



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
โรงพยาบาลลำพูน

รายงานประจำปี 2567



คำนำ

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 411 เตียง มีหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนให้บริการทางด้านการศึกษา วิชาการ งานวิจัยเพื่อพัฒนางานให้เป็นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลลำพูนมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนางานบริการทั้งองค์กรให้ได้คุณภาพมาตรฐานเพื่อเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลที่ดีที่สุดที่ประชาชนไว้วางใจตลอดไป

รายงานประจำปี 2567 ฉบับนี้เป็นการรวบรวมผลการดำเนินงานของกลุ่มงาน /ฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อจะได้นำข้อมูลต่างๆ ใช้ในการวางแผนงาน โครงการ ตลอดจนใช้ประโยชน์ของข้อมูลเพื่อพัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป



(นางลดาวรรณ หาญไพโรจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๒-๓
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดลำพูน	1-2
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลลำพูน	3-4
- ความเป็นมา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเข็มมุ่ง	3
- โครงสร้างองค์กร	5
- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	6-7
- จำนวนบุคลากรแยกตามประเภทบุคลากรและสายงาน	8-11
ส่วนที่ 3 กิจกรรมและการให้บริการ	
- งานบริการผู้ป่วยนอก	12-15
- งานบริการผู้ป่วยใน	16-17
- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก	18-19
- สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน	20-22
กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	
กลุ่มงานนิติเวช	23
กลุ่มงานจักษุวิทยา	24-27
กลุ่มงานโสตศอนาสิก	28-32
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	33-34
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	35-37
กลุ่มงานทันตกรรม	38-42
กลุ่มงานรังสีวิทยา	43-51
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	52-57
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	
- งานกายภาพบำบัด	58-60
- งานกิจกรรมบำบัด	60-61
- งานกายอุปกรณ์	61-62
กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	63-72
กลุ่มงานเภสัชกรรม	73
- งานบริหารเวชภัณฑ์	74
- งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	75
- งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	75-76

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
- งานเภสัชกรรมการผลิต	76
- งานเภสัชสนเทศและพัฒนาระบบยา	76
- งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ	76-77
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	
- หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1	78-105
- หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2	106-115
- หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3	116-130
- หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ	131-135
- หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก	136-139
กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด	140-142
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	143-145
กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี	146-148
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม	
- หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	149-158
- หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1	159-169
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	170-173
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	174-182
- ห้องแผล	183-193
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช	194-195
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	196-198
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย	199-202
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง	203-215
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ	
- หอผู้ป่วยจักษุ	216
กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	217-231
- งานจ่ายกลาง	232-233

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	
- งานไตเทียม	234-238
- ศูนย์โรคหัวใจ	239-243
- งานส่องกล้อง	244-247
- งานเคมีบำบัด	248-250
- งานประคับประคอง	251-253
กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล	254-258
หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 4	259-261
หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5	262-264
หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2	265-271
หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3	272-281
กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ	
กลุ่มงานบริหารทั่วไป	
- ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ (โลจิสติก)	282-285
กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ	
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	
- งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง	286-289
- งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา	290-293
- งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย	294-296
- งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู	297-299
- งานคุ้มครองผู้บริโภค	300-305
กลุ่มงานสุขศึกษา	306-313
กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม	314-319
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน	320-324
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	325-332
กลุ่มงานภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ	
- งานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ	333-338
- งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนูปกรณ์	339-342
- งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	343-347
- งานเวชระเบียน	348-349

❖ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดลำพูน

จังหวัดลำพูน เดิมชื่อเมืองหริภุญไชย เป็นเมืองโบราณเก่าแก่ที่สุดในจังหวัดภาคเหนือมีอายุประมาณ 1,346 ปี ตามพงศาวดารโยนกเล่าสืบต่อกันมาถึงการสร้างเมืองหริภุญไชย โดยฤๅษีวาสุเทพ เป็นผู้เกณฑ์พวกเม็งคัมบุตรหรือเชื้อชาติมอญมาสร้างเมืองนี้ขึ้นในพื้นที่ระหว่างแม่น้ำสองสายคือ แม่น้ำกวังและแม่น้ำปิง เมื่อสร้างเสร็จได้ส่งทูตไปเชิญราชธิดาภษัตริย์ เมืองละโว้พระนาม “จามเทวี” มาเป็นปฐมกษัตริย์ปกครองเมืองหริภุญไชยสืบราชวงศ์ภษัตริย์ ต่อมาหลายพระองค์จนกระทั่งถึงสมัยพระยาธิบยา จึงได้เสียการปกครองให้แก่พ่อขุนเม็งรายมหาราชผู้รวบรวมแคว้นทางเหนือเข้าเป็นอาณาจักรล้านนา เมืองลำพูน ถึงแม้ว่าจะตกอยู่ในการปกครองของอาณาจักรล้านนา แต่ก็ได้ถ่ายทอดมรดกทางศิลปะและวัฒนธรรมให้ผู้ที่เข้ามาปกครองเมืองลำพูน จึงยังคงความสำคัญในทางศิลปะและวัฒนธรรมของอาณาจักรล้านนา จนกระทั่งสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เมืองลำพูนได้เข้ามาอยู่ในอาณาจักรไทย มีผู้ครองนครสืบต่อกันมาจนถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ต่อมาภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 เมื่อเจ้าผู้ครองนครองค์สุดท้าย คือ พลตรีเจ้าจักรคำขจรศักดิ์และเมื่อเจ้าจักรคำขจรศักดิ์ถึงแก่พิราลัย เมืองลำพูนจึงเปลี่ยนแปลงเป็นจังหวัดลำพูนมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้ปกครองสืบต่อกันมาจนกระทั่งปัจจุบัน

ที่ตั้ง

จังหวัดลำพูน ตั้งอยู่ทางภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มพื้นที่ที่มีศักยภาพที่สามารถใช้เป็นศูนย์กลางความเจริญ ของพื้นที่สี่เหลี่ยมเศรษฐกิจในอนาคต อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ 689 กิโลเมตร โดยทางรถยนต์และ 729 กิโลเมตร โดยทางรถไฟ

ขนาด

จังหวัดลำพูน เป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็กที่สุดของภาคเหนือมีพื้นที่ทั้งหมด 4,505.08 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 2,815,675 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 4.85 ของพื้นที่ภาคเหนือตอนบน บริเวณที่กว้างที่สุด 43 กิโลเมตร และยาวจากเหนือจดใต้ 136 กิโลเมตร

อาณาเขต มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอสารภี อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง และอำเภอสามเงา จังหวัดตาก
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอห้างฉัตร อำเภอสบปราบและอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอฮอด อำเภอจอมทอง อำเภอหางดงและอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

◇ ข้อมูลทั่วไปจังหวัดลำพูน(ต่อ)

ประชากรและการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

จังหวัดลำพูนปัจจุบันมีประชากร จำนวน 404,693คน เป็นเพศชาย 197,278 คน เพศหญิง 207,415 คนความหนาแน่นของประชากร โดยเฉลี่ยเท่ากับ 89.81คน ต่อพื้นที่ 1 ตร.กม.อัตราการเกิด เท่ากับ 8.45 ต่อพันประชากร อัตราตาย เท่ากับ 9.41 ต่อพันประชากร อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ เท่ากับร้อยละ -0.009 อยู่ในเกณฑ์ต่ำ

คำขวัญของจังหวัด

พระธาตุเด่น พระรอดขลัง
ลำยองดัง กระเทียมดี
ระเพณีนาม จามเทวี ศรีหริภุญไชย

การปกครอง

จังหวัดลำพูน แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 อำเภอ 51 ตำบล 575 หมู่บ้าน 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 เทศบาลเมือง 39 เทศบาลตำบล 17 องค์การบริหารส่วนตำบล

การบริหารราชการ

จังหวัดลำพูนมีหน่วยราชการต่าง ๆ ที่บริหารราชการในพื้นที่ ประกอบด้วยหน่วยงานการบริหารราชการส่วนกลางที่มาปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จังหวัดลำพูน รวมทั้งสิ้น 33 หน่วยงานหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ 11 หน่วยงาน หน่วยงานการบริหารราชการส่วนภูมิภาค เป็นส่วนราชการประจำจังหวัด ซึ่งกระทรวงทบวงกรมต่าง ๆ ได้ส่งมาปฏิบัติราชการ ในจังหวัด รวมทั้งสิ้น 32 หน่วยงาน หน่วยงานการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมืองลำพูน 1 แห่ง เทศบาลตำบล 39 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 17 แห่ง

การเมือง

ปัจจุบันการดำเนินการเกี่ยวกับการเลือกตั้งตามรัฐธรรมนูญ ปีพ.ศ. 2550 กฎหมายได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการการเลือกตั้ง ซึ่งได้มีการออกข้อกำหนดของคณะกรรมการการเลือกตั้งจัดให้มีการแบ่งเขตเลือกตั้งใหม่ จากเดิมจังหวัดลำพูนมีเขตเลือกตั้งเดียว โดยใช้พื้นที่จังหวัดทั้งหมดเป็นเขตเลือกตั้ง ปัจจุบันได้แบ่งเขตเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ออกเป็น 2 เขต แต่ละเขตมีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรได้เขตละ 1 คน มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการเลือกตั้ง คือคณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดลำพูน จำนวน 5 คน ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่ ณ ศาลาประชาคมจังหวัดลำพูน โดยมีพื้นที่ในแต่ละเขต ดังนี้

เขตเลือกตั้งที่ 1 อำเภอเมืองลำพูน, อำเภอแม่ทา, อำเภอบ้านธิ

เขตเลือกตั้งที่ 2 อำเภอป่าซาง,อำเภอบ้านโฮ่ง, อำเภอทุ่งหัวช้าง, อำเภอลี้, อำเภอเวียงหนองล่อง

ที่มา : กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดลำพูน

[Online] http://www.lamphun.go.th/officialwebsite/2013/?page_id=48

◇ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

ความเป็นมา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเข็มมุ่ง

โรงพยาบาลลำพูนเปิดให้บริการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2497 โดยได้รับงบประมาณจากกรมการแพทย์ และการบริจาคที่ดินของตระกูล โนนานนท์ มีพื้นที่รวม 37 ไร่ โดยเริ่มแรกมีจำนวน 10 เตียง มีแพทย์ 2 คน เภสัช 1 คน พยาบาล 5 คน เรือนพักคนไข้ 1 หลัง และบ้านพักนายแพทย์ 1 หลัง โดยมีนายแพทย์จำรูญ ศิริพันธ์ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรก ต่อมาได้มีการสร้างตึก และอาคารรักษาผู้ป่วย ปัจจุบันมีพื้นที่โดยประมาณ 35 ไร่ 2 งาน 98 ตารางวา

ที่ตั้ง : เลขที่ 177 หมู่ 11 ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน 51000

ติดต่อ : โทรศัพท์ 053-569100 โทรสาร 053-569123 , E-mail address: mail@lph.go.th

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลลำพูน : โรงพยาบาลคุณภาพคู่ใจประชาชน

คุณค่าร่วม (Values chain) :

Mastery	เป็นนายตนเอง
Originality	สร้างสรรค์สิ่งใหม่
People centered approach	ใส่ใจประชาชน
Humility	อ่อนน้อมถ่อมตน

พันธกิจ :

1. ให้บริการสุขภาพ ด้านการรักษา พึ่งพา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน
2. มุ่งมั่นให้บริการด้วยความใส่ใจ เอื้ออาทรและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. มีศักยภาพในการเป็นสถาบันการศึกษาและฝึกอบรมทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขทุกวิชาชีพ

อัตลักษณ์โรงพยาบาลคุณธรรม : โรงพยาบาลคุณธรรม วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นองค์กรแห่งความสุข

เข็มมุ่ง : IDENTIFICATION, CPR

ยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์

โรงพยาบาลลำพูน มีประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 โรงพยาบาลตติยภูมิที่มีการเชื่อมโยงทุติยภูมิ และปฐมภูมิที่ให้บริการแบบองค์รวม โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ยุทธศาสตร์ ที่ 2 ผู้ให้และผู้รับบริการมีความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ ที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหาร จัดการและพัฒนาด้านทรัพยากร บุคคลเพื่อให้บุคลากรเพียงพอ เก่ง ดี มีความสุข

ยุทธศาสตร์ ที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพทุกระบบ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

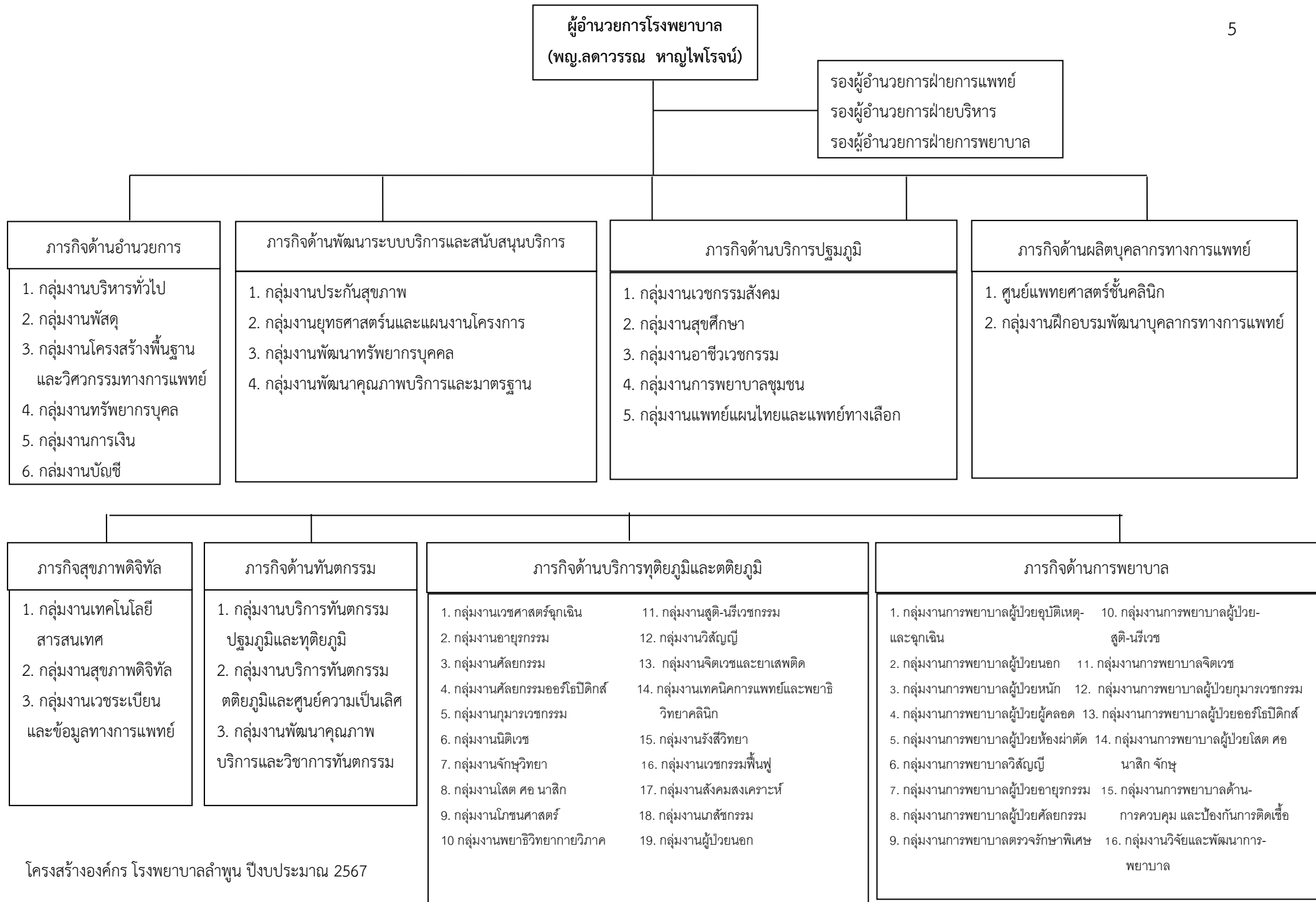
◆ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

เป้าประสงค์ (GOAL)

1. CMI 1.8
2. ลดการแออัด
3. ประสิทธิภาพการดูแลตามรายโรคที่สำคัญ
4. พัฒนาระบบสุขภาพ บริการปฐมภูมิ
5. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
6. เพิ่มการรายงานความเสี่ยง
7. เพิ่มความครอบคลุมและคุณภาพของการทบทวน RCA
8. อุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป ไม่เกิดขึ้น
9. มีการบริหารจัดการกำลังคน ให้มีประสิทธิภาพและเพียงพอ
10. พัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลและวิชาชีพ
11. บุคลากรมีความสุขและผูกพันกับองค์กร
12. สถานที่ สิ่งแวดล้อม และระบบสาธารณูปโภค สะอาด ได้มาตรฐาน เพียงพอ ปลอดภัยและเอื้อต่อการเรียนรู้และเยียวยา
13. มีสภาพคล่องทางการเงินเพียงพอ เวชระเบียนมีคุณภาพ และเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย
14. Smart Hospital
15. มีการนำข้อมูลจากระบบสารสนเทศมาใช้ประโยชน์
16. มีการใช้ระบบ Lean มาทำให้ระบบ งานมีประสิทธิภาพ
17. มีระบบการจัดการและควบคุมเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลลำพูนที่มีประสิทธิภาพ
18. พัฒนาระบบธรรมาภิบาล
19. เตรียมรองรับการเป็นศูนย์แพทย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ในปี 2567

ที่มา : โรงพยาบาลลำพูน

[Online] <http://www.lpnh.go.th>



◇ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประจำปี 2567 มีดังนี้

1	นางลดาวรรณ	หาญไพโรจน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน
2	นายชาญพัฒน์	มาประกอบ	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร/หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านอำนาจการ
3	นางวัชรพร	ดวงแก้ว	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล /หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการ พยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล
4	นายสาริกซ์	พรหมมาร์ตน์	หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ/หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
5	นางสาวจุฑามาศ	สมชาติ	หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการ สุขภาพ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านทรัพยากรบุคคล
6	นายสุรัชย์	จิระประภากร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริการด้านหน้า /หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์
7	นายบารมี	บุญเลิศ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการเงินการคลัง /ผู้อำนวยการ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก /หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก
8	นางจันทรทิพย์	จิตรวงศ์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสื่อสารองค์กรและกิจกรรมสัมพันธ์
9	นายธีรพงษ์	ตติยพรกุล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสารสนเทศ/หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีฯ
10	นางอัญชนา	มหาเทพ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านความเสี่ยง /หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา
11	นางรุจิรัตน์	โกศลศศิธร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัสดุ/หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม
12	นายภูมรินทร์	สุรินทร์แก้ว	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านโกล่เกลี่ยและรับเรื่องร้องเรียน
13	นายกรินทร์	ภักดี	องค์กรแพทย์ /หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม
14	นายณัฐพล	ทิเชียน	หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
15	นายณัฐวิทย์	คหวัฒน์ธรางกูร	หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม
16	นายอุกฤษฏ์	สุขเกษม	หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม
17	นายปิยะ	ดรงค์เดช	หัวหน้ากลุ่มงานนิติเวช
18	นายอภิรัฐ	เนติพงศ์ไพโรจน์	หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา
19	นางชุตินา	จันทร์เปาะระยะ	หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
20	นางนิลบล	ปลุกพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์
21	นางสาวกนกวรรณ	ใจพิงค์	หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก/ หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค
22	นางสาวอรุณบุญ	ภาวะกุล	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
23	นางธันนดา	ใจโต	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม
24	นางสาวสุภารัตน์	พัฒนรังสรรค์	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

◇ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประจำปี 2567 (ต่อ)

25	นางสาวฐิติกา	วโรภาษ	หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา
26	นางสุธิดา	บุญตัน	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
27	นางศรียรรณ	เรืองวัฒนา	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
28	นางศิริโสภา	คำเครือ	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
29	นางผ่องพรรณ	พิงคะสัน	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด
30	นางสาวดวงกมล	เฉลิมวงศ์	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
31	นางวัชรภรณ์	เชษฐบุรี	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
32	นางทองเหรียญ	มูลชีพ	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
33	นางทับทิม	เดชจรรยา	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช
34	นางอัญชลี	ศรีสุตา	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
35	นางแสงเดือน	ศิริ	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์
36	นางมาลีวรรณ	เกษตรรัต	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
37	นางวัฒนาพร	คำกัน	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
38	นายสมมิตร	ผืนตะ	หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา
39	นางกรรณิกา	วินาพา	หัวหน้ากลุ่มงานอาชีพเวชกรรม
40	นายโกคิน	ศักรินทร์กุล	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
41	นายสุนทร	เนียมหวาน	หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
42	นางสาวมัทนีย์พร	ชันคำกาศ	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
43	นายสุวรรณ	ภิญโญจิตต์	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
44	นายณัฐพงศ์	วงศ์เจริญกิจ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
45	นางสาวทัศนีย์	ศรีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
46	นางสุมาลี	แปงใจ	หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ
47	นายสาคร	เกตศักดิ์	หัวหน้ากลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์
48	นายภฤตธน	บวรศักดิ์ยุต	หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
49	นางสาวนภาพร	สังข์สม	หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน
50	นางสาวบุหงา	พรมคำปา	หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี
51	นางชนิษฐา	สุขเสริม	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ที่มา : งานเลขานุการ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

◇ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

จำนวนบุคลากรแยกตามประเภทบุคลากรและสายงาน

ข้อมูลอัตราากำลัง โรงพยาบาลลำพูน ณ 1 ธันวาคม 2567

ลำดับ	ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงานราชการ	พนักงาน กระทรวงฯ	ลูกจ้างชั่วคราว		จ้างเหมา	
						(พกส.)	รายเดือน	รายวัน	บุคคล	บริษัท
1	นายแพทย์	104	98	-	-	3	-	1	2	-
2	ทันตแพทย์	18	18	-	-	-	-	-	-	-
3	เภสัชกร	34	33	-	-	1	-	-	-	-
4	พยาบาลวิชาชีพ	453	427	-	-	24	-	2	-	-
5	นักกายภาพบำบัด	11	10	-	-	1	-	-	-	-
6	เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	1	1	-	-	-	-	-	-	-
7	นักรังสีการแพทย์	6	5	-	-	1	-	-	-	-
8	เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	4	4	-	-	-	-	-	-	-
9	นักเทคนิคการแพทย์	21	21	-	-	-	-	-	-	-
10	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	5	5	-	-	-	-	-	-	-
11	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	2	-	-	-	-	-	-	-
12	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์		-	-	-	-	-	-	-	-
13	นักวิชาการสาธารณสุข	16	15	-	-	1	-	-	-	-
14	เจ้าพนักงานสาธารณสุข		-	-	-	-	-	-	-	-
15	นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	4	4	-	-	-	-	-	-	-
17	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	23	18	-	-	1	-	4	-	-
18	นักกายอุปกรณ์	1	1	-	-	-	-	-	-	-
19	ช่างกายอุปกรณ์	1	-	-	1	-	-	-	-	-
20	แพทย์แผนไทย	3	3	-	-	-	-	-	-	-
21	เจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท)		-	-	-	-	-	-	-	-

◇ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร(ต่อ)

ลำดับ	ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงานราชการ	พนักงาน กระทรวงฯ	ลูกจ้างชั่วคราว		จ้างเหมา	
						(พกส.)	รายเดือน	รายวัน	บุคคล	บริษัท
22	นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	6	4	-	-	2	-	-	-	-
24	นักโภชนาการ	3	2	-	1	-	-	-	-	-
25	นักเวชศาสตร์การสื่อสาร ความหมาย	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์	1	1	-	-	-	-	-	-	-
27	นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	1	1	-	-	-	-	-	-	-
28	นักจิตวิทยาคลินิก	4	4	-	-	-	-	-	-	-
29	นักวิชาการศึกษา	3	-	-	-	-	-	3	-	-
30	นักกิจกรรมบำบัด	4	4	-	-	-	-	-	-	-
31	ช่างทันตกรรม	1	1	-	-	-	-	-	-	-
32	นักสังคมสงเคราะห์	3	2	-	-	1	-	-	-	-
33	ช่างภาพการแพทย์	1	1	-	-	-	-	-	-	-
34	นักปฏิบัติการฉุกเฉิน ทางการแพทย์	3	-	-	-	3	-	-	-	-
35	เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)	7	6	-	-	1	-	-	-	-
36	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	5	5	-	-	-	-	-	-	-
38	นักวิชาการโสตทัศนศึกษา	1	-	-	-	1	-	-	-	-
39	เจ้าพนักงานโสตทัศน ศึกษา	3	2	-	-	2	-	-	-	-
40	พนักงานโสตทัศนศึกษา	1	-	-	-	1	-	-	-	-
41	ผู้ช่วยพยาบาล	71	-	-	4	59	-	12	-	-
42	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผน	3	-	-	2	1	-	-	-	-

◈ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร (ต่อ)

ลำดับ	ตำแหน่ง	ปฏิบัติงานจริง	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงานราชการ	พนักงาน กระทรวงฯ	ลูกจ้างชั่วคราว		จ้างเหมา	
						(พกส.)	รายเดือน	รายวัน	บุคคล	บริษัท
70	สายสนับสนุนวิชาชีพ	321	-	17	-	272	-	32	-	-
71	สายสนับสนุน Back office	68	-	2	-	60	-	6	-	-
	รวม	1,326	715	24	44	482	0	68	2	0

ที่มา : งานเจ้าหน้าที่ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

❖ ส่วนที่ 3 กิจกรรมและการให้บริการ

งานบริการผู้ป่วยนอก

งานผู้ป่วยนอกให้บริการผู้ป่วยนอกทุกระบบอย่างมีคุณภาพ ด้วยมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข งานบริการผู้ป่วยนอกให้บริการตรวจรักษา ดังนี้

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	ห้องตรวจเบอร์	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
ห้องตรวจอายุรกรรม	27	อังคาร-ศุกร์	08.30-12.00 น.	นพ.วีรพงศ์ เลหาเพ็ญแสง
	28	จันทร์-ศุกร์	08.30-12.00 น.	พญ.อัจฉรา จันทรานิมิตร
			08.30-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
	29	จันทร์-ศุกร์	08.30-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องตรวจอายุรกรรม (นัด)	26	จันทร์	08.30-12.00 น.	พญ.ตุลาพร อินทนิเวศน์
				นพ.ปริญญญา เรือนวิไล
		อังคาร	08.30-12.00 น.	นพ.อัศนัย กิติปัญญาวรคุณ
				พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง
		พุธ	08.30-12.00 น.	นพ.ทินกฤต วีระประพันธ์
				พญ.อสิลา จิรการพงษ์
		พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	นพ.ภราดร มัณยานนท์
				นพ.ณัฐวิทย์ คหวัฒน์ธรางกูล
		ศุกร์	08.30-12.00 น.	นพ.อิสริยาพงศ์ โกฏิกุล
คลินิกเบาหวานพิเศษ	49	จันทร์	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกเบาหวาน	49	อังคาร	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกวาร์ฟาริน	49	พุธ	08.30-12.00 น.	นพ.ณัฐวิทย์ คหวัฒน์ธรางกูล
		ศุกร์	08.30-12.00 น.	นพ.ทินกฤต วีระประพันธ์
คลินิกความดันโลหิตสูง	49	พฤหัสบดี-ศุกร์	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกวัณโรค	60	จันทร์	08.30-16.30 น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง
คลินิกทรวงอก	60	อังคาร	13.00-16.30 น.	นพ.ปริญญญา เรือนวิไล
		พฤหัสบดี	13.00-16.30 น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง
โครงการสมุนไพรม	60	พุธ	08.30-16.30 น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง
ARV Clinic	60	ศุกร์	08.30-12.00 น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง
คลินิกสมรรถภาพปอด	60	ศุกร์	08.30-16.30 น.	พญ.นวลอนงค์ ลือกำลัง
คลินิกผู้สูงอายุ	16	พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	พญ.อัจฉรา จันทรานิมิต

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	ห้องตรวจเบอร์	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
ตรวจ ECHO หัวใจ	65	จันทร์-ศุกร์	08.30-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
ตรวจ EST	65	พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	นพ.ธีรภัทร ศรีตะวารณ
คลินิกตับ	49	จันทร์	13.00-16.30 น.	พญ.อัจฉรา จันทรานิมิต
				นพ.อิสริยพงศ์ โกฏิกุล
ห้องตรวจศัลยกรรม	32	จันทร์	08.30-16.30 น.	พญ.ยงค์สุดา ฉัตรศรีสุวรรณ
		อังคาร	08.30-16.30 น.	นพ.บารมี บุญเลิศ
		พุธ	08.30-16.30 น.	นพ.อุกฤษณ์ สุขเกษม
		พฤหัสบดี	08.30-16.30 น.	นพ.เปลวฟ้า วังสุริยนันท์
				นพ.วิวัฒน์ ลิ้มโกศล
ศัลยกรรมพลาสติก	33	อังคาร	13.00-16.30 น.	นพ.สมเจตน์ นาคทอง
				นพ.อานนท์ วิทยานุกุลลักษณ์
ศัลยกรรมประสาท	33	จันทร์	08.30-12.00 น.	นพ.เชมชาติ อจรัตน์กุล
คลินิกระบบทางเดินปัสสาวะ	33	อังคาร	08.30-16.30 น.	นพ.ไชยรักษ์ เดชพุทรวัณ
		พุธ	08.30-16.30 น.	นพ.ไชยรักษ์ เดชพุทรวัณ
				นพ.วิวัฒน์ รวีโยทัย
One day chemo	46	จันทร์-พฤหัสบดี	08.30-16.30 น.	นพ.วิวัฒน์ รวีโยทัย
				ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกโรคมะเร็ง	33	ศุกร์	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องสลายนิ่ว	63	จันทร์-ศุกร์	08.30-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องแผล	62	จันทร์-ศุกร์	08.30-16.30 น.	นพ.อานนท์ วิทยานุกุลลักษณ์
		เสาร์-อาทิตย์	08.30-12.00 น.	นพ.อานนท์ วิทยานุกุลลักษณ์
		วันหยุดนักขัตฤกษ์	08.30-12.00 น.	นพ.อานนท์ วิทยานุกุลลักษณ์
ห้องตรวจเด็ก	31	จันทร์	08.30-16.30 น.	พญ.กนิษฐา กลิ่นราตรี
				พญ.รสนัน สมสมัย
		อังคาร	08.30-16.30 น.	นพ.กรินทร์ ภัคดี
		พุธ	08.30-16.30 น.	พญ.ศิริธร วงศ์คำปวน
		พฤหัสบดี	08.30-16.30 น.	พญ.รุจิรัตน์ โกศลศิริธร
คลินิกเด็กสุขภาพดี	35	ศุกร์	08.30-12.00 น.	พญ.แสงรวี จูห้อง
				ตามตารางเวรแพทย์
High risk NB	31	พฤหัสบดี	13.00-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	ห้องตรวจเบอร์	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
คลินิกนรีเวช	50	จันทร์	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
		ศุกร์	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกฝากครรภ์	50	พุธ	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกหลังคลอด	50	พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
Abnormal PAP	50	พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	พญ.ชลิตา กิ่งเนตร
มะเร็งนรีเวช	50	จันทร์-ศุกร์	13.00-16.30 น.	พญ.ชลิตา กิ่งเนตร
ห้องเพื่อนใจ	50	พุธ	13.00-16.30 น.	พญ.กรกช จิระประภากร
COLPO&LEEP	51	พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	พญ.ชลิตา กิ่งเนตร
ห้องตรวจเวชศาสตร์ ครอบครัว	13	จันทร์-ศุกร์	08.30-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องตรวจกระดูก และข้อ	10	จันทร์	08.30-16.30 น.	นพ.ธีรชัย เพิ่มพานิช
			08.30-12.00 น.	นพ.ชูชาติ ขัณฑ์ยาภรณ์
		อังคาร	08.30-16.30 น.	นพ.สุรชัย จิระประภากร
			08.30-12.00 น.	นพ.ภูมิศิลป์ เก่งกาจ
		พุธ	08.30-16.30 น.	นพ.ชูชาติ ขัณฑ์ยาภรณ์
			08.30-12.00 น.	นพ.ธีรชัย เพิ่มพานิช
		พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	นพ.ธีรชัย เพิ่มพานิช
		ศุกร์	08.30-16.30 น.	นพ.ภูมิศิลป์ เก่งกาจ
			08.30-12.00 น.	นพ.สุเชษฐ์ บุญรักษา
ห้องตรวจตา	20	จันทร์	08.30-16.30 น.	พญ.จิรวรรณ รุจิเรขพงศ์ธร
		อังคาร	08.30-16.30 น.	นพ.พิชาญ เมฆรัตน์วรกุล
ห้องตรวจตา	20	พุธ	08.30-16.30 น.	นพ.พิชาญ เมฆรัตน์วรกุล
			08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
		พฤหัสบดี	08.30-16.30 น.	พญ.จิรวรรณ รุจิเรขพงศ์ธร
			08.30-12.00 น.	พญ.กฤติกา อุบโยธิน
		ศุกร์	08.30-16.30 น.	พญ.กฤติกา อุบโยธิน

◈ กิจกรรมและการให้บริการ^(ต่อ)

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	ห้องตรวจ เบอร์	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
ห้องตรวจ หู คอ จมูก	18	จันทร์	08.30-12.00 น.	นพ.วิวัฒน์ ประวัติเมือง
		อังคาร	08.30-12.00 น.	พญ.ชุติมา จันทระเปาระยะ
		พุธ	08.30-12.00 น.	พญ.ชุติมา จันทระเปาระยะ
		พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	นพ.วิวัฒน์ ประวัติเมือง
		ศุกร์	08.30-12.00 น.	พญ.ชุติมา จันทระเปาระยะ

ที่มา : งานบริการผู้ป่วยนอก

◇ กิจกรรมและการให้บริการ^(ต่อ)

งานบริการผู้ป่วยใน

ให้บริการการพยาบาลที่ได้รับไว้รักษา ในหอผู้ป่วย โดยการให้การพยาบาลครอบคลุมและต่อเนื่อง ตลอด 24 ชม. ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอันตรายและภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาคความเจ็บป่วยในระดับรุนแรงที่เสี่ยงต่อชีวิต โดยการเฝ้าระวัง วินิจฉัย และแก้ไขภาวะวิกฤต ใช้และปรับแต่งเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาและสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานของผู้เจ็บป่วย ประกอบด้วยหอผู้ป่วยต่างๆ ดังนี้

หอผู้ป่วย	สถานที่	เตียงพิเศษ	เตียงสามัญ	รวม(เตียง)
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	ตึก 40 ปี ชั้น 2	0	40	40
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย	ตึก 40 ปี ชั้น 2	0	40	40
หอผู้ป่วยสงฆ์และศัลยกรรมทางเดินระบบปัสสาวะ	อาคารพระสุเมธา ชั้น 4	2 (สงฆ์)	สงฆ์=8 Uro=15	25
หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	อาคารร่มเย็น ชั้น 2	8	35	43
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	อาคารร่มเย็น ชั้น 3	8	35	43
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย	อาคารร่มเย็น ชั้น 1	3	37	40
ห้องแยกผู้ป่วยจิตเวช	อาคารร่มเย็น ชั้น 1	0	5	5
ศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก	ตึก 50 ปี ชั้น 2	5	30	35
หอผู้ป่วย สูติ-นรีเวช	ตึก 50 ปี ชั้น 3	5	25	30
	อาคารอเนกประสงค์	12	-	12
หอผู้ป่วยเด็ก	ตึก 50 ปี ชั้น 4	5	25	30
NS	ตึก 50 ปี ชั้น 5	0	5	5
พิเศษสงฆ์ 3	อาคารพระสุเมธา ชั้น 3	12	-	12
พิเศษร่มเย็น 5	อาคารร่มเย็น ชั้น 5	12	-	12
สงฆ์ 2	อาคารพระสุเมธา ชั้น 2	0	16	16
พิเศษร่มเย็น 4	อาคารร่มเย็น ชั้น 4	12	-	12
หอผู้ป่วยจักษุ โสต คอ นาสิก	อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 3	5	20	25
รวมเตียงทั้งหมด		89	336	425

หมายเหตุ* จำนวนเตียงเปิดให้บริการจริง 425 เตียง (ตามกรอบ 411เตียง)

ไม่รวม ICU Med1/ICU Med 2/ICU Med 3/ICU surg./NICU/LR

◇ กิจกรรมและการให้บริการ^(ต่อ)

หอผู้ป่วย	สถานที่	เตียงพิเศษ	เตียงสามัญ	รวม(เตียง)
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม1 (ICU1)	ตึก 40 ปีชั้น 1		12	12
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม2 (ICU2)	อาคารพระสุเมธฯ ชั้น 1		12	12
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม3 (ICU3)	ตึก 40 ปีชั้น 2		16	16
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและอุบัติเหตุ (ICU Surg.)	ตึก 60 ปี ชั้น 3		16	16
NICU	ตึก 50 ปี ชั้น 5		6	6
PICU	ตึก 50 ปี ชั้น 5		6	6
LR**	ตึก 50 ปี ชั้น 1		4	4

หมายเหตุ** ห้องคลอด(เตียงคลอด=4 เตียง/รอกคลอด=11 เตียง)

ที่มา : สำนักงานการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล

◆ จำนวนการให้บริการที่สำคัญของโรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ 2563 - 2567

จำนวนการให้บริการที่สำคัญของโรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ 2563 - 2567

ประเภท	2563	2564	2565	2566	2567
1. จำนวนผู้ป่วยนอก (ราย)	476,299	451,848	504,353	561,555	616,665
- เฉลี่ยวันละ (ราย)	1,671	1,585	1,770	1,970	2,164
2. จำนวนผู้ป่วยในจำหน่าย (คน)	33,401	30,954	29,883	32,885	33,630
3. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (วัน)	131,973	127,736	130,954	133,641	136,981
4. จำนวนเตียงของโรงพยาบาล (เตียง)	411	411	411	411	411
5. อัตราการครองเตียง (%)	87.97	85.15	87.29	89.09	91.31
6. เฉลี่ยผู้ป่วยนอน รพ. คนละ (วัน)	3.95	4.13	4.38	4.06	4.07
7. เฉลี่ยผู้ป่วยนอน รพ. วันละ (คน)	362	350	359	366	375
8. จำนวนผู้ป่วยในตาย (คน)	990	833	1,067	897	904
- อัตราการตาย (%)	2.96	2.69	3.57	2.73	2.69
9. SUM AdjRW	50,072	49,307	52,773	57,224	56,417
10. CMI	1.4991	1.5410	1.5578	1.7329	1.6477
11. จำนวนผู้ป่วยนอก Walk In (ราย)	191,515	242,310	249,356	230,454	286,880
12. จำนวนผู้ป่วยนอกนัด (ราย)	226,313	199,542	183,459	237,693	259,733
13. จำนวนการรับผู้ป่วยส่งต่อ (ราย)	27,875	25,035	24,874	33,674	27,180
14. จำนวนการส่งผู้ป่วยรักษาต่อ(ราย)	5,606	4,598	4,652	5,238	5,671

สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ 2563 - 2567

กลุ่มงาน	2563	2564	2565	2566	2567
อายุรกรรม	110,376	115,407	127,682	123,116	134,471
ศัลยกรรม	28,279	28,659	29,276	38,260	42,006
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	28,667	26,908	30,127	36,383	39,824
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	9,156	8,657	9,569	10,784	11,492
ศัลยกรรมประสาท	1,198	1,273	1,271	1,579	1,605

◆ สถิติการให้บริการผู้ป่วย แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ 2563 – 2567

สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ 2563 – 2567

กลุ่มงาน	2563	2564	2565	2566	2567
สูติ-นรีเวชกรรม	19,161	18,177	18,757	20,111	22,179
กุมารเวชกรรม	17,016	13,248	12,073	15,850	17,434
จักษุวิทยา	26,357	22,883	23,392	29,083	27,899
โสต ศอ นาสิก	13,626	13,712	13,664	12,884	14,291
ทันตกรรม	19,678	16,041	15,798	23,693	27,468
จิตเวช	16,372	17,049	16,289	18,579	19,962
เวชกรรมฟื้นฟู	18,320	15,861	15,723	21,508	22,732
แพทย์แผนไทย	4,631	5,094	5,668	13,442	15,179
ห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	69,478	60,398	57,172	61,500	68,811

สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ 2563 – 2567

กลุ่มงาน	2563	2564	2565	2566	2567
อายุรกรรม	11,532	10,268	10,764	10,426	10,240
ศัลยกรรม	8,249	8,338	8,158	9,216	9,398
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	3,396	3,445	3,467	4,055	4,161
กุมารเวชกรรม	5,045	4,182	3,509	4,543	4,927
สูติ-นรีเวชกรรม	3,435	3,211	2,795	2,977	3,189
จักษุวิทยา	1,562	1,053	841	1,369	1,307
โสต ศอ นาสิก	291	376	273	196	265
ทันตกรรม	66	70	69	61	66
จิตเวช	8	6	3	31	70
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	8	5	4	11	7

◆ ศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยใน แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ 2567

ศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยใน แยกตามกลุ่มงานหลัก ปีงบประมาณ 2567

กลุ่มงาน	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนวันนอน	SUM AdjRW	CMI
อายุรกรรม	10,240	48,732	17,290.4268	1.6885
ศัลยกรรม	9,398	37,957	21,462.6816	2.2837
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	4,161	19,562	8,958.8143	2.1530
กุมารเวชกรรม	4,927	16,357	3,186.4225	0.6467
สูติ-นรีเวชกรรม	3,189	9,884	2,999.7759	0.9407
จักษุวิทยา	1,307	2,644	1,677.6562	1.2836
โสต ศอ นาสิก	265	939	343.1293	1.2948
ทันตกรรม	66	445	102.4843	1.5528
จิตเวช	70	423	90.6613	1.2952
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	7	38	5.4819	0.7831

จำนวนผู้ป่วย แยกตามสิทธิบัตร ปีงบประมาณ 2567

ประเภทสิทธิ	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน			
	คน	ครั้ง	ร้อยละ	คน	วัน	คน / วัน	ร้อยละ
เบิกได้	77,290	128,551	20.85	3,968	18,301	4.61	11.80
ประกันสังคม	40,290	68,072	11.04	2,401	8,541	3.56	7.14
UC อ.เมือง	161,848	249,164	40.41	10,229	39,213	3.83	30.42
UC นอกเขต	93,705	134,460	21.80	12,662	53,836	4.25	37.65
แรงงานต่างด้าว	8,499	12,128	1.97	1,128	3,905	3.46	3.35
ข้าราชการ + อื่นๆ	22,123	24,290	3.94	3,242	13,185	4.07	9.64
รวม	403,755	616,665	100	33,630	136,981	4.07	100

◆ 10 อันดับโรคผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567

10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2567

อันดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
1	I10	ESSENTIAL (PRIMARY) HYPERTENSION	35,384	5.74
2	E119	TYPE 2 DIABETES MELLITUS, WITHOUT COMPLICATIONS	15,863	2.57
3	N185	CHRONIC KIDNEY DISEASE, STAGE 5 (RENAL FAILURE,ESRD)	11,065	1.79
4	J00	ACUTE NASOPHARYNGITIS [COMMON COLD]	9,671	1.57
5	K30	FUNCTIONAL DYSPEPSIA	7,079	1.15
6	N40	HYPERPLASIA OF PROSTATE	6,456	1.05
7	M170	PRIMARY GONARTHROSIS (OSTEOARTHRITIS OF KNEE, OA KNEE), BILATERAL	6,201	1.01
8	B24	UNSPECIFIED HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS [HIV] DISEASE	5,408	0.88
9	A099	GASTROENTERITIS AND COLITIS OF UNSPECIFIED ORIGIN	3,936	0.64
10	N200	CALCULUS OF KIDNEY	3,917	0.64

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยนอก ทั้งหมด 616,665 ราย

10 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2567

อันดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
1	D569	THALASSAEMIA, UNSPECIFIED	1,081	3.21
2	J189	PNEUMONIA, UNSPECIFIED	738	2.19
3	A099	GASTROENTERITIS AND COLITIS OF UNSPECIFIED ORIGIN	688	2.05
4	I509	HEART FAILURE, UNSPECIFIED	643	1.91
5	N185	CHRONIC KIDNEY DISEASE, STAGE 5 (RENAL FAILURE,ESRD)	581	1.73
6	M171	OTHER PRIMARY GONARTHROSIS (OSTEOARTHRITIS OF KNEE, OA KNEE)	562	1.67
7	S0600	CONCUSSION : WITHOUT OPEN INTRACRANIAL WOUND	517	1.54
8	N390	URINARY TRACT INFECTION, SITE NOT SPECIFIED	477	1.42
9	S5250	FRACTURE OF THE LOWER END OF RADIUS : CLOSED	442	1.31
10	H251	SENILE NUCLEAR CATARACT	406	1.21

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยใน ทั้งหมด 33,630 ราย

◆ 10 อันดับ สถานบริการส่งต่อผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567

10 อันดับโรค ผู้ป่วยที่ รพ.ลำพูน ส่งต่อไปรับการรักษา ปีงบประมาณ 2567

อันดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
1	C73	MALIGNANT NEOPLASM OF THYROID GLAND	133	2.17
2	C531	MALINGNAT NEOPLASM OF EXOCERVIX *CACERVIX	113	1.84
3	N185	CHRONIC KIDNEY DISEASE, STAGE 5 (RENAL FAILURE,ESRD)	111	1.81
4	I214	ACUTE SUBENDOCARDIAL MYOCARDIAL INFARCTION	105	1.71
5	I10	ESSENTIAL (PRIMARY) HYPERTENSION	103	1.68
6	M329	SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, UNSPECIFIED (SLE)	90	1.47
7	C61	MALIGNANT NEOPLASM OF PROSTATE	78	1.27
8	C349	MALIGNANT NEOPLASM OF BRONCHUS OR LUNG, UNSPECIFIED	71	1.16
9	M321	SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH INVOLVEMENT OF ORGANS AND SYSTEMS (SLE)	67	1.09
10	F840	CHILDHOOD AUTISM	66	1.08

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยส่งต่อไปรับการรักษา ทั้งหมด 5,671 ราย

ที่มา : งานศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ

◆ กลุ่มงานนิติเวชและรักษาศพ

บริบท

กลุ่มงานนิติเวชและรักษาศพโรงพยาบาลลำพูน มีหน้าที่ให้บริการเกี่ยวกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตซึ่งอาจเกิดเป็นคดีความ รวมไปถึงผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล โดยแยกเป็น

1. งานนิติเวช ซึ่งประกอบด้วยหน้าที่รับผิดชอบหลักๆ 2 ส่วน คือส่วนของผู้ป่วยคดี (Clinical Forensic medicine) ส่วนของศพคดี (Forensic Scene investigation and Autopsy Examination) และงานธุรการนิติเวช ดังมีรายละเอียดดังนี้

1.1 งานบริการผู้ป่วยคดี (Clinical Forensic medicine) มีหน้าที่ให้บริการตรวจ รักษาและประเมินการบาดเจ็บเบื้องต้นและรับปรึกษา โดยแพทย์นิติเวชในเวลาราชการ ให้กับผู้ป่วยที่เข้าข่ายว่าจะถูกทำร้ายหรือได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายโดยบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางรวบรวม และประสานกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดคดีความที่นอกเหนือไปจาก กรณีถูกทำร้ายร่างกาย เช่น กรณีอุบัติเหตุต่างๆ ตรวจสอบสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์จากร่างกายผู้เสียหาย ตามคำร้องขอของพนักงานสอบสวน เป็นต้น ทั้งยังให้บริการตรวจประเมินอายุตามคำสั่งของศาลหรือคำร้องขอของหน่วยงานราชการ

1.2 งานบริการศพคดี (Forensic Scene investigation and Autopsy Examination) ให้บริการตามหน้าที่ในตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพ เพื่อบรรลุจุดประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ โดยจัดให้มี แพทย์นิติเวช แพทย์เวร และเจ้าหน้าที่ ที่สามารถออกชันสูตรแทนแพทย์เมื่อได้รับการร้องขอจากพนักงานสอบสวนให้เข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพได้ ตลอด 24 ชั่วโมง และยังให้บริการตรวจชันสูตรศพที่เสียชีวิตผิดปกติภายในโรงพยาบาลโดยวิธีการผ่าชันสูตร ตรวจสอบสารพิษ และตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในวันและเวลาราชการ รวมไปถึงการเก็บรักษาและจำหน่ายวัตถุพยานให้กับพนักงานสอบสวน

1.3 งานธุรการนิติเวช ให้บริการประสานการออกรายงานเอกสารตามกฎหมายของแพทย์และการเป็นพยานต่อศาลของบุคลากรในโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล รวบรวมสถิติและข้อมูลทั้งผู้ป่วยคดีและศพคดีของหน่วยงาน

2. งานบริการรักษาศพ ให้บริการเก็บรักษาและดูแลศพ เพื่อจำหน่ายให้กับญาติ ทั้งกรณีของศพคดีที่ผ่านการชันสูตรแล้ว และศพผู้ป่วยที่เสียชีวิตตามโรคทางธรรมชาติในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลด้านงานบริการ	ปี 2567
จำนวนผู้ป่วยคดี (โดยรวม)	565
จำนวนศพคดี (โดยรวม)	503
จำนวนการเก็บรักษาศพ (โดยรวม)	93

กลุ่มงานจักษุวิทยา
ผลการดำเนินงาน 2560- 2566

กิจกรรม	ปี 2560 (ราย)	ปี 2561 (ราย)	ปี 2562 (ราย)	ปี 2563 (ราย)	ปี 2564 (ราย)	ปี 2565 (ราย)	ปี 2566 (ราย)
1. สถิติผู้ป่วยนอก	26,749	27,558	28,919	23,882	24,809	19,932	24,152
อุบัติเหตุทางตาทุกประเภท	697	753	730	558	500	554	526
จำนวนการให้บริการวัดสายตา	25,455	26,900	28,593	21,489	16,867	17,736	20,689
จำนวนการให้บริการวัดความดันลูกตา	20,133	21,255	23,627	19,611	14,835	16,277	19,435
จำนวนการให้บริการวัดลานสายตา	942	997	1,156	1,036	802	825	739
จำนวนการให้บริการวัดหาค่าเลนส์แก้วตาเทียม	662	819	759	807	688	833	1,130
จำนวนการให้บริการขยายม่านตาตรวจพิเศษทางตา	7,921	8,329	9,590	5,614	4,495	5,192	5,593
จำนวนการให้บริการวัดแว่น	707	897	879	674	706	642	824
จำนวนการให้บริการตรวจตาบอดสี	317	94	64	56	51	37	43
จำนวนการให้บริการStereo Test	52	59	65	44	16	24	24
จำนวนการให้บริการถ่ายภาพจอประสาทตา	3,960	4,345	5,126	3,508	1,900	1,903	1,253
ล้างต่อน้ำตา	931	1,068	1,098	912	828	943	1,253
ตัดไหม	53	61	54	24	28	32	45
เชียวัดถูแปรงปลอมที่ตา	129	128	128	93	89	151	110
ผ่าตัดฝีที่เปลือกตา	70	55	57	59	86	81	72
ยิงเลเซอร์สำหรับต้อหิน	31	49	104	87	70	74	33
ยิงเลเซอร์สำหรับถุงหุ้มเลนส์	178	239	283	164	89	104	130
ยิงเลเซอร์สำหรับเบาหวานขึ้นตา	31	57	202	254	125	110	187
2. สถิติผู้ป่วยใน	1,041	1,155	1,467	1,211	987	759	1,048
3. สถิติผู้ป่วยผ่าตัด	1,150	1,396	1,667	1,645	1,302	924	1,971
ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่	980	1,197	1,268	1,160	821	845	1,235
ผ่าตัดต้อกระจก	925	1,275	1,106	859	704	672	1,192
ผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก	170	199	361	485	481	79	736
(รวมผ่าตัดทั้งยัง)							

◆ กลุ่มงานจักษุวิทยา (ต่อ)

โรคที่ตรวจพบมากที่สุด (OPD cases)

โรค	ปี 2560 (ราย)	ปี 2561 (ราย)	ปี 2562 (ราย)	ปี 2563 (ราย)	ปี 2564 (ราย)	ปี 2565 (ราย)	ปี 2566 (ราย)
โรคต้อหิน	6,110	6,624	6,959	6,413	4,719	5,626	6,096
ความผิดปกติที่เลนส์	4,359	4,309	4,696	3,934	4,033	4,908	6,142
ความผิดปกติของคลอรอยด์และเรตินา	2,413	2,468	3,367	2,881	2,617	2,494	2,806
ความผิดปกติของเยื่อบุตา	2,064	2,150	2,199	1,866	1,739	2,056	2,821
ความผิดปกติของวุ้นลูกตาและลูกตา	1,252	1,279	848	914	959	1022	1,410
ความผิดปกติของหนังตา ระบบท่อน้ำตา และเบ้าตา	1,090	1,045	1,211	1,064	1,114	1,263	1,401
ความผิดปกติของตาขาว กระจกตา ม่านตา ซีเลียรีบอดี	1,195	1,233	1,118	1,016	1,060	1,092	980
ความผิดปกติของกล้ามเนื้อตา,การใช้สายตา & ตาบอด	1,013	924	978	785	906	917	1,160
อุบัติเหตุทางตา	697	753	730	558	500	554	526

โรคที่ตรวจพบมากที่สุดของผู้ป่วยในทางตา ได้แก่

โรค	ปี2560 (ราย)	ปี2561 (ราย)	ปี2562 (ราย)	ปี2563 (ราย)	ปี2564 (ราย)	ปี2565 (ราย)	ปี2566 (ราย)
ความผิดปกติที่เลนส์	853	959	1137	949	760	453	939
อุบัติเหตุทางตา	82	81	147	93	92	53	9
โรคต้อหิน	57	42	65	67	64	25	28
ความผิดปกติของตาขาว กระจกตา ม่านตา ซีเลียรีบอดี	36	29	37	31	30	17	8
ความผิดปกติของหนังตา ระบบท่อน้ำตาและเบ้าตา	20	20	24	13	10	8	3
ความผิดปกติของวุ้นลูกตาและลูกตา	6	8	7	26	14	4	12
ความผิดปกติของเยื่อบุตา	4	3	7	8	1	0	2
ความผิดปกติของคลอรอยด์และเรตินา	2	1	1	3	3	4	13
อื่นๆ							25

กิจกรรมและโครงการ ปีงบประมาณ 2564

1. ร่วมโครงการพัฒนาผู้มีปัญหาด้านสายตาอันเนื่องมาจากเลนส์ตา ในระบบหลักสุขภาพถ้วนหน้า
2. โครงการและกิจกรรมป้องกันตาบอด
 - 2.1 ตรวจเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตอำเภอเมือง ครอบคลุมทุกสถานีนานามัยและเทศบาล
 - 2.2 ร่วมโครงการออกหน่วยเคลื่อนที่ ตรวจค้นเบาหวานขึ้นจอตาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำพูน -รพ.ทุ่งหัวช้าง
 - 2.3 ร่วมกับPCT เด็กในการจัดทำแนวทางและตรวจจอประสาทตาในเด็กคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย
 - 2.4 ตรวจตาในผู้ป่วย ธาลัสซีเมีย
 - 2.5 ร่วมกับภาควิชาจักษุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มอบแว่นตานิรภัยแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่อดวงตา
 - 2.6 ตรวจตาผู้ป่วยที่ได้รับยา Ethambutal,Choloquine
3. โครงการพัฒนาศักยภาพในการตรวจคัดกรองและแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานด้วยกล้องถ่ายภาพจอตา (Fundus camera) ในรพ.ชุมชน /รพ.สต.จังหวัดลำพูน
4. กิจกรรมอื่นๆ
 - 4.1 เป็น คณะกรรมการ Service Plan สาขาจักษุ เขตสุขภาพ ที่ 1
 - ร่วมโครงการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาศักยภาพ การคัดกรองและการดูแลรักษาผู้ป่วยตาเบื้องต้น เขตสุขภาพที่ 1
 - 4.2 เป็นวิทยากรอบรมแพทย์ฝึกหัด และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเกี่ยวกับการรักษาโรคตาและอุบัติเหตุทางตา

◆ กลุ่มงานจักษุวิทยา (ต่อ)

เครื่องชี้วัด	เป้า หมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด (ต่อ 1,000 วันนอน)	0.50%	0	0	1 ราย	1 ราย	0	0
2. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการทำผ่าตัดต้อกระจก							
2.1 Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน	85%	74.52	58.43	72.38	94.66	98.85	88.89
2.2 Non Blinding cataract ผ่าตัด ใน 90 วัน	100%	97.09	85.68	82.86	98.61	90.28	94.4
2.3 ระยะรอคอยเฉลี่ยในการผ่าตัดต้อกระจกภายใน 90 วัน					98.61	99.2	93 (2444/ 2773)
3. ระดับสายตาที่ดีขึ้นหลังผ่าตัดต้อกระจก 6 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ 6/24, ตั้งแต่ปี 63 VAตั้งแต่ 6/18	80%	89.81	90.03	90.14	69.05 %	73.15 %	72.89
4. ต้อหินคุมความดันตาได้ดี				89.58	87.33 %	87.21 %	89.13
5. อัตราการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคต้อหิน	100%	96.98	98.48	98.11	90.83	86.83	91.94
6. เด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงต่อ ROP ได้รับ การตรวจจอตาและการรักษาที่เหมาะสมทุกราย	100%	100	100	100	100	100	100
7. ร้อยละของการตรวจคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา	60%	79.67	59.53	72.93	60.12	67.39	62.61
8. Laser PRP					125	110	187
9. ROP จำนวนทั้งหมด(ราย)					59	65	75
9.1 ROP stage 3 (refer)					0	1	0
แวนเด็ก (ครุคัดกรอง ป.1=960 คน)							
9.2 เด็กที่ผิดปกติที่ได้รับการคัดกรองโดยจักษุแพทย์ (ร้อยละ)					59.21	41.33	73.68
9.3 เด็กผิดปกติทั้งหมด					76	75	57
9.4 ได้แวน (คน)					45	31	42
10. Audit chart ผู้ป่วยใน (ร้อยละ)					91.47	94.76	NA

ที่มา : กลุ่มงานจักษุวิทยา

◆ กลุ่มงานโภชนศาสตร์

ผลงานการดำเนินงานของกลุ่มงานโภชนศาสตร์ กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ

หน้าที่ การให้โภชนบำบัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วและสนับสนุนการรักษาของแพทย์

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงสามารถสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็ว
2. เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคอย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักโภชนบำบัดและตาม

แผนการรักษาของแพทย์

4. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคสามารถนำไปใช้ในการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสมกับโรคในชีวิตประจำวัน

ขอบเขต

1. ให้โภชนศึกษาผู้ป่วยนอกและญาติรวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งมานอกเวลา
2. ให้โภชนบำบัดและโภชนศึกษาผู้ป่วยในและญาติ
3. สาธิตการจัดทำอาหารสายยางแก่ญาติ
4. ประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

1. ผู้ป่วยและญาติ : ต้องการอาหารที่มีปริมาณเพียงพอและเหมาะสม มีความพึงพอใจในบริการ
2. แพทย์ : ต้องการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ บริการถูกต้อง ถูกคน ถูกโรค ตามแผนการรักษา และสามารถฟื้นฟูสภาพ ร่างกายของผู้ป่วยได้เร็ว
3. พยาบาล : ต้องการอาหารที่ถูกต้องตามใบสั่ง ส่งอาหารตามเวลา ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับ อาหารที่เหมาะสมกับโรค

ความต้องการการประสานงานที่สำคัญ

การประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

1. การลงบันทึก การย้ายตึก ย้ายเตียง ชนิดอาหารที่ขอรับ ให้ตรงกับระบบตรวจสอบยอดผู้ป่วยทางระบบ PMK ของโรงพยาบาล
2. ต้องการแพทย์ที่ปรึกษาด้านโภชนบำบัด

◇ กลุ่มงานโภชนาการ (ต่อ)

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เหมาะสมกับโรค ปลอดภัย สะอาด ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร และสามารถบำบัดโรคได้แผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยมีความรู้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้

ความท้าทาย ความเสี่ยง (จุดเน้นในการพัฒนา)

1. การจ่ายอาหารผู้ป่วย ไม่ถูกต้อง ถูกคน ถูกโรค
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเฉพาะโรค
3. การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติให้มีความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค
4. ประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยและติดตามผลในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน

ปริมาณงานและทรัพยากรที่สำคัญ (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ปัจจุบันมีผู้ปฏิบัติงานดังนี้

ข้าราชการ	2 คน
พนักงานราชการ	1 คน
พกส.	14 คน
จ้างรายวัน	3 คน

รวม 20 คน

กิจกรรม/เป้าหมาย	ปี 2567
การให้บริการที่ถูกต้องปลอดภัย	
1. ผ่านเกณฑ์ประเมิน clean food Good taste (ผ่าน 30 ข้อ)	ผ่าน 30 ข้อ
2. ผลการตรวจสอบสารพิษในผัก/ผลไม้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย (100%)	100 %
3. การเกิดระบบทางเดินอาหารอันเนื่องมาจากอาหารที่รพ.ให้บริการ (0 ครั้ง)	0 ครั้ง
4. ให้บริการที่ผิดพลาดเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องเลื่อนการรักษา (ผ่าตัด) (0 ครั้ง)	0 ครั้ง
5. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีผลต่ออาหารที่ให้บริการ (> 85%)	92 %
6. กิจกรรม 5 ส ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (> 80%)	98 %
การส่งเสริมสุขภาพ	
1. การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (100%)	100 %
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม และแนะนำสารอาหาร	700
งานธุรการ	
1. รับใบคำสั่งอาหารจากหอผู้ป่วย (ฉบับ)	365
2. ออกใบคำสั่งอาหารประจำวัน (ฉบับ)	365
3. ดำเนินการรวบรวมการส่งเอกสาร เบิกจ่าย (ฉบับ)	49
4. ออกเมนูอาหารและเสนอความต้องการใช้วัสดุ (ฉบับ)	24

กิจกรรม/เป้าหมาย	ปี 2567
5. ออกแบบและประเมินความพึงพอใจ (ครั้ง)	2
6. เบิกวัสดุทั่วไป – จ่ายวัสดุ (ครั้ง)	45
งานโภชนาการ	
1. จัดอาหารพิเศษวันละ 3 มื้อ	25,167
2. จัดอาหารผู้ป่วยสามัญวันละ 3 มื้อ	81,902
3. จัดอาหารผู้ป่วยประกันสังคมวันละ 3 มื้อ	807
4. จัดอาหารพระสงฆ์ วันละ 3 มื้อ	602
5. จัดอาหารให้แพทย์ฝึกงาน กลางวัน-เย็น	2,605
6. จัดอาหารผู้ป่วยโควิด/ดื้อยา/แยกภาชนะ	2,695
งานโภชนาบำบัด	
1. จัดอาหารธรรมดาเฉพาะโรค	8,384
2. จัดอาหารอ่อนเฉพาะโรค	2,497
จำแนกเป็น - อาหารเบาหวาน	1,493
- อาหารลดมัน	465
- อาหารลดเค็ม	3,275
- อาหารเบาหวานลดเค็ม	1,399
- อาหารลดเค็มลดโปร	1,109
- อาหารลดเค็มลดโปรงดไข่แดง นม ถั่ว	633
- อาหารเจ อิสลาม มังสวิรัติ	434
- อาหารเหลว/ น้ำใส	2,310
- อาหารสายยางทั่วไป	20,980
- อาหารสายยางเฉพาะโรค	1,243
- อาหารเพิ่มโปรตีน/เพิ่มไข	2,981
งานโภชนาการศึกษา	
1. ให้คำแนะนำปรึกษาในคลินิกพิเศษเบาหวาน	1150
2. ให้คำปรึกษาศูนย์ฝากครรภ์	700
3. งานเยี่ยมให้คำแนะนำผู้ป่วย IPD	700
4. ประเมินภาวะโภชนาการ (ใช้แบบประเมิน NAF)	500
5. ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (ใช้แบบประเมิน MNA)	500
6. แนะนำสาธิตการทำอาหารสายยาง	300
7. ให้คำแนะนำปรึกษาในคลินิกไตเทียม	350
8. ให้คำแนะนำโรงเรียนพ่อแม่	250

◆ กลุ่มงานโภชนาการ (ต่อ)

กิจกรรม/เป้าหมาย	ปี 2567
9. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย stroke	150
10. ประเมินภาวะโภชนาการคลินิกเด็กดี (โรงพยาบาลสาขาเวียงยอง)	1278
11. การผลิตสื่อการสอน (เรื่อง)	10
12. งานนิทรรศการอาหารและบรรยายพิเศษ (ครั้ง)	15
งานโครงการต่างๆ	
1. งานอาหารปลอดภัย	
ผัก / ผลไม้ตรวจไม่พบสารพิษตกค้าง (ร้อยละ)	0
ผัก / ผลไม้ตรวจพบสารพิษตกค้างแต่อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย (ร้อยละ)	0
ผัก / ผลไม้ตรวจพบสารพิษตกค้างในเกณฑ์ไม่ปลอดภัย (ร้อยละ)	0
เก็บตัวอย่างอาหารสายยางส่งเพาะเชื้อห้องปฏิบัติการ	0
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Glean Food good Test (ผ่านเกณฑ์)	ผ่าน
ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในโรงครัวมาตรฐานกรมอนามัย (ผ่านเกณฑ์)	ผ่าน
ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยกระทรวงสาธารณสุข (ผ่านเกณฑ์)	ผ่าน
การตรวจวัดระดับความเค็มในอาหารผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย	ผ่าน
2. งานพัฒนาคุณภาพอาหาร	
ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการอาหาร (ครั้ง)	2
ผลประเมินพื้นที่ 5 ส. ของกลุ่มงาน (ร้อยละ)	98 %
จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ให้เหมาะสมตามแผน (ครั้ง)	4
ประกวดราคาวัสดุอาหาร (ครั้ง)	1
พัฒนาระบบควบคุมภายในทุกหมวด (ครั้ง)	2
จัดทำตำราอาหารให้เป็นมาตรฐาน (สูตรลดโซเดียม) (ครั้ง)	4
พัฒนาการขนส่งอาหารผู้ป่วยเพื่อให้บริการได้ทันเวลา (ครั้ง)	3
จัดทำเมนูสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย	10
จัดทำผลงานวิจัยด้านอาหารร่วมกับสมาคมนักกำหนดอาหาร (เรื่อง)	4
3. งานพัฒนาบุคลากร	
โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มพูนประสิทธิภาพในการทำงาน (ครั้ง)	8
โครงการอบรมผู้สัมผัสอาหาร/สุขาภิบาลอาหาร	1

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

- พัฒนาศักยภาพงานโภชนบำบัดให้เป็นศูนย์โภชนบำบัด
- พัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการด้านสุขภาพ
- พัฒนาระบบคุณภาพบริหารจัดการเพื่อการสนับสนุนบริการ

แผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงด้วยกระบวนการเชิงรุก
- โครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการอาหาร
- โครงการพัฒนาตำรับอาหารผู้ป่วย
- จัดทำเมนูสุขภาพ
- เพิ่มความพึงใจของผู้รับบริการ
- ติดตามประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการ

ที่มา : กลุ่มงานโภชนศาสตร์

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน(Performance Indicator) PCT สูตินรีเวชกรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566	2567
1	อัตราการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์	>ร้อยละ 65	72.05	71.57	75.47	74.20	74.22	63.43
2	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รพ.ลำพูน ครั้งแรกอายุครรภ์ < 12 สัปดาห์	ราย/ร้อยละ	181/397 (45.59)	219/390 (56.15)	200/364 (54.95)	232/428 (54.21)	240/433 (55.43)	256/463 (55.29)
3	จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่ได้ติดเชื้อ HIV	ราย/ร้อยละ	4/463 (0.86)	6/460 (1.30)	4/364 (1.00)	3/428 (0.7)	4/433 (0.92)	1/463 (0.21)
4	หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ อายุ < 20 ปี	ราย/ร้อยละ	58/464 (12.50)	49/461 (10.63)	40/364 (10.99)	50/428 (11.68)	65/433 (15.01)	48/463 (10.36)
5	ผู้คลอดที่ ANC รพ.ลำพูน น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 11 กิโลกรัม	ร้อยละ 90	238/394 56.93	226/397 59.22	87/148 58.78	250/428 58.41	260/433 60.05	223/401 55.61
6	หญิงตั้งครรภ์ที่ ANC รพ.ลำพูน คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์	>95%	93.95	92.15	88.98	95.89	94.79	90.52
7	จำนวนมารดที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีคลอด	< 10%	6.05	6.28	6.17	7.74	7.21	6.18
8	จำนวนการคลอด	ครั้ง	2249	2196	1911	1627	1637	1682
	14.1 คลอดปกติ	ครั้ง	877	778	646	564	533	633
	14.2 คลอดผิดปกติ	ครั้ง	1372	1478	1254	1063	1104	1049
	-C/S	ครั้ง	1218	1276	1159	1000	1029	966
	-V/E	ครั้ง	151	139	95	61	75	82
	-F/E	ครั้ง	0	0	0	0	0	0
	-BA	ครั้ง	3	3	0	2	1	1
	BBA	ราย	4	6	8	3	3	7
	Twin	ราย	21/44	20/40	10/21	16/32	10/20	13/26
	จำนวนเด็กเกิดใหม่	คน	2263	2203	1920	1628	1638	1690

	จำนวนทารกคลอดมีชีพ	คน	2259	2194	1917	1619	1631	1687
	จำนวนทารกคลอดไร้ชีพ	คน	6	9	3	9	7	3
	จำนวนทารกตาย 0-7 วัน	คน	4	2	5	2	3	3
	จำนวนมารดาตาย	คน	1	1	0	2	0	0
	จำนวนทารกคลอดมีชีพ	คน	2258	2194	1917	1619	1631	1687
	นน.<2500 กรัม	คน	273	260	223	199	208	201
	นน. 2500 -2999 กรัม	คน	855	784	619	601	598	654
	นน. 3000-3999 กรัม	คน	1100	1110	1054	802	810	810
	นน.4000 กรัมขึ้นไป	คน	30	42	18	17	22	22
10	อัตราการเกิด Birth Asphyxia (ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ)	< 30	25.99	16.37	22.39	30.88	28.78	20.75
11	อัตราตกเลือดหลังคลอด	<ร้อยละ 3	2.09	3.46	2.40	2.64	2.99	4.16
12	อัตราการดาที่เสียชีวิต ภายใน 48 ชั่วโมง (ต่อ 100,000 การคลอด)	< 18	1	0	0	123.53	0	0
13	อัตราทารกตายปริกำเนิด (ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ)	< 9	4.86	4.99	4.16	6.05	5.51	3.55
14	อัตราผ่าตัดคลอด		53.94	58.15	60.65	61.46	62.86	57.43
15	อัตราการผ่าตัดซ้ำในการ ผ่าตัดคลอดบุตร	0	0.16	0.24	0.26	0.08	0.42	0.10
16	อัตราการRecurettageในผู้ ป่วย ภาวะหลังแท้งบุตร	0	0.83	0.73	0	0.65	0	0
17	อัตราการผ่าตัดซ้ำในการ ผ่าตัดทาง นรีเวช	0	0.58	2.21	1.07	0	0.42	0
18	อัตราการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่อย่าง เต็ม 6 เดือน	ร้อยละ 50	62.50	62.94	62.5	60.0	59.7	62.9

ที่มา : PCT สูตินรีเวชกรรม

◇ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการด้านสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างเป็นองค์รวม และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตบริการ และ ศักยภาพ

ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในระดับทุติยภูมิ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งจัดระบบการส่งต่ออย่างเหมาะสมตามระบบเครือข่ายศักยภาพ

1. ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในระดับทุติยภูมิ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งมีการส่งต่อตามระบบเครือข่าย

2. ให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาติดสารเสพติดทุกประเภท

3. ให้บริการคลินิกจิตเวชส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและเรือนจำ

4. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช

5. เปิดบริการหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 เตียง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566 โดยรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด Acute care โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล

ปริมาณงาน

สถิติการให้บริการ

ข้อมูล	หน่วยนับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
จำนวนผู้รับบริการจิตเวชผู้ใหญ่	คน/ครั้ง	3,221/ 11,964	3,618/ 11,965	3,895/ 15,608	4,270/ 16,958	4,399/ 16,761
จำนวนผู้รับบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	คน/ครั้ง	2,469/ 8,700	1,741/ 2,989	1,384/ 5,949	1,971/ 7,114	2,000/ 8,302
จำนวนผู้รับบริการคลินิกพัฒนาการเด็ก	คน/ครั้ง	180/ 428	185/ 453	264/ 497	361/ 1,016	440/ 1,248
จำนวนผู้รับบริการคลินิกMP (บำบัดยาบ้า)	คน	631	770	319	522	304
จำนวนผู้รับทดสอบทางจิตวิทยา/IQ	คน	594	487	354	582	481
จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า	คน	1,302	1,791	1,826	2,015	1,920
จำนวนผู้ป่วยติดสุรา	คน	1,074	562	466	452	388
จำนวนผู้ป่วยจิตเภท	คน	494	585	594	612	611

ข้อมูล	หน่วยนับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
จำนวนผู้ป่วยโรคติดกั้วล	คน	441	637	765	935	1,022
จำนวนผู้ป่วยยาบ้า	คน	91	100	120	119	139
จำนวนผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม	คน	218	311	342	384	416
จำนวนผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียน	คน	984	483	384	764	672
จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้น	คน	842	610	454	815	988
จำนวนผู้ป่วยเรียนรู้ช้า	คน	306	115	64	297	551
จำนวนผู้ป่วยบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา	คน	186	166	122	190	197
จำนวนผู้ป่วยออทิสติก	คน	63	70	105	199	224
จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า อายุ 0 - 18 ปี	คน	139	130	182	236	239
OSCC	คน	22	14	20	16	22
จำนวนผู้ป่วยหออผู้ป่วยจิตเวช	คน	*	*	*	30	82

การให้คำปรึกษา / รับ Consult จากต่างแผนก และจากหน่วยงานอื่นๆ

ข้อมูล	หน่วยนับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ภายในรพ.						
1. จำนวนผู้ป่วย	คน	307	304	270	266	345
ภายนอก รพ.						
1. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่รพช.	/เดือน	*	*	*	*	72
2. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	/เดือน	*	*	*	*	32
3. จำนวนผู้ป่วยรพ.สต. / เรือนจำ						
4. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอื่นๆ (จากต่างหน่วยงาน เช่น สถานพินิจ บ้านพักเด็ก ฯลฯ)	คน/ครั้ง	861/2,350	832/2,907	796/3,585	780/3,328	787/2,777
	คน	25	28	32	41	44

การออกจิตเวชสัญจร

ข้อมูล	หน่วยนับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่	คน/ครั้ง	*	*	*	473	505
2. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	คน/ครั้ง	*/3	*/3	*/3	*/3	170/3

◆ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (ต่อ)

การ Refer ผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูล	หน่วยนับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่	คน/ครั้ง	46/57	50/63	49/70	79/126	88/143
2. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	คน/ครั้ง	43/47	33/46	40/69	38/65	32/45

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ข้อมูล	หน่วยนับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรในเขตอำเภอเมือง	10.63	17.84	10.88	14.22	10.16
2. การฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง	0	0	0	0	1
3. ความสำเร็จการบำบัดยาบ้า Retention Rate (อัตราคงอยู่ในการ บำบัดรักษา) Early Remission Rate (อัตราการหยุดเสพ)	75 79.17	85.19 100	53.56 85.42	82.21 92.57	อยู่ระหว่าง ประเมิน
4. ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีอาการดีขึ้น ภายใน 3 เดือน หลังเข้าสู่กระบวนการ รักษา	*	*	*	*	ร้อยละ 60

ที่มา : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

◇ กลุ่มงานทันตกรรม

1. บริบท (Context)

- ก. **หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)** : กลุ่มงานทันตกรรมมีหน้าที่ให้การรักษาทางทันตกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และพึงพอใจ
- ข. **ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service)** : ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ทางทันตกรรมทั่วไปและเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประชาชนในชุมชนเขตความรับผิดชอบ รวมถึงรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน โดยมีหน่วยบริการสองแห่ง คือ คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลลำพูน และคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง
- ค. **ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ**

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย	ได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
เครือข่าย รพ.สต.	สนับสนุนและให้คำปรึกษาการดำเนินงานทันตกรรมในรพ.สต.
รพช.ใน จ.ลำพูน	ผู้ป่วยที่ส่งมาปรึกษาทางทันตกรรมได้รับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคในช่องปากตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ข้อมูลอัตรากำลังทันตบุคลากร มีจำนวนทั้งหมด 40 คน ดังนี้

1. ทันตแพทย์	17
2. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)	1
3. ผู้ช่วยทันตแพทย์	11
4. ช่างทันตกรรม	1
5. พนักงานช่วยเหลือคนไข้	7
6. ผู้ช่วยพยาบาล	2
7. เจ้าพนักงานธุรการ	1

◇ กลุ่มงานทันตกรรม (ต่อ)

ทันตแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขา

1. สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	1
2. สาขาทันตกรรมเด็ก	3
3. สาขาทันตกรรมจัดฟัน	1
4. สาขาทันตกรรมประดิษฐ์	1
5. สาขาเอนโดดอนต์	1
6. สาขาทันตกรรมปริทันต์	1
7. สาขาทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง (วุฒิบัตร Super GP)	1
8. สาขาทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง (ประกาศนียบัตร Super GP)	1

3. จำนวนยูนิตทันตกรรม มีจำนวนทั้งหมด 9 ยูนิต ดังนี้

1. ห้องตรวจ	1	ยูนิต
2. งานส่งเสริม	1	ยูนิต
3. งานรักษาทั่วไป และเฉพาะทาง	6	ยูนิต
4. รพ.ลำพูน สาขาเวียงยอง	1	ยูนิต

ผลการดำเนินงานการให้บริการทันตกรรม

การให้บริการทันตกรรมในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนผู้ที่มารับบริการทั้งหมด 12,870 คน 22,630 ราย 58,252 งาน จากวันทำการ 240 วัน เฉลี่ยมีผู้รับบริการทั้งหมด 95 รายต่อวัน จำแนกตามประเภทผลงานการให้บริการ ดังนี้

ประเภทผลงานการให้บริการ	คน	ราย	งาน
1. การให้บริการผู้ป่วยทันตกรรมทั้งหมด	12,870	22,630	58,252
2. การให้บริการผู้ป่วยใน	53	53	
3. การส่งต่อผู้ป่วยไปศูนย์บริการที่สูงกว่า (Refer Out)	35	60	
4. การรับผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น (Refer In)	237	262	

