



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
โรงพยาบาลลำพูน

รายงานประจำปี 2561



คำนำ

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

รายงานประจำปี 2560 ฉบับนี้เป็นการรวบรวมผลการดำเนินงานของกลุ่มงาน / ฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อจะได้นำข้อมูลต่างๆใช้ในการวางแผนงาน โครงการ ตลอดจนใช้ประโยชน์ของข้อมูลเพื่อพัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

นายวรเชษฐ เต๋ชะรัก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดลำพูน	1
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลลำพูน	3
- ความเป็นมา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเข็มมุ่ง	3
- โครงสร้างองค์กร	4
- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	5
- จำนวนบุคลากรแยกตามประเภทบุคลากรและสายงาน	6
ส่วนที่ 3 กิจกรรมและการให้บริการ	9
- งานบริการผู้ป่วยนอก	9
- งานบริการผู้ป่วยใน	12
- สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก	13
- สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน	16
กลุ่มงานรังสีวิทยา	20
กลุ่มงานวิสัญญี	23
กลุ่มงานทันตกรรม	24
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	26
กลุ่มงานกายภาพบำบัด	27
กลุ่มงานเภสัชกรรม	31
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	47
งานนิติเวชและรักษาศพ	50
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	51
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	56
กลุ่มงานจักษุ	59
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	62
กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด	65
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	67
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 4	69
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษร่มเย็น 5	70
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	71
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1	72
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2	73
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2	75
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3	77
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 4	79
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	80
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	83
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก	87
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	89
กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักทารกและเด็กแรกเกิด	90
งานไตเทียม	92
กลุ่มงานการพยาบาล ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	96

◆ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดลำพูน

จังหวัดลำพูน เดิมชื่อเมืองหริภุญไชย เป็นเมืองโบราณเก่าแก่ที่สุดในจังหวัดภาคเหนือมีอายุประมาณ 1,346 ปี ตามพงศาวดารโยนกเล่าสืบต่อกันมาถึงการสร้างเมืองหริภุญไชย โดยฤาษีวาสุเทพ เป็นผู้เกณฑ์พวกเม็งคัมบุตรหรือเชื้อชาติมอญมาสร้างเมืองนี้ขึ้นในพื้นที่ระหว่างแม่น้ำสองสายคือ แม่น้ำกวางและแม่น้ำปิง เมื่อสร้างเสร็จได้ส่งทูตไปเชิญราชธิดากษัตริย์ เมืองละโว้พระนาม “จามเทวี” มาเป็นปฐมกษัตริย์ปกครองเมืองหริภุญไชยสืบราชวงศ์กษัตริย์ ต่อมาหลายพระองค์จนกระทั่งถึงสมัยพระยาธิบยา จึงได้เสียการปกครองให้แก่พ่อขุนเม็งรายมหาราชผู้รวบรวมแคว้นทางเหนือเข้าเป็นอาณาจักรล้านนา เมืองลำพูน ถึงแม้ว่าจะตกอยู่ในการปกครองของอาณาจักรล้านนา แต่ก็ได้ถ่ายทอดมรดกทางศิลปะและวัฒนธรรมให้ผู้ที่เข้ามาปกครองเมืองลำพูน จึงยังคงความสำคัญในทางศิลปะและวัฒนธรรมของอาณาจักรล้านนา จนกระทั่งสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เมืองลำพูนได้เข้ามาอยู่ในอาณาจักรไทย มีผู้ครองนครสืบต่อกันมาจนถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ต่อมาภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 เมื่อเจ้าผู้ครองนครองค์สุดท้าย คือ พลตรีเจ้าจักรคำขจรศักดิ์และเมื่อเจ้าจักรคำขจรศักดิ์ถึงแก่พิราลัย เมืองลำพูนจึงเปลี่ยนแปลงเป็นจังหวัดลำพูน มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ปกครองสืบต่อกันมาจนกระทั่งปัจจุบัน

ที่ตั้ง

จังหวัดลำพูน ตั้งอยู่ทางภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มพื้นที่ที่มีศักยภาพที่สามารถจะใช้เป็นศูนย์กลางความเจริญ 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

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
ลำไยดัง	กระเทียมดี
ประเพณีงาม	จามเทวี ศรีหริภุญไชย

การปกครอง

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

◇ ข้อมูลทั่วไปจังหวัดลำพูน ^(ต่อ)

การบริหารราชการ

จังหวัดลำพูนมีหน่วยราชการต่าง ๆ ที่บริหารราชการในพื้นที่ ประกอบด้วยหน่วยงานการบริหารราชการส่วนกลางที่มาปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จังหวัดลำพูน รวมทั้งสิ้น 33 หน่วยงานหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ 11 หน่วยงาน หน่วยงานการบริหารราชการส่วนภูมิภาค เป็นส่วนราชการประจำจังหวัด ซึ่งกระทรวงทบวง กรม ต่าง ๆ ได้ส่งมาปฏิบัติราชการในจังหวัด รวมทั้งสิ้น 32 หน่วยงาน หน่วยงานการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมืองลำพูน 1 แห่ง เทศบาลตำบล 39 แห่ง และ องค์การบริหารส่วนตำบล 17 แห่ง

การเมือง

ปัจจุบันการดำเนินการเกี่ยวกับการเลือกตั้งตามรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2550 กฎหมายได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการการเลือกตั้ง ซึ่งได้มีการออกข้อกำหนดของคณะกรรมการการเลือกตั้งจัดให้มีการแบ่งเขตเลือกตั้งใหม่ จากเดิมจังหวัดลำพูนมีเขตเลือกตั้งเดียว โดยใช้พื้นที่จังหวัดทั้งหมดเป็นเขตเลือกตั้ง ปัจจุบันได้แบ่งเขตเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ออกเป็น 2 เขต แต่ละเขตมีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรได้เขตละ 1 คน มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการเลือกตั้ง คือ คณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดลำพูน จำนวน 5 คน ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่ ณ ศาลาประชาคมจังหวัดลำพูน โดยมีพื้นที่ในแต่ละเขต ดังนี้

