลเพื่อสนับสนุนภารกิจ
- ควบคุมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและหล่อลื่น
- จัดทำสถิติการใช้และบำรุงรักษาเครื่องจักรกล
- กำหนดคุณลักษณะยานพาหนะและเครื่องจักรกล

ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
งานระบบไฟฟ้า – เครื่องทำความเย็น				
1. งานช่างไฟฟ้า (5,917 งาน)	งานปี	318	388	-
1 งานไฟฟ้าแสงสว่าง(หลอดไฟ)	งานปี	885	937	1,547
งานไฟฟ้า(ปลั๊กไฟ)	งานปี	-	-	273
2 งานเครื่องใช้ไฟฟ้าทั่วไป(พัดลม)	งานปี	271	294	764
3. งานเครื่องใช้ไฟฟ้าทั่วไป (ตัวดูดอากาศ)	งานปี	-	-	6
4 งานเครื่องเสียง(เสียงตามสาย)	งานปี	5	6	1
5 งานไฟฟ้าสายส่งแรงดันสูง	งานปี	2	-	2
6 งานไฟฟ้าสายส่งแรงดันต่ำ	งานปี	-	2	-
7 งานโทรศัพท์ และสายเคเบิล	งานปี	200	236	531
8 งานจัดมิเตอร์ไฟฟ้า ภายใน รพ.	งานปี	6	12	12
9 งานลิฟท์โดยสาร	งานปี	106	102	413
10 งานโทรทัศน์	งานปี	93	104	169
11. งานสายเคเบิล TV	งานปี	-	-	32

ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
12. งานมอเตอร์ต้นกำลังปั้ม	งาน/ปี	1	11	29
13. เครื่องจักรกลและงานเครื่องยนต์	งาน/ปี	45	50	4
14. งานเครื่องยนต์	งาน/ปี	-	-	2
15. งานเครื่องดับเพลิง	งาน/ปี	-	-	4
16. งานช่างเครื่องปรับอากาศ	งาน/ปี	920	806	1,951
17. งานเครื่องทำความเย็น ตู้เย็น	งาน/ปี	68	57	181
ตู้แช่ (5+168+8)				
2. งานโยธาและสุขาภิบาล				
1. งานช่างไม้	งาน/ปี	786	693	10
2. งานช่างปูน	งาน/ปี	146	120	187
3. งานกระจกอลูมิเนียม	งาน/ปี	-	62	19
4. งานฝ้าผ้า - พลาสติก	งาน/ปี	-	8	10
5. งานเครื่องหนัง เบาะ	งาน/ปี	-	-	126
6. งานโซฟา	งาน/ปี	-	-	29
7. งานโลหะอลูมิเนียม	งาน/ปี	747	831	184
8. งานอุปกรณ์การแพทย์	งาน/ปี	-	-	6
9. งานท่อน้ำทิ้ง	งาน /ปี	799	826	156
10. งานสุขภัณฑ์	งาน /ปี	468	486	651
11. งานประปา	งาน /ปี	156	225	209
12. งานระบบบำบัดน้ำเสีย	งาน/ปี	-	-	11
2.1. งานประปา	งาน/ปี	365	365	365
2.1 ค่าโคลิฟอร์มแบคทีเรีย	ครั้ง/ปี	มี	มี	มี
เกินมาตรฐาน (= < 2)				
2.2 น้ำประปาภายในโรงพยาบาล	ครั้ง/ปี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
ขัดข้อง ต้องใช้น้ำประปาจังหวัด				
2.3 น้ำประปาใน รพ. ขัดข้อง-ไม่ไหล	ครั้ง/ปี	ไม่มี	ไม่มี	4
3. งานบำรุงรักษาเชิงป้องกัน				
1. ตรวจเช็คเครื่องกำเนิดไฟฟ้า	งาน/ปี	-	-	240
สำรองจำนวน 4 เครื่อง (24 พูธ*4 เครื่อง)				
2. ตรวจเช็ค Emergency light	งาน/ปี	-	-	840
จำนวน 70 เครื่อง				
(1*70*12 เม.ย.-ก.ย)				
3. การตรวจเช็คลิฟท์โดยสาร	งาน/ปี	-	-	160
จำนวน 10 เครื่อง				
(4 ครั้ง/เดือน*4 เดือน มิ.ย.-ก.ย.)				

ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
4. การเข้าร่วมตรวจเช็คการรุงรักษาประจำเดือนจากบริษัท จำนวน 10 เครื่อง	ครั้ง/ปี	72	72	72
5. การตรวจเช็คแก้ไขลิฟท์โดยสารเมื่อมีเหตุขัดข้อง				
5.1 ลิฟท์ FUJI อาคาร 1 อุบัติเหตุ	ครั้ง/ปี	13	4	2
5.2 ลิฟท์ FUJI อาคาร 11	ครั้ง/ปี	14	7	12
5.3 ลิฟท์ HITACHI อาคารพิเศษ 7	ครั้ง/ปี	3	1	ไม่มี
5.4 ลิฟท์ ไฟโอเนียร์ อาคาร 6	ครั้ง/ปี	7	5	17
ลิฟท์ ไฟโอเนียร์ อาคาร 3	ครั้ง/ปี			22
6. งานระบบไฟฟ้าแสงสว่างสาธารณะ-ภายในและภายนอกอาคาร (ทุกวันศุกร์)	ครั้ง/ปี	-	-	192
7. ดูแลควบคุมไฟฟ้าแสงสว่าง	ครั้ง/ปี	-	-	12
8. ตรวจเช็คระบบควบคุมโทรศัพท์ VOIP	ครั้ง/ปี	-	-	1
9. งานระบบไฟฟ้า				
9.1 ไฟฟ้าดับจากการไฟฟ้าจังหวัด	ครั้ง/ปี	6	5	7
9.2 ไฟฟ้าทิ้ง รพ. เพื่อซ่อมบำรุงระบบไฟฟ้าแรงสูง	ครั้ง/ปี	1	-	2
9.3 ไฟฟ้าดับจากภายในโรงพยาบาลกรณีใช้กระแสไฟฟ้าเกิน, ทิป ฯ	ครั้ง/ปี	5	-	8
9.4 การจ่ายไฟฟ้าสำรอง	ครั้ง/ปี	12	5	8
งานบริการและสนับสนุน				
1. งานจ่ายพัสดุและเครื่องมือช่าง				
1. งานเบิกจ่ายพัสดุ (1 ต.ค.55 – 30 ก.ย.56)	งาน/ปี	2,232	2,321	2,400
2. งานจ่ายและเก็บเครื่องมือช่าง	งาน/ปี	759	687	720
3. สรุปรายงานการจ่ายพัสดุ (1 ต.ค.55 –30 ก.ย.56)	/เดือน	12	12	12
4. จัดทำและสรุปรายงานการจ่ายพัสดุเสนอกลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา	ครั้ง/ปี	2	2	2

ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
2. งานวิชาการ				
2.1 รับการแจ้งซ่อมทางระบบ RMC วิเคราะห์เรื่องที่แจ้งซ่อมว่าเป็น งานอะไร ของช่างใด พิมพ์เพิ่มรายละเอียด ในการแจ้งซ่อมให้สมบูรณ์ ปรีนใบงานให้ ช่างประจำอาคาร หรือโทรแจ้งให้ช่าง ประจำอาคารทราบ กรณีเป็นงานเร่งด่วน	งาน/ปี	6,707	6,332	5,917
หมายเหตุ ปรับโครงสร้างใหม่ รับงานของทีมไฟฟ้า ส่วนงานทีมโยธาและสุขาภิบาล จะรับ ดำเนินการเอง				
2.2 สรุปงานซ่อมแล้วเสร็จจากช่าง และติดตามงานที่ไม่แล้วเสร็จจากช่าง	งาน/ปี	2,699	6,033	5,917
เพื่อดำเนินการปิด Job งาน	งาน/ปี	2,582	-	
	งาน/ปี	817	-	
2.3 ลงบิล คชจ. จากใบตรวจรับพัสดุ และบิลจากร้าน	งาน/ปี	813	912	523
2.4 การรับงานทางโทรศัพท์ และลง บันทึก การรับแจ้งซ่อมลงในโปรแกรม RMC	งาน/ปี	3,655	4,165	1,763
2.5 รวบรวม แจ้งผลการวิเคราะห์ คุณภาพน้ำ ระบบประปาจากการตรวจ คุณภาพน้ำ ห้อง LAB ของ รพ.กพ.	ครั้ง/ปี	12	12	12
หมายเหตุ ปีงบประมาณ 2556 ดำเนินการแต่ระบบประปา				
2.6 รวบรวมและบันทึกความเสี่ยง RM / ENV เสนอคณะกรรมการทุกเดือน และเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเสนอต่อ ผู้บริหาร	ครั้ง/ปี	12	12	-
2.7 รวบรวมและจัดทำรายงานการ ควบคุมภายใน	ครั้ง/ปี	1	-	-
2.8 รวบรวมและจัดทำต้นทุน หน่วยงาน	ครั้ง/ปี	1	1	-

ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
2.9 รวบรวมและจัดทำการพิจารณาชั้น	ครั้ง/ปี	2	2	2
1. ข้าราชการ 1 คน				
2. ลูกจ้างประจำ 8 คน				
3. ลูกจ้างชั่วคราว 6 คน				
2.10. จัดทำเอกสารการประชุมประจำเดือน	งาน/ปี	12	12	11
2.11 จัดทำและสรุปรายงานประจำปี	ครั้ง/ปี	1	1	1
3. งานสารบรรณ (ปีงบประมาณ 2556)				
1. ลงทะเบียนหนังสือรับ (เริ่ม 1 ต.ค.55 – 30 ก.ย.56)	เรื่อง	264	225	264
2. ลงทะเบียนส่งหนังสือ (เริ่ม 1 ต.ค.55 – 30 ก.ย.56)	เรื่อง	495	555	566
3. พิมพ์หนังสือราชการ	เรื่อง	1,201/ 2,412	1,118/ 2,504	259
4. เสนอแฟ้ม	ครั้ง	-	-	290
5. เบิกวัสดุสำนักงานที่กลุ่มงานงานพัสดุและบำรุงรักษา(ใบสองสี)	ครั้ง	16	6	9
6. งานจ่ายวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือช่าง – ห้องคลังพัสดุ (กรณีผู้รับผิดชอบติดภารกิจ)	วัน/ปี	145 (สมคักดี)	55 (สมคักดี)	10 (จิรภัทร)
7. ถ่ายเอกสาร (A3 = 120 แผ่น)	/แผ่น	191	1,070	6,727
8. โรเนียวเอกสาร	/แผ่น	3,600	2,300	320
9. ลงทะเบียนประวัติการลา	ครั้ง/ปี	165	139	98
10. จัดตารางเวรช่าง	เรื่อง /ปี	12	12	12
10.1 จัดทำบันทึก OT ชุกเงิน	เรื่อง/ปี	14	30	61
10.2 จัดทำบันทึก OT บำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ		12	12	12
11. ลงบันทึกการปฏิบัติงานธุรการ	วัน/ทำ	365	365	240
แจ้งเวียนหนังสือให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดเก็บเอกสารตามหมวดหมู่	การ/ปี			

ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
12.จัดทำเอกสารอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น จัดทำเอกสารด้าน ENV, เอกสารอนุรักษ์พลังงาน, ให้บริการยืม – คืนครุภัณฑ์ของหน่วยงาน, ดำเนินการด้านเอกสาร-การเงินให้กับทีมอนุรักษ์พลังงานและทีมไฟฟ้า และ งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายจาก ผู้บังคับบัญชา	วันทำการ/ปี	365	365	240
14. ประสานงานทางโทรศัพท์ ภายใน รพ. และภายนอก เช่น การไฟฟ้า, การประปาจังหวัด, บริษัทลิฟท์ จากบริษัทว.เกียรติ จำกัด, บริษัทสยามฮิตาชิ, บริษัทไฟโอ เนียร์, รพ. แม่สอด(นายช่างเทคนิค) , สสจ. และ ประสานงานติดตาม เกี่ยวกับการส่งสินค้า และการซ่อมจากร้านนอก เช่น ร้านง้วนสงหลี, ร้านช่างบริการ, ร้าน มานิตย์มอเตอร์, ร้านกำแพงเพชรแอร์, ร้านเฉลิมพลการช่าง, ช่างสนม เป็นต้น	ครั้ง/ปี	517	548	557

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. อัตรากำลังที่ขาดหายไป ทำให้มีบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในแต่ละงานไม่เพียงพอ	<p>มีการปรับระบบโครงการการทำงานใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556 โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> ปรับเปลี่ยน บุคลากรให้สามารถทำงานสหสาขา ตลอดจน จัดจ้างเหมาะสมทดแทนในบางภารกิจที่จำเป็นต้องใช้ความสามารถเฉพาะทาง โดยแบ่งงานออกเป็น 3 ทีม คือ <ol style="list-style-type: none"> ทีมโยธาและสุขาภิบาล ทีมไฟฟ้า ทีมบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
<p>1. อัตรากำลังที่ขาดหายไป ทำให้มีบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในแต่ละงานไม่เพียงพอ (ต่อ)</p> <p>2. การปรับปรุงระบบไฟฟ้าภายนอกอาคาร(ชุดเก่า) ในเฟส 2 ที่ต้องดำเนินการให้ต่อเนื่อง เนื่องจากยังมีบางอาคารที่ต้องใช้ระบบไฟฟ้าชุดเก่าอยู่ มีอายุการใช้งาน 10 ปี กว่า ขาดความมีเสถียรภาพและความมั่นคงในการจ่ายไฟฟ้า อีกประมาณ 12 อาคาร และอาคารแฟลตพักอาศัยจำนวน 7 อาคาร บ้านพักอาศัย จำนวน 6 หลัง ตลอดจนอาคารที่อยู่ ระหว่างการก่อสร้าง (อาคาร 2) ซึ่งจะเปิดใช้งานปี 2557</p> <p>3. การใช้น้ำอย่างรู้คุณค่าและประหยัด</p> <p>4. การใช้ไฟฟ้าอย่างเหมาะสมและประหยัด ในแนวทางของการอนุรักษ์พลังงาน</p>	<p>ทิมโยธาและสุขาภิบาล มี นายเกียรติศักดิ์ นิตินิเทศ เป็นหัวหน้างาน ประกอบด้วย งานประปา,งานสุขภัณฑ์,งานท่อน้ำ, งานโลหะ,งานกระจกอลูมิเนียม,งานไม้,งานปูน</p> <p>ทิมไฟฟ้า มี นายมังกร คำอาจ เป็นหัวหน้างาน ประกอบด้วย งานไฟฟ้า, งานไฟฟ้าแสง-สว่าง, งานเครื่องใช้ไฟฟ้า,งานเครื่องปรับอากาศ, งานเครื่องทำความเย็น</p> <p>ทีมบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (PM) มี นายนิวัฒน์ไชย นิตินิเทศ เป็นหัวหน้างาน นายภัทรวิทย์ ธรรมธีระศิษฏ์ วิศวกรไฟฟ้า เป็นรอง หน.</p> <p>1. สร้างโครงการระบบไฟฟ้าใหม่ให้สอดคล้องกับความต้องการใช้ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้น</p> <p>2. ดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเป้าหมายทันต่อการเจริญเติบโตของโรงพยาบาลที่ต้องใช้พลังงานไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น</p> <p>- การสร้างจิตสำนึกอย่างรู้คุณค่าและการใช้มาตรการจูงใจ</p> <p>- การสร้างจิตสำนึกอย่างรู้คุณค่าและการใช้มาตรการจูงใจ และการปรับใช้อุปกรณ์ประหยัดพลังงาน</p>

แผนงานที่จะดำเนินในปีงบประมาณ 2557

ด้านบริหาร

1. วางแผนระบบการทำงานของระบบวิศวกรรมความปลอดภัยและการแพทย์ ประกอบด้วย 1. งานวิศวกรรมความปลอดภัย 2. งานวิศวกรรมทางการแพทย์ โดยแบ่งงานได้ดังนี้ 1. งานธุรการ 2. งานบริหาร 3. งานออกแบบ 4. งานปฏิบัติการ

งานในหน้าที่

- 1.1 งานบำรุงรักษา
- 1.2 งานประมาณการ-ออกแบบ (นายนิวัฒน์ไชย, นายวัลลภชัย, นายภัทรวุฒิ, นางสาว ชัญญาพัทธ์)
- 1.3 งานอนุรักษ์พลังงาน
 - โครงการระบบโซลาร์เซลล์ (ภัทรวุฒิ, จิรัฐกาล, จิรภัทร และทีมไฟฟ้า (วิชัย, หงษ์ทอง, มังกร)
- 1.4 งานพัฒนาคุณภาพ
 - โครงการป้ายเตือน
 - โครงการจัดอบรมงานวิศวกรรมความปลอดภัยและการแพทย์เรื่อง ไฟฟ้า แสงสว่างและการดูแลอุปกรณ์การแพทย์เบื้องต้น

ด้านบริการ

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ใช้บริการ และการรักษาคุณภาพ ผลงานที่ ให้บริการตลอดจนถ่ายทอดทักษะการทำงานอย่างมีคุณภาพรวมทั้งในด้าน ความปลอดภัยจากการทำงาน
2. การให้ซ่อมบำรุงบริการเชิงป้องกันเพิ่มมากขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในสาระ ที่สำคัญของงาน

ด้านวิชาการ

1. สนับสนุนการศึกษาอบรม ศึกษาดูงานของบุคลากรงานซ่อมบำรุงให้ได้ตาม ข้อกำหนดในหนึ่งปี
2. ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีคุณภาพ

หน่วยซ่อมเครื่องมือแพทย์และศูนย์เครื่องช่วยหายใจ

อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติจริง
ข้าราชการ ตำแหน่ง - นายช่างเทคนิค	1
ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง - นายช่างเทคนิค	2
ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง - ลูกมือช่างทั่วไป	1
รวม	4

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

1. ติดตั้ง ซ่อมแก้ไขเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ชำรุดขัดข้อง
2. ตรวจสอบบำรุงรักษา สอบเทียบ เครื่องมือแพทย์
3. ตรวจสอบบำรุงรักษา ระบบสนับสนุนไปป์ไลน์ทางการแพทย์
4. ติดตั้งต่อเติม ซ่อมแก้ไขเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ได้แก่กล้องวงจรปิด, ระบบเสียงตามสาย
5. เป็นศูนย์บริการงานรับ-ส่งเครื่องช่วยหายใจ(เบิรด์)และเครื่องให้สารละลาย แบบครบวงจร ได้แก่เก็บ ล้างทำความสะอาด ส่งอบฆ่าเชื้อสายและอุปกรณ์ ตรวจสอบเช็คบำรุงรักษา เตรียมความพร้อมจัดส่งให้ผู้ป่วย
6. พัฒนาปรับปรุงโปรแกรมระบบบริหารจัดการงานซ่อมบำรุงเครื่องมือและครุภัณฑ์(RMC)

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร,บริการ,วิชาการ)

รายการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ที่อยู่ในการดูแล

1. เครื่องมือความเสี่ยงสูง	จำนวน 629	เครื่อง
2. เครื่องมือความเสี่ยงปานกลาง	จำนวน 47	เครื่อง
3. เครื่องมือความเสี่ยงต่ำ	จำนวน 343	เครื่อง
4. ระบบจ่ายกลางออกซิเจน	จำนวน 5	ระบบ
5. ระบบจ่ายกลางไนตรัสออกไซด์	จำนวน 1	ระบบ
6. ระบบจ่ายกลางอากาศอัดทางการแพทย์	จำนวน 3	ระบบ
7. ระบบจ่ายกลางสุญญากาศ	จำนวน 4	ระบบ
8. หัวจ่ายระบบไปป์ไลน์ทางการแพทย์	จำนวน 630	หัวจ่าย
9. อุปกรณ์การแพทย์ทั่วไป ได้แก่เครื่องมือทางกายภาพ, ห้องผ่าตัด, สถานพยาบาลเครือข่าย		

ปริมาณงาน

- ปริมาณงานซ่อมเฉลี่ยวันละ 3-5 ชิ้นงาน(ใช้เวลาเฉลี่ยเครื่องละ 20 นาที - 2 ชั่วโมง ขึ้นไป ตามความยาก-ง่ายของงานและระยะเวลาการจัดหาอะไหล่ อุปกรณ์)
- บำรุงรักษาและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ปีละ 1 ครั้ง

งานศูนย์เครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้สารละลาย มีเครื่องมือและอุปกรณ์ดังนี้

- เครื่องช่วยหายใจ แบบ Pressure Control(BIRD)	44	เครื่อง
- เครื่องช่วยหายใจแบบ Volume Control	45	เครื่อง
- สาย Breathing Circuit	150	เซ็ท
- เครื่องให้สารละลาย	19	เครื่อง

ปริมาณงาน อัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ 2 คน

- งานจัดส่งและรับคืน เครื่องให้ผู้ใช้เฉลี่ยวันละ	20	เครื่อง
- งานล้างทำความสะอาดอุปกรณ์วันละ	10	เซ็ท

งานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

- งานระบบกล้องวงจรปิดและระบบบันทึก จำนวน	16	จุด
- งานระบบเสียงตามสายและเครื่องขยาย จำนวน	150	จุด

งานเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ทั่วไปปริมาณงาน วันละ 3-5 ชิ้นงาน

งานด้านบริหาร

1. จัดการงานซ่อมบำรุงด้วยโปรแกรมบริหารจัดการงานซ่อมบำรุงและระบบครุภัณฑ์ (กองวิศวกรรมการแพทย์ปี2546) พัฒนาให้สามารถใช้งานในระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ออนไลน์ครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลได้แก่ งานส่งซ่อมออนไลน์ งานครุภัณฑ์ งานบำรุงรักษาสอบเทียบเครื่องมือแพทย์

2. จัดการงานสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ให้เป็นไปตามกำหนดวงรอบปีละ 1 ครั้ง ประสานงานขอความร่วมมือจากศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ และจัดจ้างบริษัทมาทำการสอบเทียบบางส่วน

3. ควบคุมกำกับและสอนงาน ให้คำแนะนำนักเรียนฝึกงาน ทั้งภาคปฏิบัติและทฤษฎี

งานด้านบริการ

1. ให้บริการซ่อม ติดตามงานซ่อมผ่านระบบส่งซ่อมออนไลน์ และรับงานเร่งด่วนทางโทรศัพท์

2. บริการสรุปผลการซ่อมและดำเนินการจัดซื้อจัดหาอะไหล่อุปกรณ์ สำหรับการซ่อมแซมกรณีที่สามารถซ่อมเองได้

3. บริการประสานงานกับบริษัทผู้จำหน่ายมาทำการซ่อมกรณีที่อาการเสียเกินความสามารถในการซ่อมเอง หรือเครื่องมืออยู่ระหว่างช่วงการรับประกัน

4. บริการงานติดตั้งต่อเติมระบบได้แก่ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ระบบเสียงตามสาย

5. บริการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับเครื่องมือและการแก้ปัญหาเบื้องต้น

6. บริการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์และการแก้ปัญหาเบื้องต้น

ด้านวิชาการ

1. พัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการงานซ่อมบำรุงและครุภัณฑ์ ให้เป็นปัจจุบัน
สำรองข้อมูลรายเดือน
2. จัดเก็บประวัติงานซ่อมบำรุงและสอบเทียบ เพื่อนำมาประเมินผลการดำเนินงาน
พัฒนางานในรอบปีถัดไป
3. ฝึกอบรมด้านงานซ่อมบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ จาก
หน่วยงานภายนอกได้แก่กองวิศวกรรมการแพทย์ และศูนย์วิจัยและพัฒนาอุปกรณ์ชีว
การแพทย์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล
4. จัดการประชุมการดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์เบื้องต้น แก่เจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ผลงานเด่น

1. พัฒนาระบบโปรแกรมซ่อมบำรุงและครุภัณฑ์ (RMC) ใช้งานในระบบเครือข่าย
ออนไลน์ได้ครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
2. การบำรุงรักษาและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์
3. เชื่อมโยงระบบสัญญาณภาคไปป์ไลน์ ของแต่ละอาคารให้สามารถใช้งานทดแทนกัน
ได้เมื่อเกิดการขัดข้อง
4. ระบบตรวจเช็คเครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูงทุก 3 เดือน

การพัฒนางานคุณภาพกิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อปี 2557

1. การสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องแพทย์ให้เป็นไปตามแผนปีละ 1 ครั้ง
2. ดำเนินการเอง ปรับเทียบค่าเครื่องมือระดับความเสี่ยงต่ำได้แก่เครื่องวัดความดัน
โลหิตและเครื่องชั่งน้ำหนัก เพื่อยืนยันความถูกต้องได้อย่างน้อยทุก 6 เดือน
3. จัดซื้อเครื่องมือสอบเทียบค่าและวิเคราะห์ได้แก่เครื่องสอบเทียบเครื่องให้
สารละลาย เครื่องตรวจสอบวิเคราะห์เครื่องกระตุกหัวใจ เพื่อให้สามารถดำเนินการตรวจ
วิเคราะห์ความถูกต้องได้เอง

กลุ่มงานการเงิน

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย

ให้บริการทางการเงิน ได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง ด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน รวมถึงการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ ที่จะบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

ให้บริการทางการเงินรับ – จ่ายเงิน แก่ลูกค้าภายนอก และลูกค้าภายใน ควบคุมและ กำกับบริหารงบประมาณ ภายใต้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และนโยบายด้านการเงิน การคลัง

ความต้องการของผู้รับบริการ

การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ประทับใจ

ความต้องการของผู้ร่วมงานใน รพ.

- การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ประทับใจ
- รับทราบข้อมูลข่าวสารด้านการเงิน

เป้าหมาย (goal)

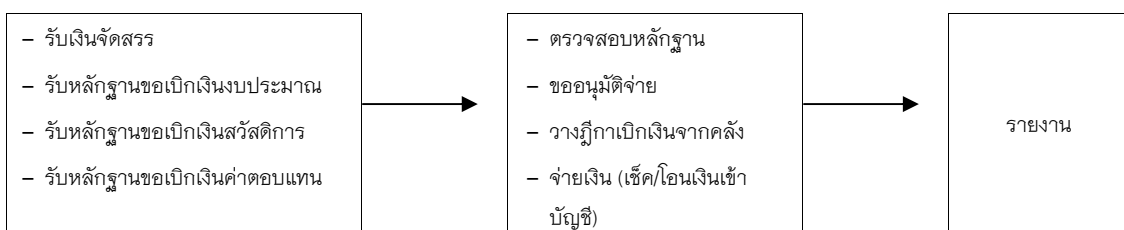
- ผู้รับบริการ ณ จุดเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล มีความพึงพอใจและประทับใจในบริการ
- หน่วยงานสามารถบริหารงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านงานเงิน งบประมาณ ด้านงานรับ – จ่ายเงิน ด้านงานค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านงานจัดเก็บรายได้

จุดเน้นในการพัฒนา

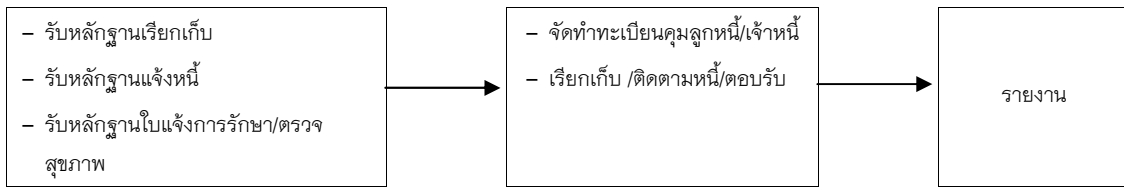
ภายในปี 2556 มีการพัฒนาและปรับปรุงการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ได้มาตรฐานตามตัวชี้วัด

กระบวนการของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart)

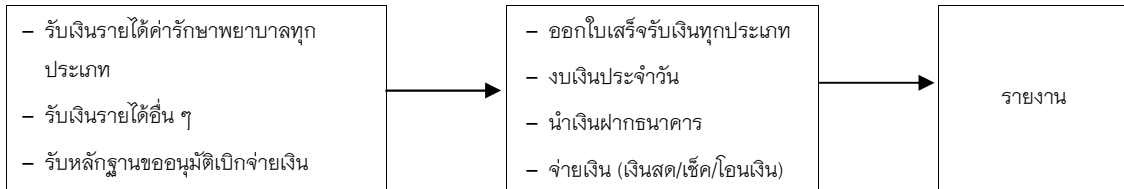
งานเงินงบประมาณ



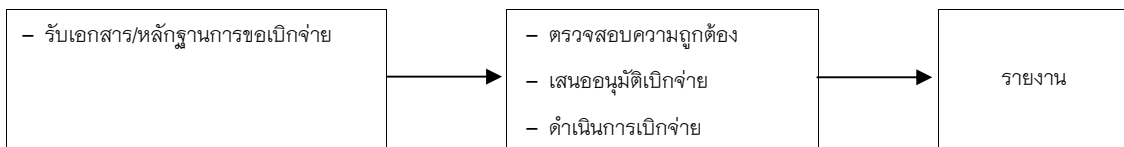
งานจัดเก็บรายได้



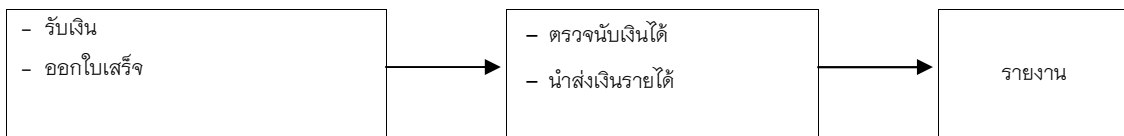
งานรับ - จ่ายเงินนอกงบประมาณ



งานสวัสดิการและค่าตอบแทน



งานเก็บเงินค่ารักษาผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน



ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น

- จากการที่งานเงินงบประมาณ เกี่ยวกับการที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต้องการหนังสือรับรองเงินเดือนที่รวดเร็วทันที, การขอใบสลิปเงินเดือนย้อนหลัง เพื่อใช้ในการขอเครดิตจากสถาบันการเงินต่าง ๆ, การต้องการรู้ยอดเงินได้ทั้งปีเพื่อการคำนวณเงินภาษีประจำปี เป็นต้นทำให้ทางงานงบประมาณ ได้ทำการปรับปรุงโปรแกรมเงินเดือนจากการใช้ระบบ DOS มาใช้ในระบบ Windows ซึ่งมีความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูลและตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้อย่างครบถ้วนดังกล่าวข้างต้น

ผลการพัฒนา

1. เจ้าหน้าที่ไม่ต้องรอคอยในการขอหนังสือรับรองเงินเดือน เพราะมีการจัดเก็บข้อมูลไว้แต่ละคน เมื่อมาขอใหม่จะสามารถจัดพิมพ์ให้ได้ทันที
2. เจ้าหน้าที่บางท่านทำสลิปเงินเดือนหาย ทำให้เวลาไปขอเครดิตจากสถาบันการเงินที่ต้องการสลิปเงินเดือนย้อนหลัง เจ้าหน้าที่สามารถมาขอได้ทันทีไม่ต้องรอคอยนานเหมือนกับโปรแกรมระบบ DOS ซึ่งไม่สามารถทำได้
3. เจ้าหน้าที่สามารถรู้ข้อมูลรายได้ก่อนวันสิ้นปีได้ทันที และสามารถนำไปคำนวณภาษีได้เลย อีกทั้งยังสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวไปในการหาวิธีลดหย่อนภาษีได้อีก

สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว

การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- ลูกค้าภายนอกและลูกค้าภายใน มีความพึงพอใจในบริการในระดับดีเด่น
- ลูกค้าภายนอกและลูกค้าภายใน มีช่องทางการติดต่อสื่อสารเพิ่มมากขึ้น
- จัดทำสลิปเงินเดือน ที่แยกแสดงรายการรับ - จ่าย คงเหลือ ไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งแยกตามหน่วยงานด้วยเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ลูกค้าภายใน
- กำหนดระยะเวลารอคอยหนังสือรับรองสิทธิ ไม่เกิน 15 นาทีต่อเรื่อง
- การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การเงิน

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ที่จะดำเนินการภายในปี 2557

- ประเมินความพึงพอใจของลูกค้าภายนอกและลูกค้าภายในอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบสื่อสาร ข้อมูล ข่าวสารการเงิน ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
- พัฒนาพฤติกรรมบริการอย่างสม่ำเสมอ

ฝ่ายบัญชี

อัตรากำลังบุคลากร

ฝ่ายบัญชีมีจำนวนบุคลากร จำนวนทั้งสิ้น 7 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ 4 คน พนักงานราชการ 2 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน ดังนี้

นักวิชาการการเงินและบัญชีชำนาญการ	1	ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	2	ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน	1	ตำแหน่ง
นักวิชาการการเงินและบัญชี (พนง.ราชการ)	2	ตำแหน่ง
นักวิชาการการเงินและบัญชี (ลูกจ้างชั่วคราว)	1	ตำแหน่ง

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ฝ่ายบัญชี มีหน้าที่เกี่ยวกับการบันทึก จัดหมวดหมู่ การสรุปผล และการวิเคราะห์ ตีความรายการ และเหตุการณ์ทางการเงิน ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร และ รพ.สต. เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 36 แห่ง

ประกอบด้วยงานรับผิดชอบ จำนวน 4 งาน ดังนี้

1. งานบัญชีสมุดรายวันและบัญชีแยกประเภท
2. งานบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล
3. งานบัญชีเจ้าหนี้การค้า
4. งานบัญชีรพ.สต. เครือข่าย

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. จัดทำบัญชี ได้ถูกต้องตามมาตรฐานการบัญชีสากล หลักการบัญชี และนโยบายบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข
2. บันทึกบัญชีได้ครบถ้วน ทันเวลา
3. จัดทำรายงานทางการเงินได้ ครบถ้วน สมบูรณ์ สามารถสะท้อนผลการดำเนินงาน และฐานะทางการเงิน ขององค์กร และรพ.สต.เครือข่าย

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

1. รับเอกสารการเงิน ด้าน รับ และ ด้านจ่าย
2. ตรวจสอบเอกสารด้าน รับ และ ด้านจ่าย
3. บันทึกรายการใบสำคัญการลงบัญชี ด้านรับ ด้านจ่าย ด้านทั่วไป
4. บันทึกสมุดรายวันขั้นต้น สมุดรายวันรับ จ่าย ทั่วไป ชื่อ รายได้
5. บันทึกสมุดรายวันขั้นปลาย และทะเบียนคุมย่อย
6. จัดทำรายงานประจำวัน รายงานประจำเดือน รายงานประจำปี

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม ปีงบประมาณ 2556

ผลการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ	จำนวน
1. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านรับ	รายการ	23,982
2. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านจ่าย	รายการ	35,308
3. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านทั่วไป	รายการ	26,682
4. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านทั่วไป (ซื้อ)	รายการ	1,252
5. จัดทำใบสำคัญการบันทึกบัญชี ด้านทั่วไป (รายได้)	รายการ	170,918
6. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันรับ	รายการ	28,034
7. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันจ่าย	รายการ	34,440
8. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันทั่วไป	รายการ	27,839
9. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันรายได้	รายการ	17,739
10. บันทึกสมุดรายวันขึ้นต้น สมุดรายวันซื้อ	รายการ	1,536
11. จัดทำรายละเอียดการรับ-จ่าย เงินฝากธนาคาร/เงินฝากคลังประจำวัน	รายการ	2,426
12. บันทึกรายการตั้งเจ้าหน้าที่การค้ารายตัว	รายการ	8,123
13. บันทึกตัดจ่ายเจ้าหน้าที่การค้ารายตัว	รายการ	7,722
14. จัดเก็บหลักฐานใบสำคัญการจ่ายเงิน	รายการ	5,340
15. ตรวจสอบรายงานการเงินตามระบบ GFMS จาก Webreport	รายการ	60
16. จัดทะเบียนคุมย่อย		
- ทะเบียนคุมรายได้งบประมาณ	รายการ	402
- ทะเบียนคุมงบกลาง	รายการ	378
- ทะเบียนคุมงบดำเนินงาน	รายการ	212
- ทะเบียนคุมเงินรับฝาก	รายการ	574
- ทะเบียนคุมเงินกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบลงทุน)	ครั้ง	12
- ทะเบียนคุมรายได้คำรักษาพยาบาลประเภทเงินสด (แยกตามสิทธิรักษาพยาบาล)	รายการ	8,457
- ทะเบียนย่อยเงินมัดจำคำรักษาพยาบาล	รายการ	229
- ทะเบียนย่อยเงินมัดจำประกันสัญญา	ครั้ง	12
- ทะเบียนคุมค่าใช้จ่ายโครงการ PP	รายการ	178
- ทะเบียนคุมการโอนยา/เวชภัณฑ์/วัสดุอื่นให้ รพสต. เครือข่าย	รายการ	1,748
- ทะเบียนคุมลูกหนี้คำรักษาพยาบาลตามสิทธิ์	รายการ	13,261
- ทะเบียนคุมใบสำคัญจ่าย	รายการ	5,270
17. จัดทำรายงานฐานะเงินสดประจำวัน	รายการ	12,561
18. จัดทำบัญชีรับ-จ่าย เพื่อจัดสรรเงินกองทุนประกันสังคม	รายการ	674
19. จัดทำงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร	รายการ	9,267
20. จัดทำงบกระแสเงินสด	รายการ	9,473

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม ปีงบประมาณ 2556

ผลการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ	จำนวน
21. จัดทำบททดลองโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามโปรแกรมบัญชี Winspeed	รายการ/ครั้ง	4,056/12
22. จัดทำรายงานบททดลองประจำเดือน (ตามผังบัญชี Account Code) โรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งสำนักพัฒนาระบบการเงิน การคลัง กระทรวงสาธารณสุข	ครั้ง รายการ	12 10,344
23. จัดทำรายงานบททดลองประจำเดือน (ตามผังบัญชี Account Code) รพ.สต. เครือข่าย ส่งสำนักพัฒนาระบบการเงินการคลัง กระทรวงสาธารณสุข	ครั้ง	12
24. ตรวจสอบรายงานรับ-จ่าย รพ.สต. เครือข่าย 36 แห่ง/เดือน	รายการ	54,000
25. บันทึกบัญชีด้านรับ ด้านจ่าย ด้านทั่วไป รพ.สต. เครือข่าย 36 แห่ง	รายการ	18,327
26. ตรวจสอบงบการเงิน รพ.สต. เครือข่าย 36 แห่ง	รายการ	39,664
27. จัดทำรายงานการประชุมประจำเดือน หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้า กลุ่มงาน	ครั้ง	12
28. จัดทำทะเบียนคุมสินทรัพย์และค่าใช้จ่าย รพ.สต. 36 แห่ง	รายการ	3,083
29. ตรวจสอบรายการโอนเงิน ค่าบริการทางแพทย์ ค่าใช้จ่ายสูง ถูกเงินจาก www.hhso.go.th (สปสช.) และ สสจ.กพ. และ Download ข้อมูล	รายการ	131
30. ออกใบเสร็จรับเงิน การโอนเงิน	รายการ	1
31. จัดทำทะเบียนคุมสินทรัพย์/ค่าเสื่อมราคา รพ.สต. เครือข่าย 36 แห่ง	รายการ	549
32. บันทึกค่าเสื่อมราคาของ รพ.สต. เครือข่าย 36 แห่ง	รายการ	6,564
33. จัดทำรายงานงบลงทุน UC	ครั้ง	12
34. จัดทำรายงานสรุปรับ-จ่าย ประจำเดือนเสนอที่ประชุมหัวหน้า ฝ่าย หัวหน้างาน	ครั้ง	12
35. จัดทำข้อมูลวิเคราะห์งบการเงินโรงพยาบาลแม่ข่าย	ครั้ง	12
36. จัดทำทะเบียนคุมเบี่ยงเคียง/โครงการ	รายการ	688
37. ให้คำปรึกษาระบบ Hosxp	ครั้ง	39
38. ตรวจสอบรายงานการเงินในระบบ GFMS ส่งคลังจังหวัด	รายการ	36
39. จัดทำกระดาษทำการ GFMS ส่งกระทรวงสาธารณสุข (บช. 10)	ครั้ง	40
40. ตรวจสอบเอกสารการ รับ-จ่าย	ครั้ง	12,229
41. ตรวจสอบรายการลูกหนี้การค้า/รายได้ในงบทดลอง	รายการ	324

ผลงานเด่นของหน่วยงาน ปี 2556

1. การจัดทำรายงานฐานะเงินสด ที่แสดงถึงการเคลื่อนไหวการรับ-จ่ายเงินประจำวัน ในบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคาร ทุกประเภทและหนี้สิน ภาระผูกพันต่าง ๆ เสนอผู้บริหาร เพื่อใช้ประกอบในการบริหารด้านการเงิน

2. การนำข้อมูลจากรายงานการเงิน ประจำเดือน มาวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน เพื่อเฝ้าระวังสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน ทำให้หน่วยงาน และผู้บริหารในระดับต่าง ๆ สามารถ ทราบสภาพคล่องทางการเงิน ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และการบริหารจัดการ ความสามารถในการทำกำไร รวมถึงการวิเคราะห์ต้นทุน ต้นสำรองสุทธิ ต้นสำรองสุทธิพอเพียงต่อค่าใช้จ่าย โดยแสดงตามดัชนีทางการเงิน ต่าง ๆ ได้แก่

- อัตราส่วนทุนหมุนเวียน Current Ratio
- อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว Quick Ratio
- อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่า Cash Ratio
- อัตรากำไรสุทธิไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย
- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเก็บลูกหนี้ค่ารักษา UC (วัน)
- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยการหมุนเวียนของวัสดุคงคลัง (วัน)
- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยการหมุนเวียนของค่ายา เวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์คงคลัง(วัน)
- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระเจ้าหนี้การค้า(วัน)
- ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระเจ้าหนี้อาคารพยาบาลตามจ่าย(วัน)
- ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อ OPD Visit
- ต้นทุนบริการต่อ RW

การพัฒนางานคุณภาพกิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อปี 2557

1. พัฒนาระบบบัญชี GFMIS โดยนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณที่ฝากธนาคารพาณิชย์ เข้าระบบ GFMIS เป็นรายเดือนได้ครบถ้วน
2. พัฒนาระบบข้อมูลรายได้ค่ารักษาพยาบาล และลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ โดยสามารถนำข้อมูลจากโปรแกรม Hos Xp มาใช้ในการบันทึกบัญชีอย่างครบถ้วน
3. พัฒนา โปรแกรมด้านการบัญชี ที่เชื่อมโยง กับฝ่ายต่าง ๆ ได้แก่ฝ่ายการเงิน งานพัสดุ โดยใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อให้การบริหารด้านการเงินการบัญชีและพัสดุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. พัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้และทักษะในงาน

กลุ่มงานโภชนศาสตร์

วิสัยทัศน์

มีบุคลากรที่มีคุณภาพมีความรับผิดชอบต่อนักกีฬาและมีความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัดจัดอาหารได้ถูกต้องตามใบสั่งแพทย์ และพัฒนาสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ให้สะอาดและสวยงามอยู่เสมอ

พันธกิจ

งานการควบคุมการผลิต และจัดส่งอาหารถึงผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ถูกต้องตามแผนการรักษาทางการแพทย์ ตลอดจนการติดตามประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขา ผู้ให้การรักษาผู้ป่วย

ปรัชญา

ใส่ใจบริการ มุ่งมั่นพัฒนา ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า โภชนาการก้าวไกล

นโยบาย

1. การบริการที่มีคุณภาพ ตามหลักโภชนาการ โภชนบำบัดและสุขาภิบาลอาหาร
2. งานกิจกรรมด้านคลินิกให้คำปรึกษาแนะนำด้านอาหารและโภชนบำบัด หรือบำบัดทางเลือก และการกำหนดอาหารแก่ผู้ป่วย เพื่อบำบัด/รักษา ป้องกันความเสี่ยงโรคที่ต้องใช้อาหารบำบัด หรือบรรเทาอาการของโรค
3. พัฒนาระบบบริการอาหารให้มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจ

เจตจำนงของหน่วยงาน

ให้บริการอาหารที่เป็นไปตามมาตรฐานด้านโภชนาการ สะอาดและปลอดภัย สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการทั้งจากภายนอกและในโรงพยาบาล บริหารจัดการให้มีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า พัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ข้าราชการ - นักโภชนาการ	1
ลูกจ้างชั่วคราว	
- นักโภชนาการ	1
- พนักงานทั่วไป	1
- นักกำหนดอาหาร	2
รวม	5

งานโภชนาการ

งานพัฒนา/ควบคุมคุณภาพการผลิตและบริการอาหารผู้ป่วย

1. งานผลิตอาหารผู้ป่วยทั่วไป
2. งานผลิตอาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค
3. งานผลิตอาหารเหลวใส/ชั้น
4. งานผลิตอาหารผู้ป่วยทางการแพทย์ ตามแพทย์กำหนดเฉพาะ
5. งานบริหารพัสดุ/การจัดซื้อ/จัดจ้าง
6. งานพัฒนาควบคุมการติดเชื้อ
7. งานสนับสนุนงานโภชนาการให้กับโรงพยาบาลชุมชน

งานพัฒนาคุณภาพ

1. พัฒนาบุคลากร
2. พัฒนางานด้านอาหารปลอดภัย
3. พัฒนางานด้านโภชนบำบัด
4. พัฒนาระบบงานให้ได้มาตรฐาน
5. พัฒนาโภชนบำบัดทางเลือก
6. ประสานงานกับบริษัทจ้างเหมาประกอบอาหาร เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับอาหาร

งานวิชาการ /โภชนบำบัด

1. เผยแพร่ความรู้ จัดทำเอกสารสื่อการสอน
2. ให้โภชนศึกษา ให้คำปรึกษา/แนะนำ
 - คลินิกฝากครรภ์
 - ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน
 - ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจ
 - ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยโรคไต
 - ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 - ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์
3. งานสอน/วิทยากร
4. ให้โภชนศึกษากับผู้ป่วยเฉพาะโรค ร่วมกับทีมสหสาขา
5. พัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่เข้าร่วมประชุมอบรมในโครงการต่าง ๆ ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล
6. ติดตามผลการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

7. ประเมินผลบุคลากรในหน่วยงาน โดยกำหนดเวลาในการประเมินปีละ 2 ครั้ง
8. จัดทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจด้านโภชนาการของเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติ
9. สรุปปัญหาจากแบบสอบถามที่พบเสนอประธานควบคุมคุณภาพอาหาร

งานธุรการ

หน้าที่รับผิดชอบ

1. บันทึกข้อมูล ของบุคลากร เช่น วันเริ่มบรรจุ
2. บันทึกสถิติการปฏิบัติงาน การลาป่วย/ลากิจ/ลาพักผ่อน
3. เรียบเรียง ร่างเอกสารของฝ่ายโภชนาการ
4. รวบรวมข้อมูลและสถิติของผู้ป่วยด้านอาหาร
5. ตรวจวัน การเบิกจ่ายค่าอาหารผู้ป่วยประจำวัน
6. จำหน่ายของที่ชำรุดส่งคืนพัสดุ

ผลการปฏิบัติงาน

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย	2555	2556
1	งานพัฒนา/พัฒนาคุณภาพการผลิตและการบริการ			
	ควบคุมงานผลิตอาหารทั่วไป	วัน	365	365
	<u>อาหารพิเศษ</u>			
	- บริการอาหารไส้ก	ราย	227	200
	- บริการอาหารธรรมดา	ราย	10,329	10,780
	- บริการอาหารอ่อน	ราย	29,100	2,972
	<u>อาหารสามัญ</u>			
	- บริการอาหารไส้ก	ราย	720	371
	- บริการอาหารธรรมดา	ราย	43,744	42,913
	- บริการอาหารอ่อน	ราย	18,987	17,132
	<u>อาหาร VIP</u>			
	- บริการอาหารไส้ก	ราย	7	2
- บริการอาหารธรรมดา	ราย	758	664	
- บริการอาหารอ่อน	ราย	126	171	

ผลการปฏิบัติงาน

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย	2555	2556
2.	งานผลิตอาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค			
	<u>อาหารพิเศษ</u>			
	- บริการอาหารเบาหวาน	ราย	2,279	2,185
	- บริการอาหารจิต	ราย	2,345	2,870
	<u>อาหารสามัญ</u>			
	- บริการอาหารเบาหวาน	ราย	5,789	5,594
	- บริการอาหารจิต	ราย	7,897	8,023
	<u>อาหาร VIP</u>			
	- บริการอาหารเบาหวาน	ราย	164	171
	- บริการอาหารจิต	ราย	141	210
3.	งานผลิตอาหารเหลวใส/ชั้น			
	- พิเศษ		81	86
	- สามัญ		3,504	3,277
	- พิเศษ		780	691
3.	งานผลิตอาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร			
	- อาหารทางสายพิเศษ	ราย	972	776
	- อาหารทางสาย VIP	ราย	32	52
	- อาหารทางสาย สามัญ	ราย	16,212	17,534
4.	งานวิชาการ/โภชนบำบัด			
	1.4 ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยใน(IPD)			
	- ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยโรคไต	ราย	20	7
	- ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน	ราย	76	143
	- ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจ	ราย	43	35
	- ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ราย	18	-
	- ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ราย	-	7
	- ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยมะเร็ง	ราย	4	-
	- ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยแผลกดทับ	ราย	10	-
	4.2 ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยนอก(OPD)			
	- คลินิกหญิงตั้งครรภ์	ราย	34	59
	- คลินิกโรคไต	ราย	-	91
	- คลินิกเบาหวาน	ราย	-	320
	- เผยแพร่วิชาการจัดทำเอกสารสื่อการสอน	ครั้ง	16	8
	- งานสอน / วิทยากร	ครั้ง/ราย	4	12

ผลการปฏิบัติงาน

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย	2555	2556
5	สอนและให้ความรู้ โภชนากรและพนักงานบริษัทจ้างเหมา ประกอบการ	ครั้ง	15	10
6	พัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้ศึกษาดูงานนอกสถานที่	ครั้ง	1	2
7	จัดบุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการอบรมในโครงการของ หน่วยงานต่าง ๆ	ครั้ง	24	17
8	ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในฝ่าย	ครั้ง	2	2
9	เข้าร่วมประชุมทีมสหสาขา	ครั้ง	15	8
10	แจกแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่	ครั้ง	4	2
11	แจกแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยญาติ	ครั้ง	4	2
12	สอบเกณฑ์กระจายต้นทุนของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มารับ บริการที่ฝ่ายโภชนาการ			
	- กระจายต้นทุนค่าอาหารพิเศษ	ตีก	365	365
	- กระจายต้นทุนค่าอาหารสามัญ	ตีก	365	365
13	สรุปปัญหาที่ได้ประสานงานกับบริษัท รับเหมาประกอบ อาหาร	ครั้ง	12	12
14	สรุปผลการสุ่มตรวจการบริการอาหารของพนักงานผู้จ้าง เหมาประกอบอาหาร	ครั้ง	54	54
15	งานธุรการ			
	- เรียบเรียงเอกสาร ของฝ่ายโภชนาการ	ครั้ง	12	12
	- ตรวจรับการเบิกจ่ายค่าอาหารผู้ป่วย	ครั้ง	48	48
	- จำหน่ายของชำรุดตามระเบียบพัสดุ	ครั้ง	8	3
	- รับหนังสือ/จากหน่วยงานภายนอก	ครั้ง	146	191
	- เขียนใบส่งซ่อม ส่งกองช่างซ่อมบำรุง	ครั้ง	46	17
	- ทำหนังสือส่งออกภายนอกหน่วยงาน	ครั้ง	27	4
	- แจงเวียนหนังสือ ประชุมคณะกรรมการอาหาร	ครั้ง	4	-

ปัญหาอุปสรรคที่พบของฝ่ายโภชนาการและแนวทางแก้ไข

ลำดับ	ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1.	<p>การควบคุมดำเนินงานของบริษัทรับจ้าง เหมาะประกอบอาหารให้ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - พนักงานบริษัทรับจ้างเหมาะประกอบอาหารผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล - ยังตรวจพบการปนเปื้อนเกินเกณฑ์มาตรฐาน Clean food Good Test ร้อยละ 10 - การประเมินตรวจเกณฑ์มาตรฐานโรงครัวโรงพยาบาลตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ผ่านเกณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนการอบรมสุขาภิบาลอาหารให้กับพนักงานบริษัทรับจ้างเหมาะประกอบอาหารปีละ 1 ครั้ง - จัดทำแผนการตรวจสอบ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง - จัดทำแผนการตรวจสอบทุกเดือน และติดตามผลการปรับปรุงของบริษัทรับจ้างเหมาะประกอบอาหารอย่างต่อเนื่อง - เขียนโครงการปรับปรุงโครงสร้างอาคารโภชนาการ - เขียนโครงการกลับมาดำเนินการบริการอาหารผู้ป่วยโดยโรงพยาบาลเอง

แผนงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2556

กระบวนการสำคัญ	สิ่งคาดหวังจากกระบวนการ	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1. ควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานของบริษัทเอกชนรับจ้างเหมาะประกอบอาหารผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับอาหารตรงตามใบสั่งแพทย์ - ได้วัตถุดิบและอาหารแห้งตรงตามคุณลักษณะที่กำหนด - ผู้รับบริการได้รับอาหารที่สะอาดปลอดภัยในโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับปริมาณสารอาหารหรือแคลอรีไม่ครบตามจำนวนที่โรงพยาบาลกำหนด - บริษัทจัดซื้อวัตถุดิบและของแห้งไม่ได้คุณลักษณะที่กำหนด - ตรวจพบ สารปนเปื้อนในอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โภชนบำบัด ถูกคน ถูกโรค ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ - อัตราการส่งอาหารผิดคนผิดโรคไม่เกิน 2% - บริษัทจัดซื้อวัตถุดิบและของแห้งไม่ได้ตามคุณลักษณะที่กำหนด - วัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหารจะต้องตรวจไม่พบสารปนเปื้อน - อัตราการพบสารกันรา ร้อยละ 0

แผนงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2556

กระบวนการสำคัญ	สิ่งคาดหวังจากกระบวนการ	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
<p>2 การให้โภชนบำบัดและโภชนศึกษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการพึงพอใจ - ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ด้านโภชนบำบัดที่ถูกต้องและนำสู่การปฏิบัติตัวได้ - หญิงมีครรภ์และให้นมบุตร 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการไม่พึงพอใจในการบริการ - ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการให้โภชนศึกษาที่มีระดับน้ำตาล >180mg% หรือ HbA1c > 7 มีความรู้เรื่องอาหารสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องและสามารถลดระดับน้ำตาลได้ น้อยกว่า 70 % - ผู้ป่วยโรคไต (ยังไม่ได้รับการล้างไต) ที่ได้รับการให้โภชนบำบัดมีความรู้เรื่องอาหารสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ถูกต้องและสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ น้อยกว่า 70 % - ผู้ป่วยโรคไต (ล้างไตแล้ว) ที่ได้รับการให้โภชนบำบัดมีความรู้เรื่องอาหารสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย น้อยกว่า 70 % 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการตรวจพบสารฟอกขาว ร้อยละ 0 - อัตราการตรวจพบสารบอแรกซ์ ร้อยละ 0 - ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย, ญาติ - ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับค่าปริรักษาด้านโภชนบำบัดสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ระดับใกล้เคียงปกติ - ร้อยละผู้ป่วยโรคไต (ยังไม่ได้รับการล้างไต) ที่ได้รับค่าปริรักษาด้านโภชนบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องและสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ - ร้อยละผู้ป่วยโรคไต (ล้างไตแล้ว) ที่ได้รับค่าปริรักษาด้านโภชนบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

แผนงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2556

กระบวนการสำคัญ	สิ่งคาดหวังจากกระบวนการ	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
3 การประเมินภาวะโภชนาการ	ลดผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองที่ได้รับการให้โภชนาบำบัดมีความรู้เรื่องอาหารสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารให้ถูกต้องและสามารถลดระดับคอเลสเตอรอลให้ <200 mg% และระดับไตรกลีเซอไรด์ <150 mg% น้อยกว่า 70 % - ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการมากกว่า 10% 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองที่ได้รับการคำปรึกษาด้านโภชนาบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารให้ถูกต้องและสามารถลดระดับคอเลสเตอรอลให้ <200 mg% และระดับไตรกลีเซอไรด์ <150 mg% ได้ - ร้อยละผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้		
		2554	2555	2556
1. ผู้ป่วยได้รับอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการและโภชนาบำบัด	95%	90.00	90.00	90.00
2. จำนวนครั้งของอุบัติการณ์ของการเกิดโรคระบบทางเดินอาหาร	0%	0	0	0
3. ร้อยละของอาหารที่ปลอดภัยจากสิ่งปนเปื้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ - จุลินทรีย์ - สารเคมี (สารเร่งเนื้อแดง ,ฟอร์มาลิน,สารฟอกขาว,สารกันรา (ซลิซิลิค),บอแรกซ์และสารกันบูด	90 %	-	-	100

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้		
		2554	2555	2556
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากนักโภชนาการ, นักกำหนดอาหารตามสภาวะโรคต่าง ๆ ที่มารักษาใน รพ. มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น				
- ผู้ป่วยนอก	60%	-	-	70
- ผู้ป่วยใน	60%	55	60	70
5. ร้อยละความพึงพอใจ ของ				
- เจ้าหน้าที่ / พยาบาล	80	77.00	77.33	70.11
- ผู้ป่วยและญาติ	80	81.00	83.67	75.84
6. ร้อยละของอาหารที่ให้บริการครบถ้วนและถูกต้อง	80	90	90	90

แผนงานที่จะปฏิบัติในปี 2557

งานควบคุมคุณภาพการผลิต และบริการ

1. ควบคุมการผลิต และจัดส่งอาหารถึงผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ถูกต้องตามแผนการรักษาทางการแพทย์ ตลอดจนการติดตามประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การปฏิบัติงานร่วมกับทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วย
2. จัดทำแผนการตรวจแบคทีเรียสิ่งปนเปื้อนในอาหารและแบบประเมินความพึงใจของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

งานพัฒนาคุณภาพ

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พัฒนาคูคลากร | 2. พัฒนางานด้านอาหารปลอดภัย |
| 3. พัฒนางานด้านโภชนบำบัด | 4. พัฒนาระบบงานให้ได้มาตรฐาน |
| 5. พัฒนาโภชนบำบัดทางเลือก | 6. ประสานงานกับบริษัทจ้างเหมาประกอบอาหาร เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับอาหาร |
| 7. ปรับเปลี่ยนโครงสร้างหน่วยงาน | |
- พัฒนาอาคารสถานที่

ด้านวิชาการ/โภชนบำบัด

1. งานวิชาการและเผยแพร่ความรู้ จัดทำเอกสาร ตำรา คู่มือ สื่อเผยแพร่ในรูปแบบต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยนอก เป็นวิทยากรบรรยาย งานการสอนบุคลากรทางการแพทย์
2. งานกิจกรรมด้านคลินิกให้คำปรึกษาแนะนำด้านอาหาร ด้านโภชนบำบัด หรือ โภชนบำบัดทางเลือก และการกำหนดอาหารแก่ผู้ป่วย เพื่อบำบัด/รักษาป้องกันความเสี่ยงโรคที่ต้องใช้อาหารบำบัดหรือบรรเทาอาการโรค
3. โครงการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

หน่วยงานประชาสัมพันธ์

พันธกิจ

ให้บริการต้อนรับอำนวยความสะดวกในด้านข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนการมารับบริการ ที่ถูกต้องรวดเร็วและเสริมสร้างความประทับใจแก่ผู้มาใช้บริการ

ปรัชญา

ยึดลูกค้าเป็นศูนย์กลางทำงานเป็นทีม

นโยบาย

ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนการมารับบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว

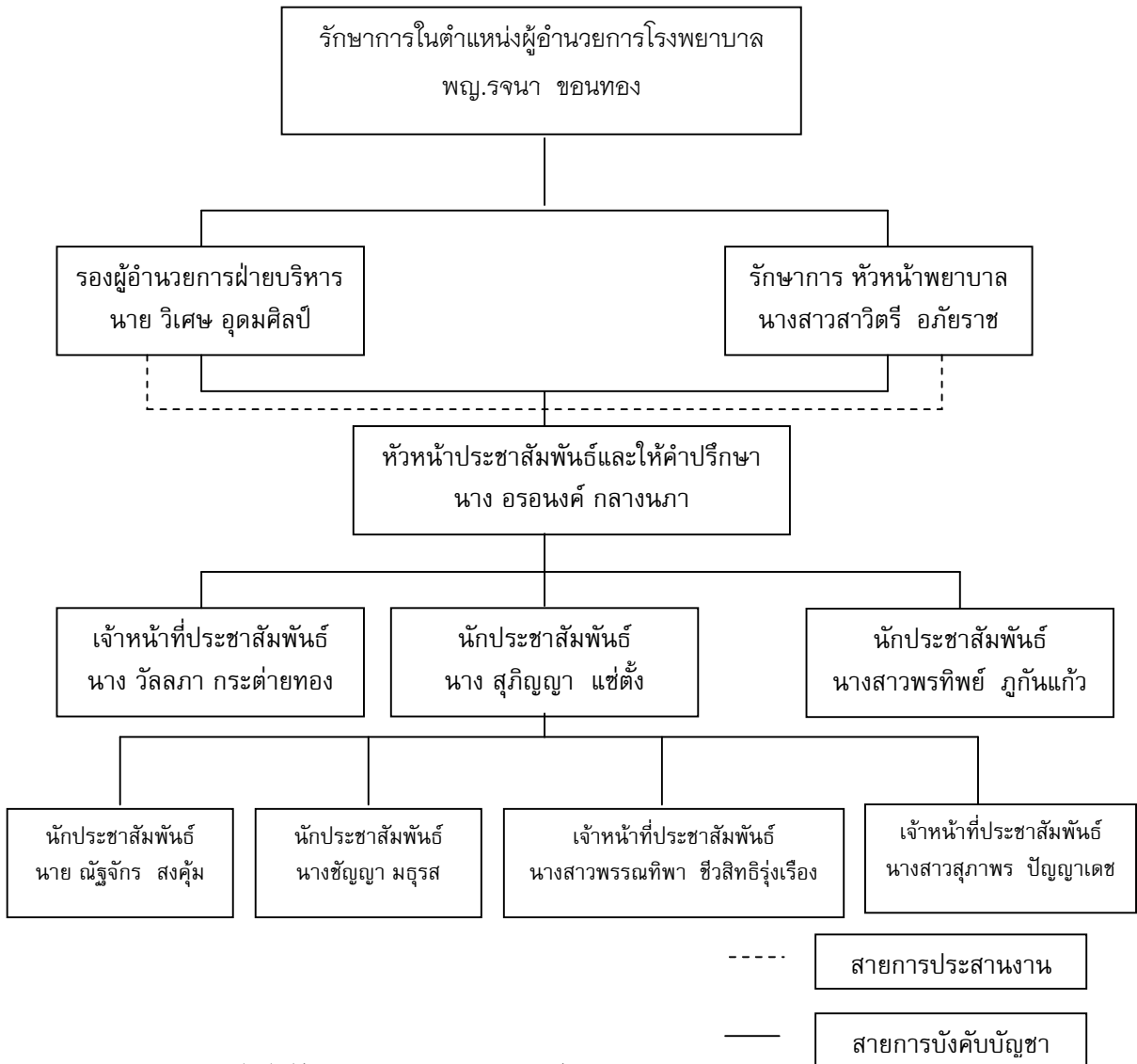
เจตจำนงของหน่วยงาน

ให้บริการต้อนรับอำนวยความสะดวกในด้านข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนการมารับบริการ ที่ถูกต้องรวดเร็วและเสริมสร้างความประทับใจแก่ผู้มาใช้บริการ บริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ข้าราชการ	
- พยาบาลวิชาชีพ	1
ลูกจ้างประจำ	
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1
พนักงานราชการ	1
ลูกจ้างชั่วคราว	
- เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์	2
- นักประชาสัมพันธ์	3
รวม	8

แผนภูมิโครงสร้างหน่วยงาน



หมายเหตุ : งานประชาสัมพันธ์มีบุคลากรทางการพยาบาลวิชาชีพมา
เป็นผู้ร่วมและร่วมทำงานแบบบูรณาการเพื่อให้งาน
ขององค์กรมีประสิทธิภาพ

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

1. อำนวยความสะดวกในการให้ความช่วยเหลือและแนะนำขั้นตอนการบริการของ
โรงพยาบาลแก่ผู้มารับบริการได้ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ช่วยแก้ปัญหาและรับเรื่องร้องเรียนให้กับผู้มารับบริการ เมื่อไม่ได้รับความสะดวก
3. ให้การดูแลผู้ป่วยกรณีวิกฤตและฉุกเฉิน ให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร็วที่สุด
4. บริการข่าวสารทั้งภายใน-ภายนอกโรงพยาบาล
5. ให้สุขศึกษาเป็นรายกลุ่มและเป็นรายบุคคล
6. ปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาล และปฏิบัติงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ตัวชี้วัด หน่วยงานประชาสัมพันธ์

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย (target)	ปี 2556
1. ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ (ร่วมกับงานบริการด้านหน้า)	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ประเมินร่วมกับงานบริการด้านหน้า)	80%	84.06 %
2. ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ	จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของหน่วยงานประชาสัมพันธ์ ไม่เกิน 2 ราย/เดือน	ไม่เกิน 24 ราย/ปี	4 ราย
3. ผู้รับบริการได้รับการบริการที่รวดเร็ว	ผู้รับบริการได้รับการนานเกิน 3 นาที ของหน่วยงานประชาสัมพันธ์ 5 ราย/เดือน	ไม่เกิน 60 ราย/ปี	0 ราย
4. ความผิดพลาดในการให้บริการ	อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้บริการ ของ หน่วยงานประชาสัมพันธ์ 10 ราย/เดือน	ไม่เกิน 120 ราย/ปี	2 ราย

สรุปผลงานประจำปี 2556

กิจกรรม	ปี พ.ศ.2556
ก.บริการเชิงรุกด้านหน้า งานประชาสัมพันธ์ภายใน	
1. บริการเชิงรุกด้านหน้า(ตึกผู้ป่วยนอก)	24,925
2. บริการเชิงรุกด้านหน้า(ตึก2จ่ายยานอก)	23,931
3. บริการแนะนำขั้นตอนการมารับบริการ	153,540
4. บริการติดต่อ-สอบถามทั่วไป	123,792
5. บริการตรวจสอบรายชื่อลูกค้าสัมพันธ์	11,488
6. บริการรับโทรศัพท์เข้า	55,050
7. บริการรับโทรศัพท์ออก (รายงานแพทย์)	7,635
8. บริการโทรศัพท์ออก ราชการ(ตามเจ้าหน้าที่และอื่นๆ)	1,200
9. บริการโทรศัพท์ออก ส่วนตัว	10
10. บริการประกาศเสียงตามสายแพทย์ออกตรวจ OPD	3,475
11. บริการประกาศเสียงตามสาย(ประกาศประชุมอบรม)	370
12. บริการประกาศเสียงตามสาย(ประกาศประจำวัน)	3,220
13. บริการติดต่อประสานงานแพทย์	71
14. บริการติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่	748

สรุปผลงานประจำปี 2556

กิจกรรม	ปี พ.ศ.2556
15. บริการรับ-ส่งวิทยุ	21
16. บริการรับจองห้องพิเศษ	8,084
17. บริการจัดห้องพิเศษ	4,951
18. ปฏิบัติกิจกรรมพิเศษ	7,074
19. ปัญหา - อุปสรรคในการปฏิบัติงาน	6
20. บันทึกข้อความ	3,986
21. บริการโอนสายโทรศัพท์ (เกิน 1 นาที)	0
22. บริการติดต่อสอบถามลูกค้าสัมพันธ์ (เกิน 3 นาที)	0
23. การออกกำลังกาย + ทำแบบสอบถาม	34,500
24. จดหมายข่าว	12
25. วารสารข่าว	12
รวม	468,077

ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข

ลำดับที่	ปัญหา - อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1	โทรศัพท์ภายในโรงพยาบาลขัดข้องเนื่องจากเปลี่ยนระบบเครือข่ายในการสื่อสาร ซึ่งทำให้ไม่สามารถโอนสายโทรศัพท์ทั้งภายในและภายนอกได้เลย	1. แจ้งหัวหน้างานทราบ 2. แจ้งช่างที่เกี่ยวข้องกับการเดินระบบโทรศัพท์ให้ทราบ

ผลงานเด่น / นวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

1. บริการเชิงรุก หน้าห้องตรวจต่างๆ เพื่อให้คำแนะนำขั้นตอนการมารับบริการ
2. จัดรายการวิทยุสุขภาพให้กับประชาชนสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ที่หอกระจายข่าว
3. จัดทำข่าวเผยแพร่กิจกรรมโรงพยาบาลส่งสื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์
4. จัดโครงการออกกำลังกายลดความเครียดหน้าห้องตรวจต่าง ๆ ก่อนแพทย์ออกตรวจในวันราชการ

การพัฒนางานคุณภาพ

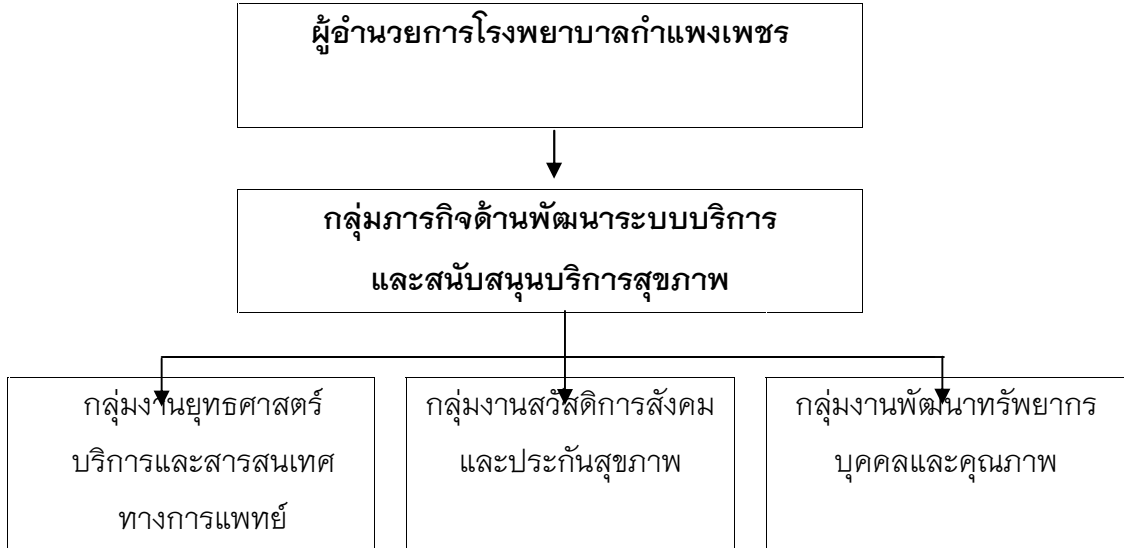
1. จัดบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมวิชาการทุกคนได้แก่
 - 1.1 ข้าราชการ 10 วัน/คน/ปี
 - 1.2 ลูกจ้างประจำ/ชั่วคราว 5 วัน/คน/ปี
2. จัดทบทวนกิจกรรมคุณภาพ OD, 5ส, HA
3. จัดเจ้าหน้าที่อบรมบุคลากรด้านพฤติกรรมบริการ
4. จัดเจ้าหน้าที่อบรมอัคคีภัย
5. จัดเจ้าหน้าที่อบรมซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่

กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

1. จัดทำโครงการการเสริมสร้างสัมพันธภาพของสื่อมวลชนจังหวัดกำแพงเพชรที่มีต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร (ระหว่าง เดือนมกราคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557)
2. จัดทำโครงการสัมมนาเสริมสร้างการรับเรื่องร้องเรียน และการไกล่เกลี่ย (ระหว่าง เดือนมกราคม- เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557)
3. เก็บความพึงพอใจ ปีละ 2 ครั้ง ในเดือน มีนาคม และเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2557
4. กิจกรรมอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

แผนภูมิโครงสร้าง



- งานพัฒนาบุคลากร
- งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- งานศูนย์ข้อมูลเวช
สารสนเทศ
- IT

- งานสวัสดิการสังคม
- งานสังคมสงเคราะห์

- ห้องสมุด
- โสตทัศนศึกษา
- HRD
- QO

งานพัฒนาบุคลากร

วิสัยทัศน์

มีระบบบริการสุขภาพคุณภาพ พร้อมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่ดี ภายในปี 2558

พันธกิจ

ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร และการนำข้อมูลทางวิชาการไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ เพื่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

นโยบาย

1. ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการประชาชน และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
2. ส่งเสริมการนำข้อมูลทางวิชาการ และสภาพปัญหาของผู้รับบริการไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการประชาชน
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์

1. ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ
2. บุคลากรมีความรู้และทักษะพร้อมให้บริการ ตลอดจนปฏิบัติงานอย่างมีความสุข
3. โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน

งานพัฒนาบุคลากร

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย

สนับสนุนให้บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถ และมีความสุขในการปฏิบัติงาน

ขอบเขตบริการ

ประสานงานและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลได้มีโอกาสไปพัฒนาความรู้เพื่อพัฒนางาน

เป้าหมาย

1. บุคลากรของโรงพยาบาลมีทักษะความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน
2. บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน
3. ผู้รับบริการพึงพอใจ

บุคลากร 5 คน ประกอบด้วย

ข้าราชการจำนวน 2 คน

1. นายแพทย์รังสันต์ ชัยกิจอำนวยโชค
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
2. นางรัชนิกร มะวงศ์ษา ตำแหน่ง หัวหน้างานพัฒนาบุคลากร