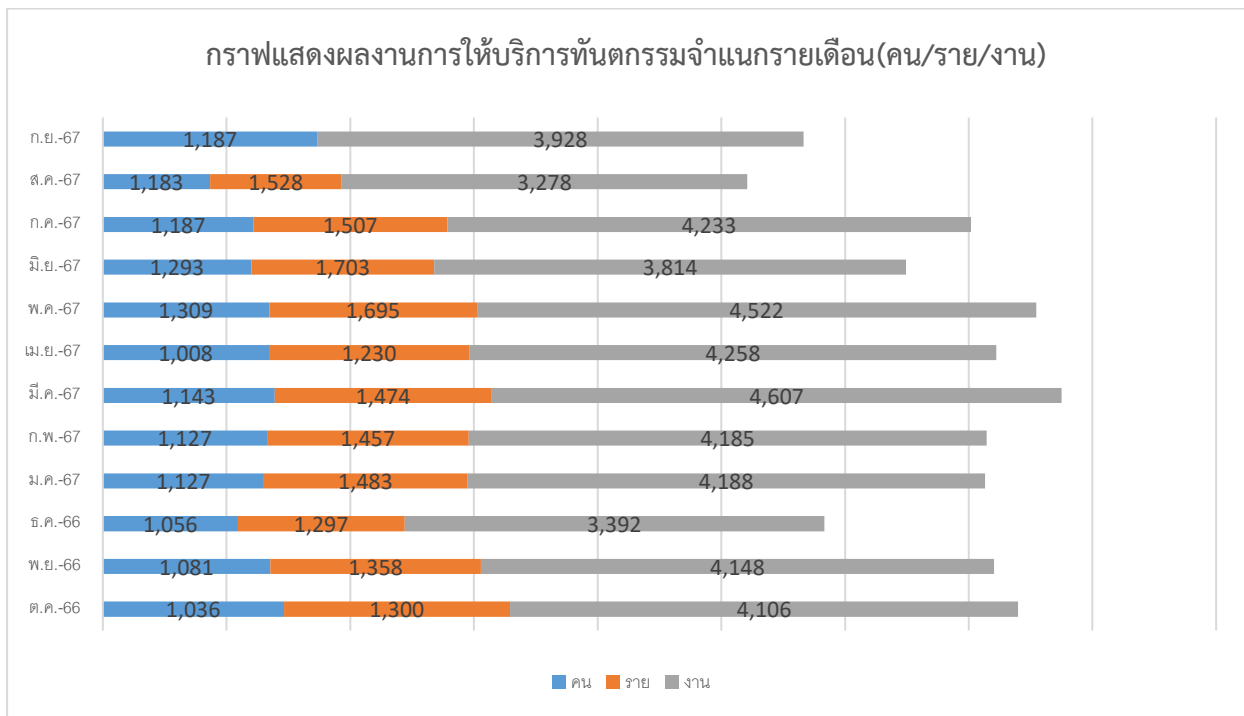
หมายเหตุ :

คน คือ จำนวนประชาชนทั้งหมดทุกกลุ่มอายุที่ได้รับการทันตกรรม นับจาก HN (คนใหม่ที่มาใช้บริการในปีนั้น)

ราย คือ จำนวนครั้งที่ประชาชนทั้งหมดทุกกลุ่มอายุได้รับการทันตกรรมทุกครั้งรวมกันทั้งปี

งาน คือ ชนิดของการบริการทันตกรรมที่ประชาชนทั้งหมดทุกกลุ่มอายุได้รับการทันตกรรมนับรวมทุกชนิดของการบริการทันตกรรม

◆ กลุ่มงานทันตกรรม (ต่อ)



ผลการดำเนินงานการส่งต่อและรับผู้ป่วยทางทันตกรรม

1. การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรม (Refer Out)

การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมปีงบประมาณ 2567 จำนวนทั้งหมด 35 คน 60 ราย จำแนกตามกลุ่มโรคและสาเหตุการส่งต่อ ดังนี้

กลุ่มโรค	ราย
1) C03 - C09 MALIGNANT NEOPLASM OF LIP/ TONGUE/GUM/PALATE	11
2) L43 LICHEN PLANUS	6
3) K04 PULPITIS/PERIAPICAL ABSCESS WITH SINUS/REDICULAR CYST	6
4) K01 EMBEDDED AND IMPACTED TEETH	4
5) L93 LUPUS ERYTHEMATOSUS	4
6) K09 DEVELOPMENTAL ODONTOGENIC CYSTS	4
7) อื่นๆ	25
สาเหตุการส่งต่อ	ราย
1) เพื่อไปตามนัดที่ FOLLOW UP	35
2) เกินศักยภาพด้านเครื่องมือ	11
3) เกินศักยภาพด้านการแพทย์เฉพาะทาง	9
4) อื่นๆ	5

◇ กลุ่มงานทันตกรรม (ต่อ)

2. การรับผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น (Refer In)

การรับผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น ปีงบประมาณ 2567 จำนวนทั้งหมด 237 คน 262 ราย จำแนกตามสถานบริการ และกลุ่มโรค 10 อันดับแรก ดังนี้

1) จำแนกตามสถานบริการ

ลำดับ	สถานบริการ	คน	ราย
1)	รพช.แม่ทา	101	108
2)	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน	61	70
3)	รพช.บ้านโฮ้ง	19	20
4)	รพช.ศิริเวช	15	21
5)	รพช.ลี่	14	14
6)	รพช.ป่าซาง	13	13
7)	รพช.ทุ่งหัวช้าง	7	7
8)	รพช.บ้านธิ	3	5
9)	รพ.เวียงหนองล่อง	3	3
10)	รพ.แม่ฮอน	1	1

2) จำแนกตามกลุ่มโรค

ลำดับ	กลุ่มโรค	คน	ราย
1)	K04 : DISEASES OF PULP AND PERIAPICAL TISSUES	71	73
2)	Z012 : DENTAL EXAMINATION	31	31
3)	K01 : EMBEDDED AND IMPACTED TEETH	25	25
4)	K08 : LOSS OF TEETH DUE TO ACCIDENT, EXTRACTION OR LOCAL PERIODONTAL DISEASES	25	25
5)	K05 : GINGIVITIS AND PERIODONTITIS DISEASES	20	20
6)	K02 : DENTAL CARIES	19	20
7)	S02 : FRACTURE OF TOOTH AND MAXILLARY AND MANDIBLE AND ORBITAL FLOOR	16	16
8)	K122 : CELLULITIS AND ABSCESS OF MOUTH	9	9
9)	K07 : DENTOFACIAL ANOMALIES	7	7
10)	อื่นๆ	35	37

◆ กลุ่มงานทันตกรรม (ต่อ)

ตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดการตรวจราชการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
ตัวชี้วัดการตรวจราชการ		
1) ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ		
- ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	75	70.04
- จำนวนผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียม (ราย)	82	102
- จำนวนผู้ที่ได้รับการใส่รากฟันเทียม (ราย)	15	2
2) ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ		
- ร้อยละของผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก	40	41.35
ตัวชี้วัดคณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
1) ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ รายกลุ่มวัย		
- อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน	30	8.33
- อัตราเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	50	37.47
- อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control	50	49.27
- อัตราเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	50	44.42
- อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	30	1.10
- อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	74	47.38
- อัตราเด็ก 6 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้	55	5.20
- อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	25	5.65
- อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	40	9.96
2) ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	40	8.91
3) ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 อัตรา (ร้อยละ) จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	10	5.70

ตัวชี้วัดตามโครงการเฉลิมพระเกียรติ

โครงการ	เป้าหมาย	ผลงาน
1) ราชทัณฑ์ปันสุข		
- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	60	45.66
- ได้รับการบริการทันตกรรม	30	20.92
2) รากฟันเทียม	15	2

ที่มา : กลุ่มงานทันตกรรม

◆ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

วิสัยทัศน์หน่วยงาน (Vision)

เป็นห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่มีคุณภาพ บริการประทับใจ ปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

พันธกิจหน่วยงาน (Mission)

ให้บริการตรวจทางรังสีวิทยาส่งมอบภาพถ่ายรังสีที่มีคุณภาพ และข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด

ขอบเขตการให้บริการ

ในเวลาราชการ

1. ถ่ายภาพรังสีทั่วไป (General Radiography)
2. ถ่ายภาพรังสีฟัน (Orthopantomography)
3. ส่องตรวจพิเศษ (Fluoroscopy)
4. ถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่ (Mobile Radiography)
5. ถ่ายภาพด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่
6. ตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound)
7. ตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โทโมกราฟฟี (CT)
8. ถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography)
9. แปลผลภาพรังสีและตรวจพิเศษ

นอกเวลาราชการ

1. ถ่ายภาพรังสีทั่วไป (General Radiography)
2. ถ่ายภาพรังสีเคลื่อนที่ (Mobile Radiography)
3. ตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasonography) (กรณี Consultฉุกเฉิน)
4. ตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โทโมกราฟฟี (CT)
5. แปลผลภาพถ่ายรังสี (กรณี Consult ฉุกเฉิน)

การส่งตรวจภายนอกโรงพยาบาล

- 1 การตรวจ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
- 2 การตรวจวัดมวลกระดูก (Bone mineral density BMD)

อัตรากำลัง

1. ส่วนราชการ

ตำแหน่ง	ปี 2567
1. รังสีแพทย์	5
2. นักรังสีการแพทย์	6
3. จพ.รังสีการแพทย์	4
4. พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค	8
รวม	23

หมายเหตุ*

ลำดับที่ 3 จพ.รังสีการแพทย์

- ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานรังสีวิทยา 3 คน
- ปฏิบัติงานที่รพ.สาขาเวียงยอง 1 คน

2. จ้างเจ้าหน้าที่ภายนอก

ตำแหน่ง	จำนวน(คน)
1 นักรังสีเทคนิค	5

เครื่องมือ

ลำดับ	ประเภทเครื่อง	จำนวนเครื่อง
1	เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Computed Tomography	2
2	Digital Fluoroscopy	1
3	เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Potable)	6
4	เครื่องเอกซเรย์ฟัน (Panoramic Dental Radiography)	1
5	เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป	4
6	Digital mammogram	1
7	เครื่องอัลตราซาวด์	2
8	รถเอกซเรย์เคลื่อนที่	1

การตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสีโดยหน่วยงานภายนอก(องค์กร วันที่ตรวจ ผล)

- ได้รับอนุญาตให้มีการผลิตและใช้รังสีเอกซเรย์จากเครื่องกำเนิดรังสี โดยสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2560 ถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2565

- มีการสอบเทียบเครื่องมือทางรังสี ตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสี โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 18 เครื่อง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด

ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ

- ตรวจเช็คเบื้องต้นประจำวันก่อนใช้งาน โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
- บำรุงรักษาตามรอบเชิงป้องกัน (PM) โดยช่างของโรงพยาบาลและภายนอก
- สอบเทียบมาตรฐานความแม่นยำ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำปี
- อุปกรณ์สำหรับป้องกันอันตรายจากรังสี(เสื้อตะกั่ว) ได้รับการตรวจเช็ค บำรุงรักษา โดยเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ ๖ เดือนต่อครั้ง หากมีส่วนชำรุดก็จะทำการซ่อมแซม

สถิติผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ประเภทการบริการ	หน่วยนับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1	ถ่ายภาพรังสีทั่วไป -ตึก100ปี ในเวลา -ตึก100ปี นอกเวลา -ตึก60ปี ห้อง 1 -ตึก60ปี ห้อง 2 -covid -สาขาเวียงยอง รวมทั้งหมด	ภาพ	- - - - - -	- - - - - -	- - - - - -	40620 40549 20425 5685 392 3252	42909 42404 24131 6236 224 4230
			85053	108867	109040	110923	120134
2	เอกซเรย์ฟัน	ภาพ	938	849	1178	1778	1711
3	เอกซเรย์เคลื่อนที่ -ในเวลา -นอกเวลา รวมทั้งหมด	ภาพ	- - -	- - -	- - -	4698 3672 8370	4635 3965 8600
4	รถเอกซเรย์เคลื่อนที่	ภาพ	-	-	-	7497	11424
5	ตรวจพิเศษ	case	382	157	59	187	146
6	Ultrasound	part	4484	3964	4435	5892	6242
7	CT -CT ตึก 60 ปี -CT ตึก 100 ปี รวมทั้งหมด	part	- - 5758	- - 7102	- - 8146	4323 4928 9251	4880 5176 10056
8	Mammogram	case	883	919	1010	1181	1431

◆ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
1	ร้อยละความถูกต้องของการวินิจฉัยภาพทางรังสี	>80	88.35	86.75	87.5	89.5	87.5
2	ร้อยละการออกผลอ่าน CT brain ในผู้ป่วย Stroke fast track ภายในเวลา 20 นาที	≥80	77.3	N/A	80.26	88.26	95.9
3	ระยะเวลารอคอยฟิล์ม OPD ไม่อ่านผล (นาที)	≤ 16	13.40	14.04	11.94	7.44	9.16
4	ร้อยละของการถ่ายภาพซ้ำ(PACS)	≤ 4	2.30	2.14	4.13	3.03	3.28
5	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	≥ 85	84.89	-	83.23	82.55	86.43
6	ร้อยละผลการประเมินมาตรฐาน 5 ส.	≥ 75	88.73	85.27	74	79	76
7	ร้อยละของเครื่องเอกซเรย์ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ	100	100	23.52	70.58	5.58	100

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง		ผลงานดำเนินงาน				
			2563	2564	2565	2566	2567
1	คนไข้แพ้สารทึบรังสีจากการตรวจ IVP + CT	เล็กน้อย	4	5	11	19	9
		ปานกลาง	0	1	2	2	1
		รุนแรง	0	0	0	1	0
2	คนไข้ Arrest เมื่อเข้ารับบริการที่แผนกเอกซเรย์		3	2	0	1	1
3	จำนวนครั้งของการถ่ายภาพรังสี ผิดคน/ผิดตำแหน่ง		5	4	2	5	3
4	ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นระหว่างการเคลื่อนย้าย		0	0	0	0	1
5	ภาพถ่ายรังสีหรือผลการตรวจถูกเผยแพร่ไปยังบุคคลหรือหน่วยงานอื่นโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม		0	0	0	0	0
6	ระบบ PACS ไม่สามารถใช้งานได้ทั้ง โรงพยาบาล (มากกว่า 30 นาที)		2	1	1	0	2
7	คนไข้แพ้สารทึบรังสีซ้ำ		0	1	1	0	0

◆ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่

รายงานผลการได้รับปริมาณรังสี (ไมโครซีเวิร์ต μSv) ปี 2567

Hp (10) ปริมาณรังสีทั่วลำตัว ไม่เกิน 4,000 μSv /เดือน หรือ 20,000 μSv /ปี

(โดยเฉลี่ยช่วง 5 ปี ติดต่อกันต้องไม่เกิน 50,000 μSv)

Hp (0.07) ปริมาณรังสีผิวหนัง มือ เท้า ไม่เกิน 40,000 μSv /เดือน หรือ 50,000 μSv /ปี

Hp (3) ปริมาณรังสีที่เลนส์ของดวงตา ไม่เกิน 4,000 μSv /เดือน หรือ 20,000 μSv /ปี

(โดยเฉลี่ยช่วง 5 ปี ติดต่อกันต้องไม่เกิน 50,000 μSv)

ชื่อ - สกุล	Hp (10)		Hp (0.07)		Hp (3)	
	ค่าสูงสุด	ค่าสะสม ต่อปี	ค่าสูงสุด	ค่าสะสม ต่อปี	ค่าสูงสุด	ค่าสะสม ต่อปี
1. พญ.กรวรรณ หาญประกอบสุข	37	324	40	333	37	324
2. พญ.ฐิติกา วโรภาส	27	276	27	276	27	276
3. พญ.ชุติมา ขจรมาศ	37	375	33	354	37	375
4. พ.วุฒิไกร ปันนวล	35	312	35	303	35	312
5. พ.อ.จิน มณีกาญจน์	32	302	32	310	32	302
6. นางเนตรนภา เทพประสงค์	43	342	43	342	43	342
7. นายอนุรักษ์ อินแสง	60	542	60	542	60	542
8. น.ส.นารีนุช สกุลกลาง	66	611	66	602	66	611
9. นายจักรพงษ์ จักมา	79	780	76	753	79	780
10. นายอนุชา โพธิพันธ์	65	591	65	585	65	591
11. นายธีระวัฒน์ เชื้อยัง	56	612	53	573	56	612
12. นางปราณี มณีเลิศ	33	375	33	345	33	375
13. นางนุชนภา จอมขันเงิน	40	393	40	393	40	393
14. นางกาญจนา มีชาญ	37	423	36	393	37	423
15. นายณัฐพงษ์ วรชีนา	226	2072	235	2173	226	2072
16. น.ส.กรรณิการ์ หาญขำ	30	282	30	282	30	282
17. นายสากล สิงห์โตะนะ	42	465	42	444	42	465
18. นายจิรัชยา ตันเจริญปวินท์	73	444	70	435	73	444
19. น.ส.กัญญารัตน์ มะโนชัย	52	456	52	447	52	456

◆ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

รายงานผลการได้รับปริมาณรังสีสะสม รวม 5 ปี (ไมโครซีเวิร์ต μSv)

Hp (10) รับปริมาณรังสีไม่เกิน 20000 ไมโครซีเวิร์ตโดยเฉลี่ยในช่วงห้าปีติดต่อกัน ทั้งนี้ ในแต่ละปีจะรับรังสีได้ไม่เกิน 50000 ไมโครซีเวิร์ตต่อปี

Hp (0.07) รับรังสีไม่เกิน 500000 ไมโครซีเวิร์ตต่อปี

Hp (3) รับปริมาณรังสีไม่เกิน 20000 ไมโครซีเวิร์ตโดยเฉลี่ยในช่วงห้าปีติดต่อกัน ทั้งนี้ ในแต่ละปีจะรับรังสีได้ไม่เกิน 50000 ไมโครซีเวิร์ตต่อปี

ชื่อ - สกุล	ปริมาณรังสีสะสม 5 ปี (2563-2567)		
	Hp (10)	Hp (0.07)	Hp (3)
1. พญ.กรวรรณ หาญประกอบสุข	1148	1157	1148
2. พญ.ฐิติกา วโรภาส	867	969	867
3. พญ.ชุติมา ขจรมาศ	1045	994	1045
4. พ.วุฒิไกร ปันนวล	312	303	312
5. พ.อ.จิน มณีกาญจน์	302	310	302
6. นางเนตรนภา เทพประสงค์	1524	1536	1524
7. นายอนุรักษ์ อินแสง	2904	2732	2904
8. น.ส.นารีนุช สกุลกลาง	2512	2335	2512
9. นายจักรพงษ์ จักมา	2061	2034	2061
10. นายอนุชา โพธิพันธ์	1249	1246	1249
11. นายธีระวัฒน์ เชื้อยัง	1886	1838	1886
12. นางปราณี มณีเลิศ	1685	1634	1685
13. นางนุชนภา จอมขันเงิน	537	537	537
14. นางกาญจนา มีชาญ	1245	1008	1245
15. นายณัฐพงษ์ วรชีนา	3629	3607	3629
16. น.ส.กรรณิการ์ หาญกว้าง	1077	963	1077
17. นายสากล สิงห์ไธวะนา	2608	2401	2608
18. นายจิรัชยา ตันเจริญปวินท์	1721	1732	1721
19. น.ส.กัญญารัตน์ มะโนชัย	585	564	585

มีการประเมินปริมาณรังสีที่ได้รับ จากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทุก ๆ 3 เดือน พบว่าการได้รับปริมาณรังสีสะสมของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านรังสีทุกคน โดยใช้แผ่นวัดรังสีประจำตัวบุคคล (OSL) มีค่าปริมาณรังสีสะสมที่ได้รับอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยทุกคน

◆ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

การดำเนินงานด้านคุณภาพ

1. 10 กรกฎาคม 2562 กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายและการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนเอกซเรย์ โดยแยกเป็นผู้ป่วยรณอนและผู้ป่วยรณนั่ง

ผลลัพธ์

- หลังจากได้กำหนดแนวทางปฏิบัติยังไม่พบอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย/เตรียมตัวก่อนเอกซเรย์

2. 19 สิงหาคม 2562 หลังจากผู้ป่วยแพ้สารทึบรังสีซ้ำ จึงได้ปรับปรุงแบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มรายละเอียดมากขึ้น และตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยจากระบบ PMK หรือใบนำทาง

ผลลัพธ์

- ยังไม่พบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ จากการฉีดสารทึบรังสี

3. 18 ตุลาคม 2562 มีการตกลงแนวทางการส่งตรวจพิเศษทางรังสี เป็นรายโรค/ภาวะความผิดปกติร่วมกันระหว่างแพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะและรังสีแพทย์ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน

ผลลัพธ์

- มีข้อบ่งชี้การส่งตรวจที่ชัดเจน ลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน
- ลดค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจที่ไม่จำเป็น

4. ในเดือนมกราคม 2563 ได้เปิดให้บริการเอกซเรย์ทั่วไปเพิ่มอีก 1 ห้อง และ CT 16 slices อีก 1 ห้อง ที่อาคาร 100 ปี ชั้น 1

ผลลัพธ์

- ลดปัญหาความล่าช้าในการตรวจ
- ลดความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในระยะทางค่อนข้างไกล

5. เมษายน 2563 หาข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (อายุรแพทย์, ศัลยแพทย์, กุมารแพทย์, แผนกเอกซเรย์) จึงทำข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ CXR Portable ทั้งแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน และจัดทำแบบฟอร์มใบขอส่งตรวจใหม่แบบ Check list

ผลลัพธ์

- มีข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- สะดวกในการระบุข้อบ่งชี้ เนื่องจากเป็นระบบ Check list ข้อมูลครบถ้วนไม่คลาดเคลื่อน
- ลดการส่ง CXR Portable แบบฉุกเฉินที่ไม่ด่วนลง
- ลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ลง

◆ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

6. เดือนพฤศจิกายน 2563 มีการทบทวนเรื่องความปลอดภัยในการฉีดสารทึบรังสี โดยครอบคลุมถึงคนไข้ ตั้งครรภ์ปรับปรุงใบเซ็นยินยอม เพิ่มการตรวจวัดสัญญาณชีพ (Vital sign) ก่อนและหลังฉีดสารทึบรังสี ทบทวนระบบขอความช่วยเหลือกรณีต้องทำ CPR และ scan เอกสารเข้าในระบบ PACS

7. เมษายน 2564 ปรับปรุงห้องเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลสาขาเวียงยองเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยโควิด และสร้างนวัตกรรมห้องเอกซเรย์สำหรับผู้ป่วย ARI โดยเน้นที่ความปลอดภัยในการเอกซเรย์และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

8. เดือนพฤศจิกายน 2564 มีการทบทวนร่วมกันระหว่างกลุ่มงานรังสีวิทยาและทีมอุบัติเหตุฉุกเฉิน เรื่องการเอกซเรย์ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉินได้ เช่น ผู้ป่วย trauma ทางกลุ่มงาน รังสีวิทยา จะให้บริการเอกซเรย์เคลื่อนที่ในห้องฉุกเฉิน โดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกมา และได้กำหนดข้อบ่งชี้ในการส่งเอกซเรย์เคลื่อนที่ชัดเจน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ผลลัพธ์

- ผู้ป่วยได้รับการเอกซเรย์ที่เร็วขึ้นและมีความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายลดลง

9. เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติ CPR ครบ 100 % และได้ประสานงานกับกลุ่มงาน รังสีวิทยาโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูนทั้งหมด ให้เข้าร่วมในการฝึกอบรมครั้งนี้ด้วย

10. เดือนพฤศจิกายน 2565 บริการตรวจสุขภาพภายนอกโรงพยาบาล ด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่

- เอกซเรย์ปอด Screening TB ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำพูนจำนวน 8000 คน
- เอกซเรย์ปอด Screening TB และตรวจสุขภาพประจำปีในเรือนจำจังหวัดลำพูน
- ตรวจสุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการต่างๆ จำนวน 122 แห่ง จำนวน 5800 คน

ร่วมกับทีมตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลลำพูน

11. กุมภาพันธ์ 2565 รวบรวมข้อมูลภาพ เพื่อส่งเข้าระบบ AI for chest film และนำข้อมูลจาก AI มาวิเคราะห์แยกกลุ่มโรค เดือนสิงหาคม 2566 จนถึงปัจจุบัน ได้เปลี่ยนมาใช้โปรแกรม SIRIRAJ AI

12. กุมภาพันธ์ 2566 เพิ่มบริการตรวจสุขภาพทั่วไปที่โรงพยาบาลสาขาเวียงยอง ร่วมกับทีมเวชกรรม สังคม

13. มิถุนายน 2566 ผ่านการประเมิน Internal Audit

14. กรกฎาคม 2566 เพิ่มบริการตรวจ CTA coronary artery, calcium score

15. กันยายน 2566 ทรัพยากรผู้ป่วยสูญหาย กลุ่มงานรังสีวิทยาได้ทบทวน เรื่อง ทรัพยากรของผู้ป่วย สูญหาย ระหว่างเข้ามารับบริการ เนื่องจากขณะทำการตรวจบางรายการ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า เพื่อทำการตรวจเอกซเรย์ และวางสิ่งของทิ้งไว้ หรือจำไม่ได้ว่าวางสิ่งของไว้ตรงจุดไหน

ดังนั้นกลุ่มงานรังสีวิทยา จึงได้จัดทำจุดสำหรับวางทรัพยากรของผู้ป่วยไว้ภายในห้องตรวจในจุดที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นทรัพยากรตนเอง และจัดทำป้ายเตือนให้ตรวจสอบทรัพยากรของตนเองก่อนออกจากห้องตรวจทุกครั้ง

◆ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

ผลลัพธ์

- ไม่มีเรื่องร้องเรียนเรื่องทรัพย์สินสูญหายจากผู้ป่วย
- ทรัพย์สินของผู้ป่วยไม่สูญหาย และไม่มีทรัพย์สินของผู้ป่วยตกค้างภายในห้องตรวจ

16. ธันวาคม 2566 การส่งแผ่นวัดรังสีประจำตัวบุคคล (OSL) ไปสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อประเมินปริมาณรังสีที่ได้รับ ตามรอบการส่งทุกๆ 3 เดือน เกิดความล่าช้า เนื่องจาก มีเจ้าหน้าที่ ไม่ได้นำส่งแผ่นวัดรังสีประจำตัวบุคคล (OSL) ตรงตามเวลา

จึงได้มีการจัดทำแบบฟอร์มเพื่อตรวจเช็คจำนวนก่อนการรับ-การส่งคืน และจัดทำกล่องใส่ แผ่นวัดรังสี ประจำตัวบุคคล (OSL) เพื่อให้เจ้าหน้าที่หยิบใช้เพื่อปฏิบัติงานประจำวัน และนำมาวางไว้ในกล่องหลังปฏิบัติงาน ป้องกัน การสูญหาย และการวางแผ่นวัดรังสีประจำตัวบุคคล (OSL) ที่ไว้ในห้องเอกซเรย์

ผลลัพธ์

การส่งแผ่นวัดรังสีประจำตัวบุคคล (OSL) ไปสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อประเมินปริมาณรังสีที่ได้รับตรงเวลาและครบถ้วน

17. ตุลาคม 2567 ปรับปรุงเคาน์เตอร์ลงทะเบียนเอกซเรย์ เพิ่มความสวยงามน่ามอง แบ่งเป็นสัดส่วน และเห็นได้ชัดเจนขึ้น

18. พฤศจิกายน 2567 ติดตั้งห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสาขาเวียงยอง เพื่อเพิ่มความมิดชิดและเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการถ่ายภาพรังสี

19. พฤศจิกายน 2567 เพิ่มกล่องจัดเก็บแผ่นวัดรังสีประจำบุคคล (OSL) โดยระบุชื่อบุคคลและทำป้ายชื่อติด เพื่อความสะดวก ปลอดภัย หยิบใช้ได้ทั้งก่อนและหลังปฏิบัติงาน

โอกาสในการพัฒนา

1. อบรมการดูแลระบบ PACS
2. วางแผนโครงการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพและนิเทศติดตามคุณภาพงานรังสีวิทยาในจังหวัดลำพูน
3. พัฒนาคุณภาพงานรังสีตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2565) เพื่อให้ผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย(External Audit)
4. เพิ่มบริการตรวจ ERCP ด้วยเครื่องเอกซเรย์ Fluoroscopy ร่วมกับกลุ่มงานอายุรกรรม
5. เพิ่มบริการตรวจเอกซเรย์ทั่วไปที่โรงพยาบาลสาขาเวียงยอง ตาม Service plan ของ PCT ต่าง ๆ ที่กำลังจะเปิดให้บริการ

ที่มา : กลุ่มงานรังสีวิทยา

สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2567
บริบท

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการด้านการเจาะเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การให้บริการทางด้านงานธนาคารเลือด และงานรับบริจาคโลหิต เพื่อสนับสนุนการตรวจติดตามการดำเนินของโรคและการวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยความถูกต้องแม่นยำ รวดเร็ว และปลอดภัย โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ และมาตรฐาน ISO 15189: 2022 และ ISO 15190:2020 เพื่อให้การบริการมีความถูกต้อง รวดเร็ว ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ และรวมไปถึงการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการระหว่างเครือข่ายห้องปฏิบัติการ สหวิชาชีพ และหน่วยงานภายใต้เครือข่ายของการดูแล

ผลการดำเนินงาน
1. สถิติการบริการเจาะเลือด

บริการเจาะเลือด	หน่วย	ปี2567	ร้อยละ
การเจาะเลือดในโรงพยาบาล			
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือด 1 และ ห้องเจาะเลือด 2 (วันทำการ)	คน	99,626	72.0%
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือด SMC	คน	3,901	2.8%
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือดก่อนนัด เสาร์ อาทิตย์	คน	10,871	8.0%
การเจาะเลือดนอกโรงพยาบาล			
- จำนวนที่คนไข้มาเจาะเลือด รพสต.	คน	8,679	6.2%
- โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง	คน	15,624	11.0%
รวม	คน	137,807	100%

การบริการเจาะเลือดในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 72.0 (N=99,626) ของการเจาะเลือดทั้งหมด มีการเจาะเลือด ก่อนนัดเสาร์อาทิตย์ ร้อยละ 8.0 มีการเจาะเลือดภายนอกโรงพยาบาล รพ. สาขาเวียงยอง ร้อยละ 11.0 และให้บริการเจาะเลือดที่ รพ.สต.ร้อยละ 6.2 โดยในอนาคตจะมีการกระจายความแออัดการเจาะเลือดในโรงพยาบาลออกไปสู่รพ.สต.ให้มากขึ้น

◆ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ (ต่อ)

2. การบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หน่วย	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
รวมงานเคมีคลินิก	Test	985,351	1,057,853	1,059,238
รวมงานโลหิตวิทยา	Test	152,594	164,024	171,910
รวม งานจุลทรรศน์ศาสตร์	Test	56,022	74,080	85,304
รวมงานภูมิคุ้มกันวิทยา	Test	65,335	80,071	90,681
รวมงานจุลชีววิทยา	Test	42,225	47,496	49,820
รวมงานอนุชีววิทยา	Test	23,683	11,739	12,179
งานเซลล์วิทยา (PAP +patho.)	Test	3,363	4,008	3,057
รวม ร.พ. สาขา (Note. ปี 2564 ร.พ. สาขา เป็น ร.พ. สนาม)	Test	10,695	13,667	15,265
รวม	Test	1,328,573	1,439,271	1,472,189

*ข้อมูลรพสาขเวียงยองปี 2565 เป็นข้อมูล 3 เดือนที่เริ่มเปิดบริการใหม่

การบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการในภาพมีแนวโน้มลดลงในปี 2566 เนื่องด้วยการระบาดของโรคโควิด 19 ไม่มีการตรวจ RT-PCR แล้ว แต่เมื่อพิจารณาแยกตามงานพบว่า การตรวจในสาขาอื่น ๆ มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องด้วยหลังการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ป่วยกลับมาสู่ภาวะปกติ ในปี 2567 ตามแนวทางการใช้แล็บอย่างสมเหตุสมผล (RLU) ทบทวนการสั่งแล็บเช่น แล็บชุด Electrolyte LFT Lipid profile TFT ในภาพมีแนวโน้มคงที่ และมีเพิ่มศักยภาพการตรวจวิเคราะห์การเปิดให้บริการตรวจ PCR viral load (HPV viral load ,HIV viral load ,HBV viral load, HCV viral load) ในภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น

3. การบริการด้านธนาคารเลือด

บริการธนาคารเลือด	หน่วย	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
งานตรวจวิเคราะห์ทางธนาคารเลือด	ครั้ง	53,984	59,768	59,272
- ABO Group	ครั้ง	13,875	15,094	15,109
- Rh(D) Typing	ครั้ง	13,470	14,725	14,799
- ABO นิติเวช	ครั้ง	99	86	102

◇ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ (ต่อ)

บริการธนาคารเลือด	หน่วย	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
- ABO Regroup	ครั้ง	1,800	2,130	1,963
- Cross-matching	ครั้ง	12,853	14,093	14,142
- Antibody Screening	ครั้ง	11,537	12,992	12,664
- Antibody Identification	ครั้ง	10	76	57
- Indirect Coombs Test	ครั้ง	340	572	436
- Direct Coombs Test	ครั้ง	355	617	472
ปริมาณการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	ยูนิต	17,291	18,575	17,651
ผู้ป่วยขอเลือดและส่วนประกอบของเลือด	ราย	12,481	14,144	14,142
ผู้ป่วยใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	ราย	8,090	12,558	12,367

การบริการธนาคารเลือดมีการตรวจทางธนาคารเลือดและการขอใช้เลือดแนวโน้มการใช้เลือดเพิ่มมากขึ้น

4. การบริการงานบริจาคโลหิต

งานบริจาคโลหิต	หน่วย	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566
1. การรับบริจาค				
ผู้บริจาคในร.พ ลำพูน	คน	7,382	6,411	5,012
ผู้บริจacksonนอกสถานที่	คน	5,012	7,763	8,485
จากที่อื่นๆ	คน			
รวม การรับเลือด	คน	12,394	14,174	13,497
2. จำนวนส่วนประกอบของเลือดที่ปันแยก				
2.1 PRC (Pack red cell)	ยูนิต	10,201	11,222	10,004
2.2 PC (Platelet concentrate)	ยูนิต	1,790	2,526	3,172
2.3 FFP (Fesh frozen plasma)	ยูนิต	4,908	5,454	5,209
2.4 LPRC	ยูนิต	1,878	2,522	3,172
2.5 SDP	ยูนิต	312	393	673
รวม	ยูนิต	12,268	14,047	13,858
3. ปริมาณการส่งตรวจ Infections marker	ยูนิต	73,608	84,282	83,148

การรับบริจาคโลหิตพบว่ามีผู้มาบริจาคโลหิตเพิ่มมากขึ้น การเตรียมเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการใช้เลือดเนื่องด้วยแต่ละ Service plan มีการเพิ่มศักยภาพการผ่าตัดการทำหัตถการต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

◆ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ (ต่อ)

5. สถิติการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงสุด 20 อันดับแรก

อันดับ	ชื่อ Test	งานปีงบประมาณ 2567
1	Creatinine & GFR	112,438
2	CBC	100,317
3	Potassium	82,467
4	Sodium	72,545
5	Chloride	72,234
6	CO2	72,226
7	BUN	64,567
8	Glucose (OPD)	53,842
9	Urine Analysis	46,728
10	Triglyceride	40,110
11	Cholesterol	39,714
12	ALT (SGPT)	38,601
13	AST (SGOT)	37,595
14	HDL	35,882
15	LDL	32,569
16	ALP	30,370
17	Albumin	29,912
18	Prothrombin Time*	27,495
19	Total Protein	26,961
20	Total Bilirubin	26,681

สถิติการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงสุด 5 อันดับแรกเป็น Routine lab ได้แก่ Creatinine & GFR
CBC Potassium Sodium Chloride

6. สถิติการส่งต่อเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Referral lab) สูงสุด 20 อันดับแรก (High volume)

อันดับ	ชื่อ Test	ปริมาณงาน (Test)
1	ANA	641
2	Fungus Culture	458
3	Anti-ds DNA	248
4	ADENOSIN DEAMINASE(ADA)	215
5	GALACTOMANAN	160
6	C3 Level	86
7	C4 Level	84
8	PROLACTIN	79
9	Anti-CCP	77
10	Melioidosis Ab	72
11	FSH	68
12	Lupus Anticoagulant	54
13	Protien C	51
14	Protien S	51
15	TSH Receptor Ab	50
16	PCR for TB	49
17	HAV IGM	48
18	CLOSTRIDIUM DEFFICILE TOXIN	45
19	Anti-thrombin III	43
20	Rubella IgG (Serum)	43

◆ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ (ต่อ)

7. สถิติการส่งต่อ (Referral lab) ที่มีมูลค่าสูงสุด 20 อันดับแรก (High cost)

ลำดับที่	ชื่อ Test	รวม 2567	ราคา/Test	Cost
1	ANA	641	220	141020
2	PCR for TB	49	2000	98000
3	GALACTOMANAN	160	500	80000
4	Fungus Culture	458	170	77860
5	Anti-CCP	77	950	73150
6	Anti-ds DNA	248	210	52080
7	ADA	215	200	43000
8	TSH Receptor Ab	50	700	35000
9	PROLACTIN	79	300	23700
10	Chromosome Study	12	1800	21600
11	Protien S	51	400	20400
12	Anti-PR3/C-ANCA	37	550	20350
13	Anti-MPO/P-ANCA	35	550	19250
14	HAV IGM	48	400	19200
15	PCR for Herpes Simplex Virus	12	1400	16800
16	CLOSTRIDIUM DEFFICILE TOXIN	45	350	15750
17	Protien C	51	300	15300
18	Melioidosis Ab	72	200	14400
19	Lupus Anticoagulant	54	250	13500
20	C3 Level	86	150	12900

สถิติการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งต่อทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจต่อควรอยู่ภายใต้การใช้
การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use)

ที่มา : กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

◆ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ประกอบด้วย ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู งานกายภาพบำบัด งานกิจกรรมบำบัด และงานกายอุปกรณ์

1. ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู

บริบท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค ตรวจประเมิน ให้การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการปวด มีภาวะเสื่อมถอย มีอาการอ่อนแรง มีความผิดปกติของระบบประสาท หรือมีความพิการ ด้วยวิธีการใช้ยา การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ การออกกำลังกายเฉพาะ การให้คำแนะนำทางการแพทย์ การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือทดแทน หรืออื่นๆ ทั้งยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเป็นซ้ำ

ข้อมูลทั่วไป :

บุคลากร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 คน เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู 1 คน

พยาบาลวิชาชีพ 1 คน พนักงานผู้ช่วยคนไข้ 1 คน (ตำแหน่งอยู่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก)

ปีงบประมาณ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ผู้ป่วยทั้งหมด (ครั้ง)	4,776	5,617	5,075
หัตถการฝังเข็ม (ครั้ง)	1,932	2,086	2,107
ออกเอกสารรับรองความพิการ (คน)	194	189	148
การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย (NCV & EMG) (ครั้ง)	37	134	36
การรักษาด้วยคลื่นกระแทก (Shockwave) (ครั้ง)	-	23	96

อันดับโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก

อันดับ	ปี2565(ครั้ง)	ปี2566 (ครั้ง)	ปี2567 (ครั้ง)
1	Sequelae of stroke (1,067)	Sequelae of stroke (1,207)	Sequelae of stroke (1,220)
2	Spine disease (775)	Spine disease (955)	Spine disease (1,082)
3	Myofascial pain (574)	Myofascial pain (565)	Myofascial pain (676)
4	Fracture Neck Femur (290)	Spinal cord injury (244)	Spinal cord injury (231)
5	OA knee (252)	OA knee (188)	OA knee (195)

2. งานกายภาพบำบัด

บริบท งานกายภาพบำบัดให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย และผู้พิการ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ขอบเขตการให้บริการงานกายภาพบำบัดให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ในผู้ป่วยโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท อายุรกรรม ศัลยกรรม เด็ก สูติกรรม ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และประชาชนทั่วไปให้มีสุขภาพดี เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

◇ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป

บุคลากร นักกายภาพบำบัด 11 คน ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 4 คน

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย		เพศ		ช่วงอายุ		
	คน	ครั้ง	ชาย	หญิง	0-14	15-60	60 ปีขึ้นไป
1. ผู้ป่วยนอก (รวมทั้งหมด)	11,094	10,698	3,819	7,275	207	5,456	5,431
2. ผู้ป่วยใน	12,938	12,938	6,229	6,709	145	4,154	8,639
3. ออกเยี่ยมบ้าน	307	106	124	179	0	65	242
รวม 1+ 2	24,032	23,636	10,048	13,984	352	9,610	14,070

ประเภทผู้รับบริการแยกตาม 4 กลุ่มโรคหลัก	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน	รวม
Musculoskeletal conditions	8,637	6,447	100	15,184
Neurological conditions	1,670	3,602	177	5,449
Circulatory & respiratory	22	1,827	0	1,849
Miscellaneous conditions	307	1,062	0	1,369
รวม	10,636	12,938	277	23,851

ประเภทผู้รับบริการแยกตามกลุ่มโรค 5 อันดับแรกของ OPD และ IPD

ประเภทผู้รับบริการแยกตามกลุ่มโรค OPD	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. Spinal Stenosis: Lumbar Region	1,185	11.14%
2. Stroke; Cerebrovascular disease	1,133	10.65%
3. Cervical Spondylosis with Radiculopathy (CSR)	1,040	9.78%
4. Rotator Cuff syndrome	665	6.25%
5. Myalgia (Myofascial Pain syndrome); cervical-upper back region	599	5.63%

ประเภทผู้รับบริการแยกตามกลุ่มโรค IPD	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. Stroke; Cerebrovascular disease	2,683	20.74%
2. Osteoarthritis of Knee	1,731	13.38%
3. Hip fracture	1174	9.07%
4. Pneumonia	884	6.83%
5. Tibia/ Fibular fracture	705	5.45%

◆ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู (ต่อ)

สรุปกิจกรรมการให้บริการทางกายภาพบำบัด (ICD9) 5 อันดับแรก

ลำดับที่	รหัส ICD9	กิจกรรม	จำนวนครั้ง
1	9312	การออกกำลังกายเพื่อการรักษา (THERAPEUTIC EXERCISE)	14,237
2	9301	การตรวจประเมินและวางแผนการรักษา	9,202
3	9335	การประคบความร้อน (HYDROCOLLATOR)	7,106
4	9382	การสอนญาติและผู้ป่วยเพื่อทำกายภาพบำบัดเองที่บ้าน	6,985
5	9322	การฝึกยืน/เดิน (AMBULATION TRAINING)	6,273

3. งานกิจกรรมบำบัด

บริบท งานกิจกรรมบำบัด ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ แก่ผู้ป่วยและผู้พิการที่สูญเสียสมรรถภาพชั่วคราวหรือถาวร และบุคคลทั่วไป เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

ข้อมูลทั่วไป บุคลากร นักกิจกรรมบำบัด 4 คน พนักงานผู้ช่วยคนไข้ 1 คน

ข้อมูลผู้ป่วย

1. แยกตามประเภทผู้ป่วย (ผู้ป่วยบางคนอาจมีมากกว่า 1 diagnosis)

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย			
	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1. ผู้ป่วยนอก	2,552 คน 3,151 ครั้ง	2,271 คน 2,873 ครั้ง	1,443 คน 2,450 ครั้ง	1,601 คน 2,490 ครั้ง
2. ผู้ป่วยใน	101 คน 232 ครั้ง	86 คน 162 ครั้ง	122 คน 180 ครั้ง	185 คน 292 ครั้ง

2. ประเภทผู้รับบริการแยกตามกลุ่มโรค

กลุ่มโรค	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1. Neuromuscular system	449 คน 799 ครั้ง	398 คน 772 ครั้ง	477 คน 987 ครั้ง	477 คน 1,016 ครั้ง
2. Musculoskeletal system	351 คน 583 ครั้ง	290 คน 433 ครั้ง	331 คน 624 ครั้ง	403 คน 650 ครั้ง
3. Delayed developmental	113 คน 168 ครั้ง	117 คน 183 ครั้ง	394 คน 507 ครั้ง	609 คน 725 ครั้ง
4. Cognitive dysfunction	212 คน 304 ครั้ง	174 คน 268 ครั้ง	315 คน 464 ครั้ง	297 คน 391 ครั้ง
5. Well baby and high risk	1,529 คน 1,529 ครั้ง	1,378 คน 1,378 ครั้ง	48 คน 48 ครั้ง	-

◆ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู (ต่อ)

3. ประเภทผู้รับบริการแยกตามโรค 5 อันดับแรก

ลำดับ	ปีงบ 2564 (ครั้ง)	ปีงบ 2565 (ครั้ง)	ปีงบ 2566 (ครั้ง)	ปีงบ 2567 (ครั้ง)
1	Stroke (717)	Stroke (647)	Delayed development (992)	Delayed development (1,120)
2	Delayed development (472)	Delayed development (465)	Stroke (881)	Stroke (922)
3	Fracture upper extremity (453)	Fracture upper extremity (292)	Fracture upper extremity (414)	Fracture upper extremity (500)
4	Hand injury (71)	Hand injury (127)	Hand injury (114)	Hand injury (61)
5	Traumatic brain injury (38)	Traumatic brain injury (41)	Joint stiffness (61)	Traumatic brain injury (49)

4. งานกายอุปกรณ์

บริบท งานกายอุปกรณ์ ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ แก่ผู้ป่วยและผู้พิการที่สูญเสียสมรรถภาพชั่วคราวหรือถาวร เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อมูลทั่วไป

บุคลากร นักกายอุปกรณ์ 1 คน ช่างกายอุปกรณ์ 1 คน ช่างเครื่องช่วยคนพิการ 2 คน พนักงานบริการ 1 คน

ข้อมูลผู้ป่วย

1. แยกตามประเภทผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
ผู้ป่วยทั้งหมด	4,110 คน/ 4,245 ครั้ง	4,346 คน/ 4,565 ครั้ง	5,008 คน/ 5,233 ครั้ง
1. ผู้ป่วยนอก	2,253 คน/ 2,388 ครั้ง	2,301 คน/ 2,301 ครั้ง	2,602 คน/ 2,827 ครั้ง
2. ผู้ป่วยใน	1,857 คน/ 1,857 ครั้ง	2,045 คน/ 2,045 ครั้ง	2,406 คน/ 2,406 ครั้ง
การผลิตกายอุปกรณ์	305 ชิ้น	393 ชิ้น	452 ชิ้น
อุปกรณ์สำเร็จรูป	4706 ชิ้น	4978 ชิ้น	4852 ชิ้น

◆ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู (ต่อ)

2. ประเภทผู้รับบริการแยกตามโรค 5 อันดับแรก ในกลุ่มอุปกรณ์หล่อแบบเฉพาะราย

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2565 (คน)	ปีงบประมาณ 2566 (คน)	ปีงบประมาณ 2567 (คน)
1	Transtibial amputation (28)	Transtibial amputation (91)	Transtibial amputation (107)
2	Plantar fascial fibromatosis (25)	Spastic hemiplegia (82)	Spastic hemiplegia (84)
3	Foot deformities (12)	Foot deformities (34)	Flat foot (pes planus) (41)
4	Spastic hemiplegia (9)	Transfemoral amputation (31)	Plantar fascial fibromatosis (31)
5	Transfemoral amputation (8)	Plantar fascial fibromatosis (24)	Foot deformities (29)

3. ประเภทผู้รับบริการแยกตามโรค 5 อันดับแรก ในกลุ่มอุปกรณ์สำเร็จรูป

ลำดับที่	ปีงบประมาณ 2565 (คน)	ปีงบประมาณ 2566 (คน)	ปีงบประมาณ 2567 (คน)
1	OA KNEE (48)	SPINAL STENOSIS (160)	OA KNEE (183)
2	SPINAL STENOSIS (31)	OA KNEE (158)	SPINAL STENOSIS (165)
3	SPASTIC HEMIPLEGIA (21)	SPASTIC HEMIPLEGIA (112)	SPASTIC HEMIPLEGIA (140)
4	SPONDYLOSIS WITH RADICULOPATHY : LUMBOSACRAL REGION (20)	SPONDYLOSIS WITH RADICULOPATHY : LUMBOSACRAL REGION (71)	Myofascial Pain Syndrome (96)
5	LOW BACK PAIN (17)	LOW BACK PAIN (70)	SPRAIN AND STRAIN OF ANKLE (76)

◆ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

บริบท (Context)

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ให้บริการในมิติด้านสังคม (Social Care) แก่ ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวและชุมชน ที่ประสบปัญหาทางสังคมอันเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาลและคุณภาพชีวิต โดยให้บริการอย่างมีส่วนร่วม ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ขอบเขตการให้บริการ (Scop of Service)

จัดบริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แก่ ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชนที่ประสบปัญหาทางสังคมอันเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาลและคุณภาพชีวิต โดยกระบวนการและวิธีการทางสังคมสงเคราะห์ จัดบริการวินิจฉัย ประเมินปัญหาทางสังคม จัดบริการบำบัดทางสังคม การบำบัดเยียวยา การป้องกันและเฝ้าระวังทางสังคม จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จัดบริการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ การสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ชุมชน การจัดการทรัพยากรทางสังคม และสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสวัสดิการสังคม จัดบริการศูนย์พึ่งได้ (OSCC) และศูนย์ช่วยเหลือสังคม เพื่อให้บริการช่วยเหลือเด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัว ที่ถูกระทำรุนแรง และผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยนักสังคมสงเคราะห์รับบทบาทเป็น Case Manager ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ครอบคลุม ในรูปแบบการจัดการรายกรณี การประชุมสหวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (Case Conference) รวมทั้งงานบริหารกองทุนและมูลนิธิ ช่วยเหลือผู้ป่วยยากจนและด้อยโอกาส ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางสังคม และงานบริหารงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ บริหารจัดทำแผนยุทธศาสตร์งานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม งานสอนฝึกอบรม งานวิจัยและพัฒนา เป็นแหล่งฝึกอบรม นักศึกษาสังคมสงเคราะห์ และบริการสังคม ด้านวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ศักยภาพ : เป็นหน่วยงานจัดบริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

ข้อจำกัด : กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติหน้าที่ในเวลาราชการ ไม่มีเวรปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาราชการ

ลำดับ	กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผลการดำเนินงาน	
กลุ่มเป้าหมาย/ประเภทผู้ใช้บริการ		ราย	ครั้ง
1	ผู้ใช้บริการทั่วไป	49	51
2	ผู้ป่วยโรคทั่วไป	153	166
3	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วย Long term Care/จำหน่ายยาก	30	34
4	ผู้ป่วยที่ถูกกระทำความรุนแรง OSCC	118	121
5	หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	172	174
6	ผู้ป่วยติดสารเสพติด	5	5

◇ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (ต่อ)

ลำดับ	กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผลการดำเนินงาน	
7	ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน	8	8
8	ผู้พิการ	65	65
9	ผู้ป่วยมีปัญหาลุสหาสุขภาพจิตและจิตเวช	122	303
10	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	6	6
11	ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	52	89
12	ผู้ที่ไม่มืหลักประกัน/มืปัญหาใช้สิทธิ	155	163
13	ผู้ป่วยวัณโรคคือยา	11	33
รวม		946	1,097

ลำดับ	กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผลการดำเนินการ	
		ราย	ครั้ง
1	บริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์		
	1.1 การให้คำแนะนำ/ความรู้ด้านสวัสดิการสังคม	946	1,097
	1.2 การให้ความรู้ด้านกฎหมาย/พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง	425	470
	1.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา	192	192
	1.4 การให้ความรู้ด้านการดูแลทางสังคม	394	415
	1.5 การให้คำปรึกษามากกว่า 30 นาที	946	944
	1.6 การให้คำปรึกษาน้อยกว่า 30 นาที	123	157
	1.7 การให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือทางสังคม	946	1,097
	1.8 การให้ปรึกษาเกี่ยวกับบทบาทครอบครัว	351	402
	1.9 การให้คำปรึกษากลุ่ม	383	383
	1.10 การเจรจาต่อรองในภาวะวิกฤต	4	4
	1.11 การเจรจาต่อรอง/ไกล่เกลี่ย	163	170
2	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม		
	2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพรายกลุ่ม	290	290
	2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคล	946	1,097
	2.3 สร้างทักษะ/วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทศคดีที่ดี	946	983
	2.4 การเสริมสร้างสุขอนามัยส่วนบุคคล	213	213
	2.5 การฟื้นฟูสุขภาพจิต/การเพิ่มทักษะในการดูแลสุขภาพ	290	320
	2.6 การให้การปรึกษาและแนะนำการประกอบอาชีพ/ทักษะพื้นฐาน	115	115
	2.7 ส่งต่อเครือข่าย/หน่วยงานอื่นในการมีส่วนร่วม ด้านสวัสดิการสังคม	69	72

◆ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (ต่อ)

ลำดับ	กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผลการดำเนินการ	
		ราย	ครั้ง
3	การคุ้มครองสิทธิทางสังคมและการจัดการทรัพยากรทางสังคม		
	3.1 การพิจารณาค่ารักษาพยาบาล	163	4,752,943.87 บาท
	3.2 ค่าพาหนะเดินทาง/ค่าครองชีพ/อุปโภคบริโภค	316	137,000 บาท
	3.3 จัดหาสถานที่ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	69	72
	3.4 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรายบุคคล	4	4
	3.5 ประสานงาน/ส่งต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและอสม.	25	25
	3.6 การส่งต่อหน่วยงานอื่นและเครือข่าย	69	72
4	การจัดบริการทางสังคม		
	4.1 การประเมินครอบครัว	290	290
	4.2 เตรียมครอบครัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในครอบครัว	120	120
	4.3 ประเมินความเสี่ยง/เฝ้าระวังปัญหาทางสังคม	290	290
	4.4 การพิทักษ์สิทธิการรักษาพยาบาล	5	5
	4.5 การเยี่ยมบ้านร่วมทีมสหวิชาชีพ	2	2
	4.6 การเยี่ยมบ้าน	2	2
	4.7 การคุ้มครองพิทักษ์สิทธิตามกฎหมาย	290	290
	4.8 จัดการรายกรณี	335	352
	4.9 การประเมินทางสังคม	645	645
	4.10 การติดต่อ/ติดตามญาติ	46	63
	4.11 ประเมินทางสังคมอื่น	39	39

ลำดับ	กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	ผลการดำเนินงาน	
		ราย	ครั้ง
5	งานร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามกฎหมายกำหนด		
	5.1 ประชุม Case Conference	3	3
	5.2 ประชุมคณะกรรมการฟื้นฟูยาเสพติด	2	2
	5.3 ประชุมคณะกรรมการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ	1	1
	5.4 ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1	1

◆ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (ต่อ)

6	งานวิชาการ		
	6.1 ปฏิบัติหน้าที่อาจารย์นิเทศภาคสนามนักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และอื่นๆ	2	2
	6.2 จัดทำเอกสาร/เผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ด้านสวัสดิการสังคม	12	12
	6.3 ร่วมกิจกรรมรณรงค์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	5	5
	6.4 งานวิจัย/การพัฒนางาน	2	2
7	งานบริหาร		
	7.1 ร่วมประชุม/อบรมเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ภายในโรงพยาบาล	10	10
	7.2 ร่วมประชุม/อบรม/การศึกษาดูงานเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน ภายนอกโรงพยาบาล	12	12
	7.3 จัดทำแผนงาน/โครงการ	2	2
	7.4 งานตัวชี้วัดของหน่วยงาน	2	2
	7.5 งานควบคุมภายในของหน่วยงาน	2	2
	7.6 รายงานประจำเดือน	12	12
	7.7 รายงานประจำปี/Service Profile	1	1
	7.8 พัฒนาระบบการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ตามมาตรฐาน วิชาชีพ	2	2

สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ประจำปี 2567

งานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นภารกิจงานหนึ่ง ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โดยมีภารกิจ คุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ด้านอาหาร ด้านเครื่องสำอาง ด้านวัตถุเสพติด ด้านวัตถุอันตราย ด้านเครื่องมือแพทย์ สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ควบคุมกำกับมาตรฐานงานคุ้มครองผู้บริโภค ตามมาตรฐานทุกด้าน ศึกษา วิจัย นวัตกรรมและพัฒนาองค์ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค วิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย ดังนั้น งานคุ้มครองผู้บริโภค ขอสรุปผลงานประจำปี 2567 ที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น ดังนี้

◇ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (ต่อ)

1. การกิจร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม งาน บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ลำดับ	การกิจร่วม	หน่วย	ปริมาณงานรวม	งาน คบส	ร้อยละผลงาน
1.	การดูแลระดับบุคคลรพ สาขาเวียงยอง และ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ/ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกร รพ.สาขาและหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพสต/เรือนจำ) (18 แห่ง) รวมทั้งหมด	ใบสั่ง	65,469		
	1.1 รพ.สาขา				
	1. ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกร	ใบสั่ง	41,822	230	0.54
	1.1 ขนานยา	รายการ	148,739		
	1.2 มูลค่ายา	บาท	8,062,542.78		
	1.3 ขนานเวชภัณฑ์	รายการ	32		
	1.4 มูลค่าเวชภัณฑ์	บาท	180,731.89		
	1.5 มูลค่ายา/ใบสั่ง	บาท/ใบสั่ง	192.78		
	1.6 มูลค่าเวชภัณฑ์/ใบสั่ง	บาท/ใบสั่ง	4.32		
	2. จำนวนใบสั่งยาวันทำการเฉลี่ย	ใบสั่ง	171		
	วันละ				
	3. ใบสั่งยาที่ส่งยาไปรษณีย์	ใบสั่ง	-		
	4. ใบสั่งยา Home Ward	ใบสั่ง	83		
	4. มูลค่ารับยาคืน ยาเหลือใช้	บาท	12,416.00		
	5.ร้อยละ Med-Adherence	ร้อยละ	93.82	7,729	12.41
	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพสาขา				
	1.2 หน่วยบริการปฐมภูมิ 18 แห่ง (รพสต/เรือนจำ) รวมทั้งหมด				
	1. ใบสั่งยาทั้งหมด	ใบสั่ง	62,248		
	2. ใบสั่งยาโรคเรื้อรังที่จ่ายโดย	ใบสั่ง	24,213	90.56	
	เภสัชกร				
	3. จำนวนครั้งที่เภสัชกรออก	ครั้ง	372		
	ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังรพ.สต				
	4. จำนวนใบสั่งยาโรคเรื้อรังที่จ่าย	ใบสั่ง	99		
	โดยเภสัชกรเฉลี่ยวันละ				
	5. ร้อยละ Med-Adherence	ร้อยละ	90.56		
	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต.				

◇ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (ต่อ)

ลำดับ	ภารกิจร่วม	หน่วย	ปริมาณงานรวม	งาน คบส	ร้อยละผลงาน
2.	งานพัฒนาระบบยาและความปลอดภัยด้านยาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2.1 คะแนนมาตรฐานเภสัชกรรม RDU คบส. (รพ.สต. ติดดาว) 2.2 จำนวนครั้งการติดตามคุณภาพวัคซีนด้วย DATA LOGTAG รพ.สต. 2.3 ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านมาตรฐาน Cold Chain 2.4 จัดทำระบบเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยา warfarin ใน รพ.สต. 2.5 จัดทำระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำใน รพ.สต. 2.6 การติดตามกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต. (RUA) 2.7 การติดตามควบคุมมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ปี58 226,933.98 บาท) 2.8 ร้อยละของรพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RUA (ทั้งURI, AGE≤ร้อยละ20) 2.9 มูลค่าติดตามรับยาคืนเหลือใช้จากผู้ป่วย รพ.สต. 2.10 มูลค่าการติดตามรับยาคืน กลุ่ม Strong Opioids จากชุมชน 2.11 การติดตามควบคุมการบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต. (MOS<2)	ร้อยละ ครั้ง ร้อยละ ราย ราย ครั้ง/ปี บาท ร้อยละ บาท บาท เดือน	93.13 84 100.00 59 821 12 49,444.52 100.00 0.00 0.00 1.49	93.13 100.00 100.00 100.00 12 0.00 0.00 1.49 (17 แห่ง)	100.00 100.00 100.00 100.00 0.00 0.00 100.00
3.	การดูแลระดับครอบครัว 3.1การบริหารเภสัชกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาจากการใช้ยา (DTPs) 3.1.1จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงDTP ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร	ราย ครั้ง	73 78	ดูใน โครงการ	

◇ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (ต่อ)

ลำดับ	ภารกิจร่วม	หน่วย	ปริมาณงานรวม	งาน คบส	ร้อยละผลงาน
	3.1.2 จำนวนครั้งในการติดตามเยี่ยมบ้าน	เหตุการณ์	70	ภาพรวม ปฐมภูมิ	
	3.1.3 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบ (DTPs)	เหตุการณ์	32		
	Drug Non-Adherence	เหตุการณ์	6		
	ADR / Allergy / Side effect	เหตุการณ์	10		
	Need additional Drug therapy	เหตุการณ์	3		
	Unnecessary drug therapy	เหตุการณ์	2		
	Ineffectiveness	เหตุการณ์	0		
	Drug Interaction	เหตุการณ์	6		
	RDU				
	3.1.4 ร้อยละความสำเร็จของการจัดการ DTPs โดยเภสัชกร	ร้อยละ	55.06		
	3.1.5 จำนวนการจัดการ DTPs (Pharmacist intervention)	ครั้ง	115		
	Dose optimization (Increase/Decrease/Loading Dose/Duration)	ครั้ง	6		
	Adherence Optimization (เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา)	ครั้ง	28		
	Psycho-social Optimization (ส่งต่อหน่วยงานอื่นดูแลต่อ)	ครั้ง	23		
	Health Behavior Optimization (ให้ความรู้ Non pharmacology)	ครั้ง	45		
	Indication optimization (off /add/change/switch therapy)	ครั้ง	7		
	Administration optimization (dose titrate. ,Route-timely admin)	ครั้ง	0		

◇ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ (ต่อ)

ลำดับ	ภารกิจร่วม	หน่วย	ปริมาณงานรวม	งาน คบส	ร้อยละผลงาน
4.	การดูแลระดับชุมชน				
	4.1 จำนวนชุมชนได้รับการพัฒนาชุมชน ใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างสม เหตุผลและปลอดภัย (เป้าหมาย≥2ชุมชน/ปี)	ชุมชน ครั้ง	2	2 35	100.00
	4.2 งานพัฒนาฝึกอบรมบุคลากร อสม ประชาชนยังไม่รวมกิจกรรมป्लीก้อย	คน	2	(นอก แผน)	100.00
	4.3 จำนวนการติดตามกำกับร้านค้า ร้าน ชำ สถานประกอบการ ด้านอาหารและยา ปลอดภัย	ครั้ง	209	209	100.00

2. ภารกิจร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และ ภาควิเคราะห์

2.1 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร มีการดำเนินงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ทั้ง ระดับจังหวัดและอำเภอ ในส่วนของผลิตภัณฑ์ก่อนออกสู่ท้องตลาด (Pre-Marketing Control) และหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาด (Post-Marketing Control) ร้านยา สถานพยาบาล โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานในแต่ละประเด็น ดังนี้

รายการตรวจ	ปีงบประมาณ	ตรวจ-ส่วน ที่ร่วมตรวจ	ผ่าน	ร้อยละ ที่ผ่าน
1. ผลตรวจสถานที่ผลิต	2567	35	35	100.00
2. ผลตรวจ สถานที่จำหน่ายอาหาร ตลาดสด	2567	2	2	100.00
3. ร้านชำ เขตอำเภอเมือง	2567	209	72	34.44
4. สถานประกอบการ ร้านยา และ โรงพยาบาล	2567	3	3	100.00

ลำดับ	รายการ	ช่วงเวลา ส่งตรวจ	จำนวน (ตัวอย่าง)	การตรวจสอบคุณภาพประเภท								ผลการตรวจวิเคราะห์		ร้อยละ ผ่านเกณฑ์	หมายเหตุ	
				เคมี								จุลินทรีย์ coliform	ค่าพิกัด ระดับที่ ปลอดภัย			
				อาหารแช่แข็ง	ไอศกรีม	ผลไม้สด	เครื่องดื่ม	นมและเนย	ขนมขบเคี้ยว	อื่นๆ	ผ่าน		ไม่ผ่าน			
1	เดือน ตุลาคม 2566-กันยายน 2567	ตุลาคม 66-กันยายน 67														
	โรงพยาบาลสุรินทร์															
	1.1 กุ้งและปลาหมึก		131	131							131	0	0	100.00		
	1.2 วิตามินในการประกอบอาหาร		22		10		1	3		8	21	0	1	95.45		
	1.3 น้ำมันทอด		0								0	0	0	0.00		
	1.4 อาหารปรุงรสสำเร็จ		20								20	20	0	0	100.00	
	1.5 อาหารทางสายยาง(BD)		74								74	74	0	0	100.00	
	1.6 น้ำสะอาดปรุงอาหารน้ำบริโภค		0								0	0	0	0.00	รวม(1.3)	
	1.7 น้ำสะอาดดื่มอุปโภค บริโภค ก่อนทำน้ำ		136								136	136	0	0	100.00	
1.8 น้ำสะอาดดื่มน้ำบริโภค ดื่มและบริโภคน้ำร้อน	23								23	23	0	0	100.00	ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ มิ.ย ๖๗		
1.9 อื่นๆ ยาเครื่องสำอาง	0									0	0	0	0.00			
2	เครือข่าย อำเภอเมือง(ไม่รวมเทศบาลตำบล)	ตุลาคม 66-กันยายน 67														
2.1 กุ้งและปลาหมึก	536		536							527	9	0	100.00			
2.2 วิตามินในการประกอบอาหารรวมเชื้อ STX อย่างต่ำ	651			53	47	45	57	77	62	310	521	0	130	80.03		
2.3 อื่นๆ ยาเครื่องสำอาง คลอรีน	16								16	16	0	0	100.00			
	รวม		1,609	667	63	47	46	60	77	86	563	1469	9	131	97.28	
หมายเหตุ : 1.ปี เครือข่าย รวม เครือข่ายตลาดก๊ก Mobile ออก และอื่นๆ ที่รวบรวมได้มารวมกันทั้งหมด อำเภอเมือง 2.น้ำบริโภคดื่ม อุปโภค ดื่มและบริโภคน้ำร้อน ดื่มก่อนทำน้ำ																

2.4 การดำเนินงานร่วมกับ องค์การตลาดกระทรวงมหาดไทย จ.ลำพูน รพสต อุโมงค์ เทศบาลตำบล อุโมงค์ ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน และชมรม อสม ตำบลอุโมงค์ ในการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้และแจ้งเตือนภัยเฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อเป็นการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่



3. การกิจที่ได้รับมอบหมายในกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ในปี 2567 โรงพยาบาลลำพูนได้รับการประเมินตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) และได้ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยดีเด่นระดับจังหวัดและผ่านมาตรฐาน Green & Clean Challenge ระดับห้าดาว

4. โครงการพิเศษ

4.1 การสำรวจร้านชำโดยใช้โปรแกรม G-RDU&G-SHP ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จากการสำรวจผลิตภัณฑ์ในชุมชนทั้งหมด 209 ร้านในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน สามารถแบ่งเป็น ร้านค้า ร้านชำ มินิมาร์ท จำนวน 193 ร้าน และร้านอาหารในชุมชน 16 ร้าน

ผลการสำรวจ (แบ่งตามประเภทของร้านชำ)

ร้านชำตามประเภททั่วไป (GG; General Grocery store) พบว่ามีร้านที่ผ่านการประเมินในระดับสีเขียว 88 ร้าน ระดับสีเหลือง 23 ร้าน และ ระดับสีแดง 98 ร้าน

ร้านชำประเภทคุณภาพ (GGP มาจาก Good Grocery store Practice) แบ่งเป็น 2 ประเภทย่อย ดังนี้

ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU; Grocery store-Rational Drug Use) พบว่ามีร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำ G-RDU 72 ร้าน และไม่ผ่าน 137 ร้าน

ร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (G-SHP; Grocery store-Safety Health Products) พบว่ามีร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-SHP 64 ร้าน และไม่ผ่าน 145 ร้าน ในส่วน ดังกล่าวรอผล การดำเนินงาน ระดับประเทศ คคส. และสสส. ซึ่ง รพ. ลำพูน ดำเนินการนำร่องร่วม

4.2 โครงการ การสำรวจความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในเขตอำเภอเมืองลำพูน (Survey of Medication Adherence in Ischaemic Stroke Patients at Mueang Lamphun District) **คณะผู้ศึกษา** ผู้ศึกษาหลัก ภก. สยมภู เดียวทอง สังกัด งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในเขตอำเภอเมือง จ.ลำพูน มีความร่วมมืออย่างสูง ในการรับประทานยา ในส่วนของปัจจัยที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการศึกษาหรือค้นหาเพิ่มเติมสำหรับความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดถึงความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในบางรายดังกล่าวนอนาคตเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาเชิงระบบต่อไป



◇ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน (Unite Profile) กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

1. ขอบเขต/บริบท/กระบวนการหลัก

ขอบเขตบริการ

1. การคัดเลือก จัดซื้อจัดหา ผลิต ควบคุม เก็บรักษา จัดจ่าย การกระจายเภสัชภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักการและระเบียบที่กำหนดไว้
2. จัดบริการทางเภสัชกรรม ส่งมอบยาโดยเภสัชกรตลอด 24 ชั่วโมง
3. การให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิก การดูแลผู้ป่วยทางด้านเภสัชกรรม รวมถึงการติดตามให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
4. การให้บริการข้อมูลทางยาและการศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
5. การติดตามประเมินการใช้ยา เพื่อให้มีการยาใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
6. พัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมและการบริหารเวชภัณฑ์ จังหวัดลำพูน

บริบท

กลุ่มงานเภสัชกรรม เป็นหนึ่งในกลุ่มงานทุติยภูมิ มีเภสัชกร 33 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 21 คน มีพนักงานห้องยา 27 คน รวมทั้งหมด 81 คน ด้วยบริบทแห่งยุคเทคโนโลยี การบริหารจัดการ การติดตามงานที่มีประสิทธิภาพ การจัดโครงสร้างของกลุ่มงานที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ทีมบริหารกลุ่มงานเป็นคนรุ่นใหม่ องค์กรเอกชนให้ความร่วมมือ แม้ประชาชนที่มาใช้บริการจะเป็นกลุ่มสังคมสูงอายุ กลุ่มงานเภสัชกรรม พร้อมปรับตัว เรียนรู้ ต่อยอดรองรับการพัฒนา เพื่อร่วมเป็นหนึ่งในทีมงานคุณภาพ ขับเคลื่อนไปกับทีมงานด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจ โดยนำความรู้ในกระบวนการทางเภสัชกรรม ดูแลประชาชนที่มาใช้บริการอย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งนำมาสู่การมีสุขภาพดีที่มีความปลอดภัยจากการใช้ยา

กระบวนการหลัก

1. จัดตั้งคณะกรรมการ PTC มีหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลและมีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง
3. การวางแผน คัดเลือก การซื้อจัดหา การสำรองและการเก็บรักษาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้มีความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพ พร้อมใช้
4. การเตรียมยา ผลิตยา และเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่าย ในท้องตลาดโดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
5. การทบทวนคำสั่งการเตรียมยา การส่งมอบยามีความปลอดภัยถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิผล
6. การให้บริการทางเภสัชกรรมติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมป้องกันแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยใช้ยามีความปลอดภัยและได้ผล

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

2. ความเสี่ยง

ความเสี่ยงที่สำคัญ

: ความคลาดเคลื่อนทางยา

: การแพ้ยาซ้ำ

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566	2567
งานบริหารเวชภัณฑ์				
1. บัญชียาจำนวน(รายการ)	750	676	684	700
- ยา ED (รายการ)	525	542	546	577
- ยา NED (รายการ)	175	134	138	123
2. สัดส่วนรายการยา ED : NED	$\geq 80\%$	80.18	79.82	82.43
3. ร้อยละของในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่รับเข้าคลังยา (ซื้อ+สนับสนุน)	$\geq 70\%$	61.19	70.7	71.48
4. จำนวนเดือนการสำรองยา	≤ 2 เดือน	1.3	1.51	1.37
5. อัตรายาขาดคลัง	$\leq 5\%$	7.56	8.08	6.04
6. มาตรฐานการกระจายยาและเวชภัณฑ์(ร้อยละ)	> 80	93.65	96	94.79
7. อัตรายาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ต่อมูลค่าการจ่ายยาของ โรงพยาบาล	$\leq 0.1\%$	NA	0.06	0.09
งานเภสัชสนเทศ พัฒนาระบบยา และเภสัชกรรมคลินิก				
1. จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ (ครั้ง)	0	0	1(ระดับE)	0
2. เกือบพลาดแพ้ยาซ้ำ(ครั้ง)	0	32	21	29
3. Preventable ADR (ครั้ง)	0	7	8	3
4. การเกิด Fatal Drug Interaction (ครั้ง)	0	0	0	0
5. การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (ร้อยละ)	≥ 80	92.93	96.46	96.18
6. Medication error ยา HAD ตั้งแต่ระดับ E	0	2	2	8
7. Adverse drug event ยา HAD ตั้งแต่ระดับ E	0	22	12	6
8. Adverse drug event : Phlebitis ยา HAD ตั้งแต่ระดับ E	0	12	13	6
9. ความครอบคลุมการดำเนินการ Medication reconcile	≥ 80	89.42	84.09	88.55
10. Prescribing error ที่ขบวนการ ประสานรายการยา (Medication reconciliation) ตั้งแต่ระดับ E	0	0	0	1
11. ร้อยละความครอบคลุมการให้บริบาลเภสัชกรรมกลุ่มเป้าหมาย	≥ 60	68	78.34	76.26
12. ความครอบคลุมการให้บริการ Drug Counseling (กลุ่มโรค)	7	6	7	7
13. ร้อยละความร่วมมือการใช้ยาผู้ป่วยนอก	≥ 85	93.49	94.12	91.43
14. จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล	12	11	12	11

◇ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566	2567
15. อัตราการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องตามเกณฑ์ (Concurrent DUE) (ร้อยละ)	≥80	88.37	83	82.88
16. ระดับคะแนนประเมินตนเองของ โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	ระดับ 3	4	4	4
17. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (ร้อยละ)	24	36.26	35.32	43.72
18. คะแนนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยากระทรวงสาธารณสุข	≥4.5	4	4.2	4.36

งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	เป้าหมาย	2565	2566	2567
1. อัตรา Prescribing errorผู้ป่วยนอก(ต่อ1,000ใบสั่ง)	≤7	1.51	1.77	1.44
2. จำนวน Prescribing errorผู้ป่วยนอก≥ระดับ F (ครั้ง)	0	0	0.17	0
3. อัตรา Transcribing error ผู้ป่วยนอกต่อ 1000 ใบสั่ง	0	0	0	0
4.. จำนวน Transcribing errorผู้ป่วยนอก≥ระดับ F (ครั้ง)	0	0	0	0
5. อัตรา Pre-Dispensing error ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1,000 ใบสั่ง)	≤10	3.02	1.64	1.2
6. อัตรา Dispensing error ผู้ป่วยนอก(ต่อ 1,000 ใบสั่ง)	≤0.1	0.07	0.04	0.04
7. จำนวน Dispensing error ผู้ป่วยนอก≥ระดับ F (ครั้ง)	0	0	0	0
8. อัตราAdministration errorผู้ป่วยนอก (ต่อ1,000ครั้งฉีดยา)	0	0	0	0
9. จำนวนAdministration errorผู้ป่วยนอก≥ระดับF (ครั้ง)	0	0	0	0
10. จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่รุนแรง (ตั้งแต่ระดับ F)	0	0	0	0
11. ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอก (นาที)	30	26.66	20.07	24.2
12. ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)	80	82	84.63	87.87
13. จำนวนข้อร้องเรียน	0	1	2	4
งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน				
1. Prescribing Error (อัตราต่อ 1,000 วันนอน)	< 5%	4.17	5.59	5.65
2. Transcribing Error (อัตราต่อ 1,000 วันนอน)	< 3%	1.93	3.04	3.54
3. Pre-dispensing Error (อัตราต่อ 1,000 วันนอน)	< 5%	2.1	2.22	3.6
4. Dispensing Error (อัตราต่อ 1,000 วันนอน)	<1.5	1.12	1.85	2.22
5. Prescribing Error ตั้งแต่ระดับ E	0	0	0	0
6. Dispensing Error ตั้งแต่ระดับ E	0	0	1	0
7. ระยะเวลาของ stat drug	30	33.66	34.45	36.34
8. ร้อยละใบสั่งยาส่งไม่ทันรอบ	< 10%	14.6	16.54	14.41
9. ร้อยละการสำรองยาบนหออผู้ป่วยที่ถูกต้อง	> 80%	84.3	93.71	94.38
10. ร้อยละการสำรองยาเสพติดบนหออผู้ป่วยที่ถูกต้อง	100%	100	100	100

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566	2567
11. การเปิดใช้ Emergency box ที่ไม่ตรงตามข้อกำหนด	<10%	12.04	7.7	12.11
12. มาตรฐานการใช้ Antibiotic	> 80%	81.31	83	82.88
13. DDD รวมต่อ 100 วัน (ATB ทั้งหมด) จ่ายจากคลังยาเปรียบ เทียบกับ ปี 2561	ลดลง	158.72	176	168.92
งานเภสัชกรรมการผลิต				
1. อัตรายาผลิตไม่มีจ่ายให้ผู้ป่วย	ร้อยละ 0.5	0	0	0
2. อัตรา น้ำดื่มบริโภค ไม่มีจ่าย	ร้อยละ 5	5.7	0	0
3. อัตรา compounding error	ร้อยละ 0.25	0	0	0
4. อัตราสถานที่ผลิตยาทั่วไปผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ 100	100	100	100
5. อัตราสถานที่ผลิตยาปราศจากเชื้อผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ 100	100	100	100
6. อัตราสถานที่ผลิตน้ำดื่มบริโภคผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ 100	100	100	100
7. อัตราผลิตภัณฑ์ยาผลิตทั่วไปผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ 100	100	100	100
8. อัตราผลิตภัณฑ์ยาปราศจากเชื้อผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ 100	100	100	100
9. อัตราผลิตภัณฑ์น้ำดื่มบริโภคผ่านมาตรฐานด้านจุลินทรีย์	ร้อยละ 100	100	100	100
10. อัตราจำนวนรายงานปัญหาคุณภาพยาผลิต	ร้อยละ 0	0	0	0
11. ร้อยละความทันเวลาในการส่งมอบยาเคมีบำบัด	ร้อยละ 90	100	100	100
12. ร้อยละความทันเวลาในการส่งมอบ TPN	ร้อยละ 90	100	100	100
13. คะแนนมาตรฐานการเตรียมเคมีบำบัด	ร้อยละ 90	94.5	94.5	96.5
14. คะแนนมาตรฐานการเก็บสำรองยา(ห้องผลิตยาทั่วไป)	ร้อยละ 90	N/A	95.92	92.75
15. คะแนนมาตรฐานการเก็บสำรองยา(ห้องผลิตยาปราศจากเชื้อ)	ร้อยละ 90	N/A	81.62	96.10
งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ				
1. ร้อยละมาตรฐานงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ รพ.สต.ติดตาม	ร้อยละ 80	91.04	98.96	93.13
2. MOS รพ.สต. (เดือน) เพื่อควบคุมการสำรองยาให้เหมาะสม	น้อยกว่า 2.5	1.37	1.39	1.49