เขตเลือกตั้งที่ 1 อำเภอเมืองลำพูน, อำเภอแม่ทา, อำเภอบ้านธิ

เขตเลือกตั้งที่ 2 อำเภอป่าซาง,อำเภอบ้านโฮ่ง, อำเภอทุ่งหัวช้าง, อำเภอลี้, อำเภอเวียงหนองล่อง

◆ 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 : โรงพยาบาลคุณภาพหัวใจประชาชน

คุณค่าร่วม (Values chain) :

Mastery	เป็นนายตนเอง
Originality	เร่งสร้างสิ่งใหม่
People centered approach	ใส่ใจประชาชน
Humility	อ่อนน้อมถ่อมตน

พันธกิจ : 1. ให้บริการสุขภาพ ด้านการรักษาฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน
2. มุ่งมั่นให้บริการด้วยความใส่ใจ เอื้ออาทรและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

อัตลักษณ์โรงพยาบาลคุณธรรม : ซื่อสัตย์ ยุติธรรม มีน้ำใจ

เข็มมุ่ง : 3 ลด ลดความแออัด ลดเวลารอคอย ลดเรื่องร้องเรียน
3 เพิ่ม เพิ่มความพึงพอใจ เพิ่มความปลอดภัย เพิ่มความสุข

ยุทธศาสตร์และเป้าหมาย

โรงพยาบาลลำพูน มีประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

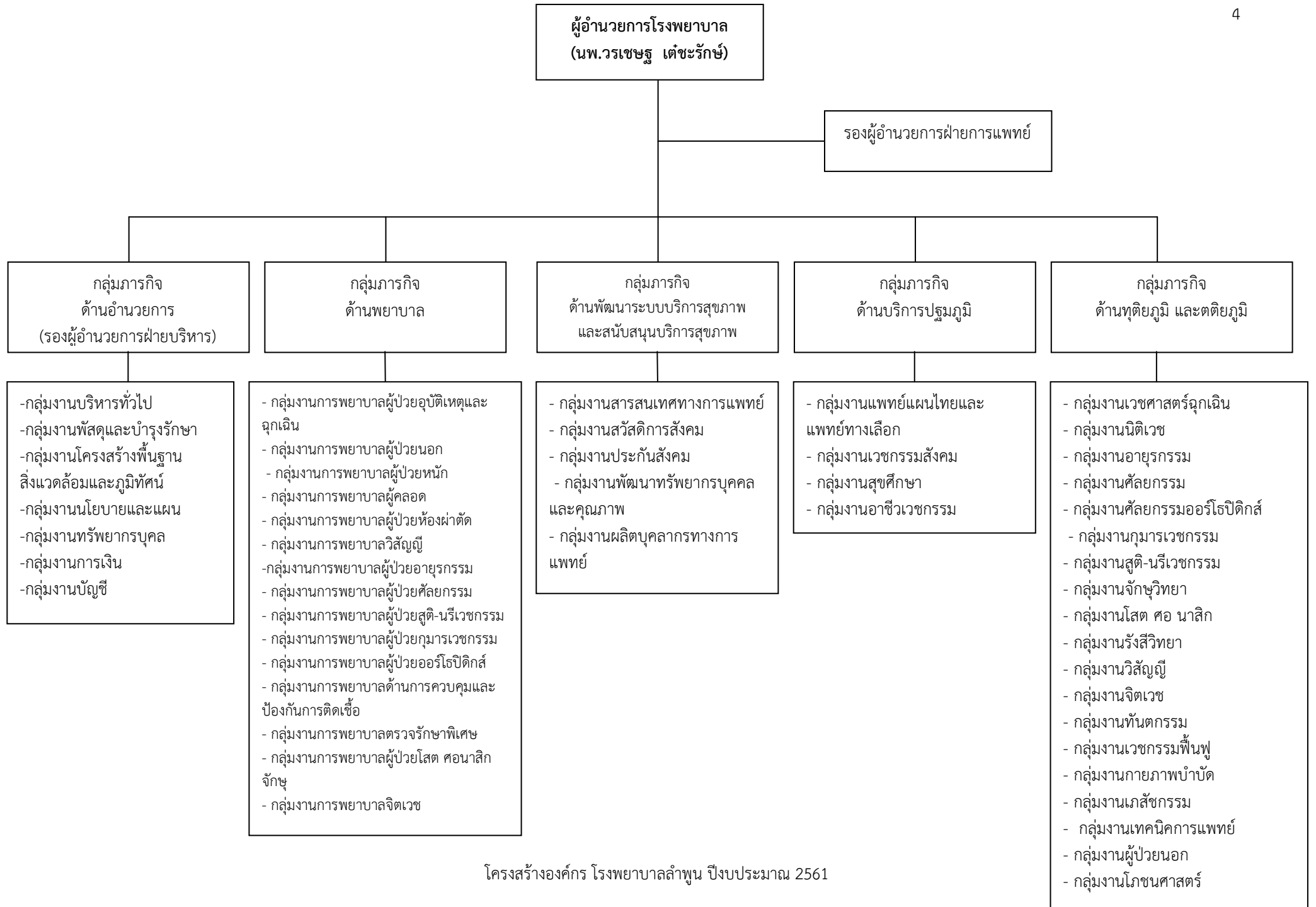
- ยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการแบบองค์รวมโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยองค์กร
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เป้าประสงค์ (GOAL)