ลูกจ้างชั่วคราวจำนวน 3 คน

- | | | |
|-----------------|--------|-------------------|
| 1. นายสุชาติ | มีชัย | ตำแหน่ง นวก.โสตฯ |
| 2. นางสาวมลทิวา | ทับทอง | ตำแหน่ง จพ.ธุรการ |
| 3. นางสาวศิริพร | แดงพรม | ตำแหน่ง จพ.ธุรการ |

หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานพัฒนาบุคลากร

รับผิดชอบการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล ให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์วิชาชีพและความคาดหวังของผู้รับบริการ สอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. ประสานงานให้หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลจัดทำแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
2. ร่วมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จัดปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกระดับ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องนโยบายของรัฐ โรงพยาบาล วิทยาลัยศัลยกรรมและพันธุกรรมของหน่วยงาน พฤติกรรมบริการ/แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพงานและการทำงานเป็นทีม
3. สำรวจและวิเคราะห์ความต้องการในการศึกษา อบรมของบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล ตลอดจนวางแผนการศึกษา อบรม ดูงาน สัมมนาทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละหน่วยงานและโรงพยาบาล
4. สำรวจความพึงพอใจของบุคลากรทุก ๆ ปีละ 1 ครั้ง
5. รวบรวมแบบประเมินแพทย์เพิ่มพูนทักษะปีละ 1 ครั้ง (แพทย์ใช้ทุนปี 1)
6. รับสมัคร รวบรวม และสรุปผลโควตาแพทย์ประจำบ้านทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง
7. สรุปการส่งบุคลากรไปร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการ/ศึกษาดูงาน เป็นประจำทุกเดือนส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
8. ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลจัดประชุม อบรม สัมมนา ด้านวิชาการ เพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนความรู้แก่เจ้าหน้าที่
9. สนับสนุนการจัดกิจกรรมวิชาการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
10. สนับสนุนการจัดประชุมวิชาการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับโรงพยาบาลต่าง ๆ / โครงการพิเศษ
11. วิเคราะห์และวางแผนการศึกษา ดูงานและแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีร่วมกับหน่วยงานภายนอก
12. สรุปงบประมาณที่ใช้ในการส่งบุคลากรไปร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการ/ศึกษาดูงาน เป็นประจำทุกเดือนเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกำแพงเพชร
13. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานฝึกปฏิบัติงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะของแพทยสภา
14. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อของสปสช.
15. สนับสนุนให้หน่วยงานที่ถูกคัดเลือกจากจังหวัด มีการพัฒนาระบบบริการ โดยการลดระยะเวลาและขั้นตอนการให้บริการ ตามแนวทางของการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) เช่น งานฝากครรภ์, งานให้บริการผู้ป่วยนอก (เบาหวาน), งานตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

งานธุรการ ประกอบด้วย

1. งานสารบรรณ มีหน้าที่ลงทะเบียนรับ-ส่งหนังสือ แจกเวียนหนังสือแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. งานผลิตเอกสารต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
3. ทำหนังสือเดินทางขออนุญาตไปร่วมอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการ/ศึกษาดูงานของบุคลากร
4. การร่าง – โต้ตอบหนังสือราชการ
5. การพิมพ์หนังสือ และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร
6. การจัดเก็บและรักษาเอกสารให้เป็นระบบ

งานโสตทัศนศึกษา ประกอบด้วย

1. ผลิตสื่อต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการประชุมวิชาการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการพิเศษ
2. ร่วมผลิตวารสารของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
3. ควบคุมเครื่องเสียงในงานสัมมนาการต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ผลการดำเนินงานพัฒนาบุคลากร

1. การพัฒนาบุคลากร ใช้งบประมาณในการจัดโครงการและส่งบุคลากรเข้าอบรมสัมมนา ศึกษาดูงานและประชุมวิชาการตลอดปีงบประมาณ 2556 เป็นเงินทั้งสิ้น 19,374,350.73 บาท (สิบเก้าล้านสามแสนเจ็ดหมื่นสี่พันสามร้อยห้าสิบบาทเจ็ดสิบสามสตางค์) มีรายละเอียดดังนี้

รายการ	ปีงบประมาณ 2556
ส่งให้ไป / สัมครไปราชการ	8,636,872.56
โครงการ งบเงินบำรุง	4,602,157.15
โครงการ งบเงิน UC + งบ สปสช.	6,135,321.02
รวม	19,374,350.73

2. การลาศึกษาต่อประจำปีการศึกษา 2556

- 2.1 การยื่นความจำนงลาศึกษาต่อ ปี 2556 มีผู้ยื่นความจำนงลาศึกษาต่อจำนวน 142 คน
- 2.2 อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ จำนวน 13 คน

3. การอบรมหลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2556 ได้ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุข จำนวน 4 คน

- 3.1 หลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น จำนวน 1 คน
- 3.2 หลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุขระดับกลาง จำนวน 1 คน
- 3.3 หลักสูตรการบริหารเศรษฐกิจสาธารณสุขสำหรับนักบริหารระดับสูง จำนวน 1 คน
- 3.4 หลักสูตรพัฒนารองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ จำนวน 1 คน

4. แพทย์เพิ่มพูนทักษะประจำปีการศึกษา 2556 โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้รับจัดสรรโควตาแพทย์ตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ปี 2556 จำนวน 18 คน

5. แพทย์ประจำบ้านปีการศึกษา ปีการศึกษา 2556 โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีแพทย์ไปศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน 5 สาขา คือ สาขารังสีวิทยาวิดิทัศน์ จำนวน 1 คน สาขาสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 1 คน สาขากุมารเวชกรรม จำนวน 1 คน สาขาอายุรศาสตร์ จำนวน 1 คน สาขาประสาทศัลยศาสตร์ จำนวน 1 คน

6. การประเมินสถานที่ฝึกปฏิบัติงานแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา โรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านการประเมินสถานที่ฝึกปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะในปี 2556

7. การประเมินสถานบริการประจำและรับส่งต่อตามเกณฑ์ของ สปสช. โรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านการ ประเมินเกณฑ์สถานบริการประจำและรับส่งต่อ ปี 2556

ปริมาณงานใน ปีงบประมาณ 2556

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	2556
1	จัดโครงการอบรม สัมมนา ประชุมวิชาการ	โครงการ	3
2	ลงทะเบียนรับหนังสือเข้า	เรื่อง	2,005
3	ทำหนังสือไปราชการ	เรื่อง	1,074
4	บันทึกข้อมูลพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลกำแพงเพชร	เรื่อง / คน / ครั้ง	1,074/790/2,815
5	บันทึกข้อมูลพัฒนาบุคลากรในโปรแกรม DEV ส่ง สสจ.กำแพงเพชร	ครั้ง	12
6	บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการอบรม /สัมมนา / ประชุมวิชาการ / ศึกษาดูงาน อย่างน้อย 1 วัน	คน	978 (91.06%)
7	ข้าราชการได้รับการอบรม /สัมมนา / ประชุมวิชาการ / ศึกษาดูงาน 10 วันขึ้นไป	คน	288 (58.90 %)
8	ลูกจ้างได้รับการอบรม / สัมมนา / ประชุมวิชาการ / ศึกษาดูงาน 5 วันขึ้นไป	คน	263 (44.96 %)

ปริมาณงานใน ปีงบประมาณ 2556

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	2556
9	สำรวจความต้องการการศึกษาต่อ	ครั้ง	1
10	สำรวจความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร	ครั้ง	1 (83.28%)
11	ลงทะเบียนหนังสือออก ร่างหนังสือ และพิมพ์หนังสือโต้ตอบ	เรื่อง	160
12	ประเมินสถานที่ฝึกปฏิบัติงานแพทย์เพิ่มพูนทักษะ	ครั้ง	1
13	รวบรวมข้อมูลการประเมิน หน่วยบริการรับส่งต่อ (สปลช.)	ครั้ง	2
14	ร่วมรับการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ	ครั้ง	2
15	Power Point	เรื่อง	57
16	ออกแบบโปสเตอร์ประชุมวิชาการ	เรื่อง	15
17	ออกแบบปกเอกสารต่าง ๆ ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร	เล่ม	38
18	ทำแผ่นพับประชุมวิชาการ	เรื่อง	5
19	จัดทำสื่อมัลติมีเดียรูปแบบ VCD / DVD	เรื่อง	15
20	ออกแบบป้ายต้อนรับ / ไวฉล	ครั้ง	10
21	ถ่ายภาพทางการแพทย์กรณีศึกษา / แนวทางการรักษา	ราย	84
22	งานถ่ายภาพนิ่ง งานประชุม และอื่น ๆ ของโรงพยาบาล	ครั้ง	69
23	ถ่ายภาพเคลื่อนไหว VDO	ครั้ง	3
24	ออกแบบ Rollup / X – Farme	ครั้ง	14
25	ออกแบบใบประกาศ	ครั้ง	6
26	ป้ายวิทยากรตั้งโต๊ะ	ครั้ง	46
27	งานให้บริการด้านห้องประชุม / ควบคุม / แก้ไขอุปกรณ์ เบื้องต้น และอื่น ๆ เกี่ยวกับงานห้องประชุม	ครั้ง	125

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

การรายงานข้อมูลหรือส่งงานผ่านระบบ Internet บางครั้งยังพบความล่าช้าหรือส่งไม่ได้

แผนการดำเนินงานในปี 2557

1. สนับสนุนการจัดโครงการอบรม / สัมมนา / ประชุมวิชาการ / ศึกษาดูงาน
2. สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและคุณ

ภาพการให้บริการ

3. สำรวจความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและความสุขในชีวิตของบุคลากร
4. สำรวจความต้องการการศึกษาต่อ
5. สนับสนุนบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาทักษะ ความรู้ อย่างต่อเนื่อง

งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน

1. ทำบัตรใหม่ คัดบัตรเก่า (OPD Card)
2. คัดบัตรนัดล่วงหน้า เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรักษาพยาบาล
3. ลงบันทึกคืน OPD Card เพื่อป้องกันการสูญหายและติดตามกลับ
4. ลง ICD 10 และ ICD 9 CM ความครบถ้วนของข้อมูล
5. ตรวจสอบการลง ICD 10 และ ICD 9 CM ถ้ายังลงไม่ครบประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงให้ครบ
6. กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดที่มีค่าบริการค้างจ่าย ประสานงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบลงข้อมูล
7. ลงทะเบียนผู้ป่วยในทุกราย (Admission) ลงข้อมูล Refer จาก รพช. หรืออื่น ๆ
8. ลงข้อมูลในใบ Refer in ทุกรายที่ Refer มาใน Program อย่างถูกต้อง เพื่อความครบถ้วนของข้อมูลในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล
9. ให้สิทธิผู้ป่วยทุกสิทธิอย่างถูกต้องเป็นจุดแรก
10. จัดเก็บเวชระเบียนตามระบบ เพื่อการค้นหาที่สะดวก
11. ทำลายตามระยะเวลาที่กำหนด ตามระเบียบ

ผลการปฏิบัติงาน/กิจกรรม/หน่วยงานที่มาขอตุงาน โดยการประมาณการ

1. เวชระเบียนใหม่	23,660	ราย/ปี
2. เวชระเบียนเก่า	368,774	ราย/ปี
3. Admission	40,669	ราย/ปี
4. คัดเวชระเบียนล่วงหน้า	114,241	ราย/ปี
5. คัดเวชระเบียนเยี่ยมทุก Clinic ต่างๆ	75,000	ราย/ปี
6. ลง Refer in	58,836	ราย/ปี
7. คัดแยกเพื่อลดความแออัดของเวชระเบียน	52,000	ราย/ปี
8. ทำลาย OPD Card ตามกำหนดเวลา ปี 56 ระยะ 2 ปี	115,000	ฉบับ
9. ลง ICD10 กรณี Refer Out Refer In Clinic ต่างๆ ลงไม่ครบ		
มีนักศึกษาที่เรียนเวชสถิติ มาฝึกงานทุกปี ๆ ละ 2 รุ่น		

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. ค้นพบเชื้อแบคทีเรียไม่คลาดเคลื่อน
2. ท้นกำหนดเวลาแพทย์ตรวจ
3. ผลการตรวจสภาพอากาศในห้องเวชระเบียนผู้ป่วยนอกปี 53 ค่า CO₂ ประมาณ 1,500 เกินกว่ากำหนด ตรวจเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2554 ได้ประมาณ 600 ซึ่งปกติ เนื่องจากการทำ 5 ส. ทุกวันศุกร์ รอเครื่องปรับสภาพอากาศเพื่อการถ่ายเทอากาศที่ดี รองบริหารรอคำสั่งที่เป็นการจัดซื้อ จัดจ้าง

การพัฒนาคุณภาพกิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการปี 2557

1. รับฟังนโยบายจากทีมนำของโรงพยาบาล กลุ่ม ภารกิจระบบบริการสุขภาพ ทีมนำเฉพาะด้าน เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาและกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานให้สอดคล้องกับพันธกิจและเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
2. จัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
3. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพครอบคลุมด้านบริหาร บริการ วิชาการ เพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณ / ทรัพยากรอย่างเพียงพอ
4. จัดประชุมชี้แจงนโยบาย ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา
5. จัดประชุมระดมความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เกี่ยวกับการติดตามความก้าวหน้าของแผนพัฒนาคุณภาพ แนวทางปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ เดือนละ 1 ครั้ง
6. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรม สัมมนา และการนำเสนอผลงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ
7. กระตุ้น ติดตามให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน
8. ติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขทุกวัน
9. ทำ 5ส. ทุกวันศุกร์อย่างต่อเนื่อง
10. ทำ CQ ก่อนเวชระเบียนออกจากห้องบัตรไปที่ Clinic ต่าง ๆ เพื่อตรวจสอบการค้นบัตรผิดพลาด 2 จุด คือ จุดแรกจุดออก QN และจุด Stamp วันที่

แผนงานที่จะดำเนินการต่อปี 2557

1. Print Out คู่มือที่ออกไปแต่ละแผนกทุกวันช่วง 15.00 น. เพื่อติดตาม บัตรกลับและป้องกันการสูญหาย ตรวจสอบการลง ICD10 ICD9 CM ให้ครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ เพื่อส่งข้อมูล OP, pp Individual 21 แฟ้ม
2. ไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าห้องเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อรักษาความลับ ของผู้ป่วย และการเข้าถึงเวชระเบียนได้ง่าย
3. เร่งรัดปรับปรุงข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกให้ครบถ้วน เช่น 13 หลัก ต้องถูกต้องครบถ้วนทุกราย
4. ให้สิทธิทุกสิทธิให้ถูกต้องเป็นจุดแรก เพื่อความครบถ้วนถูกต้องในการ เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ทั้ง OP และ IP

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

อันดับ	ปัญหาอุปสรรค	อันดับ	แนวทางแก้ไข
1.	-มีบาง Clinic ยังใช้ Program นัดไม่ ครบถ้วน และไม่ครอบคลุม	1	-ควรใช้ Program จะได้สะดวกกับการคั่น นัดล่วงหน้า เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย OPD ผู้ป่วยจะได้นั่งรอแต่ละ Clinic เลย
2	-ไม่ตรวจสอบก่อนลงบันทึกข้อมูล จะ ทำให้การนัดผิดแผนก	2	-ควรตรวจสอบก่อนการบันทึกข้อมูล เช่น ผู้ป่วย ENT ต้องการผ่าตัด ควรนัด เป็น OR ไม่ควรนัดเป็น ENT เพราะบัตรจะ ไปผิดแผนก แทนที่จะไป OR ทำให้เพิ่ม งานติดตามบัตรอีก
3	-การลง ICD10 ไม่ครบ ไม่ลง	3	-ควรลงให้ครบ เพราะจะทำให้เป็นภาระ ของห้องบัตร ต้องติดตามตรวจสอบและ Print Out ให้แต่ละแผนกลงให้ครบ และมี เจ้าหน้าที่เวชสถิติเป็นผู้ตรวจสอบและลง รหัสโรคที่ถูกต้อง
4	- ที่เก็บเวชระเบียนไม่เพียงพอ แออัด	4	- ควรหาพื้นที่ในการจัดเก็บให้เพียงพอ เพื่อ สะดวกในการคั่นและการจัดเก็บ

คำว่าบัตร หมายความว่า เวชระเบียนผู้ป่วยนอก หรือ OPD Card

งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

หน้าที่และเป้าหมาย

งานเวชระเบียนมีหน้าที่ให้รหัสโรคตามหลัก ICD-10 และ ICD-9-CM ในเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกรายและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในลงในระบบ LAN ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ออกหนังสือรับรองการเกิด บริการติดต่อประสานงานเรื่องใบรับรองแพทย์ ใบเคลม บริการข้อมูลเวชระเบียนตามที่มีการร้องขอโดยไม่ขัดต่อสิทธิผู้ป่วย เพื่อความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ

ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

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

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา

ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

เวชระเบียนผู้ป่วยในได้รับการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการภายในเวลาที่กำหนด และได้มาตรฐาน

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้ใช้บริการ
ผู้ป่วย และญาติ	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับความบริการสำเนาเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ได้รับความบริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง - การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและรักษาความลับผู้ป่วย - มีพฤติกรรมการบริการที่ดีเป็นที่ประทับใจผู้รับบริการ - ให้คำแนะนำขั้นตอนการรับสูติบัตรตัวจริง ได้อย่างถูกต้อง

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้ใช้บริการ
แพทย์- พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - 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

ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน

งานที่รับผิดชอบ	ปริมาณงาน			
	ปี2553	ปี2554	ปี2555	ปี2556
1. ให้รหัสโรคผู้ป่วยใน	40,078	41,403	41,848	40,669
2. บริการเยี่ยม- คิน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	10,977	13,175	11,453	14,141
3. บริการขอใบรับรองแพทย์ ใบเคลม สำเนาประวัติ	1,145	1,451	1,689	1,629
4. ออกหนังสือรับรองการเกิด	2,915	3,319	3,548	3,586
5. บันทึกรายงานการตายในระบบ internet กระทรวงสาธารณสุข	1,689	1,773	1,997	1,848

ทรัพยากร - เครื่องคอมพิวเตอร์ 9 เครื่อง

อัตรากำลัง - เจ้าหน้าที่เวชสถิติ 3 คน

- เจ้าหน้าที่เวชระเบียนปฏิบัติงาน 5 คน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. การเก็บเวชระเบียน และ ลงทะเบียนรับเวชระเบียนจาก ตึกผู้ป่วยใน	- เพื่อทราบจำนวนเวชระเบียน ผู้ป่วยในที่ส่งคืนในแต่ละวัน - เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับเวชระเบียนกลับคืนมายังหน่วยงาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	- อัตราการสูญหายของเวชระเบียน ระหว่างรอให้รหัสโรค
2. การให้รหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการ	- การให้รหัสโรคและหัตถการได้ตามมาตรฐาน	- ความถูกต้องและครบถ้วนในการให้รหัสโรค และรหัสหัตถการ
3. การบันทึกข้อมูลโรค-หัตถการลงในระบบ LAN	- เพื่อส่งข้อมูล DRGs ได้ถูกต้อง และภายในเวลาที่กำหนด - เพื่อลงสถิติโรคของโรงพยาบาลและใช้ฐานข้อมูล ในการตัดสินใจของผู้บริหารและผู้ที่ต้องการข้อมูล	- อัตราความถูกต้อง ครบถ้วนในการบันทึกข้อมูลโรค-หัตถการ
4. การจัดทำแฟ้ม และ จัดเก็บเข้าชั้น	- เพื่อความเป็นระเบียบได้มาตรฐานเดียวกัน - เพื่อสะดวกต่อการให้บริการ / จัดเก็บ ค้นหา	- อัตราการจัดเก็บผิดที่
5. บริการยืม-คืน เวชระเบียน และบันทึกลงคอมพิวเตอร์	- เพื่อประกอบการรักษาอย่างต่อเนื่อง - เพื่อการศึกษา ค้นคว้า วิจัย	- จำนวนการสูญหายของเวชระเบียน
6. การขอสำเนาเวชระเบียน ใบรับรองแพทย์ ใบเคลม เพื่อการรักษาต่อเนื่องและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย	- เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการรักษาต่อเนื่องและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย - ผู้รับบริการพึงพอใจ	- การได้รับเอกสารเวชระเบียนที่ครบถ้วน - ความไม่ทันเวลา - จำนวนการถูกร้องเรียน
7. การทำลายเวชระเบียนที่มีอายุการจัดเก็บเกิน 5 ปี	- เพื่อเพิ่มพื้นที่การจัดเก็บเวชระเบียนปีต่อไป - เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย	- ไม่ทำลายเวชระเบียนที่ยังไม่ครบอายุการจัดเก็บ
8. การออกหนังสือรับรองการเกิด	- เพื่อเป็นข้อมูลของโรงพยาบาล - เพื่อเป็นข้อมูลทะเบียนราษฎร	- ความถูกต้อง รวดเร็ว ในการออกหนังสือรับรองการเกิด
9. การบันทึกรายงานการตายตามแบบ ท.ร.4/1	- เพื่อเป็นฐานข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิต ระดับประเทศ	- ความผิดพลาดการบันทึกข้อมูลในระบบ internet

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ		
		2554	2555	2556
ความถูกต้อง				
- การให้รหัสโรค ICD-10, ICD-9-CM	100%	99.98%	99.93%	99.92%
- การบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ในระบบ LAN	100%	99.94%	99.90%	99.85%
- การค้นหาเวชระเบียน	100%	99.87%	99.92%	100%
รวดเร็ว	100%	91.84%	90.25%	92.56%
- ลงรหัสโรคได้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง				
- ระยะเวลาในการค้นเวชระเบียน	<5 นาที	5.25 นาที	5.0 นาที	5 นาที
- ระยะเวลาในการออกหนังสือรับรองการเกิด	<5 นาที	4.33นาที	4.27นาที	4.50นาที
- ระยะเวลาในการขอใบรับรองแพทย์/ใบเคลม	5 วัน	5วัน	5วัน	5วัน
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ				
- ผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล				
- ลูกค้ายภายใน	>80%	81.65%	82.30 %	88.57%
- ลูกค้ายภายนอก	>80%	82.05%	83.45%	90.73%

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

- สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์
1. พัฒนาการให้รหัสโรค/หัตถการ ถูกต้องตามหลักการคู่มือ ICD-10 ,ICD-9-CM และ Standard coding guidelines	- มีการพัฒนาการให้รหัสโรค/หัตถการ โดยมีการประสานงานกับแพทย์ผู้สรุปเวชระเบียนเมื่อมีข้อสงสัย เพื่อให้ได้ความเข้าใจและความถูกต้องที่ตรงกัน มีการส่งเสริม ให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้รหัสโรคไปอบรมการให้รหัสโรค/หัตถการตามโครงการต่างๆที่เกี่ยวกับการให้รหัสโรค ความรู้เรื่อง DRGs และส่งเสริมเจ้าหน้าที่ผู้ให้รหัสโรคไปสอบประเมินวัดระดับผู้ให้รหัสโรค และผ่านการประเมินทำให้มีการพัฒนาการให้รหัสโรค/หัตถการมากขึ้น

- สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (ต่อ)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์
2. ปรับเปลี่ยนการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน	- มีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดเรียง จัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน เนื่องจากทางหน่วยงานมีความจำกัดทางด้านพื้นที่การจัดเก็บ และการขนย้ายเวชระเบียน โดยจากเดิมมีการจัดเก็บเวชระเบียน แบบคู่ท้ายของเลข HN แต่จัดเก็บเรียงแบบยาวต่อ คนละชั้นในเลขท้าย 1 เลข ปัจจุบันจัดเรียงคู่ท้ายของ HN และเลขท้ายจะอยู่ชั้นเก็บเดียวกัน ทำให้เป็นระเบียบ และสะดวกต่อการค้นหามากขึ้น เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสามารถค้นได้ทุกคน โดยไม่ลำบากกับการเดินเวียนชั้นเพื่อหาเวชระเบียน
3. ปรับกระบวนการวินิจฉัยโรค	- มีการปรับเปลี่ยนระบบการสรุปการวินิจฉัยของแพทย์ โดยก่อนทำการส่งข้อมูลจะมีการตรวจสอบการวินิจฉัย ของแพทย์อีกครั้งเพื่อความสมบูรณ์ และความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น
4. การปรับเปลี่ยน ระบบการออกหนังสือรับรองการเกิด	- มีการปรับเปลี่ยนระบบการออกหนังสือรับรองการเกิดจากระบบการเขียนเอกสาร เป็น การออกหนังสือรับรองการเกิดด้วยระบบอินเทอร์เน็ต เชื่อมโยงผ่านเครือข่าย กรมการปกครอง ทำให้ได้ข้อมูลที่ เป็น Real-time สามารถทราบเลขบัตรประจำตัวประชาชน ของเด็กเกิดได้ในทันที นำข้อมูลมาบริหารจัดการได้ และมีข้อมูลเก็บไว้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

- การพัฒนาคุณภาพซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ
 - 1. พัฒนาการสรุปโรค / หัตถการ ให้ทันต่อเวลา โดยการหาแนวทางประสานงานกับแพทย์ให้มากขึ้น
 - 2. พัฒนาการบริการเวชระเบียน ให้มีความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และผู้รับบริการมีความพึงพอใจให้มากขึ้น
 - 3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมการทำงาน โดยย้ายห้องทำงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ขยายห้องทำงาน และเพิ่มพื้นที่จัดเก็บเวชระเบียน ที่ปัจจุบันพื้นที่การจัดเก็บไม่เพียงพอต่อเวชระเบียนที่มีเพิ่ม มากขึ้น

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1. การพัฒนาคุณภาพการจัดทำข้อมูล DRGs ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ มากขึ้น
- 2. การพัฒนาการสรุปโรค / หัตถการ ให้ทันต่อเวลา
- 3. การพัฒนาศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 4. พัฒนาระบบการออกหนังสือรับรองการเกิด ด้วยคอมพิวเตอร์ ผ่านระบบ Internet เชื่อมโยงกับ web กรมการปกครอง
- 5. การพัฒนาระบบจัดเก็บเวชระเบียนให้อยู่ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อป้องกันเวชระเบียนสูญหาย

งานศูนย์ข้อมูลและเวชสารสนเทศ

เจตจำนง ให้บริการข้อมูลเวชสารสนเทศและบริหารจัดการระบบฐานข้อมูลสถิติทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลด้วยความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลาและเป็นที่ยอมรับ

ขอบเขตบริการ

1. บริหารจัดการระบบฐานข้อมูลสถิติทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และค้นหาได้สะดวก เพื่อจัดส่งและนำเสนอต่อผู้บริหารในโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ภายนอกโรงพยาบาล
2. ให้บริการข้อมูลเวชสารสนเทศแก่บุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการบริหาร บริการ และวิชาการ
3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

เป้าหมาย

- ข้อมูลสถิติทางการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
- เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

1. รวบรวม ติดตาม ตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลต่าง ๆ พร้อมทั้งประมวลผลข้อมูลของหน่วยงานภายในให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา
2. ให้บริการข้อมูลสถิติทางการแพทย์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการบริหาร บริการและวิชาการ
3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

ผลการปฏิบัติงาน

ที่	รายการ	จำนวน (ครั้ง)
1.	การให้บริการการให้บริการข้อมูล 1.1 จำนวนการให้บริการข้อมูลแยกตามรายการ 1.2 จำนวนการผิดพลาดการให้ข้อมูล 1.3 อัตราความผิดพลาดของการให้ข้อมูล (<5%)	3,481 5 0.42
2.	ข้อมูลส่ง สปสช. 2.1 จำนวนข้อมูลที่ส่ง สปสช.ที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไข 2.2 จำนวนข้อมูลที่ส่ง สปสช.และไม่ผ่าน 2.3 อัตราความถูกต้องของข้อมูลที่ส่ง สปสช. (>98%)	391,489 748 99.81
3.	อัตราการจัดส่งรายงาน - อัตราการส่งรายงานทันตามกำหนดเวลา - อัตราการส่งรายงานไม่ทันกำหนดเวลา ประเภทการส่งรายงาน 1 รายงานที่ศูนย์ข้อมูลฯ ดำเนินการเอง (รายงาน) 2 รายงานที่ศูนย์ข้อมูลฯ ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น (รายงาน) 3 รายงานที่ศูนย์ข้อมูลฯ รับและทำหนังสือส่งผ่าน (รายงาน)	67.38 32.17 56 61 113
4.	ตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยนอกในระบบ Hosxp (ให้รหัสโรค, แก้ไขรหัสโรค, ให้รหัส/บันทึกห้องตรวจ ผู้ป่วยนอก-ใน , ให้รหัสโรค ER , ให้รหัส/บันทึก/ตรวจสอบแผนกโรค บันทึกโรค สถานะสถานพยาบาลที่รับ - ส่ง ในระบบ Refer in-out/ให้รหัสหัตถการ ICD9/ประมวลผล ADjrw (12 แฟ้ม/21 แฟ้ม/รง.504,รง.505)/ตรวจสอบ/แก้ไขฐานประวัติผู้ป่วย HN ช้า เลขบัตรประชาชน ประเทศ เลขบัตรประชาชนของทารกแรกเกิด แม่ที่มีในทารกแรกเกิด//ตรวจสอบ/ประมวลผลจากโปรแกรม HOSxp เพื่อแจก PID ในฐาน person	708,672
5.	รวบรวมและจัดทำรายงานประจำปี - ประจำปีโรงพยาบาล 2556 - รายงาน Hospital Profile 2556 - ข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (GIS) - สำรองการเกิด การเกิดมีชีพ การออกหนังสือรับรองการเกิด	1 1 1 12

ผลการปฏิบัติงาน

ที่	รายการ	จำนวน (ครั้ง)
6.	รวบรวมการส่งรายงานด้านสาธารณสุขให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	12
7.	รวบรวมการส่งรายงานให้กับกระทรวงฯ	12
8.	พัฒนาโปรแกรมช่วยจัดการข้อมูลเพื่อสำรองข้อมูลในหน่วยงาน	1
9.	พัฒนาโปรแกรม KPH TABLET 2	1

ปัญหาและอุปสรรคงาน

1. ข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ไม่เสถียรทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงกันในการออกรายงานแต่ละครั้ง
2. ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกขาดความสมบูรณ์ ถูกต้องและทันเวลา ทำให้การรายงานข้อมูลไม่ทันต่อความต้องการหรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง
3. การ Update โปรแกรม HOSxP ในแต่ละครั้ง มีผลกระทบต่อฐานข้อมูลและระบบ Report สำเร็จรูปทำให้ต้องเสียเวลาในการตรวจสอบ Report และต้องแก้ไขใหม่อยู่เสมอ
4. ความต้องการข้อมูลในเชิงตัวชี้วัด การเปรียบเทียบข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถสร้างมาตรฐานในการให้บริการข้อมูลที่แน่นอน
5. ความเร่งด่วนในการต้องการข้อมูลมีเวลาจำกัด ทำให้เป็นอุปสรรคในการตรวจทานความถูกต้องของข้อมูล

การพัฒนางานคุณภาพ

- พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรม HOSxP ที่ใช้ในปัจจุบันอย่างเป็นระบบ เพื่อรองรับการให้บริการข้อมูลที่ถูกต้องและรวดเร็ว
- พัฒนาโปรแกรมช่วยจัดการข้อมูลเพื่อสำรองข้อมูลในหน่วยงานเพื่อใช้รองรับการออกรายงาน

กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปี 2557

1. พัฒนาโปรแกรมช่วยจัดการงานภายในหน่วยงาน (IAC)
2. การบริหารจัดการระบบฐานข้อมูล Hospital Profile และระบบ GIS ให้สมบูรณ์ และครอบคลุมความต้องการ
3. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ ในด้านการจัดการระบบฐานข้อมูล
4. ส่งเสริมให้บุคลากรภายในหน่วยงานให้มีความรู้ด้านรหัสโรคและรหัสผ่าตัด
5. สำรองข้อมูลและโปรแกรมการทำงานต่าง ๆ เพื่อรองรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

งานห้องสมุด

หน้าที่ความรับผิดชอบและขอบเขตบริการของหน่วยงาน

1. ให้บริการอ่านอย่างเสรี เพราะเป็นที่เก็บรวบรวมและให้บริการทรัพยากรสารสนเทศ ประเภทต่าง ๆ ในทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข และสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร 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

ผลการปฏิบัติงานงานห้องสมุด

กิจกรรม	หน่วยนับ	ผลการปฏิบัติงาน	
		2555	2556
1. งานบริหารจัดการห้องสมุดและงานสารบรรณ			
- รับหนังสือเข้า	เรื่อง	599	649
- ตอบรับหนังสือ / ตอบขอบคุณ	เรื่อง	-	107
- จัดปรับมุมวางตู้หนังสือและโต๊ะนั่งอ่าน	ครั้ง	2	-
- จัดแสดงหนังสือจากร้านจำหน่ายหนังสือ	ครั้ง	1	1
- ประชาสัมพันธ์รายชื่อหนังสือใหม่และจัดบอร์ด	ครั้ง	-	-
- เก็บรวบรวมสถิติห้องสมุดรายวัน	ครั้ง	250	245
- เก็บรวบรวมสถิติห้องสมุดรายเดือน	ครั้ง	12	12
- เก็บรวบรวมสถิติห้องสมุดรายปี	ครั้ง	1	1

ผลการปฏิบัติงานงานห้องสมุด

กิจกรรม	หน่วยนับ	ผลการปฏิบัติงาน	
		2555	2556
2. งานพัฒนาทรัพยากรสารสนเทศ			
- สำรวจความต้องการ	ครั้ง	1	1
- การจัดซื้อหนังสือทางการแพทย์ ภาษาอังกฤษ / ภาษาไทย	ชื่อเรื่อง จำนวนเงิน (บาท)	21 37,587	-
- สมาชิกวารสารทางการแพทย์ ภาษาไทย	ชื่อเรื่อง จำนวนเงิน (บาท)	6 4,610	5 4,150
- หนังสือพิมพ์รายวัน /วารสาร ตามหน่วยงาน ฉบับภาษาไทย / อังกฤษ	ชื่อเรื่อง จำนวนเงิน (บาท)	19 77,558	19 76,021
- นิตยสารฉบับภาษาไทย	ชื่อเรื่อง จำนวนเงิน (บาท)	17 20,390	17 20,580
- หนังสืออภินันทนาการ (จุลสาร,ว.วิชาการ, ว.โรงพยาบาล,สิ่งพิมพ์รัฐบาล)	ชื่อเรื่อง	758	879
- สื่อโสตทัศน์ VDO, VCD, CD-ROM ทางการแพทย์ การพยาบาล และทั่วไป	ชื่อเรื่อง	10	18
3. งานวิเคราะห์หมวดหมู่สารนิเทศ ลงรายการทาง บรรณานุกรม			
- การเตรียมทรัพยากรสารนิเทศก่อนการลงทะเบียน	เล่ม	-	501
- การลงทะเบียนทรัพยากรสารนิเทศในฐาน ข้อมูลคอมพิวเตอร์	รายการ/ ชื่อเรื่อง	599	-
- การวิเคราะห์หมวดหมู่ระบบ NLM และ LC	เล่ม	-	501
- งานเตรียมหนังสือ ประทับตรา ติดส้น ติดบาร์โค้ด ติดบัตรกำหนดสง บัตรยืม	เล่ม	-	-

ผลการปฏิบัติงานงานห้องสมุด

กิจกรรม	หน่วยนับ	ผลการปฏิบัติงาน	
		2555	2556
4. งานบริการและเผยแพร่ ทรัพยากรสารสนเทศ			
- จำนวนผู้เข้าใช้บริการ	ราย	6,975	7,221
- บริการยืม – คินหนังสือ / งานวิจัย	เล่ม	4,967	6,115
- บริการยืม – คินวารสารวิชาการ/ บันทึกลง	เล่ม	5,990	5,775
- บริการยืม – คิน VDO, VCD, CD-ROM, TAPE	ราย	4	16
- จัดทำบัตรสมาชิกใหม่รูปแบบ Barcode	ครั้ง	24	-
- ให้คำปรึกษาและแนะนำการเขียนรายการ อ้างอิง บรรณานุกรม	เรื่อง	48	36
- ให้บริการตอบคำถามและช่วยการค้นคว้า	ครั้ง	358	364
- ให้บริการคอมพิวเตอร์ สืบค้นข้อมูลอินเทอร์เน็ต และ Sound lab	ครั้ง	193	450
- ส่งเผยแพร่วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร	ฉบับ/แห่ง	2/300	-
- บริการอื่นๆ (ประชุมย่อย, adit Chart)	ครั้ง	130	121

ผลงานเด่นของหน่วยงานประจำปี 2556

1. มีการจัดแสดงหนังสือจากศูนย์หนังสือต่าง ๆ พร้อมทั้งร่วมกันคัดเลือกพิจารณาจัดซื้อหนังสือใหม่ ๆ
2. คัดเลือกสิ่งพิมพ์ที่น่าสนใจไปบริจาค และนำไปจัดวางที่หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล
3. บริการยืมระหว่างห้องสมุดให้แก่ผู้ใช้บริการ
4. จัดทำวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร 2 ฉบับ
5. เผยแพร่บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านเว็บไซต์
6. บริการสืบค้น และค้นคินวารสารต่างประเทศ
7. ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก เพื่อขอข้อมูล Full Text

ปัญหาอุปสรรค / แนวทางการแก้ไข

งานประจำ (Routine)

ลำดับที่	ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1.	การยืมหนังสือ ผู้ยืมไม่นำบัตรสมาชิกมา ทำให้เสียเวลาในการค้นหาหมายเลขสมาชิก และยืมด้วยระบบ Barcode	แจ้งระเบียบการยืมคืนให้ทราบทั่วกัน หรือใช้เลขบัตรประชาชน
2.	ผู้ยืมวารสารไม่นำวารสารฉบับเก่า / ใหม่ ส่งคืนตามวัน และเวลาที่กำหนดส่ง	-แจ้งรายชื่อผู้ยืมที่ไม่นำวารสารส่งคืนห้องสมุดทราบ -โทรศัพท์ทวงตามกำหนดส่งรายบุคคล
3.	ผู้จองไม่ได้อ่าน / ผู้ที่ไม่ได้จองได้อ่าน / 1.มีผู้หยิบวารสารไปโดยไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ ทราบ 2.วารสารเล่มที่หยิบไปมีผู้ได้จองไว้แล้ว ผู้จองไม่ได้อ่าน 3.ไม่ดูบอर्डการของวารสารประจำวัน 4. มีการเขียนจองซ้ำซ้อน	- ติดป้ายที่ชั้นวางวารสาร <u>ยืมวารสารกรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ</u> - กำหนดยืมวารสารได้ไม่เกินคนละ 2 เล่ม
4.	1. ผู้ยืมไม่คืนหนังสือตามวันกำหนดส่ง	- ทำหนังสือแจ้งทวงหนังสือค้างส่ง - เก็บค่าปรับ 1 บาท/วัน/เล่ม
5.	1. ผู้ใช้อินเตอร์เน็ตใช้นานเกินไป และไม่ลงชื่อก่อนใช้บริการ 2. อินเทอร์เน็ตช้าเกินไป	- กำหนดระยะเวลาการใช้คนละ 1-2 ชม. และติดป้ายกรุณาลงชื่อก่อนใช้ - แจ้งช่างซ่อม แต่ยังเพิ่มหน่วยความจำไม่ได้

การพัฒนาคุณภาพ

1. การพัฒนาการจัดชั้นวางหนังสือบนชั้น และจัดชั้นวางหนังสือใหม่ ติดป้ายบอกแต่ละระดับชั้น เพื่อให้สามารถค้นหาหนังสือได้สะดวก รวดเร็ว ขึ้นโดยใช้สัญลักษณ์ที่ง่ายต่อความเข้าใจ
2. การมีส่วนร่วมในการคัดเลือกหนังสือเข้าห้องสมุดโดยบุคลากร เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล พิจารณาโดยคณะกรรมการห้องสมุด จากการจัดนิทรรศการ และจัดแสดงหนังสือจากร้านตัวแทนจำหน่ายหนังสือ
3. การนำโปรแกรมห้องสมุดสำเร็จรูปมาใช้ในระบบงานของห้องสมุด
4. เผยแพร่บทความวิชาการของบุคลากรลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร
5. เผยแพร่บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านเว็บไซต์
6. ส่งต่อหนังสือพิมพ์รายวันและวารสารฉบับล่วงหน้าให้กับหอผู้ป่วยที่มาติดต่อขอรับ
7. จัดทำบอर्डข่าวสารทันสมัยเป็นประจำทุกวัน

กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. จัดทำวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 - 2
2. เผยแพร่บทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านเว็บไซต์
3. จัดซื้อโปรแกรมห้องสมุดดิจิทัล
4. จัดซื้อ จัดหาทรัพยากรสารสนเทศใหม่ ๆ และทันสมัย
5. จัดแสดงหนังสือใหม่
6. จัดสถานที่สิ่งแวดลอมให้เอื้อต่อการทำงาน
7. บริการวารสารเย็บเล่ม
8. กิจกรรม 5 ส ทุกเดือน
9. บริการห้องสมุดเคลื่อนที่

งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

งานเขียนภาพ/ออกแบบและผลิตงานกราฟิก (ผลิตงานโดยคอมพิวเตอร์)

- ผลิตและออกแบบโปสเตอร์
- ผลิตและออกแบบแผ่นพับ
- ผลิตและออกแบบป้ายประชาสัมพันธ์
- ผลิตและออกแบบสื่อทางการแพทย์
- ผลิตและออกแบบโลโก้
- ผลิตและออกแบบนิทรรศการ
- ผลิตและออกแบบแผ่นปลิว

งานเขียนภาพ/ออกแบบและผลิตงานกราฟิก (ทั่วไป)

- ผลิตและออกแบบโปสเตอร์
- ผลิตและออกแบบแผ่นพับ
- ผลิตและออกแบบป้ายประชาสัมพันธ์
- ผลิตและออกแบบสติ๊กเกอร์
- ผลิตและออกแบบตัวอักษร
- ผลิตและออกแบบป้ายติดผนัง/กระຈก
- ผลิตและออกแบบป้ายติดรถยนต์
- ผลิตและออกแบบป้ายติดเครื่องมื่อต่างๆ
- ผลิตและออกแบบป้ายผ้า
- ผลิตและออกแบบป้ายไม้
- ผลิตและออกแบบป้ายผ้าใบไวนิล
- ผลิตและออกแบบป้ายเวทีห้องประชุม
- ผลิตและออกแบบป้ายพลาสติก
- ผลิตและออกแบบป้ายกล่องไฟ
- ผลิตและออกแบบตัวอักษรพลาสติก

งานถ่ายภาพทั่วไป

- งานถ่ายภาพโดยใช้กล้องดิจิตอล
- งานถ่ายภาพกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- งานตกแต่งภาพโดยคอมพิวเตอร์
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพ
- งานบริการสืบค้นหาภาพ

งานถ่ายภาพทางการแพทย์

- งานถ่ายภาพผู้ป่วย
- งานถ่ายภาพเพื่อการตรวจรักษาทางการแพทย์
- งานถ่ายภาพในห้องผ่าตัด
- งานตกแต่งภาพโดยคอมพิวเตอร์
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพ
- งานบริการสืบค้นหาภาพ

งานถ่ายวิดีโอทั่วไป

- งานถ่ายภาพโดยใช้กล้องดิจิตอล
- งานถ่ายภาพกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- งานตกแต่งภาพโดยคอมพิวเตอร์
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพวิดีโอ
- งานบริการสืบค้นหาภาพภาพวิดีโอ

งานถ่ายวิดีโอทางการแพทย์

- งานถ่ายภาพผู้ป่วย
- งานถ่ายภาพเพื่อการตรวจรักษาทางการแพทย์
- งานถ่ายภาพในห้องผ่าตัด
- งานควบคุมและจัดเก็บภาพวิดีโอ
- งานบริการสืบค้นหาวิดีโอ

งานผลิตและตัดต่อวิดีโอ/ผลิตสื่อทางเสียง

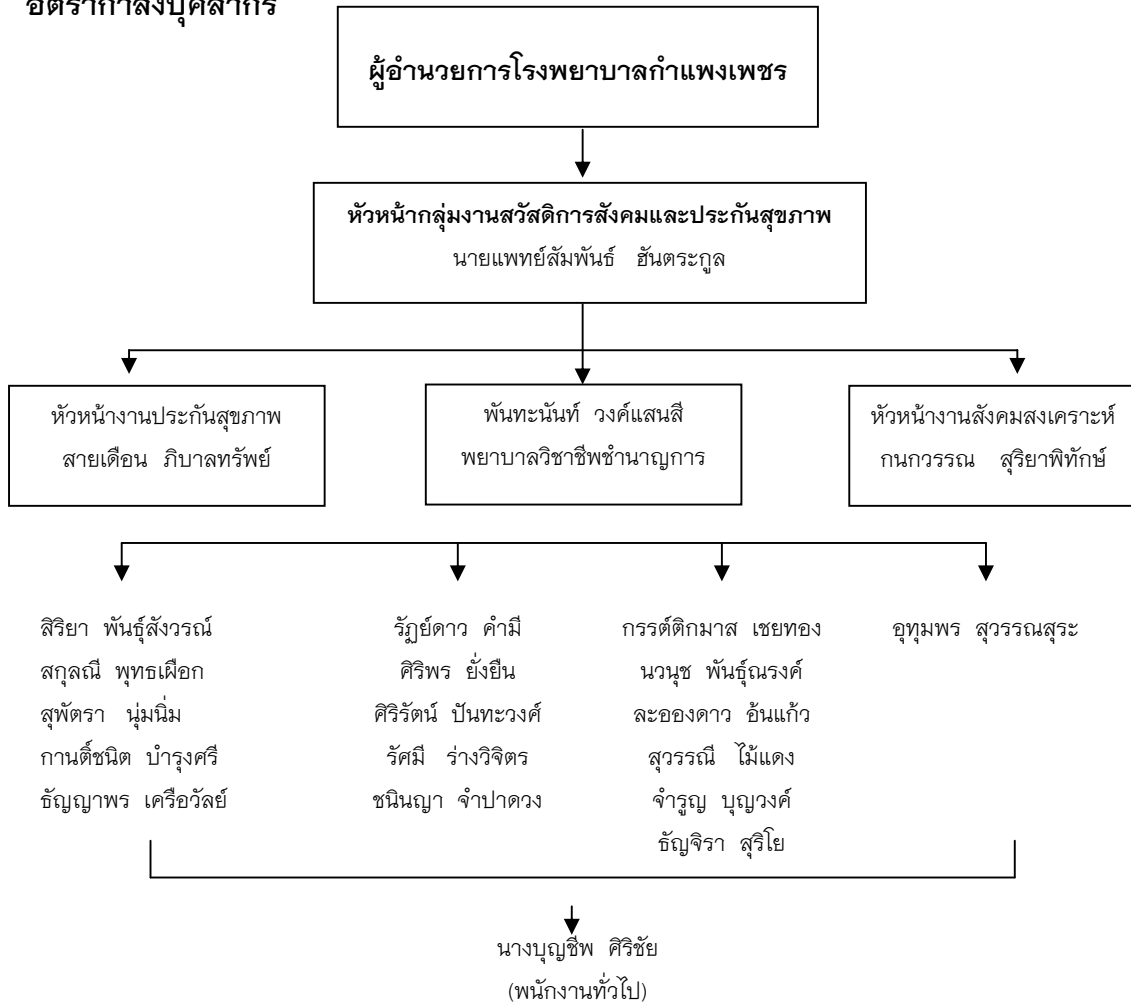
- การเขียนสคริปต์ /story board
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอเพื่อประชาสัมพันธ์
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอทางการแพทย์
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอการประชุม
- ผลิตและตัดต่อวิดีโอกิจกรรมโรงพยาบาล
- ผลิตวิดีโอเพื่อการนำเสนอผลงาน
- งานบันทึกเสียง
- ผลิตและตัดต่อเสียงเพื่อประชาสัมพันธ์
- ผลิตและตัดต่อเสียงเพื่อประกอบการนำเสนอ

งานควบคุมระบบห้องประชุม

- เตรียมความพร้อมของระบบเสียงห้องประชุมถนอม เหล่ารักษ์พงษ์/ห้องอุ๋ทอง/ห้องอรุวรรณ/ห้องเจริญสุข
- ควบคุมดูแลการประชุมห้องประชุมถนอม เหล่ารักษ์พงษ์ /ห้องอุ๋ทอง/ห้องอรุวรรณ/ห้องเจริญสุข
- ประสานงานการดูแลความสะอาดและจัดโต๊ะห้องประชุม
- ดูแลและตรวจสอบความพร้อมในการใช้งานของครุภัณฑ์
- ถ่ายภาพและวิดีโอ ตลอดการประชุม
- จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ป้ายวิทยากร ป้ายก่ามะหยี่ ในแต่การประชุม
- บันทึกเสียงการประชุม

งานสวัสดิการสังคม และงานสังคมสงเคราะห์

อัตรากำลังบุคลากร



ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

รับผิดชอบงาน พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถและงานบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด ข้าราชการกรมบัญชีกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ให้บริการผู้ป่วยนอก-ใน ให้ได้รับคำแนะนำและพิทักษ์สิทธิในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วย พ.ร.บ.ประกันสังคม/พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ/บัตรทอง/ข้าราชการ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ

ผลงาน

เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 4 งาน ปีงบประมาณ 2556

1. บัตรทอง
2. ประกันสังคม
3. ข้าราชการกรมบัญชีกลาง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, รัฐวิสาหกิจ
4. พรบ.รถ

ลำดับ	สิทธิบัตร	ปีงบประมาณ 56	จำนวน ราย	ประมาณการที่ จะได้รับ	หมายเหตุ
1.	บัตรทองผู้ป่วยนอก บัตรทองผู้ป่วยใน	ต.ค.55-ก.ย.56 ต.ค.55 - ก.ย.56	34,880 31,381	15,925,476.- 334,000,000.-	ตามข้อตกลงจังหวัด Adj RW
2.	ข้าราชการกรมบัญชีกลาง /องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ผู้ป่วยใน (program CSMBS) ผู้ป่วยนอก (program CSCD)	ต.ค.55-ก.ย.56 ต.ค.55-ก.ย.56	2,540 55,038	44,485,785.- 44,962,741.-	Adj คชจ.จริง
3.	ประกันสังคม ผู้ป่วยนอก ประกันสังคมผู้ป่วยใน ได้รับจัดสรร 2 งวด	ต.ค.55 - ก.ย.56 ต.ค.55 - ก.ย.56	391 374	186,844.- 4,538,752.- 12,000,000.-	คชจ.จริง คชจ.เรียกเก็บ
4.	พรบ.รถ พ.ร.บ มอบอำนาจ	ต.ค.55 - ก.ย.56	1,322	11,621,123.-	คชจ.จริง

ผลงานเด่นปีงบประมาณปี 56

1. ตรวจสอบสิทธิถูกต้อง 99%
2. นำข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเสนอผู้บริหาร ประมาณการ รายรับของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ตามปีงบประมาณได้ โดยให้มีการ Audit chart ก่อนส่งข้อมูลอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มค่า Adj RW จากเดิม CMI RW 0.8800 เพิ่มเป็น 4 สิทธิ Adj RW 1 – 1.38
3. ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้ประกันให้ผู้ประกันตนในสถาน ประกอบการเลือก โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นสถานบริการหลักเพิ่มขึ้น
4. ได้รับรางวัล Claim Award อันดับ 1 ระดับเขต 3 พ.ศ. 2551
5. ได้รับเงิน IP UC มากที่สุดในเขต 3 ปี 56
6. Adj RW เพิ่มเป็นที่ 2 ของเขต จากต่ำสุดในเขต

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 2557

1. ลงทะเบียนให้ครอบคลุมทุกสิทธิ เริ่มต้นจากห้องเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเป็นจุดแรก
2. ตรวจสอบสิทธิครบถ้วน 100 %
3. ลงรหัสถูกต้องจากห้องเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

อันดับ	ปัญหาอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1.	ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถ มีประกันภัยไม่ครอบคลุม มีประกัน ประมาณ 50% ทำให้ โรงพยาบาลสูญเสียรายได้	<ul style="list-style-type: none"> - เปิดกองทุนทดแทน ให้ คปภ. โฉ่เบี้ยคืน 20% - ประสานงาน คปภ. รณรงค์ เข้มงวดให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ รถยนต์ ทำประกันภัยให้ครอบคลุม
2.	แรงงานต่างด้าว หนีเข้าเมือง ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ เป็นภาระโรงพยาบาล ต้องอนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล	- ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้มงวดผลักดันออกนอกประเทศ
3.	CMI.Adj ลดลงจากตัวชี้วัดของเขต รพท. อยู่ประมาณ 1.4 – 1.5 โรงพยาบาล กำแพงเพชร ปัจจุบัน = CMI. 1.38	<ul style="list-style-type: none"> - นำข้อมูลเสนอผู้บริหารทราบเพื่อปรับปรุงการสรุป Chart การ Audit chart การ Coder ไม่ over under coding การวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่ทำ Adj RW ลดลง

งานสังคมสงเคราะห์

รายงานผลการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (ปี 2556)

รายการ	ผู้ป่วนอก		ผู้ป่วนใน		รวม (ราย)	
	ใหม่	เก่า	ใหม่	เก่า	ใหม่	เก่า
ประเภทผู้ป่วน	1,087	4,169	262	252	1,349	4,421
รวม (ราย)	5,256		514		5,770	
รายการ	จำนวน		รวม (ราย)			
ผู้ป่วนในเขต	2,929		5,770			
ผู้ป่วนนอกเขต	1,835					
ผู้ป่วนต่างจังหวัด	1,006					

ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วนอก / ใน ที่ขอความอนุเคราะห์

รายการ	ผู้ป่วนอก			ผู้ป่วนใน		
	ค่ารักษา	ชำระ	อนุเคราะห์	ค่ารักษา	ชำระ	อนุเคราะห์
บัตรทอง	1,107,544	134,606	972,938	232,036	101,427	130,609
พรบ.	56,910	8,848	48,062	338,493	174,722	163,771
ประกันสังคม	159,336	11,949	147,387	143,620	38,000	105,620
ชำระเงิน	90,513	20,807	69,706	1,202,909	426,545	776,364
ต่างด้าว	244,364	51,207	193,157	528,191	48,157	480,034
ติดสิทธิ์	770	0	770	0	0	0
ข้าราชการ						
ติดสิทธิ์	1,787	0	1,787	39,008	14,292	24,716
ประกันสังคม						
รวม (บาท)	1,661,224	227,417	1,433,807	2,484,257	803,143	1,681,114

ประเภทปัญหาของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย 1 ราย มีมากกว่า 1 ปัญหา)

ประเภทปัญหา	จำนวน (ครั้ง)
ปัญหาเศรษฐกิจ	5,520
ปัญหาการดูแล	153
ปัญหาอารมณ์และจิตใจ	84
ปัญหาครอบครัว	24
ปัญหากฎหมาย	477
ปัญหาวัฒนธรรมและความเชื่อ	0
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและญาติในการรักษาพยาบาล	33
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย	27
ปัญหาการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล	5,432
ปัญหาสังคม	1
รวม	11,751 (ครั้ง)

ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายทางสังคม

ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายทางสังคม	จำนวน (ราย)
ประชาชนทั่วไป	6
ประสบภัยจากรถ	200
อุบัติเหตุจากการทำงาน	6
ทำแท้งผิดกฎหมาย	0
ติดเชื้อเอดส์/โรคเอดส์	105
ถูกข่มขืน	56
ถูกทารุณกรรม	18
พิการ	64
สุขภาพจิต	219
ติดสารเสพติด	7
ผู้ป่วยทั่วไป	5,089
รวม	5,770

การบริการและกิจกรรม

การบริการและกิจกรรม	จำนวน (ครั้ง)
การตรวจวินิจฉัย	5,759
การบำบัดทางสังคม	
- ให้คำแนะนำ	5,729
- ให้บริการปรึกษา	275
- การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ	92
- ติดต่อประสานงาน	68
- ส่งกลับภูมิลำเนา	8
- ติดต่อ/ผู้ป่วย/ญาติ/นายจ้าง/คู่กรณี	39
- อื่น ๆ (ระบุ)เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย.....	48
การเฝ้าระวังปัญหาทางสังคม	101
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	-
การจัดการทรัพยากรทางสังคม	
- จัดหาแหล่งกายอุปกรณ์	-
- จัดหาแหล่งเงินทุน	1
- จัดหาอาชีพที่เหมาะสม	-
- จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคบริจาค	1
การจัดสวัสดิการสาธารณสุข	
- สงเคราะห์คำปรึกษา	5,269
- แนะนำ/พิจารณาการใช้สิทธิ	5,440
- ส่งต่อทำสิทธิบัตร	-
สังคมสงเคราะห์ชุมชน	
- เยี่ยมบ้าน	52
รวม (ครั้ง)	22,882 (ครั้ง)

กลุ่มการบริการสังคม

กลุ่มการบริการสังคม	จำนวน (ราย)
ภาวะฉุกเฉิน/วิกฤต	
- บริการพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง	74
- บริการในเหตุการณ์ฉุกเฉิน	-
เฝ้าระวังปัญหาสังคมในโรงพยาบาล	
- เด็กแรกเกิด - 12 ปี	5
- หญิงตั้งครรภ์และกลุ่มมารดา	4
- ผู้ป่วยทั่วไป	39
ผู้ด้อยโอกาส	
- กลุ่มเด็ก	56
- กลุ่มผู้สูงอายุ	120
- กลุ่มผู้พิการ + ทำบัตรผู้พิการ	64
- กลุ่มผู้ยากไร้	1
- กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง	247
ผู้มีปัญหาทางสังคม	
- ผู้มีปัญหาครอบครัว	14
- ผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ	4,757
- ผู้ติดเชื่อเอดส์/ผู้ป่วยเอดส์	105
- หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	8
- ผู้ถูกทอดทิ้ง	-
- ผู้ประสบอันตรายอันเนื่องมาการทำงาน	6
กลุ่มเป้าหมายพิเศษ	
- ผู้มีปัญหาดิตสารเสพติด	-
- แรงงานต่างชาติ	270
รวม	5,770

กลุ่มงานอายุรกรรม

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

กลุ่มงานอายุรกรรม ให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษา และสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย อายุรกรรม แบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ของการบริการ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนและผู้ใช้บริการพึงพอใจ มีการทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยและผู้รับผลงาน พร้อมกับกระตุ้น ส่งเสริมให้บุคลากรในกลุ่มงานมีการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพสูงสุดในการให้บริการ โดยให้การ ดูแล รักษาในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรม อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง มีจำนวนประชากร 182,168 คน อำเภอโกสุมพินคร มีจำนวนประชากร 28,216 คน และอำเภอเทศบาลเมือง มีจำนวนประชากร 29,613 คน รับผิดชอบประชากรทั้งหมด 239,997 คน อำเภอใกล้เคียงและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ในเครือข่าย จำนวน 11 โรงพยาบาล, รพ.สต. 16 แห่ง ผู้รับบริการที่มี ปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษา จะส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลในเครือข่ายคือ รพ. สวรรค์ประชารักษ์, รพ.พุทธชินราช, รพ.มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ หรือ รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ นอกจากนี้ยังเป็นที่พักพิงให้กับทีมพัฒนาคุณภาพด้านอายุรกรรม

ความต้องการของผู้รับบริการส่วนใหญ่ ได้แก่ การหายจากโรคภัยไข้เจ็บและความทุกข์ ทรมาน ความปลอดภัย การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย ความเสี่ยง ที่จะเกิดขึ้นรวมถึงทางเลือกในการรักษา การดูแลเอาใจใส่และความเป็นมิตรของผู้ให้บริการ การได้รับความเคารพในสิทธิความเป็นมนุษย์ ความสะดวกสบาย ความสะอาดของสถานที่ ความต้องการของผู้รับผลงานภายในที่สำคัญ ได้แก่ การประสานงานที่ดี การส่งต่อข้อมูลข่าวสาร ของผู้ป่วยที่ถูกต้องครบถ้วน การทำงานเป็นทีม ทุกคน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม มีการเรียนรู้ ส่งเสริมกัน และมีการพัฒนางานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง รวมถึงการเชื่อมโยงระหว่าง กลุ่มงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล

ผู้ให้บริการประกอบด้วย อายุรแพทย์ 6 คน จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 103 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทีมพัฒนาคุณภาพอายุรกรรม ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก, แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน, แผนกอายุรกรรมหญิง, แผนกอายุรกรรม ชาย, แผนก ICU อายุรกรรม, แผนกผู้ป่วยกึ่งวิกฤต, แผนก ICU รวม, แผนกผู้ป่วยพิเศษ, แผนก ผู้ป่วยสงสัยอาพาธ, แผนกไตเทียม, พยาบาลจิตเวชและนักจิตเวช, พยาบาลเวชกรรมสังคม, เภสัชกร, โภชนากร, และนักวิทยาศาสตร์ฟื้นฟู เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (ที่ ICU MED 10 เครื่อง, ที่ ICU รวม 8 เครื่อง, ที่กึ่ง วิกฤต 14 เครื่อง, หัวदनก 2 เครื่อง), เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมแรงดัน (Bird) ทั้งหมด

อยู่ที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์ หมุนเวียนใช้ทั้ง รพ., Infusion pump (ที่ ICU MED 7 เครื่อง, กิ่งวิภค 13 เครื่อง, ที่ ICU รวม 4 เครื่องอายุรกรรมชายและหญิง 3 เครื่อง/หน่วย และที่ ศูนย์เครื่องมือแพทย์), Syringe pump 2 เครื่อง (ที่ ICU MED 1 เครื่อง, ที่ ICU รวม 1 เครื่อง), monitor EKG (ที่ ICU MED 10 เครื่อง, กิ่งวิภค 19 เครื่อง, ที่ ICU รวม 8 เครื่อง), Central monitor (ที่ ICU MED 2 เครื่อง, ที่ ICU รวม 1 เครื่อง, ที่ กิ่งวิภค รวม 2 เครื่อง), Defibrillator (ที่ ICU MED 2 เครื่อง, ที่ กิ่งวิภค 2 เครื่อง, ที่ ICU รวม 1 เครื่อง, MED หญิง 1 เครื่อง, MED ชาย 1 เครื่อง), เครื่องตรวจ EKG (ที่ ICU MED 2 เครื่อง, ที่ กิ่งวิภค 1 เครื่อง, ที่ ICU รวม 1 เครื่อง, MED หญิง 1 เครื่อง, MED ชาย 1 เครื่อง)

- เครื่องมือ – อุปกรณ์พิเศษ
 - 1) ศูนย์โรคหัวใจ Echocardiogram, exercise stress test
 - 2) ศูนย์ CT scan
 - 3) Hemodialysis 7 เครื่อง
 - 4) CAPD unit
- ข้อจำกัดผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหัวใจ อายุรกรรมระบบประสาท โรคมะเร็ง โรคเลือด

ผลงาน / กิจกรรม / (บริหาร/บริการ/วิชาการ)

5 อันดับโรคที่พบบ่อย ผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม

ปี	จำนวน (ราย)	5 อันดับโรคที่พบบ่อย	
		โรค	จำนวน
2554	142,292	1. Essential (primary) hypertension	25,210
		2. NIDM without complications	16,062
		3. Dyspepsia	4,990
		4. Dizziness and giddiness	3,858
		5. Acute pharyngitis	3,342
2555	140,334	1. Essential HT	28,789
		2. NIDM without complication	15,651
		3. Dyspepsia	5,457
		4. Acute pharyngitis and URI	4,711
		5. HIV disease	3,380
2556	132,482	1. . Essential HT	22,365
		2. . NIDM without complication	12,985
		3. . Dyspepsia	5,546
		4. . Dizziness and giddiness	3,846
		5. . HIV disease	3,725

5 อันดับโรคที่พบบ่อยและโรคที่เป็นสาเหตุการตาย ผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม

ปี	จำนวน (ราย)	5 อันดับโรคที่พบบ่อย		5 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุการตาย	
		โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
2554	13,478	1. Cerebral infarction	631	1. Pneumonia, unspecified	198
		2. Diarrhea and gastroenteritis	488	2. Septicemia	77
		3. Chronic Obstructive pulmonary disease	445	3. Cerebral infarction	64
		4. Unstable angina	413	4. Tuberculosis of lung	39
		5. Congestive heart failure	412	5. Lobar pneumonia unspecified	38
2555	13,270	1. Cerebral infarction	739	1. Pneumonia, unspecified	133
		2. Congestive heart failure	591	2. Septicaemia	57
		3. Gastrointestinal Haemorrhage	421	3. Cerebral infarction	56
		4. Bacterial pneumonia	381	4. Bacterial pneumonia	54
		5. COPD with acute exacerbation	365	5. Acute MI/ Essential HT/ Cirrhosis of Liver โรคละ 44 เท่ากัน	44
2556	12,915	1. Cerebral infarction	769	1. Pneumonia, unspecified	150
		2. Gastrointestinal Haemorrhage	517	2. Cerebral infarction	75
		3. Congestive heart failure	475	3. Bacterial pneumonia	52
		4. Acute tubule-interstitial nephritis	406	4. Chronic Obstructive pulmonary disease	51
		5. Bacterial pneumonia	392	5. Tuberculosis of lung	44

อัตราครองเตียง อัตราตายผู้ป่วยอายุรกรรม จำแนกตามหน่วยงาน

หน่วยงาน	จำนวนเตียง	จำนวนวันนอน	อัตราครองเตียง	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	อัตราตาย (คิดเฉพาะอายุรกรรม)	อัตราตาย (คิดทุกแผนก)
อายุรกรรมชาย	36	19,644	149.50	450	3.40	1.08
อายุรกรรมหญิง	36	17,546	133.53	350	2.64	0.84
กึ่งวิกฤตอายุรกรรม	21	7,375	96.22	350	2.64	0.84
ICU med	12	4,553	103.95	171	1.29	0.41
พิเศษ	60	9,939	45.38	37	0.28	0.09
ICU รวม (med)	8	144	4.93	15	0.11	0.04
สงฆ์อาพาธ	27	891	9.04	27	0.20	0.06
รวมทั้งแผนกอายุรกรรม				1,380	10.43	3.30

โรคที่สำคัญ แบ่งเป็น

1. โรคที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) ได้แก่ AMI, TB, Sepsis, Stroke, Respiratory Failure
2. โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (High Cost) ได้แก่ CKD, Stroke, Sepsis
3. โรคที่ พบบ่อย (High Frequency) ได้แก่ Hypertension, Diabetes mellitus, Pneumonia
4. โรคที่เป็นปัญหา ต้องใช้หลากหลายวิธีในการแก้ไข (High Variation) ได้แก่ DM, HT, ACS, CKD, Sepsis, COPD, Stroke

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ผู้รับบริการปลอดภัย และพึงพอใจ จัดการความเสี่ยงตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ มีการ Empower เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ความท้าทายที่สำคัญ คือ การสร้างวัฒนธรรมที่พึงประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้ และวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การวินิจฉัย รักษาโรคผิดพลาด ความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล ความผิดพลาดของการสื่อสารข้อมูลกับทีมสุขภาพและการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียน อารมณ์ของบุคลากรจากปริมาณงานที่มาก ความไม่พึงพอใจและข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การตรวจรับการรักษา ที่ OPD	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง, ประเมินอาการและเตรียมความพร้อมก่อนรับ การตรวจ - ผู้ป่วยได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษา ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางคลินิกได้รับการดูแลให้ปลอดภัย - ผู้ป่วยได้รับข้อมูล และเข้าใจ ความเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเองได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อุบัติการณ์ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติขณะ อยู่ในความดูแล $\leq 1\%$ 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยนอกภายใน 7 วันโดยแพทย์ไม่ได้นัด $\leq 1\%$ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเข้าใจความเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเองได้มากกว่า ร้อยละ 70 %
การดูแลรักษาที่ ER	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการช่วยเหลืออย่าง ทันที - ผู้ป่วยได้รับการตรวจ วินิจฉัยและรักษาถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ - ผู้ป่วยได้รับการปรึกษาเฉพาะสาขาคตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยฉุกเฉินมากทุกรายได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตภายใน 4 นาที 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่การกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชม. $< 1\%$ 3. ไม่มีอุบัติการณ์เกิดข้อบกพร่องขณะส่งต่อผู้ป่วย
การดูแลที่หอผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและรายงานแพทย์แรกรับ - ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับรู้ข้อมูลที่จำเป็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน / CPG / Guideline เฉพาะโรคอย่างเหมาะสม มีแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยในโรคที่สำคัญและมีความเสี่ยงสูง - ผู้ป่วยได้รับการทบทวนการดูแลขณะรักษาพยาบาลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวัง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยทุกราย ที่ผลการเฝ้าระวังซึ่งบ่งอาการที่ต้องรายงานแพทย์ทุกรายได้รับการรายงานใน 5 นาทีและทันทีในภาวะวิกฤต 2. ผู้ป่วย AMI ทุกรายได้รับการประเมินและรักษาด้วยยากลุ่ม Thrombolytic Agents อย่างรวดเร็วและเหมาะสม 3. อัตราความผิดพลาดในการให้ยา/เลือด/สารน้ำ ที่มีความเสี่ยงน้อยกว่าระดับ 5 ไม่นเกิน 20 ครั้ง : 1000 วันนอนรวม 4. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ / ผู้ป่วยเสียชีวิต ที่เกิดจากการดูแลรักษา 5. ไม่พบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดคน 6. ไม่พบการบาดเจ็บจากการผูกยึดหรือใช้อุปกรณ์เครื่องมือการแพทย์

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
		7. ไม่พบการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย 8. อัตราการเกิดแผลกดทับไม่เกิน 0.5 ครั้ง : 1000 วันนอนรวม 9. อัตราการเกิด pneumonia ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่เกิน 3 ครั้ง : 1000 วันที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจ 10. อัตราการเกิด UTI ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไม่เกิน 2 ครั้ง : 1000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ
การดูแลต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย DM, Stroke, CAPD, TB / ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่าย - ผู้ป่วยเรื้อรัง / มีปัญหาในการดูแล / จิตสังคม ได้รับการส่งต่อข้อมูลถึงชุมชน - ผู้ป่วย / ญาติมีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ตามสภาพการเจ็บป่วย - ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาได้รับการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในเครือข่ายอย่างปลอดภัย 	1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ มากกว่าร้อยละ 80 2. ผู้ป่วยกลับมารับรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน 3. ร้อยละของผู้ป่วย DM, Stroke ผ่านเกณฑ์การวางแผนจำหน่าย 4. ร้อยละของผู้ป่วย DM, Stroke สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 5. อัตราการ Admit ด้วย HT 6. อัตราการ Re-Admit ด้วย HT และหรือโรคแทรกซ้อนของ HT ภายใน 28 วัน 7. อัตราการ Admit ด้วย DM 8. อัตราการ Re-Admit ด้วย DM และหรือภาวะแทรกซ้อนของ DM ภายใน 28 วันลดลง (สาเหตุจาก hyperglycemia, hypoglycemia, DKA, HHNK, Necrotizing, สาเหตุอื่นๆ) 9. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
กิจกรรมชุมชน - การบันทึกเวช ระเบียน การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	เวชระเบียน มีความสมบูรณ์ สามารถใช้เป็นข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการ เป็นข้อมูลในการตรวจสอบด้านกฎหมาย ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพิทักษ์สิทธิตามประกาศสิทธิผู้ป่วย	1. ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานมากกว่าร้อยละ 80 2. ไม่มีข้อร้องเรียนจากข้อผิดพลาดการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 3. ไม่มีข้อร้องเรียนจากข้อผิดพลาดการ

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>บริการปรึกษา (Counseling) การตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการ</p>	<p>ผู้มารับบริการปรึกษาทุกรายได้รับคำ ปรึกษาตามกระบวนการให้คำปรึกษา ตามมาตรฐาน</p>	<p>ให้คำปรึกษา 4. ความพึงพอใจของผู้รับผลงานภายในที่ เกี่ยวข้อง มากกว่า ร้อยละ 80</p>
<p>- การให้ข้อมูล พฤติกรรมบริการ การพัฒนาศักยภาพ บุคลากร - การอบรม/ ประชุม/ สัมมนา - การวิจัย - องค์กรแห่งการ เรียนรู้ - การส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างความสุข ในการทำงานของ บุคลากร</p>	<p>- ผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้อง ได้รับ ผลงาน ที่ดีและมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ - ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ - บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญ และ ทักษะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน - บุคลากรได้รับการศึกษา/อบรมและ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ มากกว่า ร้อยละ 80 6. ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรม บริการ 7. ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพ (Core competency, Managerial competency, technical competency)</p>
<p>กิจกรรมคู่ขนาน - การป้องกันการติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการ ทำงาน - การออกกำลังกาย - การทำงานเป็นทีม - การพิจารณาความดี ความชอบ - ส่งเสริมการมี กิจกรรม สันทนาการ ร่วมกัน</p>	<p>- บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันการติดเชื้อ/การบาดเจ็บอย่าง ถูกต้องและเป็นวัฒนธรรมของหน่วยงาน - บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ เต็มใจ ในการทำงานร่วมกันเป็นทีมให้เกิด ประสิทธิภาพ และมีความสุข</p>	<p>8. อุบัติการณ์การติดเชื้อ/บาดเจ็บจาก การทำงานของบุคลากร 9. ร้อยละของคะแนนบรรยากาศ--- องค์กรของหน่วยงาน 10. ร้อยละของบุคลากรที่มีปัญหาด้าน สุขภาพ 11. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการพิจารณา ความดีความชอบ</p>