◇ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566	2567
3. ร้อยละ รพสต. ที่ผ่านเกณฑ์การใช้จ่ายปฏิชีวนะสมเหตุผล (RUA)	ร้อยละ 100	100	100	100
4. ร้อยละความครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรมโรคเรื้อรัง โดยเภสัชกร ในรพ.สต.	ร้อยละ 80	95.23	90.23	92.74
5. ร้อยละ Adherence ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต.	ร้อยละ 80	94.81	91.11	90.56
6. จำนวนการจัดทำระบบ 77arfarin Alert รพสต.(สะสมราย)	ทุกราย	1149	1243	1302
7. จำนวนการจัดทำระบบ ADR Alert รพสต.(สะสมราย)	ทุกราย	6828	7434	8255
8. ร้อยละการประกันคุณภาพถูกใช้วัคซีนด้วย DATA LOGTAG รพ.สต.	ร้อยละ 100	100	100	100
9. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัว palliative care ที่ได้รับการดูแลทางเภสัชกรรมคลินิก เยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร (สะสม เริ่มปี 61)	-	466	545	618
10. ร้อยละความสำเร็จของการจัดการDTPจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร	ร้อยละ 50	65.22	63.01	55.06
11. ชุมชนต้นแบบใช้จ่ายปลอดภัย (RDU Community)	1ชุมชน/ปี	1	1	2

ที่มา : กลุ่มงานเภสัชกรรม

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. ทรัพยากรบุคคล ปีงบประมาณ 2565 – 2567

รายการ	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1. แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	4	6	6
2. พยาบาลวิชาชีพ	26	26	28
3. นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์	2	2	2
4. เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)	6	6	6
5. ผู้ช่วยพยาบาล	2	2	1
6. พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	3	3	4
7. พนักงานช่วยพยาบาล (งานธุรการ)	2	2	2
8. พนักงานเปล ประจำ ER	1	1	1

1.1 การจัดอัตรากำลังปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2565 – 2567

รายการ	ปีงบ 2565			ปีงบ 2566			ปีงบ 2567		
	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย
1.แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	0-1	1-3	0-1	0-1	1-3	0-1	0-1	1-3	0-1
2.พยาบาลวิชาชีพ	5	11	10	5	11	10	5	11-12	10
3.นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1
4.เจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน)	2	2-3	2	2	2-3	2	2	2-3	2
5.ผู้ช่วยพยาบาล	0	1	1	1	1	1	1	1	1
6.พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	0	1	1	1	1	1	1	1	1
7.พนักงานช่วยพยาบาล (ธุรการ)	0	1-2	0	0	1-2	0	0	1-2	0
8.พนักงานเปล	0	1	0	0	1	0	0	1	0

◇ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

2. ผลการดำเนินงาน

1) งาน Pre -Hospital management

1.1 สถิติงาน Pre -Hospital Care (ราย) ปีงบประมาณ 2564 – 2566

รายการ	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2566		
หน่วยปฏิบัติการโรงพยาบาลลำพูน			รายปี	จำนวน case เฉลี่ย/เดือน	จำนวน case เฉลี่ย/วัน
ออกปฏิบัติการทั้งหมด	1,508	895	905	75	3
- ระดับ ALS ออกปฏิบัติการ	475 (30.31%)	549 (61.34%)	548 (60.55%)	45	2
- ระดับ ILS ออกปฏิบัติการ	1,051 (69.69%)	346 (38.66%)	357 (39.45%)	30	1

1.2 ข้อมูลอัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วน (สีแดง) ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ปีงบประมาณ 2565 – 2567

ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เร่งด่วน (สีแดง) ที่มาด้วยระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567		
			รายปี	จำนวน caseเฉลี่ย/ เดือน	จำนวน case เฉลี่ย/วัน
- ผู้ป่วย Trauma	49.74 (284/571)	47.16 (299/634)	44.41 (318/716)	27	1
- ผู้ป่วย Non - trauma	21.97 (1,710/7,785)	20.3 (1,769/8,714)	21.61 (1,907/8,825)	159	5
- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วน ทั้งหมด (สีแดง) ทั้งหมดที่มาด้วยระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	23.86 (1,994/8,356)	22.12 (2,068/9,348)	23.32 (2,225/9,541)	186	6

2) งานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล (In - Hospital care)

2.1 สถิติจำนวนงานบริการผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ราย) ปีงบประมาณ 2565 – 2567

รายการ	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567		
			รายปี	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
1. งานคัดกรองผู้ป่วย ส่งตรวจ OPD	4,174	4,198	4,249	354	12
ส่งตรวจ ER	38,090	43,280	43,887	3,657	120
2. ประเภทผู้ป่วย					
2.1 Resuscitation	2,957	3,246	3,213	268	9
2.2 Emergency	9,289	10,314	10,312	859	28
2.3 Urgency	13,439	15,111	16,267	1,356	45
2.4 Semi – urgency	7,433	8,439	8,517	710	23
2.5 Non-urgency	4,972	6,170	5,578	465	15
รวมทั้งหมด	38,090	43,280	43,887	3,657	120
3. งานห้องสังเกตอาการ					
3.1 ผู้ป่วยสังเกตอาการ	3,206	3,396	6,881	573	19
3.2.ผู้ป่วยทำหัตถการ/ฉีดยาต่อเนื่อง (ส่งมาจากOPD/OPDนอกเวลา)	7,207	8,524	8,981	748	25
4. การจำหน่าย					
4.1 Admit	14,511	18,267	16,279	1,357	45
4.2 เข้าICU	2,068	2,470	2,461	205	7
4.3 เข้าOR	99	144	144	12	0.4
4.4 Refer	387	446	502	42	1
4.5 เสียชีวิต	90	85	92	8	0.2

2.2 สถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด (ราย) ปีงบประมาณ 2565 – 2567

รายการ	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567		
			รายปี	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
1. อุบัติเหตุทั่วไป	6,887	7,951	8,272	689	23
2. อุบัติเหตุจากรถ	2,990	3,257	3,514	293	10
3. ผู้ป่วยฉุกเฉิน	23,937	22,910	27,898	2,325	76
4. ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน	4,276	5,440	4,203	350	12
รวมยอดผู้ป่วยทั้งหมด	38,090	43,280	43,887	3,657	120

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

2.3 สถิติจำนวนผู้ป่วยซับซ้อนที่ให้บริการในระบบ Fast track (ราย) ปีงบประมาณ 2565 – 2567

รายการ	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567		
			รายปี	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
1. MI	40	47	98	8	0.3
2. Stroke	240	285	300	25	1
3. Severe head injury	111	82			
4. Multiple trauma	65	75	115	10	0.3
5. Sepsis	842	1,086	1,666	139	5

ตารางแสดง: ตัวชี้วัดคุณภาพงานบริการผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ในกลุ่มโรคสำคัญ ปีงบประมาณ 2565 - 2567

รายการ	เป้าหมาย	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1. ร้อยละ Fast track MI *Door to needle time < 30min	> 80	100 (1/1)	100 (2/2)	100 (1/1)
2. ร้อยละ Fast track MI * Door to PCI < 120min	> 80	91.67 (22/24)	100 (36/36)	96.92 (63/65)
2. ร้อยละ Fast track Stroke * Door to needle time < 45 นาที (ปี 67) (ปี 65-66 < 60 นาที)	> 60	68 (51/75)	76.47 (65/85)	54.44 (49/90)
3. ร้อยละ Fast track Severe Head injury *Door to incision time < 60 นาที	> 80	29.17 (7/24)	7.69 (1/13)	35.71 (5/14)
4. ร้อยละ Fast track Multiple trauma *Door to incision time < 60 นาที	> 80	57.89 (11/19)	77.27 (17/22)	29.63 (8/27)
5. ร้อยละ Fast track Sepsis *Door to ATB < 60 นาที	> 60	51.65 (251/486)	70.44 (765/1,086)	64.17 (1,069/1,666)

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

3) งานศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉินจังหวัดลำพูน (Referral Center)

3.1 สถิติจำนวนการประสาน รับส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน (ราย) ปีงบประมาณ 2565 – 2567

รายการ	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567		
			รายปี	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
1. Refer in	6,767	7,374	7,591	633	21
2. Refer out	616	717	803	66	2
3. Refer back	571	637	723	60	2
4. Refer receive	82	51	48	2	-

3.2 กลุ่มโรคผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ประสานรับ Refer in ปีงบประมาณ 2565 - 2567

ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1.อายุรกรรม (1,883)	1.อายุรกรรม (2,024)	1.ศัลยกรรม (1,872)
2.ศัลยกรรม (1,677)	2.ศัลยกรรม (1,516)	2.อายุรกรรม (1,810)
3.ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (1,235)	3.ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (1,393)	3.ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (1,236)
4.โรคหลอดเลือดสมอง (443)	4.โรคหลอดเลือดสมอง (403)	4.Neuro Surg (372)
5.ศัลยกรรมประสาทอุบัติเหตุ (373)	5.ศัลยกรรมประสาทอุบัติเหตุ (297)	5. Neuro Med (295)

3.3 กลุ่มโรคผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประสานส่งต่อ Refer out (ราย) ปีงบประมาณ 2565 - 2567

ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1.โรคหลอดเลือดหัวใจ (145)	1.โรคหลอดเลือดหัวใจ (212)	1.โรคหลอดเลือดหัวใจ (272)
2.อายุรกรรม (139)	2.อายุรกรรม (93)	2.ศัลยกรรม (120)
3.จิตเวช (80)	3.ศัลยกรรม (80)	3.อายุรกรรม (71)
4.ศัลยกรรมประสาท (78)	4.จิตเวช (75)	4.จิตเวช (65)
5.ศัลยกรรม (73)	5.ศัลยกรรมประสาท (46)	5.ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (60)

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

4) ผลการดำเนินงาน ตามประเด็นการนิเทศงานและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เขตสุขภาพที่ ๑ จังหวัดลำพูน Service plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวข้อการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัด

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 10

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Level 1 ภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1)	8.93 (264/2,957)	6.59 (214/3,246)	7.75 (249/3,213)
แยกประเภท - Non-trauma	8.03 (217/2,703)	5.96 (176/2,970)	7.00 (207/2,958)
แยกประเภท - Trauma	18.50 (47/254)	13.77 (38/276)	16.47 (42/255)

2. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับด้วยระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในโรงพยาบาลระดับ A, S M1	23.86 (1,944/8,356)	22.12 (2,068/9,348)	21.19 (2,022/9,541)

3. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) น้อยกว่าร้อยละ 5 (นับจาก ICD10 S S06.1 – 06.9)

	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury)	9.15 (45/492)	9.38 (41/489)	8.06 (50/620)

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

ประเด็นติดตาม

1. อัตราของผู้ป่วยtrauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ80

	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
อัตราของผู้ป่วยtrauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	41.86 (18/43)	44.19 (19/43)	68.57 (24/35)

2. อัตราของผู้ป่วยtriage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับA, S, M1 ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60

	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
อัตราของผู้ป่วยtriage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับA, S, M1	60.18 (5,591/9,291)	57.38 (7,782/13,563)	45.36 (6,332/13,958)

3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5 ในรพ. ระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 4

	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5 ในรพ. ระดับ A, S, M1	ร้อยละ 0.76 (23/3,032)	ร้อยละ 0.38 (11/2,888)	0.25 (8/3,238)

◇ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

รายงานตัวชี้วัด ECS จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2567

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลจังหวัดลำพูน แยกรายอำเภอ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 10

โรงพยาบาล	อัตราการเสียชีวิต Trauma level 1 ภายใน 24 ชม.			อัตราการเสียชีวิต Non-Trauma level 1 ภายใน 24 ชม.			อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม.		
	เสียชีวิต Trauma level 1	Trauma Level 1 ทั้งหมด	คิดเป็น ร้อยละ	เสียชีวิต Non-Trauma level 1	Non-Trauma level 1 ทั้งหมด	คิดเป็น ร้อยละ	เสียชีวิต Level 1 ทั้งหมด	ผู้ป่วย Level 1 ทั้งหมด	คิดเป็น ร้อยละ
ลำพูน S	42	255	16.47	207	2,958	7.00	249	3,213	7.75
ลี้ F1	6	58	10.34	10	531	1.88	16	589	2.72
ป่าซาง F1	7	31	22.58	24	324	7.41	31	355	8.73
แม่ทา F2	4	283	1.41	14	867	1.61	18	1,150	1.57
บ้านโฮ้ง F2	0	3	0	2	233	0.86	2	236	0.85
บ้านธิ F2	3	157	1.91	5	217	2.30	8	374	2.14
ทุ่งหัวช้าง F2	1	10	10.00	3	100	3.00	4	110	3.64
เวียงหนองล่อง F3	4	6	66.67	17	156	10.90	21	162	12.96
รวมทั้งจังหวัด	67	803	8.34	282	5,386	5.24	349	6,189	5.64

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

2. อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในโรงพยาบาลในจังหวัดลำพูน
แยกรายอำเภอ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30)

โรงพยาบาล	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)		คิดเป็นร้อยละ
	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบ EMS	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมด	
ลำพูน S	2,225	9,541	23.32
ลี้ F1	1,302	5,919	22.00
ป่าซาง F1	363	2,364	15.36
แม่ทา F2	554	1,1147	48.30
บ้านโฮ่ง F2	86	487	17.66
บ้านธิ F2	380	2,075	18.31
ทุ่งหัวช้าง F2	111	649	17.10
เวียงหนองล่อง F3	79	161	49.07
รวมทั้งจังหวัด	5,100	22,343	22.83

5 อันดับกลุ่มโรค 5 อันดับโรคที่พบบ่อย (High Volume)

ลำดับ	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1	Dyspepsia (3 %)	Gastroenteritis (2.6%)	Gastroenteritis (3.03%)
2	Gastroenteritis (3.2%)	Dyspepsia (2.4 %)	Dyspepsia (2.5 %)
3	Dizziness (2.4%)	Pneumonia (2.1 %)	Labour pain (2.22 %)
4	Labour pain (2.3%)	Labour pain (2 %)	Pneumonia (2.08 %)
5	Ac.Appendicitis (2%)	Dizziness (1.8%)	Dizziness (1.85%)

5 อันดับโรคเสียชีวิต

ลำดับ	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1	AC.MI /CHD (54.4%)	AC.MI / CHD (48.2%)	AC.MI / CHD (37%)
2	Multiple organ injury (11%)	Multiple organ injury (11.8%)	Multiple organ injury (16.3%)
3	Ac Aortic syndrome (11%)	Ac Aortic syndrome (8.2%)	Ac Aortic syndrome (7.6%)
4	Severe head injury 8.7%)	Sepsis/Septic shock (7%)	Sepsis/Septic shock (6.5%)
5	Covid-19 (6%)	UGIH (7%)	UGIH (6.5%)

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

1. บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (purpose)

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูนให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมและผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และผู้ให้บริการมีความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ

เปิดให้บริการรับผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 12 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดล้างไต ผู้ป่วยที่อวัยวะในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ เป็นต้น จำนวนทั้งหมด 8 เตียง และให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ระยะเวลาพลันที่ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 4 เตียง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก หอผู้ป่วยสามัญ ห้องปฏิบัติการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	มีเตียงในการรองรับผู้ป่วยวิกฤตจากหอผู้ป่วยสามัญเพียงพอ มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว มีการประสานงานที่ดี สอดคล้อง เชื่อมโยงกัน ความถูกต้อง ครบถ้วน ในการบันทึกการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเก็บส่งตรวจอย่างมีคุณภาพ และการประสานงานที่ดี มีเตียงและเครื่องมือในการรองรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เพียงพอ พร้อมรับการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวดเร็ว รับข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ก่อนการส่งต่อ มีการประสานงานที่ดี สอดคล้อง เชื่อมโยงกัน
ลูกค้าภายใน ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย	ได้รับการที่รวดเร็ว ปลอดภัย อาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาล มียาและ อุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอและทันสมัย ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง ได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วย เรื่องการรักษา การปฏิบัติตัวของญาติขณะที่ผู้ป่วย รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ด้วยการบริการ ที่ดี มีช่องทางการสอบถามอาการผู้ป่วยได้

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยและญาติ รับรู้ข้อมูล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	การ Identify ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	1. ทบทวนแนวทาง Identify โดยใช้ 3 จุดหยุดความเสี่ยง ตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล 2. ชี้แจงแนวปฏิบัติ นิเทศ กำกับ ตามแนวทางที่กำหนดทุกเวอร์	ไม่พบอุบัติการณ์ การ Identify ผิดพลาด
2	การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ (Blood chemistry Hemolysis และ CBC Clot)	1. ทบทวนแนวทางการเก็บสิ่งส่งตรวจตามข้อกำหนดของห้องปฏิบัติการ 2. ชี้แจงแนวปฏิบัติ นิเทศ กำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดทุกเวอร์	ไม่พบอุบัติการณ์ Blood chemistry hemolysis และ CBC clot
3	ผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจ	1. ทบทวนแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ MAAS score เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการดิ่งท่อช่วยหายใจ 2. หากผู้ป่วยมีคะแนน MAAS score มากกว่า 6 คะแนน พิจารณารายงานแพทย์เพื่อให้ยาแก่ผู้ป่วย 3. แจ้งญาติรับทราบถึงความจำเป็นในการผูกยึดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการดิ่งท่อช่วยหายใจ 4. ประเมินความพร้อมผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทุกวัน เวย์เข้า โดยใช้ Weaning score และรายงานแพทย์ เพื่อร่วมพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ	ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจ

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1,383	1,159	1,070	927
5 อันดับแรกของโรค				
1. stroke	264	187	262	241
2. CHF ADHF	144	180	126	108
3. Sepsis/Septic shock	149	167	103	86
4. Pneumonia	185	159	144	146
5. ESRD	80	81	87(COPD)	69 (COPD)

2. ด้านบุคลากร

จำนวนบุคลากร	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
พยาบาลวิชาชีพ	21 (รวมหัวหน้ากลุ่มงาน)	21 (รวมหัวหน้ากลุ่มงาน)	21 (รวมหัวหน้ากลุ่มงาน)
พนักงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้	3	4	4

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง

หลักสูตร	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ปริญญาโทสาขาการบริหารการพยาบาล	1	1	1
ปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่	1	1	1
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	11	11	11
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ	1	2	2
สาขาการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1	4	4

อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ

เวร	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เวรตึก	1:2.4	1:2.4	1:2.4
เวรเช้า	1:2	1:2	1:2
เวรบ่าย	1:2	1:2	1:2

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

หน่วยงานมีการจัดทำแผนในการพัฒนาบุคลากรประจำปี โดยพิจารณาจากความต้องการฝึกอบรมโดยประเมินจากปัญหาในการปฏิบัติงาน อุบัติการณ์ ข้อร้องเรียน และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง มีทั้งแผนฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ภายในโรงพยาบาลมีการส่งเข้ารับการอบรมตามแผนการจัดอบรมของ HRD และกลุ่มการพยาบาล ในหน่วยงานมีการกำหนดการประชุมวิชาการ โดยมอบหมายผู้รับผิดชอบ การอบรมภายนอก กำหนดให้มีการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 4 เดือน ปีละ 1 คน อบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 เดือน ปีละ 1 คน อบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีละ 1 คน และมีการสนับสนุนให้มีการอบรมและศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่

มีการจัดทำตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมาไว้ให้ศึกษาค้นคว้าในหน่วยงาน และสามารถใช้ Internet ในการศึกษาค้นคว้าความรู้ใหม่ ๆ นอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ ทำวิจัย นวัตกรรม CQI R2R เพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ		
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
Ventilator	12	12	12
Defibrillator	1	2	2
Central monitor	13	13	13
EKG 12 leads	1	1	1
Internal pacemaker	1	1	1
เครื่อง Ultrasound ขนาดพกพา (V scan)	1	1	1
เครื่อง Gide scope	1	1	1

เครื่องช่วยหายใจมีพร้อมใช้งานครบตามจำนวนเตียง และมีสำรองในหน่วยงาน มีการบำรุงรักษาโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์ ตามแผนงานทุกปี แต่บางครั้งพบว่า อุปกรณ์ เครื่องมือ ชำรุดจากการใช้งานที่ไม่ถูกต้อง ได้จัดให้มีการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ มีการตรวจสอบประจำวัน มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ทุก 1 ปี ส่งซ่อมบำรุง และนำเข้าแผนประจำปี เพื่อจัดซื้อเครื่องมือและครุภัณฑ์แพทย์เพิ่มเติม

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

2. กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ - การประเมินผู้ป่วยแรกเข้ารับการรักษา	1. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินทางคลินิกอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตั้งแต่แรกรับการรักษา 2. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม มีการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว	1. พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทันที ร้อยละ 100 2. ให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไปแก่ญาติทุกรายตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย 3. ลงนามยินยอมการรักษา/การทำหัตถการ/ การผูกมัด ถูกต้อง ทุกครั้งและทุกราย
2. การวางแผนดูแลรักษา 2.1 ผู้ป่วย วิกฤต Sepsis/Septic Shock, Acute MI, Stroke 2.2 ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับยา HAD 2.3 ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินอาการ การช่วยเหลือ และแก้ไขภาวะวิกฤต ได้อย่างเหมาะสมรวดเร็ว ทันต่วงที่ ให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉิน - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา HAD - ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมิน/การดูแลทันทีโดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 - ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care MAPs / CPG - ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการให้ยา HAD - อัตราการติดเชื้อ VAP - อัตราการถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ - อัตราการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย
2.4 ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้อง Closed Monitoring	- ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากพยาบาลวิชาชีพ และ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

❖ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
3. การวางแผนการจำหน่าย 1. ผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ เช่น Acute MI, DM, COPD, HT, Stroke	- ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแล สุขภาพตนเองเบื้องต้นได้	- จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน - ระบบส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องไปยังเครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือ
2. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟู เช่น CVA, ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ครบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการส่งต่อไปแต่ละหน่วยงานเพื่อประสานงานไปยังเครือข่าย	- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากตึกผู้ป่วยหลังจากย้ายไปรักษาต่อที่หน่วยงานอื่นจนถึงจำหน่าย
4. การดูแลทั่วไป 1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย HIV 2. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งทุกราย	- ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่องการรักษา ความลับการดูแลรักษา - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามแนวทาง	- ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ - จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษาและไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น
5. การตอบสนองความต้องการของผู้ ให้บริการ 1. การดูแลสุขภาพบุคลากร 2. การบาดเจ็บจากการทำงาน 3. การพิจารณาความดีความชอบ	- มีโครงการตรวจสอบสุขภาพให้ บุคลากรทุกปี/ การรับวัคซีนป้องกันโรค - บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน - บุคลากรทุกคนได้รับการพิจารณาความดีความชอบ 2 ครั้ง/ปี - บุคลากรและญาติทุกคนได้รับสวัสดิการ การเจ็บป่วย และการดูแลเอาใจใส่เมื่อมีอาการเจ็บป่วย	- บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 100 - จำนวนบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน - จำนวนบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน - บุคลากรทุกระดับได้รับการเลื่อนขั้นเงินเดือน 2 ครั้ง/ปี - มีสวัสดิการให้กับเจ้าหน้าที่และญาติสายตรงในกรณี เจ็บป่วย/คลอดบุตร/เสียชีวิต

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก				
1. อัตราตาย (รวม)	<30%	9.56	7.76	7.40
2. อัตราการเกิด VAP	<3.5	2.70	2.41	2.55
3. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	<1.5	0.098	0.69	0.34
4. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ 2	<5	1.49	0.58	0.54
5. จำนวนวันนอน (LOS)	<5 วัน	3.57	3.60	4.06
6. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา ระดับ E-ขึ้นไป	0	0	0	0
7. ความผิดพลาดในการให้เลือด	0	0	0	0
8. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตก หกล้มของผู้ป่วย	0	0	0	0
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ				
1. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล	>80%	88.46	91.60	91.83
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	>80%	92.06	85	94.35
3. จำนวนข้อร้องเรียน	0 ราย	0	0	0
4. การพัฒนางานกิจกรรม 5ส (ในหน่วยงาน)	80%	90.8	92.32	93.54
5. เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้รับการฟื้นฟูวิชาการไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง/ปี	80%	14.29	38.10	33.34
6. Productivity	90 %	104.09	105.95	102.99

ผลการดำเนินงาน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. สถิติ			
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1,159	1,070	932
จำหน่ายกลับบ้าน	40	112	79
ส่งต่อรักษา	8	3	7
ถึงแก่กรรม	109	82	67

❖ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
คิดเป็นอัตราตายร้อยละ	9.56	7.76	7.08
ย้ายตึก	821	708	614
ไม่สมัครอยู่	53	37	20
วันนอนเฉลี่ย / เดือน	334.75	315	313.83
เฉลี่ยนอน รพ.คนละ(วัน) / เดือน (LOS)	3.57	3.6	4.06
อัตราการไข้เตี้ย / เดือน	8.38	7.43	6.62
อัตราการครองเตียง / เดือน	91.83	86.38	88.24
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด	972	746	648
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดเฉลี่ย / เดือน	81	62.16	54
2. สถิติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ			
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	972	746	648
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม weaning	656	552	486
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	587	478	438
อัตราการ weaning สำเร็จ	89.48	87.25	90.16
จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ	14	16	12
จำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	6	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายทั้งท่อช่วยหายใจขึ้นตึกสามัญ	74	51	30
3. สถิติการช่วยฟื้นคืนชีพ			
จำนวนครั้งที่ CPR	20	17	10
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและอาการดีขึ้น ย้ายกลับ ward	0	1	1
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและเสียชีวิตในเวลาต่อมา	5	7	2
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและ Refer ต่อ	0	0	0
หลังการ CPR แล้วไม่มีชีพจร	15	9	7

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์

อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเป้าหมายคือ 80%

ปี 2565 89.48 %

ปี 2566 87.25 %

ปี 2567 90.34 %

สรุปงานสถิติ

ปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาทั้งหมด 932 ราย อัตราการตายร้อยละ 7.08 อัตราการครองเตียง เท่ากับ 88.24 (ค่า > 120 หมายถึงมีเตียงไม่เพียงพอ มีความแออัด ค่า 80-100 หมายถึงเหมาะสม ค่า < 80 หมายถึงใช้เตียงไม่คุ้มค่า) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา มีการพัฒนาระบบการให้บริการในหอผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยส่งเสริมความรู้ความสามารถของบุคลากร นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลเรียนเฉพาะทาง ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ดีขึ้น ในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด 648 ราย และสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ คิดเป็นอัตราการ weaning สำเร็จ อยู่ที่ร้อยละ 90.16 มีการทำการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) จำนวน 20 ราย ซึ่งในปีนี้มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมทรวงอก แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคหัวใจ และแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์โรคไต แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร มาให้การดูแลผู้ป่วย อีกทั้งปีงบประมาณ 2567 มีการรับผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมกระดูกที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดและต้องสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด มีจำนวน 21 ราย ผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดและสามารถย้ายกลับตึกเดิมได้

การดำเนินการที่จะพัฒนาต่อไปคือ การเพิ่มอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จให้มากขึ้นเป็น 92% นำแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP มาใช้เพื่อลดอัตราการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การนำแนวปฏิบัติการประเมิน MAAS score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง

5 อันดับแรกของโรคที่สำคัญปี 2567 มีดังนี้

1. Stroke	241	ราย
2. Pneumonia	146	ราย
3. CHF/ADHF	108	ราย
4. Sepsis/Septic shock	86	ราย
5. COPD	69	ราย

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

5 อันดับโรคที่เสียชีวิตปี 2567

1. Pneumonia	19 ราย
2. Sepsis/Septic shock	13 ราย
3. Stroke	9 ราย
4. ADHF/UTI	4 ราย
5. CA/COPD	2 ราย

ปัญหาและอุปสรรค

1. การรับผู้ป่วยวิกฤตเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ได้ล่าช้า เนื่องจากหอผู้ป่วยสามัญมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ล่าช้า
2. พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ทุกคน ยังไม่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง อย่างเพียงพอ

แนวทางพัฒนา

1. ทำตารางสรุปเรียง Priority ในแต่ละวัน เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์เวรพิจารณาการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยได้เร็วขึ้น
2. พัฒนาความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมในหน่วยงาน เชิญตัวแทนผู้จำหน่ายเครื่องบำบัดทดแทนทางไตมาให้ความรู้และทดลองทำ

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

4.1.1 หน่วยงานได้จัดระบบการดูแลให้การรักษายาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคตาม CPG, Care MAPs ของแต่ละกลุ่มโรค เช่น โรค STEMI, COPD, CHF, Sepsis, และ Stroke การบริการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วยการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมใช้สำหรับการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ระบบการรับผู้ป่วย ระบบการรายงานแพทย์ ระบบการส่ง X-ray / CT การส่ง Lab การให้เลือด ระบบยา โดยเฉพาะการให้ยา Stat drug ตลอดจนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการบันทึกทางการพยาบาลอย่างละเอียด

4.1.2 ระบบการบริหารยา

1. ร่วมกับเภสัชกรในการจัดทำป้ายแสดงตารางการปรับยา high alert drug
2. มีระบบการจัด Stock ยาและปรับจำนวนยาใน Stock ให้เพียงพอต่อการใช้งานในกรณีฉุกเฉิน
3. มีระบบการตรวจสอบยาที่ใช้กับผู้ป่วยทุกรายทุกเวรทุกวัน
4. มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยา

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

4.1.2 ระบบการบริหารยา (ต่อ)

5. มีระบบมอบหมายงานให้แก่เจ้าหน้าที่ในแต่ละเวรแต่ละวันรับผิดชอบยาเป็นเฉพาะราย
6. จัดระบบยาเป็น Daily dose และยาเฉพาะราย
7. มีระบบการจัดการยาใช้ก่อนและหลัง (First in – First out)
8. จัดทำ WI ในการใช้ยาและการเฝ้าระวังการใช้ยา HAD ร่วมกับคณะกรรมการความปลอดภัยของโรงพยาบาลทำ High Alert Drug Trip แทนใบ IV เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
9. ลดขั้นตอนการรับ Order แพทย์ของพยาบาล โดยให้เภสัชกรเป็นผู้รับ Order ผ่านระบบ FAX
10. ลดขั้นตอนการรับ Order ยาลง Medical Record sheet โดยใช้ระบบ Electronic MAR sheet
11. ลดขั้นตอนการเขียน Card ยา โดยได้รับ sticker ยาจากห้องยา
12. มีการตรวจสอบควบคุมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยใช้ระบบ Double check
13. ยา High Alert Drug ทุกชนิดที่นำไปให้ผู้ป่วยใช้ HAD trip ติดข้างขวด พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาและบันทึกด้วยปากกาสีแดง
14. ยา Enoxaparin ได้จัดทำใบ Medical Record Sheet ไว้เฉพาะ โดยกำหนดตำแหน่งที่ฉีดและแนวทางการฉีดไว้ และมีการเฝ้าระวังการเกิด Side Effect ของยาอย่างใกล้ชิด
15. ดำเนินการบริหารยาโดยระบบ UIMC อย่างต่อเนื่อง

สถิติความคลาดเคลื่อนทางยา งานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ปี 2566-2567

Medication error	ปี 2566	ปี 2567
Pre-admin error	0	0
Admin error	1	1
1. Admin error แบ่งตามอุบัติการณ์		
ไม่ได้ให้ยาหรือให้ยาไม่ครบ	0	0
ให้ยาผิดคน	0	0
ให้ยาผิดชนิด	1	1
ให้ยาผิดปริมาตร/ ผิดขนาด	0	0
ให้ยาผิดเวลา	0	0
ให้ยาผิดวิธีทาง	0	0
ระยะเวลาในการให้ยาผิด (อาจสั้นไปหรือยาวไป)	0	0
ผิดบันทึก	0	0
2. Admin error แบ่งตามระดับความรุนแรง		
- Grade C	0	1

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

Medication error	ปี 2566	ปี 2567
- Grade D	1	0
- Grade E	0	0
- Grade F	0	0
3. ให้ยาผู้ป่วยที่มี ADR / แพ้ยาล้าง	0	0
4. พบผู้ป่วยที่เกิดอาการแพ้ยา	0	0
5. ให้ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน	0	0
อื่น ๆ	0	0

Medication Error	เป้าหมาย (0 ครั้ง)	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
Admin error ระดับ A-C	0	1	0	1
Admin error ระดับ D	0	0	1	0
Admin error ระดับ E	0	0	0	0
Admin error ระดับ F	0	0	0	0
การแพ้ยาล้าง	0	0	0	0

ดำเนินงาน ความคลาดเคลื่อนทางยาของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ปีงบประมาณ 2567

จากการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 พบ Administration Error ระดับ C 1 รายงาน เป็นการให้ยาผิดชนิด แพทย์มีคำสั่งการรักษาใช้ยา clobetasone 0.05% scalp lotion แต่ได้รับยาจากห้องยาเป็น clobetasone 0.05% scalp cream และได้ให้ยากับผู้ป่วยจากการตรวจสอบยาพบว่าไม่ตรงตามแผนการรักษา จึงได้ประสานห้องยาจ่ายยามาให้ตรงตามแผนการรักษา จากเหตุการณ์ได้มีการประชุมภายในหน่วยงาน ทบทวนกระบวนการบริหารยา เน้นให้ตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยากับ order แพทย์ทุกครั้ง และทบทวนการบริหารยาโดยยึดหลัก 10 Rs ผลลัพธ์ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำภายใน 3 เดือน

4.1.3 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

1. ทำการศึกษาวิจัยใน ปี 2548, 2550, 2551, และ 2562 เกี่ยวกับการดูแลการป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจนกลายเป็น งาน CQI ของหน่วยงานในปัจจุบัน
2. เฝ้าระวังและควบคุมดูแลระบบงาน IC ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
3. รมรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง และรณรงค์ให้ญาติล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

4. ควบคุมและกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ ที่มาฝึกปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด ในระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

5. เพิ่มมาตรการควบคุมเฝ้าระวังในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ทำโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และนำมาปฏิบัติในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

ผลการเฝ้าระวังงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
อัตราการเกิด HAI	<1.5	4.73	3.70	1.86
อัตราการเกิด VAP	<3.5	2.70	2.41	2.55
อัตราการเกิด CAUTI	<1.5	0.98	0.69	0.34

4.1.4 ระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

1. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI

สรุปงานผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ 2567

การดำเนินงาน

1. เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์ม ผู้ป่วย CAD : STEMI, NSTEMI , Unstable angina ส่ง CM ศูนย์หัวใจ ได้ครบถ้วน

2. ประสานงาน CM เมื่อมีผู้ป่วย CAD ที่จะส่งต่อและมีระบบการ consult ผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio ทำให้การ consult สะดวก รวดเร็ว และเป็นแนวทางในการรักษาให้กับแพทย์

3. ผู้ป่วย STEMI มีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นมาจากโรงพยาบาลชุมชน จากระบบการ consult CCU ที่ทำได้รวดเร็ว สะดวกผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio. และมีการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้ทันที

4. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อได้รวดเร็วตามระบบทำให้ admit เข้าหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 1 ลดลง

5. ผู้ป่วย CAD ได้รับการส่งตรวจ Echocardiogram หลังจากถอดท่อช่วยหายใจทุกราย

6. มีเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ช่วยตรวจหัวใจได้เบื้องต้นข้างเตียงทำให้แพทย์ประเมินและรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

7. มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหัวใจที่ช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

แนวทางการพัฒนา

1. ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานใช้งานระบบการ Consult ผ่านแอปพลิเคชัน e-cardio
2. จัดทำสื่อการสอนให้ความรู้เรื่องการตรวจ CAG ให้ผู้ป่วยและญาติเพื่อประกอบการตัดสินใจในหน่วยงาน
3. จัดประชุมวิชาการด้านโรคหัวใจและฝึกทักษะในการทำหัตถการเกี่ยวกับหัวใจในหน่วยงาน เช่นการช่วยแพทย์ทำหัตถการ Pericardiocentesis, On Internal pacemaker, On External pacemaker อ่านและแปลผล EKG เป็นต้น และการอบรม ACLS เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

2. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis

การดูแลผู้ป่วยโรค SEPSIS

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน		
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. จำนวนผู้ป่วย sepsis ทั้งหมด	495	188	232
2. จำนวนผู้ป่วย septic shock ทั้งหมด	184	64	85
3. ร้อยละผู้ป่วย sepsis ทั้งหมดอาการดีขึ้นได้รับการย้ายตึกสามัญ	91	82.97	100
4. ร้อยละผู้ป่วย septic shock อาการดีขึ้นได้รับการย้ายตึกสามัญ	56	62.5	61.18
5. ร้อยละของการเข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง หลังการได้รับการวินิจฉัย Septic shock	94	90.62	100.0

กระบวนการหลัก การประเมิน ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย Sepsis /Septic shock ที่เข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ไม่พบปัญหา หน่วยงานสามารถรับดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วย Sepsis ที่เข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 มีอาการดีขึ้น และย้ายออกไปตึกสามัญ ร้อยละ 100 และในกลุ่มผู้ป่วย Septic shock ย้ายกลับตึกสามัญ ร้อยละ 61.18 ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความหนักของอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ

3. ผลการดำเนินงาน Stroke unit

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลลำพูน รวมทั้งหมด 686 ราย และได้เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 252 ราย จำแนกตามประเภทดังนี้

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ยอดผู้ป่วยรวมทั้งหมด	252	100.00
Ischemic stroke	212	84.13
Hemorrhagic stroke	40	15.87

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ยอดผู้ป่วยจำหน่ายทั้งหมด	212	
ย้ายตึก	120	
ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน	3	
ไม่สมัครอยู่รักษาต่อ	1	
Refer ไปรักษาต่อ (กรณีรักษาไม่ได้)	1	
Refer กลับรพช	7	
Refer ไปตามสิทธิ	0	
จำหน่ายกลับบ้าน	65	
จำหน่ายโดย Palliative	6	
ตาย	9	3.53
Ischemic stroke ตาย	7	3.32
Hemorrhagic stroke ตาย	1	2.50
จำนวนวันนอนทั้งหมด	1091	
เฉลี่ยนอนโรงพยาบาลคนละ (วัน) LOS	4.28	
อัตราการไข้เตี้ย	5.31	
อัตราการครองเตียง	75.79	

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit จำแนกรายเดือน ในปีงบประมาณ 2566 ไม่ถึงตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ดังแสดงตามภาพ

หมายเหตุ ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit ที่ส่งตามสถิติตัวชี้วัด จะคิดรวมผู้ป่วยใน ICU surg. ด้วย

จำนวน ผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับยา rt-PA และได้รับการดูแลรักษาใน stroke unit ทั้งหมดรวม 81 ราย Door to needle time $\leq$ 60 นาที มีจำนวน 56 ราย เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 69.14 โดยแต่ละเดือนส่วนมากผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคือ ร้อยละ 60 ดังแสดงตามภาพ

เนื่องจากมีการเก็บตัวชี้วัดเพิ่มเติมคือ Door to needle time $\leq$ 45 นาที (เกณฑ์ตัวชี้วัด $\geq$ ร้อยละ 50) เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ตามเกณฑ์การประเมินของ SSCC โดยในแต่ละเดือนมีการพัฒนาเวลาได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่โดยภาพรวมเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 40.00 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ ตัน ระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ2567

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนผู้ป่วยได้รับยา rt-PA	81	100.00
2	Door to needle time $\leq$ 60 นาที	56	69.14
3	Door to needle time $\leq$ 45 นาที	33	40.74
4	มีภาวะเลือดออกในสมองหลังจากได้ rt-PA	11	13.58
	4.1 มีภาวะเลือดออกในสมองจากยา rt-PA	6	7.41
	4.2 มีภาวะเลือดออกในสมองจาก Lesion	4	4.94
	4.3 อาการทรุดลงหลังมีภาวะเลือดออกในสมอง	2	18.18
5	มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังจากได้ rt-PAเช่น bleeding / แพ้ยา	0	0.00
6	มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอน รพ.	0	0.00
	6.1 pneumonia	0	0.00
	6.2 UIT	0	0.00
7	เสียชีวิตหลังได้ยา rt-PA	6	7.41
8	ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน	0	0.00
9	ไม่สมัครอยู่ไปรักษาต่อ	0	0.00
10	referไปรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า	0	0.00
11	referกลับ รพช / ตามสิทธิ	2	2.47
12	จำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์ palliative	2	3.57
13	อาการดีขึ้น/คงที่หลังได้รับ ยา rt -PA (BIจำหน่าย-BI แรกรับ $\geq$ 0)	73	90.12

จากตารางสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ ตัน ระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) โรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ2567 สรุปได้ดังนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA และได้รับการรักษาใน stroke unit จำนวน 81 ราย หลังได้รับยา rt-PA แล้ว ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือคงที่ จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.12 (คิดคำนวณ จากBI เมื่อจำหน่าย-BIแรกรับ $\geq$ 0) หลังได้รับยา rt-PA มีภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 11 รายคิดเป็น ร้อยละ 13.58 แยกเป็น ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองจากยา rt-PA จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.41 มีภาวะเลือดออกในสมองจาก Lesion จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.94 ซึ่งผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหลังมีภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของผู้ป่วยที่มีเลือดออก ในสมองหลังจากได้รับยา rt-PA ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรพ. มีผู้ป่วย referกลับ รพช / ตามสิทธิ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.44 และหลังได้รับยา rt-PA แล้วมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 8.89

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

โอกาสในการพัฒนางาน

1. ส่งเสริมให้เพิ่มเติมเตียงใน stroke unit ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย stroke ในจังหวัดลำพูน และเพื่อสอดคล้องกับเกณฑ์ตัวชี้วัด คือ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (160 – 169) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งต้องมีจำนวนเตียง 8-10 จึงจะเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยและผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัด
2. พัฒนา Door to Needle Time ให้ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างต่อเนื่อง และตามเกณฑ์ตัวชี้วัด SSCC ที่จะประเมินในครั้งต่อไป จะต้องเพิ่ม Door to Needle Time ≤ 45 นาที ($\geq$ ร้อยละ 50)
3. เข้าร่วมรับการประเมิน DSC และ Standard Stroke Center Certify : SSCC เพื่อพัฒนาให้เกิดคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ในครั้งต่อไป
4. ส่งเสริมการทำวิจัยหรือนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. มีการจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

4.2 การพัฒนาคุณภาพ

1. CoPs Pressure Sore เรื่องการลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย

ตารางแสดงสถิติการเกิดแผลกดทับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

สถิติ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. จำนวนผู้ที่มี Barden < 18 คะแนน	1149	1037	932
2. จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ระดับ 1	0	0	0
3. จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ระดับ 2	6	6	5
4. จำนวนที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ระดับ 3-4	0	0	0
5. จำนวนที่เกิดแผลลุกลาม	0	0	0
6. จำนวนการหายของแผล/ไม่พบการลุกลามของแผลกดทับ	6	6	5
7. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 1 ต่อ 1000 วันนอน	1.5	1.73	1.33
8. จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับต่อผู้ป่วยทั้งหมด	0.52	0.58	0.54

แนวทางการพัฒนา

1. เน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. ใส่แบบฟอร์ม Braden score ในผู้ป่วยทุกราย โดยประเมินคะแนน Braden score ทุกเวรเช้า
3. ดูแลเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ Braden score น้อยกว่า 18
4. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

5. ดูแลจัดหาหมอนขนาดเล็กรองปุ่มกระดูก
6. ดูแลทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้งและใช้วาสลินทาผิวบริเวณก้นผู้ป่วยด้วยเสมอ
7. เพิ่มปัสสาวะระวังการเกิดแผลกดทับ และสังเกตให้เพิ่มความระมัดระวัง
8. ประเมินภาวะทุพโภชนาการ รายงานแพทย์ปรึกษานักโภชนาการ เพื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ
9. ดูแลการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย น้อยกว่า 37.5 องศา และหัตถการให้ยา antibiotic ตามแผนการรักษา

2. CoPs Admin

ผลการดำเนินงาน ความคลาดเคลื่อนทางยาของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

การวิเคราะห์ยา

1. ผู้ป่วยได้รับยา Stat drug ภายใน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 85.76
2. ผู้ป่วยได้รับยา ABO ภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 100
3. มีการดึงข้อมูล Drug reconcile ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 100
4. มีการจ่ายยาตรงตามวงรอบยาคิดเป็นร้อยละ 98.83

การพัฒนา

การบริหารยา Stat drug ภายใน 30 นาที มีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2566 เนื่องจากพนักงานบริการและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ไปรับยาเร็วขึ้น รวมทั้งมีการแก้ไขปัญหาการส่ง FAX ภายในเวรตึก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้น

การบริหารยาโดยใช้ระบบ UIMC

ปีงบประมาณ	2565	2566	2567
อัตราการบริหรยา (ร้อยละ)	43.30	51.58	58.12

3. CoPs Palliative care ผลลัพธ์การดำเนินงาน

จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง จนเข้าสู่กระบวนการ Palliative care ปี 2567 มีจำนวน 41 ราย โดยแยกตามตารางกลุ่มโรคได้ดังนี้

กลุ่มโรค	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Advance Cancer (อื่นๆ)	2	4.88
Advance Cancer (Head/neck cancer)	1	2.44
Chronic obstructive pulmonary disease	1	2.44
Congestive heart disease/Coronary artery disease	2	4.88
Neuro trauma /ICH	1	2.44
Other progressive disease with life limiting illness	18	43.91
Stroke (infarct/hemorrhage)	16	39.01

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

จากตารางพบว่า กลุ่มโรคสำคัญในผู้ป่วย Palliative care ที่พบมากที่สุดร้อยละ 43.91 คือ กลุ่มผู้ป่วย Other progressive disease with life limiting illness และ พบในผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke (infarct/hemorrhage) ในการดูแลผู้ป่วย Palliative care มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง จนเข้าสู่กระบวนการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองตามความประสงค์ของญาติเพิ่มมากขึ้น จึงได้ร่วมกันวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมแพทย์และพยาบาล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว

โอกาสพัฒนาและแผนการพัฒนา

- พัฒนาทักษะการให้ยาได้ฉิวหนั สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาอาการปวด หรือเหนื่อย และญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อระยะสุดท้ายที่บ้าน

- การพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการ : ได้แก่ การ conference case, การนำเสนอผลงานวิชาการต่างๆ, และการทบทวนเคส รวมถึงการศึกษาแนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วย Palliative care

- พัฒนาทักษะการสื่อสาร ด้วยเทคนิค CLASS Protocol ซึ่งเป็นเทคนิคการสื่อสารอย่างเป็นขั้นตอนในผู้ป่วย Palliative care รวมถึงการสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วย Palliative Care โดยการสื่อสารแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered communication) ดังนี้

1. รับฟังอย่างตั้งใจ (Deep Listening)
2. แสดงความเห็นอกเห็นใจและความเมตตา (Empathy and Compassion)
3. ใช้ภาษาที่สั้น ง่าย และชัดเจน (Clear and Simple Language)
4. ส่งเสริมให้เกิดการถามคำถาม (Encouraging Questions)
5. เคารพสิทธิการตัดสินใจของคนไข้ (Respecting Patient Autonomy)

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

แผนพัฒนาคุณภาพงานบริการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ปี 2567

ลำดับ	เรื่อง
1	ผลการปฏิบัติตามแนวทาง VAP bundle ของเจ้าหน้าที่ ICU 1 โรงพยาบาลลำพูน
2	การพัฒนาคู่มือการใช้ PMK ICU med 1
3	Caring voice for you
4	Welcome set
5	การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6	แปะไว้ ปลอดภัยเสมอ

การวางแผนพัฒนา/โครงการ

1. วางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี
2. พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1
3. ส่งเสริมการจัดทำคู่มือ CQI R2R ผลงานวิจัย นวัตกรรม ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1
4. วางแผนจัดท้าวสดุ ครุภัณฑ์ ประจำปี

ที่มา : หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 กลุ่มงานการพยาบาล

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

ให้การดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ที่มีปัญหาซับซ้อน คุณภาพต่อชีวิต สามารถคาดการณ์ภาวะวิกฤต ให้การวางแผนการดูแลรักษาอย่างทันที่ทั้งที่ตามมาตราฐานวิชาชีพพร้อมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

พัฒนาระบบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลลำพูน 4 S คือ Service บริการเต็มที่ Safety ปลอดภัย Staff บุคลากรแจ่มใส และ System ในระบบที่ดี

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตด้วยโรคทางด้านอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคติดเชื้อในร่างกาย โรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น โดยเปิดให้บริการจำนวน 12 เตียง และห้องแรงดันลบ (Negative Pressure) จำนวน 1 ห้อง จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ Covid - 19 งานห้องผู้ป่วยหนัก 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ได้มีการปรับปรุงห้องให้เป็นห้องแรงดันลบจำนวน 12 เตียง และห้องแยกแรงดันลบ 1 เตียง เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ Covid - 19 ที่มีอาการรุนแรง และมีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมโรคปอดและเวชบำบัดวิกฤตโรคปอดให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผิดชอบ
ผู้บริหาร	ให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่มีข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง
องค์กรพยาบาล	ให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ
แพทย์	การดูแลที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน และทำงานเป็นทีม
ผู้ป่วยและญาติ	ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน พ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
ห้องฉุกเฉิน	ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้ภายในเวลาตามเกณฑ์ที่กำหนด
หอผู้ป่วยสามัญ	ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้เร็ว

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดพ้นจากภาวะวิกฤต ปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อน โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

- ความท้าทาย**
1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไม่เกิด VAP หลังเข้ารับการรักษา
 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
 3. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเชื้อดื้อยา
 4. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT)

- ความเสี่ยงสำคัญ**
1. ผู้ป่วยเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (phlebitis) จากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug)
 2. ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (Unplan Extubation)

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	ผู้ป่วยเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (phlebitis from high alert drug)	มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยจัดทำเป็นคู่มือประกอบด้วย - แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง - ป้ายเตือนแขวนไว้ประจำเตียงกรณีผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง - แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง	อัตราการเกิด phlebitis เท่ากับ 0
2	ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดก่อนแพทย์อนุญาต (Unplan Extubation)	ประเมินระดับความรู้สึกตัว ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว, การยึดตรึงท่อช่วยหายใจและสายเครื่องช่วยหายใจ, ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและปฏิบัติตาม Weaning protocol, ประเมิน MAAS score แรกรับและแหวละ 1 ครั้ง หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงกรณีมีความเสี่ยง หรือ MAAS ≥ 4 ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	อัตราผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เท่ากับ 0

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ลำดับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 25667
	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 939	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 873	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 54	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 1068	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 992
1	Pneumonia 257	Covid -19 138	Covid 276	ADHF 190	ADHF 183
2	Septic shock 190	Pneumonia 119	Septic shock 56	COPD 127	Septic shock 115
3	CHF 101	CHF 108	ADHF 43	Pneumonia 120	Pneumonia 98
4	COPD 86	Septic shock 71	Pneumonia 40	Septic shock 120	COPD 94
5	ESRD 52	ESRD 52	ESRD 23	ESRD 63	ESRD 62

2. ด้านบุคลากร

จำนวนบุคลากร

จำนวนบุคลากร	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
พยาบาลวิชาชีพ	20	20	20	19	21
พนักงานผู้ ช่วยเหลือคนคนไข้	4	4	4	4	4

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง

หลักสูตร	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ปริญญาโทสาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ	1	1	1	1	0
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	9	10	10	10	11
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ	0	0	2	2	2
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด		0	0	0	1

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

อัตรากำลัง

	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เวรตึก	1:2.4	1:2.4	1:2.4	1:2.4	1:2.4
เวรเช้า	1:2	1:2	1:2	1:2	1:2
เวรบ่าย	1:2	1:2	1:2	1:2	1:2

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
Ventilator	12	12	12	12	13
Defibrillator	1	1	1	1	1
Bedside monitor	12	12	12	12	13
EKG 12 leads	1	1	1	1	1
Internal pacemaker	1	1	1	1	1
V scan	1	1	1	1	1
CRRT	1	1	1	1	1

4. กระบวนการสำคัญ (Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
1.การประเมินผู้ป่วย 1.1 การประเมินแรกรับ	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินทางคลินิกได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม เพื่อการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล 3. การQuick round ผู้ป่วยก่อนการรับส่งเวร	1. ปฏิบัติตามกระบวนการรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย 2. พยาบาลวิชาชีพเป็นประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทันที ร้อยละ 100 3. ให้ข้อมูลภาวะเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไปแก่ญาติทุกรายเป็นระยะๆ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
2. การวางแผนดูแลรักษา 2.1 ผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วย Septic Shock, Acute MI, Stroke,ผู้ป่วยระบบทางเดิน หายใจ , covid-19 เป็นต้น 2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD 2.3 ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย หายใจในภาวะวิกฤต 2.4 ผู้ป่วยที่ต้อง Closed Monitoring	1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและ แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมทันเวลาที่ ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉิน 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care MAPs/ CPG / CNPG 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยไม่ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา 4. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มี มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจ 5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	4. ลงนามยินยอมการรักษาทุกครั้ง และทุกราย 1. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลทันที โดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 2. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแล ตาม Care MAPs / CPG /CNPG 3. อัตราการเกิดความเสี่ยงจากการ ให้ยา HAD เป็น 0 4. อัตราการติดเชื้อ VAP ใน หน่วยงานผู้ป่วยหนักน้อยกว่า 3.5 ต่อ1000 การใช้เครื่องช่วยหายใจ (เริ่มปี 2567 จากเดิม < 10) 5. อัตราการดึงท่อช่วยหายใจของ ผู้ป่วย 6. อัตราการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ ระดับ 2 ขึ้นไป < 5
3. การวางแผนการจำหน่าย 1. ผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับเป็น โรคซ้ำ เช่น Acute MI , DM, COPD, HT, Stroke เป็นต้น 2. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟู เช่น CVA ผู้ป่วยโรคปอด	1. ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแล สุขภาพตนเองได้ 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. ผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับ การส่งต่อ ไปแต่ละหน่วยงาน เพื่อประสานงานไปยังเครือข่าย	1. จำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการ รักษาซ้ำภายใน 28 วัน 2. มีระบบส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อทำการ รักษาต่อไปแต่ละหน่วยงานไปยัง เครือข่าย 3. ติดตามผู้ป่วยที่ออกจากตึกผู้ป่วย ไปรักษาต่อที่หน่วยงานอื่นจนถึง จำหน่ายผู้ป่วย

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Performance Indicator)
4.การดูแลทั่วไป 1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย HIV 2. การดูแลแบบ ประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยที่มีความหวังน้อย ทุกราย 5. การตอบสนองความต้องการของผู้ ให้บริการ 1. การดูแลสุขภาพบุคลากร 2. การบาดเจ็บจากการทำงาน 3. การพิจารณาความดี ความชอบ	1. ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่อง การรักษาความลับการดูแลรักษา 2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน 3. ผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยความหวัง น้อยได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองตามแนวทาง 4. ญาติและผู้ป่วยได้รับการเข้าเยี่ยม ผ่าน VDO call 1. มีโครงการตรวจสอบสุขภาพบุคลากรทุก ปี/การรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 2. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันการติดเชื้อ 3. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน 4. บุคลากรทุกคนได้รับการพิจารณา ความดีความชอบ 2 ครั้ง/ปี 5. บุคลากรและญาติทุกคนได้รับ สวัสดิการการเจ็บป่วย และการดูแล เอาใจใส่เมื่อมีอาการเจ็บป่วย	1. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม บริการ 2. จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการ รักษา และไปรักษาต่อโรงพยาบาล อื่น 3. ร้อยละความพึงพอใจของญาติ 1. บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 100 2. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล รักษา 3. จำนวนบุคลากรติดเชื้อจากการ ปฏิบัติงาน 4. จำนวนบุคลากรไม่ได้รับบาดเจ็บ จากการทำงาน 5. จำนวนบุคลากรปฏิบัติตามแนว ทางการ ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน 6. มีสวัสดิการให้กับเจ้าหน้าที่และ ญาติสายตรงในกรณี เจ็บป่วย/ คลอดบุตร/เสียชีวิต 7. บุคลากรทุกระดับได้รับการเลื่อน ขั้นเงินเดือนทุกปี

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

5. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปีงบ2563	ปีงบ2564	ปีงบ2565	ปีงบ2566	ปีงบ2567
หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก						
1. อัตราตาย(รวม)	<30%	10.78	9.54	15.04	10.67	10.38
2. อัตราการเกิด VAP	<10 / <3.5	3.47	9.44	14.52	2.56	1.0
3. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	<5	0.56	0.69	1.06	0.27	0
4. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ 2	<5	1.61	0.64	0.54	0.45	1.42
5. จำนวนวันนอน (LOS)	<5 วัน	4.50	4.97	5.33	3.92	4.30
6. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา ระดับ E-ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
7. ความผิดพลาดในการให้เลือด	0	0	0	0	0	0
8. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	0	0	0	2	0	0
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ						
1. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการ พยาบาล	>80%	87.39	83.76	88.07	88.60	88.91
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	>80%	91.58	91.87	93.07	93.13	94.51
3. จำนวนข้อร้องเรียน	0 ราย	0	0	0	0	2
4. การพัฒนางานกิจกรรม 5 ส. (ในหน่วยงาน)	80%	93.65	80.53	82.62	90.83	94.25
5. เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลได้รับการฟื้นฟูวิชาการไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง/ปี	80%	5	30	25	15.79	35
6. Productivity	90 %	79.23	81.93	81.93	96.18	96.72

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน

สถิติงบประมาณประจำปี	2563	2564	2565	2566	2567
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	939	873	635	1068	992
ไม่สมัครอยู่กลับบ้าน	10	27	52	51	33
ส่งต่อรักษา	7	15	20	14	7
ถึงแก่กรรม	100	72	100	113	105
อัตราตายร้อยละ	10.65	9.53	15.03	10.69	10.38
ย้ายตึก	663	620	360	757	681
จำหน่ายกลับบ้าน		27	52	10	43
ไม่สมัครอยู่	60	35	14	51	33
วันนอนเฉลี่ย / เดือน	353	342.75	268.25	346.66	350.92
เฉลี่ยนอน รพ. คนละ(วัน) / เดือน (LOS)	4.50	4.9671399	5.33	3.92	4.30
อัตราการไข้เตียง / เดือน	6.52	6.0625	4.40	7.42	6.89
อัตราการครองเตียง / เดือน	96.89	94.01807	73.67	93.19	96.68
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งหมด	848	694	371	999	907
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งหมดเฉลี่ย /เดือน	70.67	57.83	30.91	83.25	75.58
การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ					
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	848	694	371	999	907
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม weaning	647	508	286	756	84.86
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดเครื่องช่วย หายใจได้สำเร็จ	570	434	243	638	586
อัตราการ weaning สำเร็จ	89.40	78.35	86.90	84.42	84.86
จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ	18	20	12	14	14
จำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	1	0	1	1	0
จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายทั้งท่อช่วยหายใจขึ้น ตึกสามัญ	58	57	13	94	75

◇ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

การช่วยฟื้นคืนชีพ	2563	2564	2565	2566	2567
จำนวนครั้งที่ CPR	30	16	15	24	21
หลังการ CPR แล้วมีชีพจร	2	4	0	8	3
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและเสียชีวิตในเวลาต่อมา	3	9	7	0	9
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและ Refer ต่อ	0	0	1	0	0
หลังการ CPR แล้วไม่มีชีพจร	25	3	7	16	9

6. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

6.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

6.1.1 หน่วยงานได้จัดระบบการดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคตาม CPG ,Care MAPs ของแต่ละกลุ่มโรคเช่น โรค STEMI, COPD CHF, Sepsis, Pneumonia การบริการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วยการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมใช้สำหรับการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ระบบการรับผู้ป่วย ระบบการรายงานแพทย์ ระบบการส่ง X-ray / CT การส่ง Lab การให้เลือด ระบบยาโดยเฉพาะการให้ยา Stat drug ตลอดจนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการบันทึกทางการพยาบาลอย่างละเอียด

6.1.2 ระบบการบริหารยา

1. มีระบบการจัด Stock ยาและปรับจำนวนยาใน Stock ให้เพียงพอต่อการใช้งานในกรณีฉุกเฉิน
2. มีระบบการตรวจสอบยาที่ใช้กับผู้ป่วยทุกรายทุกเวร ทุกวัน
3. มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงจากการให้ยา
4. มีการพิจารณาการใช้ยา antibiotic อย่างสมเหตุสมผล
5. ลดขั้นตอนการรับ Order ยาลง Medical Record sheet โดยใช้ระบบ Electronic MAR sheet
6. ลดขั้นตอนการเขียน Card ยา โดย Print sticker ยาจากระบบ PMK

6.1.3 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

1. ป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ VAP Bundle (WHAPO)
2. เฝ้าระวังและควบคุมดูแลระบบงาน IC ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
3. รมรงค้ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
4. ควบคุมและกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ ที่มาฝึกปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด ในระบบงานติดเชื้อ
5. เพิ่มมาตรการควบคุมเฝ้าระวังในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยใช้นวัตกรรมแผ่นพลาสติกในการแยกโซนเพื่อกั้นระหว่างเตียง

6.1.4 ระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

1. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ STEMI
2. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis /septic shock
3. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว CHF
4. CPG / Care MAPs การดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบ Pneumonia
5. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติการณ์ใหม่ Covid -19

7. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

1. กำหนดสมรรถนะหลักของบุคลากรทั้ง 5 ด้าน สอดคล้องกับโรงพยาบาล
2. จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการกับสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
3. เชิญวิทยากรภายนอกหน่วยงานมาให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ การใช้เครื่องบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง CRRT การใช้เครื่อง Auto CPR การใช้เครื่อง ABG
4. จัดทำแผนวิชาการพัฒนาบุคลากรทุกปี จนถึงปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักสูตรต่าง ๆ เช่นหลักสูตรผู้บริหาร หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคระบบหายใจ ดังกล่าวเบื้องต้น นอกจากนี้ยังมีแผนอบรมการดูแลและการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และแผนอบรมศัลยกรรม

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

1. CoPs Pressure Sore เรื่องการลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
2. CoPs IC เรื่องการควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกระบบ
3. CoPs Nurse Note เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันและถูกต้อง
4. CoPs Admin ดูแล ควบคุม กำกับและติดตามระบบยา ให้สอดคล้องกับแนวทางและนโยบาย
5. CoPs Palliative care ดูแลผู้ป่วยและญาติกลุ่ม palliative และประสานงานกับทีม
6. CoPs Intensive care management ดูแล ควบคุม กำกับและติดตาม การทำงานในกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก
7. CoPs IMC ดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

1. บริบท (Content)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตอายุรกรรมอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย มีการประสานการทำงานกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้รับและผู้ให้บริการพึงพอใจ

ข.ขอบเขตบริการ

ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตอายุรกรรมทุกเพศที่อายุ 14 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ Ventilator เครื่องช่วยหายใจออกซิเจนแรงดันสูง ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน และผู้ป่วยที่ต้องการการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งรับใหม่/รับย้าย ที่ต้องได้รับการติดตามด้วยเครื่องมือติดตามสัญญาณชีพ ในห้องที่สามารถเป็นทั้งแรงดันบวกและแรงดันลบ โดยแยกเป็น 3 ล็อก สามารถรับผู้ป่วยได้ 16 เตียง

กลุ่มโรคที่สำคัญคือ ACS, Stroke, Sepsis

5 อันดับโรคที่ admit HF, Pneumonia, UIT, CKD, COPD, MI

5 อันดับโรคที่เสียชีวิต Pneumonia , UTI, HF, CKD, COPD

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ลูกค้าภายนอก	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย/ครอบครัว/ญาติ	1. ต้องการหายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2. ได้รับการตามมาตรฐานวิชาชีพ 3. ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษา กรณีมีทางเลือกหลายทาง 4. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นมิตร ยิ้มแย้ม พุดจาสุภาพ 5. มีเครื่องมือ เครื่องใช้เพียงพอ มีประสิทธิภาพ 6. สิ่งแวดล้อมสะอาด มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
เครือข่าย	1. ข้อมูลสำคัญที่เพียงพอ และครบถ้วน 2. IT ที่สามารถเชื่อมต่อกันได้

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ลูกค้าภายใน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
แพทย์	- ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - การประสานงานที่ดี มีคุณภาพ - ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน - มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินปัญหาและตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	1. มีการทำงานเป็นทีม มีประสิทธิภาพ ร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีความสุขในการทำงาน 2. มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆจากผู้บริหารด้วยความยุติธรรม 3. มีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดี มีความเข้าใจกัน 4. สถานที่ทำงานสะอาด ปลอดภัย
เภสัชกร	1. Fax Doctor order ที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน 2. มีการประสานงานที่ดี 3. ได้รับยาถูกต้องครบถ้วน
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	1. Specimen ที่ส่งตรวจมีคุณภาพ 2. Specimen และใบส่งตรวจถูกต้อง ครบถ้วน 3. มีการประสานงานที่ดี
X-ray	1. ใบส่งตรวจที่ชัดเจน ถูกต้อง 2. มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ถูกต้อง
หอผู้ป่วยอื่นๆ	1. การประสานงานที่ดี ข้อมูลที่ถูกต้อง 2. ยา อุปกรณ์ และเอกสารการส่งมอบที่ถูกต้อง ครบถ้วน
เวชระเบียน	1. เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ 2. ส่งเวชระเบียนทันเวลา

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงที่รวดเร็ว มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองเฉพาะโรค ได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม มีความพึงพอใจ

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

จ.ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

มีประเด็นที่ต้องพัฒนาในด้าน

1. Competency ของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
2. : ใหัพยาบาลวิชาชีพอบรมหลักสูตรการดูแลเครื่องมือ 2 สัปดาห์
: ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพไปอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตปีละ 1-2 คน ซึ่งจนถึง
ปีงบประมาณ 2567 มีพยาบาลวิชาชีพที่จบหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 4 คน
 - มีเหตุการณ์ที่ทำให้หอผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น Central line เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น ทำแนวปฏิบัติ เช่น
การทำเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อเป็นคู่มือการปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่
 - มีโอกาสมีเชื้อดื้อยามากขึ้น เนื่องจากต้องรับผู้ป่วยจากตึกสามัญ และ ICU สื่อสารการปฏิบัติเมื่อพบ
ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา แยกโซน แยกอุปกรณ์ (เตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอเฉพาะราย)
นิเทศกำกับและ Feedback ข้อมูลเพื่อการทำทำความเข้าใจและการปฏิบัติ
3. การเข้าถึงที่รวดเร็ว ร่วมกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ในการ
บริหารจัดการเตียงกรณีเตียงเต็ม และต้องรับใหม่/รับย้าย โดยมีแนวทางการฝากผู้ป่วยภายในกลุ่มงาน
และภายนอกกลุ่มงาน
4. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำ และการตอบสนองต่อความผิดปกติอย่างรวดเร็ว
5. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น Phlebitis Pressure sore VAP HAP ดึง Tube

ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วยได้รับการ Admit ช้าจากการรอกการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญ
2. Complication (ดึง ET tube, Phlebitis, Bedsore, Fall)
3. Blood clot , Blood Hemolytic

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

จุดเน้นในการพัฒนา

ความเสี่ยง	แนวทางการพัฒนา	ผลลัพธ์
1. ผู้ป่วยเกิด Phlebitis/Extravasation จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง	-ติดตามเส้นเลือดบริเวณให้ยาทุก 1- 2 ชั่วโมง	พบการเกิด Phlebitis ประสานกับเภสัชกร ได้จัดทำ เอกสาร การปฏิบัติ -ถ้า Off ยาให้ push 5%D/W 10-20 cc -ถ้า leakage ให้ดูคาน้ำยาออกให้มากที่สุด -มีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด Phlebitis/Extravasation เพื่อ ลดความรุนแรง
2. ดึง Tube	- ใช้ MAAS ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อผูกยึด และ คลาย - ใส่ปลอกมือ	ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมิน ด้วย MAAS ทุกเวอร์ จำนวนการดึง Tube ลดลง
3. Bed sore	นำแนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับมาใช้ใน หน่วยงาน โดยมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และให้หัวหน้าเวรเป็นคนขานเวลาพลิกตะแคงตัว	จำนวนการเกิด Bed sore ลดลง
4. Fall	มีการประเมิน MORSE score เฝ้าระวัง Fall ร่วมกับการประเมิน MAAS เพื่อผูกยึด	จำนวนการเกิด Fall ลดลง
5. Blood clot , Blood Hemolytic	ประสานงานกับแผนกห้องปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ และสอนเทคนิคการเจาะเลือด การดูดเลือด และ การเทเลือดใน Tube ตามลำดับ รวมถึงปริมาณ ของเลือดที่ใช้ลดลงเพียง 0.5-2 cc กรณีเจาะเลือดยากใช้ Tube เด็ก ในการใส่เลือด	จำนวน Blood clot , Blood Hemolytic ลดลง
6. ผู้ป่วยได้รับการ admit เข้า	มีการประชุมในระดับกลุ่มการพยาบาลอายุรกรรม PCT และปรึกษาในกลุ่มภาระกิจด้านการพยาบาล ให้มีการย้ายฝากผู้ป่วยสามัญ โดยออกแนวทางการ ย้ายฝาก	ยังพบปัญหาในการย้ายฝากและ รับย้ายผู้ป่วยจาก ICU ของผู้ป่วย สามัญ

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ปริมาณงาน	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. สถิติการให้บริการผู้ป่วย (คน)	3719	3549	2357 (มีย.64เป็น Sub ICU 16 เตียง)	1333	1334	1291
2. Productivity	122.17	119.92	109.78	114.27	89.56 ปิดตึก Covid 1 เดือน	87.66
3.จำนวนผู้ป่วยใส่เครื่องช่วย หายใจ	383	457	516	954	700	667
4.อัตราการหย่าเครื่องช่วย หายใจได้	NA	NA	NA	43.5	54.43	51.4
5. เฉลี่ยนอนรพ.คนละ (วัน)	2.96	3.07	3.36	4.5	4.55	4.84
6. อัตราครองเตียง	74.62	74.78	93.95	100.86	103.85	106.78
7. อัตราการใช้เตียง	7.75	7.45	7.02	6.94	6.95	6.72
8.จำนวนผู้ป่วยย้ายตึก	444	473	565	869	948	901
9. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม (คน)	3358	3189	2133	1150	1150	1107
10.อัตราแพทย์อนุญาต	75.25	72.88	81.76	3.3	3.04	6.14
11.อัตราเสียชีวิต	3.96	4.7	6.89	14.6	10.17	9.49
12.อัตราไม่สมัครอยู่	2.5	3.13	3.56	5.83	3.65	1.8
13. อัตราการRefer	0.89	0.94	0.75	0.35	0.7	0.72
14.ความพึงพอใจ	83.81	87.47	82.9	90.27	91.17	87.94
15. อัตราความสมบูรณ์เวช ระเบียน	79	84.89	85.94	87.31	90.82	92.87

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

2. บุคลากร

- พยาบาลวิชาชีพ 18 คน ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางวิกฤต 4 คน
- ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

โดยจัดอัตรากำลังดังนี้

เวรตึก	พยาบาลวิชาชีพ 4-5 คน	ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1-2 คน
เวรเช้า	พยาบาลวิชาชีพ 5 คน	ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้	2 คน
เวรบ่าย	พยาบาลวิชาชีพ 5 คน	ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1-2 คน

3. เครื่องมือ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. EKG 12 lead	1	1	1	1	1
2. Defibrillator	1	1	1	1	1
3. Monitor EKG Central monitor	6	6	16 (ประยุกต์ Stand alone 4 เครื่อง)	16 (ประยุกต์ Stand alone 4 เครื่อง)	16
4. Laryngoscope	1	1	1	1	1
5. Stethoscope	3	16	16	16	16

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ(Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การเข้าถึงและเข้ารับการรักษา	ผู้ป่วยได้รับนอนในหอผู้ป่วยตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับการจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของโรคอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ผู้ป่วย/ญาติได้ลง Inform consentนอนโรงพยาบาล รวมถึงได้รับข้อมูล/หัตถการต่างๆครอบคลุม	ผู้ป่วยได้รับนอนในหอผู้ป่วยภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากที่รับประสาน อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 100 อัตราความสมบูรณ์ของใบ Inform consent ร้อยละ 100
การประเมินผู้ป่วย	ก. การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการประเมินตั้งแต่แรกรับทันทีที่รับผู้ป่วยนอนอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยได้รับการประเมินสุขภาพครอบคลุม ผู้ป่วยได้รับการระบุปัญหาได้ครบถ้วนถูกต้อง ตั้งแต่แรกรับ ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็วเหมาะสม มีการให้ข้อมูลจากการประเมิน/ประเมินซ้ำแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	ทบทวน/วิเคราะห์เวชระเบียนในประเด็น -ผู้ป่วยได้รับการประเมินตั้งแต่แรกรับนอนทุกราย -ผู้ป่วยได้รับการประเมินสุขภาพครอบคลุมทุกราย -ผู้ป่วยได้รับการระบุปัญหาได้ครบถ้วน ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 90 -ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว เหมาะสม ทุกราย -ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลในการประเมิน/ประเมินซ้ำ
	ข. การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค มีการส่งตรวจอย่างเหมาะสมในแต่ละโรคตามมาตรฐาน มีการให้ข้อมูลของผลการส่งตรวจแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ค. การวินิจฉัยโรค ง. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง	-ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจตามมาตรฐาน -ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลของผลการส่งตรวจ -จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การวางแผน	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ประสานกัน อย่างดีระหว่างสหวิชาชีพ มีเป้าหมาย ที่สอดคล้องกับปัญหาและความ ต้องการ มีการสื่อสารประสานกันในทีมเพื่อให้ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องบรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วย/ครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจ วิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่ เพียงพอ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย -วางแผนจำหน่ายจากหน่วยงานไปยัง ตึกสามัญ -วางแผนจำหน่ายเพื่อสามารถกลับไป ดูแลตนเองที่บ้านได้และได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา มีการประเมินและระบุปัญหาเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน	ทบทวน/วิเคราะห์เวชระเบียนใน ประเด็น -มีข้อมูลสำคัญบันทึกใน Progress note ของสหวิชาชีพ -การทำตาม CNPG ของโรคหลักได้แก่ ACS Stroke Sepsis -คะแนนบันทึก Nurse note มากกว่า ร้อยละ 85 -การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน ผู้ป่วยเช็ดตัวยา -การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการ เกิด Phlebitis/Extravasation ในผู้ป่วย ได้รับยาความเสี่ยงสูง -เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสาร ไม่ครบถ้วน -เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการ Re-admit จากโรคเดิมใน 28 วัน

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างเหมาะสม ทันเวลา ปลอดภัย โดยบุคลากรที่มีสมรรถนะที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาโรคหลักของ PCT (STEMI Stroke Sepsis)ตาม CPG ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการดูแลรักษา บุคลากรมีความสามารถในการช่วยแพทย์ในหัตถการสำคัญ เช่น การทำ Central line มีเครื่องมือสำคัญจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย <u>การดูแลเฉพาะ</u> <u>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</u> ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับการประเมิน ประเมินซ้ำเกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ <u>การบำบัดอาการเจ็บปวด</u> ผู้ป่วยได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำด้านความเจ็บปวด และได้รับการบำบัดรักษากับความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม	-จำนวนการเกิด MAE 3 โรคหลักของ PCT -จำนวนการเกิด MAE จาก Delayed response -บุคลากรได้รับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยหนักร้อยละ 100 -อัตราการเกิด HAP -อัตราการเกิด Pressure sore -การเกิด VAP : 1000 วัน On ventilator -จำนวนผู้ป่วยเกิด Phlebitis -จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ -จำนวนเครื่องมือที่จำเป็นทุกเตียงร้อยละ 100 -ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลและร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา -จำนวนผู้ป่วยได้รับการปรึกษาทีม Palliative care -จำนวนผู้ป่วยได้รับการประเมิน Pain score ร้อยละ 100 -มีบันทึก Pain score ในฟอร์มปรอท

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
การให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว	ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับการประเมินปัญหาครอบคลุม ความต้องการ ชัดความสามารถภาวะด้านอารมณ์ จิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้ เพื่อนำมาวางแผนกิจกรรมร่วมกัน ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเอง/ดูแลผู้ป่วย ให้เกิดสุขภาพที่ดี อย่างเหมาะสมกับปัญหา ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับการประเมินการทำกิจกรรมที่จำเป็นในแต่ละราย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ	-ผู้ป่วยทุกรายได้รับข้อมูลและเสริมพลังในลักษณะเฉพาะราย -ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมอย่างเหมาะสม
การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม ทีมการดูแลรักษามีการประสานงานกับทีมการดูแลต่อเนื่องและภาคีเครือข่าย มีการกำหนดโรคสำคัญที่ต้องมีการประสานส่งต่ออย่างชัดเจน เช่น Stroke	-ผู้ป่วย Stroke ได้รับการประสานกับทีม COC ร้อยละ 100

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

รายการ/ข้อมูล	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. Med Adverse Event	36	53 Trigger 128 เป็น AE 27 รวม 80	51 (C=5, D=17 E=21 ,F=5 ,G= 0,H=1 ,I=2 Trigger 61	5	5	-

รายการ/ข้อมูล	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	1	3	2	2	1	-
3. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป	6.09	6.83	4.9	1.03	0.97	0.77
4. อัตราการติดเชื้อ UTI/1000 วันใส่ cath	0.31	1.49	1.40	2.10	2.43	0.38
5. อัตราการติดเชื้อ VAP/1000 วันใส่ Bird	1.17	4.32	4.33	7.36	5.11	6.05
6. จำนวนครั้ง Pre-admin	7	16	14	7	4	0
7. จำนวนครั้งการเกิด Admin error	44(C=11,D=28,E=5)	42(C=16,D=22,E=4)	29(C=12,D=5,E=2)	3	3	2
8. จำนวนครั้งของการ Identify ผิดพลาด	11	7	8	7	7	5
- ไม่ได้จัดทำ evidence	3	0	2	3	2	0
- evidence คลาดเคลื่อน	2	6	4	0	2	2
- ไม่ได้ตรวจสอบ evidence	5	1	1	4	3	3
- ตรวจสอบ evidence คลาดเคลื่อน	1	0	1	0	0	0
9. จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	2	2	0	0	0	0
10. จำนวนผู้ป่วยที่ Palliative Care	76	102	101	100	119	109
11. จำนวนครั้งการดึง ET tube	NA	NA	29	33/954 3.5%	33/700 4.71%	31/362 8.56%
12. จำนวนครั้งการเกิด Phlebitis/Extravasation	NA	2	5	7	14	14

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพผลงานการพัฒนาคุณภาพ

MI

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
1. อัตราเสียชีวิต STEMI	10%	25%	0	0	22.22%	0	50%
2. อัตราเสียชีวิต NSTEMI	10%	8%	8.77%	0	12.82%	2.7%	2.5%
3. อัตราการทำ Echo ภายใน 72 hr.	เพิ่มขึ้น	79%	67.24%	70.97	8.33%	32.43%	37.2%
4. อัตราการส่งผู้ป่วยไปทำ Revascularization + Investigate	เพิ่มขึ้น	23%	47.37%	22.58	6.25%	18.92%	16.28%

Stroke

[illegible]

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

Sepsis

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
อัตราเสียชีวิต Sepsis	<40%	67.92%	66.26%	26.94%	17.54%	24%	41.33%
อัตราการเสียชีวิต Septic shock	<30%	32.07%	23.14%	40.0%	21.21%	30%	92.36%
อัตราการได้รับ ABO ใน 1 hr.	100%	83.55%	88.88%	94.06%	95.62%	91.11%	96.92%
อัตราการ Resuscitate shock สำเร็จใน 6hr.	100%	98.13%	98.35%	100%	100%	100%	100%
อัตราการทำ H/C ก่อนให้ ABO	100%	84.95%	84.59%	80.57%	91.53%	84.44%	94.17%
Septic shock เข้า ICU ภายใน 3hr.	100%	76.63%	65.28%	56.36%	7.97%	69%	55.58%