1. โรงพยาบาลมีระบบบริการในระดับตติยภูมิเป็นไปตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการดูแลตามรายโรคที่สำคัญร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่
3. ประชาชนแต่ละกลุ่มวัยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดูแลตนเองได้
4. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
5. ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างปลอดภัย
6. สถานที่สิ่งแวดล้อมและระบบสาธารณสุขปลอดภัย ได้มาตรฐาน เพียงพอและปลอดภัย
7. โรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงินเพียงพอที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
8. ให้เวชระเบียนมีคุณภาพ และเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย
9. ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพเพียงพอเพื่อการบริหารและบริการ
10. ระบบบริหารจัดการเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล
11. บุคลากรมีจำนวนเพียงพอและมีศักยภาพ
12. บุคลากรมีพฤติกรรมบริการและมีจิตสำนึกที่ดีและทำงานอย่างมีความสุขมีความรัก ความผูกพัน ต่อองค์กร

ที่มา : โรงพยาบาลลำพูน

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



◇ ข้อมูลทั่วไปขององค์กร (ต่อ)

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประจำปี 2561 มีดังนี้

1. นายวรเชษฐ	แต่ชะรักษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน
2. นายสุจิต	คุณประดิษฐ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์/รองผู้อำนวยการด้านทุติ-ตติยภูมิ
3. น.ส.วรรณมณี	มาธนะสารวุฒิ	รองผู้อำนวยการด้าน พรศ.
4. นายสุรพงษ์	ออประยูร	รองผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ
5. นายสุวิทย์	ขรรค์ณรงค์ชัย	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ
6. นางนุชรี	จันทร์เอี่ยม	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
7. นายวิวัฒน์	ประวัติเมือง	หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
8. นายวีรพงศ์	เลาหเพ็ญแสง	หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม
9. นายพิชาญ	เมฆรัตน์วรกุล	หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา
10. นายสมเจตน์	นาคทอง	หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม
11. นางรสลิน	สมสมัย	หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม
12. นายสุกิจ	เดือนราษฎร์	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
13. นายชูชาติ	ขันตยาภรณ์	หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
14. นายกรินทร์	ภักดี	หัวหน้ากลุ่มงานสวัสดิการสังคมและประกันสุขภาพ
15. นายนิมิตร	อินปั้นแก้ว	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
16. น.ส.จุฑามาศ	สมชาติ	หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี
17. นางจันทร์ทิพย์	จิตรวงศ์	หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
18. นายบารมี	บุญเลิศ	หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ผลิตบุคลากรทางการแพทย์
19. น.ส.พรทิพย์	สุทธิรัตน์ชาญชัย	หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา
20. นายโภคิน	ศักรินทร์กุล	หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
21. นางสุจิตา	บุญตัน	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
22. น.ส.กอร์ปบุญ	ภาวะกุล	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช
23. นายทรงศักดิ์	พิทักษ์รัตนานุกุล	หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
24. นายปิยะ	ดรุงคเดช	หัวหน้ากลุ่มงานนิติเวชและรักษาศพ
25. น.ส.อังคณา	จีฆะสุข	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม
26. นายสมพงษ์	คำสาร	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
27. นายบรรเลง	ปัญญาบุรี	หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
28. นางสุภารัตน์	วาวงค์	หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์
29. นายธีรพงษ์	ตติยพรกุล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านข้อมูลและสารสนเทศทางการแพทย์
30. นายวรกิจ	ศรีมดุงอำไพ	หัวหน้ากลุ่มงานนโยบายและแผน
31. นางจันทร์ชต์	นาคทอง	หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา
32. น.ส.นภาพร	สังข์สม	หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน
33. นางสุมาลี	แปงใจ	หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา
34. นายสาคร	เกตุศักดิ์	หัวหน้ากลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน
35. นายกฤตนน	บวรศักดิ์ยุต	หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
36. น.ส.อัญชลี	คงอ้าย	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
37. นายนพ	พรตระกูลเสรี	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านอาคารสถานที่สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
38. นายสุรชัย	จิรประภากร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัสดุ
39. นายพายุพล	ศรีอภัย	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการประชาสัมพันธ์และการสื่อสาร
40. นางนุชนาฏ	ลีตระกูล	ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริการทรัพยากร

41. นางนิตยา	ชนะกอก	ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านพัฒนาระบบบริการ
42. นางศรียรรณ	เรืองวัฒนา	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาวิชาการ
43. นางดุขุณี	อุณเวทย์วานิช	ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านพัฒนาทรัพยากรบุคคล
44. นางเครือวัลย์	ปัญญาโกษา	ผู้ช่วยหัวหน้าด้านพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ
45. นางอุไรวรรณ	โพสภาพร	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
46. นางพรรณปพร	กันสุทธิ	กลุ่มงานบริการทั่วไป

ที่มา : งานเลขานุการ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

จำนวนบุคลากรแยกตามประเภทบุคลากรและสายงาน

ลำดับ ที่	ตำแหน่งสายงาน	ข้าราชการ	ลูกจ้าง ประจำ	พนักงาน ราชการ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	พนักงาน กระทรวงฯ	รวม
1	ผู้อำนวยการเฉพาะด้านแพทย์	1	0	0	0	0	1
2	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	0	0	2	0	2	4
3	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	0	0	3	0	2	5
4	นักจัดการทั่วไป	2	0	2	0	2	6
5	นักทรัพยากรบุคคล	1	0	4	0	1	6
6	นักวิชาการพัสดุ	0	0	4	0	0	4
7	นักวิชาการสถิติ	0	0	2	0	1	3
8	นิติกร	1	0	1	0	0	2
9	นักวิชาการเงินและบัญชี	2	0	6	0	2	10
10	นักประชาสัมพันธ์	0	0	1	0	3	4
11	นายแพทย์	77	0	0	2	0	79
12	ทันตแพทย์	13	0	0	0	0	13
13	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	0	0	0	0	2
14	นักเทคนิคการแพทย์	12	0	0	0	5	17
15	แพทย์แผนไทย	1	0	0	0	0	1
16	เภสัชกร	32	0	0	0	0	32
17	นักโภชนาการ	2	0	1	0	0	3
18	นักจิตวิทยา	0	0	0	0	0	0
19	นักจิตวิทยาคลินิก	3	0	0	0	0	3
20	พยาบาลวิชาชีพ	335	0	0	0	72	407
21	นักรังสีการแพทย์	5	0	0	0	0	5
22	นักกายภาพบำบัด	7	0	0	0	1	8
23	นักกิจกรรมบำบัด	4	0	0	0	0	4
24	นักวิชาการสาธารณสุข	8	0	3	0	4	15
25	ช่างภาพการแพทย์	1	0	0	0	0	1
26	บรรณารักษ์	1	0	0	0	0	1
27	นักสังคมสงเคราะห์	2	0	0	0	0	2