แผนการพัฒนาคัดกรอง

○ กระบวนการดูแลผู้ป่วย

1. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มี ภาวะ STEMI โดยใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast track STEMI)
 - พัฒนาแนวทาง Fast track STEMI ในแผนกผู้ป่วยในเมื่อพบผู้ป่วยเกิดภาวะ STEMI ในโรงพยาบาล
 - พัฒนาลูกข่ายที่มีความพร้อม และศักยภาพเพียงพอให้สามารถเปิดหลอดเลือดโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งได้
2. พัฒนาการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างครบวงจร
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด
 - ด้านการค้นหา (Early detection)
 1. ประสานงานกับ สสอ. , รพสต. และเชื่อมไปถึง อบต. เพื่อจัดโครงการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
 2. ให้ความรู้เรื่องวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง
 - ด้านการดูแลรักษา
 1. ประสานงานกับ สสจ. และ สสอ. เพื่อปรับเปลี่ยนบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบ (จากนักวิชาการสาธารณสุข เป็นพยาบาลวิชาชีพ)
 2. ขอความร่วมมือกับพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. ดูแลเรื่องทำ DOT และการเยี่ยมบ้าน
 3. ปรับระบบการดูแลผู้ป่วย HIV-TB co-infection
 - ด้านการควบคุมโรค
 1. ประสานงานกับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อเชื่อมโยงไปถึงสถานประกอบการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค, การคัดกรองวัณโรค, การควบคุมการแพร่ระบาดเชื้อในที่ทำงาน
 2. ลดการ Walk in ของผู้ป่วยวัณโรคเข้ามาในโรงพยาบาล
4. พัฒนาระบบบริการบำบัดทดแทนไต
5. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร
6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคผิวหนัง
7. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ATC
8. เปิดคลินิกผู้ป่วย หอบหืด และจัดระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

- การจัดการด้านความรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทีม
 - เป็นศูนย์ฝึกแพทย์ร่วมกับ ม. นเรศวร
 - จัด MM Conference ในทีมงาน กลุ่มงานอายุรกรรม เดือนละ 1 ครั้ง
 - จัดประชุมวิชาการประจำปี
- ดำเนินงานต่อเนื่องเกี่ยวกับ Patient Safety Goals (SIMPLE)
 - E1: Response to the Deteriorating Patient
 - E2: Sepsis
 - Acute Renal Failure in Common drugs Uses (colistin)

กลุ่มงานศัลยกรรม

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งด้านรักษาระดับทุติยภูมิระดับสูงอย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพโรคทางศัลยกรรมได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นระบบ บริหารความเสี่ยงทางคลินิกและส่งเสริมสุขภาพ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการฝึกอบรมและค้นคว้าวิจัยทางคลินิกเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปทุกกลุ่มอายุ ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอใกล้เคียง และผู้ป่วย ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการดูแลทุกระดับของการบริการ (ปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) ตามศักยภาพของโรงพยาบาล โดยจุดมุ่งหมายในการให้บริการสุขภาพ อย่างมีมาตรฐาน ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ตลอดจนการบริหารจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและพร้อมให้บริการ โดยให้บริการ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนก ผู้ป่วยใน ดังนี้

- แผนกผู้ป่วยนอก ให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 6.30 -16.00 น. ประกอบด้วย
 1. คลินิกศัลยกรรมทั่วไป : ให้บริการทุกวันทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉิน
 2. คลินิกมะเร็ง : ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.30 น. โดยมีระบบการให้ยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและลำไส้ใหญ่ทวารหนัก รวมถึงมะเร็งระบบทางเดินอาหารอื่นๆ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ตลอดจนมีระบบการส่งต่อผู้ป่วย รพ.ศูนย์มะเร็งลพบุรี และรพ.ศูนย์มะเร็งลำปางซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์มะเร็งอื่นๆ ตามความเหมาะสม
 3. คลินิกแผลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน : ให้บริการทุกวัน ศุกร์ เวลา 13.30 -15.00 น. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นแผลเบาหวานที่เท้าและแผลเรื้อรังจากเบาหวาน
 4. คลินิกแผล : โดยมีพยาบาล APN สาขา Wound and Ostomy care เป็นผู้รับผิดชอบดูแลและพัฒนารูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- แผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย หอผู้ป่วยผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ไอซียูรวม ห้องผ่าตัด วิสัญญี พิเศษศัลยกรรม

อัตราครองเตียงแยกตามหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2556

หน่วยงาน	พยาบาล	จำนวนเตียง	จำนวนวันนอน	อัตราการครองเตียงเฉลี่ย
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	17	35	8,711	68.19 %
ศัลยกรรมชาย	17	35	10,926	85.53%
ศัลยกรรมหญิง	16	35	10,199	79.83%
ICU ศัลยกรรม	17	8	2,807	96.13%
พิเศษ ศัลยกรรม	10	10	4,942	70%

โรคที่พบบ่อย ปี 2553- 2556

แผนกผู้ป่วยนอก

2554	2555	2556
HI (1293 ราย)	HI (1472 ราย)	BPH (1262 ราย)
Breast mass (1141 ราย)	BPH (1310 ราย)	HI (1167 ราย)
BPH (1139 ราย)	Breast malignant neoplasm (1277 ราย)	Breast malignant neoplasm (932 ราย)
Open wound of lower leg (887)	Open wound of lower leg (1119 ราย)	Breast mass (930 ราย)
Dyspepsia (826 ราย)	Breast mass (984 ราย)	Open wound of lower leg (872 ราย)

แผนกผู้ป่วยใน

2554	2555	2556
Acute appendicitis (850 ราย)	Acute appendicitis (834 ราย)	HI (624 ราย)
HI (754 ราย)	HI (815 ราย)	Acute appendicitis (593 ราย)
NF (256 ราย)	NF (273 ราย)	NF (229 ราย)
Hernia (242 ราย)	Cellulitis (232 ราย)	Hernia (223 ราย)
Diarrhea and Gastroenteritis (232 ราย)	Hernia (230 ราย)	Gastroenteritis and Colitis (174 ราย)

โรคที่เป็นสาเหตุการตาย ปี 2553-2556

2553	2554	2555	2556
1.HI (54 ราย)	HI (63 ราย)	HI (64 ราย)	HI (63 ราย)
2.NF (10 ราย)	NF (38 ราย)	NF (41 ราย)	NF (21 ราย)
3.Pneumonia (9 ราย)	Septicemia (12 ราย)	Pneumonia (15 ราย)	Septicemia (8 ราย)
4.Decubitus ulcer (7 ราย)	Cirrhosis of Liver (8 ราย)	Septicemia (9 ราย)	IHD carcinoma (8 ราย)
5.Esophagus Malignant (5 ราย)	Liver cell carcinoma (7 ราย)	Breast malignant neoplasm (6 ราย)	Pneumonia (7 ราย)

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

จำแนกเป็นผู้รับผลงานภายนอกและผู้รับผลงานภายใน ดังนี้

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้รับผลงานภายนอก ผู้ป่วยและญาติ	<ul style="list-style-type: none"> -ได้รับบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยได้มาตรฐาน พฤติกรรมบริการดี -ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตนให้ เหมาะสมกับโรครวมทั้งกฎระเบียบที่จำเป็น -อาการทุเลาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ ปราศจากภาวะแทรกซ้อนจากการ รักษาพยาบาล -มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล -มีเตียงรองรับผู้ป่วยวิกฤตอย่างเพียงพอ -ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถมี ประสิทธิภาพ
ผู้รับผลงานภายใน เจ้าหน้าที่และ หน่วยงาน	<ul style="list-style-type: none"> -ได้รับการติดต่อประสานงานที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก ชับซ้อนสามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ความเหมาะสม -มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี พฤติกรรมบริการที่ดี -ได้รับข้อมูลและรายงานที่ถูกต้อง เหมาะสม

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. ความรวดเร็ว ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
2. ผู้รับบริการได้รับการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องถึงชุมชน สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน
3. ผู้รับบริการพึงพอใจ
4. บุคลากรได้รับการเพิ่มพูนทักษะ มีความสามารถให้บริการทางด้านศัลยกรรมได้ตลอดเวลา

ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. เป็นศูนย์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และท่อน้ำดีครบวงจร
2. เป็นศูนย์การรักษาการบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่สามารถรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ในทุกระบบ อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ลดอัตราการตายของ NF , และภาวะ Sepsis และผู้ป่วย trauma (Multiple injury, Head injury)
4. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวใน การสร้างเสริมสุขภาพ
5. หลีกเลี่ยงและลดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการรักษาด้านการผ่าตัดผิด (ผิดวินิจฉัย ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง) ผ่าตัดล่าช้า

ปริมาณงานและทรัพยากร

ปริมาณงาน

ข้อมูล	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
ผู้ป่วยนอก	51,416 (140 ราย/วัน)	48,023 (132 ราย/วัน)	45,752 (125 ราย/วัน)
ผู้ป่วยใน	7,749 (21 ราย/วัน)	7,880 (22 ราย/วัน)	7,436 (20 ราย/วัน)
ผ่าตัดใหญ่	3,703	3,672	3,386
ผ่าตัดเล็ก	336	324	162
ส่องกล้อง	1,436	2,105	2,135

กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
1.การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยนอกได้รับการตรวจรักษา อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ -มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกพิเศษผู้ป่วยโรคมะเร็ง คลินิกดูแลผู้ป่วยเบาหวาน -ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางคลินิกได้รับการดูแลอย่างทันที่ ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต -มีระบบ Fast Traact Trauma ที่ห้องฉุกเฉิน -มีระบบนัดผ่าตัด online/ consult onlineจากรพช. -ผู้ป่วย HI ได้รับการดูแลเบื้องต้นตาม CPG HI ได้รับการดูแลเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ก่อนทำการส่งต่ออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสู่รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า -มี CPG ดูแลผู้ป่วย UGIH ที่มีภาวะวิกฤตได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันที่ 	<ul style="list-style-type: none"> -ความพึงพอใจแผนกผู้ป่วยนอก $\geq 75\%$ (ปี 56=80%) -ระยะเวลาการรอตรวจ OPD <1.30 (ปี 56 =1.12 ชม.) - ผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง -ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการผ่าตัดภายใน 30 นาที (ปี 56=29.4 นาที) - ลด visit OPD ลง 5% (จำนวนผู้ป่วยนัดมาผ่าตัด online จากรพช. (เริ่ม ก.ย.55) = 638 ราย จำนวนผู้ป่วย consult online ทาง LINE =156 ราย -อัตราการรอดชีวิตผู้ป่วย HI ใน รพ. > 90% (อยู่ระหว่างดำเนินการ) -อัตราการรอดชีวิตผู้ป่วย HI ที่ส่งต่อ > 50% (อยู่ระหว่างดำเนินการ) -ระยะเวลาในการส่ง CT brain ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ไม่เกิน 1 hr. $\geq 60\%$ (ปี 56 =62.70%) - ร้อยละผู้ป่วย HIได้รับการส่งต่อภายในระยะเวลา 60 นาที (ปี 56=57 นาที) -อัตราการตายผู้ป่วย UGIH ลดลง 15% (ปี 2556 = 2.97%)

กระบวนการ สำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	<p>-มีระบบดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าหอผู้ป่วย ICU และเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย ICU</p> <p>-มี inform consent ครบถ้วนและมี inform consent แบบเฉพาะในโรคและหัตถการที่อ่อนไหว เช่น MRM, LC ,open cholecystectomy ,repair Hernia การแทง cavafix , Tracheostomy</p>	<p>-มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้า ICU อย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ได้เข้า ICU = 100% (ปี 56= 100%)</p> <p>- จำนวน Inform consent โรคที่พบบ่อยและมีโอกาสเกิดปัญหาหลังผ่าตัด (ปี 56 = 6 procedure)</p>
<p>2.การประเมินผู้ป่วย</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการประเมินแรกรับครบถ้วน เป็นองค์รวม มีการใช้ CPG ในรายโรคที่สำคัญ เช่น CA breast, CA colon, HI, UGIH</p> <p>-มีการประเมินซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น HI, Sepsis โดยใช้ CPG และ EWS มา บันทึก ติดตามและรายงานเมื่อพบปัญหา</p> <p>-มี Guideline investigate ที่เหมาะสมตาม CPG เช่น HI, CA breast, CA Colon การเตรียมผ่าตัด LC, MRM</p> <p>-มีการปรับปรุงระบบการส่งตรวจชิ้นเนื้อ โดยใช้ระบบ IT ให้สามารถรู้ผลได้ใน 1 สัปดาห์ และใช้ระบบ LEAN การส่ง</p> <p>-มีการวินิจฉัยโรคครอบคลุมปัญหาของ ผู้ป่วย มีการบันทึกในระยะเวลาที่กำหนด และมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงการ วินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม</p> <p>-มีการทบทวนการวินิจฉัย การรักษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>CA breast ได้รับการประเมินครบถ้วนแรกรับ = 100% (ปี 56 = 98%)</p> <p>-ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินซ้ำ 100%</p> <p>-Investigation ครบ 100% (ปี 56 =89%)</p> <p>-ระยะเวลาในการรอผลชิ้นเนื้อ < 14 วัน (ปี 56=12 วัน)</p> <p>- ความครบถ้วนเวชระเบียน 100% (ปี 56 =81%)</p> <p>- มีการตรวจรักษาโดยนักศึกษาแพทย์/แพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์เฉพาะด้าน และการทำ case conference อย่างสม่ำเสมอ</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	<p>-ผู้ป่วย HI, Blunt trauma Acute appendicitis ได้รับการวินิจฉัยรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว</p>	<p>-ผู้ป่วย HI / blunt trauma มีแนวทางการรักษาและส่งต่อชัดเจน HI มีอัตราการเสียชีวิตจาก miss diagnosis /delay diagnosis /delay treatment < 5% (ปี 56=1.48%) Appendicitis < 30% (ปี 56 =0.27)</p> <p>-อัตราการผ่าตัด negative appendicitis < 3% (ปี 56=1.22)</p> <p>-อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด < 2% (ปี 56 = 0.5 %)</p>
<p>3.การวางแผนดูแลผู้ป่วยและการจำหน่าย</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการดูแลวางแผนอย่างเหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพเน้นผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วม ตัดสินใจในแผนการรักษา โดยเฉพาะ กลุ่มโรค CA , HI</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่ายโดยผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อจำหน่าย โดยเฉพาะกลุ่มโรค CA, HI</p>	<p>-ผู้ป่วย CA breast ได้รับการดูแลวางแผนจากทีมสหสาขาและญาติมีส่วนร่วม100% (ปี 56 =98%)</p> <p>-ผู้ป่วยมารักษาเคมีบำบัดได้รับการดูแลวางแผนจากทีมสหสาขาและญาติมีส่วนร่วม 100% (ปี 56=86%)</p> <p>-ผู้ป่วย CA breast / Head injury ได้รับการวางแผนจำหน่าย =100% (CA breast ปี 56= 98%, HI ปี 56= 70%)</p>
<p>4.การดูแลผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันห่วงที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและแผน การดูแลที่จัดไว้ เช่น HI, CA breast, UGIH, Appendicitis, NF with sepsis</p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้</p>	<p>-อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วย Multiple trauma fast track ภายหลังผ่าตัด 24 ชม. > 50% (ปี 56= 66.7%)</p> <p>-อัตราการติดเชื้อแผลสะอาด ≤ 0.05 (ปี 56 = 0%)</p> <p>- Preventable death = 0% (ปี 56 =1.84%)</p>

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
	<p>-จัดให้มีกระบวนการทบทวนข้อผิดพลาด และหาทางแก้ไขโดยมีทีม AE (adverse event) conference MM conference trauma audit ทุกเดือน</p> <p>-กระบวนการผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นปลอดภัย มีการใช้ surgical safety checklist (เริ่มใช้ ส.ค.54) เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด ป้องกันความผิดพลาดจาก การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง</p> <p>-มีการประเมินภาวะทุโภชนาการและให้โภชนบำบัดได้เพียงพอและปลอดภัยเมื่อมีข้อบ่งชี้</p> <p>-ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยเข้าถึง palliative care & pain management</p> <p>-มีการประเมินและบำบัดความเจ็บปวด โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p>	<p>-AE (>level7) (1:100) < 1% (ปี 56 = 0.15)</p> <p>-Surgical safety check list 91% Near miss ปี 55 = 88% ปี 56 = 48%</p> <p>- ความครบถ้วน ของผู้ป่วย ที่ได้รับการตรวจเยี่ยม เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด(Elective case) $\geq 85\%$</p> <p>- อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง = 0</p> <p>-ร้อยละผู้ป่วยได้รับการประเมินโภชนาการ > 50% (ปี 56=83%)</p> <p>-ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะทุโภชนาการได้รับการแก้ไข >50% (ปี 56 =73%)</p> <p>-จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ palliative care ระบบเครือข่าย (กำลังดำเนินการ)</p> <p>-ร้อยละความพึงพอใจด้านความปวดหลังผ่าตัด >80% (=83%)</p>
5.การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง	-ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูล มีส่วนร่วม ในการกำหนดการดูแลตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้	-อัตราการ re-admission ภายใน 28 วัน < 1% (=0.43%)
6.การดูแลต่อเนื่อง	-มีการประสานงานกับหน่วยบริการในพื้นที่ทีมเยี่ยมบ้าน/ ทีมเชิงรุกแผนกผู้ป่วยนอก	-ผู้ป่วยที่จำเป็นได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 100% (CA breast, HI, Palliative care case)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)

ตัวชี้วัดหลัก	เป้าหมาย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
อัตราการตายรวม	< 3%	2.8	3.11	3.05
อัตราการตายจาก severe sepsis, septic shock	< 40%	33	40.42	39.25
อัตราการรอดชีวิตจาก trauma fast track	>50%	55	68.75	66.7
อัตราการตายจาก preventable death	0	0.39	0.26	1.84
อัตราการตายจาก potential preventable death (รายชื่อ)	< 7%	3.1	6.83	0.34
อัตราการเกิดความเสียหายระดับ 7 ขึ้นไป	1%	N/A	0.33	0.15
อัตราการ re admit ภายใน 28 วัน	< 1%	N/A	0.57	0.89
อัตราการผ่าตัด negative appendectomy	< 3%	0.1	1.01	1.87
อัตราการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน	<1%	0.5	0.57	0.6
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดประเภท 1	0.05%	0.69	0	0
อัตราการเกิดแผลกดทับ	< 0.4:1000	1.19	1.24	0.26
VAP	3:1000	5.59	0.75	0.44
CAUTI	2:1000	1.42	1.26	0.30
อัตราการ re-intubation	5:1000	N/A	N/A	0.86
Pain management ร้อยละความพึงพอใจหลังผ่าตัด	>80%	N/A	70	83
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโภชนบำบัด	>50%	N/A	66.02	80.64
ร้อยละ incarcerated hernia (ผ่าตัดในเวลาที่กำหนด)	100	100	84.48	100
ร้อยละ PUP (ผ่าตัดในเวลาที่กำหนด)	100	80	67.17	100
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>80%	85	84.5	84%

หมายเหตุ : N/A หมายถึง ไม่มีข้อมูลหรืออยู่ในระหว่างดำเนินการ

แผนการพัฒนาคู่เนื่อง

- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Head injury ระบบเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย NF with sepsis septic shock ระบบเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
- การพัฒนาการดูแลส่งต่อผู้ป่วย CA breast ครบวงจร
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย UGIH
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Appendicitis/ Incarcerated hernia/ PUP
- การพัฒนาการดูแล Palliative care

กลุ่มงานคัลยกรรมกระดูก

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย (Purpose)

เป็นที่มสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการด้านคัลยกรรมกระดูกและข้อ อย่างมีคุณภาพด้วยความประทับใจ ปลอดภัยจากความพิการและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้

โครงสร้างของหน่วยงาน

● นายแพทย์มานะ	ฮันตระกูล	หัวหน้ากลุ่มงานคัลยกรรมกระดูก
● นายแพทย์เจษฎา	พวงสายใจ	ประธาน PCT
● นางรัตติการณ	เจริญพันธุ์	เลขา PCT
● นายแพทย์ฉนิต	ตันอารีย์	คณะกรรมการ
● นายแพทย์กั้วาน	พงษ์ดาราร	คณะกรรมการ
● นายแพทย์ณัฐพล	นवलสาส์	คณะกรรมการ
● นางสาวสุทธิรัตน์	บานชื่น	คณะกรรมการ
● นางสาวประนอมศรี	มันเขตวิทย์	คณะกรรมการ
● นางรชยา	สัจญะชัย	คณะกรรมการ
● นางสาวฐิติกานต์	หงส์บุญ	คณะกรรมการ
● นางสาวนันทิดา	ช่างลอย	คณะกรรมการ
● นางปัฐยาวัต	อุปการะ	คณะกรรมการ
● นางสาวเบญจมาศ	เมฆประสาน	คณะกรรมการ
● นางสาวคณิตสรณ์	มหีมา	คณะกรรมการ
● นายณัฐพล	บ่อน้อย	คณะกรรมการ
● นายสมัชชา	บุญเพ็ง	คณะกรรมการ
● นางสาวนฤมล	มหาชัย	คณะกรรมการ
● นางสาวศิริทิพย์	เพชรบูรณ์	คณะกรรมการ
● นายอดิศักดิ์	กำแพงจินดา	คณะกรรมการ
● นางสมาพร	ทาบ่านฮ่อง	คณะกรรมการ
● นางหทัยทิพย์	โชติรัตน์	คณะกรรมการ
● นางทิพาพร	ศุภอรรถพานิช	คณะกรรมการ
● นางรัชณี	วังทอง	คณะกรรมการ
● นางสาวเดือน	ภิบาลทรัพย์	คณะกรรมการ

หน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบ

งานบริหาร

1. เป็นที่ปรึกษาให้ทีมพัฒนาคุณภาพด้าน ออร์โธปิดิกส์
2. ส่งเสริมให้บุคลากรในกลุ่มงานทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. กระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรในกลุ่มงานทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. ร่วมมือประสานงานกับ PCT กลุ่มงานต่างๆภายในโรงพยาบาล
5. ปรับปรุงแก้ไขปัญหาต่างๆในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นอย่างทันที่
6. จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
7. ประเมินและติดตามผลงานทุก 1 - 2 เดือน ในที่ประชุมคณะกรรมการ PCT - ORTHO

งานบริการ

1. ให้บริการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ของการบริการตามมาตรฐาน วิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและผู้รับบริการพึงพอใจ
2. พัฒนาบุคลากรในกลุ่มงานให้มีศักยภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางออร์โธปิดิกส์
3. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรค (Care map) โดยแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์
4. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรคร่วมกันแบบสหวิชาชีพ
5. วางแผนทบทวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย
6. เผื่อระวังการแก้ไขปัญหาลักษณะติดขัด ภาวะแทรกซ้อนและภาวะเสี่ยงของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

งานวิชาการ

1. จัดประชุมและฟังวิชาการของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์เดือนละ 1 ครั้งโดยแพทย์ใช้ทุนร่วมกับแพทย์พี่เลี้ยง
2. สนับสนุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากรในกลุ่มงานให้มีความรู้ทักษะเพิ่มสูงขึ้น โดยจัดเข้ารับฟังการอบรมความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล
3. เผยแพร่ความรู้ด้านออร์โธปิดิกส์แก่บุคลากรในกลุ่มงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการในโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไป
4. สนับสนุนการวิจัยในกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2556

1. การผ่าตัดใส่เหล็กที่สำคัญ ดังนี้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 62 ราย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 79 ราย ผ่าตัดกระดูกสันหลังยึดตรึงเหล็ก จำนวน 31 ราย ผ่าตัดตามเหล็กกระดูกต้นขา จำนวน 145 ราย ผ่าตัดตามเหล็กกระดูกต้นขา จำนวน 145 ราย
2. การจัดทำ Clinical Tracer TKA, THA เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
3. การจัดทำ Clinical Tracer highlight เรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยแบบคัดกรอง ISOA และให้การรักษาดูแลตามแนวทาง
4. การจัดทำ Clinical Tracer highlight เรื่อง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (THA/Hemiarthroplasty) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนผ่าตัด และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องภายหลังผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา
5. มีระบบการจัดการการเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยใช้ยาระงับปวดทางไขสันหลัง มีการให้ Spinal morphine โดยทีมวิสัญญีแพทย์

การพัฒนางานคุณภาพ

1. การทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/การเฝ้าระวังความเสี่ยงตามระบบ
3. พัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
4. ทำกิจกรรม Dead case conference หา RCA และแนวทางแก้ไข
5. ทำ Surgical Safety Checklist ในผู้ป่วยผ่าตัดทุกราย
6. ร่วมประชุมวิชาการประจำเดือน เดือนละ 1 ครั้ง
7. ร่วมประชุมวิชาการ PCT 4 ครั้ง/ปี

กิจกรรม / ผลงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. การฟื้นฟูความรู้ทางด้าน Orthopedics เดือนละ 1 ครั้งโดยแพทย์ใช้ทุนร่วมกับแพทย์พี่เลี้ยง
2. การทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
3. การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4 ครั้ง / ปี
4. พัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
5. ส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ ให้สอดคล้องกับ PCT
6. การเฝ้าระวังความเสี่ยงตามระบบ
7. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม แบบสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

หน้าที่และเป้าหมาย : กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ให้การตรวจดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กอย่างมีคุณภาพ พร้อมสร้างเสริมสุขภาพให้ปลอดภัย ห่างจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและ ผู้รับบริการพึงพอใจ

ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด : ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางด้านอายุรกรรมทุกระยะของการเจ็บป่วยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 15 ปี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ การบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และ ผู้รับบริการพึงพอใจ มีการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย และมีความสุขในการปฏิบัติงาน มีการบริหารจัดการด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน รวมทั้งมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความสวยงาม และปลอดภัย ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในจำนวน 2 หอผู้ป่วย ดังนี้

แผนกผู้ป่วยนอก : ให้บริการตรวจและให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กทางอายุรกรรมทุกวัน และให้บริการตรวจพิเศษในผู้ป่วยเด็กวัณโรค โครงการผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ HIV โรคหอบหืด

แผนกผู้ป่วยใน : มีหอผู้ป่วย 2 หอ โดย

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ให้บริการผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยทั่วไปและภาวะวิกฤต อายุ 1 – 15 ปี จำนวนเตียงผู้ป่วย 30 เตียง ห้องพิเศษ 4 ห้อง ห้องแยกโรค 1 ห้อง

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ให้บริการผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยทั่วไปและภาวะวิกฤต อายุแรกเกิดถึง 1 ปี จำนวนเตียงผู้ป่วย 30 เตียง โดยเด็กเจ็บป่วยทั่วไปจำนวนเตียงผู้ป่วย 19 เตียง ห้องพิเศษ 2ห้อง ห้องแยกโรค 1 ห้อง และเด็กเจ็บป่วยภาวะวิกฤต (NICU) จำนวนเตียง 8เตียง (ห้อง Rooming In สำหรับมารดาของทารกใน NICU 1 ห้อง)

นอกจากนี้กุมารแพทย์ยังให้การบริการตรวจทารกในหอผู้ป่วยหลังคลอดทุกวัน

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ):

รายการ	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2
กุมารแพทย์ (คน)	5	
พยาบาลวิชาชีพ(คน)	15	19
พยาบาลเทคนิค(คน)	0	1
PN (คน)	1	0
NA (คน)	2	4
คณงาน (คน)	2	2
อัตรากำลัง(เข้า:ป่วย:ตึก)	5 : 3 : 3	6 : 5 : 5
		เด็กป่วยทั่วไป NICU

ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ :

กลุ่มผู้ป่วย	ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ
ทารกแรกเกิดถึง 1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> - การรอดชีวิตของทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม - จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ PPHN เพิ่มมากขึ้น - การลดภาวะแทรกซ้อน Pneumothorax, ROP, BPD
เด็กอายุ 1 – 15 ปี	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต (PICU) - การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยใช้เลือดออกในระดับจังหวัด - พัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้แก่ Clinical tracer highlight DHF, Clinical tracer highlight Thalassemia - เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหา Near miss และการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก - ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ได้แก่ การชักซ้ำจากไข้สูงในผู้ป่วย Febrile convulsion และความคลาดเคลื่อนทางยา - การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - เพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

รายการ	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2	
		ทั่วไป	
จำนวนผู้ป่วย(คนต่อวัน)	27.55	16.5	8.5
Productivity ปี 2554	116.79 %	NA	NA
Productivity ปี 2555	115.57 %	108.36 %	125.00 %
Productivity ปี 2556	109.93 %	107.96 %	100.50 %
ข้อมูล 5 อันดับโรคแรก (ปี 2556)	<ol style="list-style-type: none"> 1. AGE 2. Thalassemia 3. Pneumonia 4. DF,DHF 5. Bronchitis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neonatal Jaundice 2. LBW 3. AGE 4. Sepsis 5. SGA 	
ข้อมูล 5 อันดับการตาย (ปี 2556)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drowning 2. Severe Pneumonia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Other LBW 2. Sepsis of newborn (unspecified) 3. ELBW 4. Septicemia 5. Pneumonia (unspecified) 	

รายการ	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2
เครื่องมือที่สำคัญ	1. Ventilator 4 เครื่อง 2. Pulse oximeter 3 เครื่อง 3. Infusion pump 6 เครื่อง 4. Syringe pump 4 เครื่อง 5. Defibrillation 1 เครื่อง 6. เครื่องวัดสัญญาณชีพแบบ Digital 6 เครื่อง 7. เครื่องพ่นยา 5 เครื่อง	1. Ventilator 10 เครื่อง 2. Incubator 10 เครื่อง 3. Pulse oximeter & BP 10 เครื่อง 4. Infusion pump 14 เครื่อง 5. Syringe pump 10 เครื่อง 6. Syringe driver 12 เครื่อง 7. Photo 8 เครื่อง 8. Bilibanket 1 เครื่อง 9. efibrillation 1 เครื่อง 10. EKG 1 เครื่อง 11. เครื่องปั่น Hct 1 เครื่อง 12. MCB 1 เครื่อง

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและรับบริการ	1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว และพึงพอใจ 2. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการดูแลช่วยเหลือทันที่และมีความปลอดภัย 3. การรับ/ย้ายผู้ป่วย ทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต เข้ารับการรักษา NICU ตามเกณฑ์ที่กำหนด	- อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด - อัตราการเสียชีวิต - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค ได้แก่ ใช้เลือดออก
2. การประเมินผู้ป่วย ก. การประเมินผู้ป่วย ข. การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย ค. การวินิจฉัยโรค	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินและตรวจเพื่อวินิจฉัยได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากการประเมิน/การวินิจฉัยผู้ป่วยผิดพลาด/ล่าช้า 2. อัตราการเกิด Un-plan CPR 4. อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
	3.ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาที่สำคัญเฉพาะรายเพื่อส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง/ทีมสหสาขาวิชาชีพ 4.ปัญหาผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็ว	3.อัตราการเกิด Unpreventable Death
3. การวางแผน 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3.2 การวางแผนจำหน่าย	1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการนำหลักฐานทางวิชาการมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม 2. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่รับการรักษา ขณะรับการรักษาและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	1.อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน 2.อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น ใช้เลือดออก ทารกเกิดก่อนกำหนด 3.Unplan Refer / ICU 4.VAP, CAUTI, SSI, BSI
4. การดูแลผู้ป่วย 4.1 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2.ผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปลอดภัยจาก Clinical risk 3.การจัดทำ Risk profile ทั้งเชิงรับและเชิงรุก 4.มีวัฒนธรรมความปลอดภัยตามนโยบาย Patient safety goal	1.อัตราการเกิด VAP, CAUTI 2.อัตราการเกิด phlebitis ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 3.อัตราความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา 4.อัตราการเกิดแผลกดทับ 5.การแพ้ยาซ้ำ 6.อัตราการเกิดET – tube เลื่อนหลุด 7.อัตราการเกิด Unpreventable death 8.อัตราของผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลภายใน 4 นาที 9.ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p>5. การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p>	<p>1. มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยการดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น</p> <p>2. มีกระบวนการขอความยินยอมก่อนที่จะให้บริการหรือกระทำหัตถการสำคัญ</p> <p>3. การประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและพัฒนาการของ ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อใช้ในการวางแผนรักษา และให้ข้อมูลเพื่อสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>4. มีการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆกรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม</p> <p>5. มีการประเมิน สานิต และให้แสดงย้อนกลับในกรณีผู้ป่วย/ญาติต้องการทักษะในการดูแล/การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน</p>	<p>1. อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน</p> <p>2. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <p>3. ข้อร้องเรียน</p>
<p>6. การดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>1. ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม</p> <p>2. มีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทีม home health care ของรพ. และทีมเยี่ยมบ้าน</p> <p>3. มีระบบนัดมาพบแพทย์ที่ OPD ทั้ง ติดตามการหายจากโรค และการนัดคลินิกพิเศษในโรคเรื้อรัง</p> <p>4. ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษา ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า</p>	<p>1. อัตราการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง/ซับซ้อน</p> <p>2. อัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง/ซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน</p> <p>3. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะส่งต่อ</p>

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556
อัตราการตายของทารกอายุ 0-28 วัน	5:1000	6.2	4.97	5.58
อัตราการตายของทารกอายุ 0-1 ปี	3 %	1.52 %	1.71 %	1.6 %
อัตราการตายของเด็กอายุ 1-15 ปี	3 %	0.27%	0.19 %	0.18%
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	80 %	82.76 %	82.43 %	82.83 %
อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน	1 %	1 %	0.72 %	0.54%
อัตราการติดเชื้อ VAP	3:1000	4	0.77	2.33
อัตราการเกิด ROP	7 %	3.07 %	4.19 %	10.2%
อัตราการเกิด BPD	13%	4.46 %	0	13.6%
อัตราการตายผู้ป่วยใช้เลือดออก	0.13 %	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะช็อคของผู้ป่วยใช้เลือดออก	3.8 %	3.44 %	0	0
อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยใช้เลือดออก	7.7 %	0	3 %	0
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย	8 %	0.17 %	0.18 %	0
อุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ 7 ขึ้นไปได้รับการทำ RCA และได้ผลตอบกลับ	100 %	ไม่พบอุบัติการณ์	ไม่พบอุบัติการณ์	ไม่พบอุบัติการณ์
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	85%	NA	86.95%	87.35 %
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา	5:1000	1.19	0.8	5.8
อัตราการเกิด Pneumothorax ในผู้ป่วย Refer	5 %	12.5 %	0	0
อัตราการเกิด Hypothermia ในผู้ป่วย Refer	25 %	20.19 %	16.3 %	12.9 %

หมายเหตุ ปี 2556 เริ่มตั้งแต่ ต.ค.55- ก.ย.56

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

- การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคใช้เลือดออก (CQI)
- การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (CQI)
- การพัฒนาระบบการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตจาก รพช.
- การพัฒนาระบบการบริหารยา
- การทบทวน Dead case conference

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การทำวิจัยเรื่อง ผลของการดูแลทารกที่มีภาวะ Preterm with RDS ที่เข้ารับการรักษาใน NICU โรงพยาบาลกำแพงเพชร
- Clinical tracer เรื่อง
 1. การป้องกัน Pneumothorax
 2. ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อคที่ได้รับการส่งต่อ
 3. ผู้ป่วยชาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กสูงในเลือด
 4. ลดอุบัติการณ์การชักจากไข้สูง ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล
- เพิ่มการค้นหาเหตุการณ์ใกล้เกิดความเสียหาย (Near miss)
- เพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินผู้ป่วยโดยจัดทำ Early warning sign เฉพาะโรคที่มีความเสี่ยงสูง
- พัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย
- ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดใน NICU
- พัฒนาเครือข่ายระบบบริการดูแลทารกแรกเกิดภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- การป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด และระบบทางเดินอาหาร
- พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนจากการบริหารยา
- พัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์
- Clinical tracer highlight เรื่อง Febrile convulsion
- EWS เฉพาะโรค ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ Croup Asthma DSS Appendicitis
- Discharge planning in chronic disease
- Pain management in children
- พัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น โครงการรถเข็นนิทาน

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีการจัดระบบบริการแก่ผู้รับบริการด้านสูติ-นรีเวชกรรม อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยให้บริการ

1. บริการงานฝากครรภ์ปกติและฝากครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง
2. บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์รายใหม่
3. บริการตรวจทางสูติ-นรีเวชกรรมและรับส่งต่อผู้ป่วยทาง สูติ-นรีเวชจาก รพ สต. รพช. รวมทั้งบริการตรวจพิเศษทางสูติ-นรีเวช
4. บริการให้คำปรึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส/ก่อนมีบุตร
5. บริการงานวางแผนครอบครัว
6. บริการให้คำปรึกษาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์
7. บริการการคลอด
8. บริการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดถึงชุมชน

เป้าหมายของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

สร้างเสริมสุขภาพ ตรวจรักษาผู้ป่วยด้านสูติ-นรีเวชกรรม ตามมาตรฐาน วิชาชีพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม มี 3 หน่วยงาน คือ OPD สูติ-นรีเวชกรรม/ANC, ห้องคลอด และหลังคลอด มีสูติ แพทย์ 5 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน ซึ่ง 3 หน่วยงานมีบุคลากรดังนี้

- OPD สูติ-นรีเวชกรรม/ANC มีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว 1 คน พนักงานทำความสะอาด1คน ปี 2556 มีการบริการหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 12,962 ครั้ง ฝากครรภ์รายใหม่จำนวน 1,806 ราย ฝากครรภ์รายเก่า11,156ครั้ง ช่วยแพทย์เจาะน้ำคร่ำตรวจ Down's Syndrome 64 ราย ผลผิดปกติ 3 ราย /ตรวจ Thalassemia = 15 รายผลผิดปกติ 7 ราย ฉีดวัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยักระหว่างตั้งครรภ์ 810 ครั้ง คัดกรองผู้รับบริการสูติ-นรีเวช 6,236ครั้งปรึกษาหญิงวัยทอง 313 ครั้ง ตรวจมะเร็งปากมดลูก 1,255 ราย บริการเด็กและสตรีที่ถูกรักษาทารุณกรรม 23 ครั้ง วางแผนครอบครัว 1,406 ครั้ง ตรวจหลังคลอด 282 ราย แก้ไขภาวะมีบุตรยาก 23 ราย

- **ห้องคลอด** มีพยาบาลวิชาชีพ 15 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน พนักงานทำความสะอาด 2 คน ปี 2556 ผู้มารับบริการทั้งหมด 7,704 ราย เป็นมารดาที่ไม่ได้คลอด 562 ราย และมารดาคลอดทั้งหมด 3,562 ราย ทารก แรกเกิด 3,580 ราย

- **หลังคลอดและคลินิกนมแม่** มีพยาบาลวิชาชีพ 13 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน พนักงาน ทำความสะอาด 2 คน ปี 2556 มีผู้รับบริการทั้งหมด 6,397 ราย ซึ่งแยกเป็นหญิงคลอดทางช่องคลอด 1,716 ราย หญิงคลอดโดยผ่าคลอดทางหน้าท้อง 1,213 ราย ทารกแรกเกิด (NB) 2,321 ราย และผู้ป่วยนรีเวชกรรม 1,147 ราย

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ / ความท้าทาย มุ่งเน้น ให้มารดาและทารกปลอดภัยและพ้นภาวะวิกฤติและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้กระบวนการการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน การดูแลรักษาด้วยสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งการ ใช้อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่เหมาะสม พร้อมมีการพัฒนาศักยภาพกระบวนการดูแลและมาตรฐานการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดสำคัญในภาพรวม

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ที่ตั้งไว้	ปีงบประมาณ		
		2554	2555	2556
อัตราการตาย	≤ 18:ทารกเกิด มีชีพเสวนคน	29.83 (1/3,355) -DHF with Sepsis	80.32 (3/3,735) -Pneumonia - Amniotic fluid Emboli -Bacterial meningitis	27.93 (1/3,580) - Amniotic fluid Embolism
ร้อยละการตกเลือด หลังคลอด	<0.5%	0.54	0.53	0.42
ร้อยละการเกิด Eclampsia หลังAdmit	0%	0	2.32	0
อัตราทารกตายปริกำเนิด	≤ 9:พันการ เกิด ทั้งหมด	4.16	4.26	5.56
อัตรา Birth Asphyxia	≤ 30:พัน การเกิดมีชีพ	25.20	22.75	20.67
ร้อยละการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ	0%	0.60	0	0.07
ร้อยละการติดเชื้อที่แผล ผ่าตัดหน้าท้อง	<1%	0.34	0.30	0.14

ตัวชี้วัด	เกณฑ์ที่ตั้งไว้	ปีงบประมาณ		
		2554	2555	2556
ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (<2500กรัม)	<7%	3.12	4.79	5.15
จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เป็นอันตรายระดับ7ขึ้นไป	0 ราย	3 ราย	1 ราย	2 ราย
ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	<1%	1.59	0.35	0.51
ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	>75%	77.64	75.81	83.86
ร้อยละของคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย	≥ 50%	NA	NA	46.67

ผลงานที่ภาคภูมิใจ

1. ผ่านการประเมินรพ.สายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองปี 2551
2. มีการประชุมวิชาการที่สม่ำเสมอ เกี่ยวกับการดูแลมารดาที่ภาวะแทรกซ้อน ทำให้ได้ CPG และ WI ที่ทันสมัยทันเหตุการณ์
3. ปรับปรุง CPG ทารกแรกเกิดใหม่นำไปใช้ปฏิบัติทั้งจังหวัดและให้บริการเชิงรุกโดยจัดบุคลากรเข้าร่วมเป็นวิทยากรของ ACLS Advance ของโรงพยาบาล ส่งทีมวิทยากรอบรมการช่วยกู้ชีพทารกแก่โรงพยาบาลชุมชน เช่น โรงพยาบาลไทรงาม โรงพยาบาลลานกระบือ
4. การพัฒนากลุ่มงานสูติ ให้เป็นแหล่งฝึกงานของ นักศึกษาแพทย์ , นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน
5. มีระบบ Fast track ในกลุ่มโรคที่วิกฤติฉุกเฉิน
6. มีระบบการส่งต่อจาก รพช. ที่ชัดเจนรวมทั้งมีระบบปรึกษาCase ทางโทรศัพท์
7. จัดทำ Case Conference ที่สม่ำเสมอ
8. จัดเจ้าหน้าที่ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลร่วมนิเทศและประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวร่วมกับศูนย์อนามัยเขต 8 โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีระบบแพทย์ที่เลี้ยง
9. การเผยแพร่ผลงานศึกษาวิจัยในการพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก
10. มีการดำเนินงาน ANC คุณภาพ และเป็นวิทยากร ให้แก่ รพ.สต,รพช.

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

1 ระบบงานในปัจจุบัน

- มีการวางแผน/มาตรการในการจัดการ สำหรับตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ได้มีการทบทวนติดตาม และนำเสนอที่ประชุม PCT อย่างสม่ำเสมอ เช่นนำเสนอ Case ที่มีภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดเพื่อเฝ้าระวังและหาแนวทางแก้ไขต่อไป แจ้งแพทย์ที่ผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด พยาบาลที่แลผู้ป่วยรับทราบ ทำ MM Conference และ RCA ทุกCase ที่มีความเสี่ยง ระดับ 7 ขึ้นไป
- วิธีการติดตาม/กำกับให้เป็นไปตามแผนนั้น ได้ทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ตัวชี้วัดทุกเดือน ซึ่งในแต่ละตัวชี้วัดจะมีคณะทำงานดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และรายงานผลต่อทีม PCT ตามแผน ซึ่งมีผู้ช่วยเลขานุการ PCT เป็นผู้ประสานงานในแต่ละหน่วยงาน

2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. ลดอัตราการตายของมารดา-ทารก โดยเน้นการดูแล ในผู้รับบริการที่มีความเสี่ยง 6 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- 1.1 อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia
- 1.2 อัตราการตายของทารก 0-7 วัน
- 1.3 ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
- 1.4 มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น PPH,PIH และโรคร่วมทาง

อายุรกรรม

- 1.5 มารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- 1.6 มารดา Eclampsia ก่อนและหลัง Admit
- 1.7 จัดระบบติดตามโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์
- 1.8 โครงการติดตามคู่เสี่ยง Thalassemia ชนิดรุนแรง

2. ดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลสายใยรักครอบครัว โดยเน้นการบริการที่มีคุณภาพและความยั่งยืน

- 2.1 ทารกได้ดูนมแม่ใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด
- 2.2 ทารกดูนมแม่อย่างเดียวนขณะอยู่ รพ.
- 2.3 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
- 2.4 ส่งเสริมโรงเรียนพ่อ-แม่
- 2.5 ส่งเสริมและสนับสนุนจัดตั้งเครือข่ายชมรมนมแม่ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

3. การส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ

4. การส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้บริการ

5. การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด น่าอยู่และมีความสุขในการทำงาน
6. พัฒนาคูณภาพบริการในรพ.สต.เครือข่ายที่รับผิดชอบ
7. มีการส่งเสริมความรู้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขในปี 2556 ได้จัดอบรม เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ(ANCแนวใหม่) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และการซ้อมแผนสูติศาสตร์ฉุกเฉิน

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ทบทวนตัวชี้วัดทั้งหมดให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและปัญหาในกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม
 2. เน้นการลดอัตราการตายของมารดาและทารกในผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงคือ
 - 2.1 มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางสูติกรรม และ อายุรกรรม
 - 2.2 มารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 2.3 มารดาที่มีการทำแท้งผิดกฎหมาย
 3. ปรับปรุงตัวชี้วัดที่เกินเป้าหมาย และต่ำกว่าเป้าหมาย เช่น
 - 3.1 อัตราการตาย
 - 3.2 อัตราการเกิด Eclampsia หลัง Admit
 - 3.3 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
 - 3.4 อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ
 - 3.5 ร้อยละคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย
 4. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจัดตั้งเครือข่ายชมรมนมแม่/อาสาสมัครนมแม่ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และโรงพยาบาลกำแพงเพชรหลังได้เป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวในระดับทองแล้ว ได้ดำเนินงานพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพช. เพื่อให้ได้ในระดับทองต่อไป
 5. การส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้บริการเช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจมะเร็งเต้านม การส่งเสริมการทำงานอย่างมีความสุข
 6. การส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการเช่น การฝากครรภ์คุณภาพ โครงการโรงเรียนพ่อ-แม่ การดูแลผู้รับบริการต่อเนื่องที่บ้าน และการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกให้ครบ 100%
 7. การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด น่าอยู่
 8. การพัฒนาเครือข่ายบริการงานอนามัยแม่และเด็ก
 9. จัดระบบแพทย์พี่เลี้ยงประจำ รพช.เพื่อให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และสูติศาสตร์

สัญญาจร

กลุ่มงานจักษุวิทยา

อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติจริง
ข้าราชการ - แพทย์	4
- พยาบาลวิชาชีพ	4
- พยาบาลเทคนิค	1
ลูกจ้าง - เจ้าหน้าที่ตรวจเครื่องมือพิเศษ	1
- เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	2
- พนักงานทำความสะอาด	1
รวม	9

หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานตรวจผู้ป่วยนอก

- บริการตรวจรักษาโรคทางตาในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์
- บริการตรวจรักษาผู้ป่วยคลินิกรุ่งอรุณ ตั้งแต่เวลา 06.30 - 08.30 น. ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์
- บริการการผ่าตัดโรคทางตาทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (08.30 -16.00 น.)
- ประสานงานกับตึกผู้ป่วยในตา และหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้บริการการรักษา และการผ่าตัดโรคตา
- บริการให้คำปรึกษา เรื่องสุขภาพทางตาแก่ผู้ป่วยต่างแผนกและประชาชนผู้สนใจ

งานผ่าตัด

- ให้การบำบัดรักษาโรคทางตาโดยวิธีผ่าตัดและใช้เครื่องมือพิเศษในการรักษา
- ให้การตรวจวินิจฉัย, รักษา, ผ่าตัดและป้องกันแก่ผู้ป่วยโรคตาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน
- ให้บริการฉีดยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Retrobulbar block) แก่ผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัดโรคต้อกระจก รวมทั้งให้การพยาบาลและการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก
- ทำความสะอาดเครื่องมือและเครื่องใช้ในการผ่าตัดโรคตาต่าง ๆ
- จัดเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัดเล็ก เช่น Pterygium Excision เป็นต้น

งานผู้ป่วยใน

- ดูแลผู้ป่วยในแผนกจักษุวิทยา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดตา และให้การพยาบาลโรคทางตา เช่น การเช็ดตา Sterile เป็นต้น
- ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
- เป็นที่ปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วยในตา เกี่ยวกับปัญหาโรคตาต่าง ๆ รวมทั้งให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจุกเงินทางตา แนะนำอธิบายวิธีการรักษา และเทคนิคต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคตา

ผลด้านบริหาร

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

ผลงานด้านบริการ

ผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรม	หน่วย	2554	2555	2556
ผู้ป่วยนอกโรคตา	ราย	25,542	23,548	26,568
ผู้ป่วยในโรคตา	ราย	2,100	2,194	2,776
ผู้ป่วยโรคตาที่เข้ารับการผ่าตัด+หัตถการต่าง ๆ	ราย	2,786	3,109	3,779
ผู้ป่วยตาบอดทั้งสองข้าง	ราย	60	68	101
ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัด	ราย	1,724	1,808	2,363

ด้านวิชาการ

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

ผลงานเด่น ประจำปี 2556

- ให้บริการตรวจและรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน
- ให้การบริการผ่าตัดต้อกระจกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเข้าร่วมโครงการผ่าตัด ต้อกระจก ได้ตามเป้าหมายและสามารถทำการผ่าตัดได้เป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ
- ให้บริการลูกตาเทียมไฮดร็อกซีอะพาไทด์มีรูพรุนเคลือบโพลีเอทิลีนในผู้ป่วยขาดสน
- ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตาบอดจากเบาหวาน
- จัดประชุมวิชาการเรื่องการตรวจคัดกรองเบาหวานเข้าชั้นจอประสาทตา ให้กับ รพ.สต. รพ.อำเภอ เวชกรรมสังคมและ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
- อบรมวัดสายตา อสม. เพื่อสอดคล้องกับนโยบาย Service plan

การพัฒนาคุณภาพ

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

แผนงานที่จะดำเนินในปี 2557

- ปรับปรุงพื้นที่การให้บริการผู้ป่วยนอก
- จัดระบบผู้ป่วยนัด
- ใช้เลเซอร์ รักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก โรคต้อหินชนิดมุมปิด และโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา
- เพิ่มการให้บริการตรวจซ้ำ+ชั้นจอประสาทตาและจอประสาทตาด้วยเครื่อง OCT (Optic Coherence Tonography)
- สอนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกอำเภอ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการถ่ายรูปจอประสาทตาและการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อคัดกรองหาผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระดับที่ต้องพบจักษุแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
- จัดอบรมวิชาการภายในหน่วยงาน และภายในโรงพยาบาล

ด้านบริหาร

จัดระบบงานบริการในหน่วยงาน อย่างมีคุณภาพ และมีการเตรียมพร้อมด้านเครื่องมือพิเศษ

ด้านบริการ

ให้บริการตรวจ และรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน

ด้านวิชาการ

- จัดหาเอกสาร ตำรา คู่มือการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่
- จัดทำเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้โรคตาให้กับผู้ป่วยและญาติ

ตึกสงฆ์อาพาธ ตา หู คอ จมูก

อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง

ข้าราชการ	พยาบาลวิชาชีพ	11	คน
ลูกจ้างประจำ	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	คน
ลูกจ้างชั่วคราว	พยาบาลวิชาชีพ	2	คน
	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	คน
	พนักงานทั่วไป	2	คน

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

พันธกิจ ให้บริการพระภิกษุ สามเณรด้านอายุรกรรม ศัลยกรรมและผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ทุกเพศ ทุกวัย อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ให้บริการมีความสุข

นโยบาย

- สร้างเสริมทักษะการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก
- ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน
- ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

เจตจำนง

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยพระภิกษุ สามเณร ทุกประเภท รวมทั้งผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ทุกเพศ ทุกวัย ยกเว้นผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจสามารถดูแลตนเองได้ ยึดหลักประเด็นคุณภาพที่สำคัญได้แก่ ความปลอดภัย ความถูกต้อง การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร

ผลงาน / กิจกรรม / (บริหาร/บริการ/วิชาการ)

อยู่ในรูปของคณะกรรมการ ซึ่งเข้าร่วมตามทีมต่างๆ ดังนี้

1. ทีมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (N-QP)
2. ทีมบริหารทรัพยากรทางการพยาบาล (N-RP)
3. ทีมพัฒนาบุคลากร (N-HD)
4. ทีมบริหารและจัดการความเสี่ยง (N-RM)
5. ทีมป้องกันและความคุ้มครองติดเชื้อในโรงพยาบาล (N-IC)
6. คณะกรรมการองค์การพยาบาล (N-MC)
7. เข้าร่วม PCT ต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

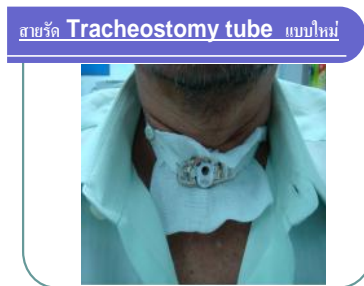
*CQI การสร้างเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว ก่อน-หลังผ่าตัดต่อกระดูกและการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ตามแนวทางปฏิบัติ (KPH-PR-EENT-001.00) โดยวิธีการให้สุขศึกษารายกลุ่มและชมวีดีโอ ในห้องสุศึกษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูกให้น้อยลง (ภาวะเลือดออกช่องหน้าม่านตา, เลนส์เลื่อน, แผลแยก ทำให้ต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลนานขึ้น) และสามารถดูแลตนเองได้ ต่อเนื่องที่บ้าน

ตัวชี้วัด ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองได้ปฏิบัติตัว ได้ถูกต้องจาก แบบประเมินความรู้ ภายหลังการจัดกิจกรรมกลุ่ม/อภิปราย อย่างน้อย 90% จากการประเมินผล ความรู้เรื่องการเสริมทักษะ การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อน - หลังผ่าตัดต่อกระดูก และการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน จากแบบสอบถามผลของการ ประเมินความรู้เฉลี่ย ปี 2556 = 91.20% ภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปี 2556

ดังนี้	HypHEMA	= 0%	(มาตรฐานน้อยกว่า 1%)
	Toxic Anterior segment Syndrome	= 0%	(มาตรฐานน้อยกว่า 1%)
	ภาวะแผลแยก	=0.2%	(มาตรฐานน้อยกว่า 1%)

ติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก = 0% (จากการวิจัยสามารถพบได้ 0.07-0.13%)

**** CQI นวัตกรรมปีตั้งแต่ ๒๕๕๔ เรื่องผลการใช้สายรัดคอสุขสบายในผู้ป่วยเจาะคอที่ on Tracheostomy tube**



****ได้รับรางวัลที่ 1 จากงานประชุมวิชาการชมรมเครื่องมือช่วยวิจัยโรงพยาบาลเขตภาคเหนือประจำปี 2555 จังหวัดกำแพงเพชร**

****นำเสนองานเด่น ที่จังหวัดชลบุรี สรุปผลการวิจัย ดังนี้**

- ป้องกันการเลื่อนหลุดของ Tracheostomy tube ได้ 100%
- อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายรัด Tracheostomy tube = 0
- มีเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเลื่อนหลุดของ Tracheostomy tube อย่างเป็นรูปธรรม ได้นำไปใช้แพร่หลายในหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- ผู้ปฏิบัติงานใช้สะดวก ประหยัดเวลา ง่ายต่อการนำไปใช้หรือเปลี่ยน
- วัสดุหาง่าย ต้นทุนต่ำ (ต้นทุน ชุดละประมาณ 8 บาท)
- ทำความสะอาดง่าย สามารถถอดซักได้ มีความยืดหยุ่น สวยงาม ไม่มีปมกดทับผู้ป่วย สุขสบายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถนำกลับไปประดิษฐ์ใช้เองต่อกลับบ้านได้
- จากการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากรในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีการใช้นวัตกรรม จำนวน 152 ราย พบว่า มีความพึงพอใจ 100%

***CQI นวัตกรรมของหน่วยงาน ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน เข็มขัดรัดสาย Gastrostomy เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของสาย ซึ่งสามารถทดลองใช้แล้วได้ผลดี และหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลสามารถติดต่อขอรับบริการมาที่ Ward สงฆ์อาพาธได้

ดีกสงฆ์อาพาธ และ PCT EENT

สบายใจเมื่อใช้เข็มขัด



การพัฒนางานคุณภาพ

สรุปกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เรื่อง	แล้วเสร็จเมื่อ	แนวทางแก้ไข/ผลลัพธ์
-5 ส.	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	-มีแผนปฏิบัติงาน ประจำวัน/สัปดาห์/เดือน %
-การสร้างเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติก่อน-หลังผ่าตัดต่อกระຈก	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	-กำหนดวันทำความสะอาด Big Cleaning Day 26 ตุลาคม 2556 จากการวิเคราะห์ คะแนนความรู้ 91.2
-อัตราการใส่ Lens ผิดคน ผิดข้าง ผิด Power	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	= 0%
-อัตราผู้ป่วย Loss F/U หลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์เทียม	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	เฉลี่ย 1.05 %
- อัตราการมองเห็นดีขึ้นหลังผ่าตัดต่อกระຈก	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	=99%
-สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ดำเนินการต่อเนื่อง	- ปี 2556 เฉลี่ย =92.73%
-ลดการสูญเสียดวงตาจากแผลที่กระຈกตา	ดำเนินการต่อเนื่อง	-ปี 2556 สูญเสียดวงตา 3.57 %
เก็บตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดThyroid ตามแนวทางปฏิบัติ KPH-WI-EENT-022.00	ดำเนินการต่อเนื่อง	ผ่าตัด 13 ราย Loss F/U = 0 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด = 0

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

CQI ต่อในเรื่องต่างๆ ดังนี้ ร่วมเก็บข้อมูลวิจัย เรื่องผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิลของแพทย์ และ

1. ดำเนินการต่อในโครงการสร้างเสริมทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อน และหลังผ่าตัด ต้อกระจก โดยให้สุขศึกษา
2. ดำเนินการต่อในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของหน่วยงาน
3. ดำเนินการต่อในการเก็บตัวชี้วัดเฉพาะของหน่วยงานเรื่องต้อกระจกเป็นอุบัติการณ์ -ภาวะHyphema -ภาวะ Uveitis -ภาวะติดเชื้อ -ภาวะแผลแยก -อัตราการมองเห็นดีขึ้นหลังผ่าตัดต้อกระจก
4. เก็บตัวชี้วัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดThyroid ตามแนวทางปฏิบัติ KPH-WI-EENT-022.00-ภาวะHematoma -Laryngeal nerve Injury - ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด
5. เก็บอัตราการ Loss F/U ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก Thyroid ร่วมกับ PCT EENT (ต่อ)
6. จัดประชุมวิชาการ ตา หู คอ จมูก ร่วมกับเวชกรรมสังคมปี 2557 โดยเฉพาะต้อกระจกเชิงรุกและแผลที่กระจกตาให้รีบมาพบจักษุแพทย์
7. ส่งเสริมการใช้นวัตกรรมเพื่อความสบาย ไม่เลื้อนหลอดง่ายของผู้ป่วย ซึ่งผู้รับบริการ พึงพอใจ ใช้ทั้งโรงพยาบาล (Gastrostomy tube และ Tracheostomy tube)
8. นวัตกรรมการจัดการ เรื่องการหยอดตาผู้ป่วยมีแผลติดเชื้อที่กระจกตา ปัญหาคือได้รับยาหยอดตาไม่ครบ (หยอดตาทุก 5 นาทีหรือทุก 1 ชั่วโมง)กล่องยาหยอดตาช่วยจำ



9. นวัตกรรม ผ้าพันคอเสริมบุคลิกสำหรับผู้ป่วยที่เจาะคอช่วยหายใจ

กลุ่มงานทันตกรรม

อัตรากำลัง

ทันตแพทย์ 10 คน, เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ผู้ช่วยทันตแพทย์) 5 คน, ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน, ช่างทันตกรรม 1 คน, คนงาน 2 คน, ผู้ช่วยทันตแพทย์ประจำตึกลิ้ม 2 คน

หน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน

กลุ่มงานทันตกรรม ให้บริการทางทันตกรรมโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และเป็นที่ยังพอใจของผู้ป่วย โดยให้การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดหรือการป้องกันโรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร การกระทำทางศัลยกรรมและการ กระทำใด ๆ ในการบำบัดบูรณะและฟื้นฟูสภาพอวัยวะในช่องปาก กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร แก่ประชาชนทั่วไปทั้งในและนอกเวลาราชการ

ผู้รับบริการต้องการ การรักษาที่มีคุณภาพ สะดวกรวดเร็วและนุ่มนวล ข้อมูลการรักษาและคำแนะนำที่ถูกต้อง การสื่อสารที่ชัดเจน พุดจาสุภาพและผู้ร่วมงานภายใน รพ. ต้องการสื่อสารที่ชัดเจน พุดจาสุภาพ การให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน การปฏิบัติตามข้อตกลงที่แต่ละหน่วยงานได้กำหนดร่วมกันไว้

ผลการปฏิบัติงาน

ด้านบริการ

ปีงบประมาณ 2556 ให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วยทั้งหมด 23,659 ราย เป็นผู้ป่วยใน 297 ราย และให้บริการผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาราชการ 4,103 ราย

ด้านวิชาการ

- เป็นหน่วยงานร่วมในการสอนนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) โดยรับนักศึกษามาทั้งหมด 4 คน ทำการเรียนการสอนตั้งแต่ 2 ก.ย. 56 - 14 ก.พ. 57
- รับทันตแพทย์จบใหม่ ปี 2556 มาดูงานและฝึกปฏิบัติงานจำนวน 7 คน ระยะเวลา 3 สัปดาห์
- รับสอนและฝึกปฏิบัติให้แก่ทันตแพทย์ในจังหวัดที่สนใจทำงานในโครงการรากเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ
- มีการรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลโกสุมพินคร มาฝึกงานในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน 2 คน

ด้านบริหาร

- มีการประชุมเพื่อพัฒนาคุณภาพของกลุ่มงานทันตกรรมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อระดมสมองในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่พบในการปฏิบัติงาน และถือว่าผลการประชุมเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป
- เปิดบริการคลินิกนอกเวลาราชการ ช่วงเย็นของทุกวันทำการ และเช้า-บ่ายของวันเสาร์-อาทิตย์ ซึ่งเป็นระบบนัดหมาย เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ป่วยข้าราชการ, ประกันสังคม และผู้ป่วยทั่วไป
- เปิดให้บริการคลินิกรุ่งอรุณ(6:30-8:30) ตามนโยบายของ รพ. ส่งผลให้ลดเวลาการรอคอย
- มีการเปลี่ยนแปลงการนัดผู้ป่วยเฉพาะของทันตแพทย์แต่ละท่าน ที่ต้องใช้เวลานานให้นัดมาช่วงบ่าย ซึ่งเดิมจะมีการนัดช่วงเช้า ซึ่งจะส่งผลให้ลดเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในช่วงเช้า
- มีการวางแผนบุคลากร โดยเฉพาะทันตแพทย์ โดยมีการเพิ่มจำนวน ทพ. OPD เพื่อเพิ่มความเร็วในการให้บริการ รวมไปถึงมีการวางแผนนัดผู้ป่วย ล่วงหน้า เพื่อไม่ให้เกิดการนัดผู้ป่วยมากเกินไป ในวันที่มีทันตแพทย์อยู่น้อย
- มีการค้นบัตรผู้ป่วยนัดล่วงหน้าทั้งในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ เพื่ออำนวยความสะดวก โดยผู้ป่วยไม่ต้องรอค้นบัตรที่ห้องบัตร ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาในการรอทำบัตร
- ได้ส่งเครื่องมือบางส่วนไปยังหน่วยจ่ายกลางของ รพ. เพื่อให้การทำให้ปราศจากเชื้อเป็นไปตามนโยบาย IC ของ รพ. และมีแผนดำเนินการส่งเครื่องมือทั้งหมดไปทำให้ปราศจากเชื้อที่หน่วยจ่ายกลาง ภายใน 3 ปีข้างหน้า
- ตอบสนองนโยบายกระทรวงในโครงการรักเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 โดยให้บริการฝังรากเทียม เพื่อรองรับฟันปลอมถอดได้ทั้งปากล่างชนิดฐานพลาสติก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว ระยะเวลาดำเนินงานปีงบประมาณ 2555- 2558
- ตอบสนองนโยบายกระทรวงโดยการเอื้ออาทรให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการช่องทางด่วนตามนโยบาย 70 ปี ไม่มีคิว นอกจากนี้ยังมีช่องทางด่วนสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี, ผู้พิการ, พระภิกษุ, ผู้มีโรคทางระบบที่จำเป็นต้องได้รับการบริการอย่างเร่งด่วน อีกด้วย
- ตอบสนองนโยบายฟันเทียมพระราชทาน ใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2550-2556
- เป็นโรงพยาบาลที่เสี่ยงในการเตรียมสถานที่ , ครุภัณฑ์ , เครื่องมือ , วัสดุอุปกรณ์ , บุคลากรให้แก่โรงพยาบาลโกสุมพินคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนเปิดใหม่

ผลงานเด่น

1. โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 ได้ให้บริการทำรากฟันเทียมแก่ผู้ป่วยไปแล้ว จำนวน 26 ราย และได้รับความพึงพอใจจากผู้มารับบริการ
2. ผู้ช่วยทันตแพทย์ได้ทำการพัฒนานวัตกรรมเครื่องสเปร์ยล้างทำความสะอาดและหล่อลื่นน้ำมันด้ามกรอฟัน ใช้ประโยชน์ในการล้างทำความสะอาดด้ามกรอฟัน และสเปร์ยน้ำมันเพื่อหล่อลื่นด้ามกรอฟันให้ทำงานได้เป็นปกติลดโอกาสในการชำรุดของด้ามกรอฟัน ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการส่งซ่อมเครื่องมือ ซึ่งผลงานนี้ได้ส่งเข้าประกวดงานนวัตกรรมของโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้รับรางวัลที่ 1 และได้รับรางวัลที่ 1 จากการประกวดงานนวัตกรรมของชมรมผู้ช่วยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
3. โครงการฟันเทียมพระราชทานใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2550-2556 เปรียบเหมือนคืนรอยยิ้มให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับความพึงพอใจจากกลุ่มเป้าหมายอย่างดีเยี่ยม

แผนการพัฒนาต่อเนื่องปี 2555 - 2556

- งานส่งเสริมป้องกันด้านทันตกรรม ปีงบประมาณ 2555 มี 3 โครงการหลัก
 1. โครงการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคด้านทันตกรรมสำหรับประชาชนในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร
 2. โครงการยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี ปี 2556
 3. โครงการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคในศูนย์การศึกษาพิเศษ
- มีแผนดำเนินการส่งเครื่องมือทั้งหมดไปทำให้ปราศจากเชื้อที่หน่วยจ่ายกลาง ภายใน 3 ปีข้างหน้า ตามนโยบาย IC ของโรงพยาบาล
- งานต่อเนื่องในโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ เนื่องโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 ระยะเวลาโครงการ 3 ปี ปีงบประมาณ 2555-2557 เป้าหมายรวมทั้งประเทศ คือ 8,400 ราย โครงการได้ขยายระยะเวลาต่อไปจนถึงปีงบประมาณ 2558
- เป็นหน่วยงานร่วมในการสอนและฝึกอบรม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข)

กลุ่มงานเภสัชกรรม

หน้าที่และเป้าหมาย

กลุ่มงานเภสัชกรรม ทำหน้าที่ บริบาลทางเภสัชกรรมแบบตั้งรับและแบบเชิงรุก แก่ผู้ป่วยนอก และ บนหอผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย รวดเร็ว และให้คำปรึกษาแนะนำ เกี่ยวกับการใช้ยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม รวมถึงจัดหาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม และเพียงพอต่อความต้องการ จัดเก็บยาได้อย่างปลอดภัย ถูกต้อง ตามหลัก วิชาการ และเตรียมยาตามมาตรฐานการผลิตเพื่อให้ได้คุณภาพ และเพียงพอต่อความต้องการ โดยเฉพาะยาที่จัดซื้อได้ยาก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา และส่งเสริมให้ เกิดความเหมาะสมในการใช้ยา รวมถึงการมีส่วนร่วมร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับยาอย่างถูกต้อง ตามแผนการรักษาและเข้าใจผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะใช้หรือหลังใช้ยา

ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

ภาระงานกับจำนวนผู้ป่วยที่มีมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปในระดับเดียวกัน คือ ปี 2555 ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,420 ครั้ง/วัน ผู้ป่วยใน 419 ราย/วัน กับอัตรากำลังบุคลากรที่มีอยู่ ได้มีการ ดำเนินการให้บริการด้านเภสัชกรรม รวมถึงการบริหารเภสัชกรรม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยรวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและเฝ้าระวังความ ปลอดภัยในการใช้ยา ในส่วนของงานบริหารเภสัชภัณฑ์ ที่ต้องเป็นหน่วยสำรองคลังเวชภัณฑ์ สำหรับ รพ.สต.ในเครือข่ายซึ่งมีจำนวนมากถึง 38 แห่ง, ศสม. 2 แห่ง, ศูนย์สาธารณสุข เทศบาล 4 แห่ง รวมหน่วยบริการระดับรอง 44 แห่ง ที่ยังคงมีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ เนื่องจาก โรงพยาบาลอยู่ระหว่างรื้ออาคารและก่อสร้างสร้างอาคารบริการผู้ป่วย และหอผู้ป่วยในเพิ่ม กำหนดแล้วเสร็จต้นปี 2558 จึงเกิดความแออัดในการจัดการคลังยา และห้องจ่ายยาที่ จำเป็นต้องให้บริการผู้ป่วยอย่างจำกัด นอกจากนี้ยังมีการผลิตยาตามมาตรฐานการผลิตที่ดี และเน้นการผลิตยาบางรายการที่ไม่มีจำหน่าย, ยาเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ได้ ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพียงพอต่อความต้องการใช้ภายในโรงพยาบาล และยังสนับสนุนยา ดังกล่าวแก่โรงพยาบาลชุมชนที่มีการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- ปรับปรุงระบบการทำงาน เพื่อให้ระยะเวลารอรับยาเฉลี่ยผู้ป่วยนอกทั้งช่วงเวลา รีบเร่ง และโดยเฉลี่ยทั้งวันเป็นไปอย่างเหมาะสมกับศักยภาพ
- นำข้อมูลการทำงานมาพัฒนาแก้ไข เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา
- วางระบบเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- งานเคมีบำบัด

- พัฒนาระบบจัดการด้านยา,ระบบเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ME/ADE), ระบบส่งเสริมความเหมาะสมและความปลอดภัยในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย, ระบบ Medication reconcile

ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในงานบริบาลเภสัชกรรมทั้งเรื่องความทันต่อเวลา และความถูกต้องของข้อมูล เป็นเรื่องที่ทำทนาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์และมีความปลอดภัยในการใช้ยาได้สูงสุด

ปี 2550 มีปริมาณ ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก 234,864 ใบ ใบสั่งยาผู้ป่วยใน 183,005 ใบ

ปี 2551 มีปริมาณ ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก 236,065 ใบ ใบสั่งยาผู้ป่วยใน 182,634 ใบ

ปี 2552 มีปริมาณ ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก 239,801 ใบ ใบสั่งยาผู้ป่วยใน 185,720 ใบ

ปี 2553 มีปริมาณ ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก 242,074 ใบ ใบสั่งยาผู้ป่วยใน 187,167 ใบ

ปี 2554 มีปริมาณ ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก 237,975 ใบ ใบสั่งยาผู้ป่วยใน 190,465 ใบ

ปี 2555 มีปริมาณ ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก 238,133 ใบ ใบสั่งยาผู้ป่วยใน 193,706 ใบ

ปี 2556 มีปริมาณ ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก 236,499 ใบ ใบสั่งยาผู้ป่วยใน 276,334 ใบ

สนับสนุนยา/เวชภัณฑ์ ให้หน่วยงานย่อยใน รพ. 60 หน่วย, รพช.ในจังหวัด 11 แห่ง, รพ.สต.ในเขต อ.เมือง/อ.โกสุมพิ /ศสม. /ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลในเครือข่าย 44 แห่ง ความเสี่ยงที่สำคัญ ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก(ครั้งต่อพันใบสั่งยา) เฉลี่ย

ปี 2550 = 0.05

ปี 2554 = 0.15

ปี 2551 = 0.08

ปี 2555 = 0.18

ปี 2552 = 0.08

ปี 2556 = 0.10

ปี 2553 = 0.04

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ผู้ป่วยใน(ครั้งต่อพันวันนอน) เฉลี่ย