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 การพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว(CQI)

4.1.1 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดย One day One chart

ตามกระบวนการพัฒนา พบประเด็นที่ทำได้ดี คือ การประเมินประเภผู้ป่วย การติดตามหลังได้เลือดแต่ที่ยังต้องปรับปรุงคือ

- การค้นหาปัญหาผู้ป่วยไม่ครบถ้วน (ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย progress note order ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ เป็นต้น)
- การประเมินผลลัพธ์ไม่ชัดเจน เช่น pain score, Intake/output O2sat
- การประเมินความเสี่ยงการเกิด Bedsores Fall ไม่ต่อเนื่อง

การพัฒนา

1. ให้พยาบาลบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ Progress note เพื่อจะได้เขียนประเด็นปัญหา
2. ปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเหมือนหอผู้ป่วยหนัก (แสดงถึงการติดตามอาการผู้ป่วยชัดเจน มีช่องของสัญญาณชีพที่ชัดเจน)
3. จัดแฟ้มการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะ แยกจาก Chart ผู้ป่วย โดยจัดให้ด้านซ้ายของแฟ้มเป็น Focus list และแบบประเมินต่างๆ ด้านขวาเป็นบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความสะดวก และเขียนได้ครอบคลุมปัญหาสำคัญของแต่ละราย
4. นิเทศติดตามกำกับโดยหัวหน้าตึก และ Staff

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

4.1.2 การป้องกันการเกิด Clot ของ CBC

ประสานกับแผนกเทคนิคการแพทย์ เพื่อสอนเทคนิคการเจาะเลือด การ Mixed ทุก Tube การเทเลือดลง Tube และลำดับของ Tube ที่เทเลือด รวมถึงหากผู้ป่วยเจาะเลือดยากให้ลดปริมาตรของเลือดได้ใน Tube CBC 0.5 cc., Tube Cloag 0.5 cc. และ Tube chemistry เพียง 1 cc

4.1.3 การ Identification พบประเด็น

ปีงบประมาณ 67 พบประเด็น Identify ผิดพลาด 5 ครั้ง (evidence คลาดเคลื่อน 2 , ไม่ได้ตรวจสอบ evidence 3)

4.1.4 การป้องกันการเกิด phlebitis ในผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง

ปีงบประมาณ 2567 ผู้ป่วยที่เกิด phlebitis 14 ราย จากการพัฒนา การเชิญผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกรบริหาร และ แนน นำของ IC มา ร่วมทบทวนและหาแนวทางป้องกันการเกิด Phlebitis จากการได้รับยา HAD จะทำให้แนวปฏิบัติมีความ ครอบคลุมไปจนถึงการลดความรุนแรงเมื่อเกิด Phlebitis เนื่องจากผู้ป่วยบางรายถึงแม้มีการป้องกันแล้ว ก็ สามารถเกิด Phlebitis ได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติรับยาสเตียรอยด์ ต่อเนื่อง ผู้ป่วยสูงอายุผิวหนังบาง มีโรค ประจำตัวที่ทำให้เส้นเลือดเปราะง่าย จึงทำให้แม้จะเกิด Phlebitis แต่ความรุนแรงจะไม่ถึงเกรด E หรือ F เมื่อนำแนวทางสู่การปฏิบัติ มีการนิเทศติดตามกำกับ และทำความเข้าใจ หน่วยงาน รวมถึงการ Feed back ข้อมูล real time และรายเดือน เพื่อการเรียนรู้ของทีม จะทำให้มีการปฏิบัติตามแนวทางอย่าง เข้าใจ นอกจากนี้ การตั้งคำถามจะให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพบรรลุตามวัตถุประสงค์ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ

5. ความภาคภูมิใจ

5.1 สามารถแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยาในหน่วยงานได้ดี

- การสังเกตและกำกับติดตามการปฏิบัติของบุคลากรโดยหัวหน้าตึก ผู้ช่วยหัวหน้าตึก และตัวแทน IC ในหน่วยงาน
- Feedback ข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ประสานงานกับ ICN โรงพยาบาลเพื่อให้ความรู้แก่ศูนย์บริการในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกระจายเชื้อ โดยเฉพาะการล้างขวด Suction การขออนุมัติซื้อขวด Suction เพิ่มสำหรับสลับในล็อต 1 ที่เป็นเชื้อดื้อยา ทำให้สามารถลดการติดเชื้อดื้อยาได้ดี

5.2 ผลจากการทำ One day One chart ทำให้การเขียนบันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์มากขึ้น

พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลและ Focus ปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น

◆ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

แผนการพัฒนปี 2568

พัฒนาตามยุทธศาสตร์ 4S

Service

การพัฒนาการรับ ส่งเวร ด้วยการ Quick round โดยใช้หลักการ I-SITDOWN การนิเทศรายโรค จัดทำแผนการนิเทศโดยเลือกโรคที่ admit อันดับหนึ่งคือ Heart Failure

Safety

1. การป้องกันการเกิด Phlebitis/Extravasation
2. การป้องกันการ ดึง ET tube
3. การป้องกัน BED SORE, FALL
4. ลดอัตราการเกิด VAP

Staff

พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดย ส่งเรียนเฉพาะทางจัดอบรมกำลังให้เพียงพอ และใช้ Staff mix ช่วยกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

System

มีระบบติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานและแนวปฏิบัติ

ที่มา : หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

◆ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

1. บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน ตำแหน่งที่ตั้ง อยู่ชั้น 3 อาคาร 60 ปี โรงพยาบาลลำพูน

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เปิดบริการรับผู้ป่วย จำนวน 16 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปทุกสาขา และผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (Closed Monitoring) และจำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วย มีห้องแยกที่เป็นระบบ Negative pressure จำนวน 1 ห้อง เตรียมรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

เป้าหมายในการดำเนินงานของหอผู้ป่วย

1. ให้การดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่มีปัญหาซับซ้อน คุณภาพต่อชีวิต สามารถคาดการณ์ภาวะวิกฤต ให้การวางแผนการดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ตามมาตรฐานวิชาชีพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญหรือเครือข่ายอย่างเป็นระบบ และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังออกจากหอผู้ป่วย

2. ผู้รับบริการพึงพอใจ ไม่พบข้อร้องเรียน

3. พัฒนาระบบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลลำพูน 4 S

3.1 Service บริการเต็มที่

3.2 Safety มีความปลอดภัย

3.3 Staff บุคลากรแจ่มใส

3.4 System ในระบบที่ดี

4. พัฒนาระบบการทำงานตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลปี ๒๕๖๕

4.1 Identify การระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้ ๓ จุดหยุดความเสี่ยง

4.2 New score การประเมินอาการผู้ป่วย

4.3 CPR ที่มีประสิทธิภาพ

5. การเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง Zero Event 3 เรื่อง ได้แก่

5.1 การผ่าตัดผิดคนผิดข้าง และสิ่งของตกค้างในตัวผู้ป่วย จากการผ่าตัด เป็น 0

5.2 การให้เลือดผิดพลาด เป็น 0

5.3 การแพ้ยา ช้ำ เป็น 0

ข. ขอบเขตการให้บริการของหอผู้ป่วย

1. ดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ ทั้งภายในจังหวัดลำพูนและในเครือข่ายระบบส่งต่อในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวนทั้งหมด 16 เตียง

2. ดูแลผู้ป่วยและญาติที่ประสงค์บริจาคอวัยวะ (Organ Donor) ให้กับสหราชอาณาจักร

◆ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ค. ปริมาณงานและทรัพยากร

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน สถิติจำนวนผู้รับบริการในหอผู้ป่วย

อันดับ	สถิติผู้รับบริการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1157	1319	1,390
2	จำนวนผู้ป่วยตามระบบ			
	ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ	1,012	1064	1,215
	ผู้ป่วยวิกฤตทางเดินปัสสาวะ	37	53	40
	ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมกระดูก	50	149	94
	ผู้ป่วยหุ คอ จมูก	36	38	26
	Burn	4	5	6
	ผู้ป่วยวิกฤตสูติกรรม	6	10	9
	ผู้ป่วยอายุรกรรม	12	0	0
3	การดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ 5 อันดับโรคในหอผู้ป่วย			
	Traumatic brain injury	141	168	204
	Multiple Trauma	82	82	67
	Hemorrhagic stroke	113	123	134
	UGIH	63	47	52
	Necrotizing Fasciitis with Septic shock	31	36	40

2. จำนวนบุคลากร

อันดับ	สถิติ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1	จำนวนเตียงในหอผู้ป่วย	16	16	16
2	Productivity	101.21	109.23	108.99
3	อัตราครองเตียง	91.70	94.75	95.77
6	พยาบาลวิชาชีพ	25	25	26
	การจัดอัตรากำลังพยาบาล : ผู้ป่วย			
	เวรตึก	1:2.5	1:2.5	1:2.3
	เวรเช้า	1:2/1:2.5	1:2/1:2.5	1:2/1:2.3
	เวรบ่าย	1:2/1:2.5	1:2.5	1:2.3
7	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	5	5	4
	การจัดอัตรากำลัง NA เวน ตึก : เช้า : บ่าย	1/1-2/1	1/2/2	1/2/1

◆ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน

1. อบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) 9 คน
2. อบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ ที่สถาบันประสาท 6 คน
3. อบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน
4. บริหารการพยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์มช. 1 คน
5. อบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 คน

พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมระยะสั้น 1-2 อาทิตย์

1. การใช้และการดูแลเครื่องมือแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤตสำหรับพยาบาลสถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา 4 คน
2. อบรมครูพี่เลี้ยง จาก วทบ.ลำปาง 6 คน
3. อบรมครูพี่เลี้ยง จาก คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ 1 คน
4. การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองและกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่สถาบันประสาท 1 คน

3. ตัวชี้วัดของหน่วยงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก				
1. อัตราตายผู้ป่วยศัลยกรรม (รวม)	< 30%	11.50	7.58	7.77
2. อัตราตายของผู้ป่วย Head injury	< 30%	15.60	10.71	8.33
อัตราการเกิด Pneumonia ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยศัลยกรรม	< 3.5	3.15	2.50	3.15
4. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	< 0.5	0.41	0.5	0.5
5. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (SSI)	0	0	0	0
5. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ 2	0	0	3	2
6. จำนวนวันนอนผู้ป่วยศัลยกรรม (LOS)	< 5	6.98	4.24	4.03
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ				
1. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล	> 80%	85.22	85.44	86
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	> 85%	89.37	93.93	96.25
3. จำนวนข้อร้องเรียน	0 ราย	0	0	0
4. การพัฒนางานกิจกรรม 5 ส.	80%	88.93	92.30	88.29

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
5. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการฟื้นฟูวิชาการ ไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง/ปี	80%	7 คน (25.93)	8 คน (32)	10 คน (35.71)
6. Productivity	90-110 %	101.21	109.23	108.99

4. ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ผลงานการดูแลผู้ป่วยงบประมาณประจำปี	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด(ราย)	1,157	1,319	1,390
2	สถิติการจำหน่าย			
	ส่งต่อรักษา	40	34	45
	ถึงแก่กรรม	133	100	108
	อัตราตายร้อยละ	11.5	7.58	7.77
	ย้ายตึก	949	972	1,034
	ไม่สมัครอยู่กลับบ้านเพื่อ Palliative care	35	39	35
	วันนอนรวม	5,356	5,533	5,607
	วันนอนเฉลี่ย / เดือน	446.33	461.08	467.25
	เฉลี่ยนอน รพ. คนละ(วัน) / เดือน (LOS)	6.98	4.24	4.03
	อัตราการครองเตียง / เดือน	91.70	94.75	95.77
3	การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ			
	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	766	769	831
	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดเฉลี่ย / เดือน	63.83	64.08	69.25
	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม weaning	694	561	625
	จำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	625	500	549
	ร้อยละการ weaning สำเร็จ	90.05	89.13	87.84
	จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ	3	5	6
	จำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	2	0	0
	จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายห้องท่อช่วยหายใจขึ้นตึกสามัญ (Palliative Care)	37	35	34

ลำดับ	ผลงานการดูแลผู้ป่วยงบประมาณประจำปี	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
4	การช่วยฟื้นคืนชีพ			
	จำนวนครั้งที่ CPR	24	7	13
	หลังการ CPR แล้วมีชีพจร	0	0	0
	หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและเสียชีวิตในเวลาต่อมา	12	1	7
	หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและ Refer ต่อ	2	0	0
	หลังการ CPR แล้วไม่มีชีพจร	10	6	6

ที่มา : หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

◆ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กให้บริการรักษาทารกแรกเกิดและเด็ก ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดและเด็กทางอายุรกรรมจนถึงอายุ 15 ปี และทารกแรกเกิดและเด็กทางศัลยกรรมจนถึงอายุ 8 ปี (BW < 25 kg) ที่อยู่ในภาวะวิกฤติจำเป็นต้องดูแลพิเศษและหรือต้องใช้ เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในการดูแลรักษา ยกเว้นทารกแรกเกิดและเด็กที่มีอาการซับซ้อนต้องการแพทย์ เฉพาะทางในการรักษา เช่น ทารกแรกเกิดโรคหัวใจชนิดเขียว โรคต่อมไทรอยด์ที่ต้องการตรวจ Lab ที่ซับซ้อน โรคมะเร็ง ให้บริการครอบคลุมทั้งคนไทยและต่างด้าว จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด ลำพูนและสายใต้ จ.เชียงใหม่ เปิดให้บริการ NICU 6 เตียง PICU 6 เตียง และ High risk newborn 5 เตียง

ค. ข้อมูลบุคลากรประกอบด้วย

บุคลากร	จำนวน
พยาบาลวิชาชีพ	19
ผู้ช่วยพยาบาล	2
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	2

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง ประกอบด้วย

ระดับ	จำนวนรวม (คน)	สาขา	จำนวน(คน)
ปริญญาโท	3	บริหารการพยาบาล	1
		การพยาบาลเด็ก	1
		โภชนาศาสตร์	1
เฉพาะทางการพยาบาล	9	การพยาบาลเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด	5
		การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกวิกฤต	4

การจัดอัตรากำลัง จำแนกเป็น เวรเช้า 5 คน เวรบ่าย 4-5 คน เวรดึก 4-5 คน (อัตรา1:3)

การเสริมอัตรากำลัง เวรเช้า ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1-2 คน เวรบ่ายและดึก ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

◆ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดสำคัญ (KPI)	เป้าหมาย	ผลดำเนินงาน(ร้อยละ)		
		2565	2566	2567
หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก				
1. จำนวนการคลอดมีชีพ		2035	1963	2069
2. อัตราตายของทารกแรกเกิด	3.6:1000 การคลอดมีชีพ	2.95	2.55	2.38
3. อัตราการเกิด NEC	< 5%	0	0	0
4. อัตราการเกิด VAP	<10:1000 on ventilator	7.68	7.06	3.11
5. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	< 5%	0	0	0
6. อัตราการเกิด ROP ตั้งแต่ stage 3 ขึ้นไป ในทารกน้ำหนัก ≤1500 กรัม	<8%	13.64	0	0
7. อัตราการเกิด IVH ตั้งแต่ grade 3 ขึ้นไป ในทารกน้ำหนัก ≤ 1,500 กรัม	<7%	0	3.57	0
8. อัตราBPDตั้งแต่ระดับ moderate ขึ้นไป ในทารกน้ำหนัก ≤ 1,500 กรัม	<26%	18.18	10.71	10.52
9. อัตราการให้นมแม่ขณะ admit NICU	> 80%	87	94.55	94.26
10. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยาระดับ E-ขึ้นไป	0	0	0	0
11. ความผิดพลาดในการให้เลือด	0	0	0	0
12. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	0	0	0	0
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ				
1. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	> 80%	85.17	90.05	91.22
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	> 80%	89.95	92.06	92.29
3. จำนวนข้อร้องเรียน	0	0	0	0
4. การพัฒนางานกิจกรรม 5 ส.	> 80%	82.5	92.29	92.23
5. Productivity	90%	156.68	149.44	130.67

◆ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

สถิติประจำปีงบประมาณ

ข้อมูล	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
จำนวนผู้ป่วย			
- NICU	184	178	216
- PICU	124	200	191
- High risk NB	581	570	605
จำนวนวันนอน			
- NICU	1844	2063	1573
- PICU	907	940	987
- High risk NB	1942	1713	1670
อัตราการครองเตียง			
- NICU	84.41	94.04	74.58
- PICU	44.75	43.11	45.67
- High risk NB	106.45	101.13	88.93
เฉลี่ยนอนโรงพยาบาล(LOS)			
- NICU	10.02	12.38	7.72
- PICU	7.31	4.96	5.64
- High risk NB	3.34	3.15	2.78
อัตราการใช้เตียง			
- NICU	3.31	3.43	3.68
- PICU	2.13	3.26	2.99
- High risk NB	10.82	10.65	10.95
อัตราตาย			
- NICU	3.26	4.49	3.70
- PICU	2.42	2.5	2.62
- High risk NB	-	-	-

◆ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

กลุ่มโรคสำคัญ

5 อันดับโรคที่พบบ่อย (High Volume) NICU

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
Preterm 56 ราย	Preterm 71 ราย	TTN 90 ราย
TTN 47 ราย	TTN 46 ราย	RDS 66 ราย
RDS 46 ราย	RDS 38 ราย	Preterm 49 ราย
MAS 7 ราย	MAS 2 ราย	Pneumonia 7 ราย
Pneumonia 4 ราย	Pneumonia 1 ราย	Birth Asphyxia 1 ราย

5 อันดับโรคที่พบบ่อย (High Volume) PICU

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
Pneumonia 40 ราย	Pneumonia 106 ราย	Pneumonia 66 ราย
RSV 12 ราย	Sepsis 10 ราย	DHF 11 ราย
Sepsis 7 ราย	Flu A,B 6 ราย	covid19 7 ราย
Seizure 4 ราย	Acute bronchitis 6 ราย	P.O tonsillectomy c adenoidectomy 7 ราย
Acute bronchitis 2 ราย	Pneumonia c covid19 6 ราย	Sepsis 6 ราย

5 อันดับโรคที่พบบ่อย (High Volume) HIGH RISK NB

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
Preterm 168 ราย	Preterm 116 ราย	TTN 144 ราย
TTN 53 ราย	LBW 85 ราย	Preterm 112 ราย
Hypoglycemia 49 ราย	TTN 70 ราย	LBW 100 ราย
LBW 47 ราย	Neonatal Jaundice 15 ราย	Hypoglycemia 25 ราย
Neonatal Jaundice 28 ราย	Hypoglycemia 12 ราย	Neonatal Jaundice 10 ราย

ที่มา : หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

◇ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

ก. บริบท

ให้การบริการมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง/ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ให้บริการทำคลอดปกติ / ผิดปกติ ทางช่องคลอด เตรียมผู้คลอดและประสานห้องผ่าตัด และให้การช่วยเหลือ ทารกแรกคลอดกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เป้าหมายในการให้บริการ เพื่อให้ผู้คลอดและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เกิดความพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการ สิ่งที่เป็นความคาดหวังของผู้ให้และผู้รับบริการและญาติคือ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ไม่พบการตาย/เกิดความพิการต่อมารดาและทารก จากการให้บริการซึ่งเป็นประเด็นคุณภาพต้องดำรงรักษาและเป็นความเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังอย่างยิ่งในทุกขั้นตอนของการให้บริการ

ในแต่ละวันจะมีสูติแพทย์ที่รับคำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีตารางปฏิบัติงานชัดเจนและสามารถตามสูติแพทย์ท่านอื่นในกรณีฉุกเฉินได้ และอัตรากำลังของพยาบาลตามมาตรฐานบริการงานห้องคลอดของโรงพยาบาลทั่วไป กำหนดให้การเจ้าหน้าที่ปฏิบัติ 1 ทีม/การคลอด 4 คน คือพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ในกรณีที่มีผู้รอลอดมากและคาดว่าจะคลอดมากกว่า 4 รายในเวร จะจัดพยาบาลวิชาชีพเสริมอีก 1 คน โดยมีเกณฑ์การจัดเจ้าหน้าที่สำรองไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อป้องกันการระงับงานที่มากเกินไปจนเกิดความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ

ข. ปริมาณงานและทรัพยากร

เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐานในหน่วยงานมีเทคโนโลยีและเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนการบริการได้แก่ เครื่อง Infusion pump ในกรณีให้ยา high alert drug เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องตรวจประเมินสภาพทารกในครรภ์ (Central fetal monitoring) เครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (dope tone) เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum) เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และ Transport Incubator

จากอัตราการคลอดในรอบ 5 ปี พบมีแนวโน้มการคลอดลดลง และปริมาณการคลอดปกติมีแนวโน้มลดลง และการคลอดผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

รายการ	หน่วย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ผู้คลอดทั้งหมด	ราย	2249	2196	1913	1627	1637	1682
Normal delivery	ราย	877	778	656	564	533	633
Caesarean section	ราย	1218	1276	1159	1000	1029	966
Vacuum extraction	ราย	151	139	98	60	74	82
Breech assisting	ราย	3	3	0	1	1	1
อัตราคลอดต่อวัน	ราย	6.16	6.01	5.24	4.46	4.50	4.61

 กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด (ต่อ)

บุคลากร

จำนวน (คน)	ปี 2561	ปี 2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
พยาบาลวิชาชีพ	13	12	12	12	11	11	12
ผู้ช่วยพยาบาล	1	1	1	1	1	1	1
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	3	3	3	3	3	3	2

ค.ผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี2566	ปี2567
1. อัตราการดาเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงในห้องคลอด	<18 ต่อ 100,000 การคลอด	0	0	0	0	0	0
2. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	≤ 3%	2.09	3.46	2.4	2.64	2.99	4.16
3. อัตราการเกิด Birth asphyxia	< 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	27.89	16.47	1822.39	30.88	28.78	20.75
4. อัตราทารกตายปริกำเนิด	< 9 ต่อ 1,000 การคลอด	4.86	4.48	4.16	6.05	5.51	3.55

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด (ต่อ)

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ						
		2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567
1. ภาวะแทรกซ้อนของมารดา								
-Eclampsia	0	0	2	0	2	0	0	0
-Uteri rupture	0	0	0	0	0	0	0	0
-มดลูกปลิ้น	0	0	0	0	0	0	0	0
-รक्त้าง	0	3	5	5	5	4	4	1
-Hematoma	0	4	4	2	2	3	3	5
-Fourth degree tear	0	5	5	1	4	1	0	3
-emergency hysterectomy	0	3	2	2	0	2	5	0
2. ภาวะแทรกซ้อนของทารก								
-Fracture Clavicle	0	1	1	0	1	0	1	0
-Brachial plexus injury	0	0	0	0	0	0	0	0
- Hypothermia		NA	NA	24.7	30.9	37.5	30.77	36.23

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

◇ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

1. บริบท (Context)

งานห้องผ่าตัดมีหน้าที่ให้บริการรักษาด้วยการผ่าตัด และส่งกล้องเพื่อการรักษาและเพื่อการวินิจฉัย ตลอดจนให้คำแนะนำและนัดผู้ป่วยนอกที่จะมาเข้ารับทำการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

โดยมีขอบเขต การให้บริการผ่าตัดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน ในสาขา ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมสูติ-นรีเวช ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตา หู คอ จมูก ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า ศัลยกรรมทันตกรรมเด็ก ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่ง และศัลยกรรมเด็ก มีห้องผ่าตัดทั้งหมด 9 ห้อง ประเภทผ่าตัดใหญ่ จำนวน 8 ห้องและผ่าตัดเล็ก จำนวน 1 ห้อง ให้บริการในเวรเข้าปกติ 9 ทีม เปิดบริการนอกเวลาราชการ เวรบาย 2 ทีม เวรดึก 1 ทีม และทีม SMC นอกเวลาเวรเช้าและเวรบาย 1 ทีม มีบุคลากรทั้งหมด 53 คนประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 31 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 7 คน และ พนักงานห้องผ่าตัด 8 คน พนักงานเปลห้องผ่าตัด 5 คน

การจัดอัตรากำลัง

ข้อมูลอัตรากำลังเจ้าหน้าที่	จนท.ทั้งหมด	เช้า	บ่าย	ดึก
พยาบาลวิชาชีพ	31	25	7	2-3
ผู้ช่วยพยาบาล	2	2	1	0
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	7	6	3	1
พนักงานห้องผ่าตัด	8	7	2	1
พนักงานเปล	5	3	2	1

สถิติผ่าตัดจำแนกตามสาขา ปี 2567

สาขา	ผ่าตัดใหญ่ (ราย)	ผ่าตัดเล็ก (ราย)	จำนวนทั้งหมด (ราย)
ศัลยกรรมทั่วไป	3351	719	4070
ศัลยกรรมช่องท้อง	1394	21	1415
ศัลยกรรมทรวงอก	36	49	85
ศัลยกรรมหลอดเลือด	439	0	439

◇ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด (ต่อ)

สาขา	ผ่าตัดใหญ่ (ราย)	ผ่าตัดเล็ก (ราย)	จำนวนทั้งหมด (ราย)
ศัลยกรรมตกแต่ง	448	294	742
ศัลยกรรมเด็ก	76	41	117
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	3649	1162	4811
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	1046	267	1313
สูติกรรม	1099	0	1099
นรีเวชกรรม	289	25	311
ศัลยกรรมตา	1213	649	1862
หู คอ จมูก	257	123	380
ทันตกรรมช่องปากและ ขากรรไกร	44	215	259
ศัลยกรรมระบบประสาท	384	0	384
รวมทั้งหมด	13725	3565	17287

◇ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด (ต่อ)

สถิติตัวชี้วัด ปี 64-67

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1	การผ่าตัดผิดคน/ผิดหัตถการ/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง	1	2	1	2
2	จำนวนอุบัติการณ์การมีสิ่งของ/อุปกรณ์ตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด	0	0	0	0
3	จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกมัด / จัดท่า / เครื่องรัดห้ามเลือด	1	0	0	0
4	งดเลื่อนผ่าตัดใน case elective				
	จากผู้ป่วยไม่พร้อม	38	5	82	87
	จากแพทย์ไม่พร้อม	16	8	20	51
	จากเครื่องมือและห้องผ่าตัดไม่พร้อม	18	20	5	14
	รวม	72	33	107	152
	จำนวน case elective	6548	7390	7712	8824
	คิดเป็น %	1.09	0.45	1.38	1.72
5	เครื่องมือติดไปชักฟอก	14	9	21	22
	จำนวน case ผ่าตัดทั้งหมด	13652	13292	16751	17287
	คิดเป็น %	.01	0.06	0.12	0.12

ที่มา : กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

◆ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

บริบท (Context)

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการด้านวิสัญญี ในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลลำพูนตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ

ขอบเขต

ให้บริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมหลอดเลือดและส่วนปลาย ศัลยกรรมผู้ป่วยเด็ก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมสูติ-นรีเวช ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก ศัลยกรรมกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด บริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนการระงับความรู้สึกโดยการเปิดคลินิก PAC (Pre-anesthesia Assessment Clinic) ระยะผ่าตัด ให้บริการในเวลาราชการทั้งหมด 8 ห้องผ่าตัด ศูนย์ส่องกล้อง และนอกเวลาราชการ 2 ห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดให้บริการ PACU (Post anesthesia Care Unit) 12 เตียง ตลอดจนการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยลดความปวดในผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังในคลินิก pain และครอบคลุมในการระงับปวด acute pain

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน, เทคโนโลยี, เครื่องมือ)

รายงาน	2563 ราย	2564 ราย	2565 ราย	2566 ราย	2567 ราย
1. งานบริการให้ยาระงับความรู้สึก					
1.1 General Anesthesia	8,997	8,235	7850	9,015	9,540
1.2 Regional Anesthesia	1,510	1,788	2,185	2,621	2,356
1.3 Combined Anesthesia	517	354	448	417	645
1.4 MAC	277	238	282	634	315
รวมการให้บริการระงับความรู้สึก					
2. คลินิกระงับปวด					242
3.การให้คำปรึกษาก่อนการระงับความรู้สึกผู้ป่วย	223	148	49		
นอก	348	2,151	708	823	1,299
4.การให้คำปรึกษาก่อนการระงับความรู้สึกผู้ป่วยใน					
5.การบริการนอกหน่วยงานใส่ท่อช่วยหายใจ เปิด				39	85
เส้นเลือด				8	
6.การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น	10,484	9,954	4,845	11,950	12,000
รวมผู้มารับบริการทั้งสิ้น	11,678	12,914	11,522	13,557	13,570

◇ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี (ต่อ)

2. ด้านบุคลากร อัตรากำลัง

วิสัญญีแพทย์ (คน)	วิสัญญีพยาบาล (คน)	ผู้ช่วยพยาบาล (คน)	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (คน)
5	17 +1 กำลังศึกษาต่อหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล 1 คน	1	6

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง

ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง APN (Advanced Practice Nurse) สาขาการพยาบาลด้านการให้การระงับความรู้สึก 1 คน การจัดอัตรากำลังของทีมพยาบาล จำแนกเป็น เวรเช้า 16 คน เวรตึก 2 คน เวร บ่าย 4 คน

กรณีมีการลาป่วย

ปรับหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อรองรับจำนวน ทีมการผ่าตัด

3. เทคโนโลยี และเครื่องมือ

เครื่องดมยาสลบ 1 เครื่อง/ห้องผ่าตัด (มีสำรองใช้)	10	เครื่อง
ระบบกำจัดก๊าซส่วนเกินแบบประยุกต์๑ เครื่อง/ห้องผ่าตัด	8	ห้อง
เครื่องติดตามสัญญาณชีพ	12	เครื่อง
เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบรวมศูนย์	9	เครื่อง
เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบเคลื่อนย้าย	1	เครื่อง
เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพร้อม O ₂ Saturation	1	เครื่อง
Defibrillator	1	เครื่อง
Infusion Pump	3	เครื่อง
Syringe Pump	3	เครื่อง
Target Control Infusion (TCI) บริษัทสนับสนุน	2	เครื่อง
Patient Control Analgesia (PCA)	2	เครื่อง
Nerve Stimulator	2	เครื่อง
Force air warmer	6	เครื่อง
Fiber optic Bronchoscope	1	เครื่อง
Ultrasound	1	เครื่อง
Video Laryngoscope	1	เครื่อง
Glidescope	1	เครื่อง

◆ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี (ต่อ)

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมี 3 ประเภทได้แก่ Process indicator คือตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยทาง วิสัญญี

กระบวนการที่สำคัญ (ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	2563	2564	2565	2566	2567
1. การดูแลและประเมินก่อนการระงับความรู้สึก* - ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมและประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึก elective case	100	73.20	83.00	56.00	82.00	75.10
๒. การดูแลขณะระงับความรู้สึก - ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึก anesthetic record - อัตราการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์วิสัญญี - อัตรา Admit ผู้ป่วยนอกทั่วไปและผู้ป่วยนอกแบบ ODS ที่มีสาเหตุจากวิสัญญี	95 0 < 5	91.22 0 0	94.26 0 0	94.84 0 0	0 0 0	0 0 0
๓. ร้อยละการเยี่ยมผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึก	100	79.50	82.00	93.00	84.30	95.00

*หมายเหตุ ผู้ป่วยที่มีรายชื่อในตารางผ่าตัด จะได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน และผู้ป่วย ที่มารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ได้รับการเยี่ยมประเมินโดยวิสัญญีแพทย์ที่คลินิก PAC (Pre-anesthesia Assessment Clinic)

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

◆ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

1.บริบท (Context)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางอายุรกรรม ทั้งในภาวะเจ็บป่วย กึ่งวิกฤตเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ มีความพึงพอใจ ในบริการ และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ก. หน้าที่และเป้าหมายการให้บริการ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ รวมทั้งสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัยในคลินิก เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำพูน และจังหวัดใกล้เคียง

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ด้านบริการรักษาพยาบาล ให้บริการผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม ที่อายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป ทั้งในภาวะเจ็บป่วยกึ่งวิกฤต เฉียบพลันและเรื้อรัง ให้การรักษาพยาบาลแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประสานการรักษาพยาบาลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน รับบริการผู้ป่วยจำนวน 40 เตียง และเตียงแทรก 5 เตียง ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ คือ Sepsis Stroke ACRS

ด้านสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัยในคลินิก โดยเป็นสถานที่ศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเรียนผู้ช่วยพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการทำวิจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กร

ค. ผู้รับผลงาน

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก ผู้ป่วย	1. ได้รับการที่มีคุณภาพ สะดวก และรวดเร็ว ตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน 2. มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะเวลาการรักษาในหน่วยงาน 3. ได้รับการบรรเทาอาการปวด ไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด 4. ได้รับทราบข้อมูล คำแนะนำเฉพาะโรค 5. ได้รับการต้อนรับที่ดีและอบอุ่น จากผู้ให้บริการที่ยิ้มแย้มแจ่มใสตอบสนองความต้องการด้วยความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ 6. ได้รับการเคารพ และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 7. ได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ 8. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและสิทธิต่าง ๆ 9. ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมทุกระดับ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ครอบครัว และญาติ	1. ได้รับการต้อนรับที่อบอุ่น สะดวก รวดเร็ว ยิ้มแย้ม แจ่มใสด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และมีความสะดวกในการเยี่ยมผู้ป่วย 2. มีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจในการรักษาพยาบาล 3. ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย 4. มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่าย ได้รับการสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ความต้องการของหน่วยงานภายในที่สำคัญ

ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล	ความต้องการ
ลูกค้าภายในแพทย์	1. ได้รับความร่วมมือ การประสานงาน อย่างมีประสิทธิภาพ 2. มีการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ 3. มีเครื่องมือ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอพร้อมใช้งาน 4. มีความปลอดภัยในการทำงาน 5. ทำงานอย่างมีความสุข 6. มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่
นักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน	1. ได้รับการปฐมนิเทศ การต้อนรับที่อบอุ่นเป็นมิตร 2. ได้รับความร่วมมือ การประสานงาน จากเจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ 3. ได้รับการนิเทศงานอย่างใกล้ชิด เป็นแบบอย่างที่ดี 4. ได้รับการสนับสนุนด้านการเรียนการสอน 5. มีความสุขและปลอดภัยในการฝึกปฏิบัติงาน 6. สัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง 2. มีส่วนร่วมในการรักษาแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. ได้รับการประสานงานที่ดี
เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นนอกโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไปที่มาติดต่อกับงาน	1. การต้อนรับที่เป็นมิตร สุภาพ 2. ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง 3. ได้รับความร่วมมือและมีการประสานงานหรือ ช่วยเหลืออย่างดี

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (key Quality Issues)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และพึงพอใจในบริการ รวมถึงได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

◆ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (ต่อ)

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ risk profile)

ความท้าทาย

1. บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญโดยมีการใช้ Guideline โรคเป็นกรอบในการดูแล คือ ACRS , Stroke, Sepsis,
2. ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล
3. ไม่เกิดข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. อุบัติการณ์การผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้ม
2. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
3. ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่

จุดเน้นในการพัฒนา นำความเสี่ยงที่สำคัญมาพัฒนาวางระบบ/แนวทางให้ดีขึ้น/ผลลัพธ์

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	อุบัติเหตุการผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้ม	1. มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้ม ขณะนอนโรงพยาบาล เช่น ให้อยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล ประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้ Morse score ให้ญาติเฝ้าอย่างใกล้ชิด 2. มีการติดตาม นิเทศงาน และประเมินการทำงานของทีมพยาบาลในหน่วยงาน 3. มีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันของทีม PCT Med และทีมความเสี่ยงของโรงพยาบาล	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้มลดลง
2	อุบัติเหตุการเกิดแผลกดทับ	1. มีการทบทวนเหตุการณ์ร่วมกันของทีม PCT Med ของโรงพยาบาล 2. จัดผู้รับผิดชอบทำงานร่วมกับคณะทำงาน CoP Pressure Injury กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล วางแนวทางในการป้องกันเกิดแผล	อุบัติเหตุการเกิดแผลกดทับลดลง

◆ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3	ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการ เจ้าหน้าที่	กตัญญู สำรวจความต้องการที่นอนลม จัดหาที่นอนลมเพิ่มเติมให้หน่วยงาน สำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับ 3. มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาล 4. มีการติดตาม นิเทศงาน และประเมินการทำงานของทีมพยาบาลในหน่วยงาน 1. บุคลากรได้รับการพัฒนา และอบรมจริยธรรมวิชาชีพระดับปฏิบัติการพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม ผู้รับบริการมีความพึงพอใจลดข้อร้องเรียน 2. มีการติดตาม นิเทศงาน และประเมินการทำงานของทีม 3. หากมีการร้องเรียนระบุตัวบุคคล ต้องทำบันทึกรายงานชี้แจงและถูกคณะกรรมการสอบสวนเป็นรายบุคคล	บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ข้อร้องเรียนลดลง/ไม่เกิดข้อร้องเรียน

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการ และปริมาณงาน

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี (ปี 2563-2567)				
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. สถิติการให้บริการผู้ป่วย(คน)	5,226	4,905	4850	5211	5033
2. Productivity	157.75	153.40	168.10	121.99	158.83
3. อัตราครองเตียง	94.26	79.18	84.96	87.43	88.50
4. อัตราการใช้เตียง	10.80	10.22	10.08	10.81	10.49
5. อัตราตาย	0.80	1.80	3.01	2.54	3.29

◆ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

2. ด้านบุคลากร

บุคลากร

บุคลากรประจำหอผู้ป่วย	22	คนประกอบด้วย
- พยาบาลวิชาชีพ	17	คน
- ผู้ช่วยพยาบาล	3	คน
- พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	2	คน

อัตรากำลัง : จัดให้มีเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันขึ้นเวรเพื่อดูแลผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง การมอบหมายงาน แบ่งเป็น ทีม ทำหน้าที่ในการให้บริการแบบ Functional โดยจัดเป็น 3 เวร ดังนี้

- เวรเช้า เวลา 08.30 – 16.30 น.
- เวรบ่าย เวลา 16.30 – 00.30 น.
- เวรดึก เวลา 00.30 – 08.30 น.

การจัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ในวันราชการอัตรากำลังพยาบาลเวรเช้า : บ่าย : ดึก คือ 6:5:4 สำหรับ อัตรากำลังระดับผู้ช่วยเหลือคนไข้ คือ 2:1:1 ในวันหยุดราชการอัตรากำลังพยาบาลเวรเช้า : บ่าย : ดึก คือ 6:5:4 และมีการปรับอัตรากำลังตาม Productivity ในแต่ละเวร

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

ข้อมูล	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เครื่องมือที่สำคัญ				
Defibrillator	1	1	1	1
EKG Monitor	5	5	5	5
Central monitor	0	8	8	8
EKG 12 lead	1	1	1	1
เครื่องวัดความอิ่มตัวของ Oxygen ในกระแสเลือด	2	2	2	2

◆ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

2. กระบวนการสำคัญ(Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้ารับบริการ	1. ทีมผู้ให้บริการ มีการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 2. ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการรับใหม่/รับย้ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการอย่างรวดเร็ว ทันเวลา มีการประสานงานที่ดีของสหสาขาวิชาชีพ 3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการอย่างถูกต้องเหมาะสมกับปัญหา	1. จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเร่งด่วนได้รับการแก้ไขปัญหาย่างทันท่วงที่ 2. จำนวนผู้ป่วย ICU Condition Admit ที่ Ward
2. การประเมินผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมทันเวลา 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำ (Re-assessment) เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และได้รับการแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องและทันท่วงที่	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคผิดพลาดและAdmit ผิดแผนก 2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจหลัง Admit ward ภายใน 1 ชั่วโมง 3. อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์ 4. อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้ (ไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)
3. การวางแผน 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	1. ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาตามมาตรฐานวิชาชีพ 2. ทีมผู้ให้บริการมีแผนการดูแลและการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว	1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่วางไว้

3.2 การวางแผนจำหน่าย 4. การดูแลผู้ป่วย 4.1 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป	3. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของทีมผู้ให้บริการ 4. มีการทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เพื่อหาแนวทางพัฒนาและป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ 1. มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมกับโรค สภาพปัญหาและความต้องการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2. มีผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลอย่างเหมาะสม 1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ 2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากทีมผู้ให้บริการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองได้	1. จำนวนผู้ป่วยรับการส่งเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. อัตราการ Re Admit ใน 28 วัน โดยไม่ได้รับการวางแผน เนื่องจากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง 1. จำนวนผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์ 2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์ 3. จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเตียง การติดเชื้ในโรงพยาบาล การเกิดแผลกดทับ 4. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ Administration Error ในกลุ่มยา Antibiotic ,HA
4.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 5. ให้การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 6. การดูแลอย่างต่อเนื่อง	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ 2. ทีมผู้ให้บริการมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง	1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ Admit ICU Condition แต่ได้ Admit Ward 1. อัตราการ Re Admit ใน 28 วัน โดยไม่ได้รับการวางแผน เนื่องจากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

7. กระบวนการคู่ขนาน 7.1 การพัฒนาศักยภาพ	1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้านได้รับการส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้าน 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน	1. จำนวนครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ 2. จำนวนครั้งการนัดผู้ป่วยผิดพลาดวันนัด 3. จำนวนครั้งการนัดผู้ป่วยมาก่อนนัด
7.2 การดูแลรักษาเครื่องมือ	1. บุคลากรมีทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม 2. บุคลากรสามารถนำองค์ความรู้มาดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับมาตรฐานวิชาชีพ 3. บุคลากรสามารถนำเอาทักษะด้านจิตปัญญา และ Non Technical Skill มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้	1. บุคลากรได้รับการอบรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2. คะแนนความสุซในการทำงานของบุคลากร 1. จำนวนความเพียงพอและพร้อมใช้เครื่องมือสำคัญ (Defibrilator,EKG,Moniter EKG)
7.3 การส่งตรวจ specimen	1. บุคลากรมีความรู้และทักษะในการดูแลและใช้เครื่องมือได้ดี 2. มีการ Maintenance เครื่องมือ มีการตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องมือทุกเวอร์	1. การรายงานการเจาะ Lab ผิดคน 2. จำนวนครั้งการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการล่าช้า 3. ค่า Lab วิฤติไม่ได้รับการแก้ไขภายในเวร
7.4 การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ	1. มีการปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางการส่งตรวจ specimen 2. บุคลากรทราบข้อมูล ผลตรวจค่า Lab วิฤติ ได้อย่างรวดเร็วและสามารถแก้ไขปัญหาได้ 1. มีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องและได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง	1.ความพึงพอใจของลูกค้าภายในโรงพยาบาล

◆ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (ต่อ)

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี (ปี 2563-2567)				
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. ผู้ป่วย ICU Condition Admit Ward	10	3	3	4	3
2. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป	3.37	3.76	1.86	2.11	2.26
3. อัตราการติดเชื้อ UTI/1000วันใส่ cath	2.51	2.31	1.77	0.69	0.45
4. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	0.66	0.55	1.58	2.22	4.5
5. จำนวนครั้งการเกิด Admin error	24	17	6	4	5
6. จำนวนครั้งการเกิด Pre Admin	6	9	4	2	3
7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	85.3	85	85	79.41	85.11
8. อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน	3.75	3.81	2.81	2.47	2.17
9. จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	2	1	0	0	2
10. จำนวนครั้งของผู้ป่วยตกเตียงและพลัดตกหกล้ม	1	1	2	2	5

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคูณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ACS

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
1. อัตราเสียชีวิต STEMI	10%	0	0	0	50.00%	0
2. อัตราเสียชีวิต NSTEMI	10%	0	0.16%	5.74%	1.85%	0
3. ทำ Echo ภายใน 72 hr.	เพิ่มขึ้น	68%	76%	86.32%	85.75%	100%
4. ส่งผู้ป่วย ไปทำ Revascularization + Investigate	เพิ่มขึ้น	5%	9%	45.01%	45.00%	54.00%

◆ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (ต่อ)

Sepsis

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
1. อัตราเสียชีวิต Sepsis	<40%	2%	2.5%	57.69%	31.25%	10.16%
2. อัตราการเสียชีวิต Septic shock	<30%	2%	1.1%	42.31%	68.75%	11.94%
3. อัตราการได้รับ ABO ใน 1 hr.	100%	90%	91.1%	88.99%	91.28%	100%
4. อัตราการ Resuscitate shock สำเร็จใน 6 hr.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5. อัตราการทำ H/C ก่อนให้ ABO	100%	90%	90.5%	80.10%	75.38%	80.45%

stroke

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
1. อัตราเสียชีวิต stroke	≤5%	3.57%	0.93%	4.67%	2.37	5.35
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	≤5%	4.17%	1.87%	4.62%	2.30	1.60
3. อัตราผู้ป่วยอาการดีขึ้นเมื่อจำหน่าย	80%	83.93%	86.9%	83.33%	85.33	85.75
4. อัตราผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อจำหน่าย	80%	64.29%	64.49%	66.67%	71.09	75.05
5. อัตราผู้ป่วยอยู่ในระบบ HHC	100%	100%	100%	100%	100	100

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กิจกรรม/โครงการ	เป้าหมาย
1. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดย One day One chart 2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	- การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่คาดการณ์ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน - อัตราการตายลดลง
3. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยป้องกันการเกิด Pressure sore	- LOS ลดลง - อัตราการเกิด Pressure sore ลดลง
4. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการตกเตียงและผลัดตกหกล้ม	- อุบัติการณ์การผู้ป่วยตกเตียงและผลัดตกหกล้มลดลง
5. พัฒนาพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่	- บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ข้อร้องเรียนลดลง/ไม่เกิดข้อร้องเรียน
6. การพัฒนากระบวนการจำหน่าย โดยใช้แนวคิดสั้น	- มีการจำหน่ายผู้ป่วยได้รวดเร็ว เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยใหม่

ที่มา : หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

◆ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการผู้ป่วยเพศชาย อายุ 15 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคด้านอายุรกรรมทุกระบบ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมให้ผู้รับบริการปลอดภัย และมีความพึงพอใจ

ข. ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการผู้ป่วยเพศชาย อายุ 15 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคด้านอายุรกรรมทุกระบบ โดยมีจำนวนเตียงสามัญ รวม 40 เตียง มีเตียงสำรอง เตรียมความพร้อมรับในกรณีผู้ป่วยมากกว่า 40 เตียง จำนวน 5 เตียง ดูแลผู้ป่วย On Ventilator 3 เตียง กรณี ICU และ Sub ICU เตียงเต็ม

ศักยภาพ : มีอายุรแพทย์ให้การดูแลและรับคำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีตารางปฏิบัติงานชัดเจนและอัตรากำลังของพยาบาลกำหนดให้การจัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติ 2 ทีม/เวร เวรเช้าพยาบาลวิชาชีพ 6 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน พนักงานช่วยเหลือเหลือคนไข้ 1 คน เวรบ่ายพยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เวรดึกพยาบาลวิชาชีพ 4 คน ผู้ช่วยพยาบาล หรือพนักงานช่วยเหลือเหลือคนไข้ 1 คน

ข้อจำกัด : จำนวนผู้ป่วยมากและต้องเฝ้าระวังอาการดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อมีการรับใหม่ รับย้าย พร้อมกันหลายราย การบริหารจัดการต้องใช้เวลาในการโยกย้ายเตียงภายในตึก และระยะห่างระหว่างเตียง แคบทำให้ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

5 อันดับโรคที่พบบ่อย (High Volume)

ลำดับ	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64	ปีงบ 65	ปีงบ 66	ปีงบ 67
1	COPD (203)	Pneumonia (175)	CKD (182)	Heart Failure (252)	Heart Failure (320)	Heart Failure (304)
2	Pneumonia (155)	CKD (171)	Thalassemia (184)	Pneumonia (240)	COPD (258)	Pneumonia (286)
3	CKD (197)	Heart Failure (142)	Pneumonia (174)	Thalassemia (238)	Pneumonia (240)	CKD (232)
4	UGIH (99)	Stroke (118)	Heart Failure (157)	Stroke (214)	CKD (223)	COPD (225)
5	Thalassemia (85)	COPD (118)	Stroke (151)	CKD (209)	Stroke (179)	Stroke (151)

◇ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (แยกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

กลุ่มผู้รับผลงาน ลูกค้ายาภายนอก	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	- ได้รับการดูแลรักษาที่เอาใจใส่ ให้ข้อมูลครบถ้วนในการรักษา - ได้รับการดูแล รวดเร็ว ได้มาตรฐานปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน - ได้รับโอกาสวางแผนและตัดสินใจร่วมในการรักษา - มีเจ้าหน้าที่อยู่ในหอผู้ป่วยตลอดเวลา กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ - ให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมและให้การดูแลกรณีช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และญาติต้องการดูแลใกล้ชิด
ครอบครัวและญาติ	- ได้รับข้อมูล อาการแผนการรักษา - ได้รับข้อมูลการวางแผนดูแลในระยะยาวเมื่อกลับบ้าน - ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
ผู้บริหาร	ให้การดูแลตามกระบวนการที่ได้มาตรฐาน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่มีข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง
องค์กรแพทย์	ให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ หากมีข้อสงสัยในคำสั่งรักษาให้สอบถามทวนกลับ และรายงานอาการให้ถูกต้องครอบคลุมทันเวลา
ER	- มีการสื่อสารประสานงานข้อมูลที่ดีทั้งผู้ให้และผู้รับสาร - รับเข้า Admit ในหอผู้ป่วยได้รวดเร็ว
นักกายภาพ	- มีการสื่อสารประสานงานข้อมูลที่ดีทั้งผู้ให้และผู้รับสาร - มีการประสาน รวดเร็วต่อการให้บริการ
นักโภชนาการ	- มีการสื่อสารประสานงานข้อมูลที่ดี ครอบคลุมโรค เพื่อเหมาะสมการให้บริการผู้ป่วย
นักโภชนาการ	- มีการสื่อสารประสานงานข้อมูลที่ดี ครอบคลุมโรค เพื่อ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

1. บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. ไม่เกิดข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

◇ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

จ. ความท้าทาย และความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

1. การดูแลและประเมินกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์
2. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
3. อุบัติการณ์ การติดเชื้อดื้อยาในขณะนอนโรงพยาบาล
4. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่
5. วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ ไม่ตรง Stock

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
1	การดูแลและประเมินกลุ่มโรคสำคัญ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์	-พัฒนาทักษะ และสมรรถนะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญเช่น Sepsis, ACS, Stroke และการใช้ NEWS SCORE -ติดตามนิเทศ/กำกับติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าทีมการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง ถึงทักษะการแบ่งผู้ป่วยประเภท 4- 5 Need ICU ต้องรายงานแพทย์คู่ขนาน เพื่อให้ แพทย์ Staff รับทราบทุกCase เพื่อพิจารณาย้าย ICU -ประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลและการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้ One day One Chart - Audit เวชระเบียนโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย	- ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่ได้คาดการณ์ลดลง - อัตราการการเสียชีวิตจากอาการทรุดลงโดยไม่ได้คาดการณ์ เป็นศูนย์

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
2	อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ	-ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ - ปรับปรุงการมอบหมายงาน - นิเทศติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย - เบิกอุปกรณ์ป้องกันเพิ่มให้เพียงพอ	-อัตราการเกิดแผลกดทับลดลง
3	อุบัติการณ์ การติดเชื้อดื้อยาในขณะนอนโรงพยาบาล	-ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล -ติดตามนิเทศ/กำกับติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าทีมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	-อัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง
4	ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่	-มีการสื่อสารให้ข้อมูลย้อนกลับกับเจ้าหน้าที่ในทุกระดับเมื่อเกิดประเด็นการร้องเรียน - ส่งเจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้ารับการอบรมด้านพฤติกรรมบริการ - ส่งเสริมจริยธรรมทางการพยาบาล - ส่งเสริมด้านจิตปัญญา	- อัตราการเกิด ข้อร้องเรียน เป็น 0
5	การควบคุมการเบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ ไม่ตรงจำนวนคงคลังตึก	-จัดทำแนวทางการเบิกจ่ายควบคุมพัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ - มอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน - สุ่มตรวจทุกเดือน	-พัสดุ อุปกรณ์การแพทย์เพียงพอและตรงกับปริมาณคงคลังของตึก

◆ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ด้านปริมาณงาน

รายการ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
สถิติการให้บริการผู้ป่วย	3,500	3,372	3,940	4,392	4,979	5005
Productivity	100.62	126.66	159.25	173.4	167.7	129.15
อัตราครองเตียง	85.68	69.6	75.8	67.7	93.73	95.36
อัตราการใช้เตียง	7.88	7.6	8	9.1	11.24	10.43
วันนอนเฉลี่ย	3.68	2.9	2.83	2.2	2.58	2.77

ด้านบุคลากร

อายุรแพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	พนักงานช่วยเหลือคนไข้
17 คน	17 คน	4 คน	2 คน

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง มีพยาบาลปริญญาโทสาขาบริหารการพยาบาล 1 คน มีพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือนผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน เฉพาะทาง 4 เดือน การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน

อัตรากำลัง : จัดให้มีเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันขึ้นเวรเพื่อดูแลผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง การมอบหมายงาน แบ่งเป็น 2 ทีม ทำหน้าที่ในการให้บริการแบบ Functional โดยจัดเป็น 3 เวร ดังนี้

- เวรเช้า เวลา 08.30 – 16.30 น.
- เวรบ่าย เวลา 16.30 – 00.30 น.
- เวรดึก เวลา 00.30 – 08.30 น.

การจัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานวันราชการอัตรากำลังพยาบาลเวรเช้า : บ่าย : ดึก คือ 6 – 7 : 5 : 4 สำหรับ อัตรากำลังระดับผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ คือ 2 : 2 : 1 วันหยุดราชการอัตรากำลังพยาบาล เวรเช้า : บ่าย : ดึก คือ 6 : 5 : 4 และมีการปรับอัตรากำลังตาม Productivity ในแต่ละเวร

◆ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

ข้อมูล	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เครื่องมือที่สำคัญ				
Defibrillator	1	1	1 ชำรุด	1
EKG Monitor	5	1	1	1
Central monitor	0	5	5	8
EKG 12 lead	1	1	1	1
เครื่องวัดความอิ่มตัวของOxygenในกระแสเลือด	2	2	2	2

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและเข้ารับ บริการ	- ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัยทันเวลา โดยผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติ เหมาะสมกับตำแหน่งและมาตรฐานวิชาชีพ	- ผลการประเมิน Specific Competencyผ่านเกณฑ์
1.1 การเตรียมความ พร้อม	- มีเครื่องมือ อุปกรณ์ เพียงพอ และพร้อมใช้ อยู่เสมอ	- จำนวนครั้งอุบัติการณ์ความ ไม่พร้อมของเครื่องมือที่สำคัญ
1.2. การรับใหม่	- ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการรับใหม่/รับย้าย ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับปัญหา และความ ต้องการอย่างรวดเร็ว ทันเวลา มีการ ประสานงานที่ดีของสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพและ ความต้องการอย่างถูกต้องเหมาะสมกับ ปัญหา	- จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหา เร่งด่วนได้รับการแก้ไขปัญหา อย่างทันท่วงที - จำนวนผู้ป่วย ICU Condition Admit ที่ Ward ได้รับการ ประเมินและได้ย้ายเข้า Sub ICU หรือ ICU ในเวลาที่ เหมาะสม.
2. การประเมินผู้ป่วย	- เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลและเฝ้า ระวังอย่างมีมาตรฐาน และปลอดภัย - ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและได้รับการ วินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ประเมินปัญหาสุขภาพ และส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมทันเวลา - ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำ	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยหลุดหนัก โดยไม่คาดการณ์ - จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยโรคผิดพลาดและ Admit ผิดแผนก

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
	(Re-assessment) เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และได้รับการแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องและ ทันท่วงที	
3. การวางแผนดูแล	- ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ - ทีมผู้ให้บริการมีแผนการดูแลและการ ประสานงานกับ สหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแล ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและส่งเสริม สุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว - ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและมีส่วนร่วม ร่วมในการดูแลรักษาของทีมผู้ให้บริการ	- อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ไม่ได้ รับการรักษาตามแนวทางที่ วางไว้
4. การวางแผนจำหน่าย	- มีการวางแผน ให้ข้อมูลโรค การดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้เหมาะสมกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมกับโรค สภาพปัญหาและความ ต้องการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล - ผู้ป่วยและญาติมีพลังและศักยภาพ ความ พร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน	- อัตราการ Re Admit ใน 28 วัน โดยไม่ได้รับการวางแผน เนื่องจากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด และดูแลต่อเนื่อง
5. การดูแลต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ Home Ward ได้รับการ ส่งต่อ - ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การเยี่ยมบ้านได้รับการ ประเมินและส่งต่อ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง	- จำนวนผู้ป่วยส่งเข้า Home Ward - อัตราการส่งเยี่ยมบ้านในกลุ่ม ที่เข้าเกณฑ์ ตามระบบThai COC
6. กิจกรรมชุมชน	- เพื่อการบันทึกประวัติที่ครบถ้วนถูกต้อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย	- อัตราความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนมากกว่าร้อยละ 80

◆ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง 3ปี (ปี 2564 - 2566)			
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (6เดือน)
1. ผู้ป่วยหลุดหนักโดยไม่คาดการณ์	5	4	2	3
2. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป	1.55 (17)	1.78 (21)	1.37 (17)	0.39 (17)
3. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	0.406 (16)	0.409 (18)	0.241 (12)	1.66 (23)
4. อัตราการติดเชื้อ UTI/1000วันใส่ Cath	0	2.05 (3)	0.67 (3)	5.02 (6)
5. อัตราการติดเชื้อ VAP	0	6.16 (3)	0	21.43 (3)
6. อัตราการติดเชื้อ HAP	0.19 (8)	0.20 (10)	0.67 (3)	0.09 (5)
7. จำนวนครั้งการเกิด Admin error เฉพาะ ABO และ HAD	18	10	2	26
9. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ)	83.35	86.63	75.42	84.03
10. อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน	5.50 (146)	2.66 (114)	0.19 (143)	93 (1.85)
11. จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	0	0	2	3

◆ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	วิธีการทำงานที่สำคัญ	แนวคิด/ผลลัพธ์
1. ค้นหา ติดตาม ทบทวน ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่ คาดการณ์	-ติดตาม นิเทศโรคหลัก Sepsis ACS Stroke -นิเทศ ติดตามการใช้ NEWS Score รับใหม่ทุกราย -ทบทวนและหาแนวทางร่วมในการดูแล ผู้ป่วย Alcohol with drawall เป็นโรค ร่วม	สามารถประเมินผู้ป่วยทรุดหนักไม่ คาดการณ์ อัตราเสียชีวิต เป็น 0
2. One day One chart	- เลือกผู้ป่วยรายที่มีปัญหาซับซ้อน มา ทบทวนหลังการรับเวร โดยใช้ One day One chart เป็นเครื่องมือในการ นิเทศ -มีการสื่อสารประเด็นสำคัญที่ต้องมุ่งเน้น ในการดูแลผู้ป่วย - ร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงโอกาส พัฒนาในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความไม่ ครอบคลุมของการระบุปัญหา การ วางแผนการจำหน่าย เป็นต้น -หัวหน้า นิเทศติดตามและให้ ข้อเสนอแนะ	คะแนนประเมิน One day One chart ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เฉลี่ยร้อยละ 85 ต้องมีการพัฒนาการเขียนบันทึกปัญหา ทางพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย แต่ละราย และเพิ่มความครอบคลุมทั้ง 4 มิติ
3. CQI การเพิ่มทักษะใน การส่งผู้ป่วย เข้ารับการ ตรวจพิเศษ เช่น การส่องกล้อง	-พัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในการเตรียมและการส่งตรวจ การให้ การพยาบาล หลังส่งตรวจ FOB EGD ERCP โดยพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ ส่องกล้อง -จัดให้พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางเดิน อาหาร และการพยาบาลผู้ป่วยระบบ ทางเดินหายใจ	-จำนวนอุบัติการณ์ ความผิดพลาดในการ เตรียมความพร้อมในการส่งตรวจเป็น 0 -จำนวนอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อนจาก การส่งตรวจเป็น 0

◇ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	วิธีการทำงานที่สำคัญ	แนวคิด/ผลลัพธ์
1. การทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อหาโอกาสพัฒนา และป้องกันการเกิดซ้ำ	- ส่งเสริมให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และส่งเสริมให้มีการรายงาน ความเสี่ยงในโปรแกรม - ใช้แนวทาง I – SITDOWN Model ในการเฝ้าตรวจผู้ป่วยเพื่อค้นหาและป้องกันความเสี่ยง - ทบทวนอุบัติการณ์สำคัญร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง - สื่อสารแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนแก่สมาชิกทีม	- สามารถค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกได้ ไม่เกิดอุบัติการณ์รุนแรง - นำแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนมาปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน
2. พัฒนาการบริหารยา High alert drug	- มีการออกแบบและพัฒนากระบวนการบริหารร่วมกับแพทย์และเภสัชกร - มีแนวทางการบริหารยา High alert drug - หัวหน้าตึก นิเทศติดตามการบริหารยา High alert drug	พบอุบัติความเสี่ยง High alert drug 1 ครั้ง
3. พัฒนาการทำ Drug reconciliation	- สร้างความตระหนักแก่พยาบาลวิชาชีพ - ดำเนินการร่วมกับสหวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์ เภสัชกรและศูนย์คอมพิวเตอร์ ในการนำข้อมูลมาใช้ได้สะดวกขึ้น - หัวหน้าตึก นิเทศติดตามการทำ Drug reconciliation	อัตราการ Drug reconciliation มากกว่า 90%

◆ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม(ต่อ)

5. แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	วิธีการทำงานที่สำคัญ	ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์
1. โครงการฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ BLS/ACLS	-กำหนดในแผนประจำปี	-จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพ BLS/ACLS ร้อยละ 100
2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	-มีระบบปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพใหม่เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ -มีการนิเทศทางคลินิก -มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ -มีระบบพี่เลี้ยง -มีการนิเทศ ติดตาม	- จำนวนพยาบาลที่ใหม่ได้รับการอบรมและนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ
3. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยป้องกันการเกิด Pressure sore	-ปรับระบบการมอบหมายการดูแลผู้ป่วย -นิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผล Pressure Sore -ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและหาโอกาสพัฒนา	-พบผู้ป่วยเกิด Pressure sore ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 17 ราย
4. พัฒนาพยาบาลวิชาชีพใหม่ให้เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ	-กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมจัดอบรม พี่สอนน้องในเรื่อง การเป็นหัวหน้าเวรที่มีประสิทธิภาพ แก่น้องที่ทำงานครบ 1 ปี -มีการจัดให้มีพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำสอนงานแก่พยาบาลวิชาชีพที่เริ่มเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล	-พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานครบ 1 ปี ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 3 คน สามารถทำหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. พัฒนาคุณภาพการรับ-ส่งเวร	-ใช้หลัก S-BAR ในการรับส่งเวร -แบ่งการดูแล 2 ทีม	-การรับส่งเวรมีประสิทธิภาพ -ลดระยะเวลาการรับส่งเวร

ที่มา : งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

1.บริบท (Context)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูนให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า รับผู้ป่วยวิกฤติทางด้านศัลยกรรม กรณีหอผู้ป่วยหนักเตียงเต็ม และผู้ป่วยกึ่งวิกฤติที่รับดูแลต่อเนื่องจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมที่ต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการส่องตรวจวินิจฉัยโรคทางศัลยกรรม

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤติ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสถานะของผู้ป่วย ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

จำนวนเตียง 43 เตียง สามัญ 32 เตียง พิเศษ 8 เตียง ประกันสังคม 3 เตียง บุคลากรทางการพยาบาล รวม 27 คน พยาบาลวิชาชีพ 18 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน จัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ เวร ดึก:เช้า:บ่าย 5: 6: 6 โดยจัดการบริการเป็น 3 ได้แก่ 1.ทีมผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 25 เตียง 2.ทีมผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ 10 เตียง และ 3.ทีมห้องพิเศษ (Productivity) เฉลี่ยปี 2565-2567 = 143.64 % (ปกติ 90 – 110%)

อัตราการครองเตียง เฉลี่ยปี 2565-2567 = 100.07 % รับผู้ป่วยเฉลี่ย 4,870 คน/ปี รับใหม่เฉลี่ย 5-14 คน/วัน ผู้ป่วยผ่าตัดเฉลี่ย 143 คน/เดือน ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 1-3 คน/วัน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง และผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดเฉลี่ย 5 ราย/เดือน

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ ได้แก่ Ventilator , Defibrillator, EKG 12 lead , Infusion pump Monitor BPและ O₂ saturation

กลุ่มโรคที่สำคัญคือ

1. Head injury
2. Appendicitis
3. Hernia
4. CA Rectum
5. Chronic wound

กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญคือ

1. Head injury
2. UGIH
3. CA Colon
4. Necrotizing Fasciitis
5. CA Rectum

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม(ต่อ)

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญและความท้าทาย ผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะของผู้ป่วย

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเตรียม - การจัดลำดับความรุนแรง - การให้ข้อมูล - การลงนามยินยอมและการระบุตัวผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมการตรวจรักษาในเวลาที่เหมาะสมและได้รับข้อมูลครบถ้วนมีการระบุตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง	- มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา - มีการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย
2. ประเมินและวินิจฉัยโรค - การซักประวัติ - การตรวจร่างกาย - การวินิจฉัยอื่นๆ	- มีการใช้กระบวนการพยาบาลประเมินวางแผน และบันทึกการดูแลรักษาเป็นระยะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย	- ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและรวบรวมข้อมูลเพื่อวินิจฉัยและวางแผนในการดูแลรักษาพยาบาล
3. การวางแผน - มีการประสานงานสหสาขา - การมอบหมายความรับผิดชอบ - การเตรียมเครื่องมือ	- มีการมอบหมายงาน การสื่อสารและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ - มีการบำรุงรักษาเครื่องมือให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้	- เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ต่อเนื่องรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่ซ้ำซ้อน
4. การดูแลรักษา	- มีกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาลโดยบุคลากรที่เหมาะสม	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง ปลอดภัย - ทีมการพยาบาลมีพฤติกรรมการบริการที่ดี
5. การประเมินซ้ำ - การสังเคราะห์ข้อมูลและรายงานแพทย์	- มีการเฝ้าระวังประเมินสังเคราะห์ข้อมูลและประสานงานอย่างเป็นระบบ	- ผู้ป่วยได้รับการระวังปัญหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม(ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
		- ได้รับการประเมินผลการรักษาพยาบาล และรายงานแพทย์ได้อย่างเหมาะสม
6. กิจกรรมชุมชน - การบันทึกเวชระเบียน	- มีการจัดทำเวชระเบียนที่ใช้ ร่วมกันในทีมผู้ให้บริการ ในการบันทึกปัญหาของผู้ป่วย แผนการรักษาการปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการ สื่อสารระหว่างทีมงานผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยและเกิดความต่อเนื่องในการ รักษา	- แฟ้มประวัติผู้ป่วยบันทึกถูกต้องชัดเจน
- การให้ข้อมูล/สุศึกษา - การวางแผนการจำหน่าย - การเช็คสิทธิ	- มีการใช้กระบวนการพยาบาลโดย ใช้ APIE ในการเขียนบันทึกทางการ พยาบาล มีการตรวจสอบภายใน การประเมินตนเองของหน่วยงาน เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการ พยาบาล - มีการใช้ CPG ในโรคกลุ่มสำคัญ - มีแนวทางในการวางแผนการ จำหน่าย ร่วมกันในทีมผู้ให้การดูแล ผู้ป่วย - มีขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิค่า รักษาของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ	- ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลสุศึกษาที่ ถูกต้องและมีการบันทึกการให้สุศึกษา - ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน - ลดปัญหาความผิดพลาดของการเงิน - ลดระยะเวลาการรอจำหน่ายผู้ป่วย
7. การจำหน่าย - การเตรียมการดูแลที่บ้าน - การส่งต่อ - การนัดติดตาม	- มีกระบวนการในการให้ข้อมูล ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและมีบันทึกการ ส่งต่อที่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไป ใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยเร็ว ที่สุดและไม่กลับมารักษาซ้ำ	- ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
จำนวนผู้ป่วย		4503	4361	5283
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ2ขึ้นไป		14	11	20
จำนวนอุบัติการณ์การบริหารยาเคมีบำบัดผิดพลาด	0 ราย/1000 วันนอน	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเตรียม ผู้ป่วยผ่าตัด ทำให้ต้องเลื่อน/งดผ่าตัด	0 ครั้ง	2	3	2
อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียน	0 ครั้ง	90.13	89.5	90.96
Productivity	90-110 %	152.01	158.63	120.3

ตัวชี้วัดคุณภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการหนักตามข้อบ่งชี้ ไม่ได้เข้ารับการดูแลใน ICU แล้วมีอาการทรุดลง	0 ครั้ง	3	2	2
จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่Admitซ้ำ เนื่องจากขาด ความรู้ในการปฏิบัติตัว	0	1	1	0
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	< 1 %	0	0	0

ที่มา : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และ เป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำพูน เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล ป้องกัน และ ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรม ในผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยเพศชายที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมทั้งเพศหญิงและเพศชาย การส่องกล้องเพื่อผ่าตัดหรือตรวจวินิจฉัยโรคทางศัลยกรรม รวมถึงผู้ป่วยวิกฤตกรณีหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเต็ม โดยมีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope Of Service)

ให้บริการดูแลรักษาพยาบาล 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมตกแต่งศัลยกรรมช่องปากและคอหอย ให้เคมีบำบัดผู้ป่วยในมะเร็งทางศัลยกรรมทั้งเพศหญิงและเพศชาย การส่องกล้องเพื่อผ่าตัดและตรวจวินิจฉัยโรคทางศัลยกรรม ผู้ป่วยวิกฤตโรคทางศัลยกรรมกรณีหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเต็ม แต่ไม่สามารถให้บริการผู้ป่วย CVT ได้ มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 43 เตียง ประกอบด้วย สามัญ 32 เตียง ประกันสังคม 3 เตียง ห้องพิเศษรวม 8 เตียง

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (ลูกค้าภายนอก)

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1. ผู้ป่วยและญาติ	1. การได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตรงตามอาการและโรคที่เป็นตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา 2. ทราบรายละเอียดของการเจ็บป่วย วิธีการรักษา ผลการรักษาและการพยากรณ์โรค การดูแลหลังการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3. มีส่วนร่วมรับรู้เรื่องโรคที่เป็นตลอดจนมีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษา 4. ความมั่นใจในการดูแลรักษาพยาบาลของทีมสหสาขาวิชาชีพ 5. ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วทันทั่วถึง เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน 6. สถานที่สภาพแวดล้อมในตึกสะอาด สะดวก ปลอดภัย 7. เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี สุภาพ เอาใจใส่ บริการรวดเร็วเป็นที่น่าพอใจ
2. ชุมชน/ รพ.สต.	1. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน สามารถติดต่อสอบถามได้ และส่งข้อมูลทางโปรแกรมเยี่ยมบ้าน
3. โรงพยาบาลอื่นๆที่รับส่งต่อ	1. การประสานงานก่อนการส่งต่อผ่าน call center อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน 2. ส่งข้อมูลทางโปรแกรมเยี่ยมบ้าน และเอกสารเพิ่มเติมที่ครบถ้วน ชัดเจน

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (ลูกค้าภายใน)

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการผู้รับผลงาน (ลูกค้าภายใน)
1. ผู้บริหารโรงพยาบาล	1. ให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และไม่มีข้อร้องเรียนหรือฟ้องร้อง
2. องค์กรพยาบาล	1. ให้บริการทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ
3. แพทย์	1. การได้รับความร่วมมือ ความสะดวก รวดเร็วในการดูแลรักษา ตลอดจนได้รับทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 2. ได้รับการช่วยเหลือในการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย 3. มีทีมพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ รับคำสั่งการรักษาถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว 4. ได้รับการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว ทันการณ์ 5. การบันทึกข้อมูลผลการตรวจต่างๆ ได้ถูกต้องครอบคลุม 6. มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ดี ทันสมัย และเพียงพอต่อการใช้งาน
4. ห้องยาและเวชภัณฑ์	1. การประสานงานที่ดี ชัดเจน ถูกต้อง รวดเร็ว 2. ใบคำสั่งการรักษาที่ส่ง Fax ที่มีข้อมูล Identify ผู้ป่วย ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน 3. การส่งคืนยาผู้ป่วยที่ถูกต้อง ตามเวลา
5. พยาธิวิทยา	1. การ Request Lab ในระบบคอมพิวเตอร์ถูกต้อง ครบถ้วน 2. การเก็บ Specimen ที่ส่งตรวจอย่างถูกต้อง ตามระเบียบปฏิบัติ
6. แผนกรังสี	1. การประสานงานที่ดี ชัดเจน ถูกต้อง รวดเร็ว 2. ใบ Request ต่างๆ ถูกต้อง ครบถ้วนและมีข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้องครบถ้วน 3. การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งตรวจถูกต้อง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจทุกครั้ง และส่งผู้ป่วยไปตรวจตรงเวลา
7. ห้องผ่าตัด/วิสัญญี	1. การประสานงานที่ดี 2. การส่ง Set OR ในระบบคอมพิวเตอร์ อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและมีการตรวจสอบซ้ำ 3. การส่งผู้ป่วยเข้า OR อย่างถูกต้อง มีการ Mark site ตำแหน่งผ่าตัด ส่งผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งเวชระเบียนและของใช้ในการทำผ่าตัดที่ถูกต้อง ครบถ้วน มีการตรวจสอบสิ่งของต่างๆที่อาจติดไปกับผู้ป่วย ก่อนส่งผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ตามแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยของห้องผ่าตัด/วิสัญญี

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

กลุ่มผู้รับรู้งาน	ความต้องการผู้รับผลงาน (ลูกค้าภายใน)
8. ห้องตรวจผู้ป่วยนอก/ ห้องฉุกเฉิน/ICU	1. ความพร้อมในการเตรียมรับผู้ป่วย ทั้งเตียงและอุปกรณ์ต่างๆ 2. ใบนัดผู้ป่วยที่ถูกต้อง เตรียมและระบุข้อมูลเพิ่มเติมที่ครอบคลุมก่อนพบแพทย์
9. เวชระเบียน	1. มีการประสานงานที่ดี 2. มีการส่งคืนเวชระเบียนที่แพทย์สรุปแล้ว อย่างครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด
10. ศูนย์ประกัน	1. มีการเตรียมเอกสารถูกต้องครบถ้วน 2. มีการส่งตรวจสอบสิทธิการรักษาให้รวดเร็วที่สุด
11. ศูนย์จำหน่าย	1. คิดค่าใช้จ่ายครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ(Key Quality Issuer)

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้รับการเสริมพลัง และข้อมูลการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงการได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และมีความพึงพอใจ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา

ความท้าทาย

1. การนำนโยบาย 3 จุดหยุดความเสี่ยงมาใช้ในการงาน
2. การบริหารยาในหอผู้ป่วยในระบบ Robot
3. การกำหนดให้ Pain Score เป็น V/S ที่ 5 และการประเมิน Pain Score
4. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยของห้องผ่าตัด/วิสัญญี
5. ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ การส่ง Labs
6. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผลกดทับในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงสำคัญ

1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัดไม่เหมาะสม ในปี 2567 ที่ผ่านมามีพบ Risk จากการเตรียมผู้ป่วยไม่เหมาะสมก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจำนวน 31 ครั้ง
2. การเกิด Labs Adverse Event เช่น เลือดที่ส่งตรวจ Clot/Hemolysis ในปีงบประมาณ 2567 ที่ผ่านมามีพบ 58 ครั้ง

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัดไม่เหมาะสม	1. มีแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัด 2. มีการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทุกเดือนเพื่อหาสาเหตุมาปรับปรุงแก้ไข 3. Monitor ต่อ	จำนวนการเกิด Risk จากการเตรียมผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดไม่เหมาะสม < 10 ครั้ง/ปี
2	Labs Adverse Event จากเลือดที่ส่งตรวจ Clot/Hemolysis	1. เชิญเจ้าหน้าที่ห้อง Labs. มาให้ความรู้เรื่องเทคนิคต่างๆ ในการเก็บเลือดส่งตรวจที่เหมาะสมให้แก่พยาบาลทุกคนในวันประชุมหน่วยงาน 2. ทำแผ่นป้ายวิธีเก็บเลือดลง Tube เก็บเลือดแต่ละชนิดติดไว้ในที่เห็นชัดเจน 3. มีการทบทวนเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นเดือนละครั้ง 4. Monitor ต่อ	จำนวนการเกิด Risk จาก Labs Adverse Event ลดลง < 10 ครั้ง/ปี

ฉ. ปริมาณงาน และทรัพยากร ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ข้อมูลปริมาณงาน	ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปี65-67)		
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. จำนวนผู้ป่วยรวม (ราย)	4,460	4,593	4,321
2. จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน (ราย)	372	346	360
3. วันนอนเฉลี่ย/คน (วัน)	2.31	2.44	2.74
4. อัตราครองเตียงเฉลี่ย/เดือน (%)	81.03	80.42	79.54
5. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน (ราย)	3,223	4,252	3,951
6. จำนวนผู้ป่วย Refer ไปรักษาต่อ (ราย)	11	4	15
7. จำนวนผู้ป่วยที่ Refer Back (ราย)	63	63	95
8. จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (ราย)	55	38	59
9. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สมครอยู่ (ราย)	47	37	27
10. จำนวนผู้ป่วยรับเคมีบำบัด(ครั้ง)	777	711	441
11. Productivity	144.06	147.22	138.60

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

2. ด้านบุคลากร

ศัลยแพทย์ทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	คนงาน
16 คน	16 คน	4 คน	4 คน	-

ข้อมูลเฉพาะทาง ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลเฉพาะทางหลักสูตร ET-nurse with Ostomy 1 คน พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด 11 คน และมีพยาบาลวิชาชีพใหม่ที่ยังไม่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาลจำนวน 3 คน การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเวรเช้า : เวรบ่าย : เวรดึก 6 : 4 : 4 โดยใช้ระบบการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆเวร Productivity เฉลี่ย 3 ปี (ปี 2565 – 2567) = 143.29 %

การเสริมอัตรากำลัง สามารถดึงอัตรากำลังในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงหมุนเวียนช่วยได้ หากมีปัญหาดึงอัตรากำลังเสริมในหอผู้ป่วยไม่ได้ สามารถร้องขออัตรากำลังเสริมจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายช่วยได้

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

- เครื่องทำ EKG 1 เครื่อง
- เครื่อง Vital Sign Monitor 6 เครื่อง
- เครื่อง Suction 3 เครื่อง
- เครื่อง Congo Suction 3 เครื่อง
- เครื่อง Chest Pump 1 เครื่อง
- เครื่องมือ และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญอื่นๆ สามารถยืมจากศูนย์เครื่องมือแพทย์หมุนเวียนใช้ได้