จำนวนบุคลากรแยกตามประเภทบุคลากรและสายงาน(ต่อ)

ลำดับ ที่	ตำแหน่งสายงาน	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	พนักงาน ราชการ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	พนักงาน กระทรวงฯ	รวม
28	นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	1	0	0	0	0	1
29	เจ้าพนักงานธุรการ	4	0	2	0	12	18
30	เจ้าพนักงานพิสด	1	0	1	0	11	13
31	เจ้าพนักงานสถิติ	0	0	0	0	3	3
32	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	4	0	0	0	3	7
33	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	4	0	0	0	9	13
34	เจ้าพนักงานเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์	0	0	0	1	1	2
35	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	1	0	0	0	2	3
36	พยาบาลเทคนิค	2	0	0	0	0	2
37	เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	5	0	0	0	0	5
38	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์	11	0	0	0	0	11
39	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	16	0	0	0	4	20
40	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	7	0	0	0	0	7
41	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	0	0	0	0	2	2
42	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	2	0	0	0	2	4
43	นายช่างโยธา	0	0	0	0	2	2
44	นายช่างเทคนิค	2	0	3	0	6	11
45	ช่างกายอุปกรณ์	1	0	0	0	1	2
46	ช่างทันตกรรม	0	0	0	0	1	1
47	เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	3	0	0	0	0	3
48	พนักงานช่วยการพยาบาล	0	0	0	0	10	10
49	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	0	45	0	0	134	179
50	พนักงานเภสัชกรรม	0	2	0	0	1	3
51	พนักงานประจำห้องยา	0	0	0	0	30	30
52	พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค	0	0	0	0	6	6
53	พนักงานห้องผ่าตัด	0	1	0	0	3	4
54	พนักงานผ้าและรักษาศพ	0	0	0	0	3	3
55	พนักงานบัตรรายงานโรค	0	6	0	0	0	6
56	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	0	0	0	1	0	1
57	พนักงานกายภาพบำบัด	0	1	0	0	0	1
58	พนักงานประจำห้องทดลอง	0	0	0	0	7	7

จำนวนบุคลากรแยกตามประเภทบุคลากรและสายงาน(ต่อ)

ลำดับ ที่	ตำแหน่งสายงาน	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	พนักงาน ราชการ	ลูกจ้างชั่วคราว	พนักงาน กระทรวงฯ	รวม
59	พนักงานวิทยาศาสตร์	0	1	0	0	3	4
60	พนักงานประกอบอาหาร	0	0	0	0	17	17
61	พนักงานขับรถ	0	3	0	0	0	3
62	พนักงานจัดการหอพัก	0	1	0	0	0	1
63	พนักงานประจำตึก	0	0	0	0	5	5
64	พนักงานแปล	0	0	0	0	21	21
65	พนักงานซักฟอก	0	0	0	0	0	12
66	พนักงานบริการ	0	0	0	0	108	108
67	พนักงานรับโทรศัพท์	0	1	0	0	0	1
68	พนักงานเกษตรพื้นฐาน	0	0	0	0	3	3
69	พนักงานบริการเอกสารทั่วไป	0	1	0	0	2	3
70	พนักงานเก็บเอกสาร	0	1	0	0	0	1
71	พนักงานเก็บเงิน	0	3	0	0	0	3
72	พนักงานไลด์ทัศนศึกษา	0	0	0	0	1	1
73	พนักงานธุรการ	0	2	0	0	0	2
74	พนักงานพิมพ์	0	6	0	0	0	6
75	ผู้ช่วยพยาบาล	0	0	2	0	12	14
76	ผู้ช่วยทันตแพทย์	0	0	0	0	13	13
77	ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0	0	0	0	1	1
78	ผู้ช่วยนักรายภาพบำบัด	0	0	0	0	4	4
79	ผู้ช่วยช่างทั่วไป	0	0	0	0	3	3
80	แม่บ้าน	0	1	0	0	0	1
81	ช่างไม้	0	1	0	0	0	1
82	ช่างปูน	0	1	0	0	0	1
83	ช่างต่อท่อ	0	2	0	0	1	3
84	ช่างเครื่องช่วยคนพิการ	0	0	0	0	2	2

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 เลาทเพ็ญแสง
	28	จันทร์-ศุกร์	08.30-12.00 น. 08.30-16.30 น.	พญ.อัจฉรา จันทร์นิมิต ตามตารางเวรแพทย์
	29	จันทร์-ศุกร์	08.30-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องตรวจอายุรกรรม (นัด)	26	จันทร์	08.30-12.00 น.	พญ.ตุลาพร อินทนิเวศน์ นพ.ปริญญา เรือนวีโล
		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 มั่นยานนท์
		ศุกร์	08.30-12.00 น.	นพ.ณัฐวิทย์ คหวัฒน์ธรางกูล นพ.อิศริยพงศ์ โภภักกุล
คลินิกเบาหวานพิเศษ	49	จันทร์	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกเบาหวาน	49	อังคาร	08.30-12.00 น.	ตามตารางเวรแพทย์
คลินิกวารสาริน	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.ปริญญา เรือนวีโล
		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 จันทร์นิมิต
ตรวจ ECHO หัวใจ	65	จันทร์-ศุกร์	08.30-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
ตรวจ EST	65	พุธ	08.30-12.00 น.	พญ.ตุลาพร อินทนิเวศน์
คลินิกตับ	49	จันทร์	13.00-16.30 น.	พญ.อัจฉรา จันทร์นิมิต นพ.อิศริยพงศ์ โภภักกุล
		จันทร์	08.30-16.30 น.	พญ.ยงค์สุดา ฉัตรศรีสุวรรณ
ห้องตรวจศัลยกรรม	32	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 วังสุรียนันท์ นพ.วิวัฒน์ ลิ้มโกศล
		ศุกร์	08.30-16.30 น.	นพ.สมเจตน์ นาคทอง