ปี 2550 = 4.15

ปี 2554 = 1.89

ปี 2551 = 2.81

ปี 2555 = 4.10

ปี 2552 = 2.60

ปี 2556 = 4.95

ปี 2553 = 4.95

ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซ้ำ

ปี 2550 = 1 ราย

ปี 2554 = 5 ราย

ปี 2551 = 3 ราย

ปี 2555 = 5 ราย

ปี 2552 = 4 ราย

ปี 2556 = 7 ราย

ปี 2553 = 7 ราย

ปริมาณและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

กลุ่มงานเภสัชกรรม แบ่งหน้าที่รับผิดชอบเป็น 5 ส่วน คือ งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก, งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน, งานเภสัชกรรมการผลิต, งานบริการเภสัชภัณฑ์ และงานเภสัชสารสนเทศ มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 71 คน แบ่งเป็น เภสัชกร 26 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 18 คน ลูกจ้างประจำ 11 คน ลูกจ้างชั่วคราว 16 คน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ ได้แก่ ตู้เย็นเก็บวัคซีนในระบบลูกโซ่ความเย็น, คอมพิวเตอร์, เครื่องนับเม็ดยาอัตโนมัติ, เครื่องกลั่นน้ำ, เครื่องกรองน้ำ, เครื่องนึ่งไอน้ำ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
งานบริการจ่ายยา - จัด - จ่ายยาแก่ผู้ป่วยนอก - จัด - จ่ายยาแก่ผู้ป่วยใน - เผื่อระวังติดตามและประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา - Medication Reconcile	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง - วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาจากความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา - วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาจากความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยาก่อนจ่ายยา - วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาจากความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา - มีการเผื่อระวังป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำ - มีการเผื่อระวังผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคเรื้อรังเมื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโดยระบบ Medication reconcile	- อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ● ผู้ป่วยนอก (ต่อพันใบสั่งยา) ● ผู้ป่วยใน (ต่อพันวันนอน) - จำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADRs) ซ้ำ - จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เกิดการแพ้ยาซ้ำ ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ G ขึ้นไป - ร้อยละของผู้ป่วยในที่เป็นโรคเรื้อรังและมียาใช้ประจำไม่ขาดยาเมื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
งานผลิตยา - งานผลิตยาทั่วไป - งานผลิตยาปราศจากเชื้อ - งานผลิตยาสมุนไพร - งานเคมีบำบัด - งานผลิตยาเฉพาะราย	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่คุณภาพและปลอดภัยต่อการใช้ - ควบคุมคุณภาพเภสัชภัณฑ์หลังการผลิต - พัฒนาระบบการผลิตยาปราศจากเชื้อให้ได้มาตรฐาน	- ร้อยละการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนเภสัชภัณฑ์โดยคุณภาพ - ร้อยละการสูญเสียของยาปราศจากเชื้อที่ฉีดเข้าเส้นเลือดดำที่ไม่ผ่าน clarity test (ส่องผง)แล้วทิ้งไป - จำนวนครั้งของการทดสอบทางชีวภาพ (Biological test) ที่ไม่ผ่านต่อเนื่อง - อัตราความคลาดเคลื่อนจากการผสมยาเคมีบำบัด (ต่อร้อยครั้งที่ผลิต)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
งานบริการเภสัชภัณฑ์ -งานจัดซื้อ/จัดหา -งานคลังยา	- มีผลิตภัณฑ์เพียงพอและ เบิกจ่ายถูกต้องเหมาะสมกับ ความต้องการ	-ไม่มีผู้ป่วยได้รับผลกระทบจาก การขาดยากลุ่มช่วยชีวิตทั้งผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและ เครือข่าย -จำนวนเดือนสำรองคลังน้อยกว่า 3 เดือน

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาระบบการรวบรวมและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายกำลังใช้อยู่ และส่งมอบให้กับผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยคนต่อไป เมื่อมีการเปลี่ยนจุดให้บริการ เช่น การรับ admit, การ refer, การ D/C การ Follow up ที่ OPD เป็นต้น โดยกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติให้ชัดเจน รวมถึงอบรมให้ความรู้บุคลากรให้ตระหนักในความสำคัญ ให้ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยภายในปี 2558
2. ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ ในเรื่องประสิทธิภาพในการบริการผู้ป่วยนอกเพื่อพัฒนาระบบบริการโดยศึกษาระยะเวลารอรับยาเฉลี่ยผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาเร่งรีบ และ โดยเฉลี่ยทั้งวัน
3. พัฒนาระบบสารสนเทศด้านยาโดยให้เข้าสู่ระบบ website หรือ intranet ใน รพ. เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการเภสัชสนเทศได้สะดวกขึ้น
4. ฝึกอบรม/ทบทวน ความรู้ เจ้าหน้าที่ ให้ตระหนักถึงเรื่องความปลอดภัย ความเสี่ยง เพื่อให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
5. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน โดยใช้เทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยให้เป็นปัจจุบัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มงานรังสีวิทยา

วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลคุณภาพพร้อมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาวะที่ดีภายในปี 2558

พันธกิจ

ให้บริการรังสีวินิจฉัยที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว ปลอดภัยและเสมอภาค

ปรัชญา

เต็มใจให้บริการ มุ่งมั่นพัฒนา ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า ชาวประชาปลอดภัย

เป้าหมาย

ให้บริการการตรวจทางรังสีวินิจฉัย และคลื่นเสียงความถี่สูง (ULTRASOUND) โดยสามารถรองรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการได้อย่างเพียงพอ

ขอบเขตของการจัดบริการ

- ให้บริการรังสีวินิจฉัยทั่วไปแก่ผู้ป่วยในเวลาราชการและนอกเวลาราชการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ให้บริการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย และอัลตราซาวด์ในเวลาราชการส่วนนอกเวลาราชการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน
- ให้บริการรังสีวินิจฉัยเคลื่อนที่ในหอผู้ป่วย เฉพาะเอกซเรย์ปอด กระดูกต้นคอในรายผู้ป่วยอาการหนัก
- ให้บริการรังสีวินิจฉัยตรวจสุขภาพร่างกายข้าราชการและตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสี
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนตรวจพิเศษทางรังสีรวมถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการฉีดสารทึบรังสี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บริการการตรวจทางรังสีวินิจฉัย แบบถ่ายภาพรังสีทั่วไป และแบบตรวจพิเศษทางรังสี โดยการให้ผู้ป่วยรับประทาน กลืน สวน หรือฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในร่างกายแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. เพื่อให้บริการการตรวจอวัยวะภายในช่องท้องและระบบไหลเวียนโลหิตด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง (ULTRASOUND) โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (รังสีแพทย์) แก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลกำแพงเพชร
3. เพื่อสนับสนุนนโยบายของโรงพยาบาลกำแพงเพชรและโครงการโรงพยาบาลคุณภาพ

นโยบาย

1. ให้บริการทางรังสีวินิจฉัยแบบถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไปในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. ให้บริการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในเวลาราชการและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ
3. ให้บริการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัยในเวลาราชการและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ
4. ให้มีการควบคุมและป้องกันอันตรายจากรังสีแก่บุคลากร ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง
5. ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทุกระดับมีส่วนร่วมในการบริหารงาน
6. ให้มีการพัฒนาด้านคุณภาพบริการ
7. ให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ และวิชาการสำหรับเจ้าหน้าที่

ยุทธศาสตร์

1. เป็นหน่วยงานขนาดกลางที่มีคุณภาพ
 - 1.1 มีจำนวนบุคลากรที่เหมาะสมกับสถานะภาพของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
 - 1.2 มีเครื่องมือ ที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการอย่างพอเพียง
 - 1.3 สถานที่และภาวะแวดล้อมเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงาน และการรักษาความสะอาด
2. เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการบริหารงาน
 - 2.1 มีแผนภูมิสายการบังคับบัญชา
 - 2.2 มีแผนภูมิการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ (งานบริหาร)
 - 2.3 มีแผนการปฏิบัติงานในเวลาราชการ
 - 2.4 มีแผนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
 - 2.5 มีแผนรับอุบัติเหตุหมู่ และแผนอัคคีภัย
 - 2.6 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนช่วยกันกำหนดระบบการให้บริการให้อยู่ในแนวทางเดียวกัน และให้สอดคล้องกับนโยบายของ รพ.
3. ทำงานบริการให้มีมาตรฐาน
 - 3.1 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการอบรมมาตรฐานบริการ เชิงพฤติกรรมบริการ
 - 3.2 มีการป้องกันอันตรายจากรังสีต่อผู้รับบริการ เช่น
 - 3.2.1 ให้ปิดประตูห้องเอกซเรย์ทุกครั้งก่อนเอกซเรย์
 - 3.2.2 มีป้ายเตือนว่า “อันตราย บริเวณรังสี” หน้าห้องเอกซเรย์ทุกห้อง
 - 3.2.3 มีป้ายเตือนว่า “ เพื่อความปลอดภัยของลูก สตรีมีครรภ์ควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ” หน้าห้องเอกซเรย์ทุกห้อง
 - 3.2.4 มีสัญญาณไฟแสดงการทำงานของเครื่องเอกซเรย์
 - 3.2.5 มีการซักประวัติผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนทำการเอกซเรย์

3.3 มีการแนะนำขั้นตอนและวิธีการ ในการตรวจทางรังสีวิทยาและคลื่นเสียง
ความถี่สูง แก่ผู้รับบริการ

4. ด้านงานวิชาการ ข้อมูลสถิติ และข้อเสนอแนะ
 - 4.1 ให้เจ้าหน้าที่ได้ไป อบรม สัมมนา ศึกษาดูงาน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงาน เรื่องที่ น่าสนใจและมีประโยชน์ และไม่ซ้ำกัน ปีละ 1 ครั้งต่อ 1 คน และจัดเจ้าหน้าที่เข้า ร่วมการอบรมวิชาการภายในโรงพยาบาลที่หน่วยงานอื่นจัดขึ้น
 - 4.2 ให้เจ้าหน้าที่ขอสมัครสอบเพื่อศึกษาต่อได้ทุกคนปีละไม่เกิน 2 คน แต่ให้ลาศึกษา ต่อเต็มเวลาได้ปีละ 1 คนและศึกษาต่อในช่วงนอเวลาราชการปีละ 1 คนหรือนอก เวลาราชการ 2 คน โดยยึดหลักอาวุโสตามอายุการทำงาน และความจำเป็น
 - 4.3 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับ รู้จักการตรวจสอบคุณภาพของภาพเอกซเรย์ และ เก็บข้อมูลไว้ใน ตารางเก็บข้อมูลทุกเดือน
 - 4.4 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับ สามารถใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ (ระบบ HosXP) ในการลงทะเบียนบันทึกข้อมูลการถ่ายภาพรังสี และคลื่นเสียงความถี่สูง
 - 4.5 มีการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด และมีการตรวจสอบข้อมูลสม่ำเสมอ หรือเมื่อ เห็นว่าข้อมูลผิดปกติเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันและถูกต้องเพื่อประโยชน์ใน การวางแผนปีต่อไป
 - 4.6 มีการประชุมภายในกลุ่มงานอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพราะมีผู้ป่วยมาใช้บริการ ตลอดเวลา ในการประชุมแต่ละครั้ง จะมุ่งเน้นถึงเรื่องสำคัญ ๆ เช่น งานตาม นโยบายที่ได้รับมอบหมายและเมื่อมีข้อร้องเรียน หรือปัญหาในการปฏิบัติงาน การ ประชุมต้องตรงต่อเวลา และเนื้อหาไม่ซ้ำซาก ยืดเยื้อ สามารถสรุปได้
5. สร้างขวัญ กำลังใจ และสื่อสัมพันธ์
 - มีการพบปะสังสรรค์กันทุกปี หรือเมื่อมีโอกาส (มีห้องพักรวมสำหรับ เจ้าหน้าที่เป็นสัดส่วนตามสถานะภาพของหน่วยงาน และมีสิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกพอสมควร)

หน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มงานรังสีวิทยา

งานบริหาร

งานนโยบาย และวางแผน งานธุรการ สารบรรณ และบริหารบุคคลของกลุ่มงานรังสี วิทยางานพัสดุ จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือ ควบคุมติดตามและบำรุงรักษา

งานบริการ

1. ให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางรังสีวิทยา ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยจัด เจ้าหน้าที่บริการตลอดเวลาราชการ นอกเวลาราชการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกรุ่งอรุณและ คลินิกนอกเวลาเย็น

2. ให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในเวลาราชการและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ พร้อมทั้งบริการตรวจ US Doppler ช่วงบ่ายของวันอังคารและวันศุกร์

3. ให้บริการตรวจทางรังสีแบบถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไปทุกระบบ

4. ให้บริการตรวจพิเศษทางรังสีที่ต้องใช้สารทึบรังสี เฉพาะในเวลาราชการและผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ

5. ให้บริการเอกซเรย์เคลื่อนที่ในหอผู้ป่วย เฉพาะผู้ป่วยอาการหนัก และผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

6. ให้การแนะนำการเตรียมตัวก่อนตรวจพิเศษทางรังสี และคลื่นเสียงความถี่สูง

7. ควบคุมและป้องกันอันตรายจากรังสีให้เจ้าหน้าที่ และบุคคลทั่วไป ให้ได้รับรังสีน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น

8. จัดทำทะเบียนประวัติผู้ป่วย เก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ระบบ LAN

9. จัดเก็บของฟิล์มเก่า 5 ปีมีบริการโทรอธิบายการเตรียมตัวและเตือนผู้ป่วยที่นัดมาตรวจพิเศษทางรังสีก่อนล่วงหน้าวันนัด 2 วัน เพื่อให้คนไข้มาตรวจตามนัดทุกราย

งานวิชาการ

1. รวบรวมข้อมูล สถิติผลการปฏิบัติงาน ประจำทุกเดือนและปี
2. จัดและควบคุม การอบรม สัมมนา ศึกษาต่อ ดูงาน ของกลุ่มงานรังสีวิทยา
3. ควบคุมและพัฒนาโปรแกรมการลงทะเบียนผู้รับบริการ (คอมพิวเตอร์ระบบ LAN) ของกลุ่มงานรังสีวิทยา
4. จัดทำคู่มือการบริการทางรังสีเป็นภาษาอังกฤษ
5. มีการจัดประชุมวิชาการเครือข่ายรังสีวินิจฉัยในจังหวัดกำแพงเพชร อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

การตรวจพิเศษทางรังสี

วัน	เวลา 8.30 – 12.00 น.	เวลา 13.00 – 16.30 น.
จันทร์-ศุกร์	Ultrasound, Contrast study	Ultrasound, Case Emergency

การจัดอัตรากำลัง นอกเวลาราชการ	เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรดึก	คลินิก รุ่งอรุณ	คลินิกนอก เวลาเย็น
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	3	2	2	1	1
ผู้ช่วยเหลือคนไข้/คนงาน	2	2	2	1	1
รวม	5 คน	4 คน	4 คน	2 คน	2 คน

*กรณีมีตรวจราชการประจำปีข้าราชการได้จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นในช่วงคลินิกสนทนาเพิ่ม 1 คน

อัตรากำลังเจ้าหน้าที่

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ข้าราชการ - รังสีแพทย์	3
- นักรังสีการแพทย์	4
- เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	4
ลูกจ้างประจำ - พนักงานเอกซเรย์	1
พนักงานราชการ - นักรังสีการแพทย์	1
ลูกจ้างชั่วคราว - นักรังสีการแพทย์	4
- คณงาน	3
- เจ้าหน้าที่ธุรการ	1
- ประชาสัมพันธ์	1
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้	6
รวม	28

ความพร้อมด้านเครื่องมือ	ปัจจุบัน
1. เครื่องเอกซเรย์ 7 เครื่อง	
- เครื่องเอกซเรย์ขนาด>500 mA125 kVp พร้อมจอภาพ	1
- เครื่องเอกซเรย์ขนาด 300 mA 125 kVp	1
- เครื่องเอกซเรย์ขนาด 500 mA 125 kVp แบบแขวนเพดาน	3
- เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ แบบ MOBLIE UNIT ขนาด 60 mA 110 kVp	3
- เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ แบบ MOBLIE UNIT ขนาด 200 mAs 115 kVp	2
- เครื่องเอกซเรย์ฟัน (PANORAMIC)	1
2. เครื่องล้างฟิล์มเอกซเรย์ 3 เครื่อง	
- เครื่องล้างฟิล์มเอกซเรย์ขนาดใหญ่	1
- เครื่องล้างฟิล์มเอกซเรย์ขนาดกลาง	1
- เครื่องล้างฟิล์มเอกซเรย์ขนาดเล็ก	1
3. เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)	
- เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง ขนาดกลาง	1
4. DAYLIGHT PRINTER (เครื่องพิมพ์ข้อมูลลงบนฟิล์ม)	3
5. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบ LAN	11
6. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบอินเทอร์เน็ตมีสาย	2
7. เครื่องคอมพิวเตอร์ระบบอินเทอร์เน็ตไร้สาย	2
8. เครื่องพิมพ์ DOT MARTRIX	7
9. เครื่องพิมพ์เลเซอร์	3
10. เครื่องพิมพ์ injet	2
11. เครื่องพิมพ์สติกเกอร์	4

ผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2553 – 2556

กิจกรรม	หน่วย	2553	2554	2555	2556
การให้บริการ	ราย	46,267	51,944	51,340	55,264
● ผู้ป่วยนอก	ราย	37,489	41,973	40,687	44,762
● ผู้ป่วยใน	ราย	8,778	9,971	10,653	10,496
เอกซเรย์ทั่วไป	ครั้ง	51,706	59,451	61,991	66,042
เอกซเรย์พิเศษ	ครั้ง	407	363	388	546
ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง	ครั้ง	3,059	2,526	2,356	3,312
การใช้กระดาษ PRINT US	แผ่น	3,319	2,262	1,826	3,217
● การใช้ฟิล์มเอกซเรย์					
ขนาด 8 x 10 นิ้ว	แผ่น	6,401	7,236	7,120	5,743
ขนาด 10 x 12 นิ้ว	แผ่น	11,214	11,340	11,705	12,831
ขนาด 12 x 15 นิ้ว	แผ่น	3,603	4,095	4,077	4,552
ขนาด 14 x 17 นิ้ว	แผ่น	41,404	48,341	50,853	55,552
ขนาด 7 x 17 นิ้ว	แผ่น	1,050	1,390	1,675	1,698
ขนาด 6 x 12 นิ้ว	แผ่น	311	644	489	522
รวมใช้ฟิล์มทั้งหมด	แผ่น	67,463	73,141	76,017	80,898

หมายเหตุ – มีการเปลี่ยนแปลงระบบจาก EZ Hos เป็น Hos XP ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2552

– กระดาษ print us 1 คน / 1แผ่น และใน 1 แผ่นจะมีการถ่ายภาพหลายภาพ

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2554-2556

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556
1	อัตราฟิล์มเสีย	<2%	1.79	1.94	1.82
2	ระยะเวลารอคอยตรวจUS	<30 นาที	17.33	89.11	42
3	อัตราการแพ้สารที่บรังสี				
	– แบบไม่รุนแรง	<10%	10.64	6.79	9
	– แบบรุนแรง	0	0.53	0	0
4	การเตรียมความพร้อมของเครื่องเอกซเรย์	>90%	96.51	96.84	98.3
5	ระยะเวลารอคอยตรวจพิเศษและUS				
	โดยรังสีแพทย์	10 วัน	18.64	57.58	28.04
	– การรอคอยตรวจพิเศษ	>95%	83.86	84.67	93.26
	– การมาตรวจตามนัด	15%	8.44	11.13	15.72
	– รอคอยตรวจพิเศษภายใน 10 วัน				

*ผู้รับบริการที่แพ้สารที่บรังสีแบบรุนแรง สามารถแก้ไขอาการแพ้และปลอดภัยทุกรายจากการเตรียมพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ รวมถึงการประสานงานกับห้องวิสัญญี

ข้อสังเกต มีการปรับเปลี่ยนทั้งตัวชี้วัดและเกณฑ์ใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบันและเป็นการยกระดับคุณภาพหน่วยงาน

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. ปัจจุบันงานรังสีวินิจฉัยมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง	เพื่อให้เพียงพอต่อการบริการ 1.1 จัดห้องเอกซเรย์ทุกห้องให้สามารถเอกซเรย์ทั่วไปได้อย่างสะดวก และจัดเจ้าหน้าที่ให้มีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละห้อง 1.2 การจัดเวรป่วย-ตึกต้องจัดเจ้าหน้าที่(คนงาน)จากหน่วยงานอื่น ๆ มาขึ้นปฏิบัติงานเสริมเนื่องจากคนงานไม่เพียงพอ 1.3 จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเอกซเรย์ทั่วไปคลินิกศัลยกรรม 1 คน และลูกจ้าง 1 คน เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วย 1.4 จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานเอกซเรย์ทั่วไปคลินิกสูติศาสตร์ 1 คน และลูกจ้าง 1 คน และตรวจอัลตราซาวด์รังสีแพทย์ 1 คน ผู้ช่วยเหลือ 1 คน เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในช่วงเวลาราชการ
2. ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน - การเอกซเรย์ chest ในผู้ป่วย TB กรณีไม่มีคำสั่งเอกซเรย์ - การเอกซเรย์ศพรณีที่แพทย์เวรไม่ว่างให้พยาบาลนิเวศสามารถสั่งเอกซเรย์ได้ - กรณีคนไข้ OPD แล้วแพทย์สั่ง Admit ทางเจ้าหน้าที่ OPD ไม่สามารถ Online คำสั่งเอกซเรย์ได้	2.1 ให้มีการประสานงานหากเป็นผู้ป่วย TB ที่มา Follow up ให้เอกซเรย์ chest โดยพยาบาลเป็นผู้ลงคำสั่ง online ล่วงหน้าโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ 2.2 แพทย์สอนแนวทางในการถ่ายภาพเอกซเรย์ควรถ่ายส่วนไหน อะไรบ้าง และลง online คำสั่ง 2.3 ทางกลุ่มงานจัดทำใบแนะนำในการลง Online กรณีที่คนไข้ Admit
3. फिल्मสูญหาย - ยืมไปรักษาต่อแล้วไม่ส่งคืน - ญาตินำกลับบ้านเอง - ไม่ทราบสาเหตุ	3.1 ย้ำเตือนให้ญาตินำกลับมาส่งคืน 3.2 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่ตึกให้ช่วยดูแลและช่วยเตือนญาติห้ามนำกลับบ้าน 3.3 ลงทะเบียนยืมฟิล์มโดยระบบคอมพิวเตอร์

แผนงานที่จะดำเนินในปี 2557

- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยจัดให้มีการส่งเสริมความรู้ด้านวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
- พัฒนาคุณภาพในประเด็นที่ตัวชี้วัดต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด
- มีโครงการจัดซื้อเครื่องเอกซเรย์เต้านม ระบบดิจิทัล
- มีโครงการจัดเช่าระบบ PACs มาใช้งาน
- มีการทำกิจกรรมควบคุมคุณภาพเกี่ยวกับงานรังสีวิทยา ตามที่ได้กำหนดไว้ในมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มงานพยาธิวิทยา

วิสัยทัศน์

“เป็นห้องปฏิบัติการคุณภาพ พร้อมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาวะที่ดีภายในปี 2558”

นโยบาย

ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางด้านพยาธิวิทยาคลินิกได้แก่ เคมีคลินิก โลหิตวิทยา จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก จุลชีววิทยาคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยา ธนาคารเลือดพิษวิทยาและพยาธิวิทยากายวิภาคของโรงพยาบาลกำแพงเพชรโรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนของจังหวัดกำแพงเพชร ทั้งในและนอกเวลาราชการ รวมทั้งการส่งต่อสิ่งส่งตรวจที่ไม่ได้เปิดให้บริการ

เจตจำนง

งานเทคนิคการแพทย์

- ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน
- มีการให้บริการด้วยใจ และมีระบบการบริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว
- ผู้มารับบริการและผู้ให้บริการพึงพอใจ

งานธนาคารเลือด

- ให้บริการทางธนาคารเลือดที่เพียงพอ ถูกต้อง ปลอดภัย ทันเวลา ได้มาตรฐาน
- ผู้รับบริการพึงพอใจ และปลอดภัย

บุคลากร

	ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ข้าราชการ	- นักเทคนิคการแพทย์	13
	- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาเวชศาสตร์ธนาคารเลือด	2
 นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สาขาจุลชีววิทยา)	1
	- เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	6
ลูกจ้างประจำ	- ผู้ช่วยเหลือคนใช้	3
	- พนักงานประจำห้องทดลอง	2
ลูกจ้างชั่วคราว	- นักเทคนิคการแพทย์	11
	- เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	2
	- เจ้าหน้าที่ธุรการ	1
	- พนักงานห้องทดลอง	4
	- พนักงานทั่วไป	4
รวม		49

หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานบริหาร

1. จัดหาเครื่องมือครุภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์งานชั้นสูงตรีโรคสาขาต่าง ๆ
2. กำหนดหน้าที่มอบหมายความรับผิดชอบแก่หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ในแต่ละงาน
3. จัดเวรรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง
4. ตรวจสอบการปฏิบัติงานของข้าราชการและลูกจ้างในฝ่ายฯและประเมินผลการ

ปฏิบัติงาน

5. ร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ
6. ปรับปรุงแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น
7. งานธุรการของฝ่ายงานพัสดุ ครุภัณฑ์
8. งานทะเบียนและสถิติ
9. งานควบคุมการแพร่กระจายของโรคร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

งานบริการ

1. ให้บริการทางคลังเลือดจัดหาโลหิตให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมงออกหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่นอกสถานที่ โดยมีแผนกำหนดการร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัด ชมรมผู้บริจาคโลหิต จังหวัดกำแพงเพชร หน่วยราชการและภาคเอกชนรวมทั้งแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องในงานบริจาคโลหิต
2. จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการให้บริการชั้นสูงตรีโรคทางห้องปฏิบัติการให้เพียงพอสำหรับงานแต่ละงาน
3. ตรวจสอบติดตามผลการปฏิบัติงานการรายงานผลการตรวจและการควบคุมคุณภาพการตรวจทั้งภายในและภายนอกของแต่ละงาน
4. ให้บริการตรวจส่งตรวจชั้นสูงตรีโรคต่าง ๆ จากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล และจากโรงพยาบาลชุมชน,สถานอนามัยหน่วยควบคุมกามโรคและโรคเอดส์ งานสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม งานตรวจสอบสารเสพติดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร สำนักงานตำรวจและสำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดกำแพงเพชร
5. ควบคุมป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งส่งตรวจและควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน
6. ดูแลซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องใช้ในห้องปฏิบัติการให้อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานและให้คำแนะนำแก้ไขหน่วยงานอื่นที่มีเครื่องมือชั้นสูงตรีโรคบางอย่างใช้ประจำอยู่ ร่วมเป็นคณะกรรมการเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือของโรงพยาบาล

7. ให้บริการการตรวจชันสูตรโรคต่าง ๆ ให้สอดคล้องตามวันกำหนดบริการของแผนกหอผู้ป่วยนอก เช่น คลินิก เบาหวาน วัณโรค ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยในโครงการ ATC, Care ตรวจสุขภาพข้าราชการและแรงงานต่างด้าว
8. ให้บริการการตรวจชันสูตรเบื้องต้นและส่งต่อในโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดนก SARS ไข้หวัดใหญ่ 2009
9. ร่วมกิจกรรมพิเศษต่างๆ และกิจกรรมในวันหยุดนักขัตฤกษ์ของโรงพยาบาล
10. ร่วมเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ

งานวิชาการ

1. จัดประชุมภายในหน่วยงานด้านการบริหาร นำเสนอวิชาการและปัญหาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้งปีละ 12 ครั้ง
2. จัดทำตำราคู่มือปฏิบัติงานและการสอนเพื่อใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานแต่ละหน่วยงานรวมทั้ง นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ของมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลชุมชนที่มาขอศึกษาดูงานและฝึกอบรมเพิ่มเติม
3. ปรับปรุงแก้ไขวิธีการตรวจชันสูตรโรคและเครื่องมือให้ทันสมัยรวดเร็วและประหยัดงบประมาณ รวมทั้งกำลังคน
4. มีการประชุมร่วมกับคณะกรรมการพัฒนางานบริการชันสูตรโรคและคลังเลือดของโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติงานและประสานงานกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและความเข้าใจอันดีต่อกัน
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 ของฝ่ายพยาธิวิทยา โดยประสานงานกับ PCT ทีมเฉพาะด้านและศูนย์ คุณภาพของโรงพยาบาล

ผลการปฏิบัติงาน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

ประเภทของงานตรวจ	หน่วย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
การตรวจทางเคมีคลินิก	ครั้ง	555,518	618,007	614,936
การตรวจทางโลหิตวิทยาคลินิก	ครั้ง	101,618	105,339	109,640
การตรวจทางจุลทรรศน์ศาสตร์ คลินิก	ครั้ง	44,851	40,752	42,799
การตรวจทางจุลชีววิทยาคลินิก	ครั้ง	39,517	41,982	49,277
การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก	ครั้ง	49,711	46,951	45,325
การตรวจทางเซลล์วิทยา	ครั้ง	3,029	2,664	3,159
การส่งตรวจชิ้นเนื้อ	ครั้ง	2,879	2,886	3,397
การรับบริจาคโลหิต	ราย	10,812	10,387	9,677
การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด	ยูนิต	17,323	18,148	18,051

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน : KPI

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติงาน(ปี)		
		2554	2555	2556
1. ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายใน	100%	98	98	98
2. ร้อยละคะแนนผลการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก	100%	97	93	92
3. อัตราการส่งตรวจชั้นสูงตรงซ้ำ	< 1 : 1,000	0.00000 83	0.0018	0.0013
4. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก	>85%	86	79	82
5. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการภายใน	>85%	82	80	60
6. การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน	0	1	1	1
7. ร้อยละเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด	<1%	0.39	0.36	0.45
8. ร้อยละขาดแคลนเลือดจ่าย	<3%	0.67	1.69	2.67
9. ร้อยละการตอบสนองต่อการขอเลือดด่วนใน 15 นาที	100%	100	100	100
10. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับผลการตรวจตามเวลาที่กำหนด	100%	91.07	91.04	93.75
11. ร้อยละของบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	> 80 %	85	60	76

มูลค่าผลการดำเนินงาน ปี 2556				
ประเภทของงานตรวจ	มูลค่าที่ตรวจ (บาท)	ต้นทุน วัสดุ การแพทย์ (บาท)	ต้นทุน เงินเดือน/OT (บาท)	มูลค่า ผลงาน (บาท)
การตรวจทางเคมีคลินิก	34,482,405			มูลค่าตรวจ – ต้นทุนวัสดุ การแพทย์และ ต้นทุนเงินเดือน
การตรวจทางโลหิตวิทยาและ จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก	13,226,100			
การตรวจทางจุลชีววิทยา คลินิก	8,269,990			
การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา คลินิก	7,308,610			
การตรวจทางเซลล์วิทยา	1,194,500			
การบริการธนาคารเลือด	18,198,470			
รวม	82,680,075	48,097,359	9,193,537	25,389,179

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
1. การขาดแคลนเลือดจ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานคณะกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัด กำแพงเพชร เพิ่มการออกหน่วยในสถานที่ ราชการให้มากขึ้นในช่วงโรงเรียนปิดเทอม 2. จัดทำแผนกลยุทธ์ร่วมกับคณะกรรมการ เหล่ากาชาดฯ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิต ให้มีจำนวน 2% ของประชากร 3. จัดประชุมการใช้เลือดและส่วนประกอบของ เลือดให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
2. จำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมาก แต่จำนวนผู้ให้บริการและเครื่องมือมีจำกัด ทำให้ศักยภาพการให้บริการไม่ครอบคลุม ผลการตรวจล่าช้า	1. จัดการบริหารบุคลากรให้มีการหมุนเวียนมาช่วยงานกัน และมีการขึ้นทำงานเหลื่อมเวลา 2. จัดหาเครื่องตรวจวิเคราะห์ อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจที่ทันสมัย ถูกต้อง รวดเร็ว 3. จัดระบบงานบริการด้านหน้าในการนัดผู้ป่วยในคลินิกต่างๆกระจายให้บริการเท่าๆกันในแต่ละวัน
3. สถานที่ให้บริการผู้ป่วยนอกและสถานที่ทำงานคับแคบ ผู้รับบริการรอเจาะเลือดนาน และไม่เข้าใจระบบการให้บริการ	1. จัดหาอาคารบริการทางห้องปฏิบัติการใหม่สำหรับผู้ป่วยนอกให้ ปลอดภัยและสะดวก 2. จัดทำสื่อ สิ่งพิมพ์แนะนำหน่วยงานและขั้นตอนการให้บริการของหน่วย 3. จัดช่องการให้บริการเจาะเลือดเพิ่มให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกประเภทคือ ช่องทางด่วน ผู้ป่วยนัด ผู้ป่วยวิกฤติ และช่องทางพิเศษ

ผลงานเด่น ปี 2556

1. การจัดหาเครื่องมืออัตโนมัติและเปิดให้บริการรายการทดสอบใหม่ๆตามความต้องการของแพทย์มาใช้งานเพื่อความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงในการให้บริการตรวจชั้นสูตรโรคทางห้องปฏิบัติการตลอด 24 ชั่วโมง จนสามารถรับประกันเวลารายงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้
2. จัดทำระบบการรายงานผลด่วน ผลวิกฤติ การประกันเวลาในการตรวจวิเคราะห์ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
3. นำการจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกโดยใช้ระบบสายพานและเพิ่มช่องบริการเป็น 4 ช่อง มีระบบบัตรคิวอัตโนมัติ และปรับปรุงห้องเจาะเลือด จุดบริการให้ทันสมัย สะดวกกับผู้รับบริการ
4. นำระบบห้องปฏิบัติการอัตโนมัติ (Laboratory Automation System : LAS)และระบบบริหารข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information System : LIS)มาใช้จนสามารถรับประกันผลการตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วยนอก(Turn around time) และผู้ป่วยในมีความรวดเร็วสะดวกสามารถประกันเวลาภายในเวลาที่กำหนด
5. นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการรับและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบ Realtime ผ่านระบบ Internet กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล(รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และโรงพยาบาลชุมชน
6. ดำเนินการพัฒนาคูณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม จนผ่านการตรวจประเมินด้วยคะแนนร้อยละ 100

7. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จนผ่านการตรวจประเมินด้วยคะแนนร้อยละ 100

8. งานธนาคารเลือดได้รับการรับรองระบบบริหารคุณภาพและเทคนิคการรับบริจาคโลหิต โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2556

9. พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานของสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทยและได้รับการรับรองระบบคุณภาพ Laboratory Accreditation (LA) โดยสภาเทคนิคการแพทย์เมื่อ 13 มกราคม 2553

10. เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสารารณสุข จ.กำแพงเพชร เพื่อร่วมมือกันในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการใน จ.กำแพงเพชร ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานของสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย

11. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

12. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ สาขาเทคนิคการแพทย์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยนเรศวร และมหาวิทยาลัยพะเยา

13. ได้รับการตรวจประเมินจากผู้จัดการคุณภาพ (Quality Manager: QM) ของสถาบันวิจัยพยาธิทหารบกอเมริกา (AFRIM) โดยใช้มาตรฐานของ Collage of American Pathology : CAP จนได้รับการประเมินให้สามารถบริการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจจากโครงการวิจัยวัคซีนไข้เลือดออก (CYD34)

14. หน่วยงานเป็นสถานที่ศึกษาดูงานด้านระบบคุณภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลลำปาง

แผนงานที่จะปฏิบัติในปี 2557

งานบริหาร

1. จัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน เพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์หลักของโรงพยาบาล และหน่วยบริการตติยภูมิ
2. จัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพื่อลดต้นทุนการให้บริการของกลุ่มงานลงร้อยละ 10
3. ปรับปรุงการจัดทำแนวทางในการค้นหาปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานของฝ่ายพยาธิวิทยาและหาแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
4. ร่วมประชุม รับฟังและแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการให้บริการผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ กับหน่วยงานอื่นในกลุ่มบริการตติยภูมิ และหน่วยงานอื่นแบบสหสาขา

งานบริการ

1. ติดตามปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการให้บริการ เพื่อนำมาพัฒนาแก้ไขอย่างต่อเนื่อง
2. บริการเชิงรุกในการตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดยการออกไปบริการถึงสถานที่ประกอบการ เพื่ออำนวยความสะดวก แก่ผู้ใช้บริการร่วมกับหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
3. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้บริการ เพื่อความรวดเร็ว ถูกต้อง ในการบริการให้เชื่อมโยงครอบคลุมทั้งเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลชุมชน
4. บริการเชิงรุกในการออกให้บริการทางห้องปฏิบัติการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลขนาดใหญ่ และดูแลการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
5. เพิ่มศักยภาพการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลระดับ S

งานวิชาการ

1. จัดให้มีการประชุมฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการในหน่วยงาน 3 เดือน/ครั้ง/เรื่อง โดยจัดในวันประชุมประจำเดือน ของกลุ่มงาน
2. กำหนดให้มีการทำวิจัยในหน่วยงานอย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง
3. จัดทำเอกสารคู่มือแนวทางปฏิบัติ WI, PR เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด และปรับปรุงแก้ไข เอกสารที่มีปัญหาในการปฏิบัติ
4. จัดทำแผนการฝึกอบรม/สัมมนาของบุคลากรในหน่วยงาน จัดประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับงบประมาณของโรงพยาบาล และติดตามประเมินผล ภายหลังการฝึกอบรม / สัมมนา
5. จัดทำแผนการประเมินบุคลากรก่อนการปฏิบัติงาน การทดลองงานและควบคุมดูแลนักศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน
6. นำแบบการประเมินความสามารถของบุคลากร (Competency) และการวิเคราะห์ภาระงาน (Work Load) มาใช้ในการประเมินภาระงานและประสิทธิผลการทำงานในหน่วยงาน
7. นำแผนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานตามนโยบาย ภาครัฐร่วมใจคนไทยไร้พุง

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
ข้าราชการ	7
- จิตแพทย์	2
- พยาบาลวิชาชีพ	4
- นักจิตวิทยา	1
ลูกจ้างชั่วคราว	4
- นักจิตวิทยาคลินิก	1
- นักสุขภาพจิต	1
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2
รวม	11

ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มงาน

หน้าที่หลักของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. งานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
2. งานด้านยาเสพติด

โดยให้บริการครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. การส่งเสริมป้องกัน
2. การบำบัดรักษา
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

บริการสุขภาพจิตและจิตเวช

จิตเวชทั่วไป

- ให้บริการตรวจรักษาผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช ในวันจันทร์ อังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 06.30-12.00 น. และผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยส่งปรึกษาจากแผนกอื่นๆ ทุกวัน จันทร์ – ศุกร์

จิตเวชเด็ก

- ให้บริการปรึกษาเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งตรวจวัดระดับเซาว์นปัญญา

คลินิกพัฒนาการเด็ก

- ให้บริการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ให้บริการปรึกษาและฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองในวันพุธ เวลา 08.30 – 12.00 น.

คลินิกยาเสพติด

- ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน ในวันพุธ และวันศุกร์
- ให้บริการปรึกษาปัญหาด้านยาเสพติดชนิดอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ ทุกวันจันทร์ – ศุกร์

คลินิกคลายเครียด

- ให้บริการปรึกษาและฝึกเทคนิคคลายเครียดแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านความเครียด ทุกวันจันทร์ – ศุกร์

สายด่วนจิตวิทยา

- ให้บริการปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดทางโทรศัพท์ หมายเลข 055-716374 ในวันและเวลาราชการ

ให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

ให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและญาติ

สนับสนุนงานบริการผู้ป่วยแผนกอื่นๆ

- ตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด
- ฟื้นฟูทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง
- ให้บริการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็ก (คลินิกสุขภาพเด็กดี)

โครงการสุขภาพจิตชุมชน

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

เผยแพร่ความรู้

เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดแก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาล
ประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่

สนับสนุนหน่วยงานอื่นๆ

สนับสนุนข้อมูล ความรู้ วิทยากร และสื่อด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด แก่หน่วยงานต่างๆ

พัฒนาบุคลากร

จัดโครงการอบรมความรู้เรื่อง สุขภาพจิตและจิตเวช แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและ
บุคลากรภายนอก

ผลการปฏิบัติงาน

สถิติผู้รับบริการ ทั้งหมด ปีงบประมาณ 2556

ผู้ป่วยนอก	20,993 ราย
ผู้ป่วยใน	680 ราย
รวม	21,673 ราย

สถิติการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช

ประเภทผู้รับบริการ	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		รวม
	รายใหม่ (ราย)	รายเก่า (ราย)	รายใหม่ (ราย)	รายเก่า (ราย)	
1. โรคจิตเภท	1,058	5,112	72	14	6,256
โรคจิตอื่น ๆ	259	771	-	-	1,030
2. โรควิตกกังวล	282	856	33	5	1,176
3. โรคซึมเศร้า	634	2,300	34	1	2,969
4. โรคลมชัก	74	198	1	-	74
5. โรคปัญญาอ่อน	129	363	3	-	495
6. ติดสารเสพติด	538	1,403	217	11	2,169
7. ฆ่าตัวตาย	4	-	158	3	2,169
8. ออทิสติก	10	4	-	-	14
9. อื่นๆ	2,279	4,844	125	3	7,251
รวม	5,267	15,726	643	37	21,673

สถิติการให้บริการคลินิกพิเศษ

ประเภทบริการ	หน่วยนับ	จำนวน
- การให้การปรึกษา/คลายเครียด	ราย	3,375
- วัดระดับสติปัญญา	ราย	234
- การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์	ราย	12
- ประเมินความพิการ	ราย	101
- ประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	ราย	234
- ตรวจสุขภาพจิต	ราย	5

สถิติการให้บริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

ประเภทบริการ	หน่วยนับ	จำนวน
- รับจาก รพช./สอ.	ราย	395
- รับจาก รพท./รพศ./รพ.จิตเวช	ราย	101
- ส่งต่อ รพท./รพศ./รพ.จิตเวช	ราย	58
- ส่งต่อ รพช./สอ.	ราย	1,281
- ตอบกลับการรักษา	ราย	164

สถิติการให้บริการผู้ป่วยสารเสพติด

ประเภทบริการ	ผลการดำเนินงาน (ราย)
1. บำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด	855 คน / 9,686 ครั้ง
- ฝิ่น	-
- ยาบ้า	517 คน / 9,306 ครั้ง
- สารระเหย	-
- ไอซ์	3 คน / 45 ครั้ง
- สุรา	267 คน
- บุหรี่	68
- สุรา+บุหรี่	8
2. ติดตามผลการบำบัดรักษา	78คน /390 ครั้ง
3. ให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	9,686 ครั้ง
4. ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดขั้นต้น	9,826 ครั้ง

งานด้านวิชาการ/งานสนับสนุนบริการ

- สนับสนุนวิทยากรด้านสุขภาพจิต/จิตเวช/ยาเสพติด 14 ครั้ง
- จัดทำแผ่นพับแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต/จิตเวช/ยาเสพติด 5 เรื่อง
- ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แก่สถานบริการเครือข่ายสาธารณสุข และเครือข่ายนอกระบบ
- ร่วมประชุมคณะกรรมการสหวิชาชีพ ระดับจังหวัด 12 ครั้ง

งานสุขภาพจิตชุมชน/เครือข่าย

1. จัดทำโครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชปี 2556

เป็นการประสานการดูแลร่วมกันระหว่างสถานบริการเครือข่ายในจังหวัด (ทีมสหวิชาชีพ) โรงพยาบาลจิตเวช (โรงพยาบาลสวนปรุง) เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแล เพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยจิตเวช

ลำดับ	กิจกรรม	จำนวน
1.	พบเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับทราบปัญหา ประเมินศักยภาพ และจุดเด่น จุดที่ต้องการพัฒนา และหาแนวทางการดูแลร่วมกัน	8 แห่ง
2.	เป็นวิทยากรให้ความรู้ในด้านการบำบัดรักษา การดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ในโรงพยาบาลชุมชน (โรคจิต โรคซึมเศร้า)	3 ครั้ง
3.	Conference case ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน /มีปัญหาในการดูแล ในโรงพยาบาลชุมชน	8 ราย
4.	ตรวจรักษา/เป็นที่ปรึกษา ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีปัญหาซับซ้อน ในโรงพยาบาลชุมชน	1 ครั้ง 5 ราย
5.	ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.สต. อสม.) ในพื้นที่	68 ราย
6.	ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชน (แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.สต.และ อสม.)	1 ราย

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช (บูรณาการร่วมกับโครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชปี 2556) ดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

สรุปประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในจังหวัดกำแพงเพชร

ปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ที่สำคัญและพบบ่อย มีปัญหาในการเข้าถึงบริการได้แก่ โรคจิต ปัญหาโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย สถานบริการบางแห่ง ยังไม่ได้เปิดให้บริการเป็นคลินิก เฉพาะโรทางจิตเวช มีปัญหาด้านระบบการส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทาง ยังมีขีดความสามารถให้บริการได้ไม่เต็มที่ ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การบำบัดรักษา จนถึงการติดตามฟื้นฟูชุมชน

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจังหวัดกำแพงเพชร ปี 2556 ที่ประชุมเสนอแผนพัฒนา ดังนี้

1. การอบรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชแก่แพทย์อินเทิร์น ปี 1 โดยขอความร่วมมือกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นผู้ดำเนินการ (ดำเนินการปี 2557)
2. การอบรมการควบคุมตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว กลุ่มเป้าหมายการอบรม ได้แก่ พยาบาลและเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก รพช. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช. ตำรวจ องค์กรท้องถิ่น (ดำเนินการ วันที่ 30 - 31 กรกฎาคม 2556 โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลสวนปรุง)
3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร (ดำเนินการแล้ว)
4. จัดฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขระดับ รพช. รพ.สต. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในลักษณะสัญจรลงอำเภอเพื่อให้ความรู้และแนวทางการดำเนินงานครบทุกสถานบริการ

เป้าหมายการพัฒนา

1. พัฒนาศักยภาพสถานบริการของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ตามขีดความสามารถในแต่ละระดับ
2. การพัฒนาศักยภาพ รพ.สต -สามารถคัดกรอง ส่งต่อ ติดตามดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของตนเองได้
3. พัฒนาระบบการบำบัดรักษา ระบบการดูแลส่งต่อ ได้อย่างเหมาะสม และพัฒนารูปแบบการดูแลส่งต่อ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง และเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ของแต่ละพื้นที่

วิธีการดำเนินงาน

1. พบเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับทราบปัญหา ประเมินศักยภาพ และจุดเด่น จุดที่ต้องการพัฒนา และหาแนวทางการดูแลร่วมกัน และนำข้อมูลที่ได้มาประกอบในการพัฒนาเครือข่าย โดยจิตแพทย์ พยาบาล เกษัชกร ร่วมกับ สสจ. กำแพงเพชร ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 10 แห่ง ดำเนินการไปแล้ว 8 แห่ง (โดยรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามความต้องการของพื้นที่) สรุปประเด็นปัญหาที่พบ

2. สำรวจรายการยา ทางจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อวางแผนด้านระบบการสำรองยา การมีกองคลังยากลางที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นระบบการขอยืม แลกเปลี่ยนยา

3. จัดทำรายการฐานข้อมูลยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิต วิเคราะห์ปริมาณการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะราย รวมถึงประมาณการมูลค่าการใช้ยาในแต่ละพื้นที่ ให้แก่โรงพยาบาล

4. จัดส่งฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต

5. การพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ในแต่ละพื้นที่ (ระหว่างดำเนินการ)

6. ประชุมสรุปผลการประชุมชี้แจงการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระดับจังหวัด โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรเป็นประธาน ผู้ร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เกษัชกร ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช. สสจ. จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อชี้แจงเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และความร่วมมือกันในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดกำแพงเพชร และวางแผนการดำเนินงานสรุปประเด็นปัญหา แนวทางการแก้ไข ปัญหาร่วมกัน

สิ่งที่ต้องดำเนินงานต่อ

1. สอบถามความต้องการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขระดับ รพช. รพ.สต.

2. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิต จังหวัดกำแพงเพชร ตามที่ประชุมเสนอ ได้แก่

2.1 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิต จังหวัดกำแพงเพชร (ระหว่างดำเนินกิจกรรม)

2.2 โครงการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่บุคลากรสาธารณสุขระดับ รพช. รพ.สต. (ในอำเภอที่ต้องการ)

การติดตามประเมินผลด้านการเปิดให้บริการคลินิกจิตเวช

มีการเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะโรคจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลคลองขลุ่ย โรงพยาบาลพรานกระต่าย โรงพยาบาลไทรงาม โรงพยาบาลคลองลาน โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา โรงพยาบาลปางศิลาทอง โรงพยาบาลบึงสามัคคี อยู่ระหว่างการติดตาม ผู้ป่วยในพื้นที่ 3 แห่ง

การพัฒนางานคุณภาพ

พัฒนาระบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลทั่วไป

กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. จัดทำโครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปี 2557
2. พัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ในเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา โดยประสานความร่วมมือกับสถานบริการเครือข่าย และการติดตามเยี่ยมบ้าน
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การขยายเครือข่ายการดูแลและการส่งต่อในโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 11 แห่ง (ทั้งนี้รวมโรงพยาบาลโกสุมพินคร)
4. การวางแผนเรื่องการจัดทำห้องสังเกตอาการ (ปีงบประมาณ 2556) เพื่อลดอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือการส่งต่อ

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

คำขวัญของกลุ่มงาน

มุ่งมั่นพัฒนางาน บริการด้วยน้ำใจ ได้มาตรฐาน กลุ่มงานคุณภาพ

เป้าหมายหน่วยงาน

เราจะให้บริการด้านการรักษา ป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้รับบริการ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ปรัชญา

เรามีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพงานของเราอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้มารับบริการ และครอบครัวเป็นศูนย์กลางด้วยความภาคภูมิใจในคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติ เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้มารับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

ขอบเขตของการจัดบริการ

1. ให้บริการคลินิกเวชกรรมฟื้นฟู โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.30 น. – 12.00 น.
2. ให้บริการคลินิกเวชกรรมฟื้นฟูรุ่งอรุณ โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู วันพุธ และ วันศุกร์ เวลา 06.30 น. – 09.00 น.
3. ให้บริการผู้มารับบริการทางด้านกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัดและกายอุปกรณ์ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.30 น. – 16.30 น.
4. ให้บริการคลินิกรุ่งอรุณกายภาพบำบัด (รับเฉพาะผู้ป่วยนอก) วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 06.30 – 09.00 น.
5. ให้บริการคลินิกสนธิกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด (รับเฉพาะผู้ป่วยนอก สิทธิเบิกได้และประกันสังคม) วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 16.30 น. – 20.30 น.
วันเสาร์และวันหยุดราชการ เวลา 08.00 น. – 12.00 น.
หยุดวันอาทิตย์

ผลการปฏิบัติงานปี 2556

ด้านบริการ

กิจกรรม	จำนวน
1. ให้การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ	
1.1 ผู้ป่วยนอก	4,796 คน / 16,209 ครั้ง
1.2 ผู้ป่วยใน	3,456 คน / 7,801 ครั้ง
2. ให้บริการกายภาพบำบัด	
2.1 ผู้ป่วยนอก	3,384 คน / 11,691 ครั้ง
2.2 ผู้ป่วยใน	2,744 คน / 6,660 ครั้ง
3. ให้บริการกิจกรรมบำบัด	
3.1 ผู้ป่วยนอก	1,128 คน / 3,641 ครั้ง
3.2 ผู้ป่วยใน	712 คน / 1,441 ครั้ง
3.3 กระตุ้นพัฒนาการในเด็ก	538 คน / 828 ครั้ง
4. ให้บริการกายอุปกรณ์	
4.1 ผลิตขาเทียมแก่ผู้ป่วยนอก	
4.1.1 ขาเทียมเหนือเข่า	11 ชิ้น
4.1.2 ขาเทียมใต้เข่า	50 ชิ้น
4.1.3 ขาเทียมระดับเข่า	
4.2 ผู้พิการที่ขอรับเครื่องช่วยความพิการทางการเคลื่อนไหว	676 ชิ้น
4.3 ซ่อมแซมกายอุปกรณ์เสริมและเทียม	82 ชิ้น
4.4 ให้คำปรึกษาด้านกายอุปกรณ์	118 ครั้ง
4.5 ประเภทผู้ป่วยที่มาใช้บริการ	
4.5.1 ผู้พิการจากอุบัติเหตุจราจร	39 ราย
4.5.2 ผู้พิการจากอุบัติเหตุอื่นๆ	153 ราย
4.5.3 ผู้พิการจากโรค	86 ราย
4.5.4 ผู้พิการแต่กำเนิด	6 ราย
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	
5.1 โดยกายภาพบำบัด	3,926 คน / 9,781 ครั้ง
5.2 โดยกิจกรรมบำบัด	1,840 คน / 4,782 ครั้ง

ด้านบริการ

กิจกรรม	จำนวน
6. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	
6.1 โดยกายภาพบำบัด	3,926 คน / 9,781 ครั้ง
6.2 โดยกิจกรรมบำบัด	1,840 คน / 4,782 ครั้ง
7. บริการออกเอกสารรับรองความพิการทางการเคลื่อนไหว	1,549 ราย
8. บริการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	5,442 ราย
9. บัตรทองในเขต	
9.1 บัตรทอง 30 บาท	1,148 คน / 2,970 ครั้ง
9.2 บัตรทองฟรี	1,606 คน / 4,116 ครั้ง
10. บัตรทองนอกเขต	
9.3 บัตรทอง 30 บาท	551 คน / 1,074 ครั้ง
9.4 บัตรทองฟรี	1,376 คน / 2,893 ครั้ง
10. สิทธิบัตรอื่นๆ พรบ. / ชำระเงิน / บัตรผู้พิการ	831 คน / 1,725 ครั้ง
11. ชำระราชการ / รัฐวิสาหกิจ / เบิกต้นสังกัด	1,377 คน / 6,550 ครั้ง
12. ประกันสังคม	364 คน / 1,397 ครั้ง

ด้านวิชาการ

1. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จัดอบรมโครงการลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกในบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างวันที่ 28 - 29 สิงหาคม 2556 ณ ห้องประชุมอุทุมพร รพ.กำแพงเพชร กลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 200 คน
2. นักกายภาพบำบัด รับเป็นอาจารย์พิเศษ ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา กายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยหัวเฉียว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมหาวิทยาลัยรังสิต
3. นักกิจกรรมบำบัด รับเป็นอาจารย์พิเศษ ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา กิจกรรมบำบัดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการที่ดำเนินการแล้ว ในปีงบประมาณ 2556		
ชื่อโครงการ	เจ้าของโครงการ	งบประมาณ
1. โครงการเวชศาสตร์ฟื้นฟูเชิงรุก	พญ.สมสุดา ยาอินทร์	เงินบำรุง รพ.กพ
2. โครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอด ด้านการทำ ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและ การเคลื่อนไหว (O&M) ปี 2556	น.ส.หทัยทิพย์ โชติรัตน์	สปสช.
3. โครงการศึกษาดูงาน เพื่อพัฒนา ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอด ด้านการทำ ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (O&M) ปี 2556	น.ส.หทัยทิพย์ โชติรัตน์	สปสช.
4. โครงการพัฒนาเครือข่าย กายภาพบำบัดในชุมชน	น.ส.นิโลบล แสงม่วง	เงินบำรุง รพ.กพ
5. โครงการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน	น.ส.ลำไย เมายาตา	เงินบำรุง รพ.กพ

แผนการดำเนินงาน ปี 2557

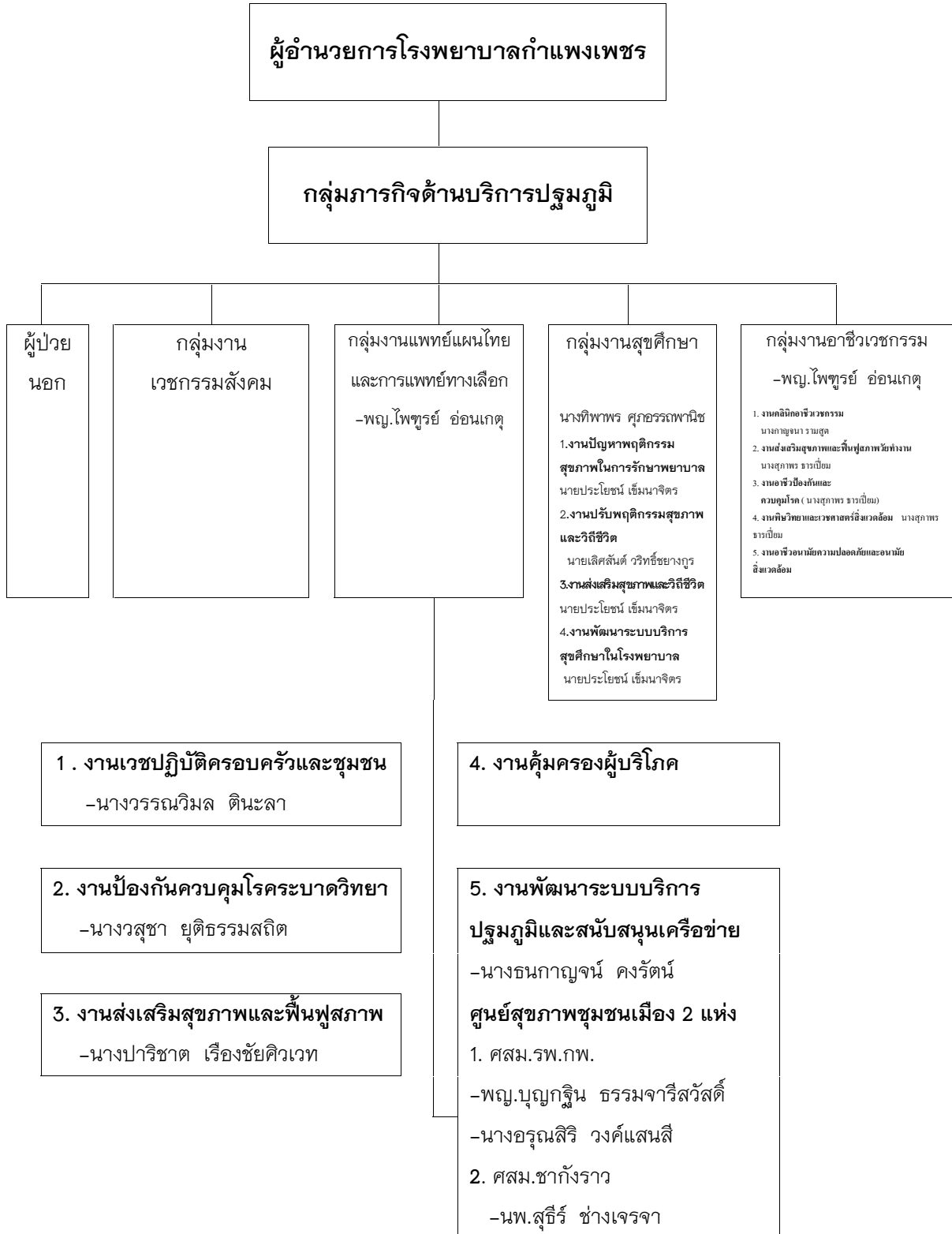
โครงการที่จะทำในปีงบประมาณ 2557		
ชื่อโครงการ	เจ้าของโครงการ	งบประมาณ
1. โครงการเวชกรรมฟื้นฟู ซ่อม สร้าง เสริมสุขภาพ เพื่อชุมชน	พญ.สมสุดา ยาอินทร์	เงินบำรุง รพ.กพ.
2. ขอสสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการแก่คนพิการเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลในเขตจังหวัด กำแพงเพชร ประจำปีงบประมาณ 2556	พญ.สมสุดา ยาอินทร์	กองทุนฟื้นฟูจังหวัด
3. โครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอด ด้านการทำ ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและ การเคลื่อนไหว (O&M) ปี 2557	น.ส.หทัยทิพย์ โชติรัตน์	สปสช.

แผนการดำเนินงาน ปี 2557

โครงการที่จะทำในปีงบประมาณ 2557		
ชื่อโครงการ	เจ้าของโครงการ	งบประมาณ
4. โครงการปรับภูมิทัศน์งาน กายภาพบำบัด	น.ส.อรวรรณ นครินทร์	เงินบำรุง รพ.กพ
5. โครงการจัดประชุมเครือข่าย กายภาพบำบัดสัณญจร จังหวัด กำแพงเพชร	น.ส.นิโลบล แสงม่วง	สสจ.
6. โครงการตรวจประเมินมาตรฐาน กายภาพบำบัดในโรงพยาบาล ชุมชน ในจังหวัดกำแพงเพชร ปี 2557	น.ส.นิโลบล แสงม่วง	สสจ.
7. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเชิงรุก โดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู	นางคันสนีย์ ลีระวัฒนา	กองทุนฟื้นฟูจังหวัด
8. โครงการเก้าอี้นั่งสำหรับเด็ก สมองพิการ	นางคันสนีย์ ลีระวัฒนา	กองทุนฟื้นฟูจังหวัด

กลุ่มภารกิจปฐมภูมิ

แผนภูมิโครงสร้างกลุ่มภารกิจปฐมภูมิ



บุคลากร กลุ่มภารกิจปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวน
1.	แพทย์	3
2.	พยาบาลวิชาชีพ	22
3.	พยาบาลเทคนิค	2
4.	นักวิชาการสาธารณสุข	9
5.	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3
6.	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	8
7.	เจ้าพนักงานธุรการ	2
8.	เจ้าหน้าที่พิมพ์ดีด	1
9.	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	3
10.	พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	2
11.	พนักงานทั่วไป	11
12.	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	3
	รวม	69

ผลงานการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

2.1 ด้านประชาชนในชุมชน : การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค

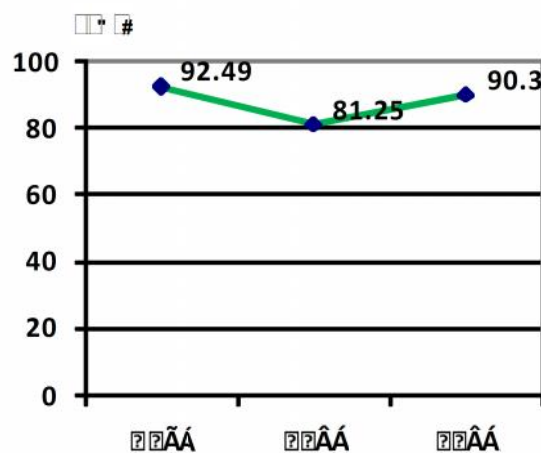
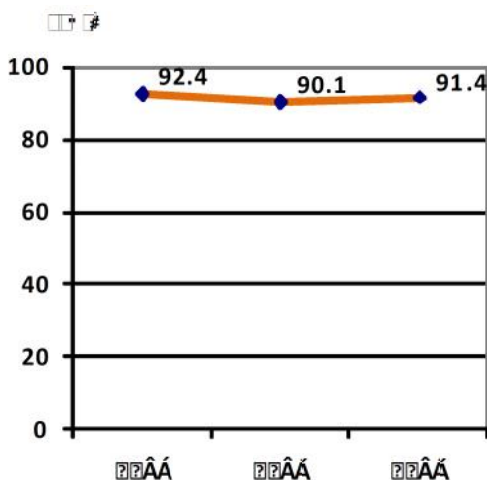
ไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของโรงพยาบาลกำแพงเพชรที่ผ่านมาพบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อมากที่สุด โดย 5 อันดับโรคที่พบในปี 2556 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น กลุ่มอาการท้องอืดอาหารไม่ย่อย และ โรคต่อกระຈก ตามลำดับ โดยโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม (Metabolic Syndrome) โดยเฉพาะสาเหตุจากความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น พบได้ในผู้ป่วย ทุกกลุ่มอายุ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจึงเน้น การพัฒนาในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ดังรายละเอียด ตัวชี้วัด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน
โรคความดันโลหิตสูง เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ข้อมูล / ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2553	2554	2555	2556
ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	90%	89.71	92.49	81.25	90.30
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	< 4%	3.69	0.56	1.80	2.10
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์	50%	35.44	52.83	35.44	39.90
ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ					
- ภาวะแทรกซ้อนทางตา*	≥ 60%	NA	81.2	62.61	12.3
- ภาวะแทรกซ้อนทางไต	≥ 60%	NA	59.44	62.61	87.87
- ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	≥ 60%	NA	89.94	93.67	76.14
ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	90%	75.65	92.40	90.10	91.40
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ					
- ภาวะแทรกซ้อนทางตา*	≥ 60%	NA	NA	20.03%	8.01 %
- ภาวะแทรกซ้อนทางไต	≥ 60%	NA	NA	3.83%	79.21%
- Lipid Profile	≥ 60%	NA	NA	73.58%	79.21 %

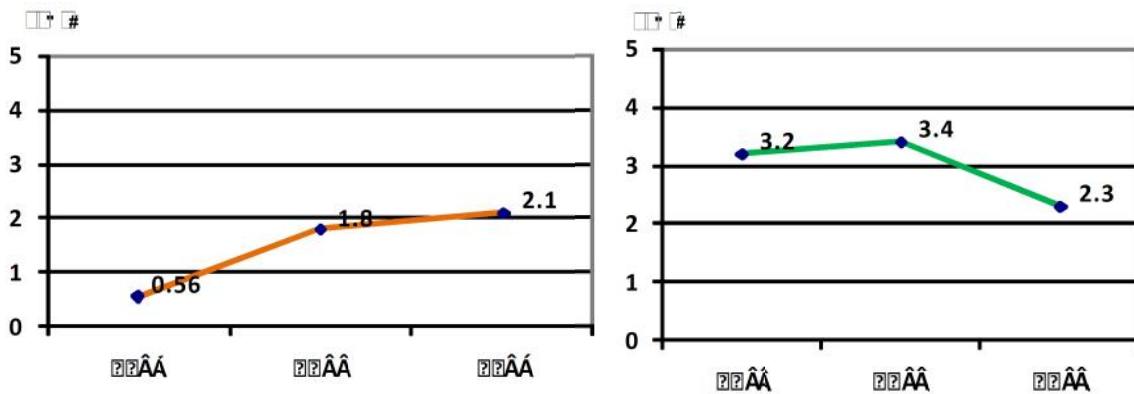
ตัวชี้วัด : ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป **ได้รับ** การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (เป้าหมาย > 90%)
 ตัวชี้วัด : ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป **ได้รับการคัด** กรองโรคเบาหวาน (เป้าหมาย > 90%)



หมายเหตุ : ในปี 2554 กลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป

การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการเข้าถึงการคัดกรองโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2554 - 2555 พบว่า มีการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 92.4 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.49 ต่อมาในปี 2555 มีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมาย โดยเพิ่มการคัดกรองประชาชนตั้งแต่ อายุ 15 ปีขึ้นไป ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมากขึ้น ผลงานจึงได้สัดส่วนที่ลดลง โดยการคัดกรองโรคเบาหวานทำได้ ร้อยละ 81.25 โรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 90.1 ส่วนข้อมูลในปี 2556 คัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 90.3 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 91.4 แนวโน้มของกลุ่มโรคเบาหวาน พบกลุ่มปกติเพิ่มขึ้น กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชรเห็นว่ายังคงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ (เป้าหมาย < 4%)
 (เป้าหมาย < 8%)



การเพิ่มกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในปี 2555 ทำให้พบผู้ป่วยใหม่ในกลุ่มอายุน้อย ทำให้ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เพิ่มขึ้นในปี 2555 และ 2556 ในขณะที่กลุ่มอายุน้อยยังไม่ป่วยเป็น ความดันโลหิตสูง เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยเบาหวานในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีความชุก ร้อยละ 1.88 (จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 5,115 คน จากประชากรทั้งหมด 271,213 คน) ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับภาพรวมของระดับประเทศ ที่มีอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ที่ ร้อยละ 6.9 ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการเป็นชุมชนในเขตเมือง ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษากับภาคเอกชน ไม่ได้เข้ามาลงทะเบียนในระบบการรักษาโรคเบาหวานของสถานบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ขณะนี้กำลังพัฒนาระบบการลงทะเบียนโรคเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยที่รักษาในภาคเอกชนเหล่านี้มาขึ้นทะเบียนทำให้การดูแลคนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานทำได้ดียิ่งขึ้น ในขณะเดียวกันพบว่า ในช่วงปี 2554-2556 มีการเปลี่ยนแปลงของบริบทของชุมชนในพื้นที่ของเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชรที่มีปัญหาต่อพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มจำนวนของร้านสะดวกซื้อ

ร้านขายอาหารต่าง ๆ ซึ่งไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และมีแนวโน้มทำให้เกิดโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเช่น การเปิดคลินิก DPAC ในสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายซึ่งเป็นการตั้งรับในสถานบริการอาจจะไม่เพียงพอ ในปี 2556 จึงมีการพัฒนาแนวทางในการดูแลกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการคืนข้อมูลให้ชุมชน และพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ทำให้ชุมชนหันมาใส่ใจตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้นจนสามารถลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงได้ โดยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลให้สามารถดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิพัฒนาตนเองให้เป็นต้นแบบในการปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพ และเป็นพี่เลี้ยงผู้สร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่กลุ่มเสี่ยงสูงในแต่ละพื้นที่ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยกลยุทธ์ 3 อ. 2 ส. มีการสนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชนสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีเพิ่มศักยภาพให้กับ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ตลอดจนการประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้าร่วมสนับสนุนหมู่บ้าน/ชุมชนให้มีสุขภาพดีตามแนววิถีชีวิตของแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน โรงพยาบาลกำแพงเพชรทำหน้าที่เชื่อมโยงเครือข่ายในแต่ละพื้นที่ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือกันให้เกิดเครือข่ายที่ดี ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน และกลุ่มป่วยมีแนวโน้มลดลง

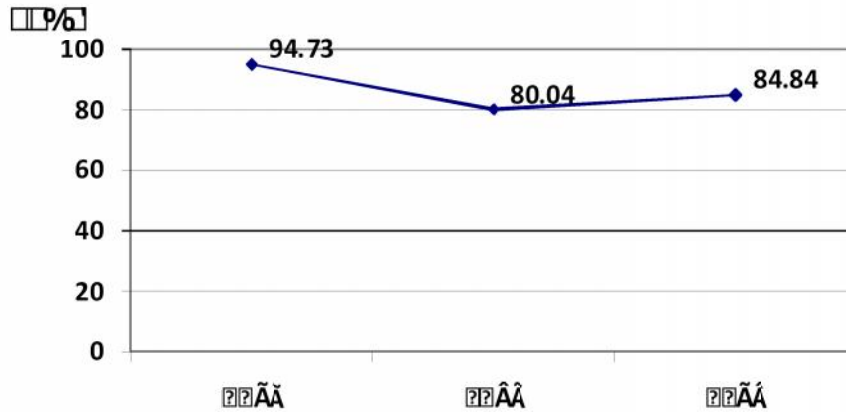
แผนการพัฒนาต่อเนื่อง ปี 2557

- โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน โดยใช้หลัก 3 อ. 2 ส. เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรังโดยจิตอาสาเครือข่ายอำเภอเมืองกำแพงเพชร และอบรม อสม./ อพส. โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน
- โครงการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยดูแลเฝ้าที่บ้านโดยใช้โปรแกรม Hos xP (ครอบคลุมทุกเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร)

2.2 ด้านบุคลากร

ตัวชี้วัด : ร้อยละการตรวจสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร

(เป้าหมาย 80%)

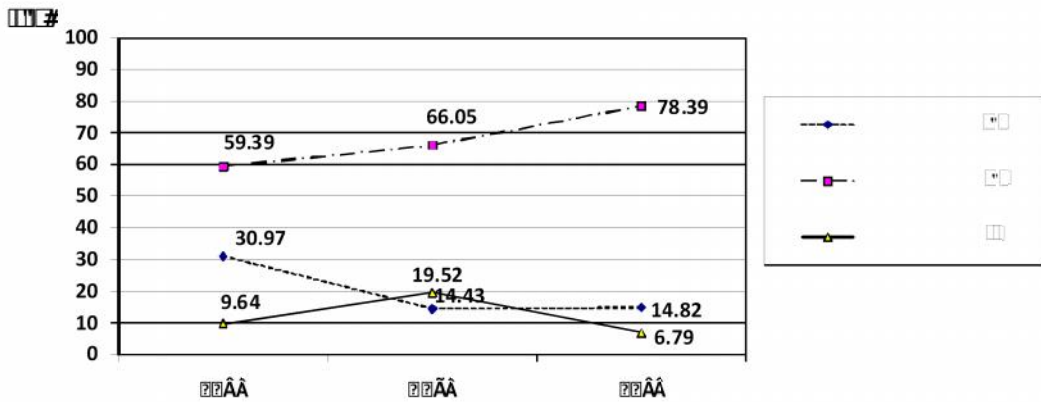


แนวทางการพัฒนาการตรวจสุขภาพและการดูแลสุขภาพบุคลากร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

1. สร้างความตระหนักให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี (ตรวจสุขภาพทั่วไป ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง) พัฒนาระบบบริการ และสร้างแรงจูงใจให้มารับการตรวจสุขภาพครอบคลุมมากขึ้น
2. พัฒนาระบบการติดตาม เพื่าระวังบุคลากรทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาระบบสารสนเทศ ให้สามารถค้นหา รวบรวม จัดการ วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. สร้างความตระหนักให้บุคลากรทุกคนประเมินความเสี่ยงจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอพร้อมทั้งการวิเคราะห์ หาสาเหตุ เพื่อลดอัตราการเกิดโรค การบาดเจ็บ การประสบอันตราย และอุบัติเหตุจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม
5. จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรในการดูแลสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำแนกตามกลุ่ม



1. **กลุ่มดี** พบว่าบุคลากรในกลุ่มดียังไม่เป็นตามเป้าหมายและมีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่าบุคลากรเริ่มมีสุขภาพที่ไม่ดี จึงมีแนวทางดังนี้

- การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านวิชาการต่างๆ การจัดประชุมวิชาการ เรื่อง ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การจัดการความเครียด หลักความปลอดภัยในการทำงาน การสำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ และการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม

- การจัดสถานที่ออกกำลังกายสำหรับบุคลากรอาจมีข้อจำกัด เพราะปัจจุบันมีการก่อสร้างอาคารที่พักหลายจุด แต่ก็ยังมีลานออกกำลังกายข้างตึกพัสดุ และเพิ่มสถานที่ออกกำลังกายบริเวณ ชั้นคาตฟ้าของตึกใหม่ และส่งเสริมให้ออกกำลังกายตามสวนสาธารณะ ใกล้บ้านโดยเลือกชนิดการออกกำลังกายตามความเหมาะสม เช่น รถมอเตอร์ไซด์ ปั่นปอง แบดมินตัน บาสเกตบอล วอลเลย์บอล วิ่ง แอโรบิค ฝึกปฏิบัติโยคะ พร้อมทั้งจัดแข่งขันกีฬาปีละ 1 ครั้ง