ตลอด 24 ชั่วโมง อย่างเพียงพอ

4. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการที่สำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. การเข้าถึงบริการ	1. การจัดเตรียมเตียงและอุปกรณ์ที่เหมาะสมพร้อมใช้กับผู้ป่วยแต่ละประเภท 2. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบระบุตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในเวลาที่เหมาะสม ปลอดภัย	1. อุบัติการณ์การจัดเตียงและอุปกรณ์ ไม่เหมาะสม , ไม่เพียงพอ 2. อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 3. อุบัติการณ์ที่เกิดจากการช่วยเหลือล่าช้าหรือไม่เหมาะสม
2. การประเมินผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างเป็นองค์รวม	1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมิน แรกรับอย่างเหมาะสม การเกิด

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

กระบวนการที่สำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
3. การวางแผนการดูแล	1. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนและประสานความร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ	อุบัติการณ์ การแบ่งประเภทผู้ป่วย ไม่ถูกต้อง
4. การวางแผนจำหน่าย	1. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายทุกราย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทและครอบครัว 2. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ > 80 %
5. การดูแลผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ อย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	1. อัตราการ Re-Admit ใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมโดยมิได้วางแผน
6. การดูแลต่อเนื่อง -ระบบการนัดผู้ป่วย -การประสานงานทั้งภายใน โรงพยาบาลและนอก โรงพยาบาล	1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	1. อัตราการเกิดแผลกดทับ 2. อัตราการเกิดผู้ป่วยอาการทรุดลง โดยมีคาดการณ์ 3. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด สะอาด 4. อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้า OR ไม่เหมาะสม 5. อัตราการเกิดติดเชื้อดื้อยา 6. อัตราการบริหารยาผิดพลาด 7. อัตราการเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อ HHC และได้รับการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชน 2. การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

5. ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดสำคัญ	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	%	88.87	84.71	85.75
อัตราการติดเชื้อรวม	<3/1000วันนอน	1.43	0.44	1.18
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	< 1%	0	0.003	0.31
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป	< 5ราย/1000วันนอนของผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง	1.68	2.70	2.71
จำนวนอุบัติการณ์บริหารยาเคมีบำบัดผิดพลาด	0 ครั้ง	0	0	1
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดที่ทำให้งด/เลื่อน OR	0 ครั้ง	1	0	0
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	>80%	83.69	84.22	88.72
อัตราการ Re-Admit ด้วยโรคเดิมใน 28 วัน	< 5%	0.40	0.82	0.37

อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเตรียมผู้ป่วยที่ทำให้ต้องเลื่อน/งด OR ในปี 2565 มี 1 ราย เป็นเคสเด็กที่แพทย์ Set OR ทำ Herniotomy ให้ NPO เวลา 03.00 น. แต่พยาบาลเวรตึกลืมติดป้ายงดน้ำและอาหาร และได้แจ้งมารดาผู้ป่วยไว้ มารดาจึงได้ป้อนอาหารเข้าให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ NPO Time ไม่ครบแพทย์จึงให้เลื่อน OR ไปทำอีกวัน จึงได้มีการทบทวนกัน พบว่าในผู้ป่วยเด็กแพทย์จะกำหนดเวลาการ เริ่ม NPO ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กในแต่ละราย มิได้ให้ NPO หลังเที่ยงคืนพร้อมกันเหมือนเคสผู้ใหญ่ตามปกติทั้งไปจึงกำหนดให้มีการเขียนระบุเวลา NPO ผู้ป่วยที่จะ Set OR ทั้งหมดไว้บนกระดานไวท์บอร์ด เพื่อให้ทุกคนเห็นอย่างชัดเจน และให้พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ตรวจสอบความเรียบร้อยของการ NPO ในผู้ป่วยที่ Set OR ซ้ำทุกราย หลังจากนั้นก็ไม่พบการเกิดอุบัติการณ์ งด/เลื่อนผ่าตัด จากสาเหตุการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม

อุบัติการณ์บริหารยาเคมีบำบัดผิดพลาดในปี 2567 มี 1 ราย เป็นเคสคนไข้ที่ให้เคมีบำบัดคนเนื่องจากมีการตรวจสอบยากับ Order ตรงจุดรับกล่องยาเคมีบำบัดรวมถูกต้องแล้วไม่ได้ใช้ป้ายชื่อคนไข้อันเล็กติดฝากล่องแล้วมีการขนย้ายกล่องไปที่เตียงผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ตรวจสอบอีกครั้กว่ากล่องยาด้านในเป็นของคนไข้คนอื่น จึงทำการให้ยาเคมีบำบัดคนไข้โดยไม่ได้ Identify ซ้ำ จึงมีการปรับกระบวนการไม่ให้มีจุดรับยาเคมีบำบัดรวมให้รับยาเคมีบำบัดจากพนักงานส่งยาเคมีบำบัดที่เตียงผู้ป่วยเลยและ Identify กับผู้ป่วยขณะรับยาเบื้องต้นและติดป้ายชื่อเล็กบนฝากล่องยาเคมีบำบัด จากนั้นถึงจะมาตรวจสอบยากับ Orderแพทย์อีกครั้ง และใช้ UIMC ในการบริหารยาทุกครั้ง หลังจากนั้นก็ไม่พบการเกิดอุบัติการณ์บริหารยาเคมีบำบัดผิดพลาด

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

6. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

6.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

6.1.1 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมระยะสุดท้าย

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและมีศักดิ์ศรี ลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด ได้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ (Good Dead) จึงได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้ 1.) ผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมระยะสุดท้ายทุกรายจะได้รับการดูแลจากทีม Palliative Care 2.) หากมีอาการปวดจะมีการ Consult Pain Clinic หรือทีม Palliative Care 3.) ได้รับการประสานจากทีมเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ต่างๆก็ประสานขอยืมจาก COC หรือเครือข่ายในชุมชนให้ 4.) หากผู้ป่วย/ญาติมีความประสงค์จะทำพิธีทางศาสนาเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยและเพื่อความสบายใจก็สามารถอำนวยความสะดวกให้ได้ 5.) จัดทำ Palliative Care Conner บริเวณหน้าหอผู้ป่วย จัดสถานที่สำหรับทำ Family Meeting และมีพระพุทธรูปให้กราบไหว้บูชาเป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

6.1.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัด

เนื่องจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงได้มีการรับผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรมทั้งเพศหญิงและชายที่มารับเคมีบำบัดต่อเนื่อง จึงได้มีการทำโครงการกลุ่มกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัด โดยประสานความร่วมมือจากจิตแพทย์/นักจิตวิทยา เภสัชกร โภชนากร หมุนเวียนกันมานำกลุ่มกิจกรรมบำบัด เดือนละ 1 – 2 ครั้ง

6.1.3 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นระบบ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเป็นระบบ และเป็นแนวทางเดียวกัน เป็นการดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด อย่างเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยจัดทำ CNPG ขึ้น

6.1.4 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษรวม

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษรวมโดยการจัดทำ QR Code ให้ผู้ป่วยและญาติประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะที่นำมาปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษ

6.1.5 พัฒนาหอผู้ป่วยด้านสิ่งแวดล้อม

พัฒนาหอผู้ป่วยด้านสิ่งแวดล้อม โดยการปรับปรุงภูมิทัศน์ทั้งหมด ได้แก่ บริเวณดูแลผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยสามัญ ห้องประกันสังคมและห้องน้ำ ห้องพิเศษรวมและห้องน้ำ Nurse Station บริเวณในหอผู้ป่วย มีการติดภาพวิจิตร ภูมิทัศน์ธรรมชาติ และบริเวณหน้าหอผู้ป่วยจัดสถานที่ให้เป็นที่พักผ่อนและมีพระพุทธรูปให้กราบไหว้บูชา เป็นการดูแลและเยียวยาจิตใจและกระตุ้นผู้ป่วย Ambulate หลังผ่าตัดโดยเป็นจุด Check In หน้าหอผู้ป่วย มีการติดตามช่วยกันนกเพื่อให้สถานที่สะอาดและลดการแพร่กระจายเชื้อจากสัตว์

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

6.2 การพัฒนาคุณภาพการดูแลที่อยู่ในช่วงพัฒนา

6.2.1 การเตรียมความพร้อมและให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด/หลังผ่าตัด/ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยทำเป็น QR Code VDO/แผ่นพับ

6.2.2 การปฐมพยาบาลผู้ป่วยและญาติ ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโดยทำเป็น QR Code VDO/แผ่นพับ

6.2.3 การจัดทำทะเบียนผู้ป่วย on line แทนสมุดทะเบียน เพื่อให้สามารถดึงข้อมูลต่างๆได้ง่ายและสะดวก ลดการใช้กระดาษ

6.2.4 การจัดทำแผนการนิเทศรายโรค ของหน่วยงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้ครอบคลุมมากขึ้น

7. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.1 พัฒนาการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัด โดยการใช้ใบรายการ Checklist มากำกับ และเน้นการ Double Check ก่อนส่งผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยไป OR

5.2 พัฒนาคุณภาพการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่เวรตึกและเวรเช้าช่วยกันดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ Bed Bath ล้างหน้าแปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย

5.3 โครงการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

5.3.1 การจัดทำสมุดทะเบียนมะเร็งแยกต่างหาก เพื่อสามารถนำข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งหลังการผ่าตัด เข้า Tumor Conference ได้รวดเร็ว ไม่ตกหล่น, ทำการรณรงค์การเจาะ CEA และไบops เตือนการนัด Echo ในผู้ป่วยมะเร็งที่อายุ > 60 ปี

5.3.2 การทำแฟ้ม Round IV fluid และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในแต่ละเวร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ IV fluid ได้เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์

5.3.3 กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูล NEWS Score, Barden Score, พลิกตัวผู้ป่วย, การใส่ที่นอนลม, การลง Tigger สำคัญต่างๆ

5.3.4 รวบรวมความหมายของการผ่าตัดหรือหัตถการต่างๆทางศัลยกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการเขียนใบยินยอมผ่าตัดหรือทำหัตถการต่างๆให้ถูกต้อง

5.3.5 จัดทำแฟ้มรวบรวมข้อมูล Telemed, HCC และติดตาม Case Refer Back

5.3.6 มีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อพัฒนาและศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำพูน

ที่มา : หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

◇ ห้องแปล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ศูนย์การดูแลแผลและออสโตมี ให้บริการผู้ป่วยที่มีแผลซับซ้อน ไม่สามารถหายได้ในกระบวนการหายของแผลปกติ ได้แก่ แผลเบาหวาน แผลกดทับระดับ3,4 แผลเนื้อเน่า แผลจากความผิดปกติของเส้นเลือด แผลทะลุที่ไม่สามารถควบคุมสารคัดหลั่งได้ และผู้ป่วยออสโตมีโดยพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย ด้วยความรู้ เทคโนโลยีและวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสมทันสมัยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นแหล่งศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติของพยาบาลในทีมเครือข่ายและนักศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรังและออสโตมี

เป้าหมายของหน่วยงาน

1. ผู้ป่วยบาดแผลและออสโตมีปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
2. เป็นแหล่งที่ให้ผู้รับบริการได้ติดต่อ เพื่อเบิกจ่าย วัสดุ อุปกรณ์ การดูแลแผลและออสโตมีได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นศูนย์กลางที่ให้คำปรึกษาปัญหา และภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับแผลและออสโตมีได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เป็นแหล่งศึกษา ดูงานและฝึกปฏิบัติของพยาบาลในทีมเครือข่ายและนักศึกษาพยาบาล

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเด็กและทารก ที่มีแผลซับซ้อน ไม่สามารถหายได้ในกระบวนการหายของแผลปกติ ได้แก่ แผลเบาหวาน แผลกดทับระดับ3,4 แผลเนื้อเน่า แผลจากความผิดปกติของเส้นเลือด แผลทะลุที่ไม่สามารถควบคุมสารคัดหลั่งได้ ผู้ป่วยออสโตมี ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มโรคสำคัญ

1. แผลเบาหวาน (Diabetic Ulcer)
2. แผลกดทับ (Pressure Ulcer)
3. แผลเนื้อเน่า (Necrotizing Fasciitis)
4. แผลที่ไม่หายในระยะเวลา 2 เดือน (Chronic Ulcer)
5. แผลจากความผิดปกติของเส้นเลือด (Vessel disease Ulcer)
6. Ostomate

◆ ห้องแม่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

ศักยภาพ

ให้บริการผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังและออสโตมี โดยมีพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผล ออสโตมี และ ควบคุมการขี้ถ่าย (ET Nurse)ประจำศูนย์การดูแลแผลและออสโตมีทุกวันในเวลาราชการ

ข้อจำกัด

- เปิดให้บริการในเวลาราชการและนอกเวลาราชการวันเสาร์เวลา 8.00-12.00น.
- อุปกรณ์พิเศษในการดูแลแผลไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ์ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในส่วนค่าอุปกรณ์พิเศษในการดูแลแผล

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (แยกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
<u>ผู้รับผลงานภายนอก</u> 1. ผู้ป่วยและญาติ 2. บุคลากรทางการแพทย์นอกโรงพยาบาล	1. ต้องการรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญ แผลดีขึ้น ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย 2. ต้องการรับบริการจากผู้ให้บริการที่อภัยภัยดี ยิ้มแย้ม แจ่มใส พุดจาไพเราะให้การดูแลด้วยความนุ่มนวล 3. ผู้ป่วยและญาติต้องการให้แผลหายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 4. ผู้ป่วยออสโตมีและญาติต้องการดูแลออสโตมีได้อย่างเหมาะสมมีอุปกรณ์ใช้อย่างเพียงพอ และใช้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 5. ต้องการการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว 6. ต้องการให้ผู้ให้บริการรับฟังปัญหาและให้คำแนะนำอย่างใส่ใจ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน 7. ได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน 1. ต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2. ต้องการความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ 3. ต้องการการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ 4. ต้องการระบบการให้คำแนะนำที่ชัดเจน
<u>ผู้รับบริการภายใน</u> 1. แพทย์ 2. เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆในโรงพยาบาล	1. ต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2. ต้องการความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ 1. ต้องการการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ 2. ต้องการระบบการให้คำแนะนำที่ชัดเจนและสะดวก

◆ ห้องแปล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

1. ให้บริการที่มีคุณภาพเฉพาะทาง ผู้รับบริการปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
 - * ไม่เกิด Ostomy Complication
 - * Healing total time ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่องน้อยกว่า 180 วัน
2. ผู้รับบริการพึงพอใจ
3. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

จ. ความท้าทาย

1. การเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
2. การพัฒนาระบบร่วมกับเครือข่ายได้แก่ รพ.สต./รพช. /เขตสุขภาพ ตาม Service plan ให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง
3. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่เครือข่ายและผู้ป่วยให้ทั่วถึง :Tele nursing , Google application ,Line application
4. การพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ความรู้ทางวิชาการและนวัตกรรมในการดูแลแผลเรื้อรัง (Excellent center)

ความเสี่ยงที่สำคัญ

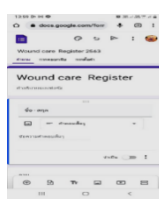
1. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลออสโตมี: Excoriation
2. แผลไม่มีความก้าวหน้าในเวลา 2 เดือน
3. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการไม่ทั่วถึง
4. ผู้ป่วยแผลเรื้อรังอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์

◆ ห้องแม่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย
1	เกิด ภาวะแทรกซ้อน จากการดูแล ออสโตมี: Excoriation	-พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยทวารเทียมจังหวัด ลำพูน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยทวารเทียมจังหวัด ลำพูน Pre operation :Elective case by ET Nurse <u>Assessment</u> : แบบประเมินออสโตมี  แบบประเมินออสโตมี <u>Planning</u>  -เข้า Ostomy clinic -เข้าระบบ Ostomate Register <u>Implement</u> -Ostomy care education at ostomy clinic -Ostomy discharge plan -continuous of care : Line official  Ostomate lamphun 	-ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล ทวารเทียมได้แก่ แผลเปื่อย รอบทวารเทียม<5%  The SAC instrument -อัตราการกลับมารับการสอน การดูแลทวารเทียมซ้ำ <20% -อัตราการกลับมานอน โรงพยาบาลซ้ำจาก ภาวะแทรกซ้อนในการดูแล ทวารเทียม 0% -ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ >80%

◇ ห้องแผล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย
2	แผลไม่มี ความก้าวหน้า ในเวลา 2 เดือน	-Chronic wound care model in the digital Era รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในยุคดิจิทัล Assessment : S E W O P assessment: Size Exudate Wound bed Other problem  Pain score Planning -ET nurse ประจำ wound clinic รับปรึกษา case จาก OPD , IPD วางแผนด้วย Wound bed preparation concept จัดการตาม แนวปฏิบัติในการจัดการแผลเรื้อรัง  Implement 1. รับเคส :Chronic Wound register (google form)  2. จัดการ:Advance dressing /Wound care education / Discharge plan 3. ติดตามดูแล:Continuous of care: ผู้ศึกษาสร้างLine official Chronic wound ลำพูน_ 	-อัตราการกลับมาอน โรงพยาบาลซ้ำด้วยแผลเรื้อรัง แย่งได้แก่ มีเนื้อตาย แผลติดเชื้อ -ระยะเวลาการเตรียมพื้น แผลเพื่อ Close wound -ระยะเวลาที่แผล หาย -ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ



ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย
3	ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการไม่ทั่วถึง	-สร้างช่องทางการให้บริการ 1. เปิดคลินิกแผลและคลินิกออสโตมีเปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ 2. สร้างช่องออนไลน์ Tele nursing เพื่อให้บริการแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือไม่สะดวกมาโรงพยาบาล 3. สร้างช่องทางรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงงาน	-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
4	ผู้ป่วยแผลเรื้อรังอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์	-สร้างระบบการจัดการกรณีผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ -ประสานงานกับหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานหลักในการขอความช่วยเหลือ -เตรียมความเข้าใจและซ้อมในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินแก่บุคลากรในหน่วยงาน	-อัตราการตายในผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

[illegible]

◆ ห้องแม่ล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

ด้านบุคลากร

อัตรากำลังรวมของหน่วยงาน 3 คนประกอบด้วย

บุคลากร	จำนวน	หมายเหตุ
1. พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย	2	ปฏิบัติงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล 60 % ของเวลาปฏิบัติงาน 1 คน
2. พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	1	



Job spec



โครงสร้างการบริหาร

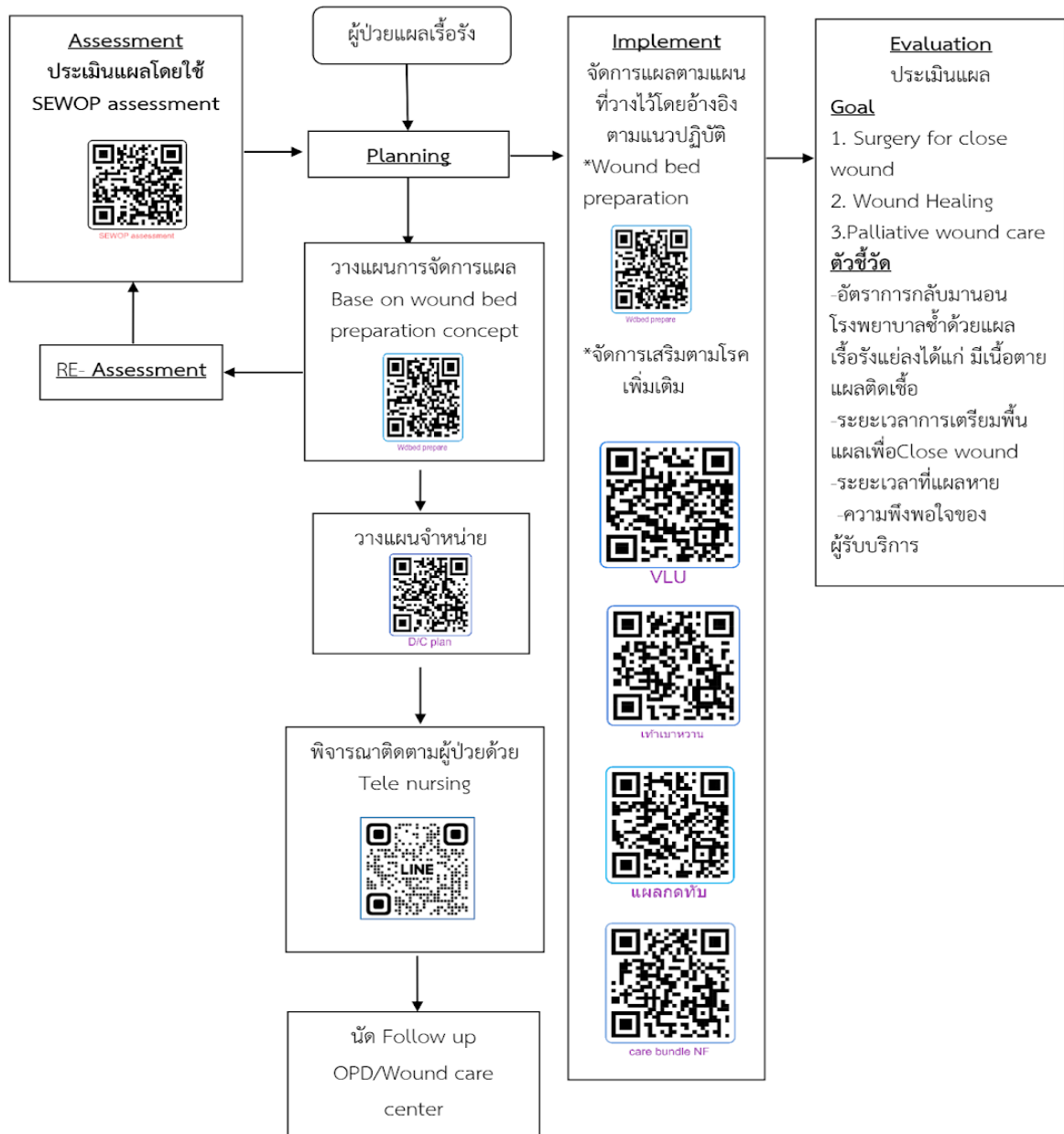
Job specificity

เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์

1. เครื่องคอมพิวเตอร์	3	เครื่อง
2. เครื่องPrinter	2	เครื่อง
3. รถสแตนเลส 1 ชั้น	1	คัน
4. รถสแตนเลส 3 ชั้น	1	คัน
5. ที่ชุบน้ำ	15	อัน
6. กรรไกรตัดเนื้อ	10	อัน
7. กรรไกรตัดไหม	5	อัน
8. Set dressing	23	set
9. ตะแกรงทำแผล	1	set

◆ ห้องแปล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

แผนผังแสดงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ตามกระบวนการพยาบาล



◆ ห้องแผล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ(Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
Assessment	-ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่มารับบริการ ได้รับการ ดูแลแผลอย่างเหมาะสม	-ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังได้รับการประเมินแผล อย่างครอบคลุม 100 % โดยใช้ SEWOP assessment: เพื่อการวางแผนจัดการแผล
Planning Implement	-วางแผนจัดการแผลอย่างเหมาะสมโดยET nurse -จัดการแผลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวปฏิบัติในการจัดการแผลเรื้อรัง  แนวทางการจัดการแผลเรื้อรัง	-ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาล ภายใต้หลักการดูแลแผลWound bed preparation concept -ผู้ป่วยได้รับการดูแลแผลตามแผนการพยาบาล
Evaluate: <u>Outcome</u>	-ผู้ป่วยไม่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยแผลที่แย่งลง -ผู้ป่วยได้รับการวางแผน Close wound -แผลหาย -ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ	-อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยแผลเรื้อรังแย่งลงได้แก่ มีเนื้อตาย แผลติดเชื้อ < 3% -ระยะเวลาการเตรียมพื้นแผลเพื่อClose wound < 90 วัน -ระยะเวลาที่แผลหาย< 180 วัน -ความพึงพอใจของผู้รับบริการ >80%

◆ ห้องแผล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	Target	ระดับที่ปฏิบัติได้				
			2563	2564	2565	2566	2567
1	อัตราความก้าวหน้าของแผลดีขึ้น >50 % ใน 2 สัปดาห์	>80%	94.33	93.33	92.21	93.23	90.02
2	อัตรา Healing total time ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง	<90 วัน	50.00	48.03	43.04	44.03	45.68
3	อัตรา Amputate ในผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง	< 5 %	2.56	2.5	2.04	2.44	2.01
4	Ostomy center						
	-การเข้าถึงบริการ	>90%	100	100	100	100	100
	-Ostomy Complication	<5%	5.26	7.58	9.52	3.52	2.98
5	อัตราความพึงพอใจการให้บริการ	50.00	96	94	95	93.33	92.32
6.	งานวิจัย/นวัตกรรม/R2R	1 เรื่อง/ปี	2	2	2	5	1

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

Developmental of Wound and ostomy management

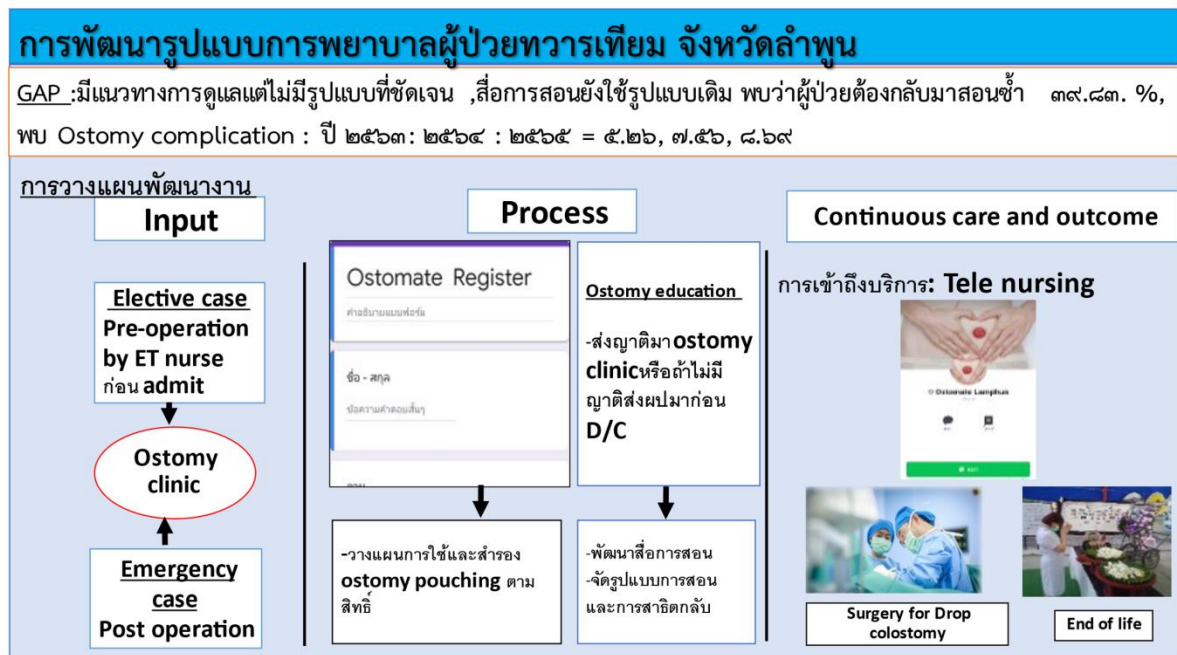
เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
1. Wound management Method	-จัดทำแผนผังในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังปรับเปลี่ยนการจัดการแผลเรื้อรังจาก Basic wound care เป็น advance wound care และจัดทำแนวทางการจำหน่าย การสำรองอุปกรณ์พิเศษในการดูแลแผลและออสโตมี   	-อัตราความก้าวหน้าของแผลดีขึ้น >50 % ใน 2 สัปดาห์ -อัตรา Healing total time ผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง -อัตรา Amputate ในผู้ป่วยที่ดูแลต่อเนื่อง
2. Ostomy System	-จากเดิมให้การดูแลแต่ละหน่วยดูแลเองเป็นมี Ostomy center มีระบบการสำรองอุปกรณ์ในการดูแลออสโตมี	-การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออสโตมี -Ostomy Complication

◆ ห้องแผล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ต่อ)

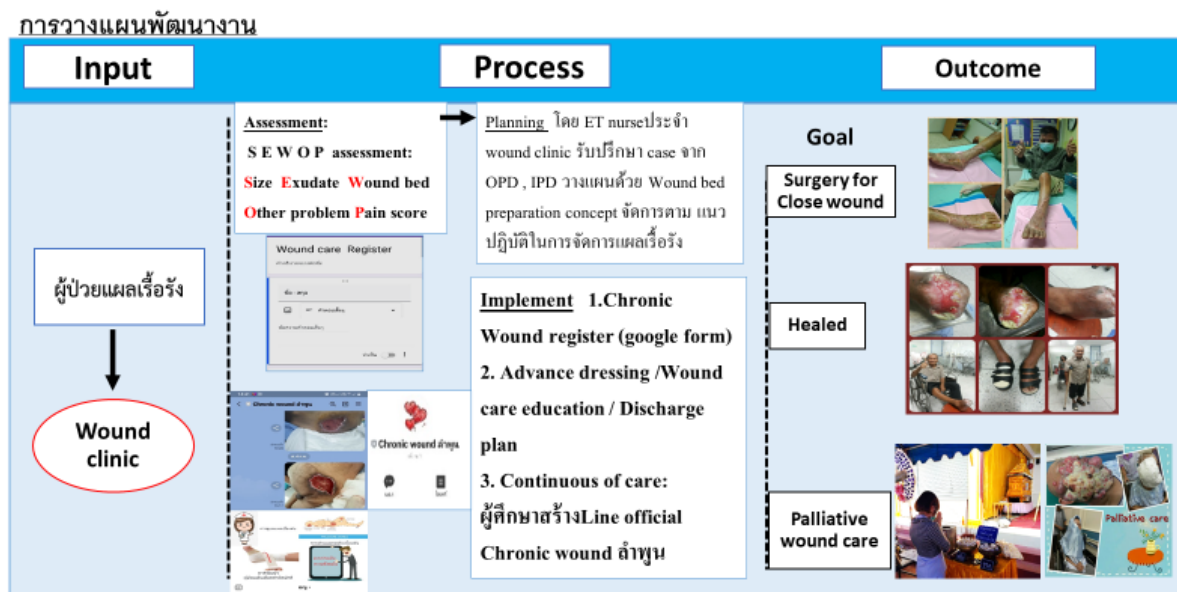
5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

-วางแผนพัฒนาการจัดการแผลเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในประเด็นนวัตกรรมการรักษาแผลและระบบติดตาม โดยใช้ระบบดิจิทัลเข้ามาช่วยในการจัดการและติดตาม

-วางแผนปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยออสโตมีย์โดยใช้ระบบดิจิทัล เพื่อเพิ่มลด Ostomy Complication



Chronic wound care model in the digital Era



ที่มา : ห้องแผล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

◇ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคระบบสืบพันธุ์สตรี หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน มารดาหลังคลอดและทารกแรกคลอด ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ใช้บริการพึงพอใจ และบุคลากรมีความสุขในการทำงาน

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการมารดาหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทุกอายุครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่นัดมาผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยโรคทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีโดยไม่จำกัดอายุ และทารกคลอด โดยมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 30 เตียง ประกอบด้วย สามัญ 25 เตียง ห้องพิเศษ 5 ห้อง และมีห้องสำหรับผู้ป่วยทำหัตถการ 1 ห้อง โรคสำคัญ 5 อันดับดังนี้ หลังคลอด ทารกแรกคลอด เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เนื้องอกและมะเร็งทางนรีเวช

2. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยีเครื่องมือ)

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานในหน่วยงานมีเทคโนโลยี และเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนการบริการได้แก่ รถEmergency พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตมาตรฐาน เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยคลื่นเสียงคมชัดสูง(ultrasound) เครื่องให้ความอบอุ่นและช่วยชีวิตทารก (Radaint warmer) เครื่องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (Fetal monitor) เครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (Drop tone) เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดทารก เครื่องคัดกรองการได้ยินในทารก (OAE) เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพอัตโนมัติ

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง ประกอบด้วย สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต ครูคลินิก การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ miss นมแม่ การจัดอัตรากำลังของทีมงานพยาบาล จำแนกเป็นเวรเช้า 4 เวรบ่าย 3 และเวรดึก 3 กรณีเกิดเหตุการณ์วิกฤติฉุกเฉินขอความช่วยเหลือจาก NICU และห้องคลอดตามแนวทางที่กำหนดไว้

3. ลักษณะของงาน/ ผู้รับบริการ

ประเภทผู้ป่วย (ราย)	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
มารดาหลังคลอด	2249	2194	1909	1626	1587	1726
ทารกแรกคลอด	1809	1673	1813	1129	1217	1229
สูติกรรม	3863	454	389	310	398	431
นรีเวช	672	566	538	551	969	1064

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช (ต่อ)

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566	2567
1. ร้อยละของการตกเลือดหลังคลอด (สูติ)	< 3%	0.58	0.64	0.52	0.25	0.43	0.69
2. ร้อยละการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ยับยั้งสำเร็จ	>80%	87.5	85.1	96.3	98.0	97.6	93.9
3. จำนวนการเกิด Eclampsia ใน PIH	0	0	1	0	0	0	0
4. ร้อยละของผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์	0	1	0	0	0	2	1
5. ร้อยละของการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	100%	82	86.7	90.3	90.2	98.27	97.62
6. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	>50%	62.5	62.9	65.8	60	59.7	62.9
7. ร้อยละการเกิด Infected wound	0	0.18	0.26	0.07	0.16	0.17	0.49
8. อัตราการผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยสูตินรีเวช	0	0.41	0.43	0.37	0.08	0.42	0
9. อัตรา Readmit ภายใน 28 วัน (ราย)	0	12	11	13	11	7	14

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

◇ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

1.บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วยเด็กให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ
ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ใช้บริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

ให้บริการรักษาพยาบาลเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มีความเจ็บป่วยทางอายุรกรรม และผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ด้าน ENT และ Neuro ทั้งเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้ช่วยตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กที่ Well baby clinic ทุกวันศุกร์ และช่วยตรวจประเมิน ส่งเสริมผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการช้าที่ High Risk Clinic ทุกวันพฤหัสบดี

มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน 30 เตียง ประกอบด้วย เตียงสามัญ 25 เตียง, เตียงพิเศษ 5 เตียง, ห้องแยก
สำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 1 ห้อง และห้องทำหัตถการ 1 ห้อง

มีกุมารแพทย์ทั้งหมด 7 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 2 คน,กุมารแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด 2 คน,
กุมารแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ 1 คน และกุมารแพทย์เฉพาะทางพัฒนาการเด็ก 1 คน

กลุ่มโรคที่สำคัญ

1. Thalassemia
2. Neonatal jaundice
3. Pneumonia
4. AGE
5. Febrile Convulsion

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพข้อจำกัด

● ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

หัวข้อปริมาณงาน	2563	2564	2565	2566	2567
จำนวนผู้ป่วย	3,629 ราย	2,903 ราย	2,576 ราย	3,434 ราย	3,957 ราย
จำนวนวันนอน	7,484	5,817	5,204	6,557	8,468
อัตราครองเตียง	67.90	53.25	47.68	69.4	77.27
LOS	2.05	1.9	1.83	2	2.13
Productivity	87.93	76.31	70.49	86.47	94.89
จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ					
- Thalassemia	859 ราย (23.67%)	784 ราย (33.00%)	732 ราย (28.42%)	749 ราย (21.81%)	668 ราย (16.87%)

หัวข้อปริมาณงาน	2563	2564	2565	2566	2567
- Neonatal jaundice	566 ราย (15.60%)	368 ราย (15.40%)	294 ราย (11.41%)	304 ราย (8.85%)	166 ราย (6.33%)
- Pneumonia	305 ราย (8.40%)	177 ราย (7.5%)	155 ราย (6.25%)	427 ราย (12.43%)	453 ราย (11.44%)
- AGE	199 ราย (8.24%)	180 ราย (7.642%)	181 ราย (8.24%)	416 ราย (12.11%)	504 ราย (12.73%)
- AFI	187 ราย (5.1%)	148 ราย (6.2%)	110 ราย (4.51%)	224 ราย (6.53%)	111 ราย (4.23%)

● ด้านบุคลากร

กุมารแพทย์ *	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	คนงาน
8 คน	13 คน	1 คน	3 คน	เวียน 1-2 คน/เวร

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

รายการ	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก						
โรค Thalassemia						
- Pretransfusion Hct>27%หรือ Hb > 9 g/dl	≥ 20 %	32.07	35.44	29.92	27.98	50.13
- Serum ferritin ลดลง 15 %	≥ 20 %	22.64	50	29.92	28.72	60.46
- อัตราการได้รับ LPRC	≥ 90 %	95.8	93.1	97.8	99.2	100
อัตรา Re admit โรค Neonatal jaundice	< 20 %	5.65 % (32 ราย)	4.89 % (18 ราย)	5.78 % (17 ราย)	5.92 % (18 ราย)	2.41 % (4 ราย)
ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ (ราย)	0	3	2	0	0	0
ผู้ป่วยย้ายไปหน่วยวิกฤตโดยไม่คาดการณ์ (ราย)	0	3	1	0	0	0

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม (ต่อ)

รายการ	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
อัตราภาวะน้ำเกินผู้ป่วยไข้เลือดออก	0	0	0	0	0	0
ชักซ้ำ (ในโรงพยาบาล) (ราย)	0	4	3	2	7	1
อุบัติการณ์การระบุตัวผิด ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)	0	1	1	0	0	0
ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E ขึ้นไป (ครั้ง)	0	2	0	0	0	0
การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ (ครั้ง)	0	2	1	1	0	0
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ						
จำนวนไม่สมัครอยู่ไปรักษาต่อที่อื่นเนื่องจากไม่พึงพอใจ (ราย)	0	0	0	0	0	0
จำนวนข้อร้องเรียน (ครั้ง)	0	0	0	0	0	0
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย	> 80%	84	87	88	82.12	85.63
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	> 80%	84	83	88	85	90
การพัฒนางาน 5 ส (%)	> 80%	87	85	91	96	89

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

1. หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยเพศชายที่มีปัญหาสุขภาพระบบกระดูกและข้อ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ครอบคลุม การรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ โดยบุคลากรที่มีศักยภาพและทำงานเป็นทีม

2. ความมุ่งหมาย (Purpose)

ให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู โรคกระดูกและข้อแบบองค์รวม มีมาตรฐานตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3. ขอบเขตบริการ (Scope of service)

- ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อเพศชายทุกประเภท ยกเว้นโรคกระดูกและข้อที่รุนแรง และฉุกเฉิน

4. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการผู้รับผลงาน
- ผู้ป่วย	- รวดเร็ว ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจรักษา การรักษาที่ได้มาตรฐานปลอดภัย หายเจ็บป่วย ความเอาใจใส่ดูแล
-ญาติผู้ป่วย	- มีส่วนร่วมในการรักษา สิทธิ ความสะดวกและความปลอดภัย
- ชุมชน	- มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันโรค
- เครือข่าย	- การประสานงานที่รวดเร็ว การทำงานเป็นทีม

5. ลักษณะที่สำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

หัวข้อข้อมูลปริมาณ	ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปี 64-66)			ข้อมูลปี 2567
	2564	2565	2566	
ผู้ป่วยทั้งหมด	2571	3278	2304	2786
ผู้ป่วย Hip fx	121	299	126	351
ผู้ป่วย OA knee	67	138	225	1730
ผู้ป่วย spine fx	72	80	68	83

จำนวนเตียง 40 เตียง เตียงสามัญ 37 เตียงพิเศษ 3 มีกลุ่มโรคสำคัญคือ กระดูกสะโพกหัก ภาวะการได้รับบาดเจ็บทางไขสันหลัง ข้อเข่าเสื่อม

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

6. ด้านบุคลากร

แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	พนง.ช่วยเหลือคนไข้	พนักงานแม่บ้าน
8	14	1	7	1

การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เหวเช้า : เหวบ่าย : เหวดึก = 7:4:4 โดยบริหาร

จัดอัตรากำลังเพิ่ม/ลด ตามเกณฑ์กำหนดของกลุ่มการพยาบาล

7. เครื่องมือ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. EKG 12 lead	1	1	1	1
2. O2saturation	2	2	2	2
3. Monitor BP	1	1	1	1

8. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็น คุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์					
				2562	2563	2564	2565	2566	2567
Service plan	1. ร้อยละของfast track for open long bone fractureได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง	25%	-เตรียมความพร้อมผู้ป่วย / Alert Lab	60 (24/40)	76.92	58.62	82.35	50.00	44.83 (13/39)
	2. ร้อยละของfast track fracture around the hip ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง	25%	-เตรียมความพร้อมผู้ป่วย / Alert lab	89.49 (196/219)	68.66	89.49	82.83	90.83	76.16
PCT	1. อัตราการเดินได้ของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกตะโพกหักที่บ้าน*	60%	-เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลเทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ป่วยประเภทเดียวกัน	86.25 (182/221)	79.46	80.11 (137/171)	77.27	78.64 (81/103)	87.22 (246/323)
	2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เกณฑ์ที่ดีที่ 6 เดือน	90%	-การเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยให้ได้ครบ 100% -การสอนออกกำลังกายข้อเข่าและการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด	93.93% (360)	95.76	93.26	92.25	91.96	96.25

จากผลลัพธ์ของแต่ละปี มีความสอดคล้องกับประเด็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาเป็นไปตามแผนการพัฒนา มีการประสานงานแลกเปลี่ยนภายในโรงพยาบาลและชุมชน

ประเด็น คุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์					
				2562	2563	2564	2565	2566	2567
กลุ่มการ พยาบาล	1. แผลสะอาดติดเชื้อ	3%	-	0.17% (2/1172)	0.28% (2/704)	0.48 (1/208)	0 (0/713)	0.14 (1/712)	0.33 (3/896)
	2. Administration Error	0	- การนิเทศระบบยา	65	17	9	6	2	19.35(12/62)
	3. อัตราการเกิดแผลกดทับ	0	- CNPG การดูแลแผลกดทับ	39	30	10	29	24(427)	7.39(29/392)
	4. อัตราการให้เลือดผิด	0	- การปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด	0	0	0	0	0	0
	5. จำนวนผู้ป่วยที่มีAWS>15: จำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังภาวะ ขาดสุรา	0	- CPG การเฝ้าระวังภาวะขาดสุรา	10/14	20/104	5/48	2/24	15/144	13/75

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อในเพศหญิงและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรปิติกส์

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกและข้อในเพศหญิง ผู้ป่วยทาง หู คอ จมูกทั้งเพศชายและเพศหญิง อย่างมีคุณภาพด้วยมาตรฐาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมผู้ให้บริการทำงานด้วยความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกและข้อในเพศหญิงและผู้ป่วยทาง หู คอ จมูก ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ข้อจำกัด : ยกเว้นโรคมะเร็ง และจุดศัลยกรรม ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

- ผู้ป่วย - รวดเร็ว ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจรักษา ,หายเจ็บป่วย ,ความเอาใจใส่
- ญาติผู้ป่วย - ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจรักษา ,รวดเร็ว ,มีส่วนร่วมในการรักษา
- ชุมชน - มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันโรค

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1. แพทย์	- การประสานงานที่ดี มีคุณภาพ - ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว - มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย คาดการณ์ปัญหาให้ถูกต้อง แม่นยำ รายงานปัญหาให้ทราบในเวลาที่เหมาะสม
2. เภสัชกร	- Order ที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน และอ่านง่าย - มีการบริหารยาในหอผู้ป่วยถูกต้อง - การประสานงานที่ดี มีระบบ
3. ชันสูตร	- ส่ง Specimen และใบส่งตรวจถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน - เก็บ Specimen ได้ถูกต้องตามกระบวนการ - การประสานงานที่ดีมีระบบ
4. X-Ray	- ใบส่งตรวจที่ชัดเจน - มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยถูกต้อง เหมาะสม
5. หอผู้ป่วยอื่นๆ	- การประสานงานที่ดี เป็นระบบ ข้อมูลครบถ้วน - Complete Chart ,Start Order ก่อนส่งมอบ
6. หน่วยงานอื่นๆ	- การประสานงานที่ดี มีคุณภาพ - มีการส่งมอบข้อมูล สิ่งของถูกต้องตามข้อตกลง

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหิงและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญในหน่วยงาน

1. ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีความเสี่ยง

ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ

ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	หุ คอ จมูก
1. OA Knee	1. Tonsillitis
2. Fracture around the hip	2. โรคในโพรงจมูก
3. Close Fx. Wrist/Fore arm	3. ก้อนที่คอ
4. SCS /spinal cord injury	4. Deep neck infection
5. Open long bone Fx.	

ซึ่งแต่ละกลุ่มโรคสำคัญ ได้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามและพัฒนาด้านการบริการรักษาพยาบาล โดยมี
เครือข่ายสู่ชุมชน มีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยและระบบการเยี่ยมบ้าน

1. การดูแลผู้ป่วยที่มี Intertrochanteric fracture
2. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บของกระดูกและระบบประสาทสันหลัง
3. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม (OA Knee)
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท
5. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกตา

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ,จุดเน้นการพัฒนา

1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม
2. การระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด
3. การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหิงและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน / หลีกเลี่ยง
1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ไม่เหมาะสม	- เน้นแนวทางการปฏิบัติ (work in) เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด - มีการตรวจสอบผู้ป่วยและ Chart ทุกครั้งก่อนเข้าห้องผ่าตัดโดยพยาบาลวิชาชีพ - ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วย เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ การป้องกันการระบุด่วนผู้ป่วยผิดพลาด
2. การระบุด่วนผู้ป่วยผิดพลาด	แรกรับ รับใหม่/รับย้าย -ถามชื่อ นามสกุล อายุผู้ป่วย โดยไม่ถามนำ (กรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารให้ตรวจสอบจากญาติผู้ป่วย) -ตรวจสอบเทียบกับเอกสารเวชระเบียน -ตรวจสอบเทียบกับป้ายชื่อมือผู้ป่วย (ปฏิบัติตามแนวทาง 3 จุดหยุดความเสี่ยง) ขณะดูแลผู้ป่วย -การให้ยา /เจาะเลือด/ทำหัตถการต่างๆ (ปฏิบัติตามแนวทาง 3 จุดหยุดความเสี่ยง) กรณีเคลื่อนย้ายออกจากหน่วยงาน -ส่งตรวจพิเศษ เช่น CT, MRI ,Echo ,X-ray -ส่งทำหัตถการนอกหน่วยงาน เช่น HD,ส่องกล้อง,ผ่าตัด -ย้ายหน่วยงาน (ปฏิบัติตามแนวทาง 3 จุดหยุดความเสี่ยง) จำหน่าย -กลับบ้าน ตรวจสอบยา ไบนัด ใบรับรองแพทย์ตรงกับผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-สกุล โดยไม่ถามนำ -Refer ตรวจสอบเอกสาร referให้ตรงกับผู้ป่วย โดยมีการยืนยันกับพยาบาล refer
3. การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม	การจัดเตรียมเพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจ -ตรวจสอบรายละเอียดรายการที่ต้องการส่งตรวจ -จัดเตรียมอุปกรณ์และภาชนะที่ต้องใช้และเก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องและปริมาณเพียงพอสำหรับการตรวจ -ระบุชื่อเจ้าของสิ่งส่งตรวจ วันเวลา HN -จัดเก็บสิ่งส่งตรวจไว้ในอุณหภูมิ และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ระหว่างรอนำส่ง

ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน / หลีกเลี่ยง
	การเตรียมผู้ป่วย -การเตรียมทางด้านจิตใจ ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/วัตถุประสงค์ในการตรวจ -การเตรียมด้านร่างกาย มีการแนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมตัวล่วงหน้าสำหรับการตรวจบางชนิด เช่น ตรวจน้ำตาล การเจาะเลือด -ผู้เจาะเลือดต้องตรวจสอบชื่อ-นามสกุลผู้ป่วยและภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องตรงกันกับตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกรเก็บสิ่งส่งตรวจ -ตรวจสอบชนิดของหลอดเก็บเลือด ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจให้ถูกต้องตามชนิดการทดสอบ -ในกรณีสิ่งส่งตรวจที่ต้องใช้สารกันเลือดแข็ง(anticoagulant) หรือสารรักษาสภาพสิ่งส่งตรวจ (preservative) ต้องผสมให้เข้ากันโดยกลับหลอดคว่ำไป-มาเบาๆ ประมาณ 10 ครั้ง -ในกรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำ/สารอาหารทางหลอดเลือด ให้หลีกเลี่ยงการเจาะเลือดซ้ำเดียวกัน เพราะอาจมีผลต่อการทดสอบ -ในกรณีมีการส่งตรวจการทดสอบที่ต้องใช้หลอดเลือดหลายหลอด เรียงลำดับการใส่เลือดลงหลอดเป็นดังนี้ Hemo culture/จุกสีฟ้า/จุกสีแดง/จุกสีเขียว/จุกสีม่วง/จุกสีเทา -ข้อควรระวังในการเจาะเลือด ไม่ควรใช้เข็มที่มีขนาดเล็กเกินไป/ไม่ควรเจาะขณะที่แอลกอฮอล์ยังไม่แห้ง/ไม่ควรใช้สายยางรัดต้นแขนไว้นานเกิน 2 นาที/ไม่ควรดันลูกสูบขณะถ่ายเลือดจากกระบอกฉีดยาใส่ภาชนะแรงเกินไป ทำให้เม็ดเลือดแดงแตก (hemolysis) -จัดเจ้าหน้าที่ เข้าร่วมอบรมความรู้ ร่วมกับห้องปฏิบัติการ เรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจของโรงพยาบาล ลำพูน 100% (จัดอบรมในช่วง ธันวาคม 2567 และ มกราคม 2568)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

- ให้การดูแลได้ครบวงจรในกลุ่มโรคเป้าหมาย
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อน

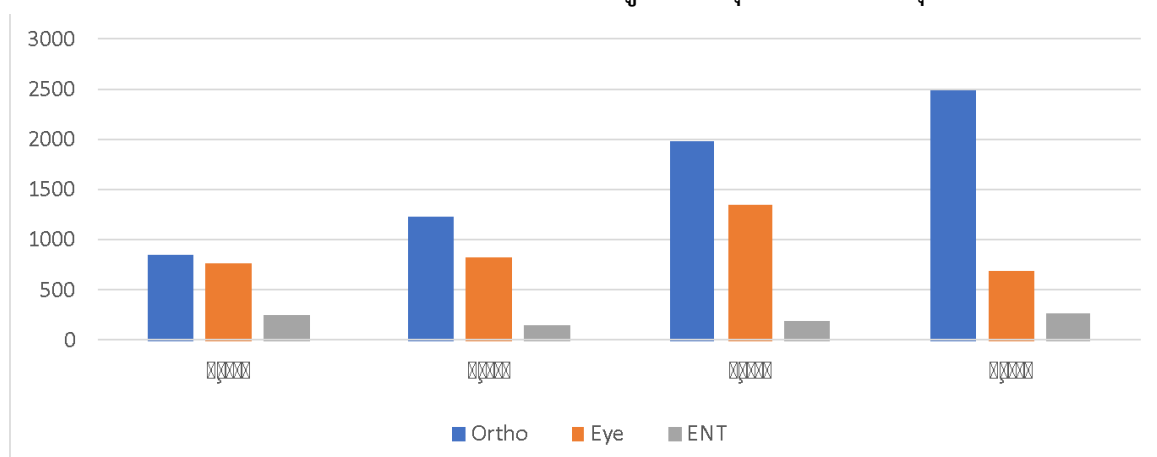
◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหึ่งและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

สถิติผู้รับบริการ

ลำดับ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	สาขา	จำนวน	ร้อยละ	สาขา	จำนวน	ร้อยละ	สาขา	จำนวน	ร้อยละ
1	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	1,238	56.04	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	1998	56.61	ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	2488	72.03
2	จักษุวิทยา	822	37.21	จักษุวิทยา	1348	38.17	จักษุวิทยา	687	19.89
3	ศัลยกรรม	149	6.70	โสต ศอ นาสิก	184	5.21	โสต ศอ นาสิก	277	8.02
4	อายุรกรรม	1	0.05	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	0.02	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	2	.06
5	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	0	0	ศัลยกรรม	0	0			
6	ทันตกรรม	0	0	อายุรกรรม	0	0			
7	เด็ก	0	0						
	รวม	2,209	100	รวม	3531	100	รวม	3454	100

หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 64-65 เนื่องจากสถานการณ์โควิดวันที่ 27 เม.ย.64 - 1 มิ.ย.64 และวันที่ 7 ส.ค.64 - 30 มิ.ย.65 ปิดให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหึ่งและเด็ก ย้ายรวมบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย

ปีงบประมาณ 2567 วันที่ 1 พค. 2567 ผู้ป่วยจักษุ ย้ายไปตึก จักษุ



◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหึ่งและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

2. ด้านบุคลากร(ลักษณะความรู้และทักษะจำเป็นเฉพาะ)

- จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปัจจุบัน มีทั้งหมด 17 คน
- ผ่านการอบรมออร์โธปิดิกส์ (4 เดือน) จำนวน 2 คน
- บุคลากรได้รับการพัฒนา เฉลี่ย 64.30 ชั่วโมง /คน /ปี

การจัดอัตรากำลัง

วันทำการ	เวรเช้า	จำนวน 5 คน
	เวรบ่าย	จำนวน 3 คน
	เวรดึก	จำนวน 3 คน
วันหยุด	เวรเช้า	จำนวน 3 คน
	เวรบ่าย	จำนวน 3 คน
	เวรดึก	จำนวน 2 คน
จำนวนเตียงผู้ป่วยสามัญ	จำนวน	30 เตียง
	พิเศษ	จำนวน 5 เตียง
อัตราครองเตียง	ปี 2564	ร้อยละ 82.62
	ปี 2565	ร้อยละ 84.93
	ปี 2566	ร้อยละ 84.27
	ปี 2567	ร้อยละ 77
	ปี 2564	ร้อยละ 8.8
อัตราการใช้เตียง	ปี 2565	ร้อยละ 9.6
	ปี 2566	ร้อยละ 9.52
	ปี 2567	ร้อยละ 8.8

พัฒนา competency

- การดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
- การดูแลผู้ป่วย ENT
- การดูแลผู้ป่วยSepsis
- การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)

3. เครื่องและอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

- เครื่องEKG
- เครื่องตรวจส่งกล้อง ทางหู คอ จมูก
- เครื่อง FOL (ตรวจโพรงจมูก)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ (Process Requirement)
1. การเตรียมความพร้อม 1.1 เตรียมสถานที่ 1.2 เตรียมอุปกรณ์ 1.3 เตรียมเจ้าหน้าที่ 1.4 จัดลำดับความรุนแรง 1.5 Patient Identification 1.6 ให้ข้อมูลทั่วไป 1.7 ลงนามยินยอมรับการรักษา	- มีอุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้งาน - ผู้ป่วยได้รับความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาที่มีความรุนแรงและได้รับการรักษาพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม ถูกต้อง ถูกคน - ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา และการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล	- ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วยใหม่ - ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันผู้ป่วยภาวะวิกฤต - ปฏิบัติตามแนวทางการ Identification ของโรงพยาบาล
2. ประเมินและวินิจฉัยโรค 2.1 ชักประวัติ 2.2 ตรวจร่างกาย 2.3 ตรวจขั้นสูง 2.4 ตรวจรังสี 2.5 Investigate อื่นๆ 2.6 วินิจฉัยโรค 2.7 วินิจฉัยปัญหา	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพปัญหาจากข้อมูลและหลักฐานเพื่อตอบสนองความต้องการของปัญหา และการวางแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง	- ให้การรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และตามแนวทางการรักษา - การตรวจรักษา การส่งส่งตรวจ และผลการตรวจถูกต้อง เชื่อถือได้
3. วางแผน 3.1 วางแผนของแต่ละวิชาชีพ	- เฝ้าระวังอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งสามารถรายงานเพื่อได้รับการแก้ปัญหาได้ทันที	- มีการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย - มี CPG ของโรคกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสม

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ (Process Requirement)
3.2 ประสานแผน 3.3 การมีส่วนร่วม 3.4 ส่งการรักษา 3.5 มอบหมายความรับผิดชอบ	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจากสหวิชาชีพ - ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมและเข้าใจถึงการวางแผนการดูแลรักษาของทีม	- ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย - มีการประสานงาน/การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
4. การดูแลรักษา 4.1 การแก้ปัญหาฉุกเฉิน 4.2 การให้ยา 4.3 การรักษาพยาบาล 4.4 หัตถการอื่นๆ 4.5 การดูแลอื่นๆ	- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาคือได้เหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	- ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน - มีการประสานงาน/การสื่อสารที่มีคุณภาพ
5. การประเมินซ้ำ 5.1 การเฝ้าระวัง 5.2 การรายงาน 5.3 การตรวจเยี่ยม 5.4 สังเคราะห์ข้อมูล 5.5 ให้อข้อมูลผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม	- มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการตรวจสอบประเมินผลการรักษาและประเมินผล การปฏิบัติพยาบาล - มีการส่งเวยอย่างเป็นระบบ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	เป้าหมายของกระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ (Process Requirement)
6. กิจกรรมชุมชน 6.1 บันทึก 6.2 ให้ข้อมูล 6.3 วางแผนจำหน่าย 6.4 การตรวจสอบสิทธิบัตร	- มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ สามารถสื่อสารวิชาชีพอื่นได้ - มีการสื่อสารประสานงานที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ - ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และสามารถดูแลตนเองได้	- มีการบันทึกอย่างเป็นระบบและมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - มีการวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญ
7. จำหน่ายการดูแลที่บ้าน 7.1 การเตรียมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 7.2 การมาตรวจตามนัด 7.3 การเยี่ยมบ้าน 7.4 การส่งต่อ	-ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม - ทีมสุขภาพสามารถทราบข้อมูลการรักษา และสามารถดูแลต่อเนื่องได้	- มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง - มีการบันทึกและการประสาน งาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

3.ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงาน

ประเด็น คุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์ (ร้อยละ)			
				2564	2565	2566	2567
ได้มาตรฐาน	1.อัตราการเดินได้ของผู้ป่วยกระดูกหักที่บ้าน	60%	- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล เทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ป่วยประเภทเดียวกัน - การเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยได้ครบ 100 %	80.11 (137/171)	77.27 (34/44)	62.18 (108/174)	53.46 (131/245)

ประเด็น คุณภาพ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์ (ร้อยละ)			
				2564	2565	2566	2567
	2. ความสมบูรณ์ของเวช ระเบียน	80%	- มีการมอบหมายให้พยาบาลทุกคนได้มีการตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกคนทุกเดือน - มีการนำปัญหาที่พบมากในที่ประชุมตึก - ส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรมการบันทึกทางการพยาบาล - ติดตามประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจาก One day One chart, ตรวจสอบเวชระเบียนจำหน่ายทุกวัน และประเมินการบันทึกทางการพยาบาลรายบุคคลทุก 3 เดือน	NA. 86.67	NA. 81.1	87.57 86.4	89.22 75.76
ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน	1. แผลสะอาดติดเชื้อ	3 %	- เน้นการล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ	0.083	0	0	0
	2. Endophthamitis			(1ราย)			
	3. การเกิดแผลกดทับ	0	- การสอนสุขศึกษาก่อน-หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล	0	0	0.74.(1 ราย)	0
	4. อัตราการให้เลือดผิด	0	- CNPG การดูแลแผลกดทับ	8.90	4.33 (30ราย)	3.66 (24ราย)	2.67 (27ราย)
		0	- แนวทางของการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	0	0	0	0

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหุ้ญและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ(รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว) ความภาคภูมิใจ

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนสะโพกหัก
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
3. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม
4. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน การระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด
5. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเก็บส่งตรวจไม่เหมาะสม

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- งานวิจัย “ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก (ปี2567)”

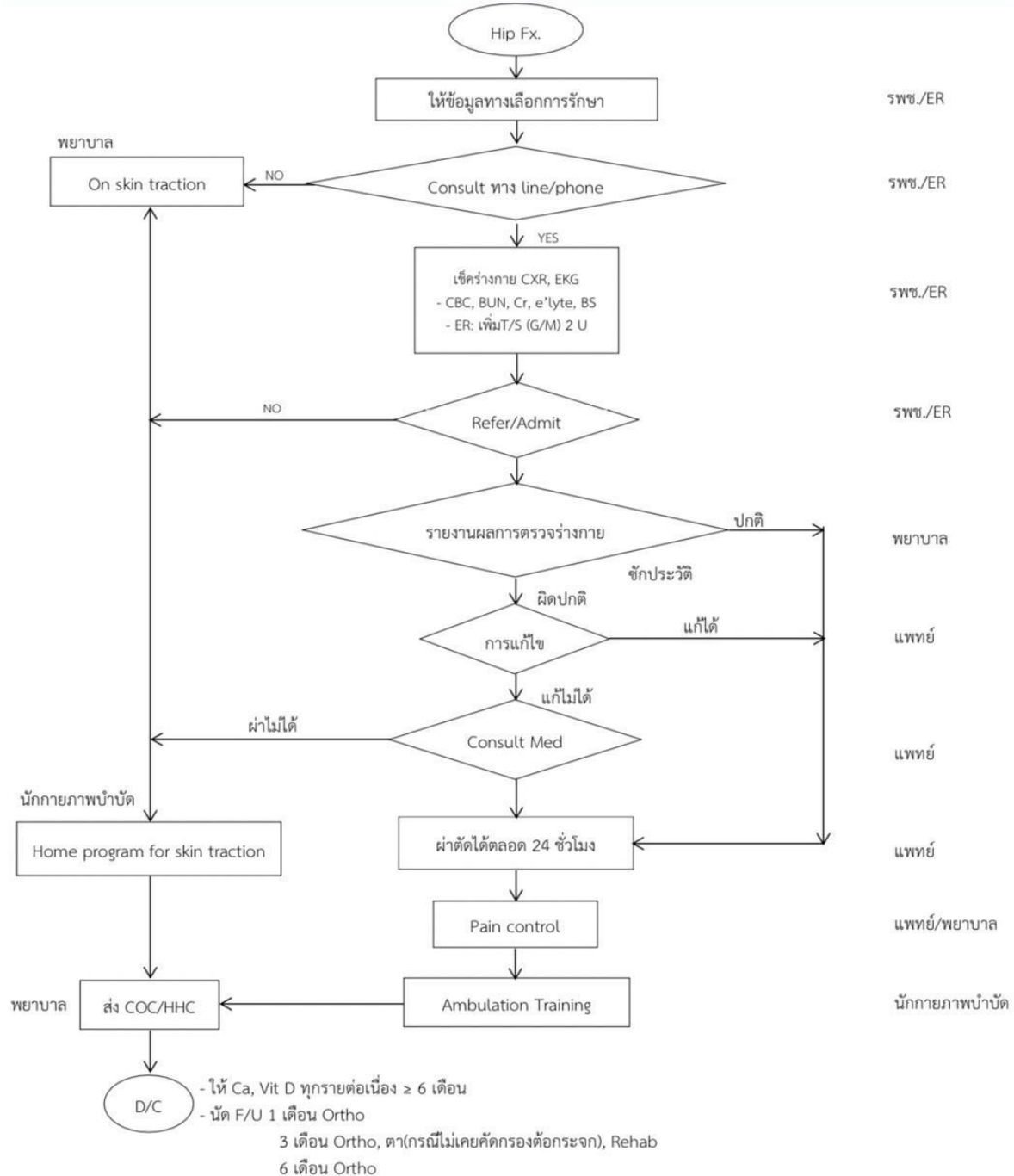
5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- การพัฒนาแนวปฏิบัติ การเตรียมผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดอย่างเหมาะสม
- การพัฒนาแนวปฏิบัติ การระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด
- การพัฒนาแนวปฏิบัติ การเก็บส่งตรวจไม่เหมาะสม

◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

HIP Fracture

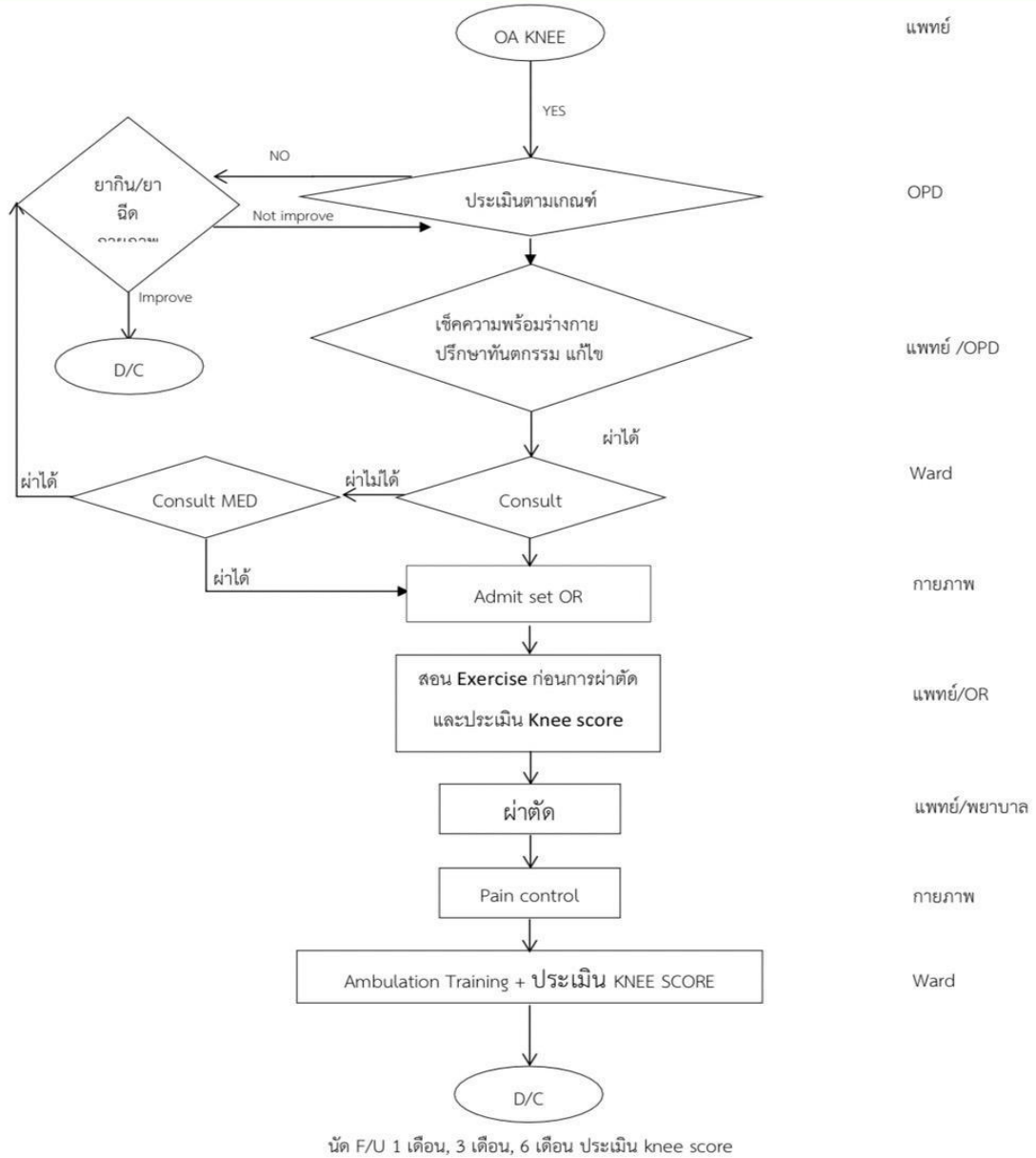
แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนสะโพกหัก



◆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหุ้ญและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

OA KNEE

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม



ที่มา : หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหุ้ญและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

◆ หอผู้ป่วยจักษุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ

1. บริบท (Context)

ก.หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose) : ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทางจักษุวิทยา ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ

ข.ขอบเขตการให้บริการ (scope of service): ให้บริการตรวจรักษา ผู้ป่วยด้านจักษุประเภทต่างๆ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอุบัติเหตุ การผ่าตัดรักษา เลเซอร์รักษา รวมถึงให้คำปรึกษารักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ

ผู้ป่วยในอยู่ร่วมกับตึกศัลยกรรมกระดูกหิงและเด็ก มีจำนวนเตียง 30 เตียง ประกอบด้วย สามัญ 25 เตียง ห้องพิเศษ 5 ห้อง ผู้ป่วยนอกให้บริการที่ห้องตรวจตาอาคารผู้ป่วยนอก ตึก 100 ปี อาคารสาธารณสุขไทย

ด้านศักยภาพและข้อจำกัด โรคทางตาที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะที่ต้องส่งต่อไปยังบริการระดับสูงขึ้น เช่นโรค ตาเหล่ ตาเข โรคจอประสาทตา โรคมะเร็งทางตา การเปลี่ยนกระจกตา

2. ด้านบุคลากร

บุคลากร	จำนวน	หมายเหตุ
จักษุแพทย์ (รวม)	4	
- จักษุแพทย์ทั่วไป	1	
- จักษุแพทย์สาขาต้อหิน	2	
- จักษุแพทย์สาขาประสาทจักษุวิทยา	1	

ผู้ป่วยใน

พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา	ผู้ช่วยพยาบาล
4	3	4

ที่มา : หอผู้ป่วยจักษุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ

◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. ให้บริการครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ญาติ บุคลากรและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดทิศทาง นโยบายแผนพัฒนางานประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อและสิ่งแวดล้อมถูกสุขลักษณะ

ข. ขอบเขตบริการ

ให้การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลและสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 411 เตียง มีหอผู้ป่วยทั้งหมด 21 แห่ง แบ่งเป็นหอผู้ป่วยพิเศษ 4 แห่ง หอผู้ป่วยทั่วไป 12 แห่ง และ หอผู้ป่วยวิกฤต 5 แห่ง รวมถึงเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูน การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านการติดเชื้อต่างๆ ดังนี้

1. โรงพยาบาลลำพูนรับผู้ป่วยติดเชื้อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า และส่งผู้ป่วยติดเชื้อจากโรงพยาบาลลำพูนไปยังโรงพยาบาลชุมชน
2. การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ : ผู้ป่วย HIV, ภูมิคุ้มกันต่ำ
3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด, ผู้ป่วยโรคเลือด, Hemodialysis และผู้ป่วยที่ On CAPD
4. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ เช่น VAP, CAUTI, SSI และ CABS
5. การดำเนินการแผนการดำเนินการอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

แนวทางปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงของบุคลากร

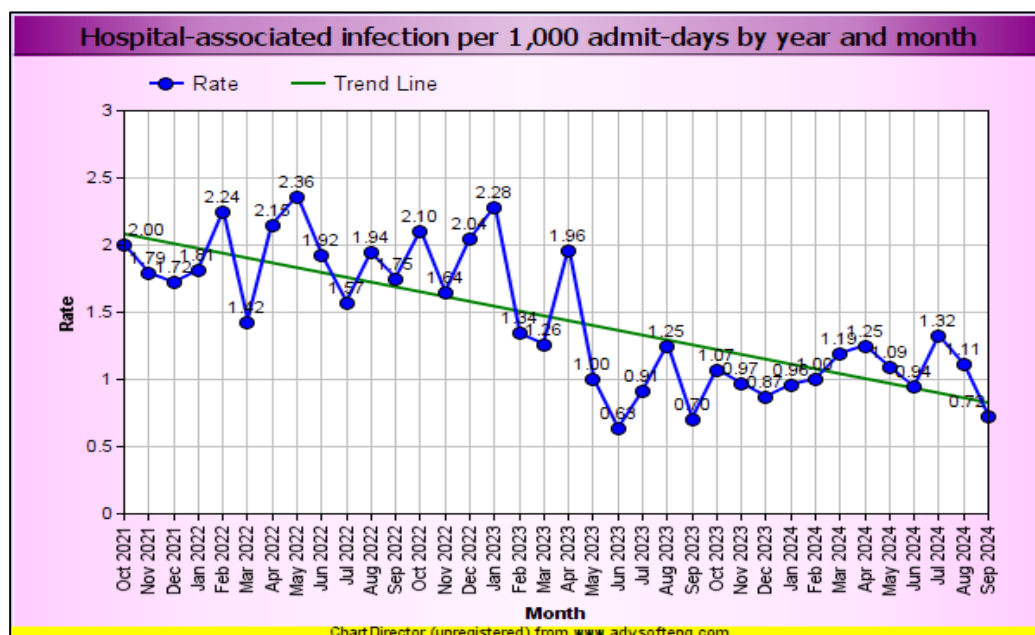
1. ขั้นตอนการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง และเข็มทิ่มตำ
2. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพและได้รับวัคซีนที่เหมาะสมในแต่ละปี
3. บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จากบุคลากรติดเชื้อ เช่น บุคลากรติดเชื้อวัณโรค หรือโรคติดต่อ
4. การอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ด้าน IC อย่างน้อยปีละครั้ง

แนวทางปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

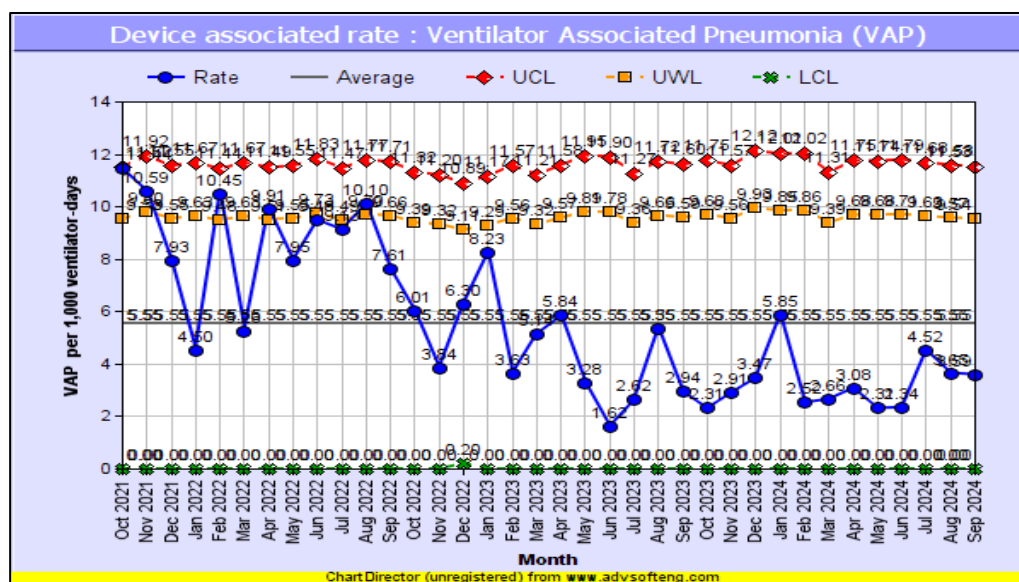
1. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในอาหาร น้ำดื่ม ระบบบำบัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ
2. มีการตรวจสอบมาตรฐานระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ

◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) มีแนวโน้มลดลง จากปี 2563-2567 พบ 1.73, 2.02 , 1.90 ,1.41, และ 1.06ต่อ 1000 วันนอน (เป้าหมาย <1.5 ต่อ 1000 วันนอน) และมีแนวโน้มลดลง



- VAP Rate เป้าหมาย < 3.5 ต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ



◇ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

อัตราการติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) จากปี 2563-2567 พบ 6.55, 8.59, 8.7 4.67 และ 3.44 ต่อพัน วันนอนตามลำดับ ในปี 2566 ได้ปรับเกณฑ์ตัวชี้วัดตามแต่นำมาวิเคราะห์โดยใช้ control chart พบว่าหอผู้ป่วยที่มีปัญหา การติดเชื้อ VAP (Ventilator-associated pneumonia: การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ) เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (3.5 ต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ) ดังนี้ พบว่าที่เกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ 3.5 ต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ หน่วยงานที่พบ ICU 1 ICU 3 Sub ICU และ NICU เน้นจุดที่เกิดปัญหาเป็นหลัก ในด้านบุคลากรได้เน้นการปฏิบัติของบุคลากรในการป้องกันการเกิด VAP โดยใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP BUNDLE และเน้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ weaning Protocol โดยเฉพาะในเรื่องการทำความสะอาดมือ การ suction การยกหัวสูงก่อน feeding การแยกผู้ป่วยในกรณีพบว่าการติดเชื้อคือยา ปรับการทำความสะอาด Laryngoscope ซึ่ง เดิม blade และ handle ล้างด้วยน้ำยาล้างจาน และเช็ดด้วย alcohol 70% ปรับมาเป็นการทำลายเชื้อโดยใช้ยาทำลายเชื้อ high-level ต้องล้างออกด้วยน้ำที่ปราศจากเชื้อ เน้นการทำความสะอาดเตียงทำความสะอาดด้วย 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรต์ หรือ Alcohol 70% และการทำความสะอาดอุปกรณ์เช่น monitor ต่างๆ ใช้ 70% alcohol หรือผ้าชุบน้ำยาสำเร็จรูป เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ VAP โรงพยาบาลลำพูน โดยมีแพทย์ทรงอกช่วยในการวินิจฉัย และมีการติดตาม เพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและปัญหาที่พบ และปรับการตรวจเยี่ยมตามหอผู้ป่วยโดย ICN ปัญหาช่วงที่มีผู้ป่วยโควิดและมีการลดเตียงของ ICU ลง ทำให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ VAP ที่จำเป็นต้องนอน ICU ต้องกระจายไปอยู่ที่หอผู้ป่วย ต่างๆ ทำให้ไม่สามารถควบคุมได้ หลังการดำเนินการในปี 2567 อัตราการติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ลดลงจาก 4.67 เป็น 3.44 ต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้ดำเนินการพัฒนาแนวทางการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย

วิเคราะห์การเกิด VAP ในโรงพยาบาล กราฟดำเนินการลดอัตราการเกิด VAP โดยใช้ WHAPO

1. Review กระบวนการทำงาน
2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
3. Implement
4. ติดตามผล

การดำเนินการ

- ทบทวน WI เกี่ยวกับ VAP เพื่อวิเคราะห์หา GAP ในแต่ละกระบวนการ เพื่อนำสู่การกำหนด Strong Action

- นำ WI เข้าที่ประชุม PCT/ หน่วยงานที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและหน่วยงานที่ดูแลต่อ
- ติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