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	ห้องตรวจเบอร์	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
ศัลยกรรมพลาสติก	33	อังคาร	13.00-16.30 น.	นพ.อานนท์ วิทยานุกุลลักษณ์
ศัลยกรรมประสาท	33	จันทร์	08.30-12.00 น.	นพ.เชมชาติ อจรัตน์กุล
คลินิกระบบทางเดินปัสสาวะ	33	อังคาร	08.30-16.30 น.	นพ.ไชยรักษ์ เดชพุทธวัฒน์
		พุธ	08.30-16.30 น.	นพ.ไชยรักษ์ เดชพุทธวัฒน์
		พฤหัสบดี	08.30-16.30 น.	นพ.วิทวัส รวีโยทัย
One day chemo	46	จันทร์-พฤหัสบดี	08.30-16.30 น.	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 กลินราตรี
		อังคาร	08.30-16.30 น.	พญ.รสนิลา สมสมัย
		พุธ	08.30-16.30 น.	นพ.กรินทร์ ภักดี
		พฤหัสบดี	08.30-16.30 น.	พญ.ศิริธร วงศ์คำปวน
		ศุกร์	08.30-16.30 น.	พญ.รุจิรัตน์ โกศลศิริธร
คลินิกเด็กสุขภาพดี	35	ศุกร์	08.30-12.00 น.	พญ.แสงรวี จูห้อง
High risk NB	31	พฤหัสบดี	13.00-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
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
ห้องตรวจเวชศาสตร์ครอบครัว	13	จันทร์-ศุกร์	08.30-16.30 น.	ตามตารางเวรแพทย์
ห้องตรวจกระดูกและข้อ	10	จันทร์	08.30-16.30 น.	นพ.ธีรชัย เติมพานิช
			08.30-12.00 น.	นพ.ชูชาติ ขันตยาภรณ์
		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 ขันตยาภรณ์
			08.30-12.00 น.	นพ.ธีรชัย เติมพานิช
		พฤหัสบดี	08.30-12.00 น.	นพ.ธีรชัย เติมพานิช
			08.30-16.30 น.	นพ.ภูมิศิลป์ เก่งกาจ
ศุกร์	08.30-12.00 น.	นพ.สุเชษฐ์ บุญรักษา		

หน่วยงาน/ห้องตรวจ	ห้องตรวจเบอร์	วัน	เวลาทำการ	แพทย์ผู้ตรวจ
ห้องตรวจตา	20	จันทร์	08.30-16.30 น.	พญ.จิรวรรณ รุจิเรขพงศธร
		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 รุจิเรขพงศธร
			08.30-12.00 น.	พญ.กฤติกา อุบโยธิน
		ศุกร์	08.30-16.30 น.	พญ.กฤติกา อุบโยธิน
ห้องตรวจ หู คอ จมูก	18	จันทร์	08.30-12.00 น.	นพ.วิวัฒน์ ประวัตินเมือง
		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 ประวัตินเมือง
		ศุกร์	08.30-12.00 น.	พญ.ชุติมา จันทระเปาระยะ

ที่มา : งานบริการผู้ป่วยนอก

◇ กิจกรรมและการให้บริการ (ต่อ)

งานบริการผู้ป่วยใน

ให้บริการการพยาบาลที่ได้รับไว้รักษา ในหอผู้ป่วย โดยการให้การพยาบาลครอบคลุมและต่อเนื่องตลอด 24 ชม. ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติกิจกรรมการรักษามาตามแผนการรักษา 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	5	35	40
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1	ตึก 40 ปี ชั้น 2	5	35	40
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2	ตึก 40 ปี ชั้น 2	5	35	40
หอผู้ป่วยสงฆ์และจักษุ	อาคารพระสุเมธา ชั้น 4	3	22	25
หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	อาคารर्मเย็น ชั้น 2	3	37	40
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	อาคารर्मเย็น ชั้น 3	2	36	38
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย	อาคารर्मเย็น ชั้น 1	3	37	40
ศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก	ตึก 50 ปี ชั้น 2	5	30	35
หอผู้ป่วย สูติ-นรีเวช	ตึก 50 ปี ชั้น 3	5	13	18
	อาคารอเนกประสงค์	12	-	12
หอผู้ป่วยเด็ก	ตึก 50 ปี ชั้น 4	5	30	35
พิเศษสงฆ์ 3	อาคารพระสุเมธา ชั้น 3	12	-	12
พิเศษর্মเย็น 5	อาคารर्मเย็น ชั้น 5	12	-	12
พิเศษสงฆ์ 2	อาคารพระสุเมธา ชั้น 2	12	-	12
พิเศษর্মเย็น 4	อาคารर्मเย็น ชั้น 4	12	-	12
รวมเตียงทั้งหมด		89	322	411

หมายเหตุ* จำนวนเตียง 411 ไม่รวม ICU1/ICU2/ICU3/NICU/LR

หอผู้ป่วย	สถานที่	เตียงพิเศษ	เตียงสามัญ	รวม(เตียง)
หอผู้ป่วยหนัก(ICU1)	ตึก 40 ปี ชั้น 1		12	12
หอผู้ป่วยหนัก(ICU2)	อาคารพระสุเมธา ชั้น 1		12	12
หอผู้ป่วยหนัก(ICU3)	ตึก 60 ปี ชั้น 3		12	12
NICU	ตึก 50 ปี ชั้น 5		6	6
PICU	ตึก 50 ปี ชั้น 5		6	6
NS	ตึก 50 ปี ชั้น 5		5	5
LR**	ตึก 50 ปี ชั้น 1		4	4