- กลุ่มงานจักษุวิทยาและโสตสอนาสิก ได้ร่วมตรวจตา และตรวจการได้ยินให้แก่บุคลากร ในช่วงของการตรวจสุขภาพ

- กลุ่มบุคลากรใหม่กำหนดให้มีจัดอบรมเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการทำงาน

- จัดปฐมนิเทศแก่บุคลากรทุกคน ในเรื่องระบบการทำงานของโรงพยาบาล จัดอบรม standard precaution การล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

- สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยฉีดวัคซีนกลุ่มที่ไม่มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบนิดบี วัคซีนไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

2. **กลุ่มเสี่ยง** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าบุคลากรเริ่มมีสุขภาพที่ไม่ดี อาจเกิดจากความให้เสี่ยงทางสุขภาพที่เป็นไปตามช่วงอายุ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ จากการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของบุคลากรพบว่า บุคลากรมีความเสี่ยง ดังนี้

- โรคทั่วไป 3 ลำดับ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และภาวะซีด ได้มีแนวทางในการดูแลดังนี้

1) กลุ่มที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (LDL) ได้มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร อย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าบุคคลากรมีภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ ในปี พ.ศ. 2556 ได้จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมประกวดหน่วยงานต้นแบบและบุคคลต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลกำแพงเพชร เน้นหลักการ 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา สูบบุหรี่) มีการประเมินผลก่อน-หลัง ดำเนินกิจกรรม โดยดำเนินการควบคุมกับคลินิก DPAC พบว่า ปี 2556 ภาวะไขมันในเลือด (LDL) ร้อยละ 35.96 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2555 ไขมันในเลือด (LDL) ร้อยละ 42.73 ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรมีความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

2) กลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้ให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ มีนโยบายด้านอาหาร “ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม” วิธีการจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรณรงค์งดดื่มสุราและงดสูบบุหรี่ จากการติดตาม พบว่า ปีงบประมาณ 2556 เจ้าหน้าที่ที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 61.1 มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย เมื่อเทียบกับปี 2555 ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 55.34

3) กลุ่มที่มีภาวะซีด (Hct < 30 %) ได้ส่งพบแพทย์ทุกราย และติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องปี 2556 เจ้าหน้าที่ที่มีภาวะ Anemia จำนวน 7 ราย พบว่าส่วนหนึ่งเป็นพาหะของโรค Thalassemia และภาวะขาดธาตุเหล็ก จึงควรติดตามเฝ้าระวังต่อไป

- โรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ ปัญหาที่พบมาก คือ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ และเอ็น กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ร่วมกับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ได้ร่วมจัดทำโครงการเชิงปฏิบัติการลดการบาดเจ็บจากกล้ามเนื้อและกระดูกในบุคลากร พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ และสาธิตการออกกำลังกาย วิธีการยกของที่ถูกต้อง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อแก้ปัญหการปวดหลัง ปวดตามกล้ามเนื้อและเอ็น

- โรคจากการประกอบอาชีพ ได้จัดระบบเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง จากการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงจากสารตะกั่วในเลือด ปี 2555 ผลปกติทุกคน และตรวจสารปรอท พบว่าการตรวจมีผลปกติ ส่วนงานซักฟอก งานซ่อมบำรุง งานจ่ายกลาง งานเภสัชกรรมฝ่ายผลิต และงานสนาม ได้มีการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน พบว่าบุคลากรมีระดับการได้ยินผิดปกติ 2 ราย และต้องเฝ้าระวัง จำนวน 5 ราย ได้ให้อาชีวเวชศึกษาแนะนำการใช้อุปกรณ์ป้องกันหูเมื่อต้องทำงานสัมผัสกับเสียงดัง พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังต่อไป

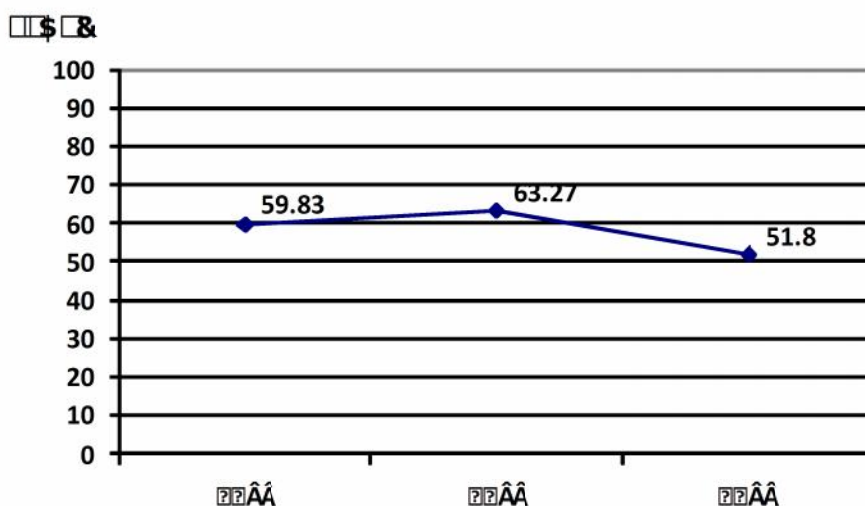
- อุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร

1. อุบัติเหตุของมีคมที่มึน แหวง บาด ขณะปฏิบัติงาน ได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมกลุ่มเรื่องหลักความปลอดภัยในการทำงาน/ การใช้อุปกรณ์ป้องกันและการตัดแยกขยะที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน
2. อุบัติเหตุจากการทำงาน นอกเหนือจากเข็มที่มึน แหวง บาด และสัมผัสสารคัดหลั่งพบว่า มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เนื่องจากเมื่อบุคลากรเกิดการบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงาน ได้ดำเนินการสอบสวน ค้นหาสาเหตุของการเกิด และเกิดมาตรการป้องกัน

3. กลุ่มป่วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และวัณโรค

ดำเนินการเฝ้าระวัง และติดตามให้มาตรวจตามนัด พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เช่น ภาวะโภชนาการ การประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้น เรื่องค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจวัตรประจำวัน เพื่อมิให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรืออาการมากขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรค และเป็นที่ปรึกษา กรณีบุคลากรป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อภูมิคุ้มกันต่ำ ดำเนินการดูแลให้ปฏิบัติงานในสถานที่ ที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ตัวชี้วัด : เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ตร.ม.) (เป้าหมาย 70%)



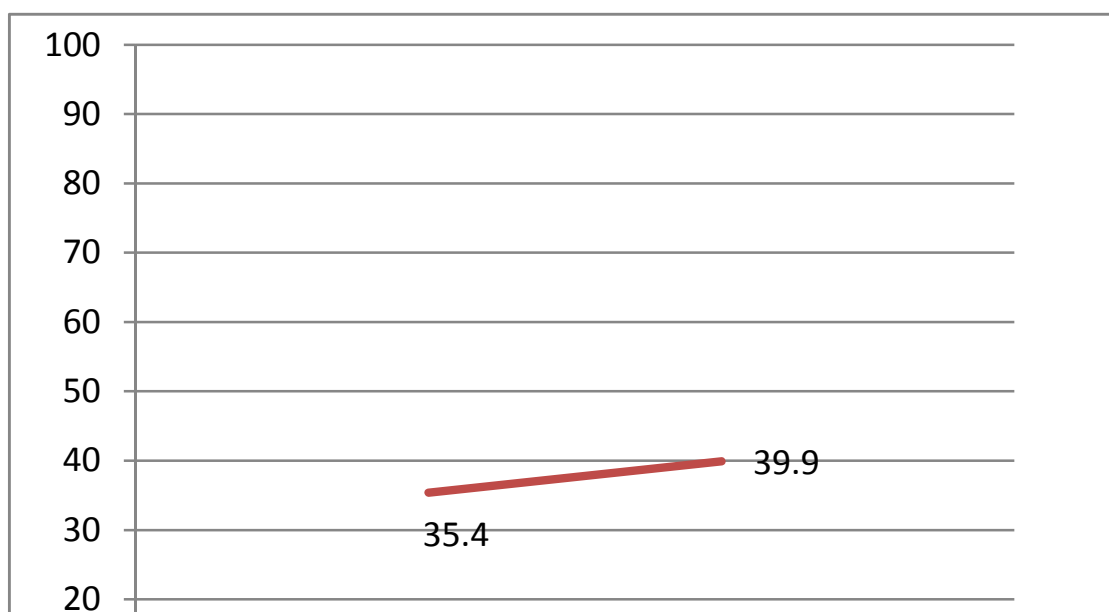
พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีดัชนีมวลกายปกติ ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีสุขภาพที่ไม่ดี จึงมีแนวทางดังนี้

1. สร้างกระแสให้บุคลากรและหัวหน้าหน่วยงานตระหนักปัญหาาร่วมกัน โดยการแจ้งผลตรวจสุขภาพประจำปี ให้กับหัวหน้าหน่วยงานทราบด้วย (นอกเหนือจากแจ้งผลรายบุคคลแล้ว) เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานกระตุ้นและสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน
2. ประกาศนโยบายองค์กรไร้พุง
3. จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องโภชนาการ ผลการมีภาวะไขมันในเลือดสูง และออกกำลังกาย
4. ประกาศนโยบายด้านโภชนาการที่เป็นรูปธรรม “ลดหวาน มัน เค็ม” เช่น การจัดอาหารส่งเสริมสุขภาพในงานประชุม และการจัดอาหารว่าง ที่เน้น น้ำเปล่า ผลไม้ แทนขนมปัง ขนมหวาน และน้ำอัดลม เป็นต้น
5. ส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกายโดยจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย จัดสถานที่ออกกำลังกาย มีอุปกรณ์ที่เพียงพอและทันสมัย ทำป้ายประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้บุคลากรเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์
6. ส่งเสริมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมประกวดหน่วยงานต้นแบบและบุคคลต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากร

2.2 ด้านผู้รับบริการ

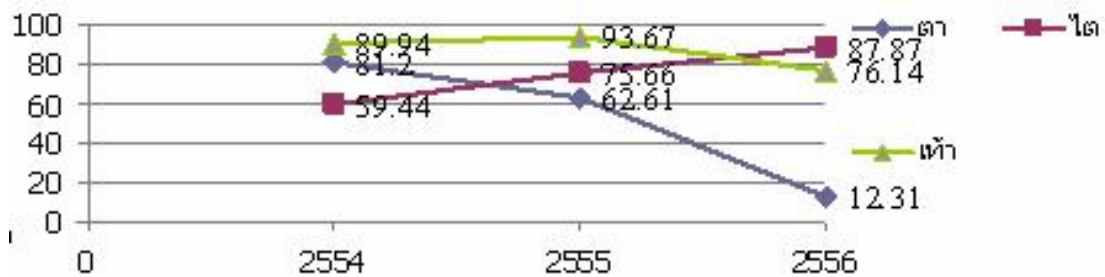
ตัวชี้วัด ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์

(เป้าหมาย 50%)



ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยในปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 35.44 และ ในปี 2556 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 39.90 ซึ่งมีแนวโน้มค่าระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ร้อยละ 4.46 โดยในปีที่ผ่านมาทีมสุขภาพได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้อง (อาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค) เน้นการฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาล การคลายเครียด การรับประทานยา การฉีดยาที่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีการจัดกิจกรรมกลุ่มสุขภาพ และการให้คำปรึกษารายบุคคล มีการทบทวนจากแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ เพื่อรักษาที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน

ตัวชี้วัด ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (เป้าหมาย ≥ 60 %)

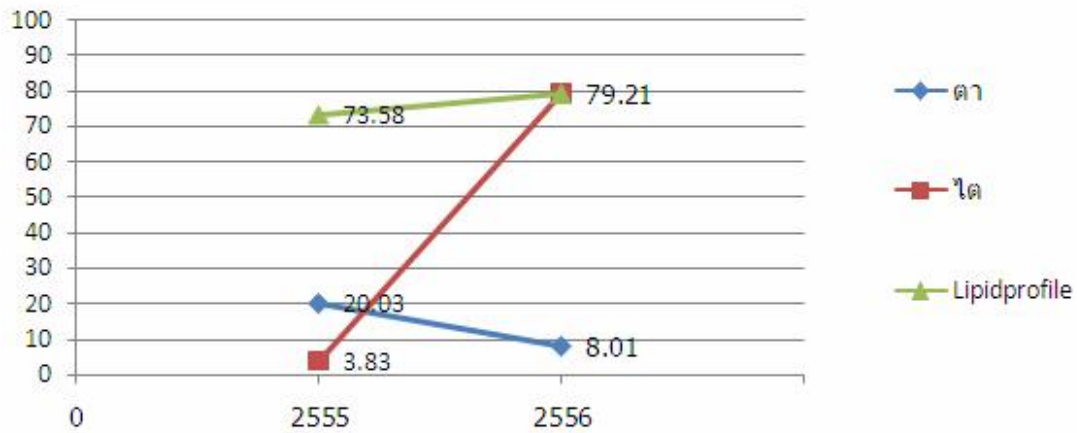


ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีการวางระบบในการตรวจคัดกรอง การส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ทั้งภายในโรงพยาบาล รพ.สต.ในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ในปี 2554 มีการตรวจคัดกรอง ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 81.2 (1,179 ราย) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 59.44 (724 ราย) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 89.94 (1,306 ราย) ปี 2555 มีผลดังนี้ มีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 62.61 (2,375 ราย) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 75.66 (2,856 ราย) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 93.67 (3,536 ราย) ปี 2556 มีผลดังนี้ มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 12.31 (642 ราย) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 87.87 (4,584 ราย) และพบผิดปกติ ร้อยละ 14.16 (649 ราย) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 76.14 (3,972 ราย) และพบผิดปกติ ร้อยละ 5.06 (201 ราย)

ตัวชี้วัด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

(เป้าหมาย $\geq 60\%$)



ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีการวางระบบในการตรวจคัดกรอง การส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ทั้งภายในโรงพยาบาล รพ.สต.ในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การตรวจคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 20.03 (1,863 ราย) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 3.83 (357 ราย) คัดกรอง Lipid Profile ร้อยละ 73.58 (6,866 ราย) ในปี 2556 การดำเนินการตรวจคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.01 (1,098 ราย) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 79.21 (10,757 ราย) คัดกรอง Lipid Profile ร้อยละ 79.21 (10,757 ราย) ซึ่งจากการคัดกรอง พบความผิดปกติ ทั้ง 3 ด้าน (ทางตา ทางไต และ Lipid Profile) และได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ รวมทั้งการจัดการความรู้การดูแลสุขภาพโดยกระบวนการสุขภาพ จัดกิจกรรมสุขภาพ เป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล เน้น 3 อ และ 2 ส พร้อมทั้งเข้าคลินิก DPAC เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

งานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

งานด้านบริการ

- 1 ให้การตรวจรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการนวดไทย
- 2 ให้การตรวจรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการประคบสมุนไพร
- 3 สอนทำบริหารร่างกายตามแนวทางหัตถเวชกรรมแผนไทยและทำบริหารฤาษีตัดตน
- 4 ให้การตรวจรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยการใช้ยาสมุนไพร
- 5 ออก PCU ช่วยตรวจรักษาและส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย
- 6 พัฒนาศักยภาพ อสม. และหมอนวด ช่วยงานบริการใน รพ.สต.
- 7 งานประสานงานและนิเทศงานแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. เครือข่าย
- 8 งานประสานงานการแพทย์แผนไทยกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 9 ส่งรายงานและสรุปผลการดำเนินงาน, งานพัฒนาคุณภาพโครงการแพทย์แผนไทย
- 10 งานเตรียมหม้อนึ่งลูกประคบและเก็บอุปกรณ์
- 11 งานปูเตียง เก็บเตียง ทำความสะอาดห้อง
- 12 งานรับ – ส่ง ซัพพลาย
- 13 งานเบิกจ่ายวัสดุ

งานด้านการผลิต

- 14 ช่วยฝ่ายเภสัชกรรมผลิตยาสมุนไพร
- 15 ช่วยงานแผนกอื่นในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม, ออกหน่วย
- 16 งานวิทยากรการแพทย์แผนไทย

กลุ่มงานสุขศึกษา

เจตจำนงของงาน

งานสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการบริการในโรงพยาบาล โดยการให้สุขศึกษา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไป มีความรู้ สามารถดูแลตนเองในด้านการรักษาป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู มีหน้าที่สร้างประสบการณ์การเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ในหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา การจัดอบรม การใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ จากผลงานวิจัย และสร้างเครื่องมือ เอกสาร โสตทัศนูปกรณ์ สนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แก่ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ

หน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน

ด้านบริหาร

- เป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ในหน่วยงาน
- กำหนดหน้าที่รับผิดชอบ แบ่งงานมอบหมายหน้าที่
- จัดระเบียบบริหารบุคลากร ทรัพยากร และงบประมาณ
- พัฒนาจัดบริการด้านสุขศึกษา
- ควบคุมกำกับติดตามผลงาน
- ประสานงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมวางแผนประชุม ประเมินงานสุขศึกษาร่วมกับเทศบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ด้านบริการ

- พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการรักษาพยาบาล ให้แก่กลุ่มเป้าหมาย
- ปรับพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต
- ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรค
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- เป็นวิทยากรบรรยายในโอกาสต่างๆ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านวิชาการ

- ศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์และวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตามปัญหาสาธารณสุขเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษา
- พัฒนาต้นแบบวิชาการงานสุขศึกษา และเทคโนโลยีด้านการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาการดำเนินงานสุขศึกษา
- พัฒนามาตรฐานงานสุขศึกษา ตามองค์ประกอบทั้ง 10 ข้อ
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารความรู้ ความสามารถด้านสุขศึกษา โดยใช้ทฤษฎีต่าง ๆ

ผลงานกิจกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับร้อยละที่ปฏิบัติได้		
		2554	2555	2556
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษามีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	70 %	53.2	52.7	82.6
2. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่	< 5 %	4.05	2.7	2.68
3. ร้อยละของผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	50 %	77.5	60.7	65.5
4. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาล มีโครงการ / กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	80 %	65.5	66	69.35
5. ร้อยละของการสนับสนุนสื่อสุขภาพแก่ผู้รับบริการ	100 %	100	100	100
6. ร้อยละของชุมชนในเครือข่ายมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	80 %	76.4	78	100
7. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3 อ. 2 ส.) และลดเสี่ยง (Health Literacy)	50 %	-	-	63.18
8. ร้อยละของผู้มารับบริการ DPAC และ DPAC+ ที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์ สามารถลดรอบเอวลงได้	70 %	-	-	83.33

ผลงานเด่น ปี 2556

- ผ่านการรับรองมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกไร้พุงดีเด่นระดับเขต
- ชนะเลิศการประกวดเมนูอาหารเฉพาะโรคระดับจังหวัด
- ชนะเลิศโครงการพิชิตอ้วนพิชิตพุงประเภทบุคคลระดับจังหวัด

กิจกรรม/แผนงานที่ดำเนินการใน ปี 2557

- โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรและประชาชนในเครือข่าย รพ. กำแพงเพชร โดยใช้หลัก 3 อ. 2 ส.
- จัดตั้งศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [Fit For Life] โรงพยาบาลกำแพงเพชร
- โครงการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ มาตรฐานงานสุขภาพศึกษา

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล



วิสัยทัศน์ขององค์กรพยาบาล

เป็นองค์กรพยาบาลที่มีคุณภาพ พร้อมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่ดีภายในปี 2558

พันธกิจขององค์กรพยาบาล

องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการพยาบาลให้มีคุณภาพโดยส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ คู่คุณธรรม ทำงานอย่างมีความสุข เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและดูแลตนเองได้

นโยบายการบริหารการพยาบาล

- พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถ ปริมาณเพียงพอ และทำงานอย่างมีความสุข
- พัฒนามาตรฐานการพยาบาลในเรื่อง
 - จริยธรรม
 - ทัศนคติผู้ป่วย
 - กระบวนการพยาบาล
 - สร้างเสริมสุขภาพผู้รับบริการ
- พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง
- พัฒนาการนิเทศกำกับงานอย่างต่อเนื่องและมุ่งเน้นผลลัพธ์
- ประสานความร่วมมือระดับองค์กร

เป้าหมายขององค์กรพยาบาล

เพื่อให้การบริหารงานพยาบาลมีประสิทธิภาพ

จุดเน้น

1. ป้องกันและลดอุบัติเหตุการณความเสี่ยงที่สำคัญ
2. พัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลโดยสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาล
3. ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่/นวัตกรรมในองค์กร
4. ให้บริการด้วยใจ

แผนกลยุทธ์องค์กรพยาบาล

1. พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยกำหนดแผนงาน/โครงการในเรื่องการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานในโรงพยาบาล 5 หมวด การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลโดยใช้ SIMPLE และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน
2. พัฒนาระบบเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ โครงการสนับสนุนและสร้างเครือข่ายผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกำแพงเพชร
3. พัฒนาสมรรถนะและพัฒนาบุคลากร โดยมีแผนงาน/โครงการ เช่น โครงการประเมินและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร รวมถึงโครงการอบรมฟื้นฟูความรู้ตามสภาพปัญหาของโรงพยาบาล
4. จัดอัตรากำลังให้มีความเหมาะสม โดยการพัฒนากระบวนการจัดการด้านกำลังคนทางการพยาบาล เช่น การวิเคราะห์ภาระงาน การจัดการฐานข้อมูล เป็นต้น
5. เสริมสร้างความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น การปรับค่าตอบแทนล่วงเวลาและค่าเวร ให้สูงกว่าเกณฑ์กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข การเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างชั่วคราว ได้ไปศึกษาอบรมเฉพาะทาง (4 เดือน) เป็นต้น
6. เร่งรัดการใช้เทคโนโลยีเพื่อการทำงานให้ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร ได้แก่ แผนงาน/โครงการ พัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลของกลุ่มการพยาบาล
7. สร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรของโรงพยาบาล ได้แก่ โครงการสนับสนุนให้บุคลากรมีการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

งานผู้ป่วยนอก (OPD)

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีเจตจำนงในการให้บริการตรวจรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และเป็นที่ยังพอใจของผู้รับบริการ มีขอบเขตบริการ โดยให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกเพศและทุกวัยที่เจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินตั้งแต่แรกถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วยการบริการก่อนตรวจ การบริการขณะตรวจและการบริการหลังตรวจ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เวลาให้บริการตรวจและรักษาโรค

1. คลินิกรุ่งอรุณตั้งแต่เวลา 06.30-08.30 น.
2. เวลาปกติตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.
3. คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (เบิกได้) และคลินิกนอกเวลาราชการ (บัตรทอง) ตั้งแต่เวลา 16.30-20.00 น.

ผลการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยนอก ปี 2556

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย	ปี 2556	
			รุ่งอรุณ	ปกติ
1	ประเมินอาการแรกรับและจำแนกประเภทผู้ป่วย	ครั้ง	277,286	
2	ตรวจสอบสิทธิบัตรและจำแนกแผนกผู้ป่วย	ครั้ง	255,509	
3	ประเมินอาการและซักประวัติความเจ็บป่วย			
	อายุรกรรม	ครั้ง	22,126	27,114
	ศัลยกรรม	ครั้ง	1,898	10,898
	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	ครั้ง	6,022	14,390
	กุมารเวชกรรม	ครั้ง	6,006	10,932
	หู คอ จมูก	ครั้ง	0	10,544
	OPD บ่าย	ครั้ง	0	33,900
4	คลินิกพิเศษ			
	- คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (เบิกได้)	ครั้ง		4,188
	- คลินิก ATC	ครั้ง		4,213
	- คลินิก PATC	ครั้ง		233
	- คลินิกวัณโรค	ครั้ง		1,593
	- คลินิกโรคเบาหวาน	ครั้ง		4,629
	- ตรวจเท้าในคลินิกโรคเบาหวาน	ครั้ง		1,881
	- คลินิกตรวจฟัน	ครั้ง		501
	- คลินิกผู้สูงอายุ	ครั้ง		0
	- คลินิกโรคผิวหนัง	ครั้ง		3,991
	- คลินิกเลเซอร์	ครั้ง		46
	- คลินิกโรคไต	ครั้ง		1,166

ผลการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยนอก ปี 2556

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	ปี 2556	
			รุ่งอรุณ	ปกติ
4	คลินิกพิเศษ - คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง - Echo/EST - คลินิกโรคหืด - คลินิกโรคมะเร็ง (Tumor Clinic) - ศูนย์เคมีบำบัด - ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง - คลินิกนอกเวลาราชการ (บัตรทอง) - ตรวจสุขภาพข้าราชการ	ครั้ง	1,319	1,633
		ครั้ง	0	653
		ครั้ง	0	1,197
		ครั้ง	0	1,051
		ครั้ง	0	1,113
		ครั้ง	0	335
		ครั้ง	0	6,078
		ครั้ง	0	3,431
รวมผู้ป่วย OPD		ครั้ง	44,934	239,601
5	ให้การพยาบาลเบื้องต้น เช็ดตัวลดไข้/พินยาให้การพยาบาลก่อน/ขณะ/หลังตรวจ	ครั้ง		4,226
6	ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ (หลังตรวจ)	ครั้ง		22,503
7	จัดกลุ่มให้ความรู้ในคลินิก (Education Program)	ครั้ง		12,731
8	บริการนัดผู้ป่วย	ครั้ง		11,804
9	เวชปฏิบัติยาเติมใน TB Clinic/TT/PCEC/RI	ครั้ง		2,449
10	บริการฉีดยา	ครั้ง		16,826
11	เจาะเลือดคัดกรองภาวะ MR ในเด็กแรกเกิด	ครั้ง		108
12	บริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	ครั้ง		11,082
13	ประเมินอาการ/ให้ข้อมูล จุติรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล	ครั้ง		9,670
14	ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่	ครั้ง		35
15	บริการติดตามผู้ป่วย ผลชิ้นเนื้อผิดปกติ	ครั้ง		257
	ผู้ป่วยขาดนัด TB Clinic	ครั้ง		1,747
16	ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (HHC)	ครั้ง		342
17	Pre-post counselling	ครั้ง		2,831

ผลการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยนอก ปี 2556

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	ปี 2556	
			รุ่งอรุณ	ปกติ
18	ห้องทำแผล (OPD Ortho)			
	ทำแผล/ฉีดยา	ครั้ง	-	1,772
	ตัดไหม	ครั้ง	-	1,011
	ถอดเหล็กออก	ครั้ง	-	237
	ใส่เฝือก	ครั้ง	-	803
	ตัดเฝือก	ครั้ง	-	813
	ใส่ Slab	ครั้ง	-	643
	ถอด Slab	ครั้ง	-	779
	ใส่ Skin Traction/ใส่ Figure of 8	ครั้ง	-	23
	เจาะเข้า/เจาะข้อ/เจาะ Window ฯลฯ	ครั้ง	-	125
19	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย			
	<u>เวรเช้า</u>			
	เดินส่ง	ครั้ง	-	30
	รถเข็นนั่ง	ครั้ง	-	41,060
	เปลนอน	ครั้ง	-	71,653
	<u>เวรบ่าย</u>			
	เดินส่ง	ครั้ง	-	0
	รถเข็นนั่ง	ครั้ง	-	7,338
	เปลนอน	ครั้ง	-	4,431
	<u>เวรดึก</u>			
	เดินส่ง	ครั้ง	-	0
	รถเข็นนั่ง	ครั้ง	-	5,077
	เปลนอน	ครั้ง	-	18,334

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. ประสิทธิภาพการให้บริการปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่
2. การพัฒนาระบบงานในคลินิกเบาหวาน

การพัฒนางานคุณภาพ/กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อปี 2557

1. การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลในคลินิกเบาหวาน
2. โครงการเสริมสร้างพลังใจ เพื่อสูชอนามัยเด็กติดเชื้อ

งานให้คำปรึกษา (Counseling) ผู้ป่วยนอก

- วิสัยทัศน์** “เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ พร้อมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาวะที่ดีภายในในปี 2558”
- พันธกิจ** บริการให้คำปรึกษา แบบองค์รวมแก่ผู้มารับคำปรึกษาให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับปัญหาและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ
- นโยบาย** ให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเน้นให้ผู้มาปรึกษา มีความรู้ความเข้าใจ ยอมรับปัญหา และดูแลสุขภาพตนเองให้มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ
- เจตจำนง** บริการให้คำปรึกษา ตามหลักและกระบวนการปรึกษาและให้การพยาบาลแบบ องค์รวมแก่ผู้มาปรึกษาที่มีปัญหาสุขภาพอนามัยทั่วไป โรคเรื้อรังรวมทั้งโรคเอดส์ ให้มีความรู้ ความเข้าใจยอมรับปัญหา และดูแลสุขภาพตนเองให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ บริการในวันและเวลาราชการ เวลา 08.30 น.-16.30 น.

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

1. ให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยทั่วไป โรคเรื้อรังและโรคเอดส์
2. ให้บริการปรึกษาเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลทั้งภายในและภายนอกองค์กร
3. ปฏิบัติงานสอดคล้องกับพันธกิจของกลุ่มงานการพยาบาล
4. ส่งเสริมให้มีการวิจัย และการพัฒนาคุณภาพงานบริการปรึกษา
5. เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการแก่พยาบาล ในการช่วยเหลือพัฒนาความสามารถด้านการ ปรึกษาและช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนด้านปรับตัวหรือปรับพฤติกรรม
6. ร่วมประเมินนิเทศงานการให้คำปรึกษา ทั้งภายในและภายนอกองค์กร
7. เป็นหน่วยงานที่มีแนวทางการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
พยาบาลวิชาชีพ	2
ผู้ช่วยเหลือให้คำปรึกษา	1
รวม	3

หมายเหตุ : พยาบาลวิชาชีพ 1 คน มาจากกลุ่มงานผู้ป่วยนอกหมุนเวียนมาปฏิบัติงานและมีผู้ช่วยเหลือ คนใช้ใหม่ 1 คน

ตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยงานให้คำปรึกษา ได้แก่

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย (target)	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปี 2556
1. ผู้รับบริการให้คำปรึกษาได้รับความพึงพอใจ	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการให้คำปรึกษา	80%	86.00%
2. ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการการให้คำปรึกษา	จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการการให้คำปรึกษาไม่เกิน 2 ราย/เดือน	ไม่เกิน 24 ราย/ปี (>3% / ปี)	0%
3. ผู้รับบริการได้รับการบริการให้คำปรึกษาที่รวดเร็ว	ผู้รับบริการได้รับการให้คำปรึกษาไม่เกิน 50 นาที (มาตรฐานการให้คำปรึกษา 30-50 นาที/ราย) ไม่เกิน 5 ราย/เดือน	ไม่เกิน 60 ราย/ปี (>7% / ปี)	0%
4. ความผิดพลาดในการให้บริการให้คำปรึกษา	อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้บริการให้คำปรึกษาไม่เกิน 5 ราย/เดือน	ไม่เกิน 60 ราย/ปี (>7% / ปี)	0%

ผลการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาปี พ.ศ.2556

ลำดับ	รายการ	ปี 2556
1.	ยอดสรุปภาพรวมงานคำปรึกษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมด	7,738
	* ผล HIV Positive (ชาย)	92
	* ผล HIV Positive (หญิง)	70
	ได้แก่ 1.1 ยอดจำนวนผู้รับคำปรึกษาทั้งหมด (OPD)	1,588
	* ผล HIV Positive (ชาย)	54
	* ผล HIV Positive (หญิง)	38
	1.2 ยอดผู้รับคำปรึกษาทั้งหมด (IPD)	867
	* ผล HIV Positive (ชาย)	27
	* ผล HIV Positive (หญิง)	16
	1.3 ยอดผู้รับคำปรึกษาทั้งหมด (ANC)	1,874
	* ผล HIV Positive (ชาย)	10
	* ผล HIV Positive (หญิง)	6
	1.4 ยอดผู้รับคำปรึกษาทั้งหมด (ATC)	3,409
	* ผล HIV Positive (ชาย)	1
	* ผล HIV Positive (หญิง)	10

ผลการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาปี พ.ศ.2556

ลำดับ	รายการ	ปี 2556
2.	แผนก	
	2.1 อายุรกรรม	
	- TB	
	- อื่น ๆ (ผิวหนัง เป็นต้น)	
	2.2 ศัลยกรรม	
	- ฟังผลชิ้นเนื้อ	
	- อื่น ๆ (ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมกระดูก)	
	2.3 สูติ-นรีเวชกรรม	1,145
	- Y05	38
	- อื่น ๆ	1,107
	2.4 เด็ก	211
	2.5 ENT	195
	2.6 EYE	16
	2.7 PCU	33
	2.8 ER	33
3.	ประเภท Counseling	
	3.1 Pre - Counseling	1,588
	3.2 Post - Counseling	1,588
	3.3 ยินยอมเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ	880
	3.5 ราชกลุ่ม	
	3.6 ราชบุคคล	880
	3.7 ก่อนแต่งงาน/ก่อนมีบุตร	21
	3.8 ขอใบรับรองแพทย์	24
	3.9 หนังสือส่งตัวเพื่อรักษาต่อ	
4.	โรคที่ให้คำปรึกษา	
	4.1 อนามัยทั่วไป	1,588
	4.2 เรื้อรัง	195
	4.3 HIV	880
5.	ผลเลือด HIV	
	5.1 Negative	813
	5.2 Positive	92
	ผลเลือด HIV Positive (ชาย)	54
	ผลเลือด HIV Positive(หญิง)	38

ผลการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาปี พ.ศ.2556

ลำดับ	รายการ	ปี 2556
6.	ผู้ติดเชื้อ HIV	
	6.1 ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (ส่ง รง.506/1)	79
	ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (ชาย)	47
	ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (หญิง)	32
	6.2 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรายเก่า	-
	6.3 ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (ส่ง รง.506/1)	79
	ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (ชาย)	47
	ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (หญิง)	32
	6.4 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรายเก่า	-
	6.5 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรายเก่า	-
7.	การให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือ	
	7.1 โรค	1,588
	7.2 ยา	1,588
	7.3 การดำเนินชีวิต	1,588
8.	การเข้าร่วมโครงการ	
	8.1 PATC	-
	8.2 ATC	31
	เข้าร่วมโครงการATC (ชาย)	23
	เข้าร่วมโครงการATC (หญิง)	8
	- ATC ที่โรงพยาบาลอื่น	-
	- ATC ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร	31
9.	1 ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ	-

ผลงานเด่น/นวัตกรรม

- ได้รับรางวัลดีเด่นด้านการไกล่เกลี่ยจากศูนย์สันติวิธีกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ศาสตร์และศิลปะวิชาชีพการพยาบาลให้การปรึกษามบูรณาการผสมผสาน ได้รับโล่และรางวัลจำนวน เงิน 6,000 บาท เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2556
- เป็นที่ศึกษาดูงานของคณะกรรมการร้องเรียนและไกล่เกลี่ย 5 จังหวัด มาดูงาน

การพัฒนาคุณภาพ ได้แก่

- การทบทวน CQI เรื่องการให้คำปรึกษา
- การทบทวนแบบบันทึกการให้การปรึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาลเต็มใช้ในงานผู้ป่วยนอก ได้เริ่มนำมาใช้ในหอผู้ป่วยในโดยแจ้งในที่ประชุมพยาบาลเครือข่ายให้การปรึกษา
- สำรวจความพึงพอใจของผู้รับคำปรึกษา

กิจกรรม / แผนงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2556

ด้านบริหาร

1. ทบทวนนโยบาย, วิสัยทัศน์, พันธกิจ, ปรัชญา เจตจำนงของหน่วยงานให้สอดคล้องกับกลุ่มงานการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

ด้านบริการ

1. ให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยทั่วไป โรคเรื้อรังและโรคเอดส์ทั้งรายกลุ่ม/บุคคล
2. ให้บริการ นิเทศงานให้การปรึกษาทั้งภายใน และภายนอกองค์กร
3. ให้บริการเจรจาไกล่เกลี่ยด้วยสันติวิธีโดยใช้ศาสตร์และศิลปะพยาบาลให้การปรึกษาและการเจรจาไกล่เกลี่ย

ด้านวิชาการ

1. จัดแนวทางการให้การปรึกษาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. พัฒนาให้เจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีความรู้ความสามารถให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
3. สำรวจความพึงพอใจ งานให้การปรึกษาผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาโอกาสพัฒนา
4. จัดประชุมเครือข่ายคณะกรรมการพยาบาลให้การปรึกษา อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง หรือตามความเหมาะสม

แผนพัฒนาคุณภาพที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. จัดประชุมเครือข่ายคณะกรรมการพยาบาลให้การปรึกษา อย่างน้อยปีละ 4 ครั้งหรือตามความเหมาะสม
2. จะจัดโครงการพัฒนาศักยภาพงานให้คำปรึกษาสุขภาพแก่พยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ
3. จะจัดการอบรมโครงการสัมมนาเสริมสร้างการรับเรื่องร้องเรียนและการไกล่เกลี่ย อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี งบประมาณเดือนมีนาคม 2557 – กรกฎาคม 2557
4. ปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลและการบันทึกข้อมูลงานให้การปรึกษาให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
5. การพัฒนาคุณภาพได้แก่
 - 5.1 การทบทวน CQI เรื่องการให้การปรึกษา
 - 5.2 การจัดทำคู่มือการให้การปรึกษา
 - 5.3 สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการปรึกษา
 - 5.5 บันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อหาโอกาสพัฒนา

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

อัตรากำลัง

จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 27 คน มีพยาบาลวิชาชีพ 17 คน เวชกิจฉุกเฉิน 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน คนงาน 4 คน

อัตรากำลังที่ขึ้นแต่ละเวร เวรเช้า 7 คน บางเวรมีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน เวชกิจ 2 คน เวรบ่าย 7 คน บางเวรมีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน เวชกิจ 2 คน เวรดึก 3 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ให้บริการรักษาพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตทั้งร่างกายและจิตใจ งานที่ต้องรับผิดชอบ งานคดีและนิติเวช เป็นศูนย์ประสาน refer รวมทั้งรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ตลอดจนรับไว้ส่งต่ออาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ ตามศักยภาพของโรงพยาบาลทุติยภูมิ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร อำเภอใกล้เคียงและส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ปี 2556 มีผู้รับบริการที่ได้รับบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุ 16,702 ราย เป็นผู้รับบริการจาก อุบัติเหตุจราจร 9,106 ราย อุบัติเหตุทั่วไป 7,394 ราย อาชีวเวชกรรม 202 ราย ไม่มีอุบัติเหตุหมู่ และผู้รับบริการที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ 47,664 ราย

ความต้องการของผู้รับบริการส่วนใหญ่ คือ การบรรเทาอาการของโรค ความปลอดภัย การรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ ได้รับการรักษาตามสิทธิการรักษาและพฤติกรรมบริการที่ดี ส่วนผู้รับผลงานภายในต้องการความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการประสานงานที่ดี การส่งต่อข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน บรรยายภาคการทำงานเป็นกันเอง มีการทำงานเป็นทีม เครื่องมือและบุคลากรพร้อมต่อการให้บริการตลอดเวลา มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดีและมีการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องชัดเจน

ผลการปฏิบัติงาน/กิจกรรม

คุณภาพการบันทึกการพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งใช้หลัก 4 C. และกระบวนการพยาบาล (APIE) 5 ขั้นตอน ในปี 2555 =72.91% พบว่า หลังการปรับปรุงแบบบันทึก ยังพบปัญหาในเรื่อง การปฏิบัติการพยาบาล/กิจกรรมการพยาบาล คือบันทึกยังไม่ชัดเจน และไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาลถูกมองข้ามไม่เห็นความสำคัญของการบันทึก ดังนั้น ในเดือนกรกฎาคม 2555 จึงได้มีการพัฒนาแบบบันทึกโดยใช้วิธีการบันทึกการพยาบาลแบบ Focus charting ซึ่งช่วยให้การบันทึกมองเห็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน ชี้ชัดในปัญหาผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญ ไม่จำเป็นต้องเป็นเพียงปัญหา แต่อาจเป็นสิ่งที่

ผู้ป่วยสนใจ ทำให้มีการรวบรวมปัญหาได้อย่างมีคุณภาพ (ลักษณะของ focus charting คือ การใช้คำหรือวลีสำคัญ หรือระบุเหตุการณ์สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเขียนง่าย สะดวกใช้ อาจไม่จำเป็นต้องใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก็ได้ ซึ่งเดิมถ้าใช้เราจะต้องระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการสลับข้อความ(ปัญหาและสาเหตุ) ทำให้ผู้บันทึกใช้เวลามากกับประเด็นนี้

ผลการวิเคราะห์ ปี 2556 : คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น เนื่องจาก มีการปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาลร่วมกับเกณฑ์การบันทึกทางการพยาบาลให้มีความชัดเจน ในเรื่องการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (D-Method), ข้อมูลสำคัญ HN และอายุ

ผลงานเด่นของหน่วยงานการพัฒนาระบบทางด่วนสำหรับผู้ที่ได้รับเจ็บ

(Trauma Fast Track)

ลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้าย ได้แก่ Multiple Injury with Unstable V/S, Penetrating chest or abdomen with unstable V/S, Open wound with active bleeding ปัจจุบัน พบว่า สถิติผู้ได้รับบาดเจ็บมีแนวโน้มมีปริมาณความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี เพื่อให้การดูแลรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านศัลยกรรม จึงดำเนินการจัดทำระบบทางด่วนสำหรับผู้บาดเจ็บ (Trauma Fast Track) ผลการดำเนินงานของ ปี 2556 มีดังนี้

- จำนวนผู้ป่วย Trauma ที่มารับบริการห้องฉุกเฉินที่เข้าในระบบ Trauma Fast Track 22 ราย
- ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในห้องฉุกเฉิน (ระยะเวลาตั้งแต่แพทย์สั่ง fast track จนถึงห้องผ่าตัด) 14.33 นาที
- ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉินจนถึงห้องผ่าตัด 39.16 นาที

ตัวชี้วัด :

1. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินจนถึงห้องผ่าตัด ไม่เกิน 30 นาที
2. ระยะเวลาในการจองเลือดจนถึงห้องผ่าตัดใช้เวลา ไม่เกิน 30 นาที
3. อัตราการรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น 50 %

ระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง:

1. พัฒนาระบบการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ
2. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ Trauma Fast Track จาก รพ.ชุมชน

แนวทางการแก้ไข/แผนการพัฒนา:

1. มีการประเมินผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง
2. ปรับปรุงแบบบันทึกการบาดเจ็บ เพื่อให้มีพื้นที่การบันทึกสาเหตุ สถานที่ ตลอดจนประมวลผลจากแบบบันทึกเพื่อเชื่อมโยงสู่การเฝ้าระวังได้

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI (Fast Track STEMI)

เป็นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลาที่ ตั้งแต่ระบบการคัดกรองผู้ป่วย มีการประเมินอย่างรวดเร็ว และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ที่ห้องฉุกเฉินได้ภายใน 30 นาที และได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยมีเกณฑ์ที่กำหนด คือ จำนวน CASE STEMI ได้รับยา SK ที่ ER ภายใน 30 นาที (DTN \leq 30 นาที) \geq 50%

พัฒนางานระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน (Stroke Fast Track)

เป็นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน ให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลาที่ ตั้งแต่ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (มีอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลันภายใน 3 ชั่วโมง และได้มีการปรับเปลี่ยนเป็น 4.30 ชั่วโมง ในเดือนตุลาคม 2556) ให้การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย นำส่ง CT Scan ได้อย่างรวดเร็ว และมีการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมเพื่อให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA อย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลันที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามในการรับยา สามารถได้รับยาได้ทันเวลาภายใน 4.30 ชั่วโมง

พัฒนางานระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม (Fast Track สูติ-นรีเวชกรรม)

เป็นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางสูติ-นรีเวชกรรม ได้แก่ Prolapse cord, Mild/Severe Pre-eclampsia, Ectopic pregnancy c Shock, Eclampsia, Amniotic Embolism เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลาที่ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแรกเริ่ม ให้การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินและภาวะคุกคามชีวิต การประสานและรายงานแพทย์เฉพาะทาง การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่ง OR และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตหรือห้องคลอดได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

การพัฒนางานระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ได้แก่ ระบบ Fast Track Newborn

การพัฒนางานระบบทางด่วนสำหรับทารกแรกเกิดที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเริ่มจัดทำระบบระบบทางด่วนสำหรับทารกแรกเกิดที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเดือนมิถุนายน 2553 โดยทีมแพทย์กุมารเวชกรรม เป็นการพัฒนาระบบส่งต่อทางด่วนสำหรับเด็กทารกแรกเกิด (0-28 วัน) เนื่องจากระบบส่งต่อทารกแรกเกิดที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน พบปัญหาและอุปสรรค เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดพบว่าปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องการได้รับการดูแลรักษาโดยกุมารแพทย์ และปัญหาที่อาจเกิดในระหว่างนำส่งได้ เมื่อถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชรแล้วจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว แต่โรงพยาบาลชุมชนส่วนมากจะไม่มีกุมารแพทย์ ทีมแพทย์กุมารเวชกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชรจึงได้จัดทำระบบทางด่วนสำหรับทารกแรกเกิดที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนมีการโทรศัพท์ปรึกษาด้านการรักษาเบื้องต้น ก่อนที่จะส่งต่อทารกแรกเกิดมายังโรงพยาบาลกำแพงเพชร

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

ใช้เกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วย 5 ระดับร่วมกับการใช้แบบบันทึกการคัดกรองแบบใหม่ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและนิติเวชวิทยา มีการปรับปรุงรูปแบบทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งสุดท้ายปรับปรุงเมื่อ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 โดยนำกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนลงใน “แบบบันทึก งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลกำแพงเพชร” ซึ่งประกอบด้วย

1. การประเมินสถานะสุขภาพ (Assessment)
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
3. การวางแผนการพยาบาล (planning)
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเพื่อจำแนกผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาก่อนหรือหลังตามระดับความรุนแรงของโรค เป็นหัวใจสำคัญของการบริการห้องฉุกเฉิน การใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย 5 ระดับ ร่วมกับการใช้แบบบันทึกการคัดกรองรูปแบบใหม่ สามารถจำแนกผู้ป่วยได้ชัดเจน ถูกต้องตามระดับความรุนแรง มีการบันทึกที่สมบูรณ์ ตามกระบวนการพยาบาล ได้มาตรฐาน และมีการประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้หลักของ APIE และมีแนวทางในการติดตามคุณภาพของการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

แผนกฝากครรภ์ และ OPD สูติ-นรีเวชกรรม

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

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

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร,บริการ,วิชาการ)

ผลงานด้านบริหาร

1. จัดระบบการมอบหมายงานบุคลากร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐาน
2. บริหารจัดการเรื่องวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ในหน่วยงาน เพื่อให้มีใช้อย่างเพียงพอเหมาะสมกับการให้บริการ เช่น Uriscan 10 แถบ ینگานฝากครรภ์รายใหม่
3. บริหารจัดการเรื่องอัตรากำลังให้เพียงพอ โดยประสานงานกับแผนกผู้ป่วยนอก และกลุ่มการพยาบาล หา OT เสริมกรณี จนท. ลา อัตรากำลังไม่เพียงพอ
4. ประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ให้สอดคล้องเข็มมุ่งและเป้าหมายของโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ให้เกิดการผลลัพธ์สูงสุดกับผู้รับบริการ

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 อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อพัฒนาศักยภาพ จนท.รพ.สต.ในเครือข่าย ในงานอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์คุณภาพ
10. ร่วมประชุมที่อนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด กรรมการพัฒนาคุณภาพสุติกรรม เพื่อร่วมหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ
11. ประสานงานกับหน่วยงานเกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต., สสจ, ศูนย์อนามัยที่ 8 ในการดำเนินงาน
12. ประสานงานกับวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ในการร่วมวางแผนการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล
13. นิเทศการปฏิบัติงานของ นักศึกษาพยาบาล ,จนท.ระดับรองลงมา
14. บริหารให้มีบริการคลินิกรุ่งอรุณ ตารางเวรของหน่วยงาน
15. กำกับดูแล งานประจำและงานพัฒนาคุณภาพภายในองค์กร
16. บริหารจัดการ ในการเก็บข้อมูล/ตัวชี้วัดต่าง ๆ เช่น LBW ระยะรอคอย ความพึงพอใจ ฯลฯ
17. ร่วมประชุมวางแผน จัดทำ Service plan ร่วมกับศูนย์อนามัยเขต8
18. ร่วมประชุมการประเมินรพ.สายใยรัก จากกรมอนามัย

ผลงานด้านบริการ

รายการ	กิจกรรม	จำนวน (ราย)
งานฝากครรภ์	1. หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาใช้บริการ	12,962
	2. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่	1,806
	3. ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่ม	908
	4. นำหญิงตั้งครรภ์ดูงานห้องคลอด	730
	5. นำหญิงตั้งครรภ์ออกกำลังกาย	208

ผลงานด้านบริการ

รายการ	กิจกรรม	จำนวน (ราย)
	6. ให้การปรึกษาก่อนเจาะเลือดและหลังเจาะเลือด	1,874
	7. ใช้เครื่องมือตรวจการบีบตัวของมดลูกและสุขภาพทารก	1,216
	8. ฉีดวัคซีนคอตีบ+บาดทะยัก เข็ม1	279
	9. ฉีดวัคซีนคอตีบ+บาดทะยัก เข็ม2	205
	10. ฉีดวัคซีนคอตีบ+บาดทะยัก เข็ม3	164
	11. ฉีดวัคซีนคอตีบ+บาดทะยัก กระตุ้น	162
	12. ให้คำปรึกษาก่อน/หลัง/ช่วยแพทย์เจาะน้ำคร่ำส่งตรวจ	79
	13. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า	11
	14. ตรวจ Ultrasound	3,256
งานวางแผน ครอบครัว	1. จ่ายยาคุมกำเนิด (ยาเม็ด, ยาฉีด, ถุงยางอนามัย, ฝังยาคุมกำเนิด ,ใส่ห่วงอนามัย, ทำหมันหญิง)	1,406
	2. บริการตรวจหลังคลอด	282
งานนรีเวชกรรม	1. คัดกรองบริการนรีเวช	6,236
	2. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1,255
	3. บริการวัยทอง	313
	4. ช่วยแพทย์ทำหัตถการและตรวจพิเศษ	4,417
	5. บริการแก้ไขภาวะมีบุตรยาก	23
	6. Y 05	23
	7. ให้คำปรึกษาก่อน/หลังตรวจเลือด	224

ผลงานด้านวิชาการ/บริการ

ร่วมกับกรรมการ MCH Broad จังหวัด จัดอบรมบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับ รพ.สต. และ รพช. เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วันที่ 21 สิงหาคม 2556 ตามนโยบาย Service Plan

ร่วมกับกรรมการ MCH Broad จังหวัด จัดกิจกรรมรวมพลคนกินนมแม่ วันที่ 8 สิงหาคม 2556

บุคลากรได้รับการเสริมความรู้ทักษะตามลักษณะงานที่รับผิดชอบที่ทางหน่วยงานจัดเอง, ร่วมกับ PCT สูติ-นรีเวชกรรม รวมทั้งการอบรมนอกโรงพยาบาลดังนี้

- | | |
|---|---|
| 1. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ | 16. การดูแลระดับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย |
| 2. ประชุม Review CPG และแนวทางการปฏิบัติ เผยแพร่ไป รพ.สต. | 17. โปรแกรมการลงข้อมูล 21 แฟ้ม |
| 3. ประชุมพัฒนางานฝากครรภ์แนวใหม่ | 18. การผ่าตัดผู้ประสบปัญหาโรคอ้วน |
| 4. บันทึกทางการพยาบาล | 19. มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ |
| 5. การให้คำปรึกษาธาลัสซีเมียและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | 20. โรคกระดูกพรุน |
| 6. แนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น | 21. ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว |
| 7. การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ | 22. การให้คำปรึกษาแบบคู่ |
| 8. ACLS | 23. สัมมนาวิชาการอนามัยแม่และเด็ก |
| 9. Induced Abortion | 24. รับการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลจากสภา และสำนักการพยาบาล |
| 10. Contraception and Sterilization | 25. สมรรถนะทางการพยาบาล |
| 11. Syphilis in Pregnancy | 26. พัฒนางานฝากครรภ์คุณภาพตาม Service Plan |
| 12. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยการตรวจและแปรผล NST | 27. Ectopic Pregnancy |
| 13. โปรแกรมความเสี่ยงและการรายงานความเสี่ยงในหน่วยงาน | 28. Abortion |
| 14. ความรู้เรื่องมาตรฐานการบริการพยาบาล | 29. Puerperal Infection |
| 15. อบรมการใช้อินเทอร์เน็ตเบื้องต้น | 30. PPH |
| | 31. Teratology and Medication that Affect The Fetus |
| | 32. PIH |

สรุป

- จำนวนการศึกษาอบรมของพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ 10 วัน/คน/ปี ปี2556 คิดเป็นร้อยละ 100

- เจ้าหน้าที่ระดับอื่นอบรมผ่านเกณฑ์ 5 วัน/คน/ปี ปี2556 คิดเป็นร้อยละ 100

มีนักศึกษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร,วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช พิษณุโลก และสวรรค์ประชารักษ์ มาฝึกปฏิบัติ โดยมีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการภายในแผนก สูติ-นรีเวช เป็นอาจารย์พี่เลี้ยง

ดัชนีคุณภาพ

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย(%)	ผลงาน(%)
1. ร้อยละของทารกแรกเกิดที่น้ำหนักต่ำกว่า 2500กรัม	< 7	5.15
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	≥ 90	35.52
3. ร้อยละของคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด	≥ 50	46.67
4. ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥ 80	80.4

1. ร้อยละของทารกแรกเกิดที่น้ำหนักต่ำกว่า 2500กรัม บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก
 - มีกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในแต่ละไตรมาสอย่างต่อเนื่อง
 - มีการติดตามน้ำหนักของมารดาและประเมินความเสี่ยงเมื่อมาฝากครรภ์พร้อมทั้งให้คำแนะนำรายบุคคลทุกราย กรณีพบว่ามีความเสี่ยงจะนัดมาฝากครรภ์ที่ รพ.กพ.
 - มีการติดตามภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์โดยใช้เส้นทางลูกรักและกราฟโภชนาการ พร้อมทั้งลงบันทึกติดตามในทะเบียนเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์และ 36 สัปดาห์ รวมถึงติดตามน้ำหนักทารกแรกเกิด
 - มีระบบคัดกรองและส่งต่อภาวะเสี่ยงที่ชัดเจน
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่บรรลุเป้าหมาย จากการวิเคราะห์ร่วมกันพบว่าเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลยังมีความสับสนในการเก็บตัวชี้วัดนี้ เพราะเปลี่ยนช่วงอายุครรภ์จาก 4 เป็น 5 ครั้งตามเกณฑ์ของฝากครรภ์คุณภาพ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์บางรายมีการย้ายถิ่นฐาน ประกอบกับขาดความเข้าใจในการฝากครรภ์ ทำให้มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์
 - มีการประสานงานเวชกรรมสังคม เพื่อให้รพ.สต.รณรงค์เชิงรุกให้มีการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และมีการอบรม อสม. เขียวชาญ กระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ ให้เห็นความสำคัญในการฝากครรภ์ทันที
 - ให้คำแนะนำรายบุคคลในเรื่องการฝากครรภ์ต่อเนื่อง
 - กรรมการอนามัยแม่และเด็กประชุมเน้นย้ำให้ จนท.รพ.สต. กระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ ให้เห็นความสำคัญในการ ฝากครรภ์ทันที
 - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประสานงานในเรื่องการเก็บข้อมูล เพื่อความเข้าใจตรงกัน
 - แจกกระเป๋าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
3. ร้อยละของคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอดไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก
 - หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียรุนแรงทั้งหมด 15 คน ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด 7 คน เนื่องจาก ไม่พร้อมเจาะน้ำคร่ำ และอายุครรภ์เกิน 24 สัปดาห์ จึงมีการให้ข้อมูลการเฝ้าระวัง ติดตามทารกขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด
4. พบว่าความพึงพอใจที่มีระดับคะแนนน้อยที่สุดคือ เรื่องระยะเวลารอคอย จากการวิเคราะห์พบว่า แผนกฝากครรภ์และสูตินรีเวช บริการตรวจครรภ์ในรายปกติ และ ผิดปกติ รวมทั้งมีการตรวจรักษา โดยมีผู้รับบริการทั้งจาก รพ.สต. รพ.ชุมชน รวมทั้งมี ทัศนคติ และการตรวจพิเศษ เช่น NST PV Amniocentesis Biopsy ผังยาคุมกำเนิด ฯลฯ โดยมีแพทย์เฉพาะทางเพียง 1 คน และแพทย์จบใหม่อีก 1 คน จึงทำให้ต้องใช้เวลาในการ

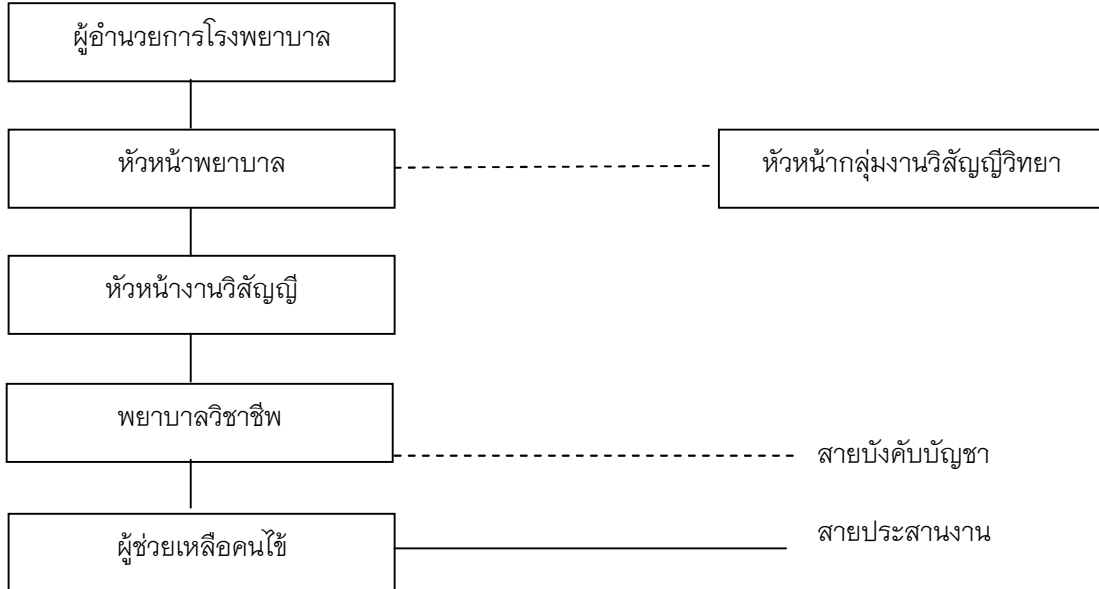
ตรวจวินิจฉัยผู้รับบริการแต่ละคน จากการประชุมแก้ไขปัญหาร่วมกัน จึงจัดระบบการบริการ โดยนัดหญิงตั้งครรภ์ที่พึงผลตรวจเลือด และเข้ากลุ่มโรงเรียนพ่อแม่ในตอนบ่าย โดยนัดคนละวัน กับการตรวจครรภ์ ส่วนกรณีนัดตรวจ OGTT หรือนัดตรวจเลือดอื่น ๆ ที่ตรวจครรภ์มาแล้วไม่เกิน 1 สัปดาห์ ประสานงานกับแพทย์และลงความเห็นว่าการนี้ไม่มีอาการผิดปกติ ให้ส่งตรวจเลือดและพบแพทย์หลังได้ผลเลือดได้เลยโดยไม่ต้องต่อคิวตรวจครรภ์และประสานงานกับเวชกรรมสังคม เพื่อแจ้ง รพ.สต.และ ศสม. ในเครือข่ายเรื่องการบริการใน รพ.สต.กรณี case ความเสี่ยงน้อย และตรวจเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น ตรวจหลังคลอด วางแผนครอบครัว ให้รับบริการที่สถานบริการใกล้บ้าน เมื่อพบความผิดปกติ จึงส่งมาโรงพยาบาลกำแพงเพชร

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. พัฒนาระบบบริการตามService Plan และพัฒนาเครือข่าย โดยผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงน้อย และบริการส่งเสริมสุขภาพ ให้รับบริการที่ศูนย์บริการใกล้บ้าน เมื่อพบความผิดปกติ จึงส่งต่อมาโรงพยาบาล
2. ประสานงานเครือข่าย เพื่อดำเนินการเชิงรุกให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ตามเกณฑ์ อย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาระบบการฝากครรภ์คุณภาพ
4. พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์คุณภาพ ใน รพ.สต.เขตที่รับผิดชอบ
5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์
6. ส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงให้ครบ 100% เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลนักศึกษาฝึกงาน
7. ส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาธาลัสซีเมียให้ครบ 100%
8. ส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องการให้คำปรึกษา Couple counseling ให้ครบ 100%

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา

แผนภูมิโครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน



วิสัยทัศน์ เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ พร้อมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่ดีภายใน ปี 2558

พันธกิจ/เจตจำนงค์

กลุ่มงานวิสัญญีให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยได้มาตรฐาน
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พร้อมส่งเสริมสุขภาพ ฟังพอใจทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

จุดเน้น

1. Patient safety goals
2. ความครบถ้วนบันทึกทางการพยาบาลวิสัญญี
3. บริการด้วยใจ

บุคลากร

วิสัญญีแพทย์ 3 คน
วิสัญญีพยาบาล 16 คน
พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 4 คน

หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานบริหาร

- งานวางแผน
- งานพัสดุ
- งานประเมินผล
- งานบุคลากร
- งานสิ่งแวดล้อม

งานบริการ

- งานให้ยาระงับความรู้สึก
- งานห้องพักรฟื้น
- งานบำบัดการหายใจ
- งานติดตามดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังให้
- งานควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
- ยาระงับความรู้สึก
- งานพัฒนาคุณภาพบริการ
- งานบริหารความเสี่ยง

งานวิชาการ

- งานอบรม/วิจัย
- ส่งเสริมสุขภาพ
- สนับสนุนงาน TQM
- สนับสนุนงานต่าง ๆ ตามนโยบาย
- งานสารสนเทศ

ผลงาน/กิจกรรม/(บริหาร/บริการ/วิชาการ)

ด้านบริหาร

1. จัดอัตรากำลังที่มีอยู่ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ โดยมีบุคลากรวิสัญญีแพทย์ 3 คน (กำลังศึกษาอยู่ 2 คน จบการศึกษาในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ) วิสัญญีพยาบาล จำนวน 16 คน (โดยแยกเป็นหัวหน้าวิสัญญี 1 คน วิสัญญีพยาบาล 15 คน) จำนวนห้องผ่าตัด มี 9 ห้อง (แบ่งเป็นห้องผ่าตัดชั้น 5 จำนวน 5 ห้อง, ห้องผ่าตัดชั้น 6 จำนวน 4 ห้อง และ ห้องพักรฟื้นจำนวน 14 เตียง (ห้องพักรฟื้นชั้น 5 จำนวน 7 เตียง, ชั้น 6 จำนวน 7 เตียง) ซึ่งให้มีการบริหารอัตรากำลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1.1 จัดอัตรากำลังดูแลผู้ป่วยทั้งใน และนอกเวลาราชการให้เพียงพอ พร้อมกับมีการเตรียมความพร้อมรับการผ่าตัดฉุกเฉิน โดยจัดพยาบาลเสริมในแต่ละเวร

1.2 มีการดูแลผู้ป่วยในห้องพักรฟื้นทั้งใน และนอกเวลาราชการ

2. ได้รับการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ส่งอบรมวิสัญญีพยาบาลปี 2556 เพื่อให้เพียงพอกับการเปิดห้องผ่าตัดเพิ่มเป็น 9 ห้อง และได้รับการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ประจำห้องพักรฟื้น 1 ห้อง

3. เปิดห้องผ่าตัดเพิ่ม 2 ห้อง (จากเดิม 7 ห้องเป็น 9 ห้อง) ห้องพักรฟื้น 2 ห้อง (จากเดิม 1 ห้อง เป็น 2 ห้อง) แยกเป็นห้องผ่าตัดและห้องพักรฟื้นชั้น 5, ชั้น 6

4. จัดหาเครื่องมือแพทย์และวัสดุ อุปกรณ์ให้เพียงพอใช้ในการบริการผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึก ได้แก่ เครื่องดมยาสลบ , patient monitor , ชุด laryngo scope ฯลฯ

5. มีการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงานให้เป็นสัดส่วน ได้แก่ ห้องวิสัญญีแพทย์, ห้องหัวหน้าวิสัญญี /ให้คำปรึกษา, ห้อง supply โดยยึดหลัก 5 ส.