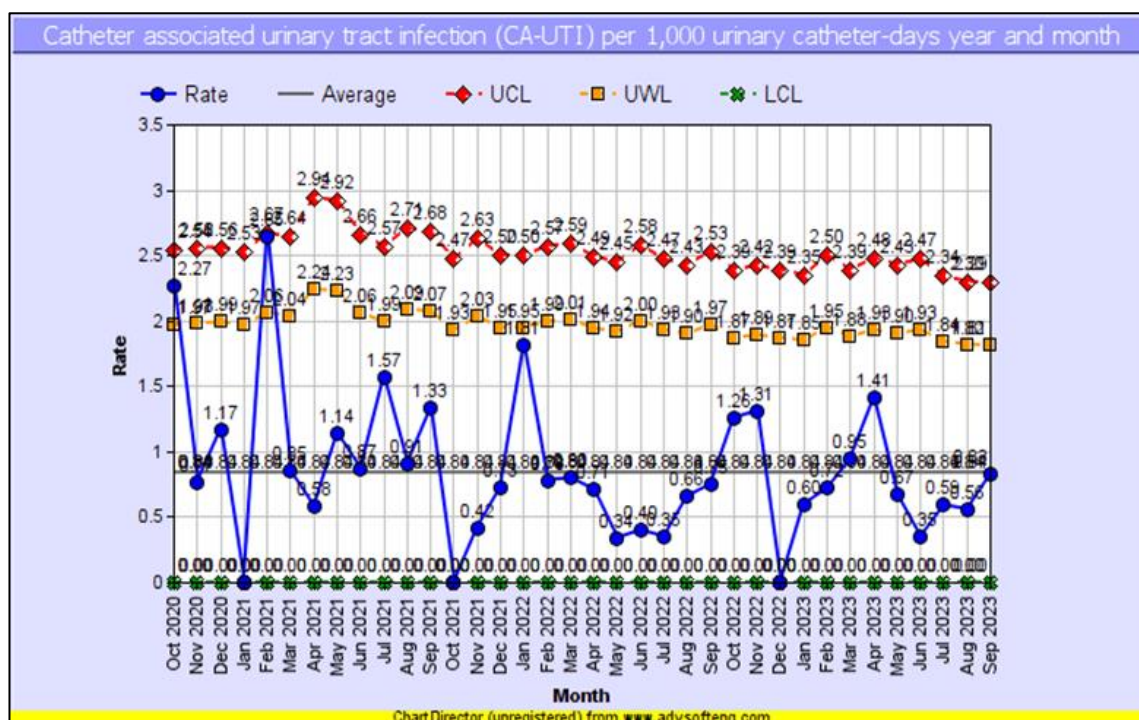
◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

- นำกลยุทธ์หรือมาตรการโดยใช้ Bundle หรือ checklist ร่วมด้วยในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งสำคัญพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และนำสู่การปฏิบัติ มีการนิเทศติดตามและสุ่มประเมินการปฏิบัติ ซึ่งผลการประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในตำแหน่งที่สำคัญ บุคลากรสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น ติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ICU WARD

- ส่งเสริมประสานกระตุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันให้ข้อมูลย้อนกลับผลการประเมิน (เช่น ให้ข้อมูลย้อน กลับเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ หรือการปฏิบัติอื่น ๆ) เกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันและควบคุมทบทวนความรู้แก่บุคลากรเก่าและใหม่ โดยการจัดโครงการอบรมฟื้นฟูความรู้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละครั้ง

3. CAUTI rate เป้าหมาย < 1.5 ต่อ 1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ

อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI rate) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จากการ คาสายสวนปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (เป้าหมาย<1.5 ต่อ1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ) จากปี 2563-2567 พบ 1.45, 1.18, 0.64, 0.76 และ 0.86 ต่อ1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง เนื่องจาก บุคลากรมี การปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้อย่างเคร่งครัด พบว่าส่วนใหญ่ทำตามแนวทางที่กำหนดและปัจจุบันได้ กำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องเทปัสสาวะทุกครั้งที่มีปริมาณเกิน ¾ ของถุง



◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

เน้นการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่การปฏิบัติตาม CAUTI bundle อย่างสม่ำเสมอผลการดำเนินงาน CAUTI ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (<1.5 ต่อ 1000) แต่ก็ยังพบปัญหาการติดเชื้อ CAUTI อยู่ ได้ ปรับ WI การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ ในปี 2567 ได้ดำเนินการโดย

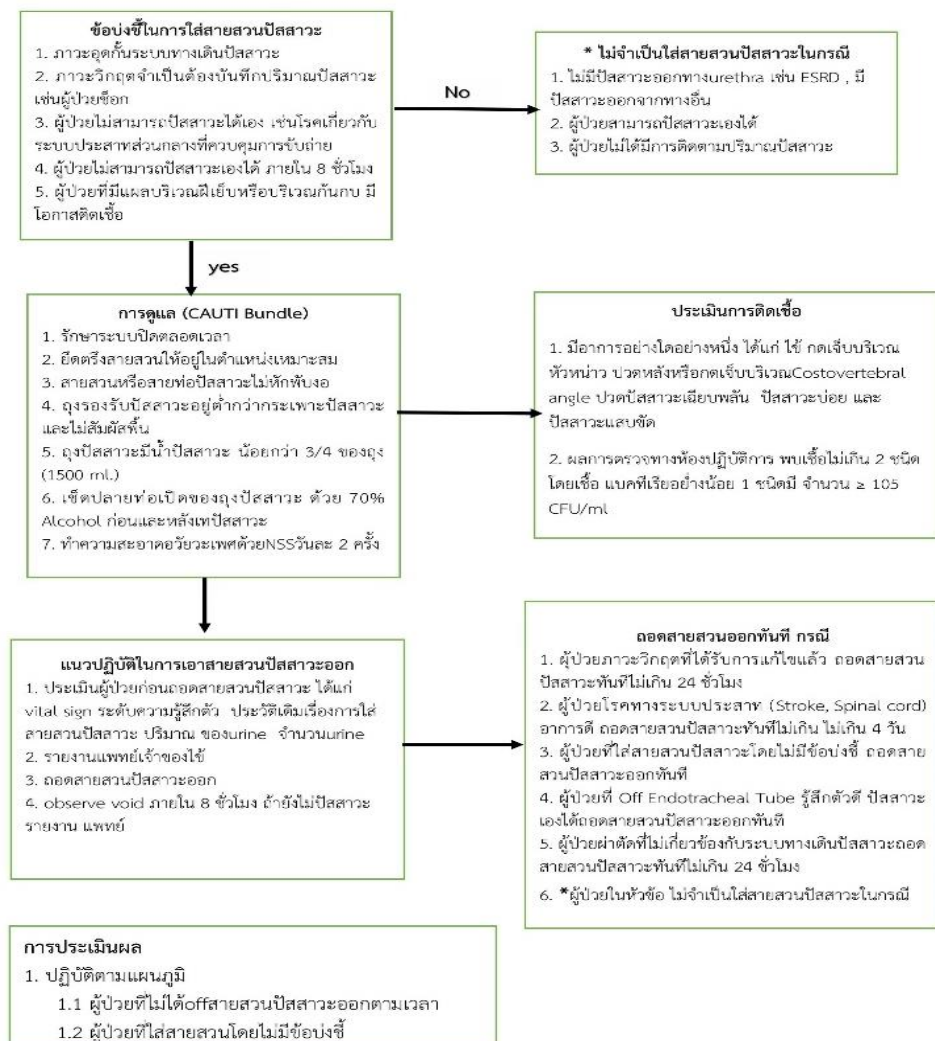
- นำ WI การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะที่ปรับเข้าที่ประชุม PCT/หน่วยงานที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และหน่วยงานที่ดูแลต่อ

- ติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ใส่สายสวนหลอดเลือด
- ทำ CAUTI BUNDLE ติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ER uro ortho med ICU WARD Neuro
- แนวทางการเอาสายสวนปัสสาวะออก (โดยอัตโนมัติ)

แผนการการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยง การเกิด CAUTI

1. นำเข้าองค์กรแพทย์ 23 กค 2567
2. ทดลองปฏิบัติและติดตาม
3. นำเข้าที่ประชุมหัวหน้าตึก, COPIC ,

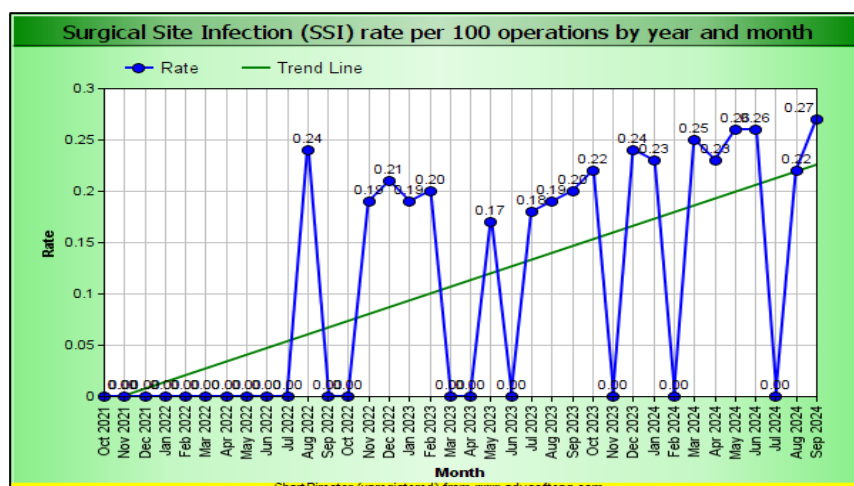
แนวปฏิบัติในการใส่และถอดสายสวนปัสสาวะ



◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

4. SSI Rate (Clean wound) เป้าหมาย < 0.5 ต่อ 100 แผลผ่าตัดสะอาด

อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด Clean wound ยังพบว่ามีแผลผ่าตัด clean wound มีการติดเชื้ออยู่จากปี 2563-2567 พบ 0.1, 0.12, 0.03, 0.13 และ 0.18 ต่อ 100 การผ่าตัดแผลสะอาดตามลำดับการดำเนินการทำ RCA การติดตามต่อเนื่อง



อัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดปี 2565 พบ 0.03 ในแผลผ่าตัดสะอาด ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (0.5 ครั้งต่อ 100 การผ่าตัด) หัตถการที่พบการติดเชื้อบ่อยคือ การผ่าตัด MRM เมื่อทีมทบทวนแล้วพบว่าหลายปัจจัยที่อาจจะส่งผลทั้งปัจจัยของผู้ป่วย เทคนิคการผ่าตัด ระยะเวลาและระบบ ventilation ในห้องผ่าตัด มีการปรับปรุงและปรับเปลี่ยน Hepafilter ครบทุกห้องผ่าตัด ระบบไหลเวียนอากาศภายในและตรวจประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด มีการแก้ไขประตูทางเข้าห้องผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย มีการตรวจเช็คความพร้อมการใช้งานของห้องผ่าตัด โดยมีการวัดอุณหภูมิห้องและความชื้นสัมพัทธ์ 2 เวลาคือ 09.00 น. และ 14.00 น. ซึ่งพบว่าอุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ปี 2566 พบ 0.13 ในแผลผ่าตัดสะอาด ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (0.5 ครั้งต่อ 100 การผ่าตัด) หัตถการที่พบการติดเชื้อบ่อยคือ การผ่าตัดกระดูกและข้อ ซึ่งจากการทำ RCA พบว่าปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ปัจจัยของผู้ป่วย การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปที่บ้าน ดังนั้นยังคงต้องมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีติดตามอย่างต่อเนื่อง และได้ดำเนินการ

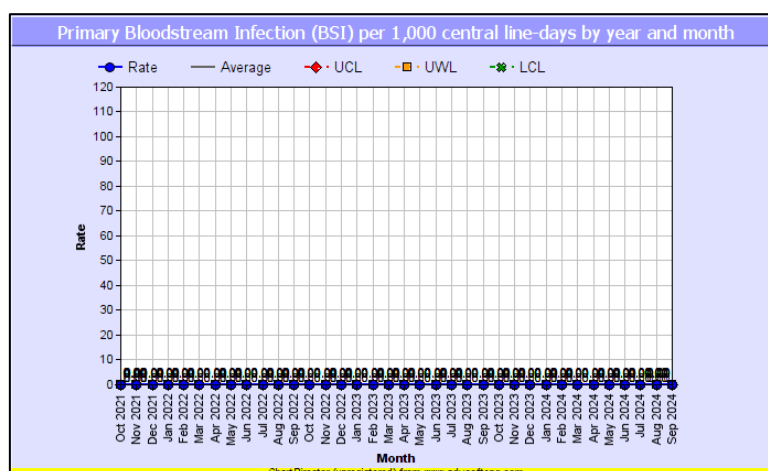
- นำ WI การติดเชื้อแผลผ่าตัด กำหนดแนวทางปฏิบัติ โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการติดตามหลังผ่าตัด (รวมถึงการเยี่ยมบ้าน) เข้าที่ประชุม PCT SX Neuro gen sx ortho
- Review การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยผ่าตัด
- Review หัตถการที่มีการติดเชื้อ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- กำหนดการใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกัน

◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

- ดำเนินการfocus หัตถการที่มีภาวะติดเชื้อสูง
 - orthopedic ได้แก่ THA TKA
 - Surgery ได้แก่ MRM Vascular
 - Neuro ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยใส่สาย ventriculostomy
 - ทบทวนเพื่อวางแผนแนวทางการปรับโซนนิ่งการทำความสะอาด การทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ
 - ปรับพื้นที่ห้องเก็บเครื่องมือ sterile ที่ไม่ได้มาตรฐาน ติดตั้งประตูห้องเก็บของ sterile เป็นประตูที่ปิดมิดชิด
 - ทบทวนเครื่องมือแพทย์ในการทำ ความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ออกแบบเพื่อการใช้ครั้งเดียวแต่กลับนำมาใช้ใหม่เพื่อให้ได้มาตรฐาน
 - การกำหนดรายการวัสดุที่นำมาใช้ซ้ำ เช่น สาย O2 cannular, ชุดพ่นยา, สาย O2 mask c bag ทุกครั้งโดยมีกระบวนการทำความสะอาด ทำให้แห้งและบรรจุของนำเข้าอบด้วยแก๊สเอทิลีนออกไซด์ โดยควบคุมคุณภาพความปราศจากเชื้อก่อนจ่ายให้กับผู้ป่วยและหน่วยงาน
 - ติดตามผลการติดเชื้อหลังการใช้ในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ออกแบบเพื่อการใช้ครั้งเดียวแต่กลับนำมาใช้ใหม่
 - ทบทวนเครื่องมือแพทย์ในการทำการปราศจากเชื้อ และประสานงานศูนย์เครื่องมือแพทย์ เพื่อการสอบเทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้มาตรฐาน
- การดำเนินงานในส่วนการล้างเครื่องมือ อบแห้ง แพค นึ่งฆ่าเชื้อ ควรทำให้ได้ตามมาตรฐาน IC โดยให้ทาง IC และ CSSD เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน
- การล้าง แพค ห่อ เครื่องมือทันตกรรม หากทำที่ CSSD เบื้องต้นควรมีเจ้าหน้าที่ของทันตกรรมที่มีความรู้ความชำนาญเป็นผู้ดำเนินการ หรือเป็นผู้ฝึกสอนเจ้าหน้าที่ CSSD จนชำนาญ

4. BSI Rate เป้าหมาย < 1.5 ต่อ 1000 วัน คาสายสวนหลอดเลือดดำ

อัตราการติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือด (BSI Rate) 1.5 ครั้งต่อ 1000 วัน คาสายสวนหลอดเลือดดำ

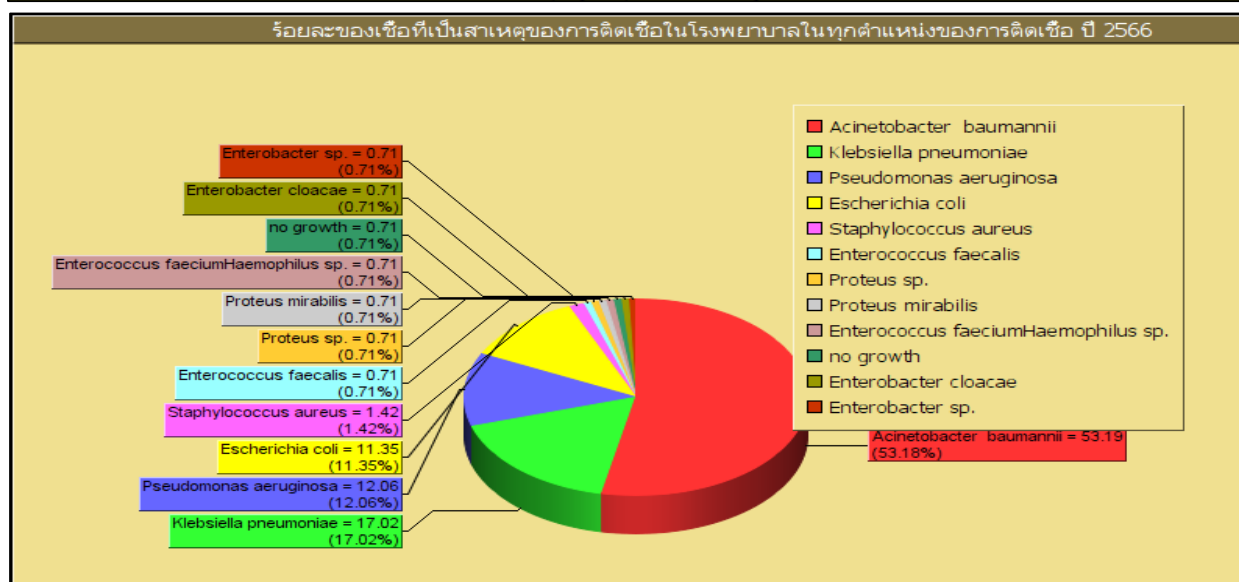
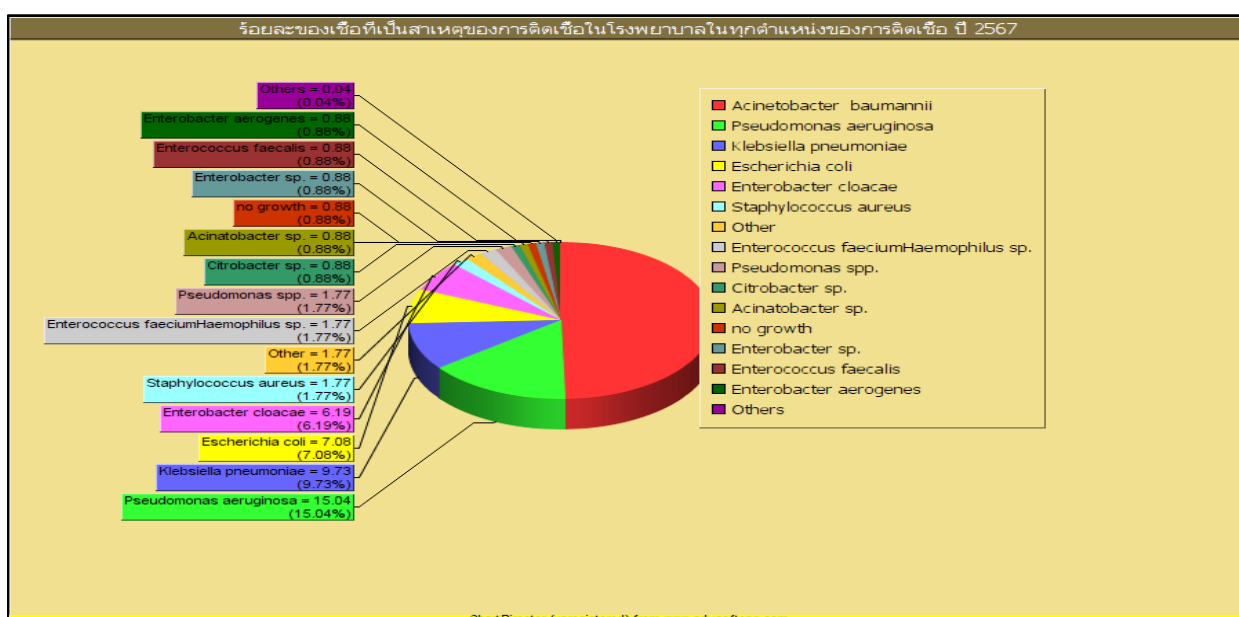


◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

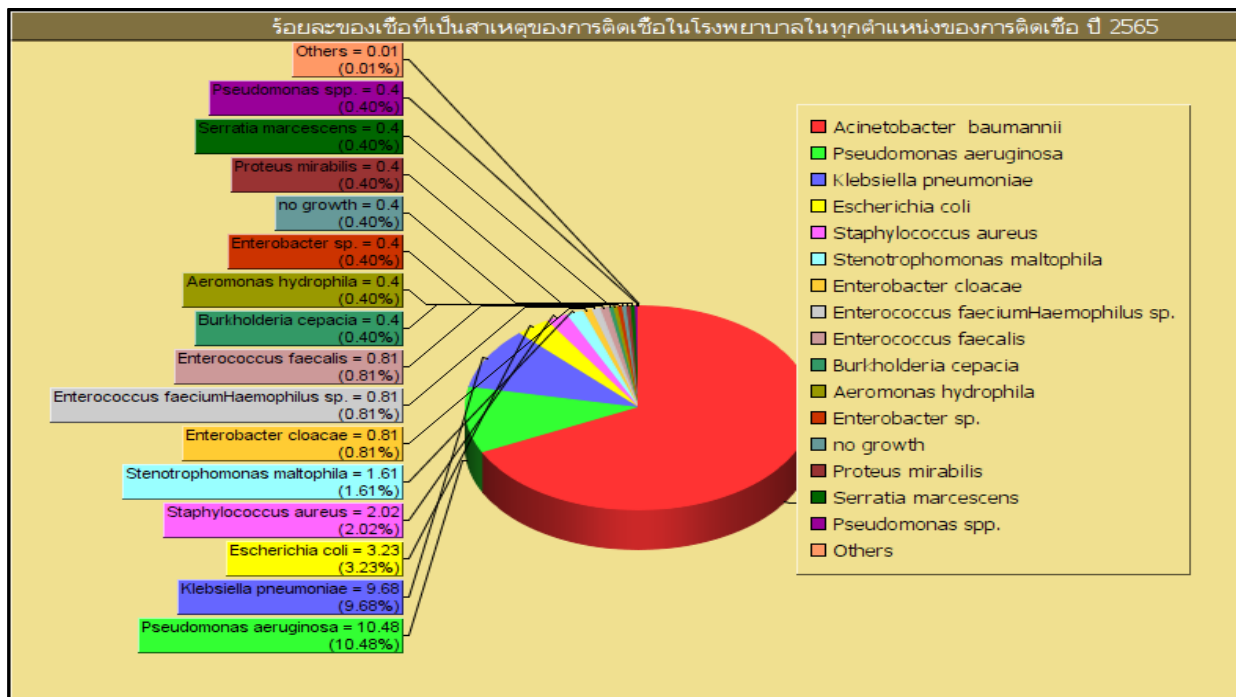
อัตราการติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือด (BSI) ไม่พบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

1. ทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดค้ำส่วนกลาง CABSİ
2. ทำ WI เข้าที่ประชุม PCT/หน่วยงานที่ใส่สายสวนหลอดเลือด และหน่วยงานที่ดูแลต่อ
3. ประสานหน่วยงานที่ใส่สายสวนหลอดเลือด ได้แก่ ICU OR ไตเทียม
4. ทำ CABSİ BUNDLE ติดตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ER ICU WARD
5. ติดตามผู้ป่วยทุกรายที่ใส่สายสวนหลอดเลือด

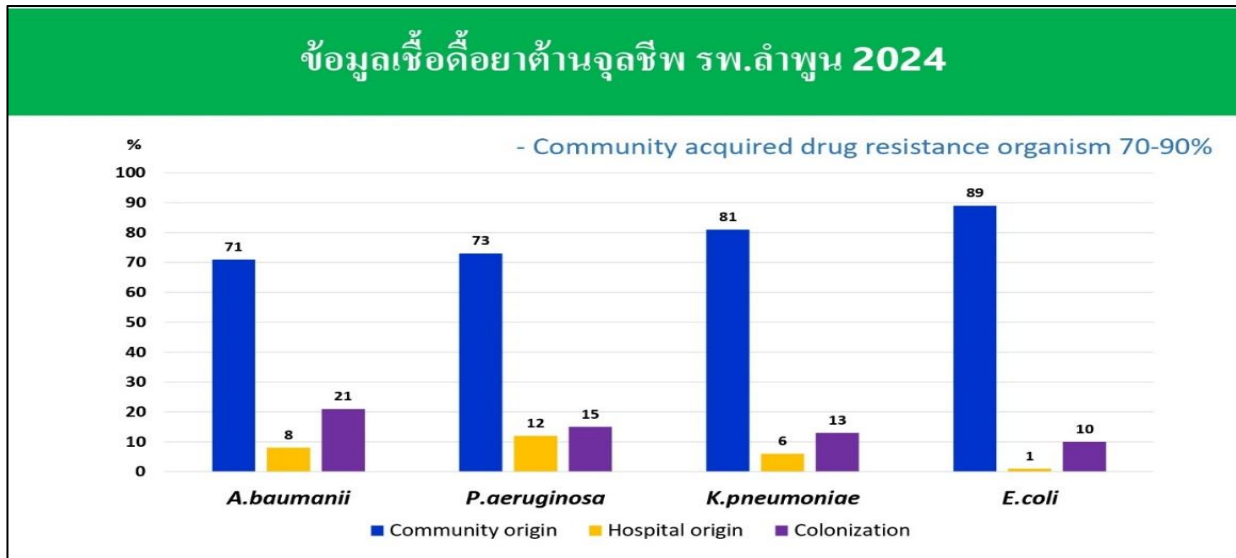
5. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในปี 2567 พบส่วนใหญ่พบเชื้อ *Acinetobacter baumannii*, และ *Pseudomonas aeruginosa* *klebsiella pneumoniae* และ *Escherichia coli* คิดเป็น ร้อยละ 49.19, 15.32, 7.26 และ 6.45 ตามลำดับ



◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)



◇ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)



จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาที่ได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ

เชื้อดื้อยาที่ได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ รพ.ลำพูน

Organisms	2022	2023	2024 (Jan-July)
<i>E. Coli</i> (CRE)	54	17	7
<i>K. Pneumoniae</i> (CRE)	81	45	9
<i>A. Baumannii</i> (CoRO)	2	0	1
<i>P. Aeruginosa</i> (CoRO)	45	11	0
<i>S. Maltophilia</i> (Resist TMP/SMX & LEV)	15	1	2
<i>Enterococcus</i> (VRE)	36	10	1
Total	233	84	20

1. Vancomycin resistant enterococci (VRE) เช่น *Enterococcus faecium* ที่ดื้อยา Vancomycin
2. Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) เช่น *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* ที่ดื้อยา Meropenem, imipenem
3. *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยา Colistin
4. *Pseudomonas aeruginosa* ที่ดื้อยา Colistin
5. *Stenotrophomonas maltophilia* ที่ดื้อยา co-trimoxazole และ Levofloxacin

แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย

เชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่

1. *Pseudomonas aeruginosa* ที่ดื้อต่อยา Colistin
2. *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อต่อยา Colistin
3. *Stenotrophomonas maltophilia* ที่ดื้อต่อยา Co-trimoxazole และ Levofloxacin
4. Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae เช่น เชื้อ *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* ที่ดื้อต่อยา Imipenem, Meropenem, หรือ Doripenem
5. Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE) เช่น เชื้อ *Enterococcus faecium* ที่ดื้อต่อยา Vancomycin เป็นต้น

◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

แนวปฏิบัติ	การดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1. สถานที่	1.1 จัดผู้ป่วยเข้าห้องแยก 1.2 จัดเป็นบริเวณที่มีฉากกั้นชัดเจน 1.3 การจัด Unit ผู้ป่วย / อยู่ในห้องแยก / แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ / จัดให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือไว้ที่เตียงผู้ป่วย	หอผู้ป่วย
2. บุคลากร	2.1 ใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม (Basic มีเสื้อกาวน์พลาสติก , ถุงมือ , หน้ากากอนามัย) 2.2 ถอดอุปกรณ์ป้องกันในห้องผู้ป่วย / เตียงผู้ป่วย หลังถอดถุงมือล้างมือทุกครั้ง 2.3 กรณีทำหัตถการต้องเตรียมอุปกรณ์ให้ครบชุดพร้อมใช้และควรมีผู้ช่วยอยู่นอกห้อง เพื่อส่งอุปกรณ์ที่ต้องการใช้เพิ่ม 2.4 ไม่นำ chart ผู้ป่วยไปที่เตียงผู้ป่วย ให้เก็บไว้ที่เคาน์เตอร์พยาบาล 2.5 การเก็บ specimen พยาบาลใส่อุปกรณ์ป้องกันเข้าไปเก็บ specimen ใส่ภาชนะบรรจุตามประเภท specimen ให้มีเจ้าหน้าที่อีกคนถือถุงใสรองรับอีกครั้ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อใน ward ไปจนถึงห้อง Lab	หอผู้ป่วย
	2.6 ปฏิบัติตามหลัก Standard precautions ขณะให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายในหอผู้ป่วยโดยถือว่าผู้ป่วยทุกรายอาจมีเชื้ออยู่ตามร่างกาย 2.7 ใช้หลัก Contact precautions เมื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทุกราย 2.8 ล้างมือตามหลัก 5 Moments 7 ขั้นตอน - การสัมผัสผู้ป่วย - ก่อนทำหัตถการสะอาดปราศจากเชื้อ - หลังสัมผัสเลือด / สารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย - หลังสัมผัสผู้ป่วย - หลังสัมผัสสิ่งรอบตัวผู้ป่วย 2.9 สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม กรณีที่คาดว่าอาจสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย 2.10 จำกัดบุคลากรและญาติ / แจ้งผู้ป่วยและญาติให้รับทราบ เพื่อขอความร่วมมือ	
3. การทำความสะอาด	- ใช้น้ำยา 0.5% hypochlorite ทำความสะอาดเตียงอย่างน้อยวันละครั้งหรือทุกครั้งที่เปลี่ยนคนไข้ - พื้น ใช้น้ำยา 0.5% hypochlorite หรือน้ำยาทำความสะอาดของบริษัท	หอผู้ป่วย

แนวปฏิบัติ	การดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
4. การสิ้นสุดการแยกผู้ป่วย	1. ส่ง specimen ซ้ำใน Day 7 ถ้าผลบวกให้ยาต้านจุลชีพต่อ 2. ส่ง specimen ซ้ำทุกๆ 4 วัน จนกว่าผลเป็นลบ แล้วให้ส่งคู่กับ stool culture ทุก 4 วัน ผลต้องเป็นลบติดต่อกัน 2 ครั้ง จึงยกเลิกการแยกผู้ป่วย	หอผู้ป่วย

การดำเนินงาน

1. การกำหนดมาตรการเพื่อการจัดการและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เช่น ระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา ร่วมกับการจุลชีววิทยา การรายงานผลการเพาะเชื้อผ่านระบบ lab เพื่อให้แพทย์และผู้ปฏิบัติงานทราบผลได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา

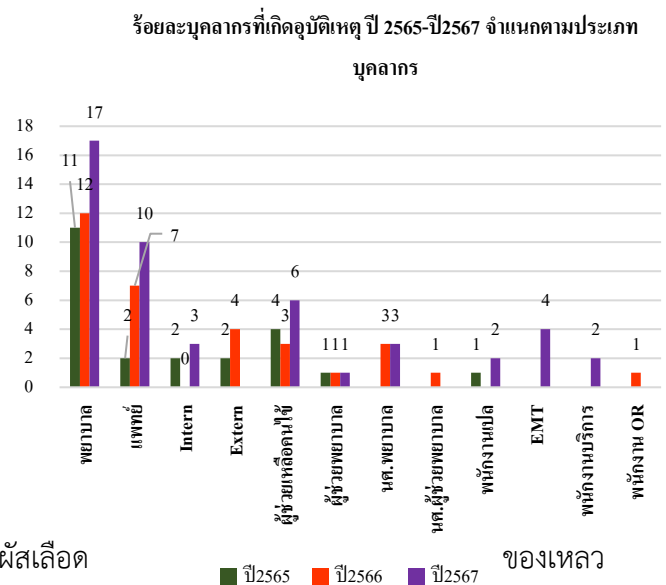
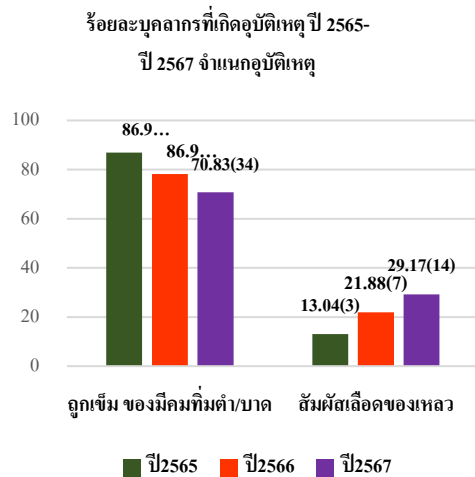
2. คณะกรรมการ ICC ได้จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน สำหรับบุคลากรใช้เป็นแนวทาง ครอบคลุมประเด็น การใช้ PPE การแยกของใช้ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดมือ การสื่อสาร ให้ข้อมูลในทีมดูแลรวมถึงผู้ป่วยและญาติ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน

3. ทีม IC ร่วมกับทีม PTC, AMR ในการกำหนดแนวทางและติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล พร้อมทั้งคืนข้อมูลย้อนกลับให้ห้องปฏิบัติการแพทย์ทราบอย่างสม่ำเสมอ

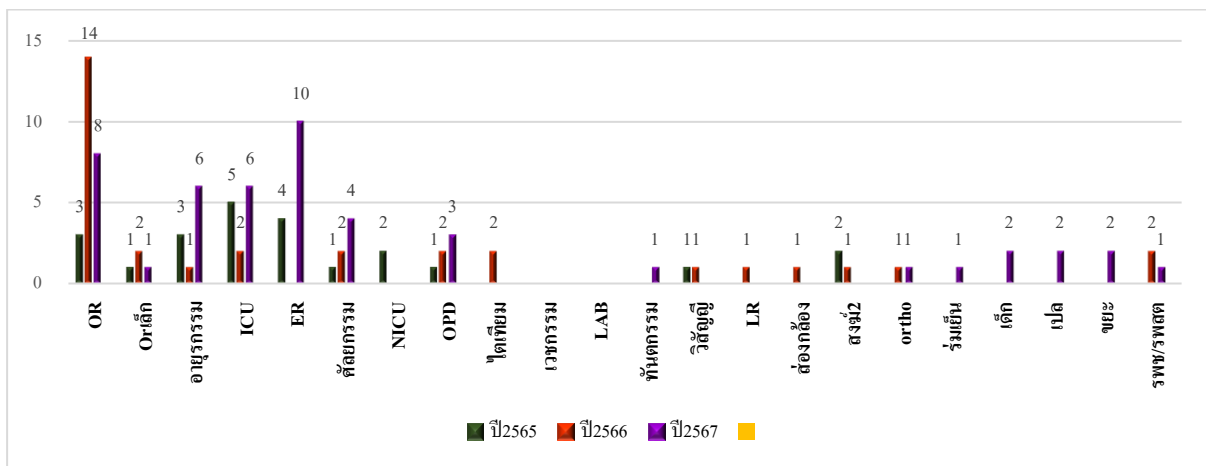
4. การสนับสนุนด้านระบบสารสนเทศ ได้แก่ ได้มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายเดือนด้วยโปรแกรม National Infection Surveillance Ministry of Public Health นำเสนอไว้ใน Data Center แยกตาม Target site และหอผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่หน่วยงานทุกๆ 1 เดือน รายงานผลการเฝ้าระวังไป Benchmark กับโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ เคียงกันผ่านโครงการ THIP II และร่วมกับระบบฐานข้อมูลโรคติดเชื้อ (IC Surveillance Program) ของสถาบันบาราศนราดรุ กรมควบคุมโรค เป็นศูนย์กลางข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับประเทศ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระดับโรงพยาบาล ระดับเขตบริการสุขภาพ และในระดับประเทศ

◇ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

6. อุบัติเหตุถูกเข็มของมีคมทิ่มตำ/บาด หรือสัมผัสเลือดของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่ ปี 2565 – ปี 2567

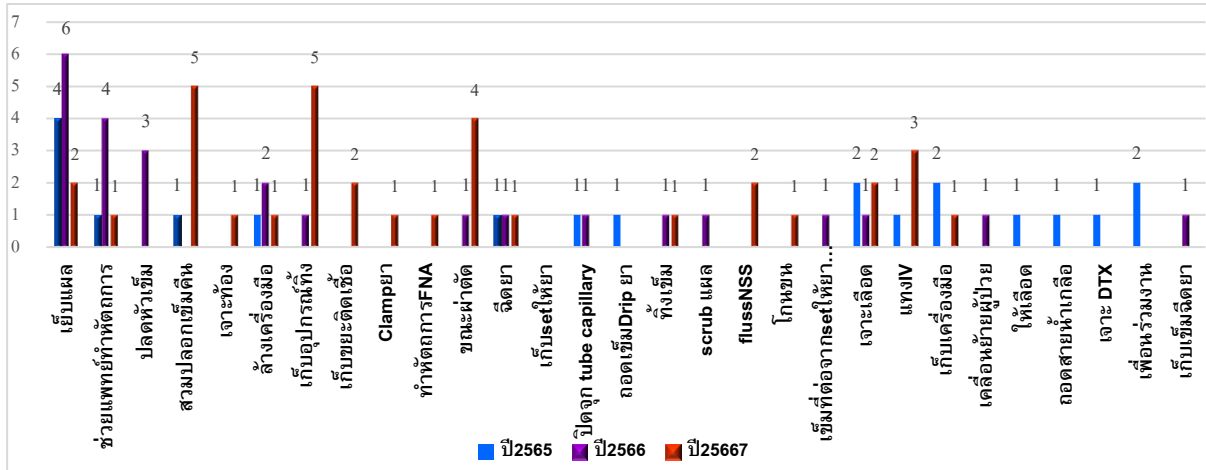


Ward ที่เกิดอุบัติเหตุถูกเข็มของมีคมทิ่มตำ/บาด หรือสัมผัสเลือดของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่ ปี 2565 – ปี 2566

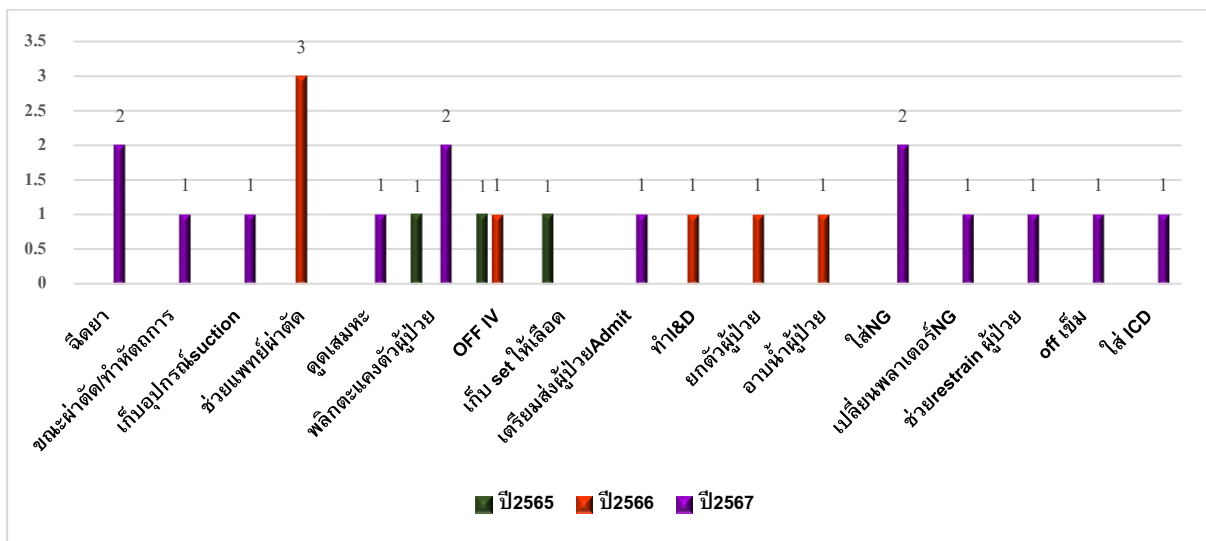


◆ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

กิจกรรมที่เกิดอุบัติเหตุถูกเข็มของมีคมทิ่มตำ/บาด ขณะปฏิบัติหน้าที่ ปี 2565 – ปี 2567



กิจกรรมที่เกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดของเหลวของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่ ปี 2565 – ปี 2567



การดำเนินการถูกเข็มทิ่มตำและสารคัดหลั่ง (needle sharp injury) : อุบัติเหตุเข็มทิ่มยังพบอุบัติการณ์มากอยู่ แยกประเภทสาเหตุของเข็มทิ่มตำและสารคัดหลั่ง (ปี 67) และวิเคราะห์ RCA หน่วยงานพบว่าเกิดจากเข็มทิ่มตำ จำนวน 48 ราย ส่วนใหญ่เกิดจากการสวมปลอกเข็มกลับและ เก็บอุปกรณ์ทิ้ง จำนวนเท่ากันขณะผ่าตัดและให้ IV จำนวน 4 และ 3 ครั้งตามลำดับ สารคัดหลั่ง จำนวน 14 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดจาก

◇ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

ช่วยแพทย์ทำหัตถการ จำนวน 3 ครั้ง หน่วยงานที่พบมากที่สุด ER และOR จำนวน 10 และ 8 ครั้งตามลำดับ และอายุรกรรมและICU พบจำนวน 4 ครั้งเท่ากัน

การแก้ไขทบทวนและวิเคราะห์อุบัติการณ์บุคลากรถูกของมีคมทิ่มตำ/ สัมผัสเลือด/ สารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน ของการทำ RCA เพื่อวิเคราะห์ทบทวนถึงความเหมาะสม/ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการหรือการปรับเปลี่ยนที่ผ่านมา และปรับปรุงโดยใช้แนวคิด และเครื่องมือคุณภาพ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถแก้ไขรากเหง้าของปัญหาอย่างเป็นระบบ ได้จัดอบรมบุคลากรใหม่ทุกราย เรื่องการจัดการของมีคม แนวทางการถูกของมีคมและสารคัดหลั่ง แนวทางการป้องกันและแก้ไขร่วมกับทีมความเสี่ยงฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเกิดพยาบาลอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาด ให้กับบุคลากรในทุกระดับในการประชุมวิชาการประจำปี กำหนด zone ที่มีอุบัติการณ์การเกิดมาก และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่สามารถบังคับใช้ได้ เช่น ถ้าไม่ทำตามข้อกำหนด ไม่ให้ทำหัตถการ

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

◇ งานจ่ายกลาง กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

1. บริบท (Context)

หน่วยงานจ่ายกลาง ตั้งอยู่ที่ชั้น 4 อาคารสนับสนุน 5 ชั้น (1 ต.ค. 2566) การบริหารงานขึ้นตรงกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้างาน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 20 คน

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

มีหน้าที่รับผิดชอบในกระบวนการรับเครื่องมือที่สามารถใช้ซ้ำได้ จากหน่วยงานต่าง ๆ และสถานบริการทางการแพทย์ในเครือข่ายเข้าสู่กระบวนการการทำความสะอาด การบรรจุหีบห่อ การทำให้ปราศจากเชื้อ และการแจกจ่ายเครื่องมือแพทย์ที่ปราศจากเชื้อเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำกลับมาใช้กับผู้ป่วยใหม่ได้อย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน เพียงพอ พร้อมใช้งาน

ข. ขอบเขตการให้บริการให้บริการแก่หน่วยงานในโรงพยาบาล ดังนี้

1. บริการรับแลกเครื่องมือที่ใช้แล้ว
 2. ทำความสะอาดเครื่องมือ
 3. จัดชุดเครื่องมือ
 4. ทำปราศจากเชื้อเครื่องมือ
 5. จัดหา เบิกจ่าย เครื่องมือทดแทน เครื่องมือทั้งที่จัดทำใหม่ และทดแทนที่ชำรุด
- โดยให้บริการทุกวัน
- ให้บริการสถานบริการทางการแพทย์ในเครือข่าย ดังนี้
1. ทำปราศจากเชื้อเครื่องมือ โดยการอบแก๊ส
 2. เป็นแหล่งอบรม ศึกษาดูงาน และช่วยเหลือในด้านข้อมูลความรู้ต่าง ๆ

ค. ปริมาณงานและทรัพยากร

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง หน้าที่	จำนวน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้างานจ่ายกลาง)	1
ผู้ช่วยพยาบาล	1
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	18

◆ งานจ่ายกลาง กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ต่อ)

ง. ผลการดำเนินงาน

สถิติการให้บริการของงานจ่ายกลาง

กิจกรรม	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1. การนึ่งไอน้ำ (ชิ้น)	439,637	542,514	551,419
2. การอบแก๊ส (ชิ้น)	262,634	289,879	267,039
3. อบความร้อนแบบแห้ง(ชิ้น)	40,173	33,994	56,178
4. ชุดทำหัตถการต่าง ๆ (ชิ้น)	462,531	375,517	276,187
5. ถังมือ reused	64,176	83,724	65,954
6. ถังมือข้างเดียว	107,008	121,231	108,917

จ. ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
1. การทำปราศจากเชื้อ				
1.1 ร้อยละของการตรวจสอบ spore test เครื่องนึ่งด้วยไอน้ำเป็นลบ	100%	100%	100%	100%
1.2 ร้อยละของการตรวจสอบ spore test เครื่องอบแก๊สเป็นลบ	100%	100%	100%	100%
1.3 Bowic- dick test	100%	100%	100%	100%
1.4 จำนวนครั้งของ indicator ภายนอกไม่ผ่าน	0	0	0	0
1.5 ร้อยละของการตรวจสอบประสิทธิภาพเชิงกลของการทำงานของเครื่อง	100%	100%	100%	100%
1.6 จำนวนครั้งของการรับแจ้ง ชุดเครื่องมือเปื้อกขึ้น/ไม่สมบูรณ์	0	0	1	1

ที่มา : งานจ่ายกลาง กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

◇ งานไตเทียม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

1. บริบท (Context)

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose) หน่วยไตเทียมให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service)

1. ให้บริการเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกวันพุธ เวลา 08.00-12.00 น.
2. ให้การบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ซึ่งจะได้ประโยชน์จากการรักษา ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป
3. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD,APD) ในโครงการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้ป่วยกรมบัญชีกลาง

ค. ความต้องการของผู้รับ ผลงานสำคัญ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	- ได้รับการตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัย - ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ - ได้รับความสะดวกสบาย - เครื่องมือและบุคลากรดี มีประสิทธิภาพ
สหสาขาวิชาชีพ/พยาบาล/หน่วยงานอื่นๆ	- ได้รับการสื่อสารประสานงานที่ดี - ได้รับข้อมูลและบริหารจัดการส่วนที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้อง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

1. ผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้นได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เข้าถึงบริการตามสิทธิของการรักษาการบำบัดทดแทนไต
3. ตัวชี้วัดผ่านตามาตรฐาน

◆ งานไตเทียม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

1.ด้านบุคลากร (อัตรากำลัง)

รายการ	ความต้องการขั้นต่ำ	จำนวนเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน(คน)			
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
-ระบุนิชาชีพ เจ้าหน้าที่ของ หน่วยงานตนเอง	-ระบุนิชาชีพ ของวิชาชีพอื่นๆ				
	พยาบาลวิชาชีพ	8	8	7	9
	ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	1	1
	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	3	3	3	3

2. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	ความต้องการขั้นต่ำ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์			
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เครื่องไตเทียม		12	12	12	16
เครื่อง Portable RO		1	1	1	2
Defibrillation		1	1	1	1
Monitor BP,EKG		4	4	4	4
Infusion Pump		2	2	2	2
หัว O ₂ Pipe line สำหรับ ต่อ Ventilator		2	2	2	4

3. ลักษณะสำคัญของงานและปริมาณงาน

สถิติ

ประเภทงานบริการ	2564	2565	2566	2567
ARF – HD (ครั้ง)	230	264	176	268
ERSD – HD (ครั้ง)	7278	7821	4187	7867
CAPD (ราย)	196	115	140	113
Insertion Catheter (ราย) (DLC , Tunnel cuff)	373	335	255	354
การให้คำปรึกษา CKD (ราย)	364	973	781	784

◆ งานไตเทียม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

ฉ. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

1. อัตรากำลังพยาบาล Hemodialysis ใช้ร่วมกับ พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง และ CKD clinic

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเตรียมความพร้อม - ผู้ป่วยและญาติ	- ไตเรื้อรังระยะที่1-4ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต - เมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะที่4-5ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษามีความรู้พยาธิสภาพของโรค , อัตราความสำเร็จของการรักษา , ความเสี่ยงจากการรักษา , สิทธิการรักษา , และร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไต	- ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไตเรื้อรังได้รับความรู้และการดูแลที่เหมาะสมจากสถานพยาบาลใกล้บ้านและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการเสื่อมของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 5 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ต่อปี ระยะที่ 4-5 ได้รับการเตรียมเพื่อการรักษาบำบัดทดแทนไต มากกว่า 80 %
2. การประเมิน - ผู้ป่วย - ครอบครัว	- ผู้ป่วย และญาติ ได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม เพื่อกำหนดแผนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง	- ผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมินปัญหาก่อนการบำบัดทดแทนไตครบ 100 %
3. การวางแผนดูแลผู้ป่วย (ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ ล้างไตทางช่องท้อง) - ขณะอยู่โรงพยาบาล - ขณะอยู่บ้าน	- ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาถูกต้องปลอดภัยจากภาวะวิกฤต - ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยตาม CPG และ WI ที่วางไว้ - ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ - ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และการดูแลต่อเนื่องจากHHC โดยเฉพาะผู้ป่วยCAPD	- อัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางของการดูแลและผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับ 0 - อัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางของการดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า 20

4. การดูแลทั่วไป	- ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้รับการฟอกเลือดที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ - ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ ล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตที่ดี - ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้องปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ - ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการ	- อัตราความเพียงพอของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่านมาตรฐานมากกว่า 80 - อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตเท่ากับ 100 - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับ 0 - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า 20
5. การดูแลต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม	- อัตราผู้ป่วยและญาติได้รับการให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต (RRT) เท่ากับ 100

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance indicator)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมายร้อยละ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ KT/V น้อยกว่า 1.2 ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์	<20	0	0	1.27
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ KT/V น้อยกว่า 1.8 ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด 2 ครั้ง/สัปดาห์	<20	55.00	28.57	69.97
อัตราการติดเชื้อ Vascular access	0	0	0	0
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดผ่านทาง AVF หรือ AVG	>70	90.70	90.10	85.20
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดเป็นประจำผ่านทาง DLC เกิน 90 วัน	<20	0	0	0
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 mg/dl	<20	59.15	52.5	45.86

◇ งานไต่เตี้ยม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย ร้อยละ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบิน มากกว่า 11.5 mg/dl	<20	3.56	5.	12.96
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า serum ferritin น้อยกว่า 100 นาโนกรัม/มิลลิลิตร	<20	2.97	3.1	18.01
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum calcium มากกว่า 10.2 mg/dl	<20	1.78	2.39	7.40
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum phosphorus มากกว่า 5.0 mg/dl	<20	5.95	4.7	8.46
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ iPTH มากกว่า 9 เท่าของค่าปกติ	<20	5.95	5.9	10.27
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum albumin น้อยกว่า 3.5 g/dl	<20	2.38	2.4	6.85
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน peritonitis	<0.5	0.21	0.17	0.29

ที่มา : งานไต่เตี้ยม กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

◆ ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

1. ชื่อหน่วยงาน

ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน ตั้งอยู่อาคาร 40 ปี ชั้น 1

2. วิสัยทัศน์

มุ่งมั่นให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในโรคหัวใจและหลอดเลือด สู่การเป็นศูนย์โรคหัวใจที่เป็นเลิศ

3. พันธกิจและค่านิยมร่วม

พันธกิจของศูนย์โรคหัวใจ

1. ให้บริการการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยเครื่องมือและวิธีพิเศษอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน
2. พัฒนาบุคลากรให้มีความใส่ใจ เอื้ออาทรและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
3. พัฒนาศักยภาพในการเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดแก่ภาคีเครือข่ายในจังหวัดลำพูน
4. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดภายในจังหวัดลำพูนและโรงพยาบาลภายในเครือข่ายภาคเหนือ
5. บริการให้คำปรึกษาและเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลลำพูนและโรงพยาบาลในเครือข่าย

ค่านิยมร่วมของศูนย์โรคหัวใจ

เป็นนายตน เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม

4. ขอบเขตการให้บริการ

1. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (Transthoracic echocardiography; TTE)
2. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร (Transesophageal echocardiography; TEE)
3. การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย วิ่ง สายพาน (Exercise stress test; EST)
4. การตรวจและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดพกพาติดตัวตลอด 24 และ 48 ชั่วโมง (Holter monitor EKG)
5. การให้บริการคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure clinic)
6. การให้บริการรับคำปรึกษา ติดต่อประสานงานผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลลำพูนและโรงพยาบาลในเครือข่าย
7. ผู้จัดการรายกรณีโรคหัวใจและหลอดเลือด สอนนักศึกษา ให้คำปรึกษา ส่งเรื่องปรึกษาและเตรียมผู้ป่วยตรวจพิเศษทางหัวใจ ในการตรวจฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจ(Coronary Artery Angiography; CAG),

◆ ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

Echocardiography , Coronary artery bypass graft; CABG, Exercise stress test; EST, Radiofrequency ablation; RFA, Device, เตรียมผ่าตัดหัวใจไปยังโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า

8. แหล่งรวบรวมข้อมูล สถิติ ตัวชี้วัด ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลในจังหวัดลำพูนทั้งหมด และในเขตบริการสุขภาพที่ 1 (Service plan สาขาหัวใจ)

เวลาทำการ เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 8.30 -16.30 น.หยุดทุกวันอาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ และมีการเปิดให้บริการนอกเวลาราชการทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เวลา 16.30 – 20.30 น. และทุกวันเสาร์ เวลา 8.30 – 16.30 น. โดยให้บริการตรวจเฉพาะการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (Transthoracic echocardiography; TTE) เท่านั้น (หมายเหตุ การเปิดบริการนอกเวลาราชการจะพิจารณาตามความเหมาะสมของจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการในช่วงเวลานั้นๆ) ส่วนการให้บริการคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure clinic) เปิดให้บริการเฉพาะวันอังคาร เวลา 8.30 -12.30 น. เท่านั้น

คุณลักษณะของผู้มารับบริการในศูนย์ตรวจหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

5. สถิติจำนวนผู้รับบริการ

ตารางแสดงจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดย้อนหลัง 5 ปี

ประเภทงานบริการหรือหัตถการ/จำนวนผู้รับบริการ	ปี 2563 (ราย)	ปี 2564 (ราย)	ปี 2565 (ราย)	ปี 2566 (ราย)	ปี 2567 (ราย)
1.การตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงผ่านทางทรวงอก (Transthoracic echocardiography)	1,761	2,066	2,515	4,103	3,978
2. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร (Transesophageal echocardiography) เริ่มให้บริการ ก.ค. 2565	NA	NA	4	1	4
3.การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการวิ่งบนสายพาน (Exercise Stress Test)	108	57	58	18	3
4.การติดเครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดพกติดตามตัว (Holter Monitoring EKG) เริ่มให้บริการ มิ.ย. 2560	68	102	271	261	271
5.การให้บริการคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure clinic) เริ่มเปิดให้บริการ พ.ค. 2561	473 (Visit)	782 (Visit)	681 (Visit)	874 (Visit)	819 (Visit)

ประเภทงานบริการหรือหัตถการ/จำนวน ผู้รับบริการ	ปี 2563 (ราย)	ปี 2564 (ราย)	ปี 2565 (ราย)	ปี 2566 (ราย)	ปี 2567 (ราย)
6.การให้คำปรึกษา สุขศึกษา ผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือดและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการ ตรวจพิเศษทางหัวใจอื่นๆ	1,121	1,518	1,294	1,450	1,514
7.การส่งเรื่องปรึกษาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่า	195	175	249	227	218
8.การเตรียมผู้ป่วยส่งตรวจและทำหัตถการพิเศษทาง หัวใจไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	189	163	229	227	212
9.การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG) เฉพาะเตรียมก่อน ตรวจEchocardiogram OPD Case เท่านั้น	1,341	1,411	1,740	3,030	2,835

5 อันดับแรกของโรคที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์ตรวจหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน คือ

1. Heart Failure
2. Coronary Artery Disease
3. Valvular Heart Disease
4. Atrial Fibrillation
5. Cardiac arrhythmia

6. สถิติจำนวนผู้ให้บริการในศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลลำพูน

ตารางแสดงจำนวนแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดย้อนหลัง 5 ปี ของศูนย์โรคหัวใจ

โรงพยาบาลลำพูน

บุคลากร/จำนวน	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. แพทย์อายุรกรรม	0	1	2	0	0
2. อารุแพทย์โรคหัวใจ	1	0	1 (ก.ค.65)	1	1
3. พยาบาลวิชาชีพ	2	3	3	3	3
4. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	1	1	1	1	1

◆ ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

7. ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานของหอผู้ป่วย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

สถิติตัวชี้วัดผู้ป่วย ACS:STEMI/NSTEMI/Unstable Angina ปีงบประมาณ 2563 - 2567

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือ PPCI (Reperfusion rate)	≥ 80 %	86.40	95.74	96.15	94.12	96.49
2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หลังได้รับการรักษา	≤ 9 %	16	2.12	6.25	3.92	1.75
3.อัตราการทำหรือฉีด Echocardiogram ในผู้ป่วย ACS	≥ 80 %	91.80	81.18	93.47	95.43	87.18
4.ร้อยละของผู้ป่วย NSTEMI ที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หลังได้รับการรักษา	≤ 5 %	3.43	4	2.54	3.42	3.24
5.ร้อยละของผู้ป่วย Unstable Angina ที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หลังได้รับการรักษา	≤ 1 %	0	0	0	0	0
6.อัตรา NSTEMI/UA high risk ที่ได้รับการทำ CAG รวมถึงผู้ป่วยที่ได้ฉีดทำ	≥ 40 %	48.43	38	38	56.38	47.47

◆ ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

ตัวชี้วัดด้านคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. อัตราความพึงพอใจในการรับบริการ	≥ 90 %	97	96	96	96	95
2. อัตราการสอนสุขศึกษาของผู้ที่เข้ามา รับบริการ	≥ 90 %	100	100	100	100	100
3. อัตราของข้อร้องเรียน	0 %	0	0	0	0	0
4. อัตราการเกิดอุบัติเหตุระดับรุนแรง	0 %	0	0	0	0	0
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่นัดตรวจ Echocardiogram ได้รับการเตรียม ความพร้อมก่อนการตรวจ	100 %	70	76	82	100	100
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจ Echocardiogram ได้รับการเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะการ ตรวจ	100 %	85	89	92	100	100

ที่มา : ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

◆ ศูนย์ส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

1.บริบท (Context)

1.1. บทบาทหน้าที่และเป้าหมายที่สำคัญ

ให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษา และตรวจติดตาม โรกระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะด้วย วิธีเครื่องมือพิเศษ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย และพึงพอใจ โดยบุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถ มีทักษะเฉพาะสาขา และมีการส่งเสริมการพัฒนาและ เรียนรู้สำหรับบุคลากรในทีมงานที่สอดคล้องกับภาระหน้าที่ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

1.2. ขอบเขตการให้บริการและศักยภาพข้อจำกัด

ให้การพยาบาลด้านการตรวจพิเศษโรกระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจและโรกระบบทางเดินปัสสาวะให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเฉพาะในเวลาราชการ 8.00-16.00 น ดังนี้

1.2.1. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD) ได้แก่ การตัดชิ้นเนื้อ บริเวณรอยโรค การห้ามเลือดด้วยการฉีดยาการจี้ด้วยความร้อนและการใช้คลิปหนีบเส้นเลือดการรัดหลอดเลือดดำ ในหลอดอาหาร)

1.2.2. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของทวารหนักและลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ได้แก่ การ ตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรค การตัดก้อนเนื้องอก การจี้ด้วยความร้อนและการใช้คลิปหนีบเส้นเลือด

1.2.3. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินปัสสาวะ (Cystoscopy,Litholapaxy)

1.2.4. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินหายใจ (Bronchoscopy)

1.2.5. ส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)

1.3. ความต้องการของผู้รับผลงานที่สำคัญ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตอำเภอเมืองลำพูนและใกล้เคียง ที่มีปัญหาด้านระบบทางเดิน อาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มหลักประกันสุขภาพ รองลงมาประกันสังคม โรงพยาบาลลำพูน เบิกได้จ่ายตรง ส่วนน้อยเป็นการชำระเงินเอง/ประกันชีวิต ในความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ห้องส่องกล้องให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้รับผลงานลูกค้าภายนอกและภายใน

◆ ศูนย์ส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

สถิติจำนวนผู้รับบริการ

ประเภทงานบริการ	ปีงบ 65	ปีงบ 66	ปีงบ 67
1.ส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD)	1,111	1,308	1428
2.ส่องกล้องตรวจและรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP)	-	54	122
2.การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)	1,030	1,818	1714
3.การส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษา โรคระบบทางเดินปัสสาวะ (Cystoscopy Under LA)	367	410	353
4.ให้การส่องกล้องขนิ่ว (Litholapaxy Under LA)	21	18	7
5.การส่องกล้องหลอดลม (Bronchoscopy)	356	346	235
6.ให้คำปรึกษาและเตรียมผู้ป่วยทำหัตถการตรวจรักษาพิเศษและส่องกล้อง	4,382	4026	3867

5 อันดับแรกของโรคในงานบริการของห้องส่องกล้องตรวจและตรวจรักษาพิเศษ

5 อันดับแรกของโรค	ปีงบ 65	ปีงบ 66	ปีงบ 67
1. FIT Positive	515	827	769
2.เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIH)	356	398	454
3.เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนปลาย (LGIH)	372	456	412
4. Gastritis	249	272	280
5. Dyspepsia	482	494	344
6. CA Colon	11	62	115

จากจำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพื่อขึ้นเพิ่มทุกปี ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นนั้นเนื่องจาก ผู้ให้บริการภายใน (แพทย์แต่ละสาขา) มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีนั้นหมายถึงว่า เมื่อมีแพทย์มีความต้องการใช้ห้องส่องกล้องมากขึ้นทำให้จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากประเมินนี้มีความจำเป็นที่ต้องวางแผนอัตรากำลังคนในห้องส่องกล้องร่วมกับองค์แพทย์ว่าในแต่ละปีงบประมาณนั้นจะมีแพทย์เฉพาะทางจะมาและมาใช้ห้องส่องกล้องเป็น จำนวนเท่าใด ทั้งนี้ห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษเป็นหน่วยที่ใช้เครื่องมือ จึงมีความจำเป็นต้องคัดสรรบุคลากรมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ตรวจรักษาพยาบาลพิเศษ จำเป็นต้องวางแผนเรื่องบุคลากรล่วงหน้า เป็นระยะเวลานานพอสมควร เพื่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้ก่อนที่จะทำงานร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง สถิติจำนวนผู้ให้บริการในห้องส่องกล้อง หน่วยตรวจรักษาพิเศษ จำนวนแพทย์มาให้บริการห้องส่องกล้อง

◆ ศูนย์ส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

จำนวนแพทย์มาให้บริการห้องส่องกล้อง

แพทย์ที่มาให้บริการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ศัลยแพทย์	6	6	9
อายุรแพทย์ทางเดินอาหารและตับ	2	2	2
ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ	3	3	2
อายุรแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินหายใจ	2	1	2

จำนวนบุคลากรที่มีจำแนกตามปี

ประเภท	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
พยาบาลวิชาชีพ	3	4	6
ผู้ช่วยพยาบาล	2	2	2
ผู้ช่วยเหลือคนไข้		1	1
พนักงานบริการ	1	1	1

จำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับ	สาขา	จำนวนรวม (คน)
การพยาบาลเฉพาะทาง	การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร	3
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	การบริหารทางการพยาบาล	1

◆ ศูนย์ส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

ตัวชี้วัดห้องส่องกล้อง

ลำดับ	รายการ	ปี 65	ปี 66	ปี 67
1	ร้อยละของผู้ป่วยที่นัดส่องกล้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องตรวจ	100	100	100
2	ร้อยละของผู้ป่วยที่นัดส่องกล้องได้รับการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่องตรวจ	100	100	100
3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องที่เข้ารับบริการได้รับการวางแผนการจำหน่าย	100	100	100
4	จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาสงบประสาท	0	0	0
5	จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการแพทย์ซ้ำ	0	0	0
6	จำนวนอุบัติการณ์การระบุดัว ชนิด ของหัตถการผิด	0	0	0
7	จำนวนอุบัติการณ์ส่องตรวจขึ้นเนื้อผิด	0	0	0
8	จำนวนอุบัติการณ์ตรวจสอบสิทธิบัตรการรักษาผิดพลาด	0	0	0
9	จำนวนอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง			
	- การส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินหายใจ	0	0	0
	- การส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น	0.01	0.01	0.02
	- การส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคลำไส้ใหญ่และทางทวารหนัก	0.01	0.02	0.02
	- การส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0	0
	- การส่องกล้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโรกระบบทางเดินน้ำดีและตับ	0	0	0.02
10	จำนวนอุบัติการณ์การส่องกล้อง ผิดคน ผิดหัตถการ	0	0	0
11	ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	100	100	100
12	จำนวนอุบัติการณ์พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับบาดเจ็บ/ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน	0	0	0
13	จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	0	0	0
14	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก (เกณฑ์ >85 %)	100	100	100

ที่มา : ศูนย์ส่องกล้อง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

◇ งานเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

ให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง ที่แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทางหลอดเลือดดำแบบผู้ป่วยนอก ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ป่วยเป็นมะเร็งชนิดเป็นก้อน (solid tumor) ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งปอดบางชนิด ซึ่งผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะวิกฤติโดยให้ยาเคมีบำบัดขนาดปกติและให้การดูแลต่อเนื่องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ภายใต้ มาตรฐานการดูแลเฉพาะโรค โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) กลุ่มเป้าหมายคือ ออกแบบระบบการทำงาน

1. ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์รักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 1st-3rd line รวมถึงยาพุ่งเป้า บริหาร ยาแบบไป-กลับ (oneday chemotherapy) จำนวน 8 เตียง
2. รับส่งต่อให้บริการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดจากโรงพยาบาลอื่นรวมถึง การติดตาม อาการ
3. ให้บริการประสานควมรังสีรักษาประสานรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
4. ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง เครือข่ายบริการภายในจังหวัดและนอกจังหวัด

ค. ศักยภาพด้านบุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือ

1. ศัลยแพทย์ จำนวน 9 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัด หมุนเวียนกันในการออกตรวจ
2. พยาบาลหน่วยเคมีบำบัด จำนวน 3 คน และ ผู้ช่วยเหลือพยาบาลจำนวน 1 คน
 - 2.1) พยาบาลผ่านอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลด้านโรคมะเร็ง 4 เดือน 3 คน หลักสูตรการบริหารยาเคมีบำบัด 2 คน
 - 2.2) พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ประสานงานโรคมะเร็ง จำนวน 2 คน
3. เภสัชกรบริหารสาขาโรคมะเร็ง จำนวน 2 คน เภสัชกรด้านการผสมยาเคมีบำบัด 1คน
4. เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดด้านการบริหารยาเคมีบำบัด จำนวน 8 เครื่อง

◆ งานเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

ง. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ลำดับ	ข้อมูล/สถิติการให้บริการ	ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี(2565-2567)		
		2565	2566	2567
1.	จำนวนเตียง	8	8	8
2.	จำนวนผู้ป่วยมารับบริการเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก(ราย)	145	134	156
3.	จำนวนผู้ป่วยรับบริการ (visit)	2253	3227	3582
4.	จำนวนผู้ป่วยติดตามอาการ	2420	1922	2104

2. ด้านบุคลากร (ลักษณะความรู้และทักษะจำเป็นเฉพาะ ระบุจำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปัจจุบัน การจัดอัตรากำลัง, productivity, การเสริมอัตรากำลัง)

บุคลากร	จำนวน	หลักสูตรเฉพาะ ทางการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็ง 4 เดือน	หลักสูตรการบริหาร ยาเคมีบำบัด 10 วัน (ผู้ป่วยใน)	หลักสูตรการ บริหารยาเคมี บำบัด 1 เดือน (ผู้ป่วยใน)
ศัลยแพทย์ผ่าตัดมะเร็ง	9			
ศัลยแพทย์สั่งให้ยาเคมีบำบัด	6			
แพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวช	1			
พยาบาลวิชาชีพ	3	3	14	6
เภสัชกรผสมยาเคมีบำบัด	2			
เภสัชกรบริหารผู้ป่วยมะเร็ง	1			
ผู้ช่วยพยาบาล	1			
พนักงานทำความสะอาด (out source)	1			
รวม	24	3	14	6

◆ งานเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ		
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เครื่องบริหารยาเคมีบำบัด (Infusion)	8	8	8
อุปกรณ์ Monitor สัญญาณชีพ	3	3	3

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) นำเสนอเป็นตาราง/ กราฟ

ตัวชี้วัดสำคัญ (KPI)	เป้าหมาย	ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2565-2567)		
		2565	2566	2567
1. อัตราการเกิดภาวะ Hypersensitivity	≤ ร้อยละ 1	0.81	0	0.27
2. อัตราการเกิดภาวะ Extravasation	≤ ร้อยละ 1	0	0.08	0
3. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	0 ราย	0	0	0
4. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการเตรียม ตัวก่อน/ขณะ/หลังให้ยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง	≥ ร้อยละ 90	100	100	100

ที่มา : งานเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

◆ ศูนย์ประคับประคอง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

1. บริบท (Context)

1.1. บทบาทหน้าที่และเป้าหมายที่สำคัญ

ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ปราศจากความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตายในลักษณะที่เป็นไปตามตามปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2. ขอบเขตบริการ ศักยภาพ และข้อจำกัด

ขอบเขตบริการ

ให้บริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในพื้นที่อำเภอเมืองลำพูน ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ในความรับผิดชอบจำนวน 15 ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง (ปัจจุบันถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด) ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน 1 แห่ง สถานพยาบาลเรือนจำ 1 แห่ง โดยมีการดูแลทั้งในระดับโรงพยาบาลและมีการดูแลต่อเนื่องไปยังบ้านและชุมชนจนวาระสุดท้ายของชีวิต

เป็นแม่ข่ายในการกำกับติดตาม และดูแลผู้ป่วยประคับประคองของอำเภอต่างๆ ในจังหวัดลำพูนร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนอีก 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลี้ โรงพยาบาลป่าซาง โรงพยาบาลแม่ทา โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง โรงพยาบาลบ้านธิ โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง และโรงพยาบาลเวียงหนองล่อง บุคลากรทั้งในส่วนของโรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับงานแพทย์แผนไทย เช่น การใช้สมุนไพรสมุนไพรเป็นต้น โดยโรงพยาบาลมุ่งหวังให้บริการที่มีมาตรฐานให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต (Improved quality of life) เชื่อมโยงการดูแลทั้งในโรงพยาบาล บ้านและชุมชน (Hospital base and home base palliative care)

ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม ลดการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย และเป็น Training center ให้กับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ในหลักสูตรก่อนและหลังปริญญา (Undergraduate and Postgraduate degree) ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย palliative care ได้อย่างมีมาตรฐาน

ศักยภาพ

1. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกประเมิน และให้การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดตามความเหมาะสม ประเมินและให้การดูแลจัดการอาการรบกวนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะสุดท้ายให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนให้การดูแลญาติหลังการสูญเสีย (Bereavement care)

◆ ศูนย์ประคับประคอง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

3. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการจัดประชุมครอบครัว (Family Meeting) และทีมดูแลเพื่อร่วมกันวางแผนและตัดสินใจในเรื่องเป้าหมายและแผนการดูแลรักษา
4. มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ในการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
5. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนถึงภายหลังการสูญเสีย ด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งเสริมความต้องการด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ ศรัทธา และศาสนา
6. มีการประสานงานกับศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (CoC) วางแผนจำหน่ายและสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
7. มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการให้ยากลุ่ม Strong opioid ผ่านอุปกรณ์ให้ยาใต้ผิวหนัง (Syringe driver)
8. มีระบบส่งต่อและติดตามดูแลต่อเนื่องทั้งในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยนอกโดย Palliative care nurse การติดตามเยี่ยมบ้านโดย Palliative care community nurse ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการเชื่อมข้อมูลการดูแลในระดับโรงพยาบาลจนถึงชุมชน

ข้อจำกัด

ไม่มีกรอบโครงสร้างและอัตรากำลังที่ชัดเจน ทำให้การขับเคลื่อนและการดำเนินงานบางอย่างทำได้ลำบาก

จำนวนบุคลากร อัตรากำลัง

1. แพทย์ ประกอบด้วย palliative care doctor part-time 3 คน
2. พยาบาล ประกอบด้วย palliative care nurse fulltime 1 คน, palliative care nurse part-time 2 คน (ปฏิบัติงานที่คลินิกประคับประคองเฉพาะวันอังคาร ปฏิบัติงานคนละ 1 วัน/สัปดาห์)

กลุ่มโรคสำคัญ

1. โรคมะเร็งระยะลุกลาม หรือ โรคมะเร็งที่มีสภาวะที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงได้
2. โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต
3. โรคหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการและความรุนแรงตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional class 3-4
4. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD stage 4 ที่มีการใช้ Long term home oxygen หรือมีประวัติการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Recurrent hospital admissions) มากกว่า 2 ครั้งต่อปี

◇ ศูนย์ระดับประคอง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (ต่อ)

5. โรคตับแข็ง ระยะ Decompensated cirrhosis (stage 3-4)
6. โรคทางระบบประสาทและสมอง ได้แก่ หลอดเลือดสมองแตกตีบ ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคสมองเสื่อมระยะท้าย (Advance Dementia) FAST Staging 7C ขึ้นไปพร้อมกับมีอาการถดถอย
7. ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิง (Frailty)
8. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการหนักเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (incurable serious illness disease)
9. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End stage of life) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค อาการทรุดหนักลงเรื่อยๆ และจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ให้การวินิจฉัยว่า อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

เป้าหมาย		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
จำนวนผู้ป่วย(คน)		634	714	564	720	842
1.ร้อยละของผู้ป่วยระดับประคองมีกิจกรรม Family meeting และมีการทำ Advance Care Plan (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	มากกว่า ร้อยละ 55	32.28	60.74	62.91	61.67	98.46
2.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการ อาการต่างๆด้วย strong opioid ในผู้ป่วย ระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่า ร้อยละ 40	28.54	28.56	31.83	40.03	40.04
3.ร้อยละการติดตามเยี่ยมบ้าน	มากกว่า ร้อยละ 50	47.21	48.21	66.67	60.55	63.67

ข้อมูลจาก Health Data center

ที่มา : ศูนย์ระดับประคอง กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

1.บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

หน้าที่ความรับผิดชอบ

พัฒนาบริการพยาบาลในทุกมิติทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลสุขภาพการพยาบาลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพและมีความก้าวหน้าทันสมัย มีหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ วิชาการ งานด้านการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน (ตามข้อกำหนดของกระทรวง ๒๕๕๙)

เป้าหมาย

บุคลากรทางการพยาบาลสามารถพัฒนางานวิจัยที่มีคุณค่าและใช้ผลงานวิจัยในการพัฒนาระบบบริหารและบริการพยาบาล

ข.ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการส่งเสริม ให้คำแนะนำการทำวิจัยและการพัฒนางานเพื่อพัฒนาระบบบริหารและบริการพยาบาล ครอบคลุมการให้บริการส่งโครงสร้างเพื่อขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ การส่งเสริมและแนะนำการเผยแพร่ผลงานวิจัยทั้งการนำเสนอด้วยโปสเตอร์ การนำเสนอด้วยวาจา และการตีพิมพ์วารสาร

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

เป็นงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาหรืองานลักษณะอื่นที่มีคุณค่าเทียบได้กับลักษณะ งานวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด

ศักยภาพ

ให้บริการส่งเสริม ให้คำแนะนำการทำวิจัยและการพัฒนางานครอบคลุมการให้บริการส่งโครงสร้างเพื่อขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ การส่งเสริมและแนะนำการเผยแพร่ผลงานโดยมีพยาบาลที่มีวุฒิปริญญาโทขึ้นไป ในเวลาราชการ

ข้อจำกัด

-สถานที่ให้บริการขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่ผู้ให้บริการปฏิบัติงานการพยาบาล

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (แยกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
<u>ผู้รับบริการภายใน</u> บุคลากรทางการพยาบาลใน โรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วย พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล	1.ต้องการการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ 2.ต้องการระบบการให้คำแนะนำที่ชัดเจนและสะดวก3.ต้องการรับบริการจาก ผู้ให้บริการที่อภัยาศัยดี ยิ้มแย้ม แจ่มใส พุดจาไพเราะ ให้การดูแลด้วยความ นุ่มนวล 4.ต้องการการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว 5.ต้องการให้ผู้ให้บริการรับฟังปัญหาและให้คำแนะนำอย่างใส่ใจ ได้รับข้อมูลที่ ถูกต้อง ชัดเจน 6.ได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issues)

1. ให้บริการที่มีคุณภาพผู้รับบริการ สามารถสร้างสรรค์งานวิจัย R2R นวัตกรรม CQI ได้สำเร็จและมีคุณภาพ
2. ผู้รับบริการพึงพอใจ
3. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

จ. ความท้าทาย

1. การพัฒนาระบบการปฏิบัติงานและการให้บริการกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลให้มีความเป็นรูปธรรม(Research Service)
2. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิจัยทางการพยาบาล(Research Data base)
3. การพัฒนาศูนย์การวิจัยทางการพยาบาล(nursing Research Center)
4. การพัฒนาทีมนักวิจัยทางการพยาบาล(Research Team)
5. การพัฒนาที่ปรึกษานักวิจัยทางการพยาบาล(Research consultant)

◇ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล (ต่อ)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

	2565	2566	2567
จำนวนครั้งที่ให้บริการให้คำปรึกษาเรื่องวิจัยและงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (รวม Onsite/Online)	42	97	82
จำนวนเรื่องที่เป็นที่ปรึกษาวิจัยและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	11	15	9
จำนวนครั้งที่ให้บริการดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์	9	10	8

ด้านบุคลากร

อัตรากำลังรวม 3 คนประกอบด้วย

บุคลากร	จำนวน	หมายเหตุ
1.พยาบาลวิชาชีพ	2	
2.พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	
3.เจ้าพนักงานธุรการ	1	

สมรรถนะของบุคลากร



สมรรถนะพยาบาลวิจัย

◆ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล (ต่อ)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