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

ที่มา: สำนักงานการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล

◆ สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก

จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่สำคัญของโรงพยาบาลลำพูน

ประเภท	ปี 2561
1. จำนวนผู้ป่วยบริการรวมทุกประเภท (ราย)	484,141
- เฉลี่ยวันละ (ราย)	1,699
2. จำนวนผู้ป่วยนอก	336,888
- เฉลี่ยวันละ (ราย)	1,182
3. จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)	9,566
4. จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน (ราย)	31,057
- Emergency (ราย)	3,416
- Urgency (ราย)	20,952
- เฉลี่ยวันละ (ราย)	85
5. จำนวนการรับ Refer (ราย)	32,692
6. จำนวนผู้ป่วยรักษาต่อ (ราย)	8,407
7. ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก (%)	81.49

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก แยกตามกลุ่มงานหลัก

ประเภท	จำนวน (ราย)
อายุรกรรม	97,036
ห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	73,186
นรีเวช	33,131
ศัลยกรรมกระดูก	32,034
จักษุ	28,772
ศัลยกรรม	26,119
ผู้ป่วยนอกทั่วไป	26,024
ทันตกรรม	23,351
กุมารเวชกรรม	23,299
จิตเวช	16,258
โสต ศอ นาสิก	14,247
เวชกรรมฟื้นฟู	14,048
สูติกรรม	10,269
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	9,497
แพทย์แผนไทย	4,458
ศัลยกรรมประสาท	1,022
รวม	432,751

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

◆ สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก^(ต่อ)

10 อันดับโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำพูน

รหัส	ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
I10	ESSENTIAL (PRIMARY) HYPERTENSION	26,697	7.92
E11*	NON-INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS	22,370	6.64
N18*	CHRONIC KIDNEY DISEASE	9,850	2.92
M48*	OTHER SPONDYLOPATHIES	7,651	2.27
H40*	GLAUCOMA	7,067	2.10
J00	ACUTE NASOPHARYNGITIS [COMMON COLD]	6,808	2.02
K30	DYSPEPSIA	6,354	1.89
M17*	GONARTHROSIS (ARTHROSIS OF KNEE)	6,104	1.81
N20*	CALCULUS OF KINDNEY AND URETER	4,714	1.40
H25*	SENILE CATARACT	4,611	1.37

10 อันดับสถานบริการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลลำพูน

ลำดับ	สถานบริการ	จำนวน(ราย)
1	รพช.ลี	7,106
2	รพช.บ้านโฮ้ง	6,459
3	รพช.ป่าซาง	5,083
4	รพช.แม่ทา	2,866
5	เทศบาลเมืองลำพูน	2,822
6	รพช.บ้านธิ	2,667
7	รพช.ทุ่งหัวช้าง	2,651
8	รพช.เวียงหนองล่อง	1,842
9	รพ.หริภุญชัยฯ	776
10	รพ.ศิริเวชลำพูน	407

10 อันดับสถานบริการที่ รพ.ลำพูน ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ

สถานบริการ	จำนวน(ราย)
รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	6,054
รพ.นครพิงค์	241
รพ.ประสาทเชียงใหม่	94
สถาบันส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	67
รพ.สวนปรุง	66
รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่(ศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคเหนือ)	29
รพ.กรุงเทพเชียงใหม่	25
รพ.ศูนย์มะเร็ิงลำปาง	23
รพ.ลำปาง	22
คณะทันตแพทยศาสตร์ มช.	20

◆ สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน

จำนวนการให้บริการผู้ป่วยในที่สำคัญของโรงพยาบาลลำพูน

ประเภท	ปี 2561
1. จำนวนผู้ป่วยในจำหน่าย	34,522
2. จำนวนเตียงของโรงพยาบาล(เตียง)	411
3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	136,707
4. เฉลี่ยผู้ป่วยนอน รพ. วันละ (คน)	3.96
5. เฉลี่ยผู้ป่วยนอน รพ. คนละ (วัน)	95
6. อัตราการครองเตียง (%)	91.13
7. จำนวนผู้ป่วยในตาย (คน)	800
- อัตราการตาย (%)	2.23
8. จำนวนการผ่าตัดใหญ่ (ราย)	10,971
9. จำนวนการผ่าตัดเล็ก (ราย)	2,235
10. จำนวนเด็กเกิดใหม่ (คน)	2,491

จำนวนการให้บริการผู้ป่วยใน แยกตามกลุ่มงานหลัก

ประเภท	ปี 2561
อายุรกรรม	11,566
ศัลยกรรม	7,403
ศัลยกรรมกระดูก	3,951
กุมารเวชกรรม	5,873
สูติกรรม	2,785
นรีเวช	1,069
จักษุ	1,374
โสต ศอ นาสิก	361
จิตเวช	29
เวชกรรมฟื้นฟู	13
ทันตกรรม	84
รวม	34,508

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

◆ สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

จำนวนผู้ป่วยใน แยกตามหอผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2561