6. มีการติดตามตัวชีวิตที่สำคัญของหน่วยงานทุกเดือน ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนขณะหลังระดับความรู้สึกพร้อมนำมาวิเคราะห์หาแนวทางป้องกันทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

7. สร้างขวัญ และกำลังใจให้แก่บุคลากร โดยการสนับสนุนให้ศึกษาต่อระดับปริญญาโทนอกเวลาราชการ และจัดเลี้ยงนอกระยะที่พร้อมกับเลี้ยงรับ-ส่งบุคลากรที่จบใหม่และเลี้ยงส่งบุคลากรที่ไปอบรมวิสัญญีพยาบาล ,ส่งบุคลากรร่วมงานศึกษาดูงานและงานเกษียณอายุราชการตามวาระพร้อมกับส่งเสริมส่งบุคลากรร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านระดับความรู้สึกนอกระยะที่ได้แก่ วิชาการ serorone

ด้านบริการ

1. ให้บริการด้านวิสัญญี โดยการระงับความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนก
 - ศัลยกรรมทั่วไป
 - ศัลยกรรมกระดูก
 - สูติ-นารีเวชกรรม
 - หู คอ จมูก
 - จักษุ
 - ศัลยกรรมกระดูกบริเวณใบหน้า
2. ให้บริการด้านการระงับปวดหลังผ่าตัด (Acute pain service)
 - ในกรณีผู้ป่วยมีระดับความปวดตั้งแต่เล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate pain,pain Score ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวด โดยให้เมื่อมีอาการปวด(ให้แบบ prn)
 - ในกรณีผู้ป่วยมีระดับความปวดตั้งแต่ปานกลางถึงมาก (Moderate to severe pain, Pain Score 5-7) ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวด ตามแนวทางการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ตามเวลา (post operative Guideline for opioid IV around the clock)
 - ในกรณีผู้ป่วยมีระดับความปวดตั้งแต่มากถึงมากที่สุด (Severe pain , pain score > 7) ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวด โดยการใช้เครื่องควบคุมการให้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง (เครื่อง PCA, Patient Controlled analgesia) โดยวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ตั้งโปรแกรมเครื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดอย่างปลอดภัย
3. ให้บริการด้านการระงับปวด แบบเรื้อรังจากโรคมะเร็ง (Cancer pain)
 - รับคำปรึกษาในแง่การระงับปวด และการปรับยาแก้ปวดให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรัง
 - ร่วมทำงานกับทีม การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative case) ในการดูแลเรื่องยาระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

4.การบริหารความเสี่ยง

- มีการระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification) โดยการ time out ก่อนระดับความรู้สึกรู้สึก
- มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการ ระดับความรู้สึกรู้สึกและเซ็นต์ยินยอมก่อนการระดับความรู้สึกรู้สึก
- รายงานความเสี่ยงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการระดับความรู้สึกรู้สึก และทำกิจกรรมทบทวน Root cause analysis เรื่อง cardiac arrest, reintubation, unplanned ICU, Difficult intubation
- มีการเผื่อระวังสัญญาณชีพตลอดระยะเวลาที่ได้รับการระดับความรู้สึกรู้สึก
- ใช้แนวทางการให้บริการทางวิสัญญีวิทยาของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

ด้านวิชาการ

- ส่งบุคลากรอบรมฟื้นฟูวิชาการปีละ 4 ครั้ง
- จัดวิชาการภายในหน่วยงาน ปีละ 12 ครั้ง
- จัดส่งบุคลากรประชุม อบรม วิชาการทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล
- ทบทวนการดูแลผู้ป่วย จัดทำ case conference และทำ RCA
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรงานวิสัญญี ได้รับการอบรมอย่างน้อย 10วัน/คน/ปี
- รับผิดชอบปัญหาผู้ป่วยที่ได้รับการระดับความรู้สึกรู้สึก จากโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร
- เข้าร่วมทีมศัลยกรรมสัจจรในการให้ความรู้เรื่องการระดับความรู้สึกรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน
- เข้าร่วมทีม Palliative case ในผู้ป่วยมะเร็ง ดูแลเรื่องการให้ยาระงับปวดร่วมกับศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ผลงานเด่น 2556

ชื่อผลงาน สร้างสัมพันธ์แห่งรักครั้งแรกระหว่างแม่ลูก

คำสำคัญ สัมผัสแห่งรัก

เรื่องเล่าโดยย่อ

โดยกลุ่มงานวิสัญญีฯได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้รับบริการที่เป็นคุณแม่ตั้งครรภ์ที่มีความจำเป็นที่คลอดโดยธรรมชาติไม่ได้ เข้ามาใช้บริการโดยการผ่าตัดคลอด ปัจจุบันกลุ่มงานได้มีวิสัญญีแพทย์ซึ่งให้บริการบล็อกหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยจะไม่หลับและได้ยินเสียงลูกร้องและรับรู้การคลอดของลูก คุณแม่จะมีความตื่นเต้นและดีใจและอยากได้สัมผัสลูกและเห็นหน้า ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาการเด็กที่ดีในระยะยาวต่อไปในอนาคต การสัมผัสอันอ่อนโยนนอกจากจะเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกแล้ว ยังช่วยกระตุ้นให้สมองเด็กสร้างฮอร์โมนที่สำคัญและสร้างเส้นใยประสาทขึ้นมากมาย ซึ่งล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เด็กเจริญเติบโต มีพัฒนาการทางสมอง

ทางกลุ่มงานได้เห็นความสำคัญและความต้องการของคุณแม่ทั้งหลายตั้งประโยคที่ว่าสายสัมพันธ์แม่ลูก พื้นฐานแห่งชีวิต จึงได้เกิดโครงการสร้างสัมพันธ์แห่งรักครั้งแรกระหว่างแม่ลูกขึ้นมา ให้แม่ลูกได้เห็นหน้าประสานสายตากันและกัน และถ่ายรูปภาพการพบกันครั้งแรกระหว่างแม่ลูกให้ตกแต่งภาพอย่างสวยงาม จะเป็นภาพที่น่าประทับใจมากสำหรับคุณแม่ซึ่งผลตอบรับทุกคนดีใจกับโครงการนี้มาก พร้อมกันนี้ได้มีการเผยแพร่ผลงานในระดับโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับรางวัลเรื่องเล่าอันดับ 2

งานห้องผ่าตัด (OR)

วิสัยทัศน์

เป็นห้องผ่าตัดคุณภาพพร้อมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาวะที่ดีภายในปี 2558

พันธกิจ

งานห้องผ่าตัด ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดอย่างปลอดภัยได้มาตรฐาน พร้อมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาวะที่ดีทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

จุดเน้น

1. Patient Safety Goals
2. บริการด้วยใจ

นโยบายงานห้องผ่าตัด

1. จัดทำแผนงบประมาณ, พัฒนาคุณภาพ, แผนปฏิบัติการ
2. มีระบบพยาบาลที่เลี้ยง เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรก่อนการปฏิบัติงาน
3. เผื่อระวังควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัดด้านผู้ป่วย, ด้านบุคลากรสิ่งแวดล้อมให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ
4. มีการจัดเก็บฐานข้อมูล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์และวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัญหา และปรับปรุงแก้ไข
5. ติดตามเผื่อระวังความเสี่ยงทุกด้าน และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ
6. จัดทำวิเคราะห์กระบวนการหลักและปัญหามาจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี
7. วิเคราะห์ความพึงพอใจ

- ผู้ป่วยใน 4 ครั้ง / ปี	- ผู้ป่วยนอก 2 ครั้ง / ปี
- ลูกค้ายาใน 2 ครั้ง/ปี	- เจ้าหน้าที่ 2 ครั้ง / ปี
8. มีการบันทึกทางการแพทย์สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล
9. จัดระบบการบำรุงรักษาเครื่องมือให้พร้อมใช้งาน เพื่อสนับสนุนการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ
10. ส่งเสริมความรู้ ทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการ จำเป็นของหน่วยงาน (Training Need) ไม่ต่ำกว่า 10 ช.ม. / คน/ปี
11. ในด้านส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ ทุกคนต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง
1. พยาบาลวิชาชีพ	32
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (K 3)	1
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (K 2)	23
- พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (K 1)	6
- พยาบาลวิชาชีพ (ลูกจ้างชั่วคราว)	2
2. พนักงานช่วยเหลือคนไข้	11
3. พนักงานทั่วไป	8
4. พนักงานแปล	5
รวม	56

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ให้บริการผ่าตัดใหญ่และผ่าตัดเล็ก ทุกระบบของร่างกายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
2. ให้บริการผ่าตัดในภาวะฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
3. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือพิเศษ
4. ให้บริการวินิจฉัยโรคและรักษาโรคทางกล้องวิดีโอทัศน
5. ให้บริการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

ผลงาน / กิจกรรมบริหาร, บริการ, วิชาการ

รายการ	จำนวน	2555
1.งานบริการสถิติงานห้องผ่าตัด		
1.1 ผ่าตัดทั้งหมด	ราย	16,076
1.2 ผ่าตัดใหญ่ แยกเป็นดังนี้	ราย	11,511
- ศัลยกรรม	ราย	3,582
- ศัลยกรรมกระดูก	ราย	2,771
- สูติ - นรีเวชกรรม	ราย	1,874
- จักษุ	ราย	2,816
- หู คอ จมูก	ราย	241
1.3 ผ่าตัดเล็ก	ราย	878
1.4 หัตถการ	ราย	3,687
1.5 Endoscope	ราย	2,135

ผลงาน / กิจกรรมบริหาร,บริการ,วิชาการ

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
2.งานป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรฐานขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ - จัดระบบการตรวจสอบคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ผ่าตัดทุกชิ้นงาน - ดำเนินการร่วมกับทีมวิชาการห้องผ่าตัดให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเรื่องการทำ Sterlie ทุกขั้นตอน - ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรฐานขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ
3.งานประกันคุณภาพทางการพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทบทวนแบบประเมิน QA และรับการประเมินผลได้ = 96.2% อยู่ในระดับ 4 - สสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยใน ผลการประเมินได้ = 83.47% - ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครบทั้ง 3 ระยะ คิดเป็น 93.95% - ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย หลังผ่าตัดใน Case Fast Tract ทุกแผนก - มีการAudit แบบบันทึกการผ่าตัดทั้ง 3ระยะ ภาพรวมผ่านเกณฑ์ได้ 86.56% - ทบทวนแนวทางการส่งตรวจชิ้นเนื้อ
4. งานบริหารความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - สสำรวจ Rish Profile ทั้งเชิงรุก/เชิงรับ 1 ครั้ง - ทบทวนการรายงานความเสี่ยง และประเมินผลการรายงาน - ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ การเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย : การขอเวลานอก Time out - ทบทวนแนวทางป้องกันการผ่าตัดผิดคน /ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง - จัดทำ RCA ทั้งหมด 5 เรื่อง
5. งาน 5ส.	<ul style="list-style-type: none"> - จัดและทบทวนมาตรฐาน 5 ส ในทุกกลุ่มพื้นที่ - มีการทำกิจกรรม 5 ส ทุกวัน พุธ (พื้นที่เก่าก่อนย้าย) - ผลการตรวจ 5 ส ในทุกพื้นที่ คิดเป็น 72.68% (พื้นที่เก่าก่อนย้าย) - มีการทบทวน และให้ความรู้เรื่องแผนอัคคีภัยและร่วมซ้อมแผนอัคคีภัยกับโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง

ผลงาน / กิจกรรมบริหาร,บริการ,วิชาการ

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
6.งานบริหารทรัพยากรคน,เงิน,ของ	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการบริหารจัดการเครื่องมือที่มีจำนวนน้อยชิ้นให้พร้อมใช้ตลอดเวลา - พัฒนาการล้างทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด การบรรจุหีบห่อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือที่ความยุ่งยากซับซ้อน - พัฒนาการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในหน่วยงานไม่ให้หมดอายุหรือตกค้าง
7. งานวิชาการ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสมรรถนะหลักของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด 3 เรื่องผ่านเกณฑ์ประเมิน 100 % - จัดให้วิชาการความรู้ภายในหน่วยงาน 29 เรื่อง - จัดส่งเจ้าหน้าที่อบรมภายนอกโรงพยาบาล 14 เรื่อง - จัดทำงานคุณภาพและส่งประกวดนวัตกรรม 2 เรื่อง - บุคลากรได้รับการอบรม ทุกระดับ ครบตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด (10วัน/คน/ปี กลุ่มพยาบาล และ 5 วัน/คน/ปี พนักงานช่วยเหลือคนไข้,พนักงานทั่วไป)
8. งานบริหารทรัพยากร	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมินผลความพร้อมใช้ของวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัดทุกเดือน - ทำแผนบริหารจัดการวัสดุครุภัณฑ์การแพทย์ให้มีความพร้อมใช้ตลอดเวลา - ติดตามประเมินผลการดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ทุก 6 เดือน
9. งาน HPH	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำบอร์ดให้ความรู้กับบุคลากร เรื่อง 10 วิธีการออกกำลังกาย - จัดทำบอร์ดให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดต่าง ๆ - ติดตามการตรวจสุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่ ผล: เจ้าหน้าที่ตรวจสุขภาพ ครบ 100% - จัดให้มีสื่อสิ่งพิมพ์ให้กับผู้ป่วยและญาติได้ผ่อนคลาย

ผลงาน / กิจกรรมบริหาร,บริการ,วิชาการ

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
10. งานสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามรายงานตัวชี้วัดระดับหน่วยงานทุกเดือน - นำข้อมูลสถิติต่าง ๆ มาวิเคราะห์แยกแยะรายแผนก - สรุปสถิติการผ่าตัด 5 อันดับแรก ปี 2556 ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. การทำผ่าตัด Phaco/EccE c IOL 2. C/S 3. Debriderment surg 4. Debriderment ortho 5. EGD

ผลงานเด่น / การพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2556

ปรับเปลี่ยนที่ก การพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นแบบ Fogus Shutting เริ่มในผู้ป่วย OPD Case

กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินในปี2557

ด้านบุคลากร

1. ขอเพิ่มอัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับการขยายงาน และเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้หยุดพักเเวรปรับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
2. จัดทำแผนส่งเจ้าหน้าที่พยาบาล อบรมเฉพาะทางจักษุ
3. จัดระบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อคอยติดตามให้การดูแลให้ความรู้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มาใหม่
4. ร่วมกับกลุ่มงานคัลยกรรม , คัลยกรรมกระดูก , สูติ-นรีเวช , โสต ศอ นาสิก ในการจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการผ่าตัดต่างๆ
5. จัดทำแผนสนับสนุนการให้เจ้าหน้าที่ที่ภายนอกหน่วยงานเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดจากงานประจำและเป็นการสร้างเสริมความสามัคคีภายในหน่วยงาน

ด้านอาคารสถานที่

1. ปรับห้องเก็บเครื่องมือ Sterile ที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อแล้ว โดยกันพื้นที่ด้านหลังอาคารเป็นห้องเก็บเครื่องมือที่ผ่านการทำ Sterilization แล้วทั้งชั้น 5 และชั้น 6 เก็บเครื่องมือผ่าตัดได้เป็นหมวดหมู่สะดวกต่อการใช้งานและถูกต้องตามมาตรฐาน
2. ติดม่านบังแดดบริเวณที่ผู้ป่วยและญาตินั่งรอผ่าตัดที่ ชั้น 6 รวมทั้งด้านหลังห้องเก็บเครื่องมือ Sterile ที่ชั้น 5 ชั้น 6 จัดทำ 5 ส. ประจำหน่วยงาน มีหน้าที่คอยควบคุมดูแลและติดตามประเมินผลด้าน ความสะอาดและ ด้าน สิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ

ด้านวัสดุอุปกรณ์การแพทย์

1. ตั้งงบประมาณขอจัดซื้อ วัสดุการแพทย์ ,ไหมเย็บ, และวัสดุสำนักงาน ให้มีเพียงพอรองรับปริมาณความต้องการของผู้รับบริการ
2. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือและจัดทำแผนซื้อครุภัณฑ์ในห้องผ่าตัดทั้งระยะสั้นและระยะยาว (เตียง ผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า) รวมทั้งอุปกรณ์ชิ้นย่อยให้มีเพียงพอต่อความต้องการ

ด้านบริการ

1. เปิดให้บริการผ่าตัดในแผนกต่างๆ ทั้งในและนอกเวลาราชการ (ในภาวะฉุกเฉิน)
2. เปิดห้องผ่าตัด 9 ห้อง ให้ได้ครบในปี 2556
3. พัฒนาคูณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลห้องผ่าตัด
4. พัฒนาระบบงานควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อในห้องผ่าตัด
5. พัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความปลอดภัย
6. ตรวจสอบความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการเพื่อนำมาพัฒนางานห้องผ่าตัดให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

หน่วยไตเทียม

วิสัยทัศน์

เป็นหน่วยไตเทียมที่มีคุณภาพ พร้อมสร้างเสริมสุขภาพภายในปี 2558

พันธกิจ

1. ให้บริการฟอกเลือดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน
2. ผู้รับบริการได้รับความสะดวกสบาย ประทับใจในบริการ
3. สร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดอย่างต่อเนื่อง

อัตรากำลังบุคลากร

นายแพทย์สุรชัย	แก้วหิรัญ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพอายุรศาสตร์
นางพิกุล	มีทรัพย์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม/ พยาบาล (หัวหน้าหน่วยไตเทียม)
นางไตรสรวง	วิจิตวรสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/อบรม Hemodialysis
นางกิริณา	ธีรนนทิน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ/อบรม Hemodialysis
นางสาวจันทนา	ทองชื่น	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ/อบรม CAPD
นางสาววงศ์ลักษณ์	ฤทธิ์เต็ม	พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ลูกจ้างประจำ
นางนุชนาถ	ม่วงไม้	พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ลูกจ้างชั่วคราว
นางประจวบ	เอี่ยมละออ	พนักงานทั่วไป ลูกจ้างชั่วคราว

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

1. ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรัง
2. ให้บริการล้างไตทางช่องท้องแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
3. ตรวจเยี่ยมบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ต้องการล้างไตทางช่องท้องเพื่อประเมินความพร้อมที่จะทำการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง
4. ติดตามอาการและผลการรักษารวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยที่ ล้างไตทางช่องท้องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
5. ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาล้างไตทางช่องท้องตามความเหมาะสม เช่น ฟอกเลือดเป็นครั้งคราว ให้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ
6. ให้คำปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
7. เผยแพร่ความรู้/จัดประชุมวิชาการโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

8. ติดตามผลการรักษาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทุก 3 เดือน
9. พัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกับสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และดำรงรักษาคุณภาพมาตรฐานตามสมาคมโรคไต ฯ
10. จัดทำสถิติรายงานและรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ
11. ประเมินคุณภาพการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมทุก 3 เดือน
12. บันทึกและส่งข้อมูลการรักษาให้ สกส.เพื่อเรียกเก็บค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากกรมบัญชีกลาง และ สปสช.
13. รวบรวม บันทึกและส่งข้อมูลการรักษาผู้ป่วย CAPD ให้กับ สปสช. ตามเวลาที่กำหนด
14. KEY ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อเบิกจ่ายล้างไตทางช่องท้องและยา EPO กับองค์การเภสัชกรรมและตรวจสอบความถูกต้อง ทันเวลาของการจัดส่งน้ำยาและยากับองค์การเภสัชกรรมและตรวจสอบความถูกต้อง ทันเวลาของการจัดส่งน้ำยาและยา
15. รวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไตวายที่รักษาโดยการบำบัดทดแทนไตทั้งวิธี Hemodialysis และ CAPD ส่งให้สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยตามเวลาที่กำหนด

ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม

รายการ	2554	2555	2556
เครื่องไตเทียม	5	7	8
จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(ราย)	116	143	124
จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	26	47	41
จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่ ที่ unplan	-	-	16
จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการทำ CAPD และเปลี่ยนใจ	-	-	21
จำนวนผู้ป่วย HD จาก รพ.อื่นแต่มา admit รพ.กพ	-	-	12
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทำ CAPD มีภาวะแทรกซ้อนต้อง HD ชั่วคราว /รอลิทธิ/Break in	19	18	11
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ HDเป็นคิวนัดประจำ	-	-	23
จำนวนการฟอกเลือด (ครั้ง)	1,847	2,243	2,595
ช่วยเหลือแพทย์ใส่ Double lumen catheter (ครั้ง)	85	88	72
ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่_(ครั้ง)	272	289	423
จำนวนผู้ป่วย CAPD			
- ผู้ป่วยเก่ายกมา	30	43	60
- รับใหม่/รับย้าย	24/2	34/0	26/0
- Drop out	14	16	19
คงเหลือ	43	60	67

ผลงานอื่นๆ

1. ให้บริการเชิงรุก โดยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยวิกฤติ และในแผนกไอซียู
2. อายุรกรรม และไอซียูกึ่งวิกฤติ และที่หน่วยไตเทียมจำนวน 58 ราย
3. จัดประชุมให้ความรู้เรื่องโรคไตแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเนื่องในวันไตโลกเมื่อ 14 มีนาคม 2556
4. ได้รับการรับรองมาตรฐานการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม จากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เป็นเวลา 4 ปี (14 มิถุนายน 2553- มิถุนายน 2557)
5. ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยการให้รับประทานไข่ขาวต้ม มีอยู่ 2 ฟอง อย่างต่อเนื่อง
6. ให้บริการด้วยหัวใจอันเป็นมนุษย์ มีบริการให้คำปรึกษาปัญหาการล้างไตทางช่องท้องแก่ผู้ป่วยและญาติที่ล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน ทางโทรศัพท์มือถือตลอด 24 ชั่วโมง ร่วมกิจกรรมชมรมเพื่อนผู้ป่วยโรคไต โดยให้อาสาสมัครจิตอาสาเข้าเป็นกรรมการชมรมจำนวน 7 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตและญาติ และมีพยาบาลไตเทียมเป็นที่ปรึกษา มีกิจกรรมของชมรมดังนี้
 - ส่งเสริมอาชีพผู้ป่วยและญาติ โดยการสอนผู้ป่วยและญาติทำเหรียญโปรยทาน
 - ช่วยจำหน่ายเหรียญโปรยทาน รายได้เข้าชมรมฯ
 - ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตที่ยากไร้ ขาดเงินทุนในการเตรียมอุปกรณ์ ล้างไตทางช่องท้อง ฯลฯ
7. ได้รับเครื่องไตเทียม จากมูลนิธิโรคไต ฯ จำนวน 1 เครื่อง เมื่อ 18 ก.ค. 2556

อุปสรรคและปัญหา

1. ผู้ป่วยตัดสินใจช้า /ไม่มีทางเลือก/ไม่มีผู้ดูแล /เบื่อหน่าย /ญาติทอดทิ้งไม่ให้ความร่วมมือไม่มีเงินค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างรอคิวผ่าตัด วางสาย TK.cath
2. สถานที่คับแคบ ห้องบริการเล็ก มีเตียงให้ผู้ป่วย CAPD นอนได้เพียงครั้งละ 1 ราย
3. เครื่องไตเทียมไม่เพียงพอสำหรับ ESRD ไม่มีหน่วยไตเทียมรับ refer ภายในจังหวัด ต้องบริหารจัดการสำรองเครื่องไตเทียมทุกรอบ รอบละ 1 เครื่อง สำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน CAPD ที่มีปัญหาต้อง HD ชั่วคราวและถาวร ในระยะรอการอนุมัติสิทธิ จาก สปสช.
4. เครื่องไตเทียมมีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 เครื่อง เริ่มขัดข้องบ่อยๆ จึงต้องสำรองเครื่องไตเทียมทุกรอบ ระบบเครื่องกรองน้ำอายุการใช้งาน 12 ปี ขัดข้องเมื่อใช้งานมาก ๆ

5. ไม่มีสถานที่เก็บน้ำยาฟอกเลือด ต้องตั้งไว้บริเวณหน้าห้อง
6. ไม่มีอายุรแพทย์โรคไต (ลาศึกษาต่อ เมื่อ 1 มิถุนายน 2555)
7. ไม่มีหน่วยไตเทียมเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกับ สปสช.รับ Refer ฟอกเลือดต่อเนื่องภายในจังหวัด ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับบริการฟอกเลือดในจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ พิษณุโลก นครสวรรค์ พิจิตรและตาก ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางไปฟอกเลือด ครั้งละ 800-1200 บาท ปัจจุบันมีผู้ป่วยจงดิวฟอกเลือด 80 ราย ระยะเวลารอดยาวนาน ประมาณ 2-3 ปี

ตัวชี้วัดหน่วยไตเทียม 2556

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2554	ปี2555	ปี2556
ผลการประเมินความพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ)	>80%	80.4%	82	82.98
ข้อร้องเรียน	0	0	0	0
ข้อผิดพลาดในการฟอกเลือดจนผู้รับบริการได้รับอันตรายรุนแรงระดับ 5 (จำนวนครั้ง)	0	0	0	0
การติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (จำนวนครั้ง)	0	0	0	0
ความเพียงพอ Kt/v ผ่านเกณฑ์	>80 %	71.26%	75%	86.89%
Peritonitis rate (Episode/patient month)	18	18.5	19.1	29.03
Exit site infection rate (Episode/patient month)	18	21	23.5	26.39

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

พัฒนาบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมข้างเตียงแก่ผู้ป่วยวิกฤติ ในหอผู้ป่วยหนัก ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ ไอซียูรวม ไอซียูอายุรกรรม และไอซียูกึ่งวิกฤติ จำนวน 30 ราย /111 ครั้ง

แผนการพัฒนางานคุณภาพกิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินในปี 2557

1. จัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคไตแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไปในวันไตโลก
2. จัดประชุมวิชาการเรื่องโรคไตแก่บุคลากรทางการแพทย์
3. ขยายงานบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพิ่มเครื่องไตเทียม จำนวน 2 เครื่อง หลังย้ายหน่วยงานไป ตึก 11 ชั้น 4 (แทนตึกไอซียูอายุรกรรม) โดยปรับปรุงขยายอัตราการผลิตน้ำบริสุทธิ์เป็น 800 ลิตรต่อชั่วโมง ซึ่งสามารถรองรับเครื่องไตเทียมได้ 20 เครื่อง

หน่วยงานจ่ายกลาง

พันธกิจ

ให้บริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สะอาดปราศจากเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ

อัตรากำลังบุคลากร จำนวน 26 คน

พยาบาลวิชาชีพ	1 คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	18 คน
คนงาน	8 คน

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

1. เป็นศูนย์กลางการทำความสะอาด การจัดเตรียมและสนับสนุนอุปกรณ์ชุดเครื่องมือ เครื่องใช้ ที่สะอาดปราศจากเชื้อให้กับหน่วยงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ให้มีเพียงพอกับความต้องการสำหรับกิจกรรมการรักษาพยาบาล
2. ร่วมมือและสนับสนุนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เกิดจากอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในโรงพยาบาล
3. ร่วมกำหนดมาตรฐานการจัดชุดเครื่องมือ เครื่องใช้ในโรงพยาบาล
4. ตรวจสอบคุณภาพและควบคุมปริมาณการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่สะอาดปราศจากเชื้อในหน่วยบริการพยาบาล
5. ร่วมมือและสนับสนุน ด้านลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้วัสดุอุปกรณ์ ในกิจกรรมการรักษาพยาบาล

ผลงานกิจกรรม(บริหาร บริการ วิชาการ)

รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ขอศึกษาดูงานและนักศึกษาฝึกงาน

ด้านบริหาร

1. พัฒนาระบบการทำงานของหน่วยจ่ายกลาง โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ
2. พัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานด้านบุคลากร เช่นการทำให้ปราศจากเชื้อ การฝึกทักษะการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ใหม่โดยใช้ระบบพี่เลี้ยง
3. มีการทบทวนกิจกรรมตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอและเมื่อพบปัญหา
4. ขยายพื้นที่อาคารสำหรับเครื่องนึ่งไอน้ำ และห้องเครื่องอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์
5. การจัดหาารถรับ ส่งอุปกรณ์การแพทย์ตามมาตรฐาน

ด้านบริการ

1. พัฒนางานบริการอุปกรณ์สะอาดปราศจากเชื้อเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง
2. ขยายงานบริการทุกกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อในทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาล
3. ปริมาณการผลิตอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ/เดือน
 - ไปด้วยไอน้ำ เหลือ 100,000 ชิ้น/เดือน
 - ไปด้วยแก๊สเอทิลีนออกไซด์ เหลือ 30,000 ชิ้น/เดือน
 - อุปกรณ์อบแห้งด้วยความร้อน เหลือ 4,500 ชิ้น/เดือน

ด้านวิชาการ

1. ส่งเสริมให้บุคลากรระดับปฏิบัติเข้าอบรมฟื้นฟูความรู้เสริมทักษะการปฏิบัติงาน
2. เสริมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและสามารถนำมาพัฒนาให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน
3. มีการถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับการอบรมแก่บุคลากรในหน่วยงาน
4. ให้คำแนะนำ ปรีกษา เกี่ยวกับกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อแก่เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
5. ร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการนิเทศงานการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและงานหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองและโกสุมพิ
6. จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองและโกสุมพิ ในหัวข้องานจ่ายกลาง

ด้านวิชาการ

1. ขยายงานบริการครบกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อแก่ทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกำแพงเพชร รวมถึงเครื่องมือห้องผ่าตัด ยกเว้นแผนกทันตกรรม (จัดเตรียมเองแล้วส่งทำให้ปราศจากเชื้อที่หน่วยจ่ายกลาง)
2. ให้บริการงานจ่ายกลางที่มีคุณภาพ เพียงพอ อุปกรณ์พร้อมใช้งาน ตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การพัฒนางานคุณภาพ

1. การพัฒนาให้เป็นศูนย์จ่ายกลางครบทุกหน่วยงาน
2. การจัดพื้นที่เขตสะอาดและสกปรกที่เป็นสัดส่วนชัดเจน
3. การจัดหาเครื่องมือให้เพียงพอแก่การให้บริการ

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. ปรับปรุงอาคาร สถานที่ เพื่อจัดระบบงานตามมาตรฐานงานควบคุมการติดเชื้อ และมาตรฐานงานจ่ายกลาง
2. พัฒนางานตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ ตามมาตรฐาน
3. เพิ่มงานบริการแก่หน่วยต้นตกรวม
4. การนำน้ำจากการนึ่งอุปกรณ์ด้วยไอน้ำกลับมาใช้ใหม่

ห้องคลอด

ผลงาน/ กิจกรรม (ด้านการบริหาร/บริการ/วิชาการ)

ปริมาณงานในหน่วยงาน	หน่วย	2554	2555	2556
1. จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	คน	7395	8007	7704
1.1 รอคคลอด	คน	514	544	556
1.2 คลอดทั้งหมด	คน	3518	3711	3562
1.3 ภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวช	คน	8	17	6
1.4 ทารกแรกเกิด	คน	3355	3735	3580
2. คลอดปกติ	คน	1790	1923	1720
2.1 คลอดปกติที่ รพ.กพ.	คน	1763	1892	1695
2.2 คลอดปกติก่อนถึง รพ.กพ.	คน	27	31	25
3. คลอดผิดปกติ	คน	1544	1788	1842
3.1 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	ราย	1447	1690	1734
3.2 ใช้คีม	ราย	4	6	5
3.3 เครื่องสูญญากาศ	ราย	75	83	98
3.4 ท่าก้น	ราย	18	9	5
4. ครรภ์แฝด	ราย	35	40	38

ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2556

- อัตราการตายของมารดาและทารกหลัง Admit = 0 (เกณฑ์ = 0)
- การลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขทุกเดือนโดยมีการเก็บข้อมูลแยกในส่วนของที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลกำแพงเพชร และส่วนที่ส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชน มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติ ส่งเจ้าหน้าที่อบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องจัดตั้งทีมเป็นแกนนำ 3 หน่วยงาน คือ สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลกุมารเวชกรรม และวิสัญญีพยาบาล เข้ารับการอบรม และกลับมาดำเนินการถ่ายทอดความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการประเมินทารกแรกเกิด และการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดจากกุมารแพทย์ ทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ไม่เกิน 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ) ในปี 2554-2556 เป็น 25.20, 22.75 และ 20.40: พันการเกิดมีชีพ โดยสรุปสาเหตุหลักได้ดังนี้ Preterm , MAS และ Fetal distress ซึ่งในปี 2554 มีการทบทวน Clinical Practice Guideline ใน 5 กลุ่มโรค คือ Preterm Labour, Pregnancy Induce Hypertension, Post term pregnancy, Dystocia และ Post partum hemorrhage มีการฝึกประสบการณ์ให้กับ

พยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังผู้คลอดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Birth Asphyxia มีการจัดทำClinical tracer เรื่อง PIH และ Gap analysis เรื่อง Birth Asphyxia ปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลในใบ VA เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน 2555 ได้ปรับปรุงแนวทาง Indication ในการตามกุมารแพทย์รับเด็กในห้องผ่าตัด จัด Conference case ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและจัดทำ Case RCA ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุการณความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิด Birth Asphyxia และพัฒนาการใช้ระบบ fast trackในกลุ่มงานสูติ-นรีเวช และในปี 2556 ได้มีการจัดการประชุมร่วมกันของโรงพยาบาลกำแพงเพชรและโรงพยาบาลชุมชนเพื่อทบทวนหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการประเมิน ดูแลและส่งต่อมารดาและทารกจาก รพ.สต.และโรงพยาบาลชุมชน โดยมีขั้นตอนที่ชัดเจนขึ้นได้แก่การปรึกษาทางโทรศัพท์กับสูติแพทย์ การใช้ระบบ fast trackและติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันกับโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวซึ่งสามารถลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้อย่างชัดเจน

- การลดภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีการควบคุมอุณหภูมิของห้องผ่าตัด การเช็ดตัวและศิรษะของทารกให้แห้งทันที เมื่อแรกเกิดการใช้ถุงอุ่นไอรัก ระหว่างเคลื่อนย้ายทารกจากห้องผ่าตัดมาห้องคลอด แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่บรรลุเป้าหมาย ในปี 2556ทารกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เป็น 5.99 % (เป้าหมายไม่เกิน 16.5%) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปี 2555 (8.10 %) โดยได้ทบทวนแนวทางร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญีพยาบาล งานหลังคลอด งานทารกแรกเกิดวิกฤตและงานตึกพิเศษมารดาทารกประติษฐ์รับเด็กโดยใส่โครงหุ้มพลาสติก และผ้ากันลมพัดผ่านขณะเคลื่อนย้ายทารก และได้ทำวิจัยในหน่วยงานโดยผลสรุปออกมาว่า การใช้ผ้าอุ่นรับทารกและใช้ถุงผ้าบรรจุฉนวนพีชเป็นแหล่งให้ความร้อนแก่ทารกขณะเคลื่อนย้ายทารก เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการควบคุมอุณหภูมิกายทารก มีการนำนวัตกรรมตู้อบผ้าจากหน่วยงานวิสัญญีมาใช้อบผ้ารับทารกแรกเกิดทุกราย (มีผ้ารับทารกผืนเล็ก 2 ผืนและผืนใหญ่ 2 ผืน) เช็ดตัว และคลุมตัวทารก ขณะทำ Bonding และใช้ถุงผ้าบรรจุฉนวนพีชเป็นแหล่ง ให้ความอบอุ่นแก่ทารกขณะเคลื่อนย้ายทารกจากห้องผ่าตัดมาห้องคลอด

- การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในปี 2556 มีการสรุปรายงานทุก 3 เดือน แต่ผลลัพธ์ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ 93.2, 85.2, 81.8, 85.1% ซึ่งภาพรวมเฉลี่ยได้ 86.3% (เกณฑ์ 80% ขึ้นไป) ซึ่งข้อที่ได้ คะแนนสูง 3 อันดับได้แก่ การแต่งกายของพยาบาล (88.29) ความรู้ความสามารถของพยาบาล (89.96) และความปลอดภัยในการให้การพยาบาล(87.45)สำหรับคะแนนที่ต่ำส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของแผ่นพับให้ความรู้และการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ (79.86)

- พยาบาลช่วยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 83.64
- พยาบาลเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการ 83.71

- และได้มีการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและญาติ โดยการจัดทำวีดิทัศน์เกี่ยวกับระบบการทำงานและขั้นตอนการให้บริการงานห้องคลอด นำมาเปิดให้ผู้คลอดและญาติรับชมเป็นระยะ

- การเฝ้าระวังความเสี่ยงในเรื่องข้อผิดพลาดของการให้บริการงานห้องคลอด (ไม่เกิน 5 : 1,000 ผู้รับบริการ) ซึ่งหมายถึง ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้บริการมารดา ตั้งแต่มารดาเข้ามาใช้บริการในหน่วยงานห้องคลอดจนกระทั่งจำหน่าย หรือย้ายออกรวมถึง การดูแลทารกแรกเกิด 2 ชม. หลังคลอดและข้อผิดพลาดที่เกิดต้องมีความรุนแรงระดับ 5 ขึ้นไป ตามนิยามของการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ได้แก่ การระบุตัวมารดา, การระบุตัวทารก, การส่งมอบทารกแรกเกิด, การให้เลือด/ให้ยา/ให้สารน้ำ, การเกิดแผล Hematoma ในปี 2556 มีจำนวน 6 ราย (0.77 : 1,000 ผู้รับบริการ) เกิด ความรุนแรงระดับ 6 แนวทางการพัฒนา คือ มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันการเกิด Hematoma บริเวณแผลฝีเย็บ, และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดพร้อมหาแนวทางแก้ไขเพิ่มเติม

- อัตราทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด = 20.7 ต่อพันการเกิดมีชีพ (เกณฑ์ ≤ 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ) ใน case ที่ไม่ refer ในรอบปี 2556 พบว่า ทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดไม่เกินเกณฑ์ เนื่องจากมีการพัฒนาองค์ความรู้บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ มีการทบทวนเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เป็นอาจารย์ผู้สอนนิสิต/นักศึกษาพยาบาล

- ในรอบปี 2556 มีมารดาที่มีภาวะ Mild PPH จำนวน 15 ราย (0.78%) แต่ได้รับการ Early detection และหลัก Active management และดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดอย่างเคร่งครัดและปรับปรุงแนวปฏิบัติโดยนำยา Cytotec มาใช้ในการดูแลเพิ่มขึ้นจึงทำให้อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate – Severe PPH = 0 (เกณฑ์ = 0))

- ในรอบปี 2556 อัตราการเกิดการชักจากภาวะความดันโลหิตระหว่างตั้งครรภ์ (Eclampsia) หลัง Admit = 0 (เกณฑ์ = 0) จากจำนวนมารดาที่มีภาวะ PIH 112 ราย เนื่องจากได้รับการดูแลที่เหมาะสมทำให้ไม่เกิดภาวะ Eclampsia ยึดตามแนวทางการปฏิบัติ และปรับปรุงการใช้ยา Methergin และการให้ปริมาณของยาของ MgSo₄ เพิ่มเติมและมีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ PIH ระหว่างการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ได้อย่างเหมาะสม

- มีการพัฒนาระบบ Fast Track ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เช่น ผู้คลอดที่มีภาวะ Prolapsed Cord ภาวะ Amniotic Fluid embolism และภาวะ Eclampsia โดยมีตัวชี้วัดคือ ผู้รับบริการได้รับการดูแลและประเมินเข้าห้องผ่าตัดภายใน 10 นาที

- มีการปรับแบบฟอร์มปรอทใหม่เพื่อสะดวกในการลงข้อมูลที่สอดคล้องกับการใช้แบบประเมิน early warning signs เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและรายงานแพทย์เพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยเริ่มใช้ 2 กลุ่มโรค (PIH, PPH)

- เนื่องจากมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลอย่างเคร่งครัด มีการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีทักษะในการดูแลผู้คลอด โดยจัดให้มีประชุมวิชาการเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในหน่วยงานห้องคลอด กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และจัดส่งเจ้าหน้าที่อบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมทั้งได้ปรับปรุงมาตรฐานแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ จำนวน 32 เรื่องให้มีความเหมาะสมและทันสมัยต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ โดยมีการทบทวนปรับปรุงแก้ไขทุกปีหรือทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

- มีการประดิษฐ์นวัตกรรม
 - 1. นวัตกรรมไม้กั้นเตียงในห้องคลอด
 - 2. นวัตกรรมลูปห้อง ท้องคาถา พาดลอดง่าย

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีการศึกษา ค้นคว้า แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้มีการทำงานวิจัย/ นวัตกรรมต่างๆ ซึ่งในปี 2557 จะดำเนินการทำการศึกษากลับกับการลดภาวะฉุกเฉินหัตถุมีกายต่ำของทารกแรกเกิด โดยใช้ถุงผ้าบรรจุฉีดยาเป็นแหล่งให้ความร้อนหุ้มรอบตัวทารก

- การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน โดยการประชาสัมพันธ์ระบบการทำงานและขั้นตอนการให้บริการงานห้องคลอด โดยการเปิดวิดีทัศน์ในโรงพยาบาล และเผยแพร่สู่ประชาชนทั่วไป แสดงความคิดเห็นในการให้บริการผ่านทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล และแบบสอบถามของหน่วยงาน

- พัฒนาระบบสารสนเทศ โดยการปรับปรุงแบบบันทึกต่างๆ ที่จำเป็นให้เหมาะสมกับงาน/ กลุ่มโรค/ ความเสี่ยง/ ปัญหาของผู้รับบริการ และพัฒนาทักษะของบุคลากรในการเก็บข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ

- กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - บุคลากรของหน่วยงานมีโครงการออกกำลังกายแบบโยคะและมีเครื่องออกกำลังกายในหน่วยงาน
 - จัดระบบการให้คำแนะนำและข้อมูลโดยใช้สื่อการสอนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
 - ติดตามผลการใช้นวัตกรรมไม้กั้นเตียง
 - ติดตามผลการใช้นวัตกรรมลูปห้อง ท้องคาถา พาดลอดง่าย

ติ๊กสูติ – นรีเวชกรรม (หลังคลอด)

อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่

1	พยาบาลวิชาชีพ	- หัวหน้าตึก	1
		- พยาบาลประจำการ	11
		- พยาบาลประจำคลินิกนมแม่	1
2	พยาบาลเทคนิค		1
3	ผู้ช่วยเหลือคนไข้		2
4	พนักงานทำความสะอาด		2
		รวม	18

จำนวนพยาบาลชั้นเวร/ต่อวัน ในอัตราเวร เข้า : บ่าย : ตึก = 4 : 3 : 3

หมายเหตุ ผู้ช่วยเหลือพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีชั้นเวรบ่ายสลับกับพยาบาล

หมายเหตุ ในเวรเช้า/บ่าย/ตึก มีการจัดเวร Standby ของเจ้าหน้าที่ไว้ในแต่ละวันเพื่อเรียกขึ้น OT ลูกเดิน เมื่อยอดผู้ป่วยถึงตามเกณฑ์ของโรงพยาบาล หรือ มีเจ้าหน้าที่ ลากิจ ลาป่วย

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ให้การดูแลผู้ป่วยนรีเวช มารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิด น้ำหนักตั้งแต่ 2,500 – 4,000 กรัม ตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายและดำเนินงานตามโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว

นโยบายของหน่วยงาน

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและแผลฝีเย็บ
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด
3. ผู้รับบริการ พึงพอใจ
4. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังจำหน่าย
5. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ
6. การป้องกันอุบัติเหตุการฉีกขาดความเสี่ยงต่าง ๆ
7. ดำเนินการตามโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ได้แก่
 - 7.1 โครงการโรงเรียนพ่อ – แม่
 - 7.2 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 7.3 เจาะเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทโรอิดฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
 - 7.4 ฉีดวัคซีนให้แก่ทารกแรกเกิด
 - 7.5 แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด
 - 7.6 การดูแลทารกแรกเกิด

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 ปรับปรุงและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในหน่วยงาน
8. จัดทำแผนปฏิบัติการ และแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี

ด้านบริการ

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยนรีเวชกรรม, ผู้ป่วยหลังคลอด, ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดและผ่าตัดนรีเวช
2. จัดทำแฟ้มรวบรวมผลงานกิจกรรมพัฒนาในหน่วยงาน
3. จัดตั้งคลินิกนมแม่ให้บริการปรึกษาปัญหานมแม่โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ได้แก่ 055-714339, 055-714223-5 ต่อ 3803, 3804
4. ให้บริการให้สุขศึกษาแก่มารดาและสามีตามโครงการโรงเรียนพ่อ-แม่
5. ให้บริการเจาะเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
6. ให้บริการฉีดวัคซีนแก่ทารกแรกเกิด

ด้านวิชาการ

1. ดำเนินการให้สุขศึกษาต่างๆ เช่น การดูแลมารดาและทารกเมื่อกลับไปบ้าน, การดูแลทารกหลังได้รับวัคซีน รายกลุ่มและรายบุคคล
2. มีการจัดทำโครงการอาหารสมุนไพรบำรุงน้ำนมในมารดาหลังคลอด
3. จัดทำบอร์ดสุขศึกษาและจัดทำแผ่นพับ
4. จัดให้มีการประชุมวิชาการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง
5. มีการปรับปรุงจัดทำมาตรฐานการพยาบาล
6. ปรับปรุงการจัดเก็บเอกสารวิชาการและหนังสือต่าง ๆ ให้เป็นหมวดหมู่
7. เป็นแหล่งให้นักศึกษาพยาบาลมาฝึกประสบการณ์
8. จัดทำ Competency และจัดทำแบบประเมิน Competency เพื่อประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและ เจ้าหน้าที่ที่จบใหม่

ผลงานเด่นและความภูมิใจของหน่วยงาน

1. ผ่านการประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ในระดับทอง ในปี 2551 (รับการประเมิน 26 มิ.ย. 2551) และผ่านการประเมินได้ระดับทอง 6 ธันวาคม 2551
2. จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาปัญหานมแม่เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ซึ่งเปิดบริการจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 น. – 16.00 น. ในวันหยุดหรือนอกเวลาราชการมีพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยให้คำปรึกษา หรือสามารถโทรศัพท์สอบถามได้ที่ เบอร์ 055 – 714339 , 055-714223-5 ต่อ 3803 -5
3. ดำเนินการโครงการโรงเรียนพ่อ – แม่
4. ให้บริการเจาะเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
5. ให้บริการฉีดวัคซีนแก่ทารกแรกเกิด

สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ตัวชี้วัดคุณภาพหลัก	เป้าหมาย	2554	2555	2556
1. อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ	0%	0.07	0	0.07
2. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอด	<1%	0.29	0	0.08
3. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง	<1%	0.25	1.38	0.38
4. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	0.5%	0.25	0.27	0
5. อัตราตายจากการทำแท้งผิดกฎหมาย	0%	0	0	0

ตัวชี้วัดคุณภาพรวม

ตัวชี้วัดคุณภาพรวม	เป้าหมาย	2554	2555	2556
1. อัตราตายของมารดา	≤ 18:100,000	0	0	0
2. อัตราตายของผู้ป่วยนรีเวช	< 3%	0.35	0.26	0
3. อัตรา severe shock จากการทำแท้งผิดกฎหมาย	0%	2.56	0	0
4. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	> 80%	82.31	81.77	82.95
5. อัตราข้อร้องเรียน	<0.5%	0.78	0.48	0
6. อัตรา Re – admit ใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	≤1%	0.39	0.82	0.51
7. อัตราไม่สมัครใจอยู่รักษา	≤2%	0.45	0.29	0.34

ประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการ

ประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการ	2554 จำนวน (ราย)	2555 จำนวน (ราย)	2555 จำนวน (ราย)
รับใหม่ในรีเวชกรรม	1,131	1,125	1,147
รับผู้ป่วย C/S	1,032	1,857	1,213
รับผู้ป่วยคลอดทางช่องคลอด	1,616	1,149	1,716
ดูแลทารกแรกเกิด	2,013	2,256	2,321

สรุปตัวชี้วัดคลินิกนมแม่ปี 2554-2556

ตัวชี้วัดคุณภาพ	เกณฑ์	2554	2555	2556
1. อัตราทารกกินนมแม่อย่างเดียวยังอยู่ รพ.	80%	97.39	97.16	97.16
2. อัตราทารกกินนมแม่อย่างเดียวนาน 2 เดือน	80%	89.44	87.95	87.95
3. อัตราทารกกินนมแม่อย่างเดียวนาน 4 เดือน	30%	63.72	66.31	66.31
4. อัตราทารกกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน	30%	65.21	66.22	66.22

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2556

กิจกรรม	วิธีการทบทวน/ผู้เข้าร่วม/ความถี่/ การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	มีการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ครบ 100% และดำเนินการตามโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
โครงการออกกำลังกายในมารดาหลังคลอด	มีการออกกำลังกายในมารดาหลังคลอดทุกวัน ตอนเช้า
โครงการโรงเรียนพ่อแม่	มีการให้ความรู้แก่มารดา บิดา ญาติ ทุกวัน
โครงการอาหารสมุนไพรร่ำน้ำนมในมารดาหลังคลอด	มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารร่ำน้ำนมควบคู่กับการให้สุขศึกษา
ส่งเสริมการออกกำลังกายในเจ้าหน้าที่	มีการออกกำลังกายในเจ้าหน้าที่
ส่งเสริมการตรวจมะเร็งในเจ้าหน้าที่	มีการตรวจมะเร็งในเจ้าหน้าที่
โครงการเจาะเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด	ดำเนินงานต่อเนื่องตามโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

ตึกคัลยกรรมอุบัติเหตุ

อัตรากำลัง

จำนวนบุคลากรของหน่วยงานมีทั้งหมด 20 คน (นับรวมหัวหน้าตึก) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 16 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และคนงาน 2 คน

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ขอบเขตบริการ

ให้บริการผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ และมีปัญหาทางคัลยกรรม คัลยกรรมร่วมกับ คัลยกรรมกระดูกและ คัลยกรรมในช่องปากและใบหน้า ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เจตจำนง

มุ่งมั่นที่จะให้บริการผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุให้มีคุณภาพตามมาตรฐานปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนและผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ

คำขวัญของหน่วยงาน

ทีมงานดี รวดเร็วปลอดภัย มั่นใจคุณภาพ

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ให้บริการ 2,589 ราย จำนวนผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 23.87 (คน/วัน) จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรักษาตัว (average length of stay) 3.76 วัน อัตราครองเตียง 68.19 อัตราการตาย (ต่อ 100 วัน) 3.67 (จำนวน 85 ราย) ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทางจรรยาจรทางบกและ 5 อันดับโรคแรกที่พบ ได้แก่ Mild Head Injury, Maxillo-facial Injury, Blunt Chest Injury, Fx clavicle และ Blunt Trauma Abdomen (Small Intestine & Spleen)

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร, บริการ, วิชาการ)

งานด้านการบริหาร

1. จัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณประจำปี แผนสำรองเครื่องมือ สำรอง และมีบัญชีครุภัณฑ์ของหน่วยงาน จัดทำแผนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สำคัญที่ต้องการให้มีเพิ่มในหน่วยงาน รายการครุภัณฑ์ที่ได้รับในปี 2556 ได้แก่

- เครื่องคอมพิวเตอร์ Note book 1 เครื่อง, เครื่องวัดความดันโลหิต แบบดิจิตอล 2 เครื่อง, เครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ของออกซิเจนในเลือด 1 เครื่อง และเครื่องโทรสาร (FAX) 1 เครื่อง จากโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

- เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ จำนวน 3 เครื่อง, เตียงเพอร์เลอร์, ที่นอนลมไฟฟ้า

2. นำแนวคิด Lean Management มาพัฒนาระบบงานบริหารวัสดุอุปกรณ์ จัดทำบัญชีควบคุมรายการไม่ให้มี Dead Stock จากการดำเนินงาน พบว่าค่าใช้จ่าย ประจำปี 2556 วัสดุสิ้นเปลือง (งานพัสดุ) คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 204,974.15 บาท (ไม่เกินแผนที่วางไว้) วัสดุการแพทย์ (งานเภสัช) คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 342681.66 บาท วัสดุสิ้นเปลืองส่วนใหญ่ ได้แก่ ถุงมือ disposable และ Syringe disposable (10-5-3) ถุงขยะสีดำ ขนาดใหญ่ (26x30) ขนาดกลาง (16x26) และ ถุงขยะสีแดง (26x30) ใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมา สูงขึ้นเล็กน้อย

3. มีการจัดอัตรากำลังเพียงพอสำหรับให้บริการ 24 ชั่วโมง อัตรากำลังปกติพยาบาล (ไม่นับรวมหัวหน้าตึก) เหวเช้า : เหวบ่าย : เหวตึก=5 : 3 : 3 และ 4 : 3 : 3 (ในวันหยุดและวันหยุดนักขัตฤกษ์) + พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ : คนงาน เหวเช้า 2 : 2 และ 1 : 1 (ในวันหยุดและวันหยุดนักขัตฤกษ์) โดยใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยมาพิจารณาการเพิ่มหรือลดอัตรากำลังในแต่ละเวร ซึ่งมีการนำโปรแกรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยรายเวรในการคิดคำนวณคะแนนอัตรากำลังผลผลิตของหน่วยงาน (Actual productivity) โดยเฉลี่ยทั้งปี 131.07% (เกณฑ์ปกติ 90-120) ในปี2556นี้ มีพยาบาลเก้าย้ายออก 1 คนและได้พยาบาลใหม่มา 3 คน ดังนั้นการจัดอัตรากำลังต้องเหมาะสม จัดแบบ Staff Mix

4. การจัดเวรค้ำถึง Staff Mix เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยจัดเวรให้มีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในงานเกิน 3 ปี (Staff) สัดส่วน Staff:พยาบาลใหม่ ; 70 : 30 เฉลี่ยทั้งปีจัดได้ 89.41% และ Staff อย่างน้อย 2 คนทุกเวร เฉลี่ยทั้งปีจัดได้ 100 % และเปิดช่องทางให้มีการปรึกษาสายด่วนพยาบาลที่เลี้ยงของหน่วยงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตามประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในงาน

5. มีการประเมินสมรรถนะหลักของเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงาน 2 ครั้ง/ปี ผลการประเมินผ่าน 100 % มีการประเมินสมรรถนะเชิงเทคนิค ในเรื่อง HI สอบผ่านทุกคน, Chest Injury สอบผ่าน 5 คนไม่ผ่าน 10 คน, ระบบยาผ่าน 11 คน ไม่ผ่าน 4 คน และ ACLS ผ่าน 14 คน ไม่ผ่าน 1 คน ได้ทบทวนวิชาการและแนวทางปฏิบัติต่าง และทำการประเมินผลภายหลังทบทวน ผ่านหมดทุกคน

6. มีการนิเทศติดตาม ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ โดยหัวหน้างานและหัวหน้าทีมรับผิดชอบเฉพาะด้าน

งานด้านการบริการ

1. สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการทุกเดือน ความพึงพอใจโดยรวม เฉลี่ยทั้งปี ร้อยละ 86 มีคะแนนต่ำสุดเรื่อง ความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยของผู้ป่วยที่พักรักษาตัว คิดเป็นร้อยละ 76.41 และความ และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในภาพรวม เฉลี่ยทั้งปีร้อยละ 87.48

2. มีการประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลงานผู้ป่วยใน หน่วยงานศัลย์อุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 40.7 ผ่านเกณฑ์

3. มีการทำกิจกรรม 5 ส. ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง จัดมุมอ่านหนังสือ จัดตะกร้าความรู้/หนังสือธรรมะ และกล่องเอกสารแผ่นพับ

4. ทำกิจกรรม 12 กิจกรรมทบทวน จากอุบัติเหตุการณ์และความเสี่ยงที่เกิดขึ้น อย่างสม่ำเสมอ

5. มีการรายงานอุบัติเหตุการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงานสม่ำเสมอ พบอุบัติเหตุการณ์ที่สำคัญสูงสุดคือ ข้อผิดพลาดในการให้ยา/บริหารยา จำนวน 42 ครั้ง คิดเป็น 16.22:1,000 ผู้รับบริการ เกิดจากการลืมแจกยาหลังอาหารเข้าในเวรตึกและการปรับให้สารน้ำให้ตรงตามแผนการรักษา รองลงมา ข้อผิดพลาดเกี่ยวกับ Set ทำการผ่าตัดและการเตรียมผู้ป่วย จำนวน 17 ครั้ง คิดเป็น 6.56 : 1,000 ผู้รับบริการ เกิดจาก ลงคอมผิดวัน ผิดแพทย์ ลืมถอดชั้นใน ไม่ได้ตัดรายงานแพทย์แก้ ผล lab ผิดปกติ มีการทบทวนค้นหาสาเหตุ Morning conference กำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการณ์ซ้ำ ทบทวน WI ต่างๆ

6. ส่งตัวแทนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการต่าง ๆ ของกลุ่มงานการพยาบาลและของโรงพยาบาล ได้แก่ N-Team ต่าง ๆ, คณะกรรมการทีมคร่อมสายงานต่าง ๆ (PCT), คณะกรรมการการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยด้านยา , คณะกรรมการเทคโนโลยีและสารสนเทศ

7. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 3 นครสวรรค์ เพื่อพัฒนางานระบบการส่งต่อบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (Severe Head Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณกระดูกใบหน้า (Maxillo-Facial Injury) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว ลดอัตราการตายและความพิการ โดยหน่วยงานสามารถปรึกษาแพทย์ผู้รักษาต่อได้โดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง ในรอบปีมีการประสานเพื่อส่งรักษาต่อเนื่อง จำนวน 178 ครั้ง สำเร็จ จำนวน 135 ครั้ง ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (คิดเป็นร้อยละ 75.84) ไม่สำเร็จ จำนวน 43 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 24.15) ระยะเวลาในการส่งต่อตั้งแต่เริ่มประสานกับแพทย์ผู้รักษาจนกระทั่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงานใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง สาเหตุที่ส่งต่อไม่สำเร็จส่วนใหญ่เป็นรายที่มีปริมาณเลือดออกไม่มาก ไม่ต้องรักษาด้วยวิธีการทำ

ผ่าตัดสมอง และรายมีความเสี่ยงสูง/โอกาสรอดชีวิตน้อยมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกส่งเข้ารับการรักษาต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 135 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75.84)

8. มีการเฝ้าระวังความเสี่ยง ติดตาม และควบคุม ตัวชี้วัดทางคลินิกในหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เกณฑ์	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2-4	ไม่เกิน 0.5 ครั้ง :1000 วันนอน ผู้ป่วยรวม	0.33 (3 แผล)	0.81 (8 แผล)	0.68 (6 แผล)
	ไม่เกิน 0.5ครั้ง : 1000 วันนอน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	1.65 (3 แผล)	3.05 (8 แผล)	2.98 (6 แผล)
อัตราการติดเชื้อปอด อักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้ เครื่องช่วยหายใจ	ไม่เกิน 3 ครั้ง : 1000 วันใช้ เครื่องช่วยหายใจ	3.04 (8 ครั้ง)	2.50 (2 ครั้ง)	0
อัตราการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการ คาสายสวนปัสสาวะ	ไม่เกิน 2 ครั้ง : 1000 วันคาสาย สวนปัสสาวะ	4.16 (6 ครั้ง)	0.67 (1 ครั้ง)	0.67 (1ครั้ง)
อัตราการติดเชื้อแผลชนิด ที่ 1	0 ครั้ง : 100แผลผ่าตัดสะอาด	0	0	0
อัตราการติดเชื้อจากการ คาท่อระบายทรวงอก	ไม่เกิด	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะปอด แฟบจากการ คาท่อ ระบายทรวงอก	ไม่เกิด	0	0	1
อัตราการติดเชื้อบริเวณ แผลในผู้ป่วยแผลไหม้	ไม่เกินร้อยละ 15	0.71 (2 ครั้ง/33 ราย)	0	0
อัตราการเกิดแผลหดรั้งใน ผู้ป่วยแผลไหม้ (scar contracture) ในแผลระดับ 2 ขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ 50	0	2	0

งานด้านวิชาการ

1. มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ พยาบาลได้รับการอบรมได้ 10 วัน/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 88.24เจ้าหน้าที่อื่นๆ (ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ และคนงาน) ได้รับการอบรม 5 วัน/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 100

2. มีการสอนวิชาการในหน่วยงาน จำนวน 4 เรื่อง/ปี ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การอ่าน EKG, Chest Injury และ การบริหารยาในหน่วยงาน

3. ส่งตัวแทนคณะกรรมการเข้าร่วมกับหน่วยงานในทีมศัลยกรรม เลิก Case dead & Adverse event ที่สำคัญ เข้าร่วมประชุมในทีม MM Conference & Adverse event เพื่อค้นหาปัญหา Pitfall และกำหนดข้อตกลงร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิด Pitfall ซ้ำ

4. ร่วมประชุมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มงานศัลยกรรม (PCT Surg) กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก (PCT Ortho) และกลุ่มงานอื่นที่เกี่ยวข้องตามวาระต่าง ๆ

5. ร่วมกับทีมสหสาขา ปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และเป้าหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (อยู่ระหว่างการปรับปรุงพัฒนาเพิ่ม)

6. เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ Head Injury & Multiple Injury เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาศัลยกรรมอุบัติเหตุ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

7. เข้าร่วมประชุมการพัฒนาบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ด้านพยาบาล (พบส.2) เขต3 กลุ่ม Head Injury

8. พัฒนาระบบบันทึกการพยาบาล

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. นำแนวคิด Lean มาใช้ วางระบบการจัดเก็บ Stock กำหนดให้มีรายการวัสดุคงคลัง (วัสดุทางการแพทย์ & วัสดุสิ้นเปลือง) ไม่ให้มี Dead Stock
2. จัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย Palliative care ในหอผู้ป่วย ดังนี้
 - กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้ป่วย และญาติ(ผู้อาวุโส)ในหอผู้ป่วย และมีการเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ช่อง 7, หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ฯลฯ, ข่าวทาง Internet (ผ่าน www.youtube.com)
 - กิจกรรมวันแม่ จัดบอร์ด และมอบดอกมะลิแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยหญิง
 - โครงการเมตตาธรรมดีในหอผู้ป่วย จากเงินบริจาคของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ที่เกิดเหตุจนถึงการส่งตัวกลับไป รักษาต่อในระดับชุมชน

การพัฒนางานคุณภาพกิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อไป ในปี 2557

1. พัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในจังหวัดกำแพงเพชร
2. การนำแนวคิด Lean Management & 5 ส. มาใช้ในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. จัดทำแผนงบประมาณ แผนการปฏิบัติการ และแผนควบคุมกำกับงานประจำปี
4. การติดตามผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง Post Refer / Post Discharge ใน ผู้ป่วย Severe HI
5. การติดตามรายงานตัวชี้วัดที่สำคัญ รายงานแก่ PCT ได้แก่ Head Injury และ Blunt Trauma Abdomen
6. การคิดค้นการพัฒนาระบบงานที่สำคัญหรือนวัตกรรมหรืองานวิจัยในหน่วยงานอย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี
7. การพัฒนาสมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical competency) ของพยาบาลในหน่วยงาน
8. จัดประชุมทำ Trauma Audit กับทีมสหสาขา ภายในโรงพยาบาล และ รพช.
9. พัฒนาระบบแบบบันทึกการพยาบาล
10. ทบทวน และพัฒนาระบบยา

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทั่วไป

หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทั่วไปเป็นหน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เน้นป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำโดยมีการผสมผสานการใช้ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ดูแลตนเองได้ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยให้บริการรักษาพยาบาลตั้งแต่รับใหม่จนถึงจำหน่ายในผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ด้านศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ และผู้ป่วยทันตกรรม

มีจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วย จำนวน 35 เตียง และสามารถรับผู้ป่วยได้เพิ่มเติมไม่จำกัด โดยจัดเป็นเตียงแทรกเสริมในผู้ป่วยพักฟื้น บุคลากรประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และคนงาน 2 คน มีการบริหารจัดการบุคลากรให้เหมาะสมตามภาระงาน โดยใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย นำมาคิดภาระงาน และจัดอัตรากำลังเสริมตามความเหมาะสม จำนวนผลผลิตของอัตรากำลังโดยเฉลี่ย = 141.54 % (เป้าหมาย 90-110%) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร อำเภอใกล้เคียง และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอำเภอในเครือข่าย ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ใกล้เคียง ความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยและญาติ คือ การหายของโรคโดยเร็ว ปราศจากภาวะแทรกซ้อน การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมในการเลือกแนวทางการรักษา ต้องการได้รับการปฏิบัติอย่างเอาใจใส่และนุ่มนวล ส่วนความต้องการที่สำคัญของผู้รับผลงานอื่น ๆ คือ ต้องการได้รับประสานงานที่ดีและมีคุณภาพในงานที่เกี่ยวข้อง

ปี 2554 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 2,304 ราย เป็นผู้ป่วยผ่าตัด 1,784 ราย ปี 2555 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 2,967 ราย ผ่าตัด 1,431 ราย ปี 2556 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 2,740 ราย ผ่าตัด 1,323 ราย เฉลี่ยแล้วหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทั่วไปมีผู้รับบริการทั้งหมด ประมาณ 2,670 ราย ผ่าตัด 1,512 ราย หัตถการที่สำคัญคือ การทำแผล 4,000 – 4,500 ครั้ง / ปี แบ่งเป็นทำแผลผ่าตัด 2,100 – 2400 ครั้ง / ปี ทำแผลเรื้อรัง 1,600 – 1900 ครั้ง/ปี 5 อันดับโรคแรกที่สำคัญได้แก่ Indirect inguinal hernia, Acute Appendicitis, Benign Prostate Hypertrophy, Intestinal Obstruction และ Cellulitis ตามลำดับ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทาย ดูแลผู้ป่วยให้หายเร็ว มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และไม่กลับเป็นซ้ำ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรมทางการพยาบาล

กระบวนการสำคัญ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
<p>1. ประเมินผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การระบุตัวผู้ป่วย - การประเมินสภาพ - การจำแนกประเภท - การให้ข้อมูลการให้การรักษายาบาลแรกเริ่ม 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุมและรวดเร็ว - ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ - ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลที่เป็นสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ - ผู้ป่วยได้รับการประเมินร่างกาย ชักประวัติการเจ็บป่วยโรคประจำตัว การรับประทานยาอย่างละเอียด ครอบคลุม - ผู้ป่วยที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป และมีโรคประจำตัว สภาพอาการทั่วไปไม่แข็งแรง ได้รับการตรวจ CXR, EKG, CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการประเมินแรกเริ่มโดยพยาบาลวิชาชีพ=100% - อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน = 0 - คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ปี 2556 = 82.09%
<p>2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elective case - Emergency case - Elective and Emergency ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ผ่าตัด Elective ทุกรายได้รับการเยี่ยมและให้ข้อมูลก่อนวันผ่าตัด โดยเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลที่ ward ประเมินและให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด - ผู้ป่วยที่ผ่าตัด Emergency ได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติทุกราย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและเซ็นใบยินยอมก่อนทำการรักษา/การทำผ่าตัด/และการให้เลือด =100 % - อัตราผู้ป่วยที่เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ปี 2556 = 0%(0 ราย)

กระบวนการสำคัญ

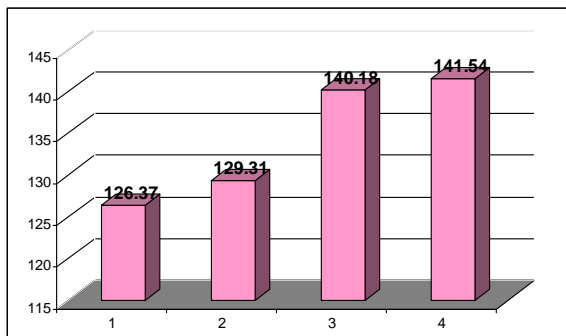
กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
<p>3. การดูแลหลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะแทรกซ้อน - ปวดแผลผ่าตัด - การให้ข้อมูล - การฟื้นฟูสภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายได้รับการประเมินและให้การดูแลหลังผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลและได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด - ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายได้รับการจัดการอาการปวดแผลผ่าตัดตามแนวปฏิบัติ - ผู้ป่วยได้รับการทบทวนการดูแลรักษาพยาบาลจากสหสาขาวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปี 2556 = 0% - คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการจัดการอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ปี 2556 = 73.50 % - M.M.conference 1 ครั้ง/เดือน - อัตราตายของผู้ป่วย = 1.77%
<p>4. การดูแลแผล</p> <p>แผลผ่าตัด</p> <p>แผลเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - แผล NF - แผล bed sore - แผล DM foot 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดได้รับการดูแลตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยที่มีแผล NF, Bed sore, DM foot ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ - มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย NF - มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย Bed sore - มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย DM foot - มีการดูแลแผลทั้ง 3 ประเภทแบบสหสาขา 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด สะอาดตั้งแต่ปี2552-ปัจจุบัน = 0 % - ผู้ป่วยแผล NF. , Bed sore และD.M.ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ปี 2556= 94.30%,100% และ100% ตามลำดับ -คะแนนความก้าวหน้าของแผลทุกประเภทดีขึ้น100%
<p>5. การดูแลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย - การดูแลแบบประคับประคอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่องการความลับการดูแลรักษา - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 	<p>ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ = 0.73:1000 ผู้รับบริการ(2ครั้ง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการไม่สมัครใจรับบริการรักษาจากความไม่พึงพอใจ=0%
<p>6. การวางแผนจำหน่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลโรค การติดตามผลการรักษาและการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน -การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ร.พ.,ส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านและส่งต่อ รพ.ชุมชน เครือข่ายมีความถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> -อัตราการ Re admit ภายใน 28วัน โดยไม่ได้วางแผน ปี 2556 = 1.08%

กระบวนการสำคัญ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
7. กระบวนการคู่มือ - การตรวจทางรังสี, Lab - อุปกรณ์เครื่องมือ - บันทึกทางการแพทย์	- ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสี ทางห้องปฏิบัติการ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา - มีอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้งานตลอดเวลา - พยาบาลลงบันทึกกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน	- ข้อผิดพลาดที่เกี่ยวกับการส่งตรวจทางรังสี การส่งตรวจ Lab ประมาณ 10 ครั้ง/เดือน - ข้อผิดพลาดในด้านความพร้อมของอุปกรณ์ไม่เพียงพอไม่มีใช้/ชำรุด ประมาณ 10 ครั้ง/เดือน - คุณภาพบันทึกทางการแพทย์ = 75.55 %

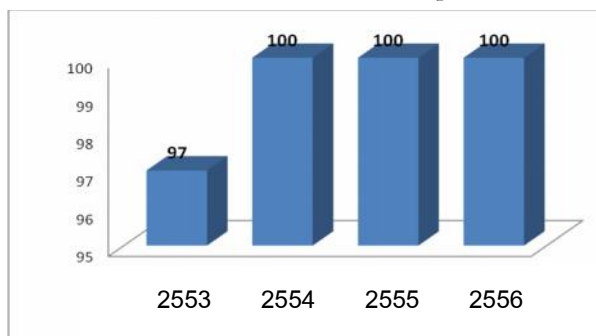
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

1. อัตราการผลิตทางการแพทย์ (Productivity) เป้าหมาย 90 - 120%



ปี 2556 มี Productivity เกินเกณฑ์เฉลี่ย = 141.54% เนื่องจากมีภาระงานมาก และอัตรากำลังไม่เพียงพอ บุคลากรเหนื่อยล้า มีคุณภาพชีวิตลดลง จึงส่งผลให้เกิดการร้องเรียนขึ้นได้

2. อัตราความก้าวหน้าของแผลในผู้ป่วย N.F. (เป้าหมาย : 100%)



ปี 2556 อัตราความก้าวหน้าของแผลในผู้ป่วย N.F. = 100%

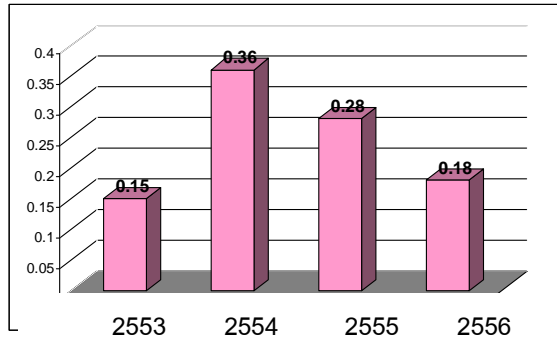
- อัตราได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติในผู้ป่วย N.F.=94.30%

- ผู้ป่วย N.F. ได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

- ประเมินความก้าวหน้าของแผลอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ เพื่อจัดการดูแลแผลอย่างเหมาะสม

สามารถ Refer ผู้ป่วยกลับไปทำแผลต่อที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้านได้เร็วขึ้น

3. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 สูตร1(เป้าหมาย < 0.5:1000 วันนอน), สูตร 2 (เป้าหมาย < 4:1000 วันนอน)



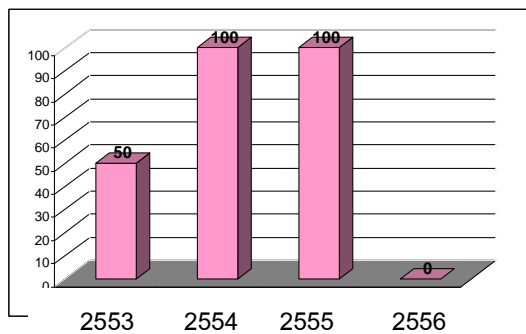
ปี 2556 อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 (เกิด 2 ราย) สูตร 1 = 0.18: 1000 วัน สูตร 2 = 2.44:1000 วันนอนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

- ผู้ป่วยสูงอายุ มีประวัติปวดตามข้อ
- รับประทานยาชุด ผิวบอบบาง
- มีภาวะโปรตีนในเลือดต่ำกว่าปกติ

Albumin = 2.50 มีภาวะ Moderate Malnutrition

แผลที่ขามีขนาดใหญ่ ปวดแผลมาก ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย

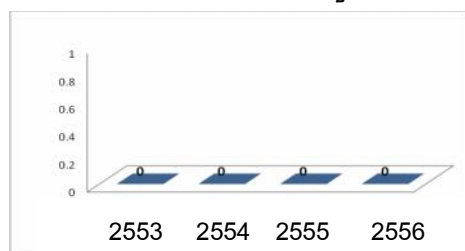
4. อัตราความก้าวหน้าของแผลในผู้ป่วย D.M. Foot (เป้าหมาย : 100%)



ปี 2556 อัตราความก้าวหน้าของแผลในผู้ป่วย D.M. Foot = 0%

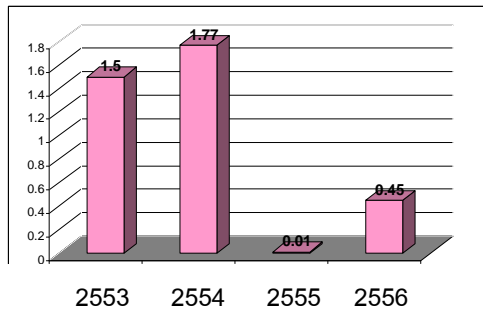
ในปีนี้มีผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น D.M. Foot จำนวน 1 ราย จำนวนวันนอน 4 วัน ไม่สามารถประเมินความก้าวหน้าของแผลได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่สมัครอยู่เพราะแพทย์จะให้ตัดขา

5. อัตราการตัดอวัยวะในผู้ป่วย D.M. Foot (เป้าหมาย < 20%)



ปี 2556 ไม่พบการตัดอวัยวะในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น D.M. Foot

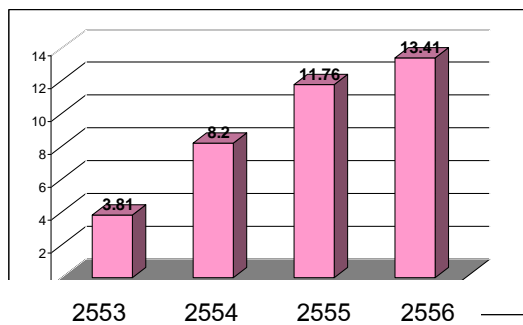
6. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (เป้าหมาย < 2: 1000 วันคาสายสวน)



- ปี 2556 พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (1 ราย) = 0.445 : 1000 วันคาสายสวน เกิดจากผู้ป่วยมีการถอดและใส่สายสวนปัสสาวะหลายครั้ง อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้

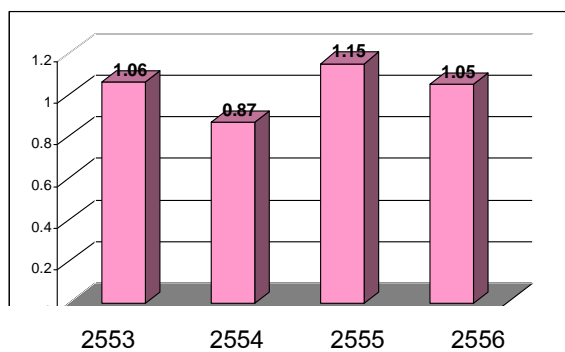
ปัญหา - จนท.ขาดความตระหนักในการลงบันทึกใบ NI ขาดการบันทึกสีและลักษณะของปัสสาวะใน Nurse note การล้างมือก่อนทำหัตถการมีน้อย

7. Administration error (เป้าหมาย < 4 ครั้ง : 1000 วันนอน)



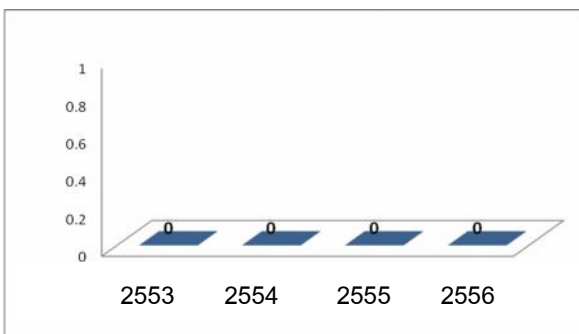
ปี 2556 พบ Administration error = 13.41 : 1000 วันนอน พบความคลาดเคลื่อนในการบริหารยามากขึ้นอาจเป็นเพราะมีการค้นหาและรายงานความเสี่ยงมากขึ้น

8. Phlebitis (เป้าหมาย < 5: 1000 วันให้สารน้ำ)



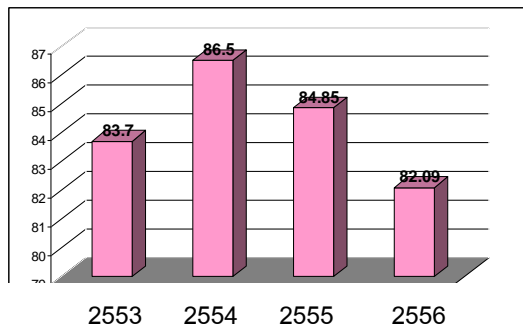
- ปี 2556 พบ Phlebitis = 1.05 : 1000 วันให้สารน้ำพบในผู้ป่วยที่ให้ยาปฏิชีวนะให้ TPN.ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Steroid และผู้สูงอายุ

9. อัตราการตัดเชือกที่แผลผ่าตัดสะอาด (เป้าหมาย 0 %)



- ตั้งแต่ปี 2553-2556 ไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด

10. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เป้าหมาย > 80 %)



- ปี 2556 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ = 82.09%
- ผลการประเมิน ข้อที่ได้ความพึงพอใจน้อยยังเป็นเรื่องเดิมคือการให้ความรู้ สื่อสิ่งพิมพ์ อาจเป็นเพราะผู้รับบริการส่วนมากสูงอายุ มองไม่เห็น อ่านไม่ออก หรืออาจไม่เข้าใจคำถาม
- ได้ดำเนินการจัดทำ แผ่นพับ ให้ความรู้ อธิบาย เป็นรายโรค
- แผนที่จะดำเนินการต่อไปคือการจัดทำโครงการ “มุสลบาย คลายร้อน” ให้ผู้ป่วย และญาติได้ผ่อนคลายความตึงเครียด

ผลงานเด่นของหน่วยงาน ปี 2555 จัดทำ

- นวัตกรรม “ถุงหอม รวยเพื่อน”
- นวัตกรรม “การป้องกัน Phlebitis”
- ดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบ “Holistic care” มุ่งมั่น Palliative care และ End of life โดยเผยแพร่ให้การดูแลไปยังหน่วยงานอื่นๆ และดูแลต่อเนื่องจนกลับบ้าน

ปี 2556

เนื่องจากมีภาระงานมากขึ้น เกิดการร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ จึงได้จัดทำนวัตกรรม “Hearty Smile” เพื่อเพิ่มพูนจริยธรรมในบุคลากรขึ้น และกำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

1. หน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่แผลสะอาด ติดตามผู้ป่วย Post-discharge Surveillance โดยใช้โปรษณียบัตรติดตามผลหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย ตัวชี้วัดผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อแผลสะอาดเป้าหมาย = 0% และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. ดำเนินการแก้ไขการป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะโดยการเก็บ U/A และ U/C ในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนมาจากบ้านทุกรายเพื่อหาค่าเปรียบเทียบ
3. มีการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการนำสวดมนต์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเจริญสติและขอโอสถกรรม

4. ระบบการบริหารยา มีระบบการบริหารยาแบบ One day dose โดยมีหน่วยเภสัชกร เป็นผู้จัดเตรียมยาตาม Copy order ลดขั้นตอนการคัดลอก order แพทย์ ป้องกันความผิดพลาด และลดขั้นตอนการถ่ายทอดคำสั่งยาโดยใช้ Card ยา เปลี่ยนเป็น Medical Record Sheet (ใบบันทึกการให้ยา) มีการเฝ้าระวังเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้ระบบ Visual sign

5. มีการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับสหสาขา เพื่อดำเนินหาปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

6. จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง โดยการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลแผลเรื้อรัง แก่บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีระบบการให้คำปรึกษา ประสานงานเป็นระบบเครือข่าย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

7. จัดทำโครงการองค์ความรู้ และนวัตกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน

- โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

- โครงการรู้กาย รู้ใจ คลายป่วย / นวัตกรรม..ถุงหอม..รวยเพื่อน / นวัตกรรมการ ป้องกัน Phlebitis

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร
2. นวัตกรรม ส่งเสริมจริยธรรมบุคลากร “ Hearty Smile ”
3. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย “ Palliative care & End of life ”