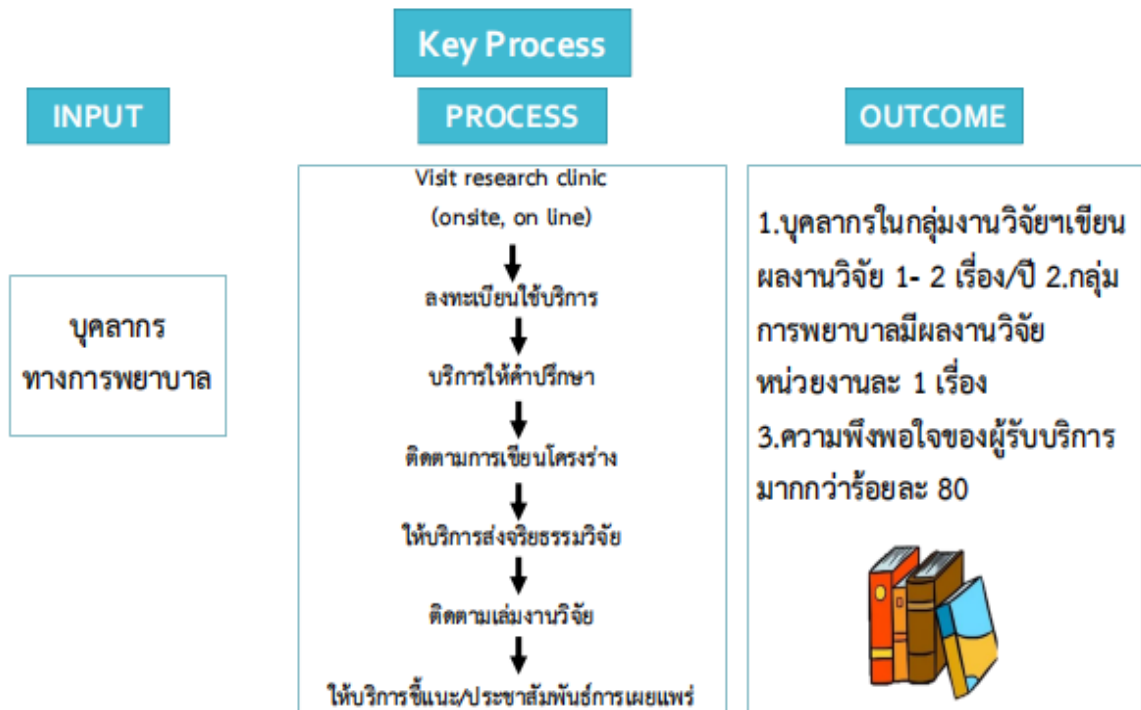
กระบวนการสำคัญ(Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
Assessment	ประเมินความต้องการของ ผู้รับบริการจากประเด็นที่ต้องการ ทำวิจัยหรือพัฒนางาน	-ได้ research Question/หัวข้อวิจัย
Process Planning Implement	-วางแผนการทำวิจัยตาม กระบวนการวิจัย -นัดติดตามและให้คำแนะนำการ เขียนโครงร่างวิจัย -ส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอพิจารณา จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ -นัดติดตามการดำเนินการวิจัย -นัดติดตามและให้คำแนะนำในการ สรุปผลการวิจัย -ส่งเสริมการเผยแพร่ผลงาน	-ผู้รับบริการสร้างสรรค์งานวิจัยและ พัฒนาการพยาบาลได้สำเร็จและมี คุณภาพ สามารถเผยแพร่ผลงานได้
Outcome Evaluate	-ผู้รับบริการสร้างสรรค์งานวิจัย และพัฒนาการพยาบาลได้สำเร็จ และมีคุณภาพสามารถเผยแพร่ ผลงานได้ -ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ	-อัตราผู้รับบริการทำงานวิจัยและ พัฒนาการพยาบาลสำเร็จ > 80% -ความพึงพอใจของผู้รับบริการ >80%

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	Target	2564	2565	2566	2567
1	บุคลากรในกลุ่มงานวิจัยฯเขียนผลงานวิจัย	1- 2 เรื่อง/ปี	1	1	2	1
2	ผลงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลกลุ่มการ พยาบาล	หน่วยงานละ 1 เรื่อง	14	26	67	19
3	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>80%	NA	94.32	91.65	92.12

◇ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล (ต่อ)

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ



ที่มา : กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล

◆ หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 4

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 4 มีหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ทางด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม ทันตกรรม ตา หู คอ จมูก และ ระบบทางเดินปัสสาวะ ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม ทันตกรรม ตา หู คอ จมูก ระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่มีอาการคงที่และได้รับพิจารณาจากแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ย้ายมาห้องพิเศษ มีผู้รับบริการกลุ่มโรคที่สำคัญคือ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม โรกระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็ก มีจำนวนห้องพิเศษ 12 ห้อง แบ่งเป็น ห้องพิเศษ VIP 2 ห้อง ห้องพิเศษปรับอากาศธรรมดา 10 ห้อง

เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยหลายประเภทพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นมาก่อนอย่างน้อย 2 ปีและต้องเข้ารับการฝึกอบรม การดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภทร่วมกับ PCT ศัลยกรรม PCT Ortho PCT เด็ก การปฏิบัติงานจะขึ้นตรงกับ PCT ในแต่ละ PCT จะมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบโดยตรงเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของแต่ละ PCT พยาบาลวิชาชีพทุกคนจะได้รับการส่งเสริมให้เข้ารับการฟื้นฟูความรู้ความสามารถทุกครั้งในแต่ละ PCT จัดการอบรมให้ความรู้ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล และมีการนำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดในที่ประชุมประจำเดือนทุกเดือนเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง วิกฤติ ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ มีแนวปฏิบัติในการขอความช่วยเหลือจากหอผู้ป่วยร่มเย็น 5 และตึก ICU 3 บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทุก 1 ปี ซึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเจ้าหน้าที่จะมีการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ อุปกรณ์ที่สำคัญได้แก่ Laryngoscope, Ambubag, O2 Flow miter, O2 sat ,Suction pipeline Infusion pump เป็นต้น

หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 4 มีการพัฒนาระบบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 4S

1. Service บริการเต็มที่
2. Safety มีความปลอดภัย
3. Staff บุคลากรแจ่มใส
4. System ในระบบที่ดี

และ ได้พัฒนาระบบการทำงานตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ปี 2566 คือ

1. การ Identify คือการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้ 3 จุดหยุดความเสี่ยง
2. การประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก หรือการ CPR โดยไม่คาดการณ์

◆ หอผู้ป่วยพิเศษร่วมน 4 (ต่อ)

ค. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

จำนวนผู้ป่วย	ปี 2564 (ราย)	ปี 2565 (ราย)	ปี 2566 (ราย)	ปี 2567 (ราย)
ผู้ป่วยทั้งหมด	1,259	1,143	1,158	1,159
● ศัลยกรรมทั่วไป	541	479	436	474
● ศัลยกรรมกระดูก	524	555	592	519
● หู ตา จมูก	130	41	27	26
● กุมารเวชกรรม	68	25	72	47

รายการข้อมูล	ข้อมูล (ปี)			
	2564	2565	2566	2567
1.จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1259	1,143	1,158	1,159
2.จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	1143	1,001	1,038	1,020
- แพทย์อนุญาต	1117	892	1,003	978
- ส่งต่อ	1	2	4	4
- เสียชีวิต	1	0	1	2
- ไม่สมัครอยู่	0	0	0	1
3. อัตราตาย	0.11	0	0	0.18
4. อัตราการไม่สมัครอยู่	0	0	0	0.09
5. อัตราการครองเตียง	95	96	97	97.41
6. อัตราการใช้เตียง	8.80	7.93	8.20	8.12
7. LOS	3.22	3.70	3.61	3.17

2. ด้านบุคลากร

อัตรากำลัง : การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ เวรเช้า : บ่าย : ดึก 2 : 2 : 2

พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	คนงาน
7 คน	3 คน	1 คน	1 คน

◆ หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 4 (ต่อ)

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ			
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	1	1	1	1
2. เครื่องวัดความดันโลหิต	2	2	2	2
3. เครื่องวัด ออกซิเจนในเลือด	1	1	1	1
4. เตียงไฟฟ้าปรับระดับได้	12	12	12	12

กรณีที่เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่พอใช้ สามารถประสานงานหน่วยงานศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อจัดหาเครื่องมือสำรองให้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ผลการดำเนินงาน

รายการ	Target	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	0	1	0	0	1
2. จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์	0	2	1	4	0
3. อัตราการเกิดแผลกดทับ	<5% และ 5: 1,000 วันนอน	0	0	0	0
4. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)	:100 clean wound <1	0	0	2.58	1
5. จำนวนครั้งการเกิด Admin error	0	0	0	0	0
6. อัตราการเกิด UTI จากการคาสายสวนปัสสาวะ	<5: 1,000 วันใส่ Cath	0	0	0	0
7. อัตราการ Re-admission เข้าภายใน 28 วัน จากโรคเดิม	ราย	0	0	0	0
8. จำนวนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ	ราย	1	2	4	1
9. ร้อยละการบันทึกทางการแพทย์	> 80%	97	95	95	95.64
10. ความพึงพอใจผู้รับบริการ	> 85%	91	94	93	94.24
11. ความผิดพลาดในการส่ง Specimen	0	1	0	2	2
12. การ Identification ผู้ป่วยก่อนเข้า OR	0	0	2	8	5
13. จำนวนครั้งการล้นล้น/ตกเตียง	0	0	2	2	0

◇ หอผู้ป่วยพิเศษร่วมน 5

1.บริบท(Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย(Purpose)

หอผู้ป่วยพิเศษร่วมน 5 มีหน้าที่ให้ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ข.ขอบเขตการให้บริการ(Scope of Service)

ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรมที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก ที่มีอาการคงที่และได้รับพิจารณาจากแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ย้ายมาห้องพิเศษ มีผู้รับบริการกลุ่มโรคสำคัญคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อ โรคหัวใจ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง โรคลี้ดั่งอักเสบ โรคเข่าเสื่อม มีจำนวนห้องพิเศษทั้งหมด 12 ห้องแบ่งเป็น ห้องพิเศษปรับอากาศธรรมดา 10 ห้องและห้องพิเศษปรับอากาศวีไอพี 2 ห้อง

หอผู้ป่วยพิเศษร่วมน 5 มีการพัฒนาระบบการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 4S

1.Service บริการเต็มที่

2.Safety มีความปลอดภัย

3.Staff บุคลากรแจ่มใส

4.System ในระบบที่ดี และได้พัฒนาระบบการทำงานตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลปี 2566 คือ

1.การIdentify คือการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้3 จุดหยุดความเสี่ยง

2.การประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักหรือการCPRโดยไม่คาดการณ์

ค. ปริมาณงาน และทรัพยากร

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

รายการข้อมูล	ข้อมูลย้อนหลัง				ข้อมูล
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1.จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	952	809	593	759	841
2.จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	823	693	514	613	699
- แพทย์อนุญาต	745	625	434	536	644
- ส่งต่อ	1	10	4	4	3
- เสียชีวิต	21	12	20	16	14
- ไม่สมัครอยู่	6	0	5	4	2
3. อัตราการไม่สมัครอยู่	0.89	0	10.81	1.79	0.34
4. อัตราตาย	2.13	1.48	38.97	25.66	19.42
5. LOS	4.20	5.34	6.75	5.74	5.10

รายการข้อมูล	ข้อมูลย้อนหลัง				ข้อมูล
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
6. อัตราการครองเตียง	90.09	91.5	92.29	98.54	95.73
7. อัตราการใช้เตียง	6.61	5.61	4.41	5.26	5.86
8.Productivity	110.22	101.59	105.23	120	98.15

2. ด้านบุคลากร

อัตรากำลัง:การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเวรเช้า:ป่วย:ตึก 2:2:2

อายุแพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
1	7	3	-

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

รายการ	จำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ				
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	1	1	1	1	1
เครื่องวัดความดันโลหิต	2	2	2	4	4
เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด	1	1	1	1	1
เครื่องดูดเสมหะ	5	5	5	5	5
เตียงไฟฟ้าปรับระดับได้	12	12	12	12	12

กรณีที่เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่พอใช้สามารถประสานงานหน่วยงานศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อจัดหาเครื่องมือสำรองให้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

รายการ/ข้อมูล	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1.จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักย้ายกลับตึกสามัญ	37	23	22	19	27
2.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	2	0	1	16	0
3. อัตราการเกิดแผลกดทับ	0	0	0	0	0
4.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	0	0	0	0	0
5.จำนวนครั้งการเกิด Admin error	1	0	0	0	2
6.อัตราการ Re-admit ภายใน ๒๘ วันจากโรคเดิม	0	0	0	0	0

รายการ/ข้อมูล	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
7.ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	92.66	94.52	93.88	95.04	95.92
8.จำนวนครั้งการตกเตียง/ลื่นล้ม	0	0	0	0	0
9.จำนวนครั้งการส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด	0	0	0	0	0
10.จำนวนครั้งของการIdentify ผิดพลาด	0	0	0	0	0
11.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ	3	12	3	7	3
12.ร้อยละการบันทึกทางการพยาบาล	88.55	90.74	90.65	89.94	92.61
13.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	9	15	6	4	9
14.จำนวนผู้ป่วยMIที่ได้รับการดูแลตาม Gide line	4	0	0	1	2
15.จำนวนผู้ป่วยCVAที่ได้รับการดูแลตาม Gide line	11	32	6	8	9
16.จำนวนผู้ป่วยSepsisที่ได้รับการดูแลตาม Gide line	91	2	4	2	0

ที่มา : หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็น 5

◇ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2

1.บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (purpose) หอผู้ป่วยสงฆ์ 2 ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย Covid-19, ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ, ผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่ได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้อื่น อีกทั้งยังให้ความดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ต้องขังประเภท 3 ทั้งนักโทษชายและนักโทษหญิง รวมถึงผู้ป่วยธาลัสซีเมีย, ผู้ป่วยโรคไตวาย โรคหัวใจ ที่เต็มเล็ดตามแพทย์สั่งและจำหน่ายเมื่ออาการผู้ป่วยปกติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ข. ขอบเขตภายใต้บริบท (Scope of service)

- ให้บริการผู้ป่วยโรค Covid-19 ได้ 6 เตียง เป็นห้อง Negative Pressure ทั้งหมด ทั้งผู้ป่วย RA, On Oxygen canular, On HFNC, On C1 ventilator ผู้ป่วย Palliative care ได้ 2 เตียง ผู้ป่วยที่เป็น Covid-19 On C1 ventilator ที่ Active ได้ 2 รายขึ้นไปและต้องมีพยาบาล ICU มาช่วยดูแลเวรละ 1 คน และเมื่อมี C1 ventilator ครบ 6 คน ต้องเปิดเตียงย้ายผู้ป่วยทั้งหมดไป Sub ICU และยังรับผู้ป่วย Covid-19 ที่ลากลับบ้านมาให้นยา Remdisivir ไปกลับด้วย

- ให้บริการผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเร็ว ได้ 2 เตียง เป็นห้อง Negative Pressure ทั้งหมด ซึ่งเป็นห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมการแพร่กระจายเร็ว

- ให้บริการผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่ได้รับการควบคุมเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่

1. Enterococcus faecium ที่ดื้อต่อยา Vancomycin

2. Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae (CRE) เช่น เชื้อ E.coli, Klebsiella pneumonia ที่ดื้อต่อยา Meropenem, Imipenem

3. Acinetobacter baumannii ที่ดื้อต่อยา Colistin

4. Pseudomonas aeruginosa ที่ดื้อต่อยา Colistin

5. Stenotrophomonas maltophilia ที่ดื้อต่อยา Co-trimoxazole และ levofloxacin

ซึ่งมีจำนวน 4 เตียง 2 ห้อง เป็นเตียงสามัญทั้งหมด เป็นเตียงปกติ 2 เตียง เตียงสำหรับญาติ 2 เตียง

- ให้บริการผู้ป่วยผู้ต้องขัง ประเภท 3 รับได้ 4 เตียง ทั้งนักโทษผู้ป่วยชายและหญิง ซึ่งแบ่งเป็นห้องสำหรับนักโทษหญิง 1 ห้อง มี 2 เตียง และห้องนักโทษชาย 1 ห้อง มี 2 เตียง

- ให้บริการผู้ป่วยเต็มเล็ดที่มีคำสั่งจำหน่ายจาก OPD รับได้ทั้งหมด 8 เตียง ที่เป็นเตียงแบบโซฟาที่นั่งและปรับเอนนอนได้แต่มีข้อจำกัดคือ ถ้าผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องนอนเตียง มีเตียงที่สามารถนอนได้ 1 เตียง

- ให้บริการผู้ป่วยสามัญ ที่รับฝากจากตึกสามัญ จำนวน อย่างน้อย 4 เตียง

◇ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 (ต่อ)

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการสำคัญ (แบ่งตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
- ผู้ป่วย	ผู้ป่วยปลอดภัย อาการดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้
- ครอบครัว/ญาติ	ต้องการการเอาใจใส่ที่ดีจากแพทย์และพยาบาล การดูแลที่ดี มีมาตรฐาน
- แพทย์	การร่วมมือที่ดี ให้การรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการสื่อสาร ข้อมูลผู้ป่วย ที่ถูกต้องครบถ้วน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง มีการรายงานแพทย์ ได้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์
- ผู้บริการ	การทำงานที่เป็นทีม ทำงานแบบมีความสุข อยู่กันแบบพี่น้อง ไม่เครียด
- เกสซ์	ให้ความร่วมมือในการบริหารยาโดยใช้ระบบ UIMC ในการบริหารยากับผู้ป่วยทุกคน
-เจ้าหน้าที่อื่นๆ	การสื่อสารประสานงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน เอกสารครบถ้วนถูกต้อง

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน (Key Quality Issue)

1. มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางของผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 และ TB
2. มีการใช้ NEWS score ในการประเมินผู้ป่วยทุกราย และปฏิบัติตามแนวทางที่ให้ไว้
3. มีการใช้แนวทางการให้เลือด เพื่อให้เลือดกับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Zero Event เป้าหมายการให้เลือดผิดเป็น 0
4. เจ้าหน้าที่ปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ Covid-19 และ TB จากการให้การพยาบาลผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจไม่เกิดข้อร้องเรียน
- 6.เจ้าหน้าที่ ทุกคน ทำงานอย่างมีความสุข

จ. ความท้าทาย และความเสี่ยงสำคัญ

1. รับผู้ป่วยหลายแผนก และหลากหลายบริบท
2. ความเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ พлотตกหล่น Blood clot Blood hemolysis , Admin error

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 (ต่อ)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ ศักยภาพ ข้อจำกัด)

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ผลการดำเนินการ	ปี 2566	ปี 2567
1.ยอดรวมผู้ป่วยทั้งหมด	685	1,236
- Covid-19	344	268
- TB	47	88
- นักโทษ	18	75
- ผู้ป่วยเดิมเลือด	276	595
- รับฝากสามัญ	0	132
- เชื้อดื้อยา	NA	78
2.ผู้ป่วยจำหน่ายทั้งหมด	655	1,149
- กลับบ้าน	479	1,004
- ส่งต่อ(กรณีรักษาไม่ได้)	0	1
- ตาย	23	12
- ย้ายตึก	150	132
- ไม่สมัครอยู่	1	0
- หนีกลับ	0	0
3.จำนวนวันนอนทั้งหมด	2,336	2,998
4.เฉลี่ยนอน รพ คนละ (วัน)	3	2.5
5.อัตราการไข้เตี้ย	5.76	8.2
6.อัตราการครองเตียง	58.01	68.26
7.จำนวนการกลับเข้ามาAdmitซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง	0	1
8.จำนวนการกลับเข้ามาAdmitซ้ำภายใน 7 วัน	0	0
9.One Day One Chart	85.38	96.32
10.Audit Chart รายเดือน	89.06	93.5

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 (ต่อ)

2. ด้านบุคลากร

ประกอบด้วย อัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน เป็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 3 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการจัดสรร ที่แต่ละเวร ต้องมีพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน เวรละ 2 คน

- ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2 คน

การจัดอัตรากำลังของทีมการพยาบาล

- | | |
|---------------------------------|--|
| จำแนกเป็น เวรเช้า พยาบาลวิชาชีพ | 2 ผู้ช่วยพยาบาล 1 หรือ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 |
| เวรบ่าย พยาบาลวิชาชีพ | 2 ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 |
| เวรดึก พยาบาลวิชาชีพ | 2 ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 ในเวรดึกบาง |

วันจึงต้องจัดแบบ Staff mixed โดยจัดพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

- เครื่อง EKG 12 Lead 1 เครื่อง
- เครื่อง Defibrillator 1 เครื่อง
- Monitor EKG ในห้อง Negative Pressure 6 ห้อง
- Laryngoscope + blade 1 ชุด
- Notebook สำหรับบริหารยา 1 ชุด

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1.การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ 1.1.การประเมินแรกรับ/รับใหม่/รับย้าย	- ผู้ป่วยได้รับการจำแนกประเภท ประเมินอาการ ปัญหาและความต้องการทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยโดยพยาบาล - ปัญหาผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องและสามารถตรวจพบปัญหาสำคัญได้ทันเวลา - ปัญหาที่พบได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที	- จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ที่เป็น AE เท่ากับ 0

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process) ต่อ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
2.การวางแผนการดูแล -การดูแลตามกลุ่มโรค -การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด	- แผนการพยาบาลมีความครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ พ้นฟูสภาพ ส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง -แผนการพยาบาลมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล - ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสัมพันธ์กับข้อมูลที่ประเมินได้และได้รับการช่วยเหลือในเวลาที่เหมาะสม - มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนการรักษา - การรักษาพยาบาลเป็นไปตามกระบวนการรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย -ครอบคลุมผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล -การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเป็นไปแนวทางในแต่ละกลุ่มโรค/หัตถการ -ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยและกลุ่มโรค/หัตถการ	-จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ระดับ G-I = 0 - จำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อน - อัตราแผลกดทับระดับ 2 = 0 - จำนวนผู้ป่วยเกิด Falling = 0 -อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล HAP = 0 - UTI = 0 - Phlebitis = 0 - SSI = 0 -การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม = 0

◇ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
3.การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	- ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัวมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและสังคมของตนเอง	- อัตรา Readmit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม = 0
4.การดูแลต่อเนื่อง -การจำหน่าย -การนัดติดตาม	-มีการเตรียมความพร้อม แจ้งผู้ป่วยและญาติ -ปฏิบัติตามแนวทางจำหน่ายแต่ละกลุ่มโรค -ประสานงานกับทีมสหสาขาหรือหน่วยงานที่จะรับส่งต่อผู้ป่วย -นัดหมายผู้ป่วยตามแนวทางของกลุ่มโรค -ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว สามารถร้องขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นๆเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	-จำนวนครั้งของการนัดหมายที่ผิดพลาด = 0 -ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์IMCได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน 100%

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 (ต่อ)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2566	ปี 2567
1. 1.จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ 8 ชม.	0	0	0
2.จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ 24 ชม	0	0	0
3.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	0	0	1
4.อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ2ขึ้นไป	ร้อยละ 0	3	1
5. 5.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล			
-HAP		2	1
-CAUTI		5	0
-Phlebitis		3	0
6.จำนวนครั้งการเกิด Drug Admin Error E up	0	1	0
7.ข้อผิดพลาดจากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
8.จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	0	2	2
9.อัตราการ Re-admission ภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม		2	1
10.จำนวนครั้งของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม	0	0	0
11.การนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผิดพลาด			0
12.จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ HHCที่ได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ100	80	100
13.คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ 85	80	95
14.จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	0	1	0
15.คะแนน Audit บันทึกทางการแพทย์	ร้อยละ85	80	95

4.กระบวนการหรือระบบงานพัฒนาคุณภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายและคุณภาพ

4.1การพัฒนาคุณภาพที่บรรลุเป้าหมาย

- 4.1.1 การเติมเลือดอย่างปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ
- 4.1.2 ผู้ป่วยอาการทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์ลดลง
- 4.1.3 การบริหารยาที่มีคุณภาพมากขึ้นไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยง

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- 4.2.1 การใช้เครื่องมือ One day One chart เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและการเขียนบันทึกทางการแพทย์ครบถ้วน
- 4.2.2 การเจาะเลือดเพื่อลด Blood clot , Blood hemolysis
- 4.2.3 การปฏิบัติที่ถูกต้องให้เป็นไปตามแนวทางของ IC
- 4.2.4การเพิ่มอัตราการครองเตียงโดยการรับฝากจากสามัญให้เพิ่มขึ้น

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3

บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบปัสสาวะและกุมารเวชกรรม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ เจ้าหน้าที่เรียนรู้พัฒนางานและ มีความสุขในการทำงาน

ข. ขอบเขตให้บริการ (Scope of Service)

บริการห้องพิเศษจำนวน 12 ห้อง ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กุมารเวชกรรมที่พ้นภาวะวิกฤติผู้ป่วยศัลยกรรมสหสาขา ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดโดยมีแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้รักษา

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	1. ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ 3. ได้รับการพิทักษ์สิทธิตลอดระยะเวลาที่เข้ารับรักษา 4. ความสะอาดปลอดภัยและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสบายภายในห้องพิเศษ
องค์กรพยาบาล	1. ปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพวิชาชีพ 2. บุคลิกภาพที่ดีและพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม 3. สุขภาพกายดีและมีความสุขในการทำงาน
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	1. การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ 2. ความสุขในการทำงาน 3. อุปกรณ์ เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน เพียงพอต่อการให้บริการ 4. ความสะอาดปลอดภัยในสถานที่ทำงาน 5. การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นไปอย่างราบรื่น
แพทย์	1. ข้อมูลของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วนทันต่อเหตุการณ์ 2. เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการให้บริการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค
เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. ได้รับการปฏิบัติในฐานะบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน 2. ปฏิบัติตามข้อกำหนดร่วมของแต่ละงานได้อย่างถูกต้อง

◇ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน

1. การให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
3. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน
4. บริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

จ. ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย

1. การให้บริการผู้ป่วยหลากหลายแผนก
2. การเฝ้าระวังและการประเมินผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์
3. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการ
4. ไม่เกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ

ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์
2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม
3. Patient Identification
4. การเก็บส่งตรวจไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์	1. มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกลุ่มการพยาบาล 2. ใช้ New score ในการประเมินผู้ป่วยและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเมื่อถึงเกณฑ์ ALEART 3. นิเทศติดตามการปฏิบัติโดยหัวหน้าตึก	1. อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 100 2. อัตราการใช้ New score ในผู้ป่วยทุกประเภทร้อยละ 100 3. อัตราการเกิด AE ในผู้ป่วยอาการทรุดลงร้อยละ 0
2	การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม	1. มีแนวปฏิบัติในการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด 2. นิเทศติดตามการปฏิบัติโดยหัวหน้าตึก	จำนวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสมเป็นศูนย์

◇ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3	การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่เป็นไปตามข้อกำหนด Blood clot, Hemolyte	1. ปฏิบัติตามข้อกำหนดในการเก็บสิ่งส่งตรวจ 2. ส่งพยาบาลร่วมอบรมการเจาะเลือดที่ถูกต้อง	จำนวนอุบัติการณ์การเก็บสิ่งส่งตรวจที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ลดลง
4	Patient Identification	1.ปฏิบัติตามเข็มมุ่ง รพ.ในการ Identification คือ 3 จุดหยุดความเสี่ยง 2.นิเทศและติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย	จำนวนการ Identification เป็นศูนย์
5	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	1.เจ้าหน้าที่แต่งกายถูกต้องและเหมาะสม 2.เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม Care D plus 3.นิเทศและติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย	1. จำนวนข้อชื่นชม 2. จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการเท่ากับ 0 3. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม Care D plus มากกว่า ร้อยละ 90 4. ความพึงพอใจผู้ป่วยในมากกว่าร้อยละ 80
6	สมดุลชีวิตกับการทำงานของบุคลากร	1.จัดตารางเวรให้มีความเหมาะสม 2.เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีและมีตัวแทนหอผู้ป่วย 1 คน เป็นแกนนำด้านสุขภาพ 3.ส่งเสริมความรู้โดยให้เข้ารับการอบรมวิชาการ 4.สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมทำบุญตักบาตรประจำปีเดือน 5.หัวหน้าหอผู้ป่วยติดตามเจ้าหน้าที่ที่มีปัญหาสุขภาพ	1. ชั่วโมงการทำงานไม่เกิด 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 2. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกคน 3. เจ้าหน้าที่ที่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพได้รับการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง 4. คะแนนความสมดุลชีวิตกับการทำงานมากกว่าร้อยละ 70

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
7	บริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	1. เบิกจ่ายวัสดุการแพทย์ตามที่ใช้งานจริงกับผู้ป่วย 2. มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบงานเฉพาะ วัสดุการแพทย์ ยาสำรอง หอผู้ป่วยและ IV Fluid 3. สุ่มตรวจสอบไขว้ทุกสัปดาห์ 4. นิเทศและกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย	1.จำนวนครั้งของการคืนยา 2.จำนวนครั้งที่พบยาหรือเวชภัณฑ์หมดอายุ 3.จำนวนครั้งของการคืน IV Fluid 4.ผลการสุ่มตรวจสอบพบความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 10

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

รายการ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1.จำนวนผู้ป่วยรวม	804	781	809	1009	1050
2.จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	709	638	723	881	910
-กลับบ้าน	615	488	650	786	818
-ส่งต่อ	2	4	0	0	12
-ถึงแก่กรรม	6	8	1	8	4
-ย้ายตึก	77	136	72	87	73
-ไม่สมัครอยู่	2	2	0	1	3
*ขอไปรักษาต่อที่อื่น	2	0	0	0	0
*Terminal Care	1	0	0	1	0
*อื่นๆ	0	2	0	0	0
3.อัตราตาย	0.97	1.02	0.12	0.91	0.44
4.อัตราไม่สมัครอยู่	0.32	0.26	0	0.11	0.33
5.LOS	3.51	5.03	6.25	3.87	4.03
6.อัตราครองเตียง	62.99(PUI ก.พ.-มิ.ย.)	89.68	154.30 รับCovid	96.86	95.27
7.อัตราการใช้เตียง	5.38	5.42	7.49		7.29

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

5 อันดับโรคที่พบบ่อย (High Volume)

ลำดับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1	PUI 115 ราย	Viral pneumonia 150 ราย	Acute pharyngitis due to specific origin 177 ราย	Primary Gonarthrosis 69 ราย	Essential (primary) HT 206 ราย
2	UTI 36 ราย	PUI 67 ราย	Isolation 137 ราย	Pertrochanteric fracture 29 ราย	Dyslipidemia 117 ราย
3	Stroke 31 ราย	Pneumonia 24 ราย	Viral pneumonia 72 ราย	UTI 26 ราย	OA knee 58 ราย
4	Pneumo nia 26 ราย	Acute URI 18 ราย	Primary Gonarthrosis 26 ราย	Calculus of gallbladder 24 ราย	Hyperkalemia 56 ราย
5	COPD AE 19 ราย	CHF 13 ราย	Disease of respiratory complicating with pregnancy 21 ราย	Pneumonia 20 ราย	UTI 39 ราย

อันดับโรคเสียชีวิต

ลำดับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1	HCC 2 ราย	Viral pneumonia 4 ราย	CA Sigmoidcolon 1 ราย	CA 4 ราย	UGIH c UTI 1 ราย
2	Preg with brain tumor 1 ราย	Other Pneumonia 2 ราย	Malignancy neoplasm of stomach 1 ราย	UTI site not specified 1 ราย	
3	มะเร็งเม็ดเลือด ขาว 1 ราย	Bronchiectasis 1 ราย	Secondary neoplasm of lung 1 ราย	Agranulocyto sis 1 ราย	
4	Leukemia 1 ราย	Leukemia 1 ราย	Malignancy neoplasm of bronchitis or lung 1 ราย	Pneumonia 1 ราย	
5	CKD 1 ราย	CA Colon 1 ราย	0	0	

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

2. ด้านบุคลากร

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน

ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 2 คน

พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 1 คน

ข้อมูลพยาบาลเฉพาะทาง ประกอบด้วยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาบริหารการพยาบาล 1 คน

การจัดอัตรากำลัง ของทีมการพยาบาล

	เวรดึก	เวรเช้า	เวรบ่าย
พยาบาลวิชาชีพ	2	2	2
ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้เป็น	0	2	1

จากการจัดอัตรากำลังดังกล่าว พบว่ายังขาดพยาบาลวิชาชีพ 1-2 คน ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 มีการบริหารจัดการโดยมีพยาบาลวิชาชีพจากสงฆ์ 4 ช่วยปฏิบัติงานเดือนละ 1 คน

3. เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

นอกจากเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่อยู่ประจำหอผู้ป่วย สามารถยืมใช้ เครื่อง V Scan /Ultrasound ได้จากศูนย์เครื่องมือแพทย์

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ 1.1. การประเมินแรกรับ/รับใหม่/รับย้าย	- ผู้ป่วยได้รับการจำแนกประเภท ประเมินอาการ ปัญหาและความต้องการทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยโดยพยาบาล - ปัญหาผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องและสามารถตรวจพบปัญหาสำคัญได้ทันเวลา - ปัญหาที่พบได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที	- จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ที่เป็น AE เท่ากับ 0

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process) ต่อ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
2. การวางแผนการดูแล -การดูแลตามกลุ่มโรค -การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด	- แผนการพยาบาลมีความครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ พึ่งพิงสภาพ ส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง -แผนการพยาบาลมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล - ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสัมพันธ์กับข้อมูลที่ประเมินได้และได้รับการช่วยเหลือในเวลาที่เหมาะสม - มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนการรักษา - การรักษาพยาบาลเป็นไปตามกระบวนการรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย -ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล -การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเป็นไปแนวทางในแต่ละกลุ่มโรค/หัตถการ -ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมกับสถานะผู้ป่วยและกลุ่มโรค/หัตถการ	-จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ระดับ G-I เท่ากับ 0 - จำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราแผลกดทับระดับ 2 เท่ากับ 0 จำนวนผู้ป่วยเกิด Falling เท่ากับ 0 -อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล HAP เท่ากับ 0 UTI 0.03 (เท่ากับ 1 ราย) Phlebitis เท่ากับ 0 SSI เท่ากับ 0 -จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 18 ราย -การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสมเท่ากับ 3 ราย
3. การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	- ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัวมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองปัญหาความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและสังคมของตนเอง	- อัตรา Readmit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม เท่ากับ 0

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process) ต่อ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ
4. การดูแลต่อเนื่อง -การจำหน่าย -การนัดติดตาม	-มีการเตรียมความพร้อม แจ้งผู้ป่วยและญาติ -ปฏิบัติตามแนวทางจำหน่ายแต่ละกลุ่มโรค -ประสานงานกับทีมสหสาขาหรือหน่วยงานที่จะรับส่งต่อผู้ป่วย -นัดหมายผู้ป่วยตามแนวทางของกลุ่มโรค -ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว สามารถร้องขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นๆเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	-จำนวนครั้งของการนัดหมายที่ผิดพลาดเท่ากับ 1 -ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ IMC ได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน 100%

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1. จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ 8 ชม.	0	2	0	0	1	1
2. จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ 24 ชม	0	14	0	1	2	4
3. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	0	0	1	0	0	0
4. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ2ขึ้นไป	ร้อยละ 0	2	0	0	0	0
5. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล						
-HAP		0	0	0	0	0
-CAUTI		1	0	1	0	0
-Phlebitis		0	0	0	0	0
6. จำนวนครั้งการเกิด Drug Admin Error E up	0	0	0	0	1	2

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
7. ข้อผิดพลาดจากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ		0	2	3	2	5
8. จำนวนครั้งของการปลัดตกหกล้ม	0	1	0	1	0	0
9. อัตราการ Re-admission ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม		2	0	0	0	4
10. จำนวนครั้งของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม	0	NA	NA	8	0	0
11. การนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผิดพลาด		0	0	0	0	0
12. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ HHC ที่ได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ 100	100	100	100	100	96
13. คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ 85	88.75	NA	86.26	89.21	85.17
14. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	0	1	0	0	0	1
15. คะแนน Audit บันทึกรักษาทางพยาธิวิทยา	ร้อยละ 85	89.5	83.11	77.19	83.66	91.67

4.กระบวนการหรือระบบงานพัฒนาคุณภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายและคุณภาพ

4.1 การพัฒนาคุณภาพที่บรรลุเป้าหมาย

4.1.1 การนิเทศติดตามการใช้เครื่องมือ NEWS score, Braden score, Morse score หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 ได้ดำเนินการใช้ NEWS score ในการประเมินผู้ป่วยรับย้ายทุกราย และดูแลผู้ป่วยรวมถึงการบริหารจัดการตาม Score ที่ประเมินได้ การนำเอาเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย เช่น Braden score, Morse score ในการประเมิน เพื่อทำกิจกรรมในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ และลื่นล้ม/ตกเตียง ซึ่งทำให้ในปี 2566 ไม่พบการเกิดแผลกดทับ และไม่มีผู้ป่วยลื่นล้ม/ตกเตียง

4.1.2 การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่หมดหวังปัจจุบัน มีแพทย์และพยาบาลที่ทำหน้าที่ทางด้านนี้โดยเฉพาะ ระบบการปรึกษาที่ชัดเจน ในกรณีที่เข้าเกณฑ์ของการทำ Advance care plan หรือ Palliative care แพทย์เจ้าของไข้จะเขียนใบปรึกษา และพยาบาลถ่ายรูปส่งไปในไลน์กลุ่มได้โดยตรง แพทย์และหรือพยาบาล Palliative จะมาเยี่ยมเคส ให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรคและอาการ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

◆ หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 (ต่อ)

4.1.3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่เหมาะสม โดย Implement แบบฟอร์มการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของคณะกรรมการห้องผ่าตัด และติดตามการเกิดอุบัติเหตุ พบว่ายังมีการเตรียมผ่าตัดไม่เหมาะสม 3 ราย ดังนี้

1. ไม่ได้ระบุข้างที่ต้องการผ่าตัดในใบยินยอมทำหัตถการ 1 ราย
2. ไม่ได้ระบุข้างที่ต้องการผ่าตัดในการ set ผ่าตัดใน คอมพิวเตอร์ 1 ราย
3. เขียนชื่อการผ่าตัดไม่ถูกต้อง 1 ราย

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.2.1 การใช้เครื่องมือ One day One chart เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและการเขียนบันทึกทางการแพทย์ครบถ้วน

4.2.2 การบริหารจัดการวัสดุการแพทย์ให้เพียงพอ พร้อมใช้ และไม่หมดอายุ โดย

- การเบิกวัสดุการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยโดยเบิกใน PMK ทุกเวอร์โดยพยาบาล
- ตรวจสอบวัสดุการแพทย์ที่มีอยู่จริงเทียบกับจำนวนใน PMK โดยผู้ช่วยพยาบาลทุกเดือน

4.2.3 การเจาะเลือดเพื่อลด Blood clot , Blood hemolysis

ที่มา : หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3

◆ ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานบริหารทั่วไป

1. บริบท (Context)

การขนส่งสินค้า ถูกต้อง ถูกสถานที่ ถูกเวลา และสินค้าปลอดภัย

1.1 หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose)

ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ มีหน้าที่ในการลำเลียงขนส่งสินค้า ถูกต้อง ถูกสถานที่ ถูกเวลา และสินค้าปลอดภัย เพื่อสนับสนุนภารกิจให้บริการรักษาพยาบาลของหน่วยงานภายใน ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

1.2 ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

1.2.1 ลักษณะสำคัญของงาน คือ การลำเลียงขนส่งสินค้าภายในพื้นที่โรงพยาบาลลำพูน โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้.-

1. การจัดการขนส่งผ้าเปื้อน
2. การจัดการขนส่งน้ำดื่ม
3. การจัดการขนส่งยาผู้ป่วยใน
4. การจัดการขนส่งน้ำเกลือ
5. การจัดการขนส่งยาน้ำ
6. การจัดการขนส่งวัสดุทั่วไปและการแพทย์
7. การจัดการขนส่งวัสดุวิทยาศาสตร์
8. การจัดทำข้อมูลสรุปผลการปฏิบัติงานรายวัน รายเดือน รายไตรมาส และรายปี
9. การกำหนดพื้นที่ปฏิบัติงาน เส้นทางสัญจร ครุภัณฑ์ และสิ่งแวดล้อม
10. การกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน การดูแลวัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
11. การทำความสะอาด ดูแล ซ่อมบำรุงเครื่องมือที่ใช้งานเบื้องต้น
12. การทำความสะอาดพื้นที่การปฏิบัติงาน
13. การประสานงานกับกลุ่มลูกค้า
14. งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

1.2.2 ช่วงเวลาการให้บริการ

1. วันราชการ ตั้งแต่ เวลา 07.00 – 15.00 น.

แผนการปฏิบัติงาน

- เวลา 07.00 – 09.30 น. ขนส่งผ้าเปื้อนทั่วไป และผ้า OR (รอบที่ 1)
- เวลา 09.30 – 10.00 น. ขนส่งน้ำดื่ม
- เวลา 10.00 – 11.00 น. ขนส่งผ้าเปื้อนทั่วไป (รอบที่ 2)
- เวลา 11.00 – 11.30 น. ขนส่งยาห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน (รอบที่ 1)
- เวลา 12.30 – 13.30 น. ขนส่งผ้าเปื้อน (รอบที่ 3) เฉพาะผ้า OR

◆ ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานบริหารทั่วไป (ต่อ)

-เวลา 13.30 – 15.00 น. ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้-

1. เวลา 13.30 – 15.00 น. ขนส่งน้ำเกลือ
 2. เวลา 13.30 – 15.00 น. ขนส่งยาน้ำ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เฉพาะวันพฤหัสบดี)
 3. เวลา 14.00 – 14.30 น. ขนส่งยาห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน (รอบที่ 2)
 4. เวลา 14.30 – 15.00 น. ขนส่งวัสดุทั่วไปและวัสดุการแพทย์
 5. เวลา 14.30 – 15.00 น. ขนส่งวัสดุวิทยาศาสตร์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เฉพาะวันพุธ)
2. วันหยุดราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่เวลา 07.00 – 11.00 น.
 แผนการปฏิบัติงาน : ขนส่งผ้าเปื้อนทั่วไป และ ผ้า OR จำนวน 2 รอบ
 หรือปรับเปลี่ยนจำนวนรอบตามสถานการณ์หน้างาน

2. ผู้รับผลงานและความต้องการ

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ลูกค้าภายนอก ผู้ป่วยและญาติ	สินค้ารายการที่ต้องใช้โดยตรงในการรักษาพยาบาล เช่น น้ำเกลือ ยาผู้ป่วย วัสดุการแพทย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ ส่งถูกหน่วยงาน ทันเวลา สินค้าไม่ชำรุดเสียหาย
ลูกค้าภายใน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่	1) สินค้าทุกประเภท ลำเลียงขนส่ง ถูกหน่วยงาน ทันเวลา สินค้าไม่ชำรุดเสียหาย 2) ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา การประสานงานที่รวดเร็ว บริการประทับใจ 3) ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ประหยัด และได้ประโยชน์สูงสุดโดย ให้เกิดความสะอาด และปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงาน

3. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

1. สินค้าทุกประเภท ลำเลียงขนส่ง ถูกหน่วยงาน ทันเวลา สินค้าไม่ชำรุดเสียหาย
2. ลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
3. เครื่องมือ เครื่องใช้ ได้รับการดูแล บำรุงรักษาเบื้องต้น และมีความพร้อมใช้งาน
4. พื้นที่การปฏิบัติงาน ทำความสะอาด ตามแผนกิจกรรม 5ส.

◆ ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานบริหารทั่วไป (ต่อ)

4. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกันความเสี่ยง
1	การขนส่งสินค้าถูกต้อง ถูกสถานที่ ถูกเวลา และสินค้าปลอดภัย	มีการตรวจเช็คสินค้าร่วมกันระหว่างหน่วยจ่าย หน่วยขนส่ง และหน่วยเบิก ทุกครั้ง
2	ความปลอดภัยและความสะอาด ด้านสถานที่ปฏิบัติงาน	เจ้าหน้าที่หน่วยงาน ดูแลและรักษาความสะอาดตามแผน การปฏิบัติงาน รายวันและรายสัปดาห์ หากพบการชำรุด ประสานการแจ้งซ่อมและรายงานผู้บังคับบัญชาชั้นต้นรับทราบ
3	ความพร้อมใช้ของเครื่องมือ	เจ้าหน้าที่หน่วยงาน ดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือเบื้องต้น ตามแผนการปฏิบัติงานรายวัน หากพบการชำรุด ประสานการ แจ้งซ่อมและรายงานผู้บังคับบัญชาชั้นต้นรับทราบ
4	ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน	1) จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ด้านอาชีวอนามัยภัยคุกคามจากการปฏิบัติงาน 2) สร้างความตระหนักในการสวมใส่ชุดปฏิบัติงานขณะสัมผัส กับผ้าเปื้อนทุกครั้ง 3) ตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องมือ ก่อนการปฏิบัติงาน 4) ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

5. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

5.1 ด้านบุคลากร (อัตรากำลัง) จำนวน 4 คน ประกอบด้วย

1. พนักงานราชการ จำนวน 1 คน (ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป)
2. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน (ตำแหน่งพนักงานประจำห้องยา พนักงานบริการ และพนักงานซักฟอก)

5.2 เครื่องมือ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ที่สำคัญ

1. รถไฟฟ้า จำนวน 6 คัน
2. คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 ชุด
3. เครื่องปรับอากาศ จำนวน 1 เครื่อง

◆ ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานบริหารทั่วไป (ต่อ)

5.3 ลักษณะสำคัญของงานและปริมาณงาน

กิจกรรม	หน่วยนับ	ปีงบฯ2566	ปีงบฯ 2567
1. การขนส่งผ้าเปื้อน	กิโลกรัม	396,686.50	845,219
2. การขนส่งน้ำดื่ม	หน่วยเบิก	840	1,700
	ถัง	3,978	8,689
	แพ็ค	2,710	6,506
	น้ำหนักรวม (กก.)	90,574	186,545
3. การขนส่งวัสดุทั่วไปและการแพทย์	หน่วยเบิก	452	1071
	น้ำหนักรวม (กก.)	7,3676	174,600
4. การขนส่งวัสดุวิทยาศาสตร์	หน่วยเบิก	57	495
	น้ำหนักรวม (กก.)	3,534	30,800
5.การขนส่งยาน้ำ	หน่วยเบิก	100	584
	น้ำหนักรวม (กก.)	2,474	14,450
6.การขนส่งยาผู้ป่วยใน	หน่วยเบิก	909	7,541
	น้ำหนักรวม (กก.)	1,745.28	14,550
7.การขนส่งน้ำเกลือ	หน่วยเบิก	654	5524
	กล่อง	3,339	25,553
	น้ำหนักรวม (กก.)	33,390	255,530

หมายเหตุ ปีงบประมาณ 2566 ข้อมูล ตั้งแต่ 16 มีนาคม - 30 กันยายน 2566

6. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัดสำคัญ (KPI)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน(ร้อยละ) (3 ปี ย้อนหลัง)			
		2564	2565	2566	2567
1.จำนวนครั้งที่ได้รับร้องเรียนคุณภาพบริการ	0 ครั้ง/ปี	N/A	N/A	0	0
2.จำนวนครั้งที่ได้รับร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	0 ครั้ง/ปี	N/A	N/A	2	1
3.จำนวนครั้งที่เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	6 ครั้ง/ปี	N/A	N/A	1	1
4.จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุในขณะปฏิบัติงาน	6 ครั้ง/ปี	N/A	N/A	3	0
5.ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥ ร้อยละ 90	N/A	N/A	N/A	95
6.จำนวนครั้งที่หน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยง	≥ 12 ครั้ง/ปี	N/A	N/A	N/A	N/A

ที่มา : ศูนย์สนับสนุนการบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานบริหารทั่วไป

◆ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เป็นภารกิจงานหนึ่ง ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โดยมีภารกิจให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ ครอบคลุมการตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพในระดับปฐมภูมิ รวมถึงการจัดระบบให้คำปรึกษา/ดูแลต่อเนื่อง การบริการในสถานบริการ (โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง) การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง ขอสรุปผลงานประจำปี 2567 ที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น ดังนี้

1. การบริการในสถานบริการ (โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง)

1.1 การให้บริการผู้ป่วยนอก บริการตรวจรักษา ดังนี้

ห้องตรวจ	วัน	เวลา
ตรวจโรคทั่วไป	จันทร์ – ศุกร์	08.30 – 16.30 น.
คลินิกโรคเรื้อรัง	จันทร์ – ศุกร์	08.30 – 16.30 น.
คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI)	จันทร์ – ศุกร์	08.30 – 16.30 น.
คลินิกเวชศาสตร์สูงวัย	อังคาร	08.30 – 12.00 น.
คลินิกฝังเข็ม	อังคารและพฤหัสบดี	08.30 – 15.00 น.
คลินิกวัคซีนผู้ใหญ่	จันทร์และอังคาร	8.30 – 15.00 น.
คลินิกสุขภาพเด็กดี และวัคซีน เด็ก	ศุกร์	08.30-12.00 น.
คลินิกให้บริการเพร็พ (PrEP)	พฤหัสบดี	08.30-15.00 น.
บริการทำแผล ฉีดยาและหัตถการอื่นๆ	จันทร์ – ศุกร์	08.30 – 16.30 น.
บริการทันตกรรม	จันทร์ – ศุกร์	08.30 – 16.00 น.

1.2 จำนวนครั้งผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2567

ห้องตรวจ	ปี 2566	ปี 2567
ตรวจโรคทั่วไป	18,307	18,225
คลินิกโรคเรื้อรัง	15,661	16,921
คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI)	11,828	7,992
คลินิกเวชศาสตร์สูงวัย	346	359
คลินิกฝังเข็ม	699	950
คลินิกวัคซีนผู้ใหญ่	11,292	7,050

งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

ห้องตรวจ	ปี 2566	ปี 2567
คลินิกสุขภาพเด็กดี และวัคซีน เด็ก	2,189	2,369
คลินิกให้บริการเพร็พ (PrEP)	143	145
บริการทำแผล ฉีดยาและหัตถการอื่นๆ (คน/ครั้ง)	4,697/6,394	7,754/10,308
บริการทันตกรรม	2,623	1,962

1.3 ผู้รับบริการ โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง 5 อันดับ ได้แก่

- อันดับที่ 1 ความดันโลหิตสูง
- อันดับที่ 2 เบาหวาน
- อันดับที่ 3 ภาวะไขมันในเลือดสูง
- อันดับที่ 4 Dyspepsia
- อันดับที่ 5 Dizziness

1.4 สรุปผลงาน Cycle Time, Audit OPD card, และ ความพึงพอใจ ปีงบประมาณ 2567

1.4.1 สรุป Cycle Time ปีงบประมาณ 2567 เวลา 1:03:33 (1 ชั่วโมง 3 นาที 33 วินาที)

	ปี 2566	ปี 2567
Cycle Time ข้อมูลครบ ร้อยละ	70	63.33

1.4.2 สรุป Audit OPD card ปีงบประมาณ 67

	ปี 2566	ปี 2567
Audit OPD card เฉลี่ย	97.62	89.23

1.4.3 สรุป ความพึงพอใจ ปีงบประมาณ 67

	ปี 2566	ปี 2567
ความพึงพอใจ เฉลี่ย	89.39	85.01

◆ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

1.5 การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เบาหวาน ปี 2567 จำนวน 956 ราย

ห้องตรวจ	ปี 2567	ร้อยละ
ตรวจจอประสาทตา	956	55.16
ตรวจช่องปาก	912	52.63
ตรวจเท้า	839	48.41
ตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต	920	53.09
ตรวจประเมิน CVD Risk	685	55.92

2.2 บริการอนามัยเรื้อรัง จำ ตาม โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
จำนวนผู้ต้องขัง เรื้อรังจำจังหวัดลำพูน ทั้งหมด จำนวน 2,187 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)

- ผู้ต้องขังชาย 2,030 คน (สูงอายุ 73 คน, พิการ 28 คน มีบัตรผู้พิการทุกคน)
- ผู้ต้องขังหญิง 157 คน (สูงอายุ 14 คน, พิการ 2 คน มีบัตรผู้พิการทุกคน)

โรคที่พบ 15 อันดับโรค ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	178 คน	(ชาย 156 คน, หญิง 22 คน)
โรคไขมันในเลือดสูง	จำนวน	66 คน	(ชาย 55 คน, หญิง 11 คน)
โรคจิตเวช	จำนวน	64 คน	(ชาย 56 คน, หญิง 8 คน)
ผู้ติดเชื้อ HIV	จำนวน	41 คน	(ชาย 36 คน, หญิง 5 คน)
โรคเบาหวาน	จำนวน	33 คน	(ชาย 25 คน, หญิง 8 คน)
โรคหอบหืด	จำนวน	26 คน	(ชาย 22 คน, หญิง 3 คน)
โรคหัวใจ	จำนวน	26 คน	(ชาย 24 คน, หญิง 2 คน)
โรคไทรอยด์	จำนวน	24 คน	(ชาย 18 คน, หญิง 6 คน)
โรคไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน	24 คน	(ชาย 26 คน)
โรคไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน	19 คน	(ชาย 17 คน, หญิง 2 คน)
โรคซิฟิลิส	จำนวน	14 คน	(ชาย 13 คน, หญิง 1 คน)
โรคธาลัสซีเมีย	จำนวน	11 คน	(ชาย 8 คน, หญิง 3 คน)
โรคผิวหนัง	จำนวน	11 คน	(ชาย 11 คน)
โรคลมชัก	จำนวน	8 คน	(ชาย 8 คน)
โรคหลอดเลือดในสมอง	จำนวน	3 คน	(ชาย 3 คน)

◇ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

การดำเนินงาน	จำนวน (ราย)
1. ผู้ต้องขังได้รับการตรวจพบแพทย์	1,896
2. ผู้ป่วยในเรือนจำเบิกยาในโรงพยาบาล	425
3. ผู้ต้องขังใหม่ที่ได้รับการเจาะเลือดตามเกณฑ์	1,591
4. ผู้ต้องขังป่วยส่งตัวรักษาต่อ	69
5. ผู้ต้องขังได้รับวัคซีน โควิด -19	0
6. ผู้ต้องขังได้รับวัคซีนหัด หัดเยอรมัน คาง พูม	850
7. ผู้ต้องขังได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่	2310
8. ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (Fit test)	128 ผิดปกติ 10
9. ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานได้รับตรวจตาเพื่อหาภาวะแทรกซ้อน	28 ผิดปกติ 7

ที่มา : งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

◇ งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

1. ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
2. ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
3. ศูนย์ระบาดวิทยา
4. สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
5. ควบคุม กำกับ มาตรฐานพัฒนา คุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรค
6. ศึกษา วิจัย นวัตกรรมและพัฒนาองค์ ความรู้ด้านป้องกันควบคุมโรค
7. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมากำหนดนโยบาย
8. งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ปริมาณงานการบริการในโรงพยาบาล

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2567
1	คลินิกโรคทางเดินหายใจ	ราย	5,652
2	คลินิกNCDX, DM Remission	ราย	คลินิก NCDX = 35 ราย DM Remission = 42 ราย
3	คลินิก PrEP & PEP	ราย	40
4	คลินิก Wellness	ราย	ในโรงพยาบาล 78 ราย นอกสถานบริการ 468 ราย

5 อันดับโรคติดต่อ

ลำดับ	โรค	จำนวน	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
1	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3,863 ราย	3,034.09
2	ไข้หวัดใหญ่	981 ราย	770.50
3	โรคปอดอักเสบ	793 ราย	622.84
4	ไข้แดงกึ่ง	243 ราย	190.86
5	โรคมือเท้าปาก	139 ราย	19.17

◆ งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

5 อันดับโรคไม่ติดต่อ

ลำดับ	โรค
1	ความดันโลหิตสูง
2	เบาหวาน
3	โรคหัวใจและหลอดเลือด
4	โรคหลอดเลือดสมอง
5	โรคมะเร็ง

การเฝ้าระวังโรคติดต่อ

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2567
1	โปรแกรม Digital 506 (D506)	ราย	6,326
2	โปรแกรม Syndromic Surveillance Report (SSR)	ราย	10,063
3	การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบป้องกันโรคล่วงหน้า	ราย	135

การสอบสวนโรคติดต่อที่สำคัญ

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2567
1	ไข้เลือดออก	ราย	323
2	โรคมือเท้าปาก	ราย	139
3	โรคสุกใส	ราย	39
4	ไข้ไทฟอยด์	ราย	8
5	ไข้หัด	ราย	5
6	ไข้มาลาเรีย	ราย	4
7	ไข้ฝีดาษวานร	ราย	3
8	โรคโปลิโอ	ราย	2
9	โรคซิฟิลิส	ราย	2
10	โรคไอกรน	ราย	1

❖ งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

การบริการในชุมชน

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ด้วย Mobile CXR

กลุ่มเสี่ยง	จำนวน (ราย)	คัดกรองไปแล้ว (ราย)	percent of screening
กลุ่มเสี่ยงสูงที่ควรดำเนินการเป็นอันดับ 1	7484	7412	99.04
ผู้สัมผัสใกล้ชิดรายใหม่ ปี 2567	83	83	100.00
ผู้สัมผัสใกล้ชิดย้อนหลัง 2 ปี (2565 - 2566)	247	244	98.79
ผู้ติดเชื้อ HIV	943	932	98.83
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	1,854	1821	98.22
ผู้ที่มีความผิดปกติจากการติดเชื้อ	322	322	100.00
ผู้มีประวัติการเป็นวัณโรค	11	11	100.00
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	2,245	2,245	100.00
อายุ 85 ปีขึ้นไป ไม่มีโรคร่วมตามอันดับ1	1779	1754	98.59
กลุ่มเสี่ยงปานกลางที่ควรดำเนินการเป็นอันดับ 2	33,114	32,656	98.62
ผู้สูบบุหรี่	287	283	98.61
ผู้ป่วย COPD	1,752	1,721	98.23
ผู้ป่วย DM	3,750	3,685	98.27
ผู้ป่วย BMI < 18.5	1,927	1,901	98.65
ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	277	277	100.00
อายุ 60-84 ปี ไม่มีโรคร่วมตามอันดับ 2	25121	24789	98.68
กลุ่มเสี่ยงต่ำที่ควรดำเนินการเป็นอันดับ 3	33,928	27,955	82.40
ผู้ป่วย DM Un-control HbA1C $\geq$ 7 mg%	2,223	2,189	98.47
ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	7	7	100.00
บุคลากรสาธารณสุข	1,542	1,523	98.77
อายุ 40-59 ปี ไม่มีโรคร่วมตามอันดับ3	30,156	24,236	80.37
รวม	74,526	68,023	91.27

โครงการที่ดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2567

โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชุมชน โรงพยาบาลลำพูน

- เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่พบในชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค
- เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อที่พบในพื้นที่ ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของ โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
- ร่วมวางแผนแนวทางการประสานงาน/ส่งต่อกรณีพบผู้ป่วย ระหว่าง โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

ที่มา : งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

◆ งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน		
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2567
1. จำนวนชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นแบบระดับอำเภอ	1 แห่ง	2 แห่ง
2. ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต: ชุมชนสร้างสุข	1 ตำบล	2 ตำบล
3. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่ดำเนินการในพื้นที่	ร้อยละ 100 (10 ทีม)	100 (10 ทีม)
4. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ค.ป.ค.ม.	ร้อยละ 100 (18 แห่ง)	100 (18 แห่ง)
5. อำเภอเมืองลำพูนผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามเกณฑ์ UCCARE	ผ่านระดับ 3 (สูงสุด ระดับ 5)	4.83
6. ร้อยละของกองทุนสุขภาพตำบลที่เข้าร่วม LTC	ร้อยละ 50 (แบบสะสม)	100 (16 อปท.)

การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ผ่านกลไกการขับเคลื่อน พขอ.คุณภาพ ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ขับเคลื่อนในทุกๆ พื้นที่ จากระดับอำเภอสู่ระดับตำบลและสู่ระดับหมู่บ้าน ในประเด็นสำคัญ 5 ประเด็น 5 เมือง ได้แก่

1. การจัดการขยะ และสิ่งแวดล้อม (เมืองน่าอยู่)
2. อุบัติเหตุจราจร และโรคติดต่อ (เมืองปลอดภัย)
3. การใช้สารเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เมืองสีขาว)
4. การคุ้มครองผู้บริโภค อาหารและยาปลอดภัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคเรื้อรัง (เมืองสร้างสุขภาพ)
5. การดูแลกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ การฆ่าตัวตาย (เมืองเอื้ออาทร) เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาตามบริบทของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ได้แก่

การจัดการขยะ และสิ่งแวดล้อม (เมืองน่าอยู่) มุ่งให้เกิด สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อคุณภาพชีวิต ชุมชนสะอาด สิ่งแวดล้อมดี ชุมชน สะอาดสู่ความยั่งยืน โดยมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ 1. มีมาตรการลดขยะต้นทาง กลางทาง ปลายทาง 2. มีการคัดแยกขยะในครัวเรือน/จัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน /กำจัดขยะถูกต้อง 3. ชุมชน/ตำบล ปลอดโฟม ลดการใช้พลาสติก 4. รพ.และ รพ.สต. มีการแยก/กำจัดขยะติดเชื้อ 5. สร้างครัวเรือนวัด ชุมชน ต้นแบบและ นวัตกรรม การจัดการขยะ ได้แก่ พื้นที่ตำบลหนองช้างค้ำ “เมืองน่าอยู่ ตำบลหนองช้างค้ำร่วมใจส่งเสริมจัดการขยะในชุมชน” และตำบลเหมืองง่า “เหมืองง่าเมืองน่าอยู่”

◆ งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

อุบัติเหตุจราจร และโรคติดต่อ (เมืองปลอดภัย) มุ่งให้เกิดการควบคุมป้องกันโรค/ภัยสุขภาพ ตำบล/ชุมชนต้นแบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โดยมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ 1. พัฒนาศักยภาพ ทีม CDCU ทีมโควิดตำบล 2. ใช้/สร้าง นวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค 3. จัดกิจกรรม Big Cleaning Day เป็นประจำทั้งก่อนฤดู ในฤดู และหลังฤดู การระบาดของโรคไข้เลือดออก 4. สร้างบุคคลต้นแบบ หรือบ้านต้นแบบ ได้แก่พื้นที่ตำบลอุโมงค์ด้านการลดอุบัติเหตุทางจราจร มุ่งให้เกิดศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ต้นแบบ “ตำบลขับขี่ ปลอดภัย โดยมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ 1. อปท.มีศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ทีมอาสาฉุกเฉินชุมชน ทีมสทวิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน 2. สร้างเสริม/กวดขัน วินัยจราจร ขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัย 100 % 3. ส่งเสริมพัฒนาสิ่งแวดล้อม ถนน ยานพาหนะ ให้มีสภาพดี และสร้างนวัตกรรมแก้ไขปัญหาในชุมชน ได้แก่พื้นที่ตำบลหนองหนาม และตำบลประตูป่า

การใช้สารเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เมืองสีขาว) มุ่งให้เกิดการ ลด ละ เลิก เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และปลอดยาเสพติด ชุมชน To Be Number one ชุมชนสีขาว CBTX ชุมชนลด/งดแอลกอฮอล์ โดยมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ 1. รมรณรงค์กิจกรรมลด/งดเหล้าเข้าพรรษา งานบุญปลอดเหล้า งานศพงดเหล้า 2. สร้างชุมชนต้นแบบคนสู้เหล้า/บุหรี่ 3. สถานศึกษา สถานที่ราชการ วัด ที่สาธารณะปลอดเหล้า/บุหรี่ 4. สถานประกอบการทุกประเภทปฏิบัติตามกฎหมาย 5. มีการค้นหา สุ่มตรวจ คัดกรอง ยาเสพติด 6. มีชมรมด้านยาเสพติด บ้าน โรงเรียน อปท. 7. มีศูนย์คัดกรอง ศูนย์บำบัด และฟื้นฟูสภาพยาเสพติดทุกตำบล พื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานเป็นต้นแบบคือ ตำบลอุโมงค์ “คลินิกชุมชนฟ้าใส บ้านช่วยสถานปลอดบุหรี่”

การคุ้มครองผู้บริโภค อาหารและยาปลอดภัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคเรื้อรัง (เมืองสร้างสุขภาพ) มุ่งให้เกิดการส่งเสริมอาหาร ยาปลอดภัย และการออกกำลังกาย มีการจัดระบบการกำกับ ดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการบริโภคด้านอาหาร ยา การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุเสพติด และวัตถุอันตราย และความปลอดภัยจากการรับบริการของประชาชน จากสถานพยาบาลและสถานประกอบการด้านสุขภาพ งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จึงได้ดำเนินการจัดระบบการกำกับ ดูแล ตรวจสอบ เฝ้าระวังการคุ้มครองผู้บริโภคให้เป็นไปตามกฎหมายที่กำหนด ในโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมไปถึงการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการร่วมกันตรวจสอบมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ สถานประกอบการ การโฆษณา และการจัดการกับข้อร้องเรียนของผู้บริโภค โดยเฉพาะการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ทำให้ผักและผลไม้สดในอำเภอเมืองลำพูนมีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพิ่มขึ้น ในชุมชนมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ 1 กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค อาหารปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ งดใช้ 3 สารเคมีอันตราย (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส และไกลโฟเซต) 2. ปลุกผักสวนครัว รั้วกินได้ ที่ว่างสร้างอาหาร 3. ส่งเสริมใช้ยาปลอดภัยในชุมชน 4 .การปลูกผลิต ใช้ ยาสมุนไพรในชุมชน ได้แก่ พื้นที่ตำบลเหมืองจี้ “เครือข่าย บวร.ร.เหมืองจี้ปลอดภัย ใช้ยาสมเหตุผล”

◆ งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

ด้านความรู้ด้านสุขภาพ โรคเรื้อรัง มีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ การพัฒนาระบบ NCD คุณภาพด้วยโปรแกรม NCDsX และ Healthy DM ทุก รพ.สต. ต่อยอดด้วยกระบวนการ Health Literacy (HL) ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน พื้นที่ที่เป็นต้นแบบ ได้แก่ พื้นที่ตำบลบ้านม้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม้า ต.ศรีบัวบาน อ.เมืองลำพูน ได้รับรางวัล องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพระดับประเทศ (รพ.สต./สอน.) ระดับดี การประชุมเชิงปฏิบัติการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนงานองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO of the Year 2023) และตำบลประตูป่า รพ.สต.ประตูป่า ทีมคนวังมุยสุขภาพ บ้านวังมุย ม.1 โรงเรียนบ้านศรีสุพรรณ ได้รับรางวัลชนะเลิศ อันดับ1ในการนำเสนอผลงาน "ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับเขตสุขภาพที่ 1 "

การดูแลกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ การฆ่าตัวตาย (เมืองเอื้ออาทร) มุ่งให้เกิด ต้นแบบตำบล LTC ศูนย์สานสายใย ห่วงใยกัน ตำบล คนเมืองมีสุข โมเดล 4 Pillars ป้องกันการฆ่าตัวตาย ในชุมชนมีกระบวนการหลักในการขับเคลื่อน คือ 1. คัดกรองและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ทุกราย 2. อปท.ทุกแห่ง มีและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ 3. ชุมชนคัดกรอง และช่วยเหลือดูแลกลุ่มเปราะบาง 4. ใช้ โมเดล 4 Pillars ป้องกันการฆ่าตัวตาย 5. การดูแลคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ทุกราย 6. มีคณะกรรมการติดตามเยี่ยม ให้การดูแล ช่วยเหลือ และสร้างความรอบรู้ด้านคุณภาพชีวิต 7. จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตหาอุปกรณ์ กองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้พิการ พื้นที่ที่เป็นต้นแบบ ได้แก่ พื้นที่ตำบลป่าสัก “ศูนย์สานสายใย ห่วงใยกัน” และ พื้นที่ตำบลเหมืองจี้ “ศูนย์กู้ใจ 4 Pillars เรดาร์ดักจับ”

การทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นว่ากลไกที่เป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายส่วนหนึ่งเกิดจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขเป็นฝ่ายเลขาคณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่าย ร่วมกันกำหนดนโยบาย วางแผนขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ทุกระดับ ทั้งระดับตำบล หมู่บ้าน ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับบริบท มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน นำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เมืองสุขภาพดี เกิดชุมชนสุขภาวะ และเกิดความยั่งยืน รูปธรรมในช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 พชอ.ยังมีส่วนสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ สร้างการรับรู้และความเข้าใจในการป้องกันตนเองให้กับคนในชุมชนและนอกชุมชน นำไปสู่การสร้างคุณภาพชีวิตวิถีใหม่

ที่มา : งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

◆ งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

บริบท

บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามกลุ่มวัย ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นงานที่ให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิ โดยทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ยึดหลักการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง สะดวกรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและความพึงพอใจสูงสุด รวมถึงการประสานทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ในพื้นที่ อ.เมืองลำพูน

ขอบเขตการให้บริการ

1. เสริมสร้างสุขภาพป้องกันโรคตามกลุ่มวัย โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมปัจจัยป้องกัน (Protection Factors Promotion) และการป้องกันปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors Prevention) กลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้น ได้แก่ กลุ่มวัยมารดาทารกและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ ในสถานบริการและในชุมชนพื้นที่ อ.เมืองลำพูน

2. ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการจัดการกระบวนการบริการที่ฟื้นฟูและเสริมสร้างสมรรถภาพให้กลับสู่ภาวะปกติหรือชะลอการเกิดโรคได้ ในสถานบริการ และในชุมชนพื้นที่ อ.เมืองลำพูน

ปริมาณงานบริการในโรงพยาบาล

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2567
1	บริการเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด ภายใน 7 วัน	ราย	299 (80.66%)
2	ส่งต่อเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด ในโปรแกรม Thai COC	ราย	166 (77.10%)
3	คลินิกสุขภาพเด็กดี	ครั้ง	1,916
4	คลินิกวัคซีน	ราย	9,920
5	คลินิกเวชศาสตร์สูงวัย (รพ.ลำพูน สาขาเวียงยอง)	ราย	287

การบริการในชุมชน

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2567
1	บริการอนามัยโรงเรียน (ตรวจตา) ป.1	คน	185 (68.77%)
2	ตรวจสุขภาพเบื้องต้นนักเรียน	คน	1,351 (95.48%)
3	บริการวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในนักเรียน	คน	2,462

◆ งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายสถานบริการสุขภาพเครือข่าย อ.เมืองลำพูน

ลำดับ	ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2567 (ที่มา : ข้อมูล HDCลำพูน 30 ก.ย.67)	กลุ่มเป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (KPI=75%)	274	180	65.69
2	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์(KPI=75%)	274	157	57.30
3	ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (KPI=75%)	310	146	47.10
4	ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (KPI<7%)	255	21	8.24
5	ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว (KPI=50%)	261	50	19.16
6	ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุสำคัญ (9,18,30,42,60 เดือน) (KPI=90%)	2,698	2,322	86.06
7	ร้อยละการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กตามกลุ่มอายุสำคัญ (KPI=20%)	2,322	302	13.01
8	ร้อยละการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน ของเด็กตามกลุ่มอายุสำคัญ (KPI=90%)	302	266	88.67
9	ร้อยละพัฒนาการสมวัยในเด็กตามกลุ่มอายุ สำคัญ (KPI=86%)	2,322	2,285	84.69
10	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสม (KPI=66%)	2,341	1,357	57.97
11	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย (KPI<10%)	2,341	217	9.27
12	ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก (KPI=80%)	2,196	1,498	68.21
13	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน (KPI= 57%)	120	76	63.33
14	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (KPI = ไม่เกินร้อยละ 14.5)	81	9	11.00
15	ร้อยละการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน จากAPI (KPI= 90%)	103,942	96,149	92.50

◇ งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ร่วมกับเครือข่ายบริการอำเภอเมืองลำพูน

การให้บริการ	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยนับ	ผลงาน
1. วัคซีนไขหวัดใหญ่	- 7กลุ่มเสี่ยงรณรงค์ตามฤดูกาล รพ.ลำพูน	ราย	9,100
	- ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ	ราย	2,310
	- บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข รพ.ลำพูน	ราย	857
	- บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข รพ.สต./สสอ.	ราย	181
	- บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข อสม.	ราย	1,197
	- เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์จังหวัดลำพูน	ราย	41
	- เจ้าหน้าที่เรือนจำลำพูน	ราย	104
	- ผู้ให้บริการนักท่องเที่ยวจังหวัดน่านรองจังหวัด ท่องเที่ยว	ราย	579
2. วัคซีนป้องกัน มะเร็งปากมดลูก (HPV)	- นักเรียนหญิงอายุ 11-20 ปี (school Base) นโยบาย 100 วัน	ราย	4,185
3. คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC)	- เด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี รพ.ลำพูน สาขาเวียงยอง	ราย	1,916

ที่มา : งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

◆ งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

งานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นภารกิจงานหนึ่ง ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โดยมีภารกิจ คุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ด้านอาหาร ด้านเครื่องสำอาง ด้านวัตถุเสพติด ด้านวัตถุอันตราย ด้านเครื่องมือแพทย์ สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ควบคุมกำกับมาตรฐานงานคุ้มครองผู้บริโภค ตามมาตรฐานทุกด้าน ศึกษา วิจัย นวัตกรรมและพัฒนาองค์ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค วิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย ดังนั้น งานคุ้มครองผู้บริโภค ขอสรุปผลงานประจำปี 2567 ที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น ดังนี้

1. การกิจร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม งาน บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ลำดับ	ภารกิจร่วม	หน่วย	ปริมาณ งานรวม	งาน คบส	ร้อยละ ผลงาน
1.	การดูแลระดับบุคลากร สาขาเวียงยอง และ หน่วย บริการ ปฐมภูมิ/ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกร รพ.สาขา และหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพสต/เรือนจำ) (18 แห่ง) รวมทั้งหมด	ใบสั่ง	65,469		
1.1	รพ.สาขา	ใบสั่ง	41,822	230	0.54
1.	ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกร	รายการ	148,739		
1.1	ขนานยา	บาท	8,062,54		
1.2	มูลค่ายา	รายการ	2.78		
1.3	ขนานเวชภัณฑ์	บาท	32		
1.4	มูลค่าเวชภัณฑ์	บาท/	180,731.		
1.5	มูลค่ายา/ใบสั่ง	ใบสั่ง	89		
1.6	มูลค่าเวชภัณฑ์/ใบสั่ง	บาท/	192.78		
2.	จำนวนใบสั่งยาวันทำการเฉลี่ยวันละ	ใบสั่ง	4.32		
3.	ใบสั่งยาที่ส่งยาไปรษณีย์	ใบสั่ง	171		
4.	ใบสั่งยา Home Ward	ใบสั่ง	-		
5.	มูลค่ารับยาคืน ยาเหลือใช้	ใบสั่ง	83		
6.	ร้อยละ Med-Adherence ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพสาขา	บาท	12,416.0	7,729	12.41
6.	ร้อยละ Med-Adherence ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพสาขา	ร้อยละ	0		
1.2	หน่วยบริการปฐมภูมิ 18 แห่ง (รพสต/เรือนจำ) รวมทั้งหมด		93.82		
1.	ใบสั่งยาทั้งหมด	ใบสั่ง		90.56	
2.	ใบสั่งยาโรคเรื้อรังที่จ่ายโดยเภสัชกร	ใบสั่ง	62,248		
3.	จำนวนครั้งที่เภสัชกรออกให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังรพ.สต	ครั้ง	24,213		
4.	จำนวนใบสั่งยาโรคเรื้อรังที่จ่ายโดยเภสัชกรเฉลี่ยวันละ	ใบสั่ง	372		
5.	ร้อยละ Med-Adherence ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต.	ร้อยละ	99		
			90.56		

2.	งานพัฒนาระบบยาและความปลอดภัยด้านยา เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2.1 คะแนนมาตรฐานเภสัชกรรม RDU คบส. (รพ.สต. ติดดาว) 2.2 จำนวนครั้งการติดตามคุณภาพวัคซีนด้วย DATA LOGTAG รพ.สต. 2.3 ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านมาตรฐาน Cold Chain 2.4 จัดทำระบบเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยา warfarin ใน รพ.สต. 2.5 จัดทำระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำใน รพ.สต. 2.6 การติดตามกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต. (RUA) 2.7การติดตามควบคุมมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสม เหตุผล (ปี58 226,933.98 บาท) 2.8 ร้อยละของรพ.สต.ผ่านตัวชี้วัด RUA(ทั้งURI,AGE≤ ร้อยละ20) 2.9 มูลค่าติดตามรับยาคืนเหลือใช้จากผู้ป่วย รพ.สต. 2.10 มูลค่าการติดตามรับยาคืน กลุ่ม Strong Opioids จากชุมชน 2.11 การติดตามควบคุมการบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต. (MOS<2)	ร้อยละ ครั้ง ร้อยละ ราย ราย ครั้ง/ปี บาท บาท ร้อยละ บาท บาท เดือน	93.13 84 100.00 59 821 12 49,444. 52 100.00 0.00 0.00 1.49	93.13 100.00 100.00 12 100.00 0.00 0.00 1.49 (17 แห่ง)	100.00 100.00 100.00 0.00 0.00 100.00
3.	การดูแลระดับครอบครัว 3.1การบริหารเภสัชกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมี ปัญหาจากการใช้ยา (DTPs) 3.1.1จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงDTPได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกร 3.1.2 จำนวนครั้งในการติดตามเยี่ยมบ้าน 3.1.3 จำนวนปัญหาจากการใช้ยาที่พบ (DTPs) Drug Non-Adherence ADR / Allergy / Side effect Need additional Drug therapy Unnecessary drug therapy Ineffectiveness	ราย ครั้ง เหตุการณ์ เหตุการณ์ เหตุการณ์ เหตุการณ์ เหตุการณ์ เหตุการณ์ เหตุการณ์	73 78 70 32 6 10 3 2 0	ดูในโครง การ ภาพ รวมปฐม ภูมิ	

	Drug Interaction	ร้อยละ	6		
	RDU	ครั้ง	55.06		
	3.1.4 ร้อยละความสำเร็จของการจัดการDTPs โดยเภสัชกร	ครั้ง	115		
		ครั้ง	6		
	3.1.5 จำนวนการจัดการDTPs (Pharmacist intervention)	ครั้ง	28		
		ครั้ง	23		
	Dose optimization	ครั้ง	45		
	(Increase/Decrease/Loading Dose/Duration)	ครั้ง	7		
	Adherence Optimization(เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา)		0		
	Psycho-social Optimization (ส่งต่อหน่วยงานอื่นดูแลต่อ)				
	Health Behavior Optimization (ให้ความรู้ Non pharmacology)				
	Indication optimization (off /add/change/switch therapy)				
	Administration optimization (dose titrate. ,Route-timely admin)				
4.	การดูแลระดับชุมชน				
	4.1จำนวนชุมชนได้รับการพัฒนาชุมชนใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างสมเหตุผลและปลอดภัย (เป้าหมาย≥2ชุมชน/ปี)	ชุมชน	2	2	100.00
		ครั้ง	2	35	
	4.2 งานพัฒนาฝึกอบรมบุคลากร อสม ประชาชน ยังไม่รวมกิจกรรมปพลิเคชัน	คน		(นอก	100.00
		ครั้ง	209	แผน)	
	4.3 จำนวนการติดตามกำกับร้านค้า ร้านชำ สถานประกอบการ ด้านอาหารและยาปลอดภัย			209	100.00

❖ งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

2.3 งานคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับ อสม ภาควิชาเครือข่าย ในการดำเนินงาน บวร จังหวัดลำพูน โดยได้โล่รางวัล สาขา เครือข่ายด้านการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนดีเด่น (รพสต เหมือนใจ และเครือข่าย) จาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ครั้งที่ ๒๕๖๗

2.4 การดำเนินงานร่วมกับ องค์การตลาดกระทรวงมหาดไทย จ.ลำพูน รพสต อุโมงค์ เทศบาลตำบล อุโมงค์ ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน และชมรม อสม ตำบลอุโมงค์ ในการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้และแจ้งเตือนภัยเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อเป็นการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่



3. การกิจที่ได้รับมอบหมายในกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

3.1 โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ในปี 2567 โรงพยาบาลลำพูนได้รับการประเมินตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) และได้ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยดีเด่นระดับจังหวัดและผ่านมาตรฐาน Green & Clean Challenge ระดับห้าดาว

4. โครงการพิเศษ

1. การสำรวจร้านชำโดยใช้โปรแกรม G-RDU&G-SHP ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