หอผู้ป่วย	เตียง	คน	วันนอน	คน/วัน	วัน/คน	อัตราการครองเตียง	อัตราการใช้เตียง /เดือน
หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	40	3,250	12,740	34.90	3.92	87.26	6.77
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	38	2,967	10,550	28.90	3.56	76.06	6.51
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1	40	2,961	13,641	37.37	4.61	93.43	6.17
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1	40	2,726	10,591	29.02	3.89	72.54	5.68
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2	40	2,576	10,885	29.82	4.23	74.55	5.37
พิเศษสงฆ์ 3	12	600	4,777	13.09	7.96	109.06	4.17
พิเศษร่มเย็น 5	12	636	4,849	13.28	7.62	110.71	4.42
พิเศษสงฆ์ 2	12	1,237	5,990	16.41	4.84	136.76	8.59
พิเศษร่มเย็น 4	12	1,498	5,864	16.07	3.91	133.88	10.40
หอผู้ป่วยสงฆ์และจักขุ	26	2,712	6,767	18.54	2.50	71.31	8.69
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย	40	2,245	10,317	28.27	4.60	70.66	4.68
ศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก	35	2,026	7,931	21.73	3.91	62.08	4.82
หอผู้ป่วย สูติ-นรีเวช	30	4,558	12,323	33.76	2.70	112.54	12.66
หอผู้ป่วยเด็ก	35	3,836	14,681	40.22	3.83	114.92	9.13
หอผู้ป่วย ICU1	12	222	1,054	2.89	4.75	24.06	1.54
หอผู้ป่วย ICU2	12	175	1,212	3.32	6.93	27.67	1.22
หอผู้ป่วย ICU3	12	192	1,306	3.58	6.80	29.82	1.33
หอผู้ป่วย NICU	6	53	733	2.01	13.83	33.47	0.74

10 อันดับโรคผู้ป่วยใน รพ.ลำพูน ปีงบประมาณ 2561

รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
D56*	THALASSAEMIA	1,378	3.99
J18*	PNEUMONIA, ORGANISM UNSPECIFIED	1,149	3.33
H25*	SENILE CATARACT	1,094	3.17
K35*	ACUTE APPENDICITIS	1,040	3.01
A09*	OTHER GASTROENTERITIS AND COLITIS OF INFECTIOUS AND UNSPECIFIED ORIGIN	876	2.54
N18*	CHRONIC KIDNEY DISEASE	745	2.16
P59*	NEONATAL JAUNDICE FROM OTHER AND UNSPECIFIED CAUSES	740	2.14
J44*	OTHER CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	715	2.07
S060	CONCUSSION	579	1.68
I50*	HEART FAILURE	557	1.61

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

◆ สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

10 สาเหตุผู้ป่วยในเสียชีวิต โรงพยาบาลลำพูน

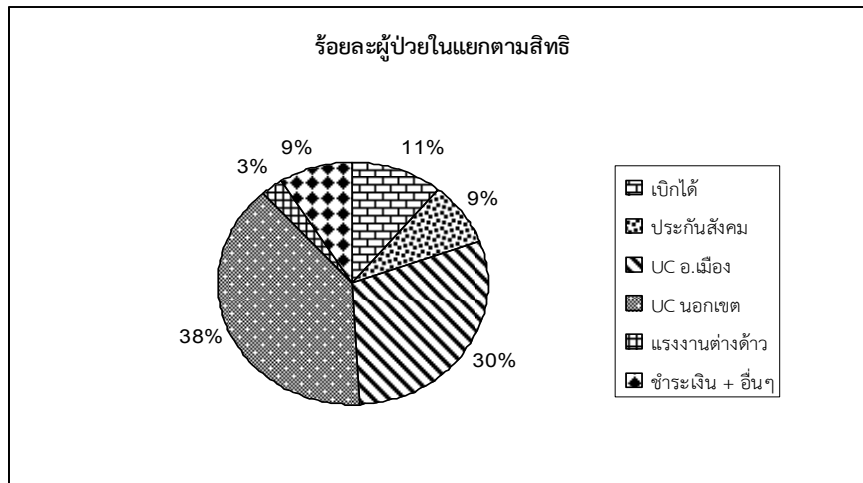
รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวน	อัตราตายต่อ 1,000 ผู้ป่วยจำหน่าย
J18*	PNEUMONIA, ORGANISM UNSPECIFIED	114	3.30
J44*	OTHER CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	46	1.33
I61*	INTRACEREBRAL HAEMORRHAGE	33	0.96
K92*	OTHER DISEASES OF DIGESTIVE SYSTEM	28	0.81
R57*	SHOCK, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED	27	0.78
I50*	HEART FAILURE	27	0.78
I21*	ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION	26	0.75
N18*	CHRONIC KIDNEY DISEASE	24	0.70
S065	TRAUMATIC SUBDURAL HAEMORRHAGE	22	0.64
I63*	CEREBRAL INFARCTION	22	0.64

หมายเหตุ : ผู้ป่วยในเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 800 ราย

จำนวนผู้ป่วยในแยกตามสิทธิบัตร

ประเภทสิทธิ	ผู้ป่วยใน			
	คน	วัน	คน / วัน	ร้อยละ
เบิกได้	3,724	17,992	4.83	10.79
ประกันสังคม	2,956	9,552	3.23	8.56
UC อ.เมือง	10,322	38,543	3.73	29.90
UC นอกเขต	13,480	55,235	4.10	39.05
แรงงานต่างด้าว	952	3,185	3.35	2.76
ชำระเงิน + อื่นๆ	3,088	12,200	3.95	8.95
รวม	34,522	136,707	3.96	100.00

◆ สถิติการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2561

◇ กลุ่มงานรังสีวิทยา

เป้าหมายของหน่วยงาน

ให้บริการตรวจทางรังสีวิทยา ส่งมอบภาพถ่ายรังสีที่มีคุณภาพและข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด

ขอบเขตการให้บริการ

● ในเวลาราชการ

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

● นอกเวลาราชการ

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

อัตรากำลัง

1. เจ้าหน้าที่ประจำ (Full time)

ตำแหน่ง	จำนวน
1. รังสีแพทย์	3
2. นักรังสีการแพทย์	5
3. จพ.รังสีการแพทย์	5
4. พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค	6
รวม	19

2. เจ้าหน้าที่จ้างรายคาบชั่วคราว (Part time)

ตำแหน่ง	จำนวน
1. นักรังสีเทคนิค	2
2. พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค	1
รวม	3

◇ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

เครื่องมือ

ประเภทเครื่อง	จำนวนเครื่อง
1. Digital Fluoroscopy	1
2. เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Potable)	3
3. เครื่องเอกซเรย์ฟัน (Panoramic Dental Radiography)	1
4. เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป	2
5. เครื่องอัลตราซาวด์	2
6. เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Computer Tomography (outsorce)	1
7. Digital mammogram (outsorce)	1