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์โดยนำระบบ IT มาใช้
2. การดูแลผู้ป่วยแบบ Holistic care โดยมุ่งเน้น Palliative care
3. พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยรวมโครงการคัดสรรกรรมสิทธิ์จรสู่ชุมชน
4. จัดทำโครงการ “ มุมสบาย คลายร้อน ” ให้ผู้ป่วยและญาติได้ผ่อนคลายคลาย ความตึงเครียด

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

อัตรากำลัง

มีจำนวนเตียงรับบริการผู้ป่วย 35 เตียง และมีเตียงแทรกไม่จำกัดในการรับผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

จำนวนบุคลากร

ศัลยแพทย์ จำนวน 6 คน (เป็นข้าราชการ)

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน (เป็นข้าราชการ 10 คน เป็นลูกจ้างชั่วคราว 4 คน)

พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน (เป็นลูกจ้างชั่วคราว)

พนักงานทำความสะอาด จำนวน 2 คน (เป็นลูกจ้างประจำ 1 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน)

การจัดอัตรากำลัง

อัตรากำลัง เข้า-ป่วย-ตึก = 5 : 3 : 3 โดยคำนึงถึง Staff mix ในปี 2556 Productivity (ภาระงาน) เฉลี่ย 130.61 % / เดือน (เกณฑ์ปกติ 90-120 %) นำเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยมาพิจารณาในการเพิ่ม/ลด อัตรากำลังในแต่ละเวร มีเกณฑ์การขึ้น OT ในกรณี ลาป่วย ลากิจ ลาฉุกเฉิน และมีการจัด Stand by เพื่อรองรับภาวะขาดแคลนของบุคลากรตลอด 24 ชั่วโมง

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงทั่วไป และทันตกรรมหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จุดมุ่งเน้นที่สำคัญของการให้บริการ คือ การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันความพิการ โดยผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงพอใจ โครงสร้างทั่วไปของตึก ศัลยกรรมหญิง ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ตามศักยภาพของโรงพยาบาลทุติยภูมิตระดับ 3 ผู้ใช้บริการเป็นประชากรของจังหวัดกำแพงเพชร ทั้งในเขตอำเภอเมืองและส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัด และมีการส่งต่อผู้ใช้บริการที่มีปัญหาเกินขีดความสามารถไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลพุทธชินราช

นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานที่สนับสนุน รองรับผู้ที่มาศึกษา ฝึกงาน วิจัยจากสถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานอื่น ๆ

ผลงาน การปฏิบัติงาน / กิจกรรม (บริหาร บริการ วิชาการ)

ด้านบริหาร

1. จัดทำแผนของหน่วยงานศัลยกรรมหญิง ดังนี้

1.1 แผนงบประมาณ ได้เบิกครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สำคัญใช้ในหน่วยงาน ได้แก่ เกย์ออกซิเจน 3 อัน Low pressure Suction 4 เครื่อง, BP ดิจิตอล 1 เครื่อง, NIBP monitor 2 เครื่อง และได้รับบริจาคอีก 1 เครื่องจากบริษัทจินตวิวัฒน์

1.2 ปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงาน

- ปรับปรุงห้องเก็บของบริเวณด้านหลังของห้องผู้ป่วย 10 เตียง
- ปรับปรุงห้องสุขกาย-สุขใจ เพื่อเป็นห้องส่งเสริมป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการ
- ปรับปรุงห้องให้คำปรึกษา จากห้องPCTศัลยกรรมเดิม

1.3 แผนอัตรากำลัง ได้บุคลากรเพิ่มทดแทนจำนวน 1 คน ที่ลาออกไป และจาก Productivity เกินเกณฑ์จึงได้เพิ่มมา 1 คน สามารถจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ กับภาระงานตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งการจัด Stand by เพื่อให้มีความพร้อม เมื่อขาดแคลนบุคลากรและมีผู้รับบริการเพิ่มในแต่ละเวร

1.4 แผนปฏิบัติงานและแผนควบคุมปฏิบัติงาน ผลของการปฏิบัติงาน ตัวชี้วัด บางตัวยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องปรับปรุงและพัฒนาต่อไป ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา

2. ส่งเสริมบุคลากรให้ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ประสานงานกับกลุ่ม PCT ทุก PCT ภายในโรงพยาบาล

4. ประเมินตัวชี้วัดรายบุคคลและสมรรถนะหลักของบุคลากรในหน่วยงาน 2 ครั้ง/ปี ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

5. นิเทศ ติดตาม ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้งานพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ด้านบริการ

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในรอบปีที่ผ่านมา ปี 2556 มีผู้รับบริการทั้งหมด 2560 ราย เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 2452 ราย ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยหนักมาก 1 ราย/เดือน มีผู้ป่วยวิกฤต 15 คน/เดือน กึ่งวิกฤต 156คน/เดือน ปานกลาง 587 คน/เดือน พักฟื้น 43 คน/เดือน มีผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 852 ราย โรคที่พบมากที่สุด คือ Appendicitis มี 274 ราย รองลงมาเป็นราย Gasttoenteritis 116 ราย CA Breast 64 ราย Cellulitis 53 ราย Wound infection 40 ราย NF 46 ราย Breast mass 36 ราย

ผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพบริการที่ผ่านมา ได้แก่

1. ทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตร่วมกับทีม PCT คัลยกรรม (M.M. Conference) และได้มีแนวทางทบทวนการเสียชีวิตโดยนำ Early warning sign มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและใช้ระบบ Fast tract ในผู้ป่วย UGIH
2. ร่วมกับกลุ่มงานคัลยกรรมในการค้นหาอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Adverse Event) ในผู้ป่วยคัลยกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพของงาน โดยนำภาวะอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องที่พบเข้าร่วมกิจกรรมทบทวน (Conference) ในทีมสหสาขาและจัดทำแนวทาง (Guideline) ขึ้นมาใช้ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน อีกทั้งเป็นการป้องกันข้อฟ้องร้องของผู้รับบริการ เช่นการใช้ Alvarado Scale มาช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง
3. พัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วย UGIH โดยใช้ระบบ Fast tract เข้ามาใช้กับผู้ป่วยที่มีวิกฤตฉุกเฉิน เช่น มีภาวะ Active Bleeding, มีภาวะ Hypovolemic shock เป็นต้น มีการนำ UGIH Score มาใช้ในการวินิจฉัย
4. การประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยคัลยกรรม ได้มีการทดลองใช้และปรับปรุงแบบประเมิน Nutrition สามารถนำมาประเมินใช้กับผู้ป่วยได้ทุกรายภายในหน่วยงาน ผลของการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาเรื่องของคุณภาพอาหารในผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ต้องพัฒนาให้ได้มาตรฐานกว่านี้
5. จัดทำโครงการ Holistic mild program เพื่อส่งเสริมฟื้นฟูให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยจัดโปรแกรมการสอนให้ความรู้โรคต่างๆด้านคัลยกรรม สอนออกกำลังกาย การใช้ธรรมชาติบำบัด เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา มีการสวดมนต์ก่อนนอน ฟังธรรมะ นิมนต์พระให้ผู้ป่วยใส่บาตรทุกวันพฤหัสบดี จัดทำบุญทุกวันสงกรานต์และรดน้ำดำหัวแก่ผู้ป่วยที่สูงอายุ
6. ด้านการส่งเสริมฟื้นฟู มีการส่งเสริมฟื้นฟูในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วย CA Breast ที่สูญเสียภาพลักษณ์ จะมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และมีการแจกเต้านมเทียมฟรีแก่ผู้ป่วยทุกราย

ด้านวิชาการ

1. สนับสนุนบุคลากรในการพัฒนาศักยภาพ ที่ผ่านมาบุคลากรในหน่วยงานผ่านเกณฑ์การพัฒนาศักยภาพ 10 วัน/คน/ปี = 100 % มีการส่งเจ้าหน้าที่อบรมภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. สนับสนุนบุคลากรในการเข้ารับการอบรมด้านจริยธรรม ที่ผ่านมาในปี 2556 บุคลากรที่เข้ารับการอบรมด้านจริยธรรม มากกว่า 80 %
3. สนับสนุนบุคลากรในการเข้ารับการอบรมด้านวิจัย ทุกครั้งที่มีการเปิดรับเข้าอบรมจะส่งบุคลากรอย่างน้อย 2 คน เข้ารับการอบรมวิจัย

4. สนับสนุนบุคลากรในการทำ CQI และ RCA จากการพัฒนาคุณภาพบริการ และการค้นหาความเสี่ยง (AE) ที่ผ่านมาได้จัดทำ CQI ในเรื่องของตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ CAUTI, และความคลาดเคลื่อนทางยาและ RCA ในเรื่องการให้การพยาบาลผู้ป่วยและการรายงานผู้ป่วยที่มีผล EKG ผิดปกติ

5. จัดทำมาตรฐานในเรื่อง กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และดูแลต่อเนื่อง ไว้ในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามไปในแนวทางเดียวกัน

6. เข้าร่วมกับทีม PCT ศัลยกรรมในการปรับปรุง Car Map และ Guideline ต่าง ๆ ทางด้านศัลยกรรม

7. สนับสนุนผู้เข้ามาฝึกงานภายในหน่วยงาน ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล รวมถึง นักศึกษาจากสถาบันราชภัฏ

8. จัดทำกิจกรรมทบทวน 12 ทบทวน จากอุบัติการณ์และความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. การดูแลผู้ป่วยแผลผ่าตัดสะอาด มีการเฝ้าติดตามแผลผ่าตัดสะอาด มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรด้านการพยาบาล มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง ในปี 2556 ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้มีการสอนผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ให้สามารถดูแลขวดสุญญากาศด้วยตนเองที่บ้านได้ ทำให้ช่วยลดวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และไม่พบภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาล 7,000 บาท/ราย ที่ผ่านมามีจำนวน 12 ราย คิดเป็นเงินได้ 84,000 บาท/ปี (แปดหมื่นสี่พันบาท)

3. โครงการ Holistic mild program สามารถคลายความวิตกกังวลและความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติได้ ความพึงพอใจมากกว่า 86%

การพัฒนางานคุณภาพ กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินในปี 2557

1. ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลในการเข้าอบรมวิจัย อย่างน้อย 2 คน เพื่อทำงานวิจัย 1 เรื่อง/ปี

2. สนับสนุนเจ้าหน้าที่ในการทำนวัตกรรม อย่างน้อย 1 เรื่องขึ้นไป ในปี 2557

3. จัดทำโครงการ “ อิ่มกาย อิ่มใจ ห่วงใยผู้รับบริการ ” อย่างต่อเนื่องทุกวันศุกร์ โดยทำอาหารว่าง เช่น น้ำผลไม้ เครื่องดื่ม ขนมว่าง มาบริการแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้รับบริการกับบุคลากรภายในหน่วยงาน

4. จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ให้มีทักษะในวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น
5. พัฒนาแนวทางนิเทศเชิงคลินิกทั้งภายในหน่วยงานและเครือข่ายภายในจังหวัดในโรคที่สำคัญตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเขตบริการที่ 3
6. พัฒนาแนวทางการจัดการความเจ็บปวด (Pain management) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ร่วมกับทีมวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ อย่างต่อเนื่อง
7. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) ร่วมกับทีม Palliative Care ให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้ PPS V2 Score เพื่อประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย แก่บุคลากรด้านการพยาบาล
8. ส่งเสริมแนวทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) มากขึ้นในเรื่องของการพยาบาลด้านคลินิก เช่น Bed sore, CAUTI, และบันทึกทางการพยาบาล
9. ส่งเสริมบุคลากรให้มีการจัดวิชาการภายในหน่วยงานมากขึ้นโดยเชิญแพทย์เป็นวิทยากรให้ความรู้ในโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับศัลยกรรมทั่วไป
10. สนับสนุนบุคลากรในเรื่องการพัฒนาศักยภาพด้าน งาน IT และภาษาอังกฤษ มากขึ้น

ติงคัลยกรรรมกระตุก

อัตรากำลังบุคคลากร

ตำแหน่ง	ปฏิบัติงำนจริง
ข้าราชการ	
- พยาบาลวิชาชีพ	14
- พยาบาลเทคนิค	0
ลูกจ้างประจำ	
- ผู้ช่วยเหลือคนใช้	1
- คนงาน	1
ลูกจ้างชั่วคราว	
- ผู้ช่วยเหลือคนใช้	2
- คนงาน	1
รวม	19

หน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงาน

ให้บริการผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย ทุกสถานภาพรวมทั้งสมณเพศที่มีปัญหาด้าน กล้ามเนื้อ กระตุกและข้อ โดยให้การดูแลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย

งานบริหาร

1. วิเคราะห์ภาระงานและจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับงาน
2. วางแผนจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน
3. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับเพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
4. ติดตาม ประเมินผลตัวชี้วัดของหน่วยงานที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาวิเคราะห์หาสาเหตุและนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
5. ควบคุม ติดตามให้บุคลากรปฏิบัติตามระเบียบ อย่างเคร่งครัด
6. ควบคุม ติดตาม และจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
7. พัฒนาหน่วยงานให้เป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน
8. สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานบุคลากร

งานบริการ

1. ให้บริการผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ของการบริการ ตามมาตรฐาน วิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและผู้รับบริการพึงพอใจ
2. พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีศักยภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทาง ออร์โธปิดิกส์
3. วางแผนทบทวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย
4. เฝ้าระวังการแก้ไขปัญหาภาวะติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนและภาวะเสี่ยงของหน่วยงาน ออร์โธปิดิกส์
5. ประเมินความพึงพอใจ ผู้รับบริการทุก 3 เดือน

งานวิชาการ

1. จัดประชุมวิชาการในหน่วยงาน 4 ครั้ง/ปี
2. ร่วมประชุมและฟังวิชาการของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง
3. สนับสนุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ทักษะเพิ่มสูงขึ้น โดยจัด เข้ารับฟังการอบรมความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล

ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2556

1. การผ่าตัดใส่เหล็กที่สำคัญ ดังนี้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 62 ราย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 79 ราย ผ่าตัดกระดูกสันหลังยึดตรึงเหล็ก จำนวน 31 ราย ผ่าตัดตามเหล็กกระดูกต้นขา จำนวน 145 ราย ผ่าตัดตามเหล็ก กระดูกต้นขา จำนวน 145 ราย
2. โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามเหล็กกระดูกหัก ทำให้อัตรา การเกิดเหล็กหักซ้ำภายหลังผ่าตัดลดลงต่ำกว่า เป้าหมาย = 2.56%
3. โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อให้ผู้ป่วย มีความพร้อมในการผ่าตัดและดูแลตนเองหลังผ่าตัดให้ปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อน
4. พัฒนาระบบ Pain Management ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด เพื่อลดภาวะเจ็บปวดให้ ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ร้อยละระดับ ความเจ็บปวด น้อยกว่า 5 ใน 24 ชั่วโมงแรก = 91%

การพัฒนาคุณภาพ

1. พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย / กางส่งต่อข้อมูล
2. การทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์
3. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง / การเฝ้าระวังความเสี่ยงตามระบบ
4. พัฒนาคุณภาพการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับกลางหรือน้อยมาก (Pain management)
5. ทำกิจกรรม Dead Case Conference หา RCA และแนวทางแก้ไข
6. ร่วมประชุมวิชาการ PCT เดือนละ 1 ครั้ง

กิจกรรม / ผลงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. การฟื้นฟูความรู้ทางด้าน Orthopedics เดือนละ 1 ครั้งโดยแพทย์ใช้ทุน ร่วมกับแพทย์พี่เลี้ยง
2. การทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
3. การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4 ครั้ง/ ปี
4. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีระบบ
5. ส่งเสริมการพัฒนาวิชาการ อย่างต่อเนื่อง
6. การเฝ้าระวังความเสี่ยงตามระบบ
7. พัฒนาการ การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม แบบสหสาขาวิชาชีพ
8. พัฒนาดูแลผู้ป่วยกระดูกชนิดไม่เคลื่อน แบบสหสาขาวิชาชีพ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย ให้บริการผู้ป่วยทางอายุรกรรมชายอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป โดยมีเจตจำนง ให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการบริการนั้นครอบคลุมองค์รวม ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จากสหสาขาวิชาชีพ ให้มีอาการทุเลาจากโรคที่เป็นและปราศจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนจนการได้รับการส่งเสริมสุขภาพก่อนจำหน่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติโดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานวิชาชีพ และคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการเป็นสำคัญเพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด

ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปตั้งแต่แรกรับ ขณะพักรักษาตัว จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอใกล้เคียงและผู้ป่วยที่มีการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการดูแลจำนวน 10 โรงพยาบาลและรับกลับจากโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์และโรงพยาบาลพุทธชินราช ผู้รับบริการมี ทั้งผู้ป่วยวิกฤติและเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤติที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการดูแลและเครื่องมือที่เฉพาะจะย้ายขึ้น ICU อายุรกรรมและกึ่งวิกฤตอายุรกรรมผู้ป่วยทางระบบประสาทและสมองจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์ และโรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก เนื่องจากไม่มี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางระบบประสาท ศัลยศาสตร์

พันธกิจ

ผู้รับป่วย ได้รับการบริการอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และพึงพอใจสูงสุด

ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี และเครื่องมือ)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมีจำนวน 36 เตียง เป็นเตียงผู้ป่วยวิกฤต 8 เตียง ห้องแยกโรค 4 ห้อง 8 เตียงมีอายุรแพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพ 23 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนใช้ 5 คน พนักงานทำความสะอาด 2 คน โดยการจัดอัตรากำลังตามภาระงานแต่ละผลัด 8 ชั่วโมงดังนี้ เข้า:ป่วย:ตึก = 8:6:6

เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญได้แก่ Defibrillator 1 เครื่อง, EKG 12 Lead 1 เครื่อง, EKG Monitor 8 เครื่อง, O2 Sat mobie 3 เครื่อง, เครื่องปั๊ม Hct 1 เครื่อง, Ophthalmo scope 1 เครื่อง, เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ 4 เครื่อง

- มีการนำโปรแกรม Hos-Xp ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้ในการปฏิบัติงาน บันทึกข้อมูลให้บริการผู้ป่วย บันทึกข้อมูลความเสี่ยง
- มี Internet สำหรับสืบค้นข้อมูลและสื่อสารข้อมูลงานคุณภาพ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในแผนกโดย E- mail

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม (บริหาร/บริการ/วิชาการ)

ด้านบริหาร

1. ปรับปรุงระบบการบริหารงานและการมอบหมายงานให้มีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น และสามารถตรวจสอบได้
2. ปรับปรุงสถานที่ทาสีใหม่ โครงสร้างให้มีความสะอาด เป็นระเบียบและน่าอยู่โดยการ ใช้ 5 ส
3. ด้านบุคลากรได้มีการขออัตรากำลังเพิ่มมากขึ้นตามอัตราภาระงานและมีการวิเคราะห์ภาระงานทุกเดือนเพื่อจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน (Productivity= 150.06%)
4. มีการประเมินสมรรถนะบุคลากรได้แก่ สมรรถนะหลัก สมรรถนะเชิงวิชาชีพ และสมรรถนะเชิงเทคนิคประจำหน่วยงานและนำผลการประเมินมาจัดทำแผนพัฒนาเป็นรายบุคคล (ผลการประเมินสมรรถนะหลักและสมรรถนะเชิงวิชาชีพผ่าน 100 %)
5. ดูแล จัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ให้มีความเพียงพอและพร้อมใช้ในการปฏิบัติงาน (ปี 56 ได้เครื่อง monitor EKG 3 เครื่อง, Infusion pump 3 เครื่อง)
6. สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ได้นำผลการประเมินแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร มาวิเคราะห์และวางแผนปรับปรุงร่วมกับบุคลากรในหน่วยงาน (ระดับความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่=78.15%)ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 55= 69.3% รายชื่อที่มีคะแนนความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับมากที่สุด นโยบายการพัฒนาบุคลากรของผู้บริหารและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย ร่องลงมาคือภาระงานที่เหมาะสม

ด้านบริการ

1. ทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการทำตามมาตรฐานการปฏิบัติของบุคลากรอย่างเคร่งครัด
2. นำกิจกรรม 12 ทบทวนมาใช้และหาแนวทางพัฒนาหลังจากการทำกิจกรรม ทบทวนทุกเดือน
3. พัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์โดยใช้ Focus charting ตามนโยบายของศีกร พยาบาล (คะแนนการบันทึกทางการแพทย์ เฉลี่ย=71.19 %)
4. วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทุก 3 เดือน และนำผลที่ได้คะแนนต่ำมาปรับปรุงพัฒนาเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจ (คะแนนความพึงพอใจ = 77.09%)
คะแนนที่ต่ำ ได้แก่ ความสะอาดของสถานที่ ห้องน้ำและลิ้อ สิ่งพิมพ์แนะนำหผู้ป่วย

ด้านวิชาการ

1. สำรวจความต้องการเกี่ยวกับความรู้(Training need) ของบุคลากรและทำแผนพัฒนาตาม 5 อันดับโรคแรกและ 5 อันดับโรคที่มีความเสี่ยงสูงของหน่วยงาน
2. ส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรมทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล (อย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี)ผลการปฏิบัติ = 94.89%
3. มีการทดสอบความรู้ของบุคลากรในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ผลการปฏิบัติ ระดับความรู้เฉลี่ย 75 %)
4. ส่งเสริมให้บุคลากรได้มีการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการโดยการใช้ Internet

ปริมาณงาน ปีงบประมาณ 2556

รายการ	ปี 2556 (เฉลี่ยต่อปี)
1. ผู้ป่วยทั้งหมด	7061
2. ยอดผู้ป่วยรับใหม่	6108
3. ยอดผู้ป่วยรับย้าย	324
4. ผู้ป่วยเสียชีวิต	452
5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลรวม	20531
6. ผู้ป่วยจำหน่าย	6447
7. ช่องว่างของเตียง	-1.15
8. อัตราการครองเตียง	156.25
9. ผู้ป่วยในเฉลี่ยรายวัน	56.25
10. จำนวนวันนอน รพ.เฉลี่ย	3.18
11. อัตราการตาย(100ราย)	7.01
12.ผลผลิตของหน่วยงาน (Productivity) (เกณฑ์ 80-120)	150.06

5 อันดับโรคที่พบบ่อย		5 อันดับโรคที่เสียชีวิต	
โรค	จำนวน (ราย)	โรค	จำนวน (ราย)
1. Cerebral infarction	347	1. Bacterial pneumonia	63
2. Gastrointestinal haemorrhage	275	2. Tuberculosis of lung	34
3. Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation	218	3. Intracerebral haemorrhage	31
4. Congestive heart failure	163	4. Alcoholic cirrhosis of liver	27
5. Bacterial pneumonia	148	5. Cerebral infarction	23

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์/เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข
1. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4	≤4;1000 วันเสี่ยง (ลดลง 10 %)	3.69:1000 วันเสี่ยง	<p>ปัญหา/อุปสรรค</p> <ul style="list-style-type: none"> -จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมากและเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง สูงอายุ มีโรคร่วม -เจ้าหน้าที่ไม่ตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทาง <p>แนวทางแก้ไข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- ทบทวนแนวทางและพัฒนาการป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ 2.ชี้แจงการเก็บตัวชี้วัดแบบใหม่ ร่วมกับการเก็บแบบเดิมให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง 3.เปิดโอกาสและ Empowerment ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4.จัดหาอุปกรณ์ที่นอนลมให้เพียงพอกับปริมาณการใช้งาน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข
2. อัตราการติดเชื้อ VAP	2:1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ	1.29:1000วันใส่เครื่องช่วยหายใจ	<u>ปัญหา/อุปสรรค</u> - การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิด VAP ไม่ครบถ้วน - การดูแลหะไม่มีการดูน้ำลายในปากก่อนดูดในท่อ <u>แนวทางแก้ไข</u> 1. ทบทวนแนวทางปฏิบัติ และวิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญในการเกิด VAP 2. ติดตามการปฏิบัติเป็นระยะ และมีการทดสอบความรู้ของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ
3. อัตราการติดเชื้อ CAUTI	3:1000วันใส่สายสวนปัสสาวะ	0	-
4. ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกทางการพยาบาล	≥75 %	71.19%	<u>ปัญหา/อุปสรรค</u> - ความเข้าใจในรูปแบบในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลไม่ชัดเจนเนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเขียนแบบใหม่ <u>แนวทางแก้ไข</u> 1. ชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกันในรูปแบบการเขียนบันทึก Focus charting 2. ให้เจ้าหน้าที่ที่มีการ Audit chart 2 chart/คน/เดือนและนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ทุกเดือน
5. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥80 %	77.09 %	<u>ปัญหา/อุปสรรค</u> - ผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงทั้งด้านการให้บริการและความพร้อมของอาคารสถานที่แต่ด้วยปริมาณของผู้รับบริการที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นทำให้ความพร้อมด้านอาคารสถานที่ไม่เพียงพอและภาระงานที่มากของเจ้าหน้าที่ทำให้การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการล่าช้า พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ให้บริการไม่เหมาะสม

ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้าหมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค/แนวทางแก้ไข
5. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ต่อ)			<p><u>แนวทางแก้ไข</u></p> <p>1. การจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดพื้นที่หน่วยบริการให้เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ - จำแนกประเภทผู้ป่วยให้ถูกต้องตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยของกลุ่มการพยาบาล - เรียกอัตรากำลังเสริมตามเกณฑ์การจัดอัตรากำลัง - หัวหน้าหน่วยงานวิเคราะห์ภาระงาน(Productivity) ทุกเดือนและนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหารองค์กรพยาบาลพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังเพิ่ม <p>2. สร้างเสริมพฤติกรรมการบริการที่ดี</p>
6. ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	<4:1000 วัน นอน	3.01 ครั้ง:1000วัน นอน	<p><u>ปัญหา/อุปสรรค</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การรายงานความคลาดเคลื่อนที่ได้น้อยกว่าความเป็นเนื่องจากไม่มีการรายงานเมื่อเกิดข้อผิดพลาดขึ้นมา <p><u>การแก้ไข</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างวัฒนธรรมในการรายงานและความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ - แก้ไขข้อผิดพลาดที่ระบบโดยการไม่กล่าวโทษตัวบุคคล
7. บุคลากรทางการพยาบาลได้รับการเพิ่มพูนทักษะในงานที่รับผิดชอบ10วัน/คน/ปี	≥80%	94.79%	<p><u>ปัญหา/อุปสรรค</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อมีการอบรมในโรงพยาบาลจนท.ที่สามารถจัดเข้าร่วมในการอบรมได้จำกัด 2. การอบรมที่เกี่ยวข้องกับพนักงานช่วยเหลือคนไข้และพนักงานทั่วไปมีน้อย <p><u>การแก้ไข</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดวิชาการในหน่วยงาน 2. ให้จนท. ใช้วันหยุดหรือวันลาพักผ่อนในการเข้าอบรม

แผนการพัฒนาคู่เมืองในปี 2557

จุดเน้นในการพัฒนา		
โครงการ/วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด/เป้าหมาย	กิจกรรม
1.การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	-ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งต่อดูแลที่บ้าน	-วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ method Model -ออกแบบระบบการเก็บข้อมูลที่เชื่อถือได้ -ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้ฝ่ายเวชกรรมสังคมในกลุ่มผู้ป่วยที่กำหนด -ติดตามข้อมูลย้อนกลับเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน
2.พัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล (Focus charting)	-ร้อยละของคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล >75%	-จนท.ตรวจสอบเวชระเบียน 2 ฉบับ/คน/เดือน -นิเทศพูดคุยกับเจ้าหน้าที่กรณีที่ต้องปรับปรุงแก้ไข -ตรวจสอบเวชระเบียนให้คะแนนเป็นรายบุคคล ประเมินความก้าวหน้าทุกเดือน
3.กิจกรรม 12 ทบทวน	-มีการทบทวนกิจกรรม 1 ครั้ง/เดือนครั้ง	-ทำกิจกรรม 12 ทบทวนเดือนละ 1 ครั้ง -ทบทวนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
4.การนิเทศทางคลินิก	-เพื่อพัฒนาระบบการนิเทศเชิงคลินิกทางการพยาบาล -พัฒนาการนิเทศเชิงคลินิกรายบุคคล	-จัดทำแนวทางการนิเทศเชิงคลินิก -จัดการทบทวน C3THER ทุกวันจันทร์ ทางการพยาบาลระดับหน่วยงานและรายบุคคล -ควบคุม กำกับ และติดตามผลลัพธ์ของการนิเทศเชิงคลินิก

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

จำนวนเตียงผู้รับบริการ	36 เตียง	อัตราการครองเตียงเฉลี่ย	158.5
จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย	57 คน/วัน	อัตราผลผลิตของหน่วยงาน (Productivity)	142.95

อัตรากำลังบุคลากร (มีบุคลากรทั้งหมด 32 คน)

- พยาบาลวิชาชีพ (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) จำนวน 25 คน
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน - พนักงานทั่วไป จำนวน 2 คน

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพศหญิงทางด้านอายุรกรรมอายุ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย

นโยบาย

1. ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพศหญิง ทางอายุรกรรม อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
3. ให้บริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ
4. เน้นการนำกระบวนการพยาบาลมาปฏิบัติ และนำมาปรับปรุงแก้ไข อย่างต่อเนื่อง
5. เน้นพฤติกรรมบริการที่ดี ทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน
6. ป้องกันและจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง
7. ส่งเสริมสุขภาพทั้งผู้รับ และผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ผลการปฏิบัติงาน/กิจกรรม

ด้านบริหาร

1. วิเคราะห์ภาระงานและจัดอัตรากำลัง ให้เหมาะสมกับภาระงานทุกเวร
2. วางแผนจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน โดยเฉพาะเตียงให้เพียงพอกับผู้รับบริการ
3. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ มีการประเมิน Core Competency และ Technical Competency เพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพ ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

4. ติดตามประเมินผลตัวชี้วัดของหน่วยงานที่ไม่ได้ตามเกณฑ์ มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
5. ควบคุม ติดตาม ให้บุคลากรปฏิบัติตามกฎระเบียบ อย่างเคร่งครัด
6. ควบคุม ติดตาม และจัดการความเสี่ยงและพฤติกรรมบริการที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และนำมาปรับปรุง แก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
7. พัฒนาหน่วยงานให้เป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน มีการทำกิจกรรม 5 ส. อย่างต่อเนื่อง
8. สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ

ด้านบริการ

1. ควบคุม/ตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง
3. พัฒนาระบบการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และใช้ระบบ Focus charting
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกเดือน และนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง
5. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ,DM ,Stroke , Sepsis
6. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
7. ทบทวนการดูแลผู้ป่วย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และนำมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง
8. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติทุกวัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
9. ประเมินความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของบุคลากรทุก 6 เดือน เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคลากรในหน่วยงาน

ด้านวิชาการ

1. Conference case ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. สำรวจ Training need ของบุคลากรทุกระดับและจัดวิชาการฟื้นฟูความรู้ให้ทั้งในและนอกแผนก

3. จัดการประชุมวิชาการในรูปแบบ C3Ther ทุกเช้าวันจันทร์ และประชุมวิชาการในเรื่องที่น่าสนใจทุกเช้าวัน พุธ สบติ
4. จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ 5 อันดับโรคแรกที่พบบ่อยคือ Stroke, CHF, MI, Sepsis, UGIH,
5. ประเมิน Technical competency ของบุคลากรทุกระดับ
6. ส่งเสริม/ สนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับศึกษา/ อบรม ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ให้ครบ 10วัน/คน/ ปี
7. นิเทศ/สอนงานนักศึกษาที่มาฝึกงานในหน่วยงาน

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลในหน่วยงาน
 - มีการจัดทำโปรแกรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยใช้โปรแกรม Excel เพื่อให้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ในการวิเคราะห์ข้อมูล
 - มีการจัดทำโปรแกรมการคำนวณอัตรากำลังโดยใช้โปรแกรม excel เพื่อให้เจ้าหน้าที่สะดวกในการคิดคำนวณอัตรากำลัง และสามารถเรียก OT ชุกเงินรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์
2. **นวัตกรรม “ Med หญิง ชักธง ”** โดยการจัดทำธงสื่อในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความสะดวกรวดเร็วและลดข้อผิดพลาดในการให้บริการผู้ป่วย มีการจัดทำโปรแกรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยใช้โปรแกรม Excel เพื่อให้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ในการวิเคราะห์ข้อมูล

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่จะดำเนินการในปี 2557

1. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke, CHF, MI, Sepsis และ UGIH
2. พัฒนาการเขียนบันทึกทางการพยาบาล 5 ขั้นตอน แบบ Focus charting
3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบ Holistic care โดยเน้นการดูแล Palliative care ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. พัฒนาความรู้และทักษะในการบันทึกข้อมูลเพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียนตามเกณฑ์ สปสช.
5. ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานทำ R2R เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 (เด็กกลาง)

อัตรากำลัง

1. จำนวนบุคลากรจำแนกตามสาขาวิชาชีพที่สำคัญ

ทีมสุขภาพประกอบด้วย กุมารแพทย์ 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คนและพนักงานทำความสะอาด 2 คน พยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลกุมารเวชกรรมจำนวน 2 คน มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขากุมารเวชกรรม 1 คน พยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้ป่วยเด็กวิกฤต 1 คนและพยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง 1 คน

2. สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในเวร เช้า : ปาย : ดึก คือ 5 : 3 : 3 ในรอบปีที่ผ่านมา มีค่าภาระงาน (productivity) 116.13, 134.50, 105.86 (พ.ศ. 2554, พ.ศ. 2555, พ.ศ. 2556 ตามลำดับ)

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 (เด็กเด็กกลาง) มีหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กทางอายุรกรรมเป็นหลักในกลุ่มอายุ 1 ปี – 15 ปี และผู้ป่วยเด็กทางศัลยกรรมทั่วไปในกลุ่มอายุ 1 ปี – 10 ปี ดูแลผู้ป่วยครบทุกประเภทตั้งแต่ระดับ 1 – 4 รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการหนักเนื่องจากไม่มี ICU กุมารฯ โดยมีจุดมุ่งหมายในการทำงาน เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กอย่างมีมาตรฐาน ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ และผู้ให้บริการมีความสุข

ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม

ด้านบริการ

ข้อมูล	2554	2555	2556
จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษา	4,448	3,966	3,725
ผู้ป่วยเด็กอายุรกรรม	3,875	3,424	3,198
ผู้ป่วยเด็กศัลยกรรม	291	283	270
กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย/ต	18.7	13.1	24.92
กลุ่มผู้ป่วยกึ่งวิกฤตเฉลี่ย/ต	317.7	263	280.7
กลุ่มผู้ป่วยปานกลางเฉลี่ย/ต	386.2	380	332
กลุ่มผู้ป่วยพักฟื้นเฉลี่ย/ต	116.6	103	95.5

ด้านบริการ(ต่อ)

ข้อมูล	2554	2555	2556
อัตราครองเตียง	86.67	78.98	76.13
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	2.30	2.33	2.39
จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเตียง	11.56	10.31	9.61
จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน	11.42	23.62	22.84
จำนวนวันนอน	9528	8688	8,338
อัตราตาย	0.25	0.19	0.36

โรคที่ให้บริการมากที่สุด คือ Acute gastroenteritis (495 ราย) รองลงมา คือ ธารัสซีเมีย (434 ราย) ปอดอักเสบ (396 ราย) โรคไข้เลือดออก (316 ราย) โรคหลอดลมอักเสบ Bronchitis (191 ราย) เหตุการณ์ที่ให้บริการมากที่สุดคือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รองลงมาคือ การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ การหยดยาทางหลอดเลือดดำ การพ่นยา และการเจาะเลือดส่งตรวจ ตามลำดับ

ด้านวิชาการ

ผลงานด้านวิชาการที่สำคัญได้แก่

1. จัดประชุมวิชาการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนเรื่องการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในโครงการ กุมารสัญจร
2. MM Conference case ร่วมกับทีมสหสาขา
3. Conference case ที่น่าสนใจร่วมกับแพทย์ และ PCT เดือนละ 1 ครั้ง รวม 12 ครั้ง โรคที่ได้จัดทำ Conference case ในเด็กโต ได้แก่ Near Drowning, DHF, Severe Pneumonia, Enterovirus
4. เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล
5. พยาบาลวิชาชีพไปประชุมอบรมด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กครบได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มากกว่า 10 วันต่อคนต่อปี
6. เจ้าหน้าที่ได้รับการทบทวนเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการฝึกปฏิบัติ ACLS ปีละหนึ่งครั้ง ครบ 100%
7. พัฒนามาตรฐานการพยาบาลทางคลินิก ได้แก่ แนวทางวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรค
8. พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล แบบ Focus charting

ด้านการบริหาร

ผลงานด้านการบริหารที่สำคัญได้แก่

1. การบริหารจัดการด้านอัตรากำลังพยาบาลให้มีปริมาณเพียงพอและคุณภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับภาระงาน ทำให้ค่าภาระงานอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้
2. ประเมิน competency ของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค การจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยา และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามนโยบาย IC และการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
3. มอบหมายและนิเทศติดตามการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพทางคลินิก
4. บริหารความเสี่ยงทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดอัตราการเกิดความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติการณ์ตกเตียง การช้ำจากไข้สูงและความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น
5. ส่งเสริมให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน โดยรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะในการประชุมประจำเดือน ลดและขจัดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน จัดสวัสดิการให้เจ้าหน้าที่ในเวรป่วยดี ส่งจนท.เข้ารับฟังการบรรยายเกี่ยวกับเสริมสร้างกำลังใจ หรือทัศนคติที่ดีในการทำงาน
6. บริหารทรัพยากรทางคลินิกและสำนักงานให้เพียงพอ และประหยัดสูงสุดได้แก่ จัดทำแผนงบประมาณ ควบคุมการเบิกจ่ายพัสดุ การตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือให้มีความพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา
7. ดูแลอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสวยงามน่าอยู่ และมีความปลอดภัยในการทำงาน ในรอบปีที่ผ่านมาได้จัดทำห้องทำงานเจ้าหน้าที่ใหม่ ทาสีภายในอาคาร และปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วมเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. ตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมายได้แก่ อัตราตาย อัตราการติดเชื้อ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค ได้แก่ โรคใช้เลือดออก โรคธาลัสซีเมีย ไม่พบข้อร้องเรียน
2. ผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลของสภาการพยาบาลครั้งที่ 2
3. ได้รับรางวัลอันดับ 3 ของการทำ 5 ส. ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร
4. มีนวัตกรรมที่ได้นำเสนอได้แก่ “พี่คอยตาม น้องห้ามงอ” เพื่อลดอุบัติเหตุการเลื่อนหลุด และการหักพังของท่อทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็ก
5. วิทยากรงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กของจังหวัดกำแพงเพชร
6. จัดกิจกรรมวันเด็กแห่งชาติ

การพัฒนางานคุณภาพกิจกรรม/แผนงานสำคัญที่จะดำเนินการต่อในปี 2557

1. เตรียมความพร้อมเพื่อรับการประเมินคุณภาพ (Re - Accreditation) ครั้งที่ 2
2. ดำเนินโครงการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2556 ได้แก่ โครงการกุมารเวชกรรม
สัญจร
3. ร่วมโครงการวิจัยวัคซีนไข้เลือดออกในเด็กต่อเนื่อง
4. สร้างสรรนวัตกรรมเพื่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็ก

ตึกกุมารเวชกรรม 2

อัตรากำลัง

ข้าราชการ	
พยาบาลวิชาชีพ	13
พยาบาลเทคนิค	1
ลูกจ้างประจำ	
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2
พนักงานทั่วไป	1
ลูกจ้างชั่วคราว	
พยาบาลวิชาชีพ	9
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	3
พนักงานทั่วไป	3
รวม	32

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ให้การดูแลรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิด – 1 ปี ทางอายุรกรรม ศัลยกรรมและผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ รวมทั้งให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพเด็กแก่ผู้รับบริการ

ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม (บริหาร/บริการ/วิชาการ) รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ขอมาศึกษาดูงานและนักศึกษาฝึกงาน

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
1. พัฒนาการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลให้เพียงพอต่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ	- อัตรา Productivity เด็กป่วยทั่วไป = 106.8 % และ NICU = 98.02 % เฉลี่ย = 101.70 % (เป้าหมายไม่เกิน 120%)
2. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการดูแลทารกแรกเกิดและระบบส่งต่อทารกแรกเกิดจากโรงพยาบาล ชุมชนมายังโรงพยาบาล กำแพงเพชร และระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล	- มีแนวทางการส่งต่อการดูแลทารกแรกเกิดจากโรงพยาบาลชุมชนและภายในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ทำให้ส่งต่อทารกได้รวดเร็วและทันท่วงที อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนลดลง

ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
<p>3. พัฒนาระบบบริการดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร (กุมารสัญจร)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรที่มีสุขภาพได้พัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด และได้รับการฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือ ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
<p>4. มีการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นการล้างมือและสวมถุงมือและปฏิบัติตามนโยบายหลักของ IC อย่างเคร่งครัด 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการติดเชื้อรวมของหน่วยงาน = 0.47% (เป้าหมาย < 3%) - อัตราการติดเชื้อรวม = 1.16 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน - อัตราการติดเชื้อ VAP = 2.33 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน (เป้าหมาย < 5 ครั้ง : 1000 วันนอน)
<p>5. พัฒนางานบริหารความเสี่ยง / ลดความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา = 1.06 : 1,000 (เป้าหมาย < 3 ครั้ง : 1000 วันนอน) - ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาอันตรายรุนแรงระดับ 7 ขึ้นไป
<p>6. พัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผลคะแนน Audit chart 86.96% (เป้าหมาย ≥ 75 %) และคะแนนที่มกกลาง = 64.37% ส่วนที่ดี คือการเขียน CC, PI การลงเวลาทำกิจกรรม และส่วนที่ควรพัฒนา คือการประเมินความต้องการ และกิจกรรมการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา การประเมินต่อเนื่อง และการวางแผนจำหน่าย ได้นำปัญหาที่พบจากการ Audit มาประชุมร่วมกัน เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไข
<p>7. ทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย</p>	<p>อัตราการตายไม่เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ 0-7 วัน = 3.91 รายต่อ 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ (เป้าหมาย 5 : 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ) - อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ 0-28 วัน = 5.58 ราย ต่อ 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

ผลงานการปฏิบัติงาน / กิจกรรม

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
<p>ทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย (ต่อ)</p>	<p>(เป้าหมาย 9 : 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ) อัตราตายทารกอายุ 0-1 ปี = 1.60% (เป้าหมาย < 3%) ได้มีการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยทุกรายในที่ประชุม PCT กุมภาพันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็น case Un-preventable Dead ส่วนใน Case Preventable Dead นำแนวทางมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป</p>
<p>8. สํารวจและวิเคราะห์เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้มารับบริการ</p>	<p>- อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ 84.45% (เป้าหมาย ≥ 80 %) และไม่พบข้อร้องเรียน พยาบาลเอาใจใส่ดี และส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำ ได้แก่ สถานที่คับแคบ ความสะอาด และการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัวหรือการรักษาแก่ญาติ มีการนำข้อที่ได้คะแนนต่ำมาปรับปรุงแก้ไข</p>
<p>9. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยจัดส่งอบรมภายใน และภายนอกหน่วยงาน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งฝึกแก่นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร มหาราช จ.พิษณุโลก</p>	<p>- เจ้าหน้าที่อบรมครบ 10 วัน/คน/ปี พยาบาลวิชาชีพ = 60.87 % ผู้ช่วยเหลือคนไข้ = 25 % และพนักงานทั่วไป = 0 แต่ได้มีการประเมินความรู้วิชาการเจ้าหน้าที่ในเรื่อง ดังนี้ Neonatal jaundice , การ on UVC , การทำ Blood Exchange , Sepsis , การใช้สาร Surfactant ผลคะแนนการประเมินความรู้ (Pretest) เฉลี่ย 65% ได้มีการสอน แนะนำเพิ่มเติม คะแนน posttest เพิ่มขึ้น เฉลี่ย 85% และทบทวนการใช้เครื่องมือที่สำคัญ ได้แก่ Ventilator , EKG , Incubator เป็นต้น และสอนแนะนำให้ความรู้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทั่วไป</p>

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

1. พัฒนาระบบบริการดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร (กุมารสัญจร)

การพัฒนางานคุณภาพ

1. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการดูแลทารกแรกเกิดและระบบส่งต่อทารกจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างต่อเนื่อง
2. จัดทำ Clinical tracer การประเมินผู้ป่วยวิกฤต
3. จัดทำ Clinical tracer การป้องกัน pneumothorax อย่างต่อเนื่อง
4. จัดทำ Clinical tracer เรื่อง Retinopathy of prematurity (ROP)
5. จัดทำ Clinical tracer เรื่อง Neonatal jaundice
6. จัดทำแนวทางการป้องกันการเกิด Unplan CPR
7. พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา
8. พัฒนาระบบการเขียนและตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์
9. สำรวจและวิเคราะห์เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ
10. ทบทวนความเสี่ยง / อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และจัดทำกิจกรรม 12 ทบทวน
11. มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับแพทย์และทีม PCT กุมารเวชกรรม ได้แก่ การทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยหรือที่นำสนใจหรือมีปัญหา แนวทางการดูแลทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด (Birth defect) การดูแลทารกแรกเกิดขณะส่งต่อมายังดีกกุมารเวชกรรม 2 การเจาะเลือดคัดกรองสุขภาพเด็กดี (TSH) แนวทางการรักษาหากผลเลือดผิดปกติ และแนวทางการให้สารลดแรงตึงผิว (Surfactant) เป็นต้น

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อปี 2557

1. พัฒนาระบบบริการดูแลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร (กุมารสัญจร)
2. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลกำแพงเพชร (Fast track)
3. ดำเนินการวิจัยเรื่อง Clinical path way Premature with RDS in NICU
4. พัฒนารูปแบบการดูแลทารก in NICU โดยยึดหลัก Developmental care
5. การป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด และระบบทางเดินอาหาร
6. พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง
7. พัฒนาระบบการเขียนบันทึกทางการแพทย์ให้ได้ตามมาตรฐาน
8. สำรวจและวิเคราะห์เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาลในภาพรวม
9. ประเมินความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโรคที่สำคัญและพบบ่อย

ตึกพิเศษ 1 – 5

ตึกพิเศษ 60 เดียง โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้บริการผู้ป่วยทุกแผนก เป้าหมายที่สำคัญของหน่วยงานคือให้บริการโดยมุ่งเน้นการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยง

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

ตึกพิเศษ 60 เดียง เปิดครบ 5 ชั้น รับผู้ป่วยเข้านอนรักษาตามชั้นต่าง ๆ แยกตามแผนกผู้ป่วยดังนี้

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

(ยกเว้นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต้องย้ายกลับไปตึกสามัญเนื่องจากโครงสร้างหน่วยงานมีลักษณะเป็นห้อง ทำให้มีผลต่อการดูแล การประเมิน และการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วยโดยตรง)

อัตรากำลังบุคลากร

อัตรากำลังบุคลากร มีทั้งหมด 48 คน ประกอบด้วย

เจ้าหน้าที่	จำนวน (คน)
พยาบาลวิชาชีพ (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย)	28
พยาบาลเทคนิค	1
ผู้ช่วยพยาบาล	1
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	10
พนักงานทำความสะอาด	8

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

ผลผลิตของหน่วยงาน (Productivity) (เกณฑ์ 80-120) เฉลี่ย 91.74

จำนวนผู้มารับบริการในปี 2552, 2553, 2554 ,2555 และ 2556 มีจำนวน 4,351, 4,412, 4,661, 5,436 และ 5,539 รายตามลำดับ สำหรับอัตรการครองเตียง 80.02, 69.34,96.21, 99.48 และ 80.06 ตามลำดับ

ผลงานการปฏิบัติงาน/กิจกรรม

ด้านการบริหาร

เนื่องด้วยอัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ หอผู้ป่วยพิเศษได้จัดหาอัตรากำลังเสริม โดยรับพยาบาล Part time จากหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมาร่วมทีมดูแลผู้ป่วย ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพได้ในขณะที่มีบุคลากรจำกัด

มีการแต่งตั้งหัวหน้าทีมในแต่ละชั้นเพื่อเป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพบริการและ นิเทศติดตามงานช่วยหัวหน้าตึก

ด้านการบริการ

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการปี 2552, 2553, 2554, 2555 และ 2556 เท่ากับ 84%, 83.15%, 84.37%, 83.99% และ 83.97% ตามลำดับ ในด้านสื่อสิ่งพิมพ์ การให้คำแนะนำและความรู้ต่างๆมีระดับความพึงพอใจต่ำสุดจึงร่วมกันจัดทำสื่อการสอนเพิ่มเติม

ด้านวิชาการ

- ส่งเจ้าหน้าที่เข้าฝึกอบรมของโรงพยาบาล โดยพิจารณาตามความรู้ความสามารถ ความเกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบและกระจายให้ทั่วถึงกัน (อย่างน้อย 10 วัน/คนปี) นำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่ภายในตึกรับทราบ
- ส่งเสริมให้บุคลากรค้นคว้าข้อมูลความก้าวหน้าทางวิชาการโดยการใช้งานคอมพิวเตอร์และสืบค้นข้อมูลทาง Internet
- มีการปรึกษาหารือร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (conference case) ภายหลัง การรับ - ส่งเวร เข้า ทุกวัน

ผลงานเด่นของหน่วยงาน

ได้รับรางวัลจากการนำเสนอผลงานคุณภาพระดับโรงพยาบาลในการจัดทำโครงการ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือ

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการต่อในปีงบประมาณ 2557

1. โครงการลดอาการเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา
2. โครงการ LEAN ลดระยะเวลาการเตรียมห้องรับผู้ป่วย

หอผู้ป่วยหนักรวม (ICU รวม)

วิสัยทัศน์

เป็นห้องผู้ป่วยหนักรวมที่มีคุณภาพพร้อมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาพที่ดีในปี 2558

เจตจำนง

ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอาการหนัก ให้พ้นภาวะวิกฤตอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ผู้รับบริการพึงพอใจ

นโยบาย

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เน้น
 - 1.1 การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติและบันทึกทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับ มาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ
 - 1.2 พัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย
 - 1.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล
2. จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและการ พิชัยกษลิติผู้ป่วย
3. สนับสนุน กระตุ้น ติดตาม ให้นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงทั้ง 4 ขั้นตอน (ค้นหา,วิเคราะห์, จัดการ, ประเมินผล) มาปฏิบัติในหน่วยงาน
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้นำความรู้ทางวิชาการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
5. สร้างเสริมสุขภาพทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
6. ให้มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

อัตรากำลังบุคลากร

จำนวนพยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 2 คน พนักงานทำความสะอาดจำนวน 2 คน จำนวนเตียง 8 เตียง พยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้ป่วยหนัก = 1 ต่อ 2 คนต่อเวร โดยจัดขึ้นปฏิบัติงานตามภาระงานแต่ละเวร ดังนี้ ช : บ : ต พยาบาลวิชาชีพ 5 : 4 : 4 (ไม่นับหัวหน้าหอผู้ป่วย) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ , พนักงานทำความสะอาดขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า หยดวันเสาร์ , อาทิตย์ สลับกัน

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทุกประเภท รับผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยในทุกแผนกที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอด 24 ชั่วโมง

ผลการปฏิบัติงาน

ด้านบริหาร

- โครงสร้าง + เครื่องมือ อุปกรณ์เครื่องมือมีความเพียงพอและพร้อมในการใช้งาน เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจครบทุกเตียง เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรจำนวน 8 เครื่อง
- ปรับปรุงสถานที่ในหน่วยงานให้มีความเหมาะสมได้ยกเลิกการใช้ตู้ประจำเตียงผู้ป่วย ทำให้มีพื้นที่ -- ระยะห่างระหว่างเตียงเพิ่มขึ้น สะดวกในการให้บริการผู้ป่วย
- จัดให้มีรถดูดเสมหะเคลื่อนที่ทำให้สะดวกในการปฏิบัติงาน

บุคลากร

1. มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เพิ่มเติมหน้าที่พิเศษ ประเมิน Core ,professional ,Technical Competency นำผลการประเมินที่ได้มาจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล
2. มีระบบพี่เลี้ยง น้องใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานคะแนนประเมินต้องผ่าน 70%

ด้านบริการ

ให้มีการนำ EBP มาใช้ในหน่วยงาน ได้แก่ การป้องกันการเกิด VAP CAUTI weaning protocol Enteral feeding .สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำ palliative care มาใช้ในหน่วยงานทำให้เกิดโครงการทำบุญตัดบาตร โครงการอาทิตย์อัสดง สนับสนุนให้มีการคิดค้นและนำนวัตกรรมมาใช้ ได้แก่ ถุงตาข่ายป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ การใช้ภาพพลิกในการสื่อสาร การใช้ผ้าผูกยึดตัวผู้ป่วย เป็นต้น

ด้านวิชาการ

จัดให้มีวิชาการภายในหน่วยงานและถ่ายทอดความรู้โดยผู้ผ่านการอบรมการพยาบาลวิกฤติ กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมการทำ morbidity-mortality conference, วิเคราะห์ความเสี่ยงที่สำคัญร่วมกับทีมสหสาขาทุกเดือน สนับสนุนบุคลากรให้เข้าร่วมประชุม อบรมทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลผู้ที่อบรมได้ครบ 10 วัน/คน สามารถปฏิบัติได้ 80%

กระบวนการทำงาน

ตัวชี้วัดที่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในส่วนของตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดได้มาจัดทำเป็นโครงการพัฒนาได้แก่

การเกิดแผลกดทับ

เป้าหมายปี 2556 แผลกดทับลดลง 10% = 5.15 : 1000 วันนอน (จากเดิม 5.65 : 1000 วันนอน) ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การพลิกตะแคงตัวไม่ถูกต้อง มีข้อจำกัดในผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหา เหนื่อยหอบผู้ป่วยมีภาวะ severe sepsis ,septic shock , ที่นอนแข็งเกินไป

กิจกรรม

1. ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับของกลุ่มการพยาบาล
2. เน้นการพลิกตะแคงตัวให้ได้อย่างน้อยวันละ 3 ครั้งยกเว้นผู้ป่วยมีข้อจำกัด
3. เน้นการจัดท่าที่ถูกต้อง
4. เปลี่ยนผ้าให้ผู้ป่วยทันทีที่มีการเปียกชื้น
5. ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินของ PCT Surg
6. กระตุ้นติดตามการปฏิบัติโดยทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมินแบบ 270 องศา

โดยนำผลคะแนนที่ได้มาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือน

ผลลัพธ์ 7.65 : 1000 วัน ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายเนื่องจากมีผู้ป่วยสูงอายุส่วนหนึ่งมีอาการถ่ายเหลวและผู้ป่วยมากกว่า 50% ที่ใส่ invasive device หลายอย่างร่วมกับต้อง sedate ยามีภาวะวิกฤตินานมากกว่า 10 วันไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยและเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของ device โดยเฉพาะ A-line แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยเกิดที่แผลกดทับระดับ 2 ขึ้นความก้าวหน้ามีการหายไม่มีการลุกลามไประดับ 4

ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2555-2556**1. การป้องกันการเกิดVAP โดยมีการนำ vap prevention bundle มาใช้**

เนื่องจากในปี 2554 ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดปฏิบัติได้ 4 :1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ(เป้าหมาย 3: 1000 วัน)ได้มีการทบทวน พบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิด เช่น การล้างมือ การวัด cuff pressure การประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ การประเมินการหยุดยา sedate เป็น

กิจกรรม ได้เลือกบางปัจจัยที่สำคัญโดยจัดทำโครงการ VAP prevention bundle ที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนามีการอบรมความรู้ ทำแบบ check list ในการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจทุกแควและได้มีการกระตุ้นติดตามโดยนำกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นปัจจัยทำให้เกิด VAP มาประเมินแบบ 270องศามาเป็นคะแนนส่วนหนึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติราชการเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน

ผลลัพธ์ VAP ปี 2555-2556 สามารถปฏิบัติได้ 1.38 และ 2.7: 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจได้มีการนำเสนอรายงานคุณภาพของโรงพยาบาลได้ลำดับที่ 2 และได้รับการคัดเลือกจากเขต 18 ในการนำเสนอผลงานระดับประเทศ

2. การป้องกันการเลือนหลุดของท่อช่วยหายใจ

ได้มีการพัฒนาการป้องกัน การเลือนหลุดท่อช่วยหายใจมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2553 ซึ่งอัตราการเกิดอุบัติเหตุลื่นไถลเดือนละ 8 รายคิดเป็น 32 :1000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ได้มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่า มีหลายปัจจัย ได้แก่ การทำกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด การผูกยึดไม่ถูกต้อง ผู้ป่วย confuse ดึงออกเอง เป็นต้นในปี 2554-2555 สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายไม่เกิน 14: 1000 วันผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ(เฉลี่ยเดือนละ 4 ราย)

เป้าหมายในปี 2556 อัตราการเลือนหลุดของท่อช่วยหายใจไม่เกิน 12:1000 วันผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

กิจกรรม

1. ให้มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อการผูกยึดและการเฝ้าระวังทุกรายโดยใช้แบบประเมิน VAMASS
 2. กรณีผู้ป่วยที่รู้สึกตัวที่ได้รับการประเมินไม่ได้รับการผูกยึดให้มีการแจ้งข้อมูลเหตุการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง
 3. ใช้ EBP ในการป้องกันการเลือนหลุดของท่อช่วยหายใจต่อเนื่อง
- ผลลัพธ์ อัตราการเลือนหลุดของท่อช่วยหายใจ 5:1,000 วันผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (เดือนละ 1 ราย)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ห้องผู้ป่วยหนักรวมต้องการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีความต่อเนื่องและให้

ความสำคัญกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

เป้าหมาย 85 %

กิจกรรม

1. จัดทำโครงการจัดโครงการ ยืมรับเพื่อความประทับใจ ใส่ใจในการบริการโดยประกอบด้วย
 - เน้นการให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์หนังสือข้อมูลเพิ่มเติม
 - ติดป้ายป้ายเตียง และมอบหมายผู้ดูแลให้ข้อมูลทุกแวน
 - เพิ่มเติมข้อมูลแบบสอบถามพยาบาลที่ผู้ป่วยประทับใจ
 - จัดรางวัลให้สำหรับพยาบาลดาวเด่นที่ผู้ป่วยประทับใจและใ้ประกาศนียบัตรรับรองติดประกาศให้ทุกคนรับทราบบริเวณทางเข้าประตูด้านใน
2. จัดทำโครงการทำบุญตักบาตรทุกวันพฤหัสบดี
3. จัดโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการฟัง MP-3 โดยเลือกธรรมชาติที่ผู้ป่วยชื่นชอบ
4. กิจกรรมดนตรีบำบัดจากผู้มีจิตอาสาเล่นไวโอลินและร้องเพลง

ผลลัพธ์ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ 92 %

กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. กิจกรรมการพัฒนาการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย/ญาติ
3. การทำ gland round ร่วมกับทีมสหสาขา

หอผู้ป่วย ICU อายุรกรรม

วิสัยทัศน์ เป็นหน่วยงานคุณภาพด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติพร้อมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสุขภาวะที่ดีภายในปี 2558

พันธกิจ ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ให้พ้นภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ผู้รับบริการพึงพอใจ

อัตรากำลังบุคลากร

อัตรากำลังบุคลากรในหอผู้ป่วยหนักมีเจ้าหน้าที่ 21 (RN 19, NA 2) เหวเช้า 6 คน เหวบ่าย 5 คน เหวดึก 5 คน

หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

1. ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมให้ได้รับการการรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยชีวิตใน ภาวะวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ญาติและผู้ป่วย พึงพอใจในบริการ

2. จัดการองค์กรและบริหารองค์กรให้เหมาะสมชัดเจน กำหนดโครงสร้างองค์กร ของหน่วยงานบริการให้ชัดเจน กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งและหน้าที่รับผิดชอบของ เจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น Job description, Job specification, Job Assignment ของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยงาน Leader Member ผู้ช่วยเหลือคนใช้ และ พนักงานทำความสะอาด

3. จัดการทรัพยากรบุคคล จัดอัตรากำลังคน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตาม กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

4. พัฒนาทรัพยากรในหน่วยงาน ประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนา ทรัพยากรบุคคล จัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน มีการเตรียมความพร้อมของ เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน ก่อนเข้าประจำการ จัดกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ ประเมินผลการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในหน่วยงาน

5. จัดการสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ให้มีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง บริการและการส่งต่อ มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้อย่างเหมาะสม มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิ เหมาะสม สะอาดและเป็นระเบียบ ปลอดภัยต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ จัดระบบ 5 ส. ทำแผนรับอัคคีภัย จัดระบบซ่อมบำรุง ประเมินปัญหาด้านอาชีวอนามัย

6. จัดการเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้มีเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน มีหลักเกณฑ์และกลไกการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ จัดอบรมการใช้เครื่องมือพิเศษ ให้มีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี จัดระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น ให้พร้อมที่จะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา จัดระบบบำรุงรักษา และตรวจสอบเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

7. จัดระบบงาน/กระบวนการให้บริการทางคลินิก ร่วมทำงานเป็นทีมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมก่อนเข้ารับการรักษา มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำมาตรฐานการให้ข้อมูล เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมให้บริการ ประเมินและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกรายเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนจำหน่ายกลับบ้านจากหน่วยงาน เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาแพทย์อนุญาตให้อยู่หอผู้ป่วยสามัญได้ ต้องสรุปอาการปัจจุบันและปัญหาที่ยังมีอยู่ประสานงานกับหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความต่อเนื่องในการดูแล และมีเจ้าหน้าที่พยาบาลพร้อมอุปกรณ์ไปส่งผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐานการปฏิบัติเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรคเกินขีดจำกัดการรักษา จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งมีความสามารถสูงกว่า ใช้มาตรฐานการปฏิบัติเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย

8. สร้างกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีการจัดทำแบบสอบถาม มีกล่องรับความคิดเห็นพยาบาลเจ้าของใช้พูดคุยกับญาติโดยตรงทุกเวรและจัดให้ญาติได้คุยซักถามอาการกับแพทย์ผู้รักษาทุกวัน ลงปฏิบัติการทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและญาติหรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาเหตุต้นตอที่แท้จริง ประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ จัดให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และภายในหน่วยงานทุกวันเวรเช้า หลัง Pre-conference case เพื่อแจ้งให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบการเปลี่ยนแปลง นอกเหนือจากการประชุมประจำเดือนเพื่อติดตามให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ใช้กระบวนการทางการพยาบาล คือ การประเมินปัญหาจากการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนกิจกรรมการพยาบาล ลงปฏิบัติตามกิจกรรมนั้น และประเมินผล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยให้หัวหน้าทีมควบคุมการ Pre-Post conference case ทุกวัน ทุกเวรเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย

ผลงาน/กิจกรรม (บริหาร, บริการ, วิชาการ)

บริหาร

1. มีการจัดทำและปรับปรุงแผนพัฒนาหน่วยงาน ได้แก่ แผนพัฒนางานบริหาร นโยบาย ระเบียบปฏิบัติตามกำหนด, แผนพัฒนางานบริการ QA, HPH, IC, แผนพัฒนาบุคลากร แผนอัตรากำลัง, แผนงบประมาณ, แผนกลไกการติดต่อสื่อสาร,แผนพัสดุ ครุภัณฑ์, แผนนิเทศ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และสถานที่,แผนอุบัติเหตุหมู่ของหน่วยงาน, แผนอัตรากำลังของหน่วยงาน, แผนขอเครื่องมือทางการแพทย์เพิ่ม, แผน 5 ส. ปีละ1 ครั้ง
2. ควบคุมกำกับ การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพื่อให้บริการ 24 ชม. ทุกเดือน ภาระงานอยู่ในเกณฑ์ปกติเฉลี่ยต่อปี 93.81%
3. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน, ประชุมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน, มีตัวแทนเจ้าหน้าที่เข้าประชุมร่วมกับฝ่ายการพยาบาล ประชุมร่วมกับทีมคร่อมสายงาน, ประชุมร่วมกับกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามกำหนด
4. สร้างขวัญและกำลังใจ บรรยากาศในการทำงาน ประเมินบรรยากาศในหน่วยงาน 1 ครั้ง/ปี
5. ดูแลสวัสดิการในหน่วยงานทุกเดือน ประเมินผลบุคลากรเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน 2 ครั้ง/ปี

บริการ

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการทุกคนร่วมกันปรับปรุงแผนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง1 ครั้ง/ปี
2. เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริการของหน่วยงานทุกเดือน และเข้าร่วมประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ของฝ่ายการพยาบาลทุกเดือน
3. พัฒนาปรับปรุงงาน 5ส. BIG Cleaning ประจำปี Cleaning ทุกเดือนในวันประชุม ประจำเดือน และดูแลความสะอาดตามพื้นที่ที่ได้รับทุกวัน มีการตรวจสอบ 5 ส. โครงการปรับปรุงตู้ใส่แฟ้มเอกสาร 1 ครั้ง/ปี
4. ใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย นำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติ เพื่าระวังคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกครั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์ บันทึกรายงานตัวชี้วัดของหน่วยงานเดือน บันทึก IC ประจำเวรทุกเวร รายงานยอดผู้ป่วยประจำเดือนทุกวันที่ 20 ของเดือน บันทึกผู้ป่วยถึงแก่กรรมประจำเวรทุกรายที่เสียชีวิต นำข้อมูลสถิติที่จัดเก็บมาวิเคราะห์ และจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติทุก 3 เดือน มีการปรับปรุงมาตรฐานการปฏิบัติที่มีอยู่ และสร้างมาตรฐานการปฏิบัติใหม่ทุก 3 เดือน

5. ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทุกวันพฤหัสบดี ตามเกณฑ์ สรุปประเมินผลการตรวจแจ้งให้เจ้าของหน่วยงานทราบในที่ประชุมประจำเดือน เพื่อปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง เข้าร่วมจัดทำและปรับปรุงแบบตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลกับทีม NQP ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีตัวแทนตรวจสอบเวชระเบียน ทุกสัปดาห์และทุก 3 เดือน ของ รพ. ร่วมกับแพทย์

6. วิเคราะห์รายงานความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ทุก 3 เดือน ความพึงพอใจของผู้รับบริการรวมร้อยละ 84

7. จัดทำแผนพัฒนาพฤติกรรมบริการ 1 ครั้ง/ปี

8. ดูแลจัดทำแผนปรับปรุง IC 1 ครั้ง/ปี

วิชาการ

1. สำรวจความต้องการเกี่ยวกับความรู้และความต้องการศึกษาต่อทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาวในหน่วยงานในโรงพยาบาล/ภายนอกโรงพยาบาล/ศึกษาดูงานและประชุมวิชาการ เจ้าหน้าที่ยื่นแสดงความจำนงลาศึกษาต่อประจำปีการศึกษา 2556 ครบ 100%

2. เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยได้รับการอบรม 10 วัน./คน/ปี RNรวม 21 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 เนื่องจากย้ายหน่วยงาน 1 คน ย้ายโรงพยาบาล 1 คน ปฏิบัติไม่ครบปีงบประมาณ 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้และคนงานได้รับการอบรม 5 วัน./คน/ปี รวม 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เนื่องจากย้ายหน่วยงาน 2 คน

3. เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักได้จัดทำโครงการดูแลผู้ป่วย Stoke คือโครงการ Post-stroke rehabilitation โดย นางศรित्र พรหมเทพ และเป็นตัวแทนนำเสนอผลงานการดูแลผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

4. โครงการสอนวิชาการในหน่วยงานโดยพยาบาลในหน่วยงาน เกี่ยวกับอุปกรณ์การแพทย์ ทุกวัน อังคาร ดังต่อไปนี้คิดเป็น 60 % (เกณฑ์ 70 %) ดังนี้

การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ, การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดต่างๆ, การใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา แบบ 12 Lead, การใช้ Infusion control, การใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, การวัด Pressure gauge, การใช้เครื่อง FAX, NIBP, Defibrillator, Spiromitor

โครงการสอนวิชาการในหน่วยงานโดยพยาบาลในหน่วยงาน เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจหรือวิชาการที่เจ้าหน้าที่ได้รับอบรมมานำเสนอทุกวันพฤหัสบดี ดังต่อไปนี้คิดเป็น 65% (เกณฑ์ 70 %)

5. การทำ case conference ทุก 3 เดือน จำนวน 4 เรื่อง ได้ตามเป้าหมาย 100% ในปีงบประมาณ คือ DHF, SLE and Chicken pox, Pneumothrorax, Sepsis โดยมีเจ้าหน้าที่ร่วม conference มากกว่าร้อยละ 90

6. มีการสอนการใช้อุปกรณ์การแพทย์เครื่องใหม่ คือ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ชนิด 12 lead ยี่ห้อ Motara 250 c และตัวแทนจำหน่ายเครื่องช่วยหายใจ Galileo มีการสอนตรวจ Echoc และการแปลผลโดย คุณราเชนทร์ นาคบาตร

7. มีการทำ Pre – Post conference ทุกวัน โดยหัวหน้าเวร ได้ 80%

8. ทำ Journal Club จำนวน 6 เรื่อง ได้ 70% กิจกรรม 12 ทบทวนจำนวน 4 เรื่อง C3 THER จำนวน 6 เรื่อง

9. มีการสอนให้ความรู้กับญาติจำนวน 4 เรื่อง คือเรื่องโรคตับแข็ง โรคเบาหวาน โรคปอดติดเชื้อ โรคหลอดเลือดและหัวใจตีบ ทำการสอนทุก 3 เดือน

10. สอบความรู้เพื่อประเมินสมรรถนะเชิงเทคนิค 2 เรื่อง/ปี คือ เรื่อง ACLS และ Sepsis ผลการประเมินเรื่อง ACLS ดังนี้

เจ้าหน้าที่ทั้งหมด 17 คน ผ่านเกณฑ์การประเมินคะแนนมากกว่า 80% ทุกคน

ได้ 10 คะแนน 12 คน = 100%

ได้ 9 คะแนน 5 คน = 90%

ได้ 8 คะแนน 4 คน = 80%

ผลการประเมินเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย Sepsis ดังนี้

เจ้าหน้าที่ทั้งหมด 17คน ผ่านเกณฑ์การประเมินคะแนนมากกว่า 80% ทุกคน

ได้ 17.5 คะแนน 2 คน = 87.5 %

ได้ 18 คะแนน 1 คน = 90 %

ได้ 19 คะแนน 4 คน = 95 %

ได้ 19.5 คะแนน 9คน = 97.5%

พยาบาลวิชาชีพ ร่วม Pre-Pro conference ทุกวัน ทุก case และแผนการนิเทศ คิดวันละ 1 ชั่วโมง คิดเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพ ขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า ~ 10 วัน/เดือน และทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดีจะมีการสอนเครื่องมือทางการแพทย์ และconference เรื่องโรค 1 โรค คิดวันละ 1 ชั่วโมง ผู้ช่วยเหลือคนไข้และคนงาน ร่วม conference case และแผนการนิเทศ คิดวันละ 1 ชั่วโมง คิดเฉลี่ยผู้ช่วยเหลือคนไข้และคนงานขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า ~ 20วัน/เดือน

- อบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1

- อบรมอุปกรณ์การแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0

- อบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5

- อบรมภายนอกโรงพยาบาล ปี2556

พยาบาลวิชาชีพได้เข้าอบรมตามแผน HRD 19 คน จากจำนวนเจ้าหน้าที่ 19 คน คิดเป็นร้อยละ100

พยาบาลวิชาชีพไปอบรมเอง 3 คน จากจำนวนเจ้าหน้าที่ 19 คน คิดเป็นร้อยละ15.7

ผู้ช่วยเหลือคนไข้และคนงานได้เข้าอบรมตามแผน HRD ไปอบรม 4 คน จากจำนวนเจ้าหน้าที่ 4 คน คิดเป็นร้อยละ100

สำรวจ Training need ปี56

1. พฤติกรรมบริการ บริการที่ดี บุคลิกภาพ จริยธรรม 7 คน
2. อบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 5 คน
3. การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน
4. คอมพิวเตอร์และภาษาอังกฤษ 2 คน
5. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะโรค Sepsis and Stroke 2 คน
6. อบรมอุปกรณ์การแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต 1 คน
7. การบริหารความเสี่ยง 1 คน
8. การทำงานเป็นทีม 1 คน
9. การคัดลายมือ 1 คน

ผลงานเด่นในปีงบประมาณ 2556

1. จัดทำ สมรรถนะ การใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. การจัดเก็บและเรียกดูข้อมูลโดยใช้ระบบ UCHA
3. การนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล และพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพโดยใช้ระบบ Focus Charting

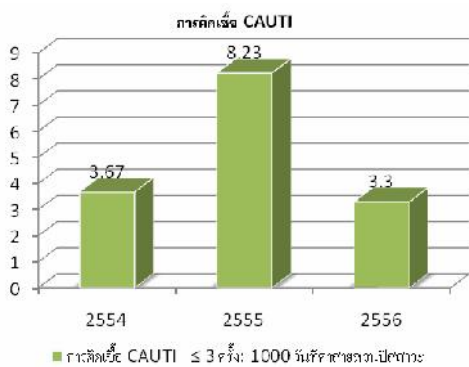
การพัฒนางานคุณภาพ

5.1 ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด



จากกราฟแสดงให้เห็นว่า ปี 2554 สูงขึ้นร้อยละ 15.6 เป็นเพราะมีการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นดีขึ้น จึงได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลในปี 2554 พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยดึงออกเอง ได้มีการกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกันในหน่วยงาน ตั้งกลุ่มผู้รับผิดชอบเพื่อวิเคราะห์ราย case และมีการใช้ถุงมือกันภัยมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ร่วมกับการผูกมัด จึงทำให้อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลงในปี 2556

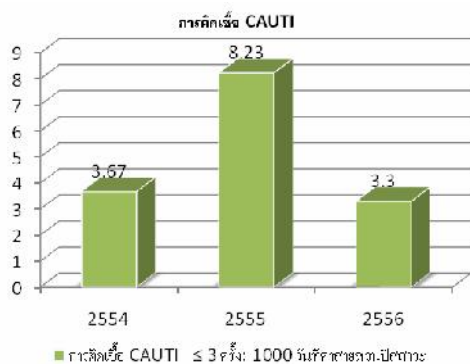
5.2 อัตราการเกิด VAP ≤ 4 ครั้ง: 1000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ



จากกราฟแสดงให้เห็นว่ามีอัตราการเกิด VAP ลดลง ได้มีการกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกันในหน่วยงาน โดยเน้น

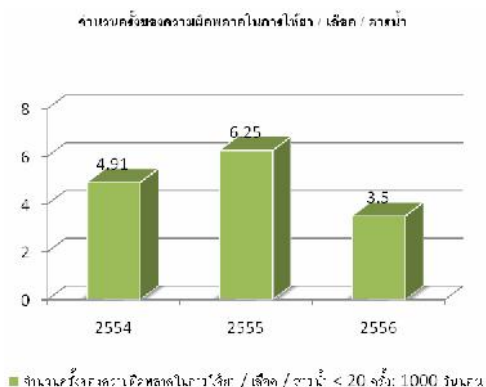
1. การดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน โดยแปรงฟันเช้า และเย็น ช่วงระหว่างเวร ทำความสะอาดปากฟันด้วย 0.12% Chlorhexidine วันละ 3 ครั้ง
2. การดูแลเสมหะ ด้วยพยาบาล 2 คน และใช้ขามรูปไตสำหรับทิ้งสาย Suction คนต่อคน
3. การดูแลให้อาหารทางสายยาง โดยเปลี่ยนแปลงวิธีการให้อาหารจาก Bolus dose เป็น continuous เน้นการไหลเพียงครั้งละสูง 30 องศา
4. การดูแลอุปกรณ์เกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ โดยเทน้ำในสายเครื่องช่วยหายใจ และให้มีน้ำใน water trap ไม่เกิน 5-10 ml
5. การทำกายภาพบำบัด (แนวทางปฏิบัติเดียวกับ โครงการนอนสบายปลอดภัยใน ICU)
6. มี การใช้ Close suction ในผู้ป่วยโรคติดต่อบางระบบทางเดินหายใจ

5.3 การติดเชื้อ CAUTI ≤ 3 ครั้ง: 1000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ



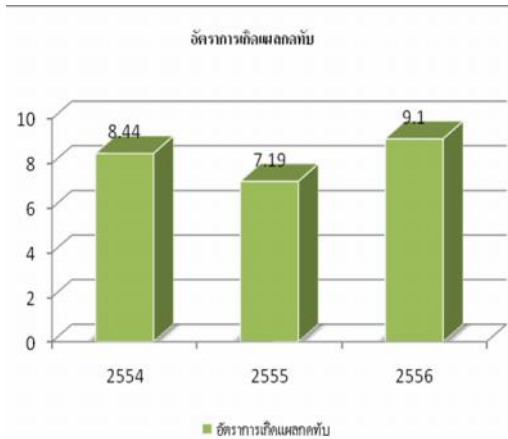
จากกราฟแสดงให้เห็นว่ามีการติดเชื้อ CAUTI ในผู้ป่วยสวนคาสายสวนปัสสาวะสูงขึ้นเกินเกณฑ์ ซึ่งมีการจัดการร่วมกับทีม NIC

5.4 จำนวนครั้งของความผิดพลาดในการให้ยา/เลือด/สารน้ำ <20 ครั้ง : 1000 วันนอน



จากกราฟแสดงให้เห็นว่าจำนวนครั้งของความผิดพลาดในการให้ยา / เลือด / สารน้ำ สูงขึ้นแต่ยังไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด จากการวิเคราะห์ ปี 2553 พบว่า ยังทำงานไม่ได้ตามมาตรฐาน เช่น การทบทวนคำสั่งแพทย์ การทวนซ้ำระหว่างพยาบาลเจ้าของใช้หัวหน้าเวร และพยาบาลในทีม

5.5 อัตราการเกิดแผลกดทับ



จากกราฟแสดงให้เห็นว่า ปี2554 พบการเกิดแผลกดทับสูงขึ้นมาเกินกว่าเกณฑ์ที่กิจกรรมที่ได้ดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหาคือโครงการลดแผลกดทับโดยใช้นาฬิกาปลูกเต็อนและกระตุ้นเจ้าหน้าที่ และคนไข้ที่รู้ตัวให้มีการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชม.