จากการสำรวจผลิตภัณฑ์ในชุมชนทั้งหมด 209 ร้านในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน สามารถแบ่งเป็นร้านค้า ร้านชำ มินิมาร์ท จำนวน 193 ร้าน และร้านอาหารในชุมชน 16 ร้าน

ผลการสำรวจ (แบ่งตามประเภทของร้านชำ)

-ร้านชำตามประเภททั่วไป (GG; General Grocery store) พบว่ามีร้านที่ผ่านการประเมินในระดับสีเขียว 88 ร้าน ระดับสีเหลือง 23 ร้าน และ ระดับสีแดง 98 ร้าน

-ร้านชำประเภทคุณภาพ (GGP มาจาก Good Grocery store Practice) แบ่งเป็น 2 ประเภทย่อย ดังนี้

◇ งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ต่อ)

-ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU; Grocery store-Rational Drug Use) พบว่ามีร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ร้านชำ G-RDU 72 ร้าน และไม่ผ่าน 137 ร้าน

-ร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (G-SHP; Grocery store-Safety Health Products) พบว่ามีร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ G-SHP 64 ร้าน และไม่ผ่าน 145 ร้าน ในส่วน ดังกล่าวรอฟผลการดำเนินงาน ระดับประเทศ คคส และสสส ซึ่ง รพ ลำพูน ดำเนินการนำร่องร่วม

2. โครงการ การสำรวจความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในเขตอำเภอเมืองลำพูน (Survey of Medication Adherence in Ischaemic Stroke Patients at Mueang Lamphun District) **คณะผู้ศึกษา** ผู้ศึกษาหลัก ภก. สยมภู เดียวทอง สังกัด งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในเขตอำเภอเมือง จ.ลำพูน มีความร่วมมืออย่างสูงในการรับประทานยา ในส่วนของปัจจัยที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการศึกษาหรือค้นหาเพิ่มเติมสำหรับความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดถึงความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในบางรายดังกล่าวในอนาคตเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป



ที่มา : งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

◇ กลุ่มงานสุขศึกษา

1. บริบท ขอบเขต และกระบวนการหลัก

1.1 บริบท (Context)

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรด้านสุขศึกษาเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ นำสู่การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

พันธกิจ : 1) ดำเนินงานกระบวนการสุขศึกษาให้เป็นไปตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้าน
สุขศึกษา

2) มุ่งมั่นให้บริการที่ดี มองภาพองค์รวม และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ

ค่านิยม : ร่วมขับเคลื่อนค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจ
ประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม

ความสามารถหลัก : การมองภาพองค์รวม การสื่อสารจูงใจ การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

หน้าที่และเป้าหมาย

หน้าที่ : ให้บริการสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ญาติ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและ
ประชาชนในชุมชน โดยดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข ปัญหาสุขภาพ วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ
กำหนดกิจกรรมและพฤติกรรมเป้าหมาย วางแผนดำเนินงานสุขศึกษา และดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้าน
สุขภาพ การให้บริการปรึกษารายบุคคล การฝึกทักษะด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการจัดศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ มุมสุขภาพ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจัดกิจกรรมรณรงค์
ทางด้านสาธารณสุข สนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านสุขภาพ และติดตาม
ประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษา รวมทั้งรับผิดชอบงานให้คำปรึกษา แนะนำ สอน ฝึกอบรม พัฒนาบุคลากร
ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขศึกษาทั้งในหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย เป็นไปตามมาตรฐาน
บริการสุขศึกษา และงานศึกษาวิจัย และพัฒนาด้านสุขศึกษา

เป้าหมาย : การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนและส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 ขอบเขตการให้บริการ

1. ด้านการปฏิบัติการ : ร่วมปฏิบัติการในการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การคัดกรอง
การควบคุมป้องกันโรค และภัยสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ร่วมปฏิบัติงาน
ส่งเสริม ควบคุม กำกับมาตรฐาน งานด้านสาธารณสุข

2. ด้านการวางแผน : วางแผนการทำงานที่รับผิดชอบ และร่วมดำเนินการวางแผนการทำงานของ
หน่วยงาน วางแผนงานหรือโครงการ หรือ โปรแกรมสุขศึกษา หรือ แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา

3. ด้านการประสานงาน : ประสานการทำงานร่วมกันทั้งภายในและภายนอกทีมงานหรือหน่วยงาน
เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้ รวมทั้ง ชี้แจงและให้รายละเอียดเกี่ยวกับ

◆ กลุ่มงานสุขศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลข้อเท็จจริง แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจหรือความร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย

4. ด้านการบริการ : ตรวจสอบสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้มีคุณภาพและเหมาะสมแก่การนำไปใช้งานอยู่เสมอ ร่วมนิเทศงานด้านสาธารณสุขให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการถ่ายทอดความรู้หรือเทคโนโลยี

5. การให้บริการสุขศึกษาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ : ให้บริการแก่ผู้ป่วยคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง รพ.ลำพูน และรพ.ลำพูน สาขาเวียงยอง ให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ตามกิจกรรมที่ได้รับการประสานงานมาจากเครือข่าย ให้บริการแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน ตามความเหมาะสม

6. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และรณรงค์ทางด้านสาธารณสุข : เผยแพร่ข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จดหมายข่าว และมุมสุขภาพ/ศูนย์การเรียนรู้ จัดกิจกรรมรณรงค์ให้สอดคล้องกับปฏิทินสาธารณสุข และโรคตามฤดูกาล รวมทั้งโรคระบาด

7. การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ : การสนับสนุนเครือข่าย เช่น เครือข่ายสุขศึกษา โรงพยาบาลลำพูน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองลำพูน เครือข่ายสื่อมวลชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น เครือข่ายแกนนำชุมชน การร่วมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย เช่น วิทยากรให้ความรู้ ให้บริการทางวิชาการ

8. การเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านสุขภาพ และติดตามการดำเนินงานสุขศึกษา : เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน และกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ติดตามการดำเนินงานสุขศึกษาและสรุปรายงานเพื่อประกอบการวางแผนในการปฏิบัติงาน

9. งานศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านสุขศึกษา : ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย สืบค้น รวบรวม ข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข เช่น การบริการด้านสาธารณสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ นวัตกรรมสุขภาพ ร่วมพัฒนาเนื้อหา องค์ความรู้ คุณภาพมาตรฐานเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ

10. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย : อาทิเช่น ร่วมงานสุขศึกษาและสร้างเสริมสุขภาพในเรือนจำ ร่วมทีม EOC อ.เมืองลำพูน หน่วยบริการเคลื่อนที่ ร่วมขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital ร่วมขับเคลื่อน Wellness Center ร่วมขับเคลื่อนองค์กรอริยสุขภาพ และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย

1.3 กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง / ปัญหา / โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การบริหารจัดการ 1.1 บุคลากรดำเนินงาน สุขศึกษาและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ	มีอัตรากำลังบุคลากรของ กลุ่มงานสุขศึกษาเพียงพอ ต่อการดำเนินงาน	ปัจจุบันยังไม่มีอัตรากำลัง ของผู้ช่วยสุขศึกษา	อัตราบุคลากรไม่น้อย กว่าร้อยละ 80 ของ กรอบอัตรากำลัง FTE (ขั้นต่ำ)
1.2 บุคลากรมีคุณวุฒิ และประสบการณ์ที่ เหมาะสม เพียงพอ และ มีแผนการพัฒนา บุคลากรอย่างต่อเนื่อง	นักวิชาการสาธารณสุข นัก นักวิชาการ มีวุฒิฯขั้นต่ำ ปริญญาตรี และตำแหน่ง ผู้ช่วยพนักงานสุขศึกษา มี วุฒิฯขั้นต่ำ ปวส./ อนุปริญญา	บุคลากรกลุ่มงานได้รับ การพัฒนาศักยภาพเพื่อ การดำเนินงานสุขศึกษา	ร้อยละ 100 บุคลากร ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ
2. กระบวนการงานสุขศึกษา 2.1 กระบวนการงานสุข ศึกษาในกลุ่มไม่ป่วยเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพใน ชุมชน	กลุ่มไม่ป่วย ได้รับความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการ ดูแลตนเอง ได้รับการ สร้างเสริมและจัดกิจกรรม การเรียนรู้ตาม กระบวนการสุขศึกษา	กลุ่มไม่ป่วย ยังได้รับ ความรู้และข้อมูลสุขภาพ ไม่ครอบคลุม วาง แผนการดำเนินงานให้ ต่อเนื่อง	มีการจัดกิจกรรมตาม แผนงานหรือโครงการ หรือ โปรแกรมสุขศึกษา
2.2 กระบวนการงานสุข ศึกษาในกลุ่มป่วยเพื่อ ส่งเสริมการจัดการ ตนเองในผู้ป่วยและ ครอบครัว	กลุ่มป่วย ได้รับความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการ ดูแลตนเอง ได้รับการ สร้างเสริมและจัดกิจกรรม การเรียนรู้ตาม กระบวนการสุขศึกษา	กลุ่มป่วยยังได้รับความรู้ และข้อมูลสุขภาพไม่ ครอบคลุม วางแผนการ ดำเนินงานให้ต่อเนื่อง	มีการจัดกิจกรรมตาม แผนงานหรือโครงการ หรือ โปรแกรมสุขศึกษา

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	สิ่งที่คาดหวัง จากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยง / ปัญหา / โอกาสพัฒนา	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
3. ผลลัพธ์การดำเนินงาน 3.1 พฤติกรรมสุขภาพ (HB)หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) หรือ พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง 3.2 ภาวะสุขภาพของกลุ่มไม่ป่วย และกลุ่มป่วย 3.3 วิจัย / นวัตกรรม หรือ ต้นแบบ หรือ ผลงานเด่นที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3.4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการสุขภาพ	มีการเฝ้าระวังข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพ (HB) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และ นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน มีกิจกรรมการดำเนินงานสำหรับกลุ่มไม่ป่วย และกลุ่มป่วย รวมถึงบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น หน่วยงาน มีวิจัย / นวัตกรรม หรือ ต้นแบบ หรือผลงานเด่นในการดำเนินงานสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับกระบวนการสุขภาพ เกิดความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม	การดำเนินงานเฝ้าระวังข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (HB) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และ พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองยังไม่ครอบคลุม มีการวางแผนการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมายยังเข้าร่วมกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง และครอบคลุมเนื่องด้วยการเกิดโรคระบาด จึงวางแผนปรับเปลี่ยนการดำเนินงานโดยการติดตามทางโทรศัพท์ วางแผนเพื่อให้เกิดวิจัย นวัตกรรม หรือ ต้นแบบ หรือผลงานเด่นที่ประสบความสำเร็จ มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานใหม่ๆ เพื่อให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อความพึงพอใจต่อกระบวนการสุขภาพ	กลุ่มเป้าหมายที่ผ่านกระบวนการสุขภาพมี พฤติกรรมสุขภาพ (HB) หรือความรอบรู้ทางสุขภาพ(HL)เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ภาวะสุขภาพของกลุ่มไม่ป่วย และกลุ่มป่วยมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น วิจัย / นวัตกรรม หรือ ต้นแบบ หรือผลงานเด่นที่มีการเผยแพร่และนำไปใช้ อย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อกระบวนการสุขภาพร้อยละ 80

◆ กลุ่มงานสุขศึกษา (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพที่เน้นในการติดตาม/เฝ้าระวัง คือ 3อ. ๒ส. ได้แก่ การควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้ หวาน มัน เค็ม การกินผักและผลไม้สด สะอาดเสมอ วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม การออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก การจัดการอารมณ์/ความเครียดของตนเอง การสูบบุหรี่ สูดควันบุหรี่ การดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ข้อจำกัด

- จำนวนบุคลากรของกลุ่มงานสุขศึกษา ยังมีไม่เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดกระบวนการสุขศึกษา โดยนักวิชาการสาธารณสุขควรมีอัตรากำลังตามFTE 4-5 คน ปัจจุบันมี 3 คน และผู้ช่วยสุขศึกษา ควรมีอัตรากำลังตามFTE 2-3 คน แต่ปัจจุบันยังไม่มีอัตรากำลังของผู้ช่วยสุขศึกษา

- กลไกและวิธีการในการขับเคลื่อนงาน อาจยังไม่เกิดการบูรณาการและครอบคลุม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน และนโยบาย ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ

2. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) ปี 2563 - 2567

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
1. ร้อยละของบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 kg./m ² ขึ้นไป ได้รับข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3อ. 2ส.)	ร้อยละ 30	38.89	๔๐.๕๗	68.70	69.08	68.72
2. ร้อยละของบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 kg./m ² ขึ้นไป ได้รับการจัดกระบวนการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30	NA	NA	38.55	38.82	55.20
3. ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการจัดกระบวนการสุขศึกษา มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30	65.74	59.53	38.60	38.31	32.24
4. ร้อยละของกลุ่มป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มี	ร้อยละ 60	NA	NA	67.30	68.51	68.52

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
พฤติกรรมด้านสุขภาพ (3อ 2ส) ดีขึ้น						
5. ร้อยละของกิจกรรมโครงการที่ทำได้ตามแผน	ร้อยละ 80	90	90	90	95	65
6. ร้อยละของคะแนนการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพศึกษา	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับคุณภาพ	ระดับพัฒนา

3. ประเด็นพัฒนา

3.1 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

แนวทางการจัดกระบวนการสุขภาพศึกษา และติดตามพฤติกรรมสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มงานสุขภาพศึกษาจัดกระบวนการสุขภาพศึกษาจัดกระบวนการสุขภาพศึกษาและติดตามสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลลำพูน โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายจากเจ้าหน้าที่ ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25 – 29.99 kg/m² โดยได้ข้อมูลจากการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลลำพูน คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจำนวน 50 คน เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพและจัดกระบวนการให้สุขภาพศึกษา (กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน, 2565) โดยออกติดตามพฤติกรรมเจ้าหน้าที่ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มเป้าหมาย ใช้แบบประเมินและแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุการศึกษา สถานภาพ หน่วยงาน ตำแหน่ง โรคประจำตัว น้ำหนักและ ส่วนสูง, ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ, ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลความสนใจในด้านสุขภาพ ใช้เจ้าหน้าที่สุขภาพศึกษา 1 – 2 คน ก่อนออกติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และให้สุขภาพศึกษา จะทำการโทรศัพท์นัดหมายวันและเวลาที่จะออกติดตาม เพื่อลดความคลาดเคลื่อนหรือออกติดตามแล้วไม่พบเจ้าหน้าที่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย หลังจากการติดตามในครั้งแรกแล้วเสร็จ จะทำการจัดอบรมในเรื่องที่เจ้าหน้าที่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสนใจมากที่สุด หลังจากการอบรม จะติดตามพฤติกรรมเจ้าหน้าที่ซ้ำ โดยออกติดตาม ณ หน่วยงานที่เจ้าหน้าที่สังกัดอยู่ หรือในกรณี

ที่เจ้าหน้าที่ไม่สะดวกให้ติดตามที่หน่วยงาน จะโทรศัพท์ติดตามพฤติกรรมสุขภาพและให้สุขภาพศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องที่กลุ่มเป้าหมายซักถาม เพื่อความต่อเนื่องของการติดตาม

3.2 แผนการพัฒนาต่อเนื่อง (เพื่อตอบสนอง ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมาย, ความท้าทายสำคัญของหน่วยงาน, ความเสี่ยงสำคัญที่ยังเป็นปัญหา)

3.2.1 มีการจัดกิจกรรมตามแผนงาน หรือ โครงการ หรือ โปรแกรมสุขภาพศึกษา และการดำเนินกิจกรรมใช้การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสุขภาพศึกษาหรือ ทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและครอบครัวและตัวแทนภาคประชาชน

3.2.2 มีการ สนับสนุน เสริมพลังให้กับภาคีเครือข่าย แกนนำสุขภาพภาคประชาชน ในการดำเนินงานสุขภาพศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

◆ กลุ่มงานสุขศึกษา (ต่อ)

3.2.3 มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและนำ ผลการเฝ้าระวังไปใช้ในการปรับกิจกรรมในแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.3.4 มีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้โปรแกรม NCD X ในโรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) ปี 2568

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ร้อยละของกลุ่มป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน มีค่า HbA1c >7 และ/หรือ FBS > 150 ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (3อ 2ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ 60
2. ร้อยละของกลุ่มป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน สาขาเวียงยอง มีค่า HbA1c >7 และ/หรือ FBS > 150 ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (3อ 2ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ 60
3. ร้อยละของกลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำพูน มีค่า BP > 140/90 ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (3อ 2ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ 60
4. ร้อยละของกลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง มีค่า BP > 140/90 ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (3อ 2ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ 60
5. ร้อยละของกลุ่มป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูน มีค่า HbA1c >7 และ/หรือ FBS > 150 ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30
6. ร้อยละของกลุ่มป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง มีค่า HbA1c >7 และ/หรือ FBS > 150 ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30
7. ร้อยละของกลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำพูน มีค่า BP > 140/90 ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30
8. ร้อยละของกลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำพูนสาขาเวียงยอง มีค่า BP > 140/90 ที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30
9. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน ที่มี BMI เกินค่าปกติ ได้รับข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2 ส)	ร้อยละ 60
10. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน ที่มีระดับ Cholesterol สูงกว่าค่าปกติ (>199 mg/dl) ได้รับข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2 ส)	ร้อยละ 60

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
11. ร้อยละของบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 kg./m ² ขึ้นไป ได้รับการจัดกระบวนการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 60
12. ร้อยละของบุคลากรในสถานประกอบการที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 kg./m ² ขึ้นไป ได้รับข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2ส)	ร้อยละ 60
13. ร้อยละของบุคลากรในสถานประกอบการที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 kg./m ² ขึ้นไป ได้รับการจัดกระบวนการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น	ร้อยละ 30
14. ร้อยละของบุคลากรในสถานประกอบการที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 kg./m ² ขึ้นไป ได้รับการจัดกระบวนการสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ (3อ 2ส) ที่ถูกต้อง ดีขึ้น	ร้อยละ 60
15. ร้อยละของคะแนนการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา	ร้อยละ 60

ที่มา : กลุ่มงานสุขศึกษา

◆ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม

กลุ่มงานอาชีพเวชกรรมให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้ประกอบการอาชีพ และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีความปลอดภัยในการทำงาน โดยจัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชากรที่ประกอบอาชีพ ประกอบด้วย ให้บริการการตรวจสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และให้การรักษาพยาบาล มีการเฝ้าระวังโรคและสิ่งคุกคาม โดยมีการจัดบริการในโรงพยาบาล เช่น บริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่ คลินิกอาชีพเวชกรรมและคลินิกโรคจากการทำงาน และบริการนอกโรงพยาบาล เช่น หน่วยเคลื่อนที่ตรวจสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ ดังนี้

งานคลินิกอาชีพเวชกรรมและคลินิกโรคจากการทำงาน

- จำนวนครั้งผู้รับบริการและรายได้แยกตามห้องตรวจ ปีงบประมาณ 2567

คลินิก		ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
คลินิกตรวจสุขภาพ	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	13,057	5,024	5,511
	รายรับ (บาท)	3,887,288.00	1,998,209.00	2,122,776.85
ตรวจสุขภาพต่างดาว	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	2,187	1,927	1,447
	รายรับ (บาท)	2,927,015.00	3,716,245.00	1,837,895.00
ตรวจสุขภาพนอก รพ.	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	559	1,588	2,373
	รายรับ (บาท)	246,020.00	855,000.00	1,180,490.00
ห้องตรวจอาชีพใน รพ. (สำหรับบุคลากร)	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	4,964	1,637	1,409
	รายรับ (บาท)	3,254,705.00	818,850.00	905,780.00
ผลรวมทั้งหมด	จำนวนรับบริการ (ครั้ง)	20,767	10,176	10,740
	รายรับ (บาท)	10,315,028.00	7,388,304.00	6,046,941.85

การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง / FFW	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
สมรรถภาพการมองเห็น (ราย)	404	230	163
สมรรถภาพการได้ยิน (ราย)	223	239	244
สมรรถภาพปอด (ราย)	-	164	149
RTW / FFW (ราย)	7	3	7
การประเมินสูญเสียสมรรถภาพ (ราย)	-	-	5
ตรวจสุขภาพการทำงานบนที่สูง (ราย)	-	1	19
ตรวจสุขภาพการทำงานที่อับอากาศ (ราย)	42	33	49
ตรวจสุขภาพบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ป้องกันแก้ไขปัญหาไฟฟ้าและฝุ่นควัน (ราย)	-	-	124

◆ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม (ต่อ)



■ การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

จำนวนผู้รับบริการคลินิกโรคจากการทำงาน จำแนกตามเพศ ปี 2565 - 2567

เพศ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ชาย	71	83	95
หญิง	102	123	139
ผลรวม	173	206	234

จำนวนผู้รับบริการคลินิกโรคจากการทำงาน จำแนกตามกลุ่มอายุ

ปี 2565 - 2567

กลุ่มอายุ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
15-24 ปี	8	13	5
25-34 ปี	56	38	56
35-44 ปี	62	66	71
45-54 ปี	32	65	74
55-64 ปี	15	24	28
ผลรวม	173	206	234

◇ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม (ต่อ)

จำนวนผู้รับบริการคลินิกโรคจากการทำงาน จำแนกรายโรค ปี 2565 - 2567

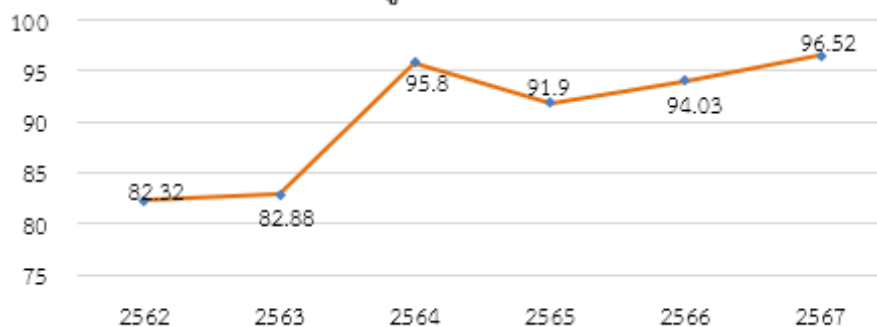
กลุ่มโรค	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
โครงร่างกล้ามเนื้อ	102	126	166
โรคผิวหนัง	58	48	60
โรคระบบหายใจ	13	28	8
โรคจากการประกอบอาชีพอื่นๆ	0	4	0
ผลรวม	173	206	234

การดูแลสุขภาพบุคลากร



การตรวจสุขภาพประจำปี

ร้อยละการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีในบุคลากร
โรงพยาบาลลำพูน ปี 2562 - 2567



◆ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม (ต่อ)

➤ การให้ภูมิคุ้มกันโรคในบุคลากร

รายการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ราย)	793	920	862
วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (ราย)	53	155	42
วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน (ราย)	19	-	-

➤ การจัดอบรมบุคลากร : การวิเคราะห์ JSA (Job safety analysis) และการประเมินความเสี่ยงให้
ความรู้เชิงรุกในหน่วยงาน

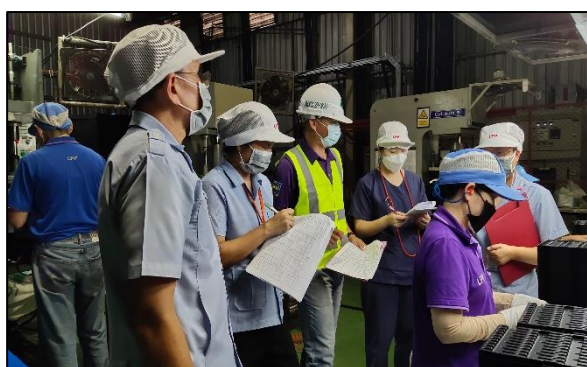


งานส่งเสริมป้องกันด้านอาชีวอนามัย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
การเดินสำรวจสิ่งแวดล้อมภายนอกโรงพยาบาล (walkthrough survey) (แห่ง)	29	30	28
อบรมให้ความรู้ในสถานประกอบการ/หน่วยงาน (แห่ง)	4	13	4

◆ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม (ต่อ)

- การสำรวจสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 - ในสถานประกอบการ
 - สถานประกอบการติดต่อเข้ามาเอง 6 แห่ง
 - ร่วมกับสวัสดิการคุ้มครองแรงงานและอปท. 22 แห่ง

ภาพประกอบการดำเนินงาน



- การอบรมให้ความรู้แก่พนักงานในสถานประกอบการ
 - สถานประกอบการติดต่อเข้ามาเอง 4 แห่ง

ภาพประกอบการดำเนินงาน



◆ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม (ต่อ)

ผลงานเด่นของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

- โรงพยาบาลลำพูน ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป “ระดับดีเด่น” (1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2570)



- การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN HOSPITAL ระดับท้าทาย (Challenge) (30 กันยายน 2566 – 29 กันยายน 2568)



ที่มา : กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม

◆ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน ทุกกลุ่มวัย ที่บ้าน แบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ ตามแนวेषปฏิบัติครอบครัวและตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างไร้รอยต่อ โดยประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและการจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายการทำงาน ดังนี้

1. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่บ้านตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชน
2. บริหารจัดการระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยกลุ่มยุ่งยากซับซ้อนที่บ้านแบบองค์รวม
3. เชื่อมโยงประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย
4. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย นวัตกรรมการพยาบาลชุมชน

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) อัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พื้นที่ดูแลรับผิดชอบกลุ่มประชากรอำเภอเมืองลำพูน กลุ่มป่วยทุกกลุ่มวัย พื้นที่อำเภอเมืองลำพูน 14 ตำบล เครือข่ายรพ.สต. 17 แห่ง และนิเทศติดตามงานทั้งในและนอกพื้นที่อำเภอเมืองลำพูน นอกพื้นที่อำเภอเมืองลำพูน ดำเนินการร่วมกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน งานที่ดูแลรับผิดชอบ ได้แก่

1. ให้การพยาบาล การดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ/ยุ่งยาก ซับซ้อนที่บ้าน (Home Ward, Home Health Care, Home Visit) ตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง
2. บริหารจัดการระบบการดูแลต่อเนื่อง (ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง : COC) ประสานเชื่อมโยงการดูแล Palliative care Intermediate care และ Long term care ในชุมชน
3. จัดบริการการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับพยาบาล รพ.สต.เครือข่าย ญาติผู้ป่วย Care giver จัดอาสาสมัครประจำครอบครัว
4. จัดหาและให้บริการสอน สาธิตสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการประสาน แหล่งประโยชน์จากภาคีเครือข่ายทุกระดับ
5. บริหารจัดการระบบ ควบคุม วิเคราะห์ กำกับ ตรวจสอบ ประเมินผลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย โดยประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน
6. จัดบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรคในชุมชน ในคลินิกพิเศษ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ตามแนวทาง Service plan
7. กำหนดยุทธศาสตร์การพยาบาลชุมชน เชื่อมโยงนโยบายทุกระดับ
8. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชน
9. บริหารจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน
10. สนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนางานวิจัย นวัตกรรมทางการพยาบาล

◆ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน (ต่อ)

11. พัฒนาและประเมินสมรรถนะพยาบาลชุมชน คุณภาพงานการพยาบาลชุมชน (QA) โดยการตรวจสอบ ติดตาม นิเทศประเมินผลในบทบาท CNO-P, CNO-D

ผลการดำเนินงาน ใน PMK

รายการ	2563	2564	2565	2566	2567
1. บันทึกการส่งต่อ ตรวจสอบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยในระบบ THAI COC	3,164	4,482	4,136	2,732	2,729
2. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ ward	776	1,403	1,741	716	1,520
3. สอน สาธิต วิธีการใช้อุปกรณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย	370	160	200	206	250
4. บริการเยี่ยม คั่น ต่อสัญญาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย	878	910	1308	1,561	1,877
5. เยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์และที่บ้าน	1,624	422	2,761	1,285	429
6. ให้บริการคลินิกประคับประคอง	583	612	545	909	617
7. บริการ HOME WARD	-	-	-	148	624
8. ประชุมวิชาการมหกรรมความรู้แก่พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายใน	1	1	1	1	5
9. ประชุมรายกรณียุ่งยากซับซ้อน	1	1	1	2	2
10. การเบิกอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ชุดทำแผลปราศจากเชื้อ (ราย)	59	56	30	21	13
11. พัฒนาช่องทางติดต่อญาติ	โทรศัพท์	โทรศัพท์	โทรศัพท์	โทรศัพท์ /Line OA	โทรศัพท์ /Line OA

◆ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน (ต่อ)

ลักษณะสำคัญของงาน

1. ใช้ชุมชนเป็น ward บ้านผู้ป่วยเป็นเตียงในการดูแลผู้ป่วยและญาติ
2. วางแผนการดูแล โดยใช้ Individualizes care plan มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองได้
3. ออกเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับทีมเครือข่ายบริการปฐมภูมิในชุมชน ประสานหน่วยงาน เพื่อเกิดความร่วมมือ ในการดูแลประชาชน ผู้ป่วย เช่น ขอสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมในรูปแบบ Telemedicine
4. ให้การสนับสนุนวิชาการความรู้แก่พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อการพัฒนา เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วย palliative care การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน รายโรค ตาม service Plan
5. จัดให้มีช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติได้ ติดต่อสอบถาม ขอรับคำปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทางโทรศัพท์และ LINE OA

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กระบวนการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และเป็นจุดเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลลำพูนกับเครือข่ายระดับต่างๆ ในจังหวัดลำพูน มีเป้าหมายการดำเนินงาน ได้แก่ ดังนี้ ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและญาติดูแลได้ร้อยละ 80 การส่งข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มสีแดง (ADL 0-4) ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน ร้อยละ 80 อัตราผู้ป่วยส่งจากโรงพยาบาล ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 80 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านไม่เกินร้อยละ 5 และอัตราการ re – admit

สำหรับความเสี่ยงในระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่ได้รับการเยี่ยม หรือได้รับการเยี่ยมบ้าน ล่าช้ากว่าที่กำหนด (เป้าหมายเยี่ยมภายใน 14 วัน) ความล่าช้าในการเยี่ยมบ้าน ถือเป็นความเสี่ยงสูง เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ติดตัวหลังกลับบ้าน เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่ออาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การแก้ไขปัญหาและบริหารจัดการ คือ กำหนดพื้นที่รับผิดชอบดูแลให้พยาบาลแต่ละคนในกลุ่มงาน พยาบาลแต่ละคนตรวจสอบผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบบันทึกจำนวนและข้อมูลผู้ป่วยสีแดงแยกรายพื้นที่แต่ละคน ประสานงาน นัดหมายการดูแลผู้ป่วยสีแดงในพื้นที่กับผู้รับผิดชอบ ลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยสีแดง ภายในระยะเวลาที่กำหนด ลงบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค สิ่งที่ได้ดำเนินการ ติดตามและสรุปผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน

โปรแกรมที่ใช้ส่งต่อ ใช้โปรแกรม Thai COC เป็นโปรแกรมสำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลระยะยาวทุกกลุ่มวัย จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไปโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เป็นปัจจุบัน โปรแกรม Thai Refer เพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานบริการเครือข่าย เครือข่ายครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยป่วยทั่วไปทุกกลุ่มวัย ที่ส่งต่อไปรับการ

◆ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน (ต่อ)

รักษาในสถานบริการ โปรแกรม Palliative Care เพื่อ เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยกลุ่มระดับประคอง โปรแกรม E-Claim Palliative Care สำหรับการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย กลุ่ม Palliative และเชื่อมโยงกับ สปสช. และ Internet Website / โปรแกรม IHIM /และAMED HOME WARD

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	2563	2564	2565	2566	2567
1	งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน						
1.1	อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน	ร้อยละ80	76.87	84.57	78.48	81.79	82.95
1.2	อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้	ร้อยละ80	72.84	88.44	72.56	85.67	82.94
1.3	การส่งข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มสีแดงจากโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน 5 วัน	ร้อยละ	77.95	84.53	87.60	80.29	89.85
1.4	อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน	ร้อยละ80	67.08	77.50	71.13	91.16	82.51
1.5	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน	<ร้อยละ5	4.97	5.41	1.67	4.7	3.72
1.6	อัตราการ re- admit	<ร้อยละ5	2.89	1.67	1.82	2.59	2.72
1.7	ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ80	85.89	95.80	98.00	97.20	90.20
1.8	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ80	88.44	92.85	95.63	95.0	92.65
1.9	กลุ่มเป้าหมายพิเศษ/ ยุงยาก ซ้ำซ้อน วางแผนจำหน่ายและเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ/หน่วยบริการต่างระดับ	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม	มีวางแผนร่วม

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	2563	2564	2565	2566	2567
2	งานพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน						
2.1	มีแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้จัดการ รายโรคในชุมชน	มี	มี	มี	มี	มี	มี
3	งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชน						
3.1	ประเมินผลการทำงานตามเกณฑ์ คุณภาพ(QA)	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1
3.2	การติดตามงานเครือข่าย พื้นที่ รับผิดชอบ	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1

ที่มา : กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

◆ กลุ่มงานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินงานบริการทางด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นบริการ การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

ขอบเขต กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินงานบริการทางด้านแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นบริการ การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการนวดแบบราชสำนัก อบ และประคบสมุนไพร ตลอดจนการให้การรักษาด้วยยาสมุนไพรภายใต้มาตรฐานงานบริการงานแพทย์แผนไทย รวมถึงเครือข่ายอำเภอเมืองลำพูน ตั้งแต่เวลา 08.30–20.30 น. เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ได้แก่
 1. การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
 2. การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
 3. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น การสอนบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตน
2. การรักษาและบรรเทาอาการ ได้แก่
 1. การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา
 2. การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา
 3. หัตถบำบัด คือ การนวดบำบัด
3. การฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่
 1. การนวดฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (กรณีเบิกได้)
 2. การฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด
 3. การฟื้นฟูสุขภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต

◆ กลุ่มงานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อ)

ผลการดำเนินงานคลินิกการแพทย์แผนไทย

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการ คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลลำพูน

ปีงบประมาณ	ผู้รับบริการ ทั้งหมด(ครั้ง)	ชาย	หญิง	รักษา	ส่งเสริม	ฟื้นฟู	ประคบตำ น
2567 (ร้อยละ)	14,680 (100)	3,481 (23.71)	11,199 (76.29)	13,065 (89.00)	123 (0.83)	157 (1.07)	1,335 (9.10)
2566 (ร้อยละ)	13,061 (100)	2,933 (22.46)	10,128 (77.54)	11,057 (84.66)	143 (1.1)	754 (5.77)	1,107 (8.47)
2565 (ร้อยละ)	5,822 (100)	1,300 (22.33)	4,522 (77.67)	4,349 (74.70)	62 (1.06)	207 (3.56)	1,204 (20.68)
2564 (ร้อยละ)	4,799 (100)	1,206 (25.13)	3,593 (74.87)	3,533 (73.62)	49 (1.02)	212 (4.42)	1,005 (20.94)

จากตาราง พบว่า ผู้รับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นการรักษามากที่สุด

รองลงมาผู้มารับบริการรักษามากที่สุด รองลงมาประคบตำน นวดฟื้นฟู และนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

2. ชื่อโรคที่เข้ารับการรักษามากที่สุด จากมากไปหาน้อย 5 อันดับแรก (5 ปีย้อนหลัง)

ชื่อยา	2562	2563	2564	2565	2566	2567
ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 4 หลัง	1,191	1,372	1,962	1,962	5,487	6,441
ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 3 หลัง	798	758	751	751	1,991	2,140
ลมปลายปัตฆาตขา	511	556	452	452	1,536	1,841
ปวดทั่วร่างกาย	485	330	323	323	754	548
ลมจับโปงแห้งเข่า	174	194	161	161	476	692

จากตาราง พบว่า โรคที่รักษามากที่สุดคือโรคลมปลายปัตฆาตสัญญาณ 4 หลัง/คอ

◆ กลุ่มงานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อ)

3. รายการยาสมุนไพรที่มีการใช้สูงสุด 5 อันดับแรก(งานแพทย์แผนไทย)

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ยาขมิ้นชัน	ยาลูกประคบสมุนไพร	ยาฟ้าทะลายโจร
ยาหอมนวโกฐ	ยาฟ้าทะลายโจร	ยาขมิ้นชัน
ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาหอมนวโกฐ	ยาลูกประคบสมุนไพร
ยาลูกประคบสมุนไพร	ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาหอมนวโกฐ
ยาฟ้าทะลายโจร	ยาขมิ้นชัน	ยาเถาวัลย์เปรียง

ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
ยาขมิ้นชัน	ยาลูกประคบสมุนไพร	ยาฟ้าทะลายโจร
ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาฟ้าทะลายโจร	ยาขมิ้นชัน
ยาหอมนวโกฐ	ยาหอมนวโกฐ	ยาลูกประคบสมุนไพร
ยาลูกประคบสมุนไพร	ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาหอมนวโกฐ
ยาเถาวัลย์เปรียง	ยาขมิ้นชัน	ยาเถาวัลย์เปรียง

◇ กลุ่มงานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อ)

4.ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลลำพูน ปีงบประมาณ 2567

	ต.ค.66	พ.ย.66	ธ.ค.66	ม.ค.67	ก.พ.67	มี.ค.67	เม.ย.67	พ.ค.67	มิ.ย.67	ก.ค.67	ส.ค.67	ก.ย.67	รวม
ผู้ป่วยนอก รพ. (ครั้ง)	49,251	52,465	46,103	51,671	51,043	52,021	46,742	54,132	50,738	53,509	55,636	53,354	616,665
ผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทย ห้อง 032+111 (ครั้ง)	1,351	1,398	1,095	1,302	1,297	1,329	1,269	1,518	1,437	1,604	1,541	1,504	16,645
ผู้ป่วยนอกออโรโรปิติกส์ ห้อง082 (ครั้ง)	3,044	3,144	2,681	3,156	2,980	3,011	2,945	3,233	2,905	3,350	3,360	3,143	36,952
ผู้ป่วยนอกเวชกรรมฟื้นฟู ห้อง 142+143+145 (ครั้ง)	1,811	1,791	1,385	1,702	1,599	1,711	1,405	1,634	1,515	1,775	1,774	1,544	19,646
ผู้ป่วยนอกฝังเข็ม รพ.สาขา ห้อง111 (ครั้ง)	87	137	105	102	114	82	123	142	114	127	164	173	1,470
จำนวนฝังเข็ม (GP137)	265	339	283	371	289	343	263	345	352	332	278	332	3,792
ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาสมุนไพร (ครั้ง)	2,254	2,306	2,092	2,130	2,247	1,916	1,915	2,261	1,504	2,043	1,798	1,725	24,191
มูลค่ายาผู้ป่วยนอก	20,664, 269.20	21,513, 053.88	19,487, 566.00	22,826, 659.80	20,861, 829.70	22,230, 842.10	21,333, 425.15	20,455, 641.25	19,198, 258.00	20,624, 779.60	20,779, 396.35	20,558, 719.50	250,534 ,440.53
มูลค่ายาสมุนไพรผู้ป่วยนอก	190,96 4.75	197,77 4.33	178,04 6.75	195,43 8.50	198,83 6.00	177,78 2.50	200,49 3.75	215,99 9.00	147,83 5.75	204,80 1.75	181,17 9.50	162,18 9.00	2,251,3 41.58
ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	3,870	4,043	3,470	3,803	3,833	3,588	3,447	4,124	3,293	3,979	3,617	3,561	44,628
ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย (ร้อยละ)	7.86	7.71	7.53	7.36	7.51	6.90	7.37	7.62	6.49	7.44	6.50	6.67	7.24
การใช้ยาสมุนไพร(ร้อยละ)	4.58	4.40	4.54	4.12	4.40	3.68	4.10	4.18	2.96	3.82	3.23	3.23	3.92

◆ กลุ่มงานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อ)

5.ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.บุคลากรด้านวิชาการ ยังมีน้อยไม่เหมาะสมกับบุคลากรฝ่ายสนับสนุน	- พิจารณาเปิดรับให้โอนย้าย หรือรับตำแหน่งแพทย์แผนไทยเพิ่ม ให้ครบตามกรอบอัตรากำลัง
2.ทรัพยากรสำนักงานไม่เพียงพอ	- สำรวจ จัดทำแผนสำรวจวัสดุ ครุภัณฑ์ประจำปี เพื่อให้ทรัพยากรเพียงพอ
3.การบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยคู่ขนาน การแพทย์แผนปัจจุบันและการกระตุ้นการใช้อยาสุมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ยังไม่ตรงตามตัวชี้วัด	- กระตุ้นการใช้อยาสุมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ได้ทำการให้ความรู้และบรรยายกับ องค์กรแพทย์ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับแพทย์ทุกคลินิก - การบริหารยาสมุนไพรที่ขาดควรการวางแผนร่วมกันเพราะยาบางชนิดขาดการใช้งานมานาน - จัดทำสต็อกยาสมุนไพรบางประเภท ไว้ที่คลินิกการแพทย์แผนไทยเพื่อสะดวกต่อการจ่ายยา และเพิ่มอัตราการใช้อยาสุมุนไพร - วางแผนเปิดคลินิกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยโดยแยกคลินิกเฉพาะและเชี่ยวชาญโรค เช่นคลินิกทางเดินหายใจ คลินิกแก้ปวดศีรษะ คลินิกปวดเข่า โดยมีสถานที่และทีมงานเพิ่มเติม
4.สถานที่ให้บริการไม่เหมาะสม ค่อนข้างจำกัด	- เนื่องจากการย้ายสถานที่ชั่วคราว ทำให้สถานที่ให้บริการค่อนข้างจำกัด ไม่สะดวกต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย

◆ กลุ่มงานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อ)

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ดำเนินการให้คำปรึกษา ตรวจรักษา และวิเคราะห์การใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยสหวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์แผนไทย ตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คลินิกบูรณาการกัญชาทางการแพทย์ ทุกวันอังคาร 13.00 – 16.00 น.

การบริการหลัก : สามารถสั่งใช้ในผู้ป่วย เฉพาะรายของตนที่มีความจำเป็นได้โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่จะสั่งให้ผู้ป่วยใช้กัญชาได้ตามที่กำหนดในกฎหมายฉบับนี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และต้องใช้ในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วก็จะสั่งและจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยได้ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สรุปการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์รายเดือนย้อนหลัง

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
2564	7	2	8	3	3	20	20	5	8	0	4	5	85
2565	0	0	0	0	9	73	56	59	50	43	44	45	379
2566	85	63	20	89	83	80	78	37	20	22	15	27	498
2567	12	17	17	16	15	15	14	14	12	13	10	9	164

สรุปการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน

การจัดการหลักของคลินิกกัญชาทางการแพทย์จัดการด้วยทรัพยากรที่ดูแลโดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ทั้งวัสดุอุปกรณ์ กำลังคน และ ใช้บางส่วนจากงานสนับสนุนกองทุนยาสมุนไพรจากเขตสุขภาพที่ 1 และยา กัญชาที่ได้พรบสนับสนุนจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในระยะแรกมีบุคลากรให้บริการที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้ง หลักสูตรจากกรมการแพทย์ และ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การให้บริการมีเฉพาะ วันอังคารช่วงบ่าย 13.00 – 16.30 น. และเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยทุกวันและเวลาราชการ ต่อมา ควบคู่กับการบริการคลินิกคู่ขนานทางการแพทย์แผนไทย

คลินิกฝังเข็ม (111)

คลินิกฝังเข็มสังกัดกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตรวจรักษาโรคทั่วไป และ วิเคราะห์โรคทางแพทย์แผนจีนโดย แพทย์แผนปัจจุบัน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็มโดยแพทย์จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คลินิกบูรณาการกัญชาทางการแพทย์ ทุกวันอังคาร และ วันพฤหัสบดี 08.30 -16.00 น.

◆ กลุ่มงานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อ)

การบริการหลัก : สามารถรักษาและทำหัตถการผู้ป่วย เฉพาะรายของคนที่มีความจำเป็นได้โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่จะทำหัตถการรักษาโดยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรฝังเข็มตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สรุปการให้บริการคลินิกฝังเข็มรายเดือนย้อนหลัง

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
2567	87	137	105	102	114	82	123	142	114	127	164	173	1,470

สรุปการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน

การจัดการหลักของคลินิกคลินิกฝังเข็มจำกัดด้วยทรัพยากรที่ดูแลโดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ทั้งวัสดุอุปกรณ์ กำลังคน ในระยะแรกมีรับผู้ป่วยเฉพาะวันพฤหัสบดี และขยายงานเป็น วันอังคาร เข้าและป่วยร่วมบูรณาการใช้แพทย์ร่วมกับคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รพ.ลำพูนสาขาเวียงยอง วันอังคารและวันพฤหัสบดี 08.30 – 16.30 น. เพื่อตอบสนองผู้ป่วยตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งให้กับประชาชน

ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกบริการรักษาจากมากไปหาน้อย

- โรคนอนไม่หลับ
- มะเร็งระยะต่างๆ
- โรคปวดที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท
- โรคพาร์กินสัน
- ปวดศีรษะ (Migrain)

ยาที่ใช้จากมากไปหาน้อย

- น้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา
- น้ำมันกัญชาสูตร THC 1.3%
- น้ำมันกัญชาสูตร THC:CBD 1:1
- น้ำมันกัญชาสูตร CBD
- ยาสมุนไพรที่มีกัญชาผสมอยู่

◇ กลุ่มงานงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1.บุคลากรที่รับมอบหมายยังมีน้อยและต้องทำงานประจำ (คงเหลือแพทย์แผนไทย 1 ตำแหน่งเท่านั้น)	- จัดการบริการตามกรอบการทำงานของสหวิชาชีพ - มอบหมายงานจาก คกก.โดยมีคำสั่งปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด - มอบหมายงานโดยไม่กระทบกับงานประจำ
2.ยابางสูตรขาดทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสูตรยาบ่อยครั้ง และยابางชนิดไม่ได้รับการสนับสนุนต่อ	- จัดการประชุมวางแผนและชี้แจงจำนวน ความเคลื่อนไหว และลดจำนวนความต้องการยา ร่วมกัน วิเคราะห์แผนและความเสี่ยงนำไปสู่ความเหมาะสมของการบริหารคลินิก ร่วมกันอย่างเหมาะสม - ทำแผนเสนอความต้องการและแผนบริหารเพื่อบรรจุเข้าเป็นแผนหลักรายปี

การบริการฝังเข็มและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

ห้องฝังเข็มและการบริการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการให้แพทย์แผนปัจจุบัน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์ฝังเข็ม ผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย และพนักงานบริการ ตามมาตรฐาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คลินิกบริการฝังเข็ม ให้บริการ ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี 08.30 – 16.00 น. เปิดให้บริการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567

การบริการหลัก : สามารถให้บริการในหลักการแพทย์แผนจีน ให้บริการฝังเข็ม และ การครอบแก้วเป็นต้น

โรคผู้ป่วยที่มารับบริการดังนี้

- โรคระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท
- โรคและอาการอื่นๆทั่วไป

ปัญหาและอุปสรรค

- อุปกรณ์และวัสดุเบิกได้จำกัด (ไม่เคยมีคลังเบิกวัสดุมาก่อน)
- สถานที่มีไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ
- เตียงและเครื่องมือให้บริการยังไม่พร้อม
- บุคลากรสายสนับสนุนไม่มี

◆ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

เป็นหน่วยงานหลักในการประสานการจัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลลำพูน ประกอบไปด้วย แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล, แผนคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีจากแหล่งงบประมาณต่าง ๆ การจัดทำแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง, การจัดทำแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ รวมทั้ง หน่วยงานหลักในการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาล ดำเนินการออกแบบพัฒนาระบบฐานข้อมูล พัฒนาระบบซอฟต์แวร์ประมวลผลข้อมูล รวบรวมและจัดทำสถิติสาธารณสุข, วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลเพื่อการสนับสนุนการบริหารงานทั้งการวางแผน การติดตาม การนิเทศตรวจราชการและ การประเมินผล ติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งการสนับสนุนข้อมูลให้กับภายนอกและภายใน หน่วยงานสนับสนุนและบริการทางวิชาการ ให้คำปรึกษาในเรื่องการจัดทำแผน การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการประสานดำเนินการตามนโยบายที่สำคัญต่าง ๆ เช่น นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติราชการ นโยบายบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	ข้าราชการ	พนักงานราช	พนักงานกระทรวง	รวม
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน		1		1
เจ้าพนักงานธุรการ			1	1
นักวิชาการสาธารณสุข			2	2
รวม		1	3	4

การจัดแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการโรงพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน ได้ดำเนินการพัฒนา ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และมีการปรับแผนยุทธศาสตร์ใน ปีงบประมาณ 2567 โดยกำหนดประเด็น ยุทธศาสตร์การพัฒนามาออกเป็น 4 ด้าน ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

- 1.1 เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (PP&P Excellence)
- 1.2 พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
- 1.3 พัฒนาการบริหารจัดการด้านกำลังคนให้เพียงพอ และการพัฒนาบุคลากรและผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ (People Excellence)
- 1.4 พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

◆ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ (ต่อ)

และได้สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ ทั้ง 4 ด้าน โดยในปีงบประมาณ 2567 มีการจัดแผนงาน/โครงการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ทั้งสิ้น 144 โครงการ

ผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้าหมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ 67 (ต.ค.66-ก.ย.67)				
		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม
1. จำนวนหนังสือรับเข้า	หน่วยนับ					
- หนังสือทั่วไป	ฉบับ	159	207	173	118	657
- ขออนุมัติจัดซื้อ	ฉบับ	137	161	319	275	892
- ใบซ่อม	ฉบับ	200	273	235	245	953
2. จำนวนยอดการใช้งบประมาณแยกตามหมวดงบการเงินสะสม	หน่วยนับ					
-ครุภัณฑ์มูลค่าต่ำกว่าเกณฑ์ หมวดP23 (ยอด 2,550,000 บาท)	บาท (ร้อยละ)	192,233.00 (7.54)	977,305.69 (38.33)	824,386.55 (32.33)	383,580.00 (15.04)	2,397,505.24 (94.02)
-ครุภัณฑ์ทดแทนชำรุด / นอกแผนที่จำเป็น (ยอด 8,600,000 บาท)	บาท (ร้อยละ)					
-ทดแทนครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ที่ชำรุด (ยอด 1,700,000 บาท)	บาท (ร้อยละ)	481,000.00 (28.29)	369,700.00 (21.75)	450,590.00 (26.51)	394,500.00 (23.21)	1,695,790.00 (99.75)
-ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์นอกแผน (ยอด 1,850,000 บาท)	บาท (ร้อยละ)	293,000.00 (15.84)	842,000.00 (19.98)	140,000.00 (7.57)	325,000.00 (17.57)	1,600,000.00 (86.49)
-ค่าซ่อมแซมอาคารและสิ่งปลูกสร้าง (ยอด 8,148,869.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	1,483,096.48 (18.20)	2,734,676.92 (33.56)	1,538,792.66 (18.88)	1,898,833.00 (23.30)	7,655,399.06 (93.94)
-ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์สำนักงาน (ยอด 1,448,430.11 บาท)	บาท (ร้อยละ)	506,059.50 (34.94)	7,186.60 (0.50)	101,260.00 (6.99)	16,065.00 (1.11)	630,571.10 (43.53)

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้า หมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ 67 (ต.ค.66-ก.ย.67)				
		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม
-ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์ยานพาหนะและขนส่ง (ยอด 1,267,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	57,972.33 (4.58)	72,544.06 (5.73)	128,306.70 (10.13)	89,886.83 (7.09)	348,709.92 (27.52)
-ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ (ยอด 310,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)					
-ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่ (ยอด 29,450.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)					
-ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ (ยอด 3,485,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	726,081.00 (20.83)	692,188.78 (19.86)	1,228,194.75 (35.24)	609,993.00 (17.50)	3,256,457.53 (93.44)
-ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ (ยอด 2,070,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	0.00	6,282.00 (0.30)	1,200,000.00 (57.97)	352,675.00 (17.04)	1,558,957.00 (75.31)
-ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์อื่น (ยอด 500,000 บาท)	บาท (ร้อยละ)	46,713.25 (9.34)	85,386.00 (17.08)	34,724.00 (6.94)	188,664.50 (37.73)	355,487.75 (71.10)
-ค่าจ้างเหมาซ่อมแซมครุภัณฑ์ (ยอด 900,000 บาท)	บาท (ร้อยละ)					
-ค่าซ่อมแซมทั่วไป หมวด P21 (ยอด 2,000,000 บาท)	บาท (ร้อยละ)					
-ค่าจ้างเหมาบริการอื่น (สนับสนุน) (ยอด 15,953,677.76 บาท)	บาท (ร้อยละ)	1,388,139.93 (8.70)	4,986,498.33 (31.26)	7,523,904.41 (47.16)	1,575,665.00 (9.88)	15,474,207.67 (69.99)
-วัสดุการแพทย์ (ไม่สำรองคลัง) (ยอด 3,500,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)					
-วัสดุสำนักงาน (ยอด 4,000,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	85,277.00 (2.13)	271,588.38 (6.79)	58,789.00 (1.47)	100,383.50 (2.51)	516,037.88 (12.90)
-วัสดุยานพาหนะและขนส่ง (ยอด 3,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)					

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้า หมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ 67 (ต.ค.66-ก.ย.67)				
		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม
-น้ำมันเชื้อ (Bioler, เครื่อง กำเนิดไฟฟ้า,ตัดหญ้า) (ยอด 5,288,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)					
-วัสดุไฟฟ้าและวิทยุ (นอกคลัง) (ยอด 562,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	278,220.55 (49.51)	136,168.00 (24.23)	99,443.00 (17.69)	34,128.00 (6.07)	547,959.55 (97.50)
-วัสดุโฆษณาและเผยแพร่ (ยอด 903,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	216,415.00 (23.97)	220,187.80 (24.38)	22,032.00 (2.44)	82,422.10 (9.13)	541,056.90 (59.92)
-วัสดุคอมพิวเตอร์ (ยอด 2,020,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	119,980.00 (5.94)	176,674.30 (8.75)	112,440.00 (5.57)	137,265.00 (6.80)	546,359.30 (27.50)
-วัสดุงานบ้านงานครัว (ยอด 7,800,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	890,127.00 (11.41)	779,918.56 (10.00)	402,145.00 (5.16)	560,450.00 (7.19)	2,632,640.56 (33.75)
-วัสดุงานบ้านงานครัว – นอกคลัง (ยอด 3,800,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	627.00 (0.02)	147,318.56 (3.88)	67,645.00 (1.78)	82,550.00 (2.17)	298,140.56 (7.85)
-วัสดุงานบ้านงานครัว – ประเภทผ้า (ยอด 2,850,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	889,500.00 (31.21)	632,600.00 (22.20)	334,500.00 (11.74)	477,900.00 (16.77)	2,334,500.00 (81.91)
-วัสดุการเกษตร (ยอด 120,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	43,850.00 (36.54)	26,200.00 (21.83)	44,420.00 (37.02)	2,400.00 (2.00)	116,870.00 (97.39)
-วัสดุซ่อมแซม – ทั่วไป (ยอด 1,680,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	306,596.00 (18.25)	421,705.90 (25.10)	289,417.98 (17.23)	510,342.34 (30.38)	1,528,062.22 (90.96)
-วัสดุซ่อมแซม –การแพทย์ (ยอด 3,200,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	570,544.60 (17.83)	847,372.88 (26.48)	765,362.75 (23.92)	710,071.56 (22.19)	2,893,351.79 (90.42)
-วัสดุปรับปรุงอื่น ๆ (ยอด 65,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	0.00	41,349.80 (63.62)	0.00	0.00	41,349.80 (63.62)
-วัสดุประปา (นอกคลัง) (ยอด 52,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	0.00	16,518.00 (31.77)	0.00	0.00	16,518.00 (31.77)
-วัสดุก่อสร้าง (ยอด 900,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	17,043.00 (1.89)	26,010.00 (2.89)	0.00	0.00	43,053.00 (4.78)
-วัสดุอื่น ๆ (แบบพิมพ์) (ยอด 160,000.00 บาท)	บาท (ร้อยละ)	26,050.00 (16.28)	44,542.50 (27.84)	0.00	30,602.00 (19.13)	101,194.50 (63.25)
3. ร้อยละความถูกต้องของ การเขียนโครงการตาม	ร้อยละ 85	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้า หมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ 67 (ต.ค.66-ก.ย.67)				
		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม
หลักการ (โครงการทั้งหมด/ โครงการแก้ไขจาก สสจ.)						
4. ร้อยละความสำเร็จ ในการควบคุม และการ ติดตามการใช้งบเงิน ประมาณของโรงพยาบาล (งบลงทุนด้วยเงินบำรุง รพ.)	ร้อยละ 85					91.38
5. ร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ 1 (ผ่านเป้าหมาย)	ร้อยละ 85	69.57	60.87	60.87	60.87	63.04
-จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ข้อ	23	23	23	23	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	16	14	14	14	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	7	9	9	9	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ติดตาม ไม่ได้	ข้อ	0	0	0	0	
6. ร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ 2 (ผ่านเป้าหมาย)	ร้อยละ 85	88.89	66.67	55.56	55.56	66.67
-จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ข้อ	9	9	9	9	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	8	6	5	5	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	1	3	3	4	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ติดตาม ไม่ได้	ข้อ	0	0	1	0	
7. ร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ 3 (ผ่านเป้าหมาย)	ร้อยละ 85	55.56	55.56	55.56	55.56	55.56
-จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ข้อ	9	9	9	9	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	5	5	5	5	

หัวข้อข้อมูลปริมาณงาน	เป้า หมาย	ข้อมูลปีงบประมาณ 67 (ต.ค.66-ก.ย.67)				
		ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รวม
-จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	2	2	2	2	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ติดตาม ไม่ได้	ข้อ	2	2	2	2	
8. ร้อยละความสำเร็จของ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ที่ 4 (ผ่านเป้าหมาย)	ร้อยละ 85	47.37	47.37	52.63	31.58	44.74
-จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ข้อ	19	19	19	19	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	9	9	10	6	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เป้าหมาย	ข้อ	7	7	6	8	
-จำนวนตัวชี้วัดที่ติดตาม ไม่ได้	ข้อ	3	3	3	5	
9. ร้อยละความสำเร็จของ แผนปฏิบัติการตามแผน ยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ด้าน	ร้อยละ 85					
-ยุทธศาสตร์ ที่ 1		63.04				
-ยุทธศาสตร์ ที่ 2		66.67				
-ยุทธศาสตร์ ที่ 3		55.56				
-ยุทธศาสตร์ ที่ 4		44.74				
10. ร้อยละความสำเร็จใน ควบคุม ดูแล และติดตาม การปฏิบัติงานของแต่ละ หน่วยงาน						
-ด้านการดำเนินงาน โครงการ						
-ดำเนินการ	ร้อยละ 85	63.89 92)				
-ไม่ได้ดำเนินการ		36.11 (52)				
-ติดตามได้	ร้อยละ 85	100 (23)	100 (9)	77.78 (7)	73.68 (14)	87.87 53)
-ติดตามไม่ได้		0	0	22.22 (2)	26.32 (5)	12.13 (7)

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

◆ งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา

งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา เป็นงานบริการและสนับสนุนการปฏิบัติงานของฝ่ายและกลุ่มงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล โดยใช้สื่อด้านโสตทัศนอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ผลิตสื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้กิจกรรมขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตบริการ

- งานถ่ายภาพทางการแพทย์/ถ่ายภาพทั่วไป/ถ่าย VDO/ผลิตสื่อภาพเคลื่อนไหว/Copy VCD DVD/ แสแกนภาพ
- ผลิต/นำเสนองานด้วย Power point/Multimedia
- งานกราฟฟิก/แผ่นพับ/ภาพพลิก/แผนภูมิ/ตาราง/โลโก้/ตัดสติ๊กเกอร์/โปสเตอร์/วารสารทางการแพทย์/สื่อประชาสัมพันธ์/ตกแต่งภาพ/เกียรติบัตร/การ์ด/ป้ายพิวเจอร์บอร์ด/ป้ายสติ๊กเกอร์ PVC/ป้ายเวที/ป้ายโฟม/ป้ายโรลอัพ/ออกแบบบัตรเจ้าหน้าที่และบัตรอื่นๆและตกแต่งรูปภาพต่างๆ
- งานโสตทัศนศึกษา จัดเตรียมอุปกรณ์โสตฯให้เพียงพอและเหมาะสมกับการใช้งานในการขอรับบริการแต่ละหน่วยงาน/แต่ละครั้ง
- จัดทำการบันทึกเสียงการประชุม รวมทั้งการใช้และผลิตสื่อด้วยคอมพิวเตอร์/มัลติมีเดีย
- ให้บริการทำ Copy Print แบบพิมพ์ แบบฟอร์มและเอกสารต่าง ๆ
- งานบริการห้องประชุม ให้บริการควบคุมดูแลระบบภาพและระบบเสียงในห้องประชุม ประสานงานผู้รับบริการ รับจองห้องประชุม จัดตารางการใช้ห้องประชุม
- ติดตั้ง ทดสอบการใช้งาน ควบคุมและเตรียมความพร้อมดูแลความเรียบร้อยของโสตทัศนอุปกรณ์ทั้งในและนอกห้องประชุมให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์และจัดเก็บที่ถูกต้อง เพื่อยืดอายุการใช้งานของอุปกรณ์

อัตรากำลัง

ตำแหน่ง	ข้าราชการ	พนักงาน ราช	พอส	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว
ช่างภาพการแพทย์ชำนาญการ	1				
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน	1				
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน	1				
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา			1		
นักประชาสัมพันธ์			1		
นักวิชาการโสตทัศนศึกษา			1		
พนักงานโสตทัศนศึกษา			1		

◆ งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา^(ต่อ)

สถิติผลการดำเนินงาน

กิจกรรม	ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567	
1. งานถ่ายภาพ/วิดีโอ	หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ	
จำนวนการถ่ายภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ
- ภาพถ่ายกล้อง Digital	340	49580	350	50460	389	53260
- ถ่ายยวีดีโอ Video	32	32	36	36	35	35
ประเภทการถ่ายภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ	ครั้ง	ภาพ
- ถ่ายภาพทางการแพทย์	12	190	15	210	18	284
- ถ่ายภาพกิจกรรมในโรงพยาบาล	230	33640	232	34800	250	36210
- ถ่ายภาพกิจกรรมนอกโรงพยาบาล	98	15750	103	15450	105	15880
2. งานผลิตสื่อ	หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ	
งานเขียน – ออกแบบ	ครั้ง	แผ่น/ชิ้น	ครั้ง	แผ่น/ชิ้น	ครั้ง	แผ่น/ชิ้น
- การ์ด	65	1831	64	1901	66	2002
- เข้าเล่ม/เย็บเล่มเอกสาร	5	80	2	75	4	250
- ใบประกาศ/เกียรติบัตร	55	1369	51	1420	55	1501
- ป้ายต้อนรับกำหนดหมู่	40	40	37	46	38	38
- ป้ายบอร์ดนิทรรศการ/หัวบอร์ด	20	20	14	53	18	29
- ป้ายห้องประชุมขนาดใหญ่ 1/2/3/4	25	95	28	103	29	145
- ปรี้นเอกสารสี/ขาว-ดำ	294	8964	320	9416	350	9764
- โปสเตอร์ A3/A4	135	672	124	588	135	698
- หุ้มบอร์ด/เคลือบบัตร	60	1523	52	1475	55	1599
- แผ่นพับ /ภาพพลิก	12	585	11	270	24	1200
- แผนภูมิ/แผนภาพ/แผนผัง/ตาราง	42	42	40	40	41	41
- ป้ายสติ๊กเกอร์/สติ๊กเกอร์ติดฟิว เจอร์บอร์ด	231	976	211	1305	225	1450
- บันทึกข้อมูลลงแผ่น CD/DVD	10	10	51	812	8	8

◇ งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา^(ต่อ)

กิจกรรม	ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567	
3. งานคอมพิวเตอร์กราฟิก	หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ	
	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด
- Presentation/Power Point	20	20	30	30	29	29
- ตัดต่อ VDO	39	39	46	46	55	55
- ตกแต่งภาพถ่าย	343	49580	350	50460	380	53204
- Scan ภาพ	145	145	159	159	158	158
- บันทึกข้อมูล CD-R/ออกแบบปก	15	15	10	10	5	5
4. งานบริการโสตทัศนูปกรณ์	หน่วยนับ		หน่วยนับ		หน่วยนับ	
การบริการให้ยืม	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด	ครั้ง	แผ่น/ชุด
- ป้ายสามเหลี่ยม	40	456	37	375	40	395
- Computer Notebook	48	48	37	46	47	47
- เลเซอร์พอยเตอร์	15	15	20	20	16	16
- ชุดเครื่องเสียงไมค์/ลำโพง	29	29	31	44	38	38
- Projector	46	46	55	55	52	52
- จอ TV	13	13	10	10	9	9
- โต๊ะ	49	259	57	359	61	380
- เก้าอี้	54	234	52	219	55	240
- ผลิต/นำเสนอผลงานด้วยPower point	10	10	15	32	15	15
- ทำบัตรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	45	526	57	821	65	890
- การ์ดวันเกิดเจ้าหน้าที่	12	234	13	950	10	556
- อื่นๆ						

◇ งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา (ต่อ)

<u>การเตรียมและควบคุมการใช้ห้องประชุม</u>	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง
<u>ห้องประชุม</u>	6	6	6
- การเตรียมห้องประชุม	960	960	970
- ชุดเครื่องเสียงขยายเสียงในห้องประชุม	960	960	970
- การเตรียมห้องประชุมออนไลน์ 3 ห้อง	76	81	83
- Video Projector	960	960	970
- Computer Notebook	960	960	970
- การบันทึกเสียง	46	50	62
- การถ่ายภาพภายในที่ประชุม	195	216	281
-การถ่ายวิดีโอภายในห้องประชุม	30	23	89
-ระบบถ่ายทอดสด (OB) Facebook	-	-	18
<u>การติดตั้งระบบเสียงนอกห้องประชุม</u>	39	35	38

ที่มา : งานเวชนิทัศน์และโสตทัศนศึกษา

◇ งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

1. หน้าที่ และเป้าหมาย (Purpose)

ประเมินวัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศขององค์กร ความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพในทุกระดับ วางแผนในการพัฒนาคุณภาพ บูรณาการร่วมกับแผนยุทธศาสตร์และทีมงาน ประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

2. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service)

1. ด้านการประสานงาน ประสานงาน/สนับสนุนทีมพัฒนาคุณภาพ หน่วยงาน บุคลากร เพื่อการสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือ ให้ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการและองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพและดำเนินการสื่อสารข้อมูล เอกสาร รายงาน ต่างๆกับหน่วยงานดังต่อไปนี้

- หน่วยงานในโรงพยาบาลลำพูน
- หน่วยงานเครือข่าย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เป็นต้น
- องค์กรรับรองมาตรฐานต่างๆ เช่น สรพ. องค์กรวิชาชีพ เป็นต้น
- หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต เช่น กพร. สลก. เป็นต้น

2. ให้บริการปรึกษา ให้ความรู้แก่บุคลากร หน่วยงาน และทีมพัฒนาคุณภาพทุกระดับ รวมถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทุกทีมของโรงพยาบาลฯ รวมทั้งนำเครื่องมือคุณภาพมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มีความเข้าใจมาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพ

3. ควบคุมกำกับกระบวนการงานการจัดการเอกสารคุณภาพ รวมทั้งจัดเก็บต้นฉบับเอกสารคุณภาพทุกระดับ เพื่อสื่อสารให้หน่วยงานทีมคุณภาพรับทราบและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และดำเนินการด้านการจัดทำเอกสารคุณภาพ ได้แก่

- การจัดทำใหม่
- แก้ไข
- ขอลดลงใช้
- ยกเลิกเอกสาร
- ขอสำเนา

4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพให้แก่หน่วยงาน และเครือข่ายเช่นการจัดมหกรรมคุณภาพประจำปีเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และร่วมชื่นชมทีมพัฒนาคุณภาพ หน่วยงาน และบุคลากร ที่มีผลงานการพัฒนาคุณภาพที่โดดเด่น และเป็นแบบอย่างที่ดี ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

5. นำองค์ความรู้ไปทบทวน/ปรับปรุงกระบวนการที่รับผิดชอบ ก่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งต่อผู้ป่วย และบุคลากร ตลอดจนเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการ ลดข้อร้องเรียน จากผู้ป่วย ผู้รับบริการ และบุคลากร

งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน (ต่อ)

6. ประสานงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในการจัดส่งข้อมูล และเอกสารการขอรับรองคุณภาพตามรอบการประเมิน HA เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพการบริการตามมาตรฐาน HA อย่างต่อเนื่อง

ศักยภาพ : เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA และองค์วิชาชีพ

ข้อจำกัด : มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย ทำให้ความต่อเนื่องในการประสานงานเพื่อความสะดวกคล่องในงานบางช่วงเกิดความไม่ราบรื่น

3. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

กลุ่มผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
บุคลากรระดับบริหาร	- กระตุ้นให้ทีมพัฒนาคุณภาพร่วมมือ ชัดเจนในการพัฒนางาน - ทีมคุณภาพรายงานผลการพัฒนางานคุณภาพและแผนปฏิบัติการ ตามเวลาที่กำหนด - การประสานการตรวจเยี่ยมสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง - มีการดำเนินงานตามนโยบายคุณภาพที่สอดคล้องกับ กรมฯ กระทรวงสาธารณสุข
บุคลากรที่ปฏิบัติงาน	- มีการประสานข้อมูลด้านคุณภาพ สะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว ครบคลุม ตรงเวลา - มีความรู้ สามารถเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับด้านการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน - การจัดเก็บเอกสารคุณภาพ เข้าถึงง่าย ไม่สูญหาย และเป็นปัจจุบัน - มีระบบบริการให้คำปรึกษา การสื่อสาร ที่สะดวก รวดเร็ว - มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสาร
ผู้ป่วย/ญาติ	- มีช่องทางในการรับข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะที่สะดวก และ - ดำเนินการประสานให้เกิดการแก้ไขข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะอย่างชัดเจน
สถาบัน/หน่วยงานคุณภาพภายนอก	- สะดวกในการประสานงานและร่วมมือในงานคุณภาพ ได้รับข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็วตรงเวลา และน่าเชื่อถือ

◇ งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน (ต่อ)

4. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ศักยภาพ ข้อจำกัด

4.1. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ด้านปริมาณงาน

1. ประสานงาน/สนับสนุนทีมพัฒนาคุณภาพ หน่วยงาน บุคลากร การเข้าร่วมประชุมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, การประชุมทบทวน, การบริหารจัดการความเสี่ยง เฉลี่ย 1-3 ชั่วโมงต่อวัน
2. ให้บริการปรึกษา ให้ความรู้ แก่บุคลากร หน่วยงาน และทีมพัฒนาคุณภาพ เช่น เป็นวิทยากรให้ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล, Quality round, Internal audit เฉลี่ย 2-6 ชั่วโมงต่อวัน
3. เก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดงานคุณภาพ และข้อมูลเฉพาะตามที่หน่วยงานร้องขอ เฉลี่ย 4-5 รายงานต่อเดือน
4. การจัดการเอกสารคุณภาพ Quality Documents
5. ดำเนินการจัดทำโครงการตามแผนพัฒนาเฉลี่ยปีละ 5-10 โครงการ
6. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพให้แก่หน่วยงาน ปีละ 2 ครั้ง
7. ประสานงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในการจัดส่งข้อมูลงานด้านคุณภาพทุก 1 เดือน
8. ส่งข้อมูลพื้นฐานด้านการบริการให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุก 6 เดือน

ด้านทรัพยากร

บุคลากร จำนวน 4 คน

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้ากลุ่มงาน) จำนวน 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพเกษีณอายุราชการ (ทำโครงการจ้างงาน 1 ปี)
- นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน
- เจ้าหน้าที่งานธุรการ 1 คน

เทคโนโลยี

- 1.ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System: HRMS
- การประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI)
- ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ Hospital Safety Culture Survey online

◇ งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน (ต่อ)

- Thip II
- CPP สปสช.
- บันทึกข้อมูล รพ.ผ่านระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์และทรัพยากรสุขภาพ (gis health)

เครื่องมือ

- คอมพิวเตอร์ 5 ชุด
- เครื่องปริ้นสเตอร์ 2 ตัว
- โทรศัพท์ขนาด 65 นิ้ว 1 เครื่อง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี				
		2563	2564	2565	2566	2567
1. ร้อยละของหน่วยงานที่จัดส่งรายงานการประเมินตนเองระดับหน่วยงาน ตามกำหนดเวลา	ร้อยละ 80	66.84	70.40	73.5	86.5	88.0
2. ร้อยละของเอกสารคุณภาพได้รับการแก้ไขให้เป็นปัจจุบัน	ร้อยละ 60	NA	NA	62.6	80.3	85.5
3. ร้อยละการผ่านมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลลำพูน	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
5. ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลงานการพัฒนาคุณภาพเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ร้อยละ 50	93.0	89.5	88.6	92.3	93.0
6. ร้อยละความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมงานมหกรรมคุณภาพประจำปี	ร้อยละ 90	87.3	80.5	86.2	90.2	92.6

ความเสี่ยงสำคัญ:

- การจัดทำเอกสารทางราชการ และการจัดทำเอกสารคุณภาพเกิดการล่าช้า ผิดพลาดไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่วางแผนไว้

◇ งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน (ต่อ)

จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
1	การจัดทำเอกสารทางราชการ และการจัดทำเอกสารคุณภาพเกิดการล่าช้าผิดพลาดไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่วางแผนไว้	-จัดทำแผน Action plan ในการดำเนินงานให้ชัดเจน มีระยะเวลากำกับ และมีชื่อผู้รับผิดชอบ -ข้อมูลแต่ละด้านอย่างชัดเจน -พัฒนาเครื่องมือ ช่วยในการรายงานตัวชี้วัด และเพิ่มความสะดวกของ Owner ในการเข้ารายงานตัวชี้วัด สามารถรายงานผ่าน Email , Website HA และ Application Line -เพิ่มจำนวนช่องทางการเข้าถึงข้อมูล feed back ตัวชี้วัด / แนวโน้มอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง รพ. ในรูปแบบของโปรแกรม และข้อมูลเอกสาร - ติดตาม/วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน - นิเทศลงทำงานหรือมีช่องทางการสื่อสารกับทีมทุกหน่วยงานเพื่อรับฟังและแก้ไข ปัญหาในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด รวมถึงปัญหาในด้านอื่นๆ	- ร้อยละของหน่วยงานที่จัดส่งรายงานการประเมินตนเองระดับหน่วยงานตามกำหนดเวลา (เป้าหมายร้อยละ 80) - ร้อยละของเอกสารคุณภาพได้รับการแก้ไขให้เป็นปัจจุบัน (เป้าหมายร้อยละ 80)

ที่มา : งานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

◇ งานเวชระเบียน

บริบท (Context)

ก.หน้าที่ และ เป้าหมาย (Purpose) งานเวชระเบียน เป็นหน่วยงานบันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราว ประวัติของผู้ป่วย เพื่อให้บริการข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล หน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่จัดเก็บ ดูแลรักษาข้อมูลเหล่านั้นให้ปลอดภัย สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้เมื่อต้องการ ซึ่งแบ่งงานออกเป็น 3 หน่วย ดังนี้

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope Of Service)

1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก :

- (1) เปิดบริการทำประวัติการรักษาตลอด 24 ชั่วโมง โดยทำการบันทึกข้อมูลของผู้มารับบริการด้วยระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายของโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถสืบหาข้อมูลได้รวดเร็ว โดยไม่ต้องรอค้นหาเอกสารเวชระเบียน
- (2) ให้การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลในเวชระเบียน โดยการกำหนดสิทธิบุคคลที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลและมีระเบียบปฏิบัติสำหรับการขอสำเนาเวชระเบียนให้เป็นลายลักษณ์อักษร
- (3) บริการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารการเคลมประกันชีวิตของบริษัทต่างๆกับผู้ร้องขอ
- (4) บริการออกเลขใบรับรองการเสียชีวิต และบันทึกข้อมูลการเสียชีวิตในระบบ web site ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรายงานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

2) เวชระเบียนผู้ป่วยใน :

- (1) การรับลงทะเบียนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล(Admit) รับข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ ทำการลงทะเบียนออกเลข AN ในระบบคอมพิวเตอร์ และทำการ Print Summary ไปยังจุดพยาบาล Admit
- (2) ปัจจุบัน ยังใช้เอกสารในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน เอกสารเวชระเบียนที่เสร็จสิ้นกระบวนการต่างๆแล้วจะถูกส่งไปยังห้องเก็บเวชระเบียนที่มีระบบรักษาความปลอดภัยจากบุคคลภายนอกและสัตว์กัดแทะ และทำการ Scan จัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการเก็บเอกสารเวชระเบียนเข้าชั้นเก็บเรียงตาม AN แยกไว้เป็นรายปี เพื่อความสะดวกในการค้นหาและทำลาย
- (3) สร้างระบบการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยในที่กำหนดแล้วจากหอผู้ป่วย เพื่อให้เวชระเบียนผู้ป่วยในได้รับการบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน รวดเร็ว ทันเวลา ลดการสูญหาย

◇ งานเวชระเบียน(ต่อ)

3) เวชสถิติ :

- (1) เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ ทำหน้าที่ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน ของการสรุปเวชระเบียน ก่อนทำการเขียนและบันทึกรหัสโรคและหัตถการในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อเป็นไปตามมาตรฐานของการให้รหัส
- (2) จัดทำและดำเนินงานตามโครงการทบทวนการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับค่าชดเชยตามกลุ่ม DRG ไม่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย โดยแพทย์และเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ กรณีที่พบความผิดปกติ จะทำการทบทวนการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน และดำเนินการแก้ไข ให้ถูกต้อง
- (3) จัดทำและดำเนินงานตามโครงการตรวจสอบความสมบูรณ์เวชระเบียน โดยมี แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ ดำเนินการตรวจสอบและสรุปผล ปีละ 3 ครั้ง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาและประเมินผลในด้านต่างๆ

เครื่องชี้วัดสำคัญ

ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	99%	86.9	86.82	78.39
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	99%	87.96	90.12	92.13
อัตราความพึงพอใจ	95%	NA	95.07	95.08
ระยะเวลารอคอยทำบัตรผู้ป่วยนอก	5 (นาที)	2.57	3.59	7.53

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูล	หน่วยวัด	ปี 2567
บริการออกเลขใบรับรองการเสียชีวิต	ราย	1,308
บริการคัดลอกสำเนาเวชระเบียนตามคำร้องขอ	ราย	364
บริการดำเนินการเอกสารเคลมประกันชีวิต	ฉบับ	503
การคัดเวชระเบียนผู้ป่วยในที่พบความผิดปกติให้ทีมแพทย์ทบทวน	ฉบับ	4,448
บริการทำบัตรและตรวจสอบสิทธิการรักษาผู้ป่วยนอก(ไม่มีนัด)	ราย	93,526
บริการทำบัตรและตรวจสอบสิทธิการรักษาผู้ป่วยนอก(นัด)	ราย	361,949
บริการลงทะเบียนรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล (Admit)	ราย	34,377

ที่มา : งานเวชระเบียน