กิจกรรม / แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

1. ปรับปรุงและพัฒนาแนวทางแก้ไขตัวชีวิตที่มีปัญหาได้แก่ การเกิดแผลกดทับ CAUTI และ VAP
2. การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
3. พัฒนางานบริหารความเสี่ยง/ลดความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน
4. จัดทำมาตรฐานการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคสำคัญตามนโยบายที่ม PCT MED ได้แก่ STEMI, SEPSIS, DHF SHOCK, STROKE, TB
5. พัฒนาการนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติ
6. พัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลครบ 5 ขั้นตอน
7. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาเครื่องมือทางการแพทย์
8. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความรู้และทักษะเฉพาะในการปฏิบัติงาน
9. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
10. การจัดเก็บและเรียกดูข้อมูลโดยใช้ระบบ UCHA

ตึก Sub ICU (Intermediate care unit)

พันธกิจ

ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหญิงและชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตอย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐานที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและตรวจสอบได้ ปลอดภัยจากความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พร้อมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้การดูแลอย่างเสมอภาคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered) บนพื้นฐานแห่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (humanized care) ครอบคลุมองค์รวม และ 4 มิติ ญาติและผู้ป่วยพึงพอใจในบริการ

ขอบเขตการให้บริการ

รับผู้ป่วยใหม่จาก OPD/ER และรับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยที่มีปัญหาวิกฤตทางอายุรกรรม

ผลงาน/กิจกรรม

ด้านบริหาร

1. มีการจัดทำแผนพัฒนาหน่วยงาน ได้แก่ แผนพัฒนางานบริหาร นโยบาย ระเบียบปฏิบัติตามกำหนด, แผนพัฒนางานบริการ QA, HPH, IC, แผนพัฒนาบุคลากรแผนอัตรากำลัง, แผนงบประมาณ, แผนกลไกการติดต่อสื่อสาร, แผนพัสดุ ครุภัณฑ์, แผนนิเทศ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และสถานที่, แผนอุบัติเหตุหมู่ของหน่วยงาน, แผนอัตรากำลังของหน่วยงาน, แผนขอเครื่องมือทางการแพทย์เพิ่ม, แผน 5 ส. ปีละ 1 ครั้ง

2. จัดการองค์กรและบริหารองค์กรให้เหมาะสมชัดเจน กำหนดโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานบริการให้ชัดเจน กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และหน้าที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น Job description, Job specification, Job Assignment ของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยงาน Leader Member ผู้ช่วยเหลือคนใช้ และพนักงานทำความสะอาด กำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

3. จัดการทรัพยากรบุคคล จัดอัตรากำลังคน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอกับดูแลเจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามกำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

4. จัดการสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ให้มีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อ มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอเหมาะสมสำหรับการให้บริการการปฏิบัติงาน เก็บอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้อย่างเหมาะสม มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่าง และอุณหภูมิเหมาะสม สะอาดและเป็นระเบียบ ปลอดภัยต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ จัดระบบ 5 ส. ทำแผนรับอัตรากำลัง จัดระบบซ่อมบำรุง ประเมินปัญหาด้านอาชีวอนามัย

5. จัดการเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆให้มีเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานมีหลักเกณฑ์และกลไกการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ จัดอบรมการใช้เครื่องมือพิเศษ ให้มีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี จัดระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น ให้พร้อมที่จะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา 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 ระบบการรายงานความเสี่ยงต่างๆ และนำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ

12. ประเมินผลบุคลากรเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน 2 ครั้ง/ปี

13. สร้างขวัญและกำลังใจ บรรยากาศในการทำงาน

14. ประเมินบรรยากาศในหน่วยงาน 1 ครั้ง/ปี, ดูแล สวัสดิการในหน่วยงานทุกเดือน

ด้านบริการ

1. ควบคุมและตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย มีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพโดยใช้แบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยหนัก ควบคุมตรวจสอบการเขียนบันทึกทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐานโดยใช้กระบวนการพยาบาลสรุปประเมินผลการตรวจแจ้งให้เจ้าของหน่วยงานทราบในที่ประชุมประจำเดือน เพื่อปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง

3. ตรวจสอบการเก็บขยะ ทั้งขยะ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

4. เฝ้าระวังการติดเชื้อ Target Surveillance CAUTI, VAP, BSI

5. พัฒนาระบบการป้องกัน การเกิดความปลอดภัยเนื่องจากการบริหารยา

6. จัดทำนาฬิกาพลิกตะแคงตัวและจัดหาอุปกรณ์ที่นอนไฟฟ้าให้เพียงพอ

7. สำรวจและวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการทุกเดือน

8. มีการเปิดดนตรีเพลงบรรเลงเบาๆสำหรับผู้ป่วยทุกเวรเพื่อให้ผู้ป่วยได้คลายเครียดและส่งเสริมการนอนหลับ
9. มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นที่ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
10. จัดทำแผนการบำรุง รักษา อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์
11. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการทุกคนร่วมกันปรับปรุงแผนเพื่อการพัฒนา
12. เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริการของหน่วยงานทุกเดือน และเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ของฝ่ายการพยาบาลทุกเดือน
13. พัฒนาปรับปรุงงาน 5 ส. BIG Cleaning ประจำปี Cleaning ทุกเดือน ในวันประชุมประจำเดือน และดูแลความสะอาดตามพื้นที่ ที่ได้รับทุกวัน มีการตรวจสอบ 5 ส.
14. เฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกวัน ความเสี่ยงระดับ1-4 ส่งทุกวันจันทร์ ระดับ5ขึ้นไปส่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ บันทึกรายงานตัวชี้วัดของหน่วยงานทุกวัน บันทึก IC ประจำเวรทุกเวร รายงานยอดผู้ป่วยประจำเดือนทุกวันที่ 20ของเดือน นำข้อมูลสถิติที่จัดเก็บมาวิเคราะห์
15. วิเคราะห์รายงานความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทุก 3เดือน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการรวมร้อยละ
16. จัดทำแนวทางในการรับและการย้ายผู้ป่วย แนวทางการเรียก OT ฉุกเฉิน
17. จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน และมีแผนสำรองเครื่องมือ อุปกรณ์ของหน่วยงาน
18. มีการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยและนำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
19. จัดหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติโดยจัดให้มีห้องพระไว้สำหรับกราบไหว้บูชาและเป็นห้องสุขใจรายงานข้อมูล สถิติและตัวชี้วัดของหน่วยงานส่งศูนย์ข้อมูลทุกวันที่ 21 ของเดือน

ด้านวิชาการ

1. มีการจัดเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในเรื่องวิชาการสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่โดยจัดอบรมวิชาการ ก่อนการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรครบ 100%
2. สนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมประชุม อบรม ทั้งในและนอกโรงพยาบาล 10 วัน / คน / ปี
3. จัดให้เจ้าหน้าที่เป็นวิทยากร ในการสอน/ถ่ายทอดความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มและทบทวนความรู้ ความสามารถ ตามความเหมาะสม
4. สรรวจความต้องการเกี่ยวกับความรู้และความต้องการศึกษาต่อทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาวในหน่วยงาน/ในโรงพยาบาล/ภายนอกโรงพยาบาล/ศึกษาดูงาน
5. เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยได้รับการอบรม 10 วัน./คน/ปี RN รวม 37 คนผ่านการอบรมครบ คิดเป็นร้อยละ 100

6. มีการPre-Post Conference วิชาการทุกเช้าหลังรับเวร
7. ทำ case Conference ทุกวันพุธและทำ Journal club 2 ครั้งต่อเดือนในวันศุกร์
8. มีการปรึกษาปัญหาพัฒนาคุณภาพงานทุกวันเวรเช้าโดยหัวหน้าเวร

อัตราบุคลากร มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 45 คน ประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	คนงาน
35	5	3

จำนวนเตียง จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ 21 เตียง

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	หน่วย	2554	2555	2556
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	ราย	959	1,037	847
2	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย	ราย/วัน	20.78	34.56	20.31
3	อัตราการครองเตียง	ราย/วัน	98.93	96.22	96.70
4	ช่องว่างระหว่างเตียง (Turn over interval)	วัน/เตียง	0.11	0.36	0.42
5	จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรักษาตัว (Average length of stay)	ราย/วัน	10.37	9.28	12.44
6	ผู้ป่วย ICU Needed	ราย/วัน	6	1.70	3.4
7	จำนวนผู้ป่วยวิกฤต	ราย/วัน	30	19.30	17.4
8	ผลผลิตทางการพยาบาล (Productivity)	ร้อยละ	96.42	96.50	94.04
9	อัตราการตาย (ต่อ 100ราย) (Death rate)	ต่อ 100ราย	44.73	44.02	33.89

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2556
1.อัตราความคลาดเคลื่อนในการให้ยา/เลือด/สารน้ำความรุนแรง >3	4 ครั้ง:1000 วันนอน	9	2.63	6.6
2.อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4	0.5แผล:1000วันนอน	5.54	9.51	8.76
3.อัตราการเกิด Pneumonia ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ1,000 วันนอน (VAP)	3 ครั้ง:1000วันใส่เครื่อง	3.2	5.54	5.15
4.อัตราการเกิด UTI ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ต่อ 1000วันนอน (CAUTI)	2 ครั้ง:1000วันใส่สายสวน	6	8.51	3.90
5.ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (บันทึกทางการแพทย์พยาบาล)	>75%	91.15	84.92	80.07
6.จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	< 0.5:1000ผู้รับบริการ	0	0	0.13
7.ระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการในหน่วยงาน	>80%	83.58	82.98	81.11
8.ร้อยละการกลับมา Admit ภายใน 3วัน	0	0	0	0

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%
 - อัตราข้อร้องเรียน 0.5 : 1,000 ผู้รับบริการ

ผลการดำเนินการ

1. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจาก 87.50% เพิ่มขึ้นเป็น 100 %
2. อัตราข้อร้องเรียน = 0
3. ได้รับรางวัลที่3 จากการประกวดผลงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลปี2555

2. โครงการกวาดล้าง CAUTI IN IMCU

จุดประสงค์: ลดอัตรา CAUTIและพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เป้าหมาย: 2 ครั้ง:1,000 วันใส่สายสวน

ผลการดำเนินการ: อัตรา CAUTIลดลง จากเดิม 8.51 เป็น 3.90
 (ลดลงจากเดิมน้อยลง 45.82)

3. โครงการลด VAP

จุดประสงค์: ลดอัตรา การเกิด VAP

เป้าหมาย: 3 ครั้ง:1,000 วันใส่เครื่อง

ผลการดำเนินการ : อัตรา VAP ลดลง จากเดิม 5.54 เป็น 5.15 (ลดลงจากเดิมน้อยลง 7)

4. โครงการหลับสบายไร้รอยแผล

จุดประสงค์:

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

เป้าหมาย : 0.5 : 1,000วันนอน

ผลการดำเนินการ : อัตราการเกิด แผลกดทับระดับ 2-4 ลดลง จากเดิม 9.51 เป็น 8.76 (ลดลงจากเดิมน้อยลง 7.89)

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังต้องดำเนินการต่อไป

ประเด็นที่จะพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.Patient safety		
-โครงการกวาดล้าง CAUTI IN IMCU	ตลอดปี 2557	-มัณฑนา , อรุณี, จุฑามาศ , มัณฑนา(ป)
-โครงการลด VAP	ตลอดปี 2557	-มยุรี, มัณฑนา , อรุณี ,อุไร
-โครงการ STOP ME (ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	ตลอดปี 2557	- วรณรัตน์ , สุนันท์ , ปัทมา(ท)
-การใช้ระบบคะแนนความรุนแรงประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วย	ตลอดปี 2557	เสาวลักษณ์, ประภาพร, ภััสสร -พุทธวรรณ , วรณรัตน์ , มัณฑนา(ป)

การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังต้องดำเนินการต่อไป

ประเด็นที่จะพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
-การประเมินภาวะโภชนาการ	ตลอดปี 2557	-สุนีย์รัตน์ , จุฑามาศ , มนชนันท์
-การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(ร่วมกับ PCT MED)	ตลอดปี 2557	-พุทธวรรณ , มัณฑนา , วรณณา ,ศิริพร ,ปราณี(อ) , สุชาติทิพย์ , เรวดี , ประภาพร, กนกพร , พนาวรรณ
- พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงและมีภาวะ ซ็อกจากการติดเชื้อ (ร่วมกับ Pct Med และ Pct ศัลยกรรม)	ตลอดปี 2557	- มยุรี, ปราณี(จ), สุนันท์, พรนิภา ปัทมา(ท), จุฑามาศ, จุฑารัตน์ มนชนันท์ , อุไร
- โครงการหลับสบายไร้รอยแผล	ตลอดปี 2557	-พุทธวรรณ, เรวดี, เสาวลักษณ์, ภััสสร
2.การบริการด้วยใจ		
-โครงการ Palliative and End of life care	ตลอดปี 2557	- เบญจพร, ปัทมา(ศ), วรณณา , พนาวรรณ
3.ส่งเสริมสุขภาพ		
-โครงการ ตลาดนัดวิชาการ	ตลอดปี 2557	-มนชนันท์, พนาวรรณ , มัณฑนา(ป) กนกพร

ติงสงฆ์อาพาธ ตา หู คอ จมูก

อัตรากำลังบุคลากร

ตำแหน่ง

ข้าราชการ	พยาบาลวิชาชีพ	11	คน
ลูกจ้างประจำ	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	คน
ลูกจ้างชั่วคราว	พยาบาลวิชาชีพ	2	คน
	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	คน
	พนักงานทั่วไป	2	คน

ภาระหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงาน

วิสัยทัศน์

เป็นหน่วยงาน คุณภาพพร้อมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่ดี ภายในปี 2558

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 ทุกประเภท รวมทั้งผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ทุกเพศ ทุกวัย ยกเว้นผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจสามารถดูแลตนเองได้ ยึดหลักประเด็นคุณภาพที่สำคัญได้แก่ ความปลอดภัย ความถูกต้อง การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร

ผลงาน / กิจกรรม / (บริหาร/บริการ/วิชาการ)

อยู่ในรูปของคณะกรรมการ ซึ่งเข้าร่วมตามทีมต่าง ๆ ดังนี้

1. ทีมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (N-QP)
2. ทีมบริหารทรัพยากรทางการพยาบาล (N-RP)
3. ทีมพัฒนาบุคลากร (N-HD)
4. ทีมบริหารและจัดการความเสี่ยง (N-RM)
5. ทีมป้องกันและความคุ้มครองการติดเชื้อในโรงพยาบาล (N-IC)
6. คณะกรรมการองค์กรพยาบาล (N-MC)
7. เข้าร่วม PCT ต่างๆที่เกี่ยวข้อง

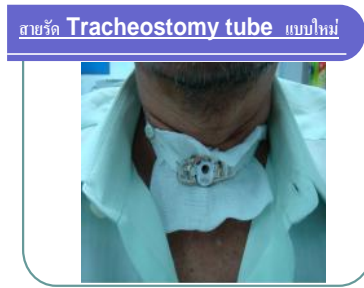
ผลงานเด่นของหน่วยงาน

*CQI การสร้างเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว ก่อน-หลังผ่าตัดต่อกระจก และการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ตามแนวทางปฏิบัติ (KPH – PR – EENT – 001.00) โดยวิธีการให้สุขศึกษารายกลุ่มและชมวีดีโอ ในห้องสุขศึกษา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจกให้น้อยลง (ภาวะเลือดออกช่องหน้าม่านตา, เลนส์เลื่อน, แผลแยก ทำให้ต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลนานขึ้น) และสามารถดูแลตนเองได้ ต่อเนื่องที่บ้าน

ตัวชี้วัดผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจาก แบบประเมินความรู้ ภายหลังการจัดกิจกรรมกลุ่ม/อภิปราย อย่างน้อย 90% จากการประเมินผล ความรู้เรื่องการเสริมทักษะ การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อน - หลังผ่าตัดต่อกระจก และการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน จากแบบสอบถามผลของการประเมินความรู้เฉลี่ยปี 2556 = 91.20% ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดปี 2556 ดังนี้

Hyphema	= 0%	(มาตรฐานน้อยกว่า ๑%)
Toxic Anterior segment Syndrome	= 0%	(มาตรฐานน้อยกว่า ๑%)
ภาวะแผลแยก	= 0.2%	(มาตรฐานน้อยกว่า ๑%)
อัตราการใส่ Lens ผิดคน ผิดข้าง ผิด Power	= 0%	
ติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก	= 0%	
(จากการวิจัยสามารถพบได้ 0.07-0.13%)		

** CQI นวัตกรรมปีตั้งแต่ 2554 เรื่องผลการใช้สายรัดคอสุขสบายในผู้ป่วยเจาะคอที่ on Tracheostomy tube



**ได้รับรางวัลที่ 1 จากงานประชุมวิชาการชมรมเครื่องมือช่วยวิจัยโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ ประจำปี 2555 จังหวัดกำแพงเพชร

***นำเสนอผลงานเด่น ที่จังหวัดชลบุรี สรุปลผลการวิจัย ดังนี้

- ป้องกันการเลื่อนหลุดของ Tracheostomy tube ได้ 100%
- อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายรัด Tracheostomy tube = 0
- มีเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเลื่อนหลุดของ Tracheostomy tube อย่างเป็นรูปธรรม ได้นำไปใช้แพร่หลายในหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- ผู้ปฏิบัติงานใช้สะดวก ประหยัดเวลา ง่ายต่อการนำไปใช้หรือเปลี่ยน
- วัสดุหาง่าย ต้นทุนต่ำ (ต้นทุน ชุดละประมาณ 8 บาท)
- ทำความสะอาดง่าย สามารถถอดซักได้ มีความยืดหยุ่น สวยงาม ไม่มีปมกดทับ ผู้ป่วย สุขสบายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถนำกลับไปประดิษฐ์ใช้เองต่อกลับบ้านได้
- จากการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากรในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีการใช้นวัตกรรม จำนวน 152 ราย พบว่า มีความพึงพอใจ 100%

***CQI นวัตกรรมของหน่วยงาน ปี ๒๕๕๐ จนถึงปัจจุบัน เข็มขัดรัดสาย Gastrostomy เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด ของสาย ซึ่งสามารถทดลองใช้แล้วได้ผลดี และหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลสามารถติดต่อขอรับบริการมาที่ Ward สงฆ์อาพาธได้

ดีกสงฆ์อาพาธ และ PCT EENT

สบายใจเมื่อใช้เข็มขัด



การพัฒนางานคุณภาพ

สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เรื่อง	แล้วเสร็จเมื่อ	แนวทางแก้ไข/ผลลัพธ์
-5 ส.	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	- กำหนดวันทำความสะอาด Big Cleaning Day 26 ตุลาคม2556
-การสร้างเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อน-หลังผ่าตัดต่อกระจก	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	- จากการวิเคราะห์ คะแนนความรู้ 91.2%
-อัตราการใส่ Lens ผิดคน ผิดข้าง ผิด Power	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	= 0%
-อัตราผู้ป่วย Loss F/U หลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์เทียม	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	= เหลือ 1.5 %
- อัตราการมองเห็นดีขึ้นหลังผ่าตัดต่อกระจก	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	=99%
-สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ	- ดำเนินการต่อเนื่อง	- ปี 2556 เหลือ =92.73%
-ลดการสูญเสียดวงตาจากแผลที่กระจกตา	- ดำเนินการต่อเนื่อง	-ปี 2556 สูญเสียดวงตา 3.57%
เก็บตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย หลังผ่าตัดThyroid ตามแนวทางปฏิบัติ KPH-WI-EENT-022.00	ดำเนินการต่อเนื่อง	ผ่าตัด 13 ราย Loss F/U = 0 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด = 0

กิจกรรม/แผนงานที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2557

CQI ต่อในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ ร่วมเก็บข้อมูลวิจัย เรื่องผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิลของแพทย์ และ

1. ดำเนินการต่อในโครงการสร้างเสริมทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ก่อนและหลังผ่าตัด ต้อกระจก โดยให้สุขศึกษา
2. ดำเนินการต่อในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของหน่วยงาน
3. ดำเนินการต่อในการเก็บตัวชี้วัดเฉพาะของหน่วยงานเรื่องต้อกระจกเป็น อุบัติการณ์
 - ภาวะHyphema - ภาวะ Uveitis - ภาวะติดเชื้อ -ภาวะแผลแยก -
 - อัตราการมองเห็นดีขึ้นหลังผ่าตัดต้อกระจก

4. เก็บตัวชี้วัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดThyroid ตามแนวทางปฏิบัติ KPH-WI-EENT-022.00
 - ภาวะHematoma - Laryngeal nerve Injury - ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด
5. เก็บอัตราการ Loss F/U ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก Thyroid ร่วมกับ PCT EENT (ต่อ)
6. จัดประชุมวิชาการตา หู คอ จมูก ร่วมกับเวชกรรมสังคมปี 2557 โดยเฉพาะต่อกระจกเชิงรุกและแผลที่กระจกตาให้รับมาพบจักษุแพทย์
7. ส่งเสริมการใช้นวัตกรรมเพื่อความสบาย ไม่เลื้อนหลุดง่ายของผู้ป่วย ซึ่งผู้รับบริการ ฟังพอใจ ใช้ทั้งโรงพยาบาล (Gastrostomy tube และ Tracheostomy tube)
8. นวัตกรรมการจัดการ เรื่องการหยอดตาผู้ป่วยมีแผลติดเชื้อที่กระจกตา ปัญหาคือได้รับยาหยอดตา ไม่ครบ (หยอดตาทุก 5 นาทีหรือทุก 1 ชั่วโมง)กล่องยาหยอดตาช่วยจำ



9. นวัตกรรม ผ้าพันคอเสริมบุคลิกสำหรับผู้ป่วยที่เจาะคอช่วยหายใจ

นวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ ที่ต้องการเผยแพร่ประจำปีงบประมาณ 2556 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

นวัตกรรม “รถผ่อนแรง ช่วยจัดทำ”

หลักการและเหตุผล

จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด การจัดทำมีความสำคัญมากถ้าจัดทำไม่ดี อาจมีการได้รับบาดเจ็บได้ ทำขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) การจัดทำต้องมีการถอดส่วนประกอบของเตียง ออกมาก ต้องใช้เจ้าหน้าที่ และแรงในการยกส่วนประกอบของเตียงซึ่งเตียงผ่าตัดเป็นหลัก ที่มีน้ำหนักมาก อาจทำให้เสียสุขภาพ เช่นปวดหลัง จึงเป็นที่มาของการจัดทำนวัตกรรม “รถผ่อนแรง” ที่จะช่วยรองรับส่วนประกอบของเตียงออกโดยใช้แรงเพียงเล็กน้อย เพียงนำรถไว้ใต้อุปกรณ์ แล้วถอดอุปกรณ์ออก โดยไม่ต้องออกแรงมากไม่ต้อง ก้มถอดอุปกรณ์ ก้มวางอุปกรณ์กับพื้นและป้องกันการได้รับบาดเจ็บเช่นตกใส่เท้า ทำให้ช่วยผ่อนแรง สะดวกในการทำงาน และมีความปลอดภัยกับเจ้าหน้าที่ และมีสุขภาพที่ดีเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยผ่อนแรงในการถอดส่วนประกอบเตียง
2. เจ้าหน้าที่ปลอดภัย และสะดวก ในการปฏิบัติงาน
3. เพื่อสุขภาพที่ดีของเจ้าหน้าที่ลดอาการปวดหลังจากการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในนวัตกรรม

วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

1. เลือกวัสดุ ที่มีน้ำหนักเบาและ แข็งแรงวัดขนาดความกว้างของเตียงผ่าตัดได้ 60 เซนติเมตร
2. กำหนดรูปแบบ ของวัสดุอุปกรณ์ เป็นรถเข็น ทรงสี่เหลี่ยม มีล้อ 4 ล้อ ขนาด กว้าง x ยาว x สูง และมีแผ่นกระดานรอง อุปกรณ์เตียง ได้ขนาด 46 x 65 x 82 เซนติเมตร
3. ประสานงานกับช่างของโรงพยาบาล เพื่อจัดทำและประกอบวัสดุ ให้เป็นรถเข็นงบประมาณ โดยประมาณ 5,000 บาท

การทดสอบประสิทธิภาพของสิ่งประดิษฐ์

ประเมินผลจาก เจ้าหน้าที่ ที่ได้ร่วมใช้นวัตกรรม จำนวน 40 คน ได้ผล ดังนี้

หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน
1. ความสะดวกในการใช้งาน	83.5 %
2. ประสิทธิภาพในการประหยัดแรง	89 %
3. ความจำเป็นในการใช้นวัตกรรม	85.5 %
4. เมื่อมี Case ที่ต้องจัดทำ Lithotomy ท่านจะนำนวัตกรรมมาใช้	86 %
5. ความพึงพอใจในการใช้งาน	86 %
รวมผลการประเมิน	86 %

สรุปผลการประเมิน

จากผลการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการใช้นวัตกรรม “รถผ่อนแรง ช่วยจัดทำ” พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจ มากกว่า ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ใช้นวัตกรรมทั้งหมด ช่วยให้ไม่ต้องออกแรงยกส่วนท้ายของเตียงผ่าตัดซึ่งมีน้ำหนักมากถึง 20 กิโลกรัม ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่หลายท่านมีอาการปวดหลังเมื่อยก บ่อย ๆ ปลอดภัยในการทำงาน ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการตกหล่น ของอุปกรณ์ นวัตกรรมจึงสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง และเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในนวัตกรรม

ประโยชน์และการนำไปใช้

1. เจ้าหน้าที่พึงพอใจในนวัตกรรม ปลอดภัยจากการทำงาน และมีสุขภาพที่ดีเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ
2. นวัตกรรมช่วยประหยัดแรงในการยกส่วนประกอบเตียงที่มีน้ำหนักมาก และ สะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

คุณจิราพร บุญจัน โทรศัพท์ 088 - 9165494

รูปภาพ



นวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ ที่ต้องการเผยแพร่ประจำปีงบประมาณ 2556
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

นวัตกรรม Rack For Unlock Instrument

หลักการและเหตุผล

การดูแลตรวจสอบข้อมูลการผ่าตัด ให้ครบถ้วน ถูกต้องตามมาตรฐานแต่ละ Set ก่อนนำมาใช้ในการผ่าตัดถือเป็นบทบาทสำคัญของทีมผ่าตัด ดังนั้นก่อนแพทย์ทำการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) ต้องมีการตรวจสอบนับเครื่องมือให้ครบถ้วนทุกชิ้นก่อนแพทย์เริ่มผ่าตัด เดิมทางห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ใช้เครื่องมือใน Set ผ่าตัด (Sponge holder, Needle holder) คล้องเครื่องมือผ่าตัดแต่ละชิ้นเพื่อให้สะดวกในการตรวจสอบการนับ และการจัดเรียง เครื่องมือแต่ละชิ้นจะถูก Lock ทำให้การทำให้ปราศจากเชื้ออาจไม่สมบูรณ์ เนื่องจากไอน้ำ เข้าไปไม่ถึงในบริเวณที่ Lock เครื่องมือจึงได้มีการแก้ไขโดยใช้ผ้าสอดระหว่าง Lock ของเครื่องมือ แต่เกิดความไม่สะดวกทั้งบุคลากรที่ทำหน้าที่จัดเรียงเครื่องมือก่อนนำไปทำให้ปราศจากเชื้อ และบุคลากรในทีมผ่าตัด จึงได้ศึกษาปัญหาและจัดทำนวัตกรรมขึ้นเพื่อให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ รวมทั้งทำให้เครื่องมือผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อเป็นไปอย่างสมบูรณ์ตามมาตรฐานวิชาการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออำนวยความสะดวกในการตรวจสอบและจัดเรียงเครื่องมือ
2. เพื่อให้ประสิทธิภาพทำให้ปราศจากเชื้อเป็นไปอย่างสมบูรณ์

วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

ในขั้นตอนการจัด Set เครื่องมือผ่าตัดผู้จัดจะ Lock เครื่องมือทุกชิ้นใน Set ก่อนจัดเข้า Set ผ่าตัดแต่ละ Set ทำให้การทำให้ปราศจากเชื้ออาจไม่สมบูรณ์เนื่องจากไอน้ำเข้าไปไม่ถึงในบริเวณที่ Lock เครื่องมือผู้จัดเตรียม จึงแก้ไขโดยใช้ผ้าสอดระหว่าง Lock เครื่องมือ จึงเกิดความไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน



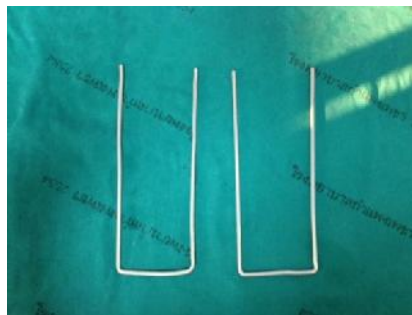


ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาปัญหา
2. วางแผนร่วมกันประดิษฐ์
3. ประกาศและทดลองใช้
4. ประเมินผลการใช้ และปรับปรุงแก้ไข
5. นำเสนอเพื่อประกาศใช้

วิธีประดิษฐ์

1. นำไม้แขวนเสื้ออะลูมิเนียมขนาดยาว 23 นิ้ว มาโค้งเป็นรูปตัวยู
2. งอปลายอะลูมิเนียมทั้งสองปลายโค้งเข้าหาขาทั้ง 2 ด้าน

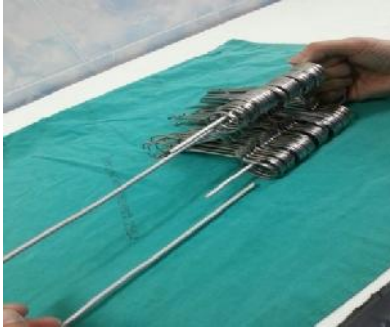


วิธีการทำงานแบบใหม่ (วิธีการใช้)

1. คลาย Lock ของเครื่องมือผ่าตัดแต่ละชิ้นออก นำเครื่องมือผ่าตัดจัดเรียงค้ำองเข้ากับแกนขาทั้งสองข้างของอะลูมิเนียมที่ประดิษฐ์ขึ้น



2. เมื่อจัดเรียงเครื่องมือครบทุกชั้นแล้ว นำอะลูมิเนียมที่ประดิษฐ์ อีก 1 ชั้น สอดคล้องสวนทางกับอะลูมิเนียมชั้นแรก



3. นำเครื่องมือไปจัดเรียงในถาดเครื่องมือแต่ละ Set เพื่อทำการหีบห่อและนำไป ทำให้ปราศจากเชื้อ



4. เมื่อนำเครื่องมือที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้วมาใช้ในห้องผ่าตัดให้ Scrub nurse ในทีมผ่าตัดยกเครื่องมือที่คล้องอยู่ในขาอะลูมิเนียม มาวางเรียงบน หมอนหนุน เครื่องมือเพื่อนับจำนวน ชนิดเครื่องมือให้ครบถ้วน และตั้งขา อะลูมิเนียมทั้ง 2 ชั้นออก เพื่อนำเครื่องมือมาจัดเตรียมให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด

การประเมินผล

ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้

หัวข้อ	ภาพรวม (คะแนน)
1. ความสะดวกในการใช้งาน	89.65
2. ประสิทธิภาพในการใช้งาน	86.89
3. ความพึงพอใจในการใช้งาน	91.03
4. การนำนวัตกรรมกลับมาใช้ใหม่	97.24

สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

คุณจิราพร บุญจัน โทรศัพท์ 091 - 0253690

นวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ ที่ต้องการเผยแพร่ประจำปีงบประมาณ 2556 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สิ่งประดิษฐ์ : อุปกรณ์สเปรย์น้ำมันหัวกรอฟันทันตกรรม

งานป้องกันและรักษาโรคในผู้ป่วยทางทันตกรรมของโรงพยาบาล จำเป็นต้องใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่าง ๆ หลายชนิด เครื่องมือเหล่านั้นจึงมีการเสื่อมสภาพหรือชำรุดไปตามอายุการใช้งานซึ่งเครื่องมือที่สำคัญและใช้เป็นประจำก็คือตามหัวกรอฟัน ทำให้กลุ่มงานทันตกรรมต้องจัดซื้อหัวกรอใหม่มาทดแทน ทั้งนี้ถ้ามีการบำรุงรักษาเครื่องมืออยู่เป็นประจำก็จะเป็นการลดค่าใช้จ่ายและไม่จำเป็นต้องสิ้นเปลืองงบประมาณซื้อเครื่องมือใหม่ทั้งหมดคณะผู้จัดทำจึงได้ตีตประดิษฐ์อุปกรณ์ สเปรย์หัวกรอขึ้นใช้เองโดยมี

วัตถุประสงค์ เพื่อยืดอายุในการใช้งานของหัวกรอให้มีการใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและไม่ต้องซื้อจากบริษัทซึ่งมีราคาที่สูง (เครื่องละ 57,000-79,000 บาท แต่การประกอบเครื่องนี้อยู่ในราคาเพียง 1,850 บาท)

วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

จัดหาวัสดุและเครื่องมือ ได้แก่ หม้อแปลงไฟฟ้า 220V เป็น 24V, โซรินอยวาร์ว 2 ตัว, ขวดแก้วขนาด 180 ML 2 ใบ, สาย PVC ขนาดเล็ก วงจรอิเล็กทรอนิกส์เพื่อปรับระบบการทำงานแล้วนำอุปกรณ์ทั้งหมดมาประกอบเป็นตัวเครื่อง นำเสนอเครื่องมือในที่ประชุมต่อกลุ่มงานทันตกรรม เพื่อทดลองการใช้งานแล้วประเมินความพึงพอใจ โดยการสอบถามทันตแพทย์ให้ความเห็นว่า “ เครื่องมือที่ผ่านการสเปรย์น้ำมันแล้ว มีความคล่องตัวมากขึ้น และมีการชำรุดน้อยลง ก็ยังมีประสิทธิภาพในการใช้งานดีอยู่ ”

การทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์

โดยสังเกตและสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้งานและวิเคราะห์งบประมาณที่ใช้ช่วงที่ทดลองอุปกรณ์

ประโยชน์/ การนำไปใช้

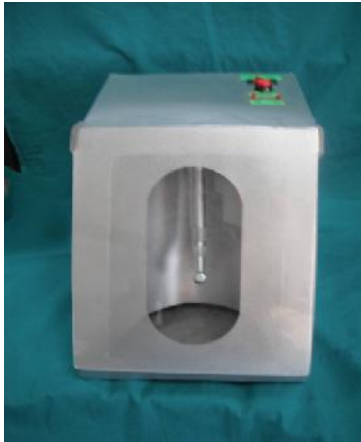
ประหยัดงบประมาณในการสั่งซื้ออุปกรณ์และหัวกรอใหม่เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานทันตกรรม

สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

คุณสมพงษ์ นิสัยนต์ โทรศัพท์ 089 - 7021654

รูปภาพ

อุปกรณ์/สิ่งประดิษฐ์



ภายใน



ปิด - เปิด



ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2556

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อโครงการ พัฒนาเพื่อลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ

Quality management to reduce negative appendectomy in Kamphaengphet Hospital

คำสำคัญ : ไส้ติ่งอักเสบ, การผ่าตัดที่ไม่พบความผิดปกติ

สรุปผลงานโดยย่อ : กลุ่มงานศัลยกรรม ได้ดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องและสงสัยโรคไส้ติ่งอักเสบ เพื่อลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งที่ไม่พบความผิดปกติ โดยสามารถลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งที่ไม่พบความผิดปกติ จากปีงบประมาณ 2554 ที่พบ 7.03% เป็น 1.0% ในปีงบประมาณ 2555 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และ รักษาอย่างเหมาะสม

หน่วยงาน : PCT ศัลยกรรม

สมาชิกทีม :

นพ.อัศวพงศ์ จุฑาภรณ์	หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม
นพ.รังสันต์ ชัยกิจอำนวนัยโชค	ที่ปรึกษาโครงการ
นพ.สมเพ็ง โชคเฉลิมวงศ์	
นพ.ประวิช มงคลพร	
นพ.วิริยะ กัลปพฤกษ์	
นพ.ณัฐพล อภรณ์สุจริตกุล	
นพ.ปูลวิชช์ ผู้ภักดี	ผู้รับผิดชอบโครงการ

แพทย์ใช้ทุน และ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานศัลยกรรมทุกท่าน

เป้าหมาย : โครงการนี้มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติไม่เกินร้อยละ 3 ในแต่ละเดือน และอัตราการเกิดการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ ของปีงบประมาณ 2555 ไม่เกินร้อยละ 3

ความสำคัญของโครงการ

โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับผู้ป่วยปวดท้อง สงสัยไส้ติ่งอักเสบ จากผู้ป่วยในเขตและนอกเขตอำเภอเมือง เพื่อมาดูแลรักษาต่อโดยมีผู้ป่วยที่ปวดท้องสงสัยว่า เป็นไส้ติ่งอักเสบ จำนวนประมาณ 1,200 คนต่อปี และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ เป็นจำนวนประมาณ 800 คนต่อปี ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัย ไส้ติ่งอักเสบนั้น จะใช้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีการปวดท้องด้านขวาล่าง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบและแนะนำผู้ป่วยให้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดไส้ติ่ง ซึ่งในการทำการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น จะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่พบว่าอาการปวดท้องขวาล่างที่สงสัย ไส้ติ่งอักเสบนั้น เมื่อผ่าตัดไปแล้วพบว่า ไส้ติ่งไม่พบความผิดปกติ ไม่อักเสบ หรือ เป็นโรคทาง คัลยกรรม หรือ โรคทางสูติ-นรีเวชกรรมอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ อาจไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น หรือ อาจต้องมีแผลผ่าตัดกลาง หน้าท้อง เพิ่มอีกเพื่อทำการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุอย่างอื่น

ในการรวบรวมข้อมูลของมหาวิทยาลัย Howard ที่ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบของหลายสถาบันในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 1998-2007 พบว่ามีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ อยู่ระหว่างร้อยละ 14.7 - 8.47 และมีอัตราเฉลี่ยอยู่ร้อยละ 11.83 (จำนวนผู้ป่วย 56,252 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 475,651 ราย)

ข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2554 พบว่ามีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ ในแต่ละเดือน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 4.0 - 9.0 หรือคิดเป็นทั้งปีงบประมาณ เท่ากับร้อยละ 7.03 ซึ่งหากเทียบกับข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่อ้างอิงในข้อความข้างต้นแล้ว แม้ว่าจะน้อยกว่า แต่ถ้าคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยแล้ว พบว่า เป็นจำนวนสูงถึง 56 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งในช่วงปีงบประมาณ 2554 ทั้งหมดจำนวน 803 ราย ซึ่งหากสามารถลดอัตราดังกล่าวนี้ได้ จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดการใช้ทรัพยากรและห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลลง

กิจกรรมการพัฒนา

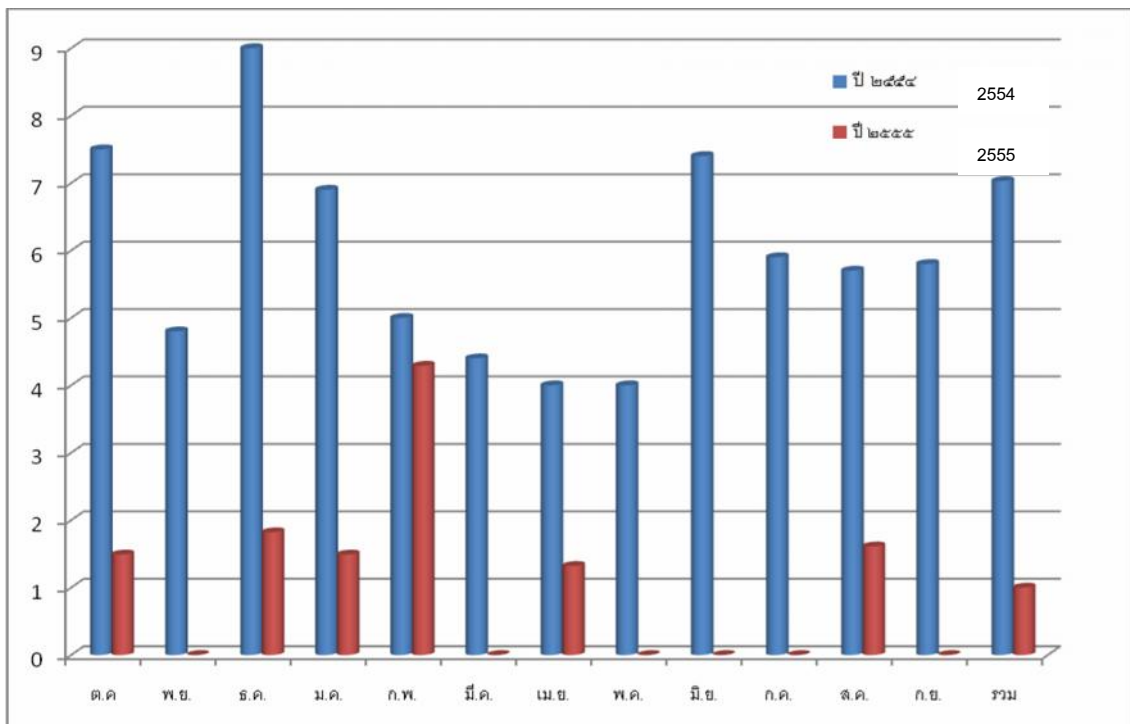
1. ทางกลุ่มงานศัลยกรรม ได้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อดำเนินการค้นหาปัญหาดังกล่าว โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า กระบวนการค้นหาเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ (Adverse Events Review) โดยถือว่า การที่แพทย์ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ แล้วพบว่าไม่ใช่ไส้ติ่งอักเสบ ถือว่าเป็นความเสี่ยง และเป็นเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ระดับ 6 ซึ่งต้องมีการรายงานเหตุการณ์ดังกล่าว ผู้รายงานเหตุการณ์นั้น ประกอบด้วยแพทย์ผู้ผ่าตัด และทีมที่เข้าร่วมผ่าตัด
2. กระบวนการรายงานเบื้องต้นนั้น เสมือนเป็นการทบทวนตัวเองของแพทย์ผู้ผ่าตัดว่าเหตุใด เหตุการณ์นี้จึงเกิดขึ้น และจะได้เพิ่มความระมัดระวังในครั้งต่อไป
3. มีการนำความเสี่ยงดังกล่าวรวบรวม สรุปสาเหตุเข้ามาวิเคราะห์ในที่ประชุมทีมนำ Adverse Events (AE) ของ PCT ศัลยกรรม เพื่อหาสาเหตุและวางแนวทางการแก้ไข
4. ในการประชุมทีม AE เดือนมีนาคม 2555 พบว่า อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ ของเดือนกุมภาพันธ์ 2555 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.49 ในเดือนมกราคม เป็นร้อยละ 4.29 ในเดือนกุมภาพันธ์ ทางทีมจึงได้วิเคราะห์สาเหตุ และมีข้อเสนอแนะแนวทางลดความเสี่ยง นำเสนอต่อ PCT เพื่อให้ปฏิบัติดังนี้
 - ในผู้ป่วยที่ไม่แน่ใจอาการปวดท้อง แนะนำให้ใช้วิธีการ Closed observe หรือ Investigated by CT scan
 - ใช้ Alvarado 's score เป็นเกณฑ์ช่วยวินิจฉัย
 - ถ้าแพทย์ intern set case ขอให้ Staff ช่วยประเมินการตรวจร่างกายซ้ำ ก่อนการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง
5. ติดตามและเก็บข้อมูลความเสี่ยงดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง มีการสรุปผลหลังสิ้นปีงบประมาณ และได้กำหนดตัวชี้วัดใหม่ในปีงบประมาณ 2556 โดยลดอัตราอัตราการเกิดการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ จากที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 3 ในปีงบประมาณ 2555 เป็น ไม่เกินร้อยละ 1 ในปีงบประมาณ 2556

ผลการพัฒนา

ตารางเปรียบเทียบอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละเดือน ใน 3 ช่วงปีงบประมาณ โดยกระบวนการใช้เครื่องมือที่เรียกว่ากระบวนการค้นหาเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ได้เริ่มต้นในปีงบประมาณ 2555 และได้มีการกำหนดแนวทางเพิ่มขึ้น ในเดือนมีนาคม 2555 เพื่อลดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ที่ได้มีอัตราการเกิดเพิ่มสูงขึ้นในเดือน กุมภาพันธ์ 2555

ปีงบประมาณ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
2554	7.5	4.8	9	6.9	5	4.4	4	4	7.4	5.9	5.7	5.8	7.03
2555	1.49	0	1.82	1.49	4.29	0	1.32	0	0	0	1.61	0	1
2556	0	0	0	2.38	0								

แผนภาพเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน การลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการค้นหาความเสี่ยง (ปี 2554 และปี 2555)



บทเรียนที่ได้รับ

การใช้เครื่องมือที่เรียกว่า กระบวนการค้นหาเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ (Adverse Events Review) เป็นเครื่องมือ ในการค้นหาความเสี่ยงสำคัญ ที่สามารถนำมาใช้ค้นหาอุบัติการณ์สำคัญ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน และการมุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญได้ (Patient Safety Goals) ดังจะเห็นได้จากกระบวนการที่ทางทีม PCT คลยกรรม ได้ดำเนินการเพื่อลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกตินี้ลงได้ ซึ่งน่าจะเป็นแบบอย่างที่ดีที่ทางหน่วยงานอื่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงานตนเองลงต่อไป กระบวนการนี้จะดำเนินการเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีการติดตามการดำเนินงานที่ดี มีการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุต้นตอ อย่างต่อเนื่อง และควบคุมผลลัพธ์โดยมีมาตรการที่ดี

ในการดำเนินงานนี้ เพื่อให้เกิดความท้าทายอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะสามารถลดอัตราดังกล่าวเป็นผลสำเร็จอย่างดีแล้ว ทีม AE ได้กำหนดตัวชี้วัดลงมาจากที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 3 ในปีงบประมาณ 2555 เป็น ไม่เกินร้อยละ 1 ในปีงบประมาณ 2556 ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำ ทาย และกระตุ้นให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อีกต่อไป

นอกจากเรื่องการลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ ที่ทาง PCT คลยกรรมได้ดำเนินการเป็นผลลัพธ์ที่ดีอยู่นี้ ยังมีการใช้กระบวนการค้นหาเหตุการณ์อันไม่พึง ประสงค์ กับการลดความเสี่ยงด้านอุบัติการณ์อื่น ๆ อยู่ได้แก่

1. การลดการผ่าตัด Exploration ที่ไม่พบความผิดปกติ : ผลการดำเนินงานอยู่ในเกณฑ์ดี เช่นเดียวกับเรื่องการลดอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่พบความผิดปกติ
2. การลดการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน :อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งมุ่งเน้นเป็นเป้าหมายหลักของปี 2556 นี้
3. การลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ :อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งมุ่งเน้นเป็นเป้าหมายหลักของปี 2556 นี้
4. การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ : ผลการดำเนินงานอยู่ในเกณฑ์ดี และมีโครงการรณรงค์ต่อเนื่องซ้ำในช่วงเดือน พฤษภาคม 2556

สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

นพ.ปุลวิชัย ผู้ภักดี โทรศัพท์ 081 – 8885405

ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2556

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อโครงการพัฒนา STROKE FAST TRACK ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

คำสำคัญ Ischemic stroke, Embolic stroke, Cerebral infarction, atherosclerosis, Stroke Fast Track

สรุปผลงาน บูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ด้วยยาละลาย ลิ่มเลือด rt-PA เพื่อลดความพิการหลังเกิด Ischemic stroke

ชื่อหน่วยงาน ชื่อทีม PCT อายุรกรรมและกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สมาชิกทีม นายสุรชัย แก้วหิรัญ หัวหน้าโครงการและประธานกรรมการเครือข่ายฯ
นางสาวสุมาวดี ปฏิเวธวิฑูร รองประธานกรรมการเครือข่ายฯ
นางสาวพุทธวรรณ มากสุวรรณ พยาบาลแกนนำ

เป้าหมาย

1. ให้ผู้ป่วย Ischemic stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 3 ชั่วโมงตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด
2. เพื่อลดความพิการหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke)

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลต่อระบบบริการที่รองรับ ทั้งต่อบุคคลากรทางการแพทย์ นโยบายของโรงพยาบาลจนถึงระดับชาติที่สำคัญส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มอัตราการเสียชีวิต คุณภาพชีวิตถดถอยกลายเป็นผู้พิการ ทำให้ขาดรายได้ เสียบุคคลที่จะสามารถพัฒนาสังคมและประเทศชาติเพิ่มภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งยังไม่รวมถึงผลกระทบทางจิตใจซึ่งไม่อาจวัดเป็นมูลค่าได้

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด รับผิดชอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันใน ปี พ.ศ. 2555 และ 2556 แบบผู้ป่วยนอก 270 และ 391 ราย ผู้ป่วยใน 698 และ 850 ราย มีอัตราตายร้อยละ 10.32 และ 8.59 ตามลำดับ จึงได้พัฒนาทรัพยากรของโรงพยาบาลที่มีอยู่และส่งเสริมในด้านต่างๆ เพื่อให้มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการให้ยา rt-PA โดยมีสหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

กิจกรรมพัฒนา

1. พัฒนาระบบ Stroke Fast Track
2. พัฒนาองค์ความรู้
3. สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ทีมสหสาขา
4. พัฒนาระบบเครือข่ายบริการระหว่างโรงพยาบาลกำแพงเพชร และรพ.ชุมชน
5. เก็บข้อมูลการบริการ ติดตามระบบ Stroke Fast Track เพื่อนำข้อผิดพลาดทำการแก้ไขต่อไป

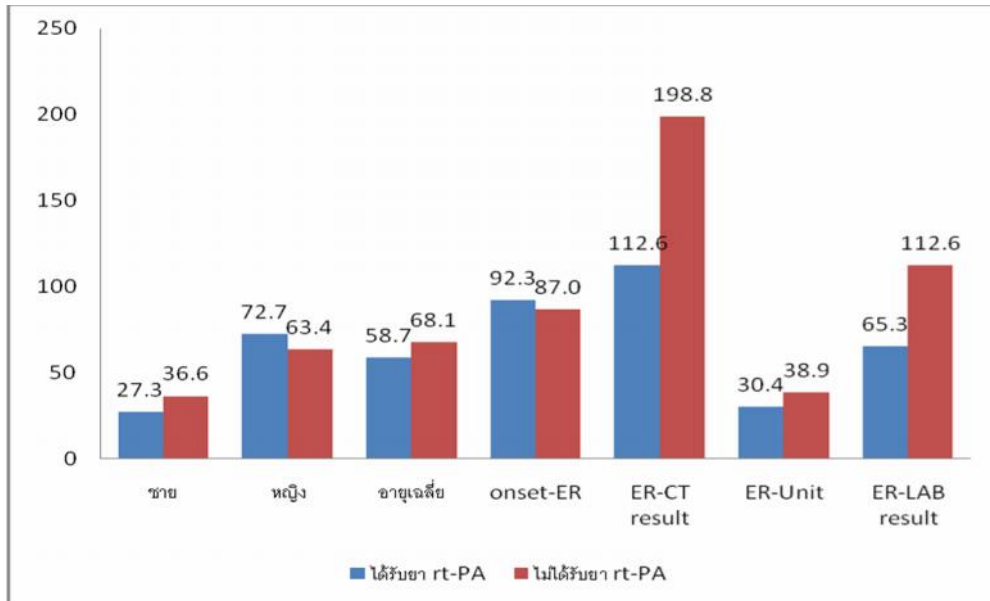
ผลการดำเนินงาน

ตั้งแต่เริ่ม Stroke Fast Track (กรกฎาคม 2555 ถึง กุมภาพันธ์ 2556) ผู้ป่วยทั้งหมด 54 ราย เป็นเพศหญิง 23 ราย และเพศชาย 29 ราย อายุเฉลี่ย 61.1 ปี ได้รับยา rt-PA 11 ราย (21.2%)

ตารางที่ 1 แสดงตัวชี้วัดเป็นระยะเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ใช้ในขั้นตอนต่างๆตามระบบ Stroke Fast Track

ตัวชี้วัด	ระยะเวลา (นาที)		
	ค่าเฉลี่ย	MIN	MAX
Onset-ER	88.0	15.0	182.0
ER-CT	20.6	4.0	96.0
ER-CT result	181.2	7.0	1007.0
ER-LAB result	1007.0	29.0	827.0
ER-Unit	37.3	15.0	125.0

กราฟที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและตัวชี้วัดผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา rt-PA



กลุ่มที่ได้รับยา rt-PA 11 ราย เป็นเพศชาย 3 ราย (27.3%) เพศหญิง 8 ราย (72.7%) อายุเฉลี่ย 58.7 ปี

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปและตัวชี้วัดในผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA (11 ราย)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	MIN	MAX
ความดันโลหิตก่อนให้ยา(mmHg)			
Systolic blood pressure	144.9	103	163
Diastolic blood pressure	80.5	69	90
NIHSS คะแนน			
ก่อนให้ยา	9.3	4	16
หลังให้ยา	6.6	2	10
ตัวชี้วัด (นาที)			
Onset-ER	92.3	20	140
ER-CT	17.4	4	35
ER-CT result	112.6	60	320
ER-LAB result	65.3	30	105
ER-Unit	30.4	15	47
Onset to needle	74.7	40	107
Door to needle	111.5	0	170
Onset to needle	150.5	25	220

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	MIN	MAX
Barthel Index			
ก่อนให้ยา	26	5	75
หลังให้ยา	42	5	85
ก่อนจำหน่าย	42	85	100
Modified Rankin Scale			
ก่อนให้ยา	3.5	2	5
หลังให้ยา	3.3	0	5
LOS in stroke Unit (วัน)	2	1	4
LOS in Hospital (วัน)	3.9	2	7

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยา rt-PA มี 1 ราย (ร้อยละ 9.1) เกิดเลือดออกในสมองถึงแก่ชีวิตและ 2 ราย (ร้อยละ 18.2) เกิดเลือดออกบริเวณที่เจาะเลือด

บทเรียนที่ได้รับ

1. เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษา
2. เพิ่มศักยภาพในองค์กร รพ.กำแพงเพชร
3. ได้รับความร่วมมืออย่างดีเยี่ยมระหว่างหน่วยงานต่างๆ
4. มีข้อบกพร่องของระบบบริการในด้านการประกันเวลาซึ่งมีผลต่อการได้ หรือไม่ได้รับยา rt-PA ที่ต้องได้รับการค้นหาและแก้ไขต่อไป
5. ขาดการประเมินผลสัมฤทธิ์หลังการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ (NIHSS, Barthel Index, Modified Rankin Scale)
6. พัฒนาระบบส่งต่อ การให้ความรู้แก่ประชาชนในเครือข่ายได้รับทราบระบบการรักษา Stroke Fast Track การช่วยเหลือนักป่วยผ่านระบบ 1669 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น

หมายเหตุ

Onset-ER	คือระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน
ER-CT	คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนกระทั่งส่ง CT-Brain
ER-CT result	คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับผลอ่าน CT-Brain
ER-Unit	คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนกระทั่งเข้ารับการรักษาใน stroke unit
ER-LAB result	คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนกระทั่งได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Door to needle	คือระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับยา rt-PA
Onset to needle	คือระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงได้รับยา rt-PA

สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

คุณพุดทวรรณ มากสุวรรณ โทรศัพท์ 081 – 8863965

ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2556

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อโครงการพัฒนา การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก

สรุปผลงานโดยย่อ : การพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้ปรับปรุงระบบการให้บริการเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อได้ครอบคลุมทุกด้าน และมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งก่อนการพัฒนาคุณภาพบริการมีหลายกิจกรรมที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรไม่ได้จัดบริการให้กับผู้ติดเชื้อ แต่ภายหลังการพัฒนาคุณภาพบริการพบว่าผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ชื่อของหน่วยงาน : คลินิกยาด้านไวรัสเด็กเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สมาชิก :	พญ.อังคณา	อุปพงษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
	พญ.พรโคภิต	นवलสาลี	นายแพทย์ชำนาญการ
	ภญ. วัฒนนิศย์	สุขโข	เภสัชกรชำนาญการ
	นางปาริชาติ	เรืองชัยคิเวท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	นางวรรธานี	คล้ายทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	นางสาวปณนุช	เม้นไทยสง	พนักงานช่วยเหลือคนไข้

เป้าหมาย : เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็กให้มีความครอบคลุมและมีคุณภาพตามมาตรฐานในแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็กของประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2555

ปัญหาและสาเหตุ : โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขากุมารเวชกรรมและมีคณะกรรมการ คณะทำงานสหวิชาชีพด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก จำนวน 33 คน ซึ่งให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็กในจังหวัดกำแพงเพชร 61 คนทั้งในเขตรับผิดชอบและผู้ติดเชื้อที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง โดยคณะทำงานสหวิชาชีพได้ให้การบริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กเรื่อยมา แต่ขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการทำให้การบริการและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็กไม่มีความชัดเจนและไม่ครอบคลุมครบถ้วนตามมาตรฐาน ดังนั้นจึงได้มีการนำระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Pediatric HIVQUAL-T) มาใช้ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิจกรรมการพัฒนา

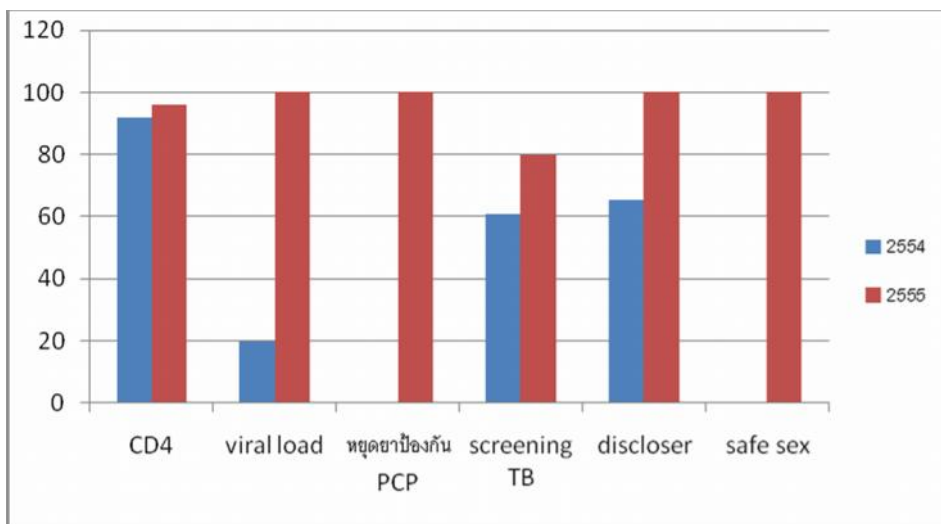
1. แต่งตั้งและจัดประชุมคณะทำงานโครงการการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก โรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. สร้างเครือข่ายและขยายรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็ก ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้กับทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลกำแพงเพชรและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
 - จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้กับอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ เจ้าหน้าที่ศูนย์องค์รวม และเครือข่ายสนับสนุน
4. ส่งเสริมความรู้และแนวทางการดูแลสุขภาพแก่เด็กผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแล
 - จัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมแก่เด็กและผู้ดูแลก่อนเริ่มยาต้านไวรัส
 - จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เด็กและผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมวินัยในการกินยาต้านไวรัส (Educational class/ Child day care)
 - จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่เด็กผู้ติดเชื้อที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น
 - จัดอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมวินัยการกินยาต้านไวรัส และให้ข้อมูลคำปรึกษา
5. จัดทำ standing order แนวทางการให้ยาเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

6. นิเทศติดตามความก้าวหน้าโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายที่รับคนไข้เด็กไปดูแลรักษาต่อเนื่องโดยร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
7. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินผลคุณภาพการดูแลรักษาโดยใช้โปรแกรม Pediatric HIVQUAL-T และจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์สำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี
8. ประเมินผลการดำเนินการโครงการ ได้แก่ การจัดระบบบริการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ระบบการส่งต่อระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัด และผลลัพธ์ทางคลินิกของการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

การวัดผลและการเปลี่ยนแปลง

รายการ	ก่อนการพัฒนา ปี 2554	การเปลี่ยนแปลง หลังการพัฒนา ปี 2555
การตรวจติดตาม CD4 ทุก 6 เดือน	92 %	96%
การตรวจติดตาม viral load ทุกปี หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	20%	100%
การหยุดยาป้องกัน PCP ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์	ไม่มีการปฏิบัติ	100%
การตรวจคัดกรองวัณโรคอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	61%	80%
ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีทราบสถานะทางผลเลือดของตนเอง	65.52%	100%
การประเมินความเสี่ยงทางเพศในผู้ป่วยที่เข้าสู่วัยรุ่นหรือมีอายุมากกว่าเท่ากับ 15 ปี	ไม่มีการปฏิบัติ	100%

กราฟแสดงการวัดผลและการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)



บทเรียนที่ได้รับ

1. ระบบการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็กในรูปแบบเครือข่ายบริการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็กและยกระดับงานเอดส์เด็กให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
3. ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น
4. สร้างความตระหนักให้ผู้ติดเชื้อในการดูแลตนเองจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

พญ.พรโคภิต นवलสาลี โทรศัพท์ 081 - 5327543

ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2556

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อโครงการพัฒนา อุปกรณ์ดึงไหล่สำหรับถ่ายภาพรังสีกระดูกสันหลังส่วนคอ
ด้านข้างในท่านอนหงาย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อประดิษฐ์อุปกรณ์ดึงไหล่สำหรับถ่ายภาพรังสีกระดูกสันหลังส่วนคอด้านข้างในท่านอนหงาย เนื่องจากการถ่ายภาพทางรังสีกระดูกสันหลังส่วนคอด้านข้างในท่านอนหงายของผู้ป่วยนอนจำเป็นที่ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือญาติของผู้ป่วยมาดึงแขนเพื่อช่วยให้ภาพถ่ายรังสีเห็นกระดูกสันหลังส่วนคอครบทั้ง 7 ชั้น เพื่อช่วยประกอบการวินิจฉัยของรังสีแพทย์ ทำให้เจ้าหน้าที่ และญาติได้รับรังสีโดยไม่จำเป็น ผู้ประดิษฐ์จึงได้ประดิษฐ์อุปกรณ์ดึงไหล่สำหรับถ่ายภาพรังสีกระดูกสันหลังส่วนคอด้านข้างในท่านอนหงาย ซึ่งอุปกรณ์นี้สามารถดึงไหล่ของผู้ป่วยโดยอาศัยแรงจากการหมุนเชือก ส่วนของอุปกรณ์ประกอบด้วยสามส่วน คือ ส่วนฐาน แกนหมุนเชือก และสายรัดข้อมือ โดยส่วนฐานทำจากแผ่นโลหะสำหรับรองรับน่องและเท้าของผู้ป่วย ส่วนของแกนหมุนเชือกดัดแปลงมาจากกรอบแบบสายรัดสินค้าโดยเชื่อมติดกับตัวฐาน และสายรัดข้อมือทำจากสายกระเป๋านิลอ่อน ผ้าใบ ฟองน้ำและตีนตุ๊กแก อุปกรณ์นี้สามารถเคลื่อนที่ได้สะดวกมีความคล่องตัวในการนำมาใช้และเมื่อต้องการเก็บ จากนั้นประเมินความพึงพอใจต่ออุปกรณ์โดยบุคลากรหน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 15 คน พบว่า บุคลากรดังกล่าวมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ดึงไหล่ ในด้านความปลอดภัยในการใช้งานต่อผู้ปฏิบัติงาน การป้องกันอันตรายจากรังสี แก่ ผู้ป่วย ญาติ และ เจ้าหน้าที่ และคุณภาพของภาพรังสี ซึ่งอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 67 และนำอุปกรณ์ไปทดสอบการใช้งานในผู้ป่วยนอน จำนวน 18 คน พบว่า สามารถเห็นถึงกระดูกสันหลังส่วนคอครบทั้ง 7 ชั้นคิดเป็นร้อยละ 66.6 ในบางภาพพบว่าเห็นกระดูกสันหลังส่วนคอไม่ครบ 7 ชั้น เนื่องจากแรงที่ใช้ในการดึงไม่เพียงพอ และผู้ป่วยบางรายมีรูปร่างอ้วนหนาซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดึง

คำสำคัญ : อุปกรณ์ดึงไหล่ การถ่ายภาพรังสีกระดูกสันหลังส่วนคอ อุปกรณ์ประกอบการถ่ายภาพรังสี

รูปภาพ



สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

คุณนงลักษณ์ กุลคำ โทรศัพท์ 085 - 0609276

ผลงานเด่นประจำปีงบประมาณ 2556

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ชื่อโครงการพัฒนา Quality improvement toward patient goal

งานเซลล์วิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

สมาชิกทีม ประกอบด้วย

- | | | | |
|----------------|---------------|---------|--------------------------------|
| 1. นายปราโมทย์ | อินทรเรืองศรี | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 2. นายวิศรุต | สุริวงศ์ | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 3. นางกนกวรรณ | แสงสว่าง | ตำแหน่ง | พนักงานห้องปฏิบัติการ |

ที่ปรึกษา ประกอบด้วย

- | | | |
|---------------------|----------|-------------------------------|
| 1. นายแพทย์อัครพงษ์ | จุฑากรณ์ | หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม |
| 2. ทนพ.ณรงค์ | มหายศ | หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ |

เป้าหมาย

ผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยามีความถูกต้อง ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการบริการในเชิงของการจัดเตรียมผลการตรวจทางพยาธิวิทยา แผ่นสไลด์/พาราฟิน บล็อก ในกรณีที่มีการส่งรักษาต่อ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยให้ได้เข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว และทันเวลา

กิจกรรมการพัฒนา

- สรุป Turn around time การรายงานผลขึ้นเนื้อเพื่อกำหนดเป็น KPI งานเซลล์วิทยา
- ตรวจครองใบรายงานผลทางพยาธิวิทยา เพื่อแจ้งผลวิกฤติ โดยเร่งด่วน
- ผลการตรวจที่มีความถูกต้อง แม่นยำ จากการนำระบบ IQC/EQC มาใช้ในกระบวนการคุณภาพ
- ระบบการจัดเตรียมสำเนาผลการตรวจทางพยาธิวิทยา แผ่นสไลด์/พาราฟิน บล็อกที่รวดเร็วโดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ กรณีส่งรักษาต่อ
- ลดความแออัดในงานบริการ โดยการให้บริการตรวจวินิจฉัยเซลล์วิทยานรีเวชแก่ รพ.สต. ศูนย์บริการสาธารณสุขในจังหวัดกำแพงเพชร และอำนวยความสะดวกในการส่งใบรายงานผลการตรวจไปยังหน่วยบริการต้นสังกัด

- การสร้างองค์ความรู้ในองค์กรเพื่อการพัฒนาศักยภาพการตรวจวิเคราะห์โดยมีการนำสไลด์มาทบทวนในกรณีผลการตรวจเซลล์วิทยาที่มีความแตกต่างกับพยาธิแพทย์
- การ Scan ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเก็บไว้ เพื่อให้ง่ายต่อการนำมาใช้

ผลการพัฒนา

- ผลการตรวจถูกต้อง แม่นยำ ทันท่วงทีต่อการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ผู้ส่งตรวจ
- ผู้ป่วย-ญาติ มีความพึงพอใจจากระบบบริการการจัดเตรียมผลการตรวจ แผ่นสไลด์/พาราฟินบล็อก Turn around time

เดือน	% turn around time
กุมภาพันธ์	87.2
มกราคม	81.6
ธันวาคม	93.6
พฤศจิกายน	92.0
ตุลาคม	81.9

*** ข้อมูล 5 เดือนย้อนหลัง

ปัญหาและอุปสรรค

- ผู้ป่วยไม่ได้นำผลการตรวจทางพยาธิวิทยาไปด้วยในกรณีส่งรักษาต่อ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยลืม หรืออาจเกิดจากระบบการส่งต่อ
- ส่งรักษาต่อโดยที่ผลการตรวจยังไม่ครบถ้วน เช่น ขาดผลย้อมพิเศษเพิ่มเติม

ความคาดหวังและโอกาสพัฒนา

- ใช้เทคนิคและวิธีการสมัยใหม่ในการตรวจวินิจฉัยทางเซลล์วิทยา ได้แก่ Liquid base preparation (LBP) เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสการตรวจพบเซลล์ผิดปกติ และการตรวจในระดับโมเลกุล(HPV DNA)
- มีโปรแกรมสำเร็จรูปการรายงานผล-การจัดเก็บ ผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาที่มีคุณภาพ และทวนสอบได้
- ความแม่นยำการรายงานผลเซลล์วิทยาระบบนรีเวช โดยพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างผลPathology-Cytology พร้อมวิเคราะห์หาสาเหตุกรณีผลการวินิจฉัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ “ Pathology-Cytology correlation”

สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่

คุณวิศรุต สุริวงค์ โทรศัพท์ 089 – 0250724



มูทิตาฉิต ผู้เกษียณอายุราชการ





កិច្ចប្រគល់សិទ្ធិ



กิจกรรมมาลัย