สถิติผลการดำเนินงาน

ประเภทบริการ	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
ถ่ายภาพรังสีทั่วไป	76,789	81,377	88,339
ตรวจพิเศษ	903	636	630
Ultrasound	4,193	6,122	5,099
เอกซเรย์ฟัน	794	1,217	1,440
CT	4,504	5,116	5,280
Mammogram	799	898	900

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	≥ 85	91.83	85.53	91.6
2. ร้อยละผลการประเมินมาตรฐาน ๕ ส.	≥ 85	90.95	88.23	90.79
3. จำนวนครั้งของการถ่ายภาพรังสี ผิดคน/ผิดตำแหน่ง	0	0	4	4
4. ระยะเวลารอคอยฟิล์ม OPD ไม่อ่านผล (นาที)	≤ 16	22.45	13.97	12.01
5. ร้อยละของการถ่ายฟิล์มซ้ำ(PACS)	≤ 2	-	2.03	1.84

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง		ผลงานดำเนินงาน		
		ปี2559	ปี 2560	ปี2561
1. คนไข้แพ้สารทึบรังสีจากการตรวจ IVP + CT	เล็กน้อย	9	10	11
	ปานกลาง	-	-	-
	รุนแรง	-	-	-
2. คนไข้ Arrest เมื่อเข้ารับบริการที่แผนกเอกซเรย์		1	0	3
3. ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นระหว่างการเคลื่อนย้าย		0	0	-
4. ภาพถ่ายรังสีหรือผลการตรวจถูกเผยแพร่ไปยังบุคคลหรือหน่วยงานอื่นโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม		0	0	-
5. ระบบ PACS ไม่สามารถใช้งานได้ทั้ง โรงพยาบาล และมีผลกระทบต่อการทำงาน (มากกว่า ๓๐ นาที)		0	0	2

◇ กลุ่มงานรังสีวิทยา (ต่อ)

การดำเนินงานด้านคุณภาพ

1. ได้ขยายการให้บริการรังสีวิทยาไปยังโรงพยาบาลสาขาเวียงยอง เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๖๑

ผลลัพธ์

- ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจสุขภาพทั่วไปและตรวจสุขภาพในโครงการต่างๆ ได้เพิ่มมากขึ้น
 - ลดความแออัดของผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้านรังสีวิทยาในโรงพยาบาลลำพูน
 - เพิ่มความสะดวกรวดเร็ว เนื่องจากไม่ต้องเดินทางมาใช้บริการด้านรังสีวิทยาที่โรงพยาบาลลำพูน
2. บริการนำภาพถ่ายรังสีจากโรงพยาบาลอื่นๆ เข้าระบบ PACS ได้เพิ่มมากขึ้น

ผลลัพธ์

- ลดปริมาณการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีน้อยลง
- แพทย์สามารถดูภาพรังสีผ่านคอมพิวเตอร์ได้สะดวกเร็วขึ้น

โอกาสในการพัฒนา

1. ส่งเจ้าหน้าที่อบรมเกี่ยวกับการดูแลระบบ PACS เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสอบผ่าน เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางรังสี (RSO)
3. วางแผนการเคลื่อนย้ายและติดตั้งอุปกรณ์เอกซเรย์ รวมทั้งแนวทางการให้บริการทางรังสีวิทยา ณ อาคาร ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย
4. พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผ่าน The best ทั้งหมด

ที่มา : กลุ่มงานรังสีวิทยา

◇ กลุ่มงานวิสัญญี

กิจกรรมการให้บริการ

กิจกรรม	ปี2559	ปี2560	ปี2561
1. General Anesthesia (GA)	7,902	7,386	7,935
2. Reginal Anesthesia (RA)	1,450	1,968	2,245
3. Monitor Anesthesia (MAC)	461	412	338
4. Combined Technique	366	420	628
5. Pain Clinic	249	241	296
6. Pre-op ผู้ป่วย OPD	325	481	758
7. Pre-op ผู้ป่วย ODS	NA	NA	159
8. Pre-op ผู้ป่วย IPD	2670	2905	3205
9. Post-op ผู้ป่วย ODS	NA	NA	46
10. Post-op ผู้ป่วย IPD	8108	8161	9244
11. ให้บริการนอกหน่วยงาน: ใส่ ET-Tube/IV	17	32	34
รวมการให้บริการทางวิสัญญี (ครั้ง)	21,548	22,006	24,888
12. Recovery room (RR)	9,967	9,480	10,721
ประเภทผู้ป่วย			
1. ASA 1	2,885	2,309	2,238
2. ASA 2	4,027	4,447	4,678
3. ASA 3	2,641	2,817	3,369
4. ASA 4	587	592	835
5. ASA 5	37	18	24
6. ASA 6 (ปลุกถ่ายอวัยวะ)	2	5	2
ผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน			
1. การระงับความรู้สึก	28	28	30
2. ห้องพักฟื้น	27	27	29

◇ กลุ่มงานทันตกรรม

บริบท

ให้บริการทันตกรรม ประกอบด้วย การส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพในช่องปาก ขากรรไกรและใบหน้า อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเป็นที่ยังพอใจของผู้รับบริการ

เวลาให้บริการ ในเวลาราชการ จันทร์-ศุกร์ 08.30 - 16.30 น.
นอกเวลาราชการ พุธ-พฤหัสบดี 16.30 - 20.30 น.

งานที่ให้บริการ

ในเวลาราชการ		นอกเวลาราชการ
<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมทันตสุขภาพ ● ทันตกรรมป้องกัน ● ตรวจวินิจฉัยทางทันตกรรม ● ทันตกรรมหัตถการ ● ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ● วิทยาเอนโดดอนต์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทันตกรรมสำหรับเด็ก ● ทันตกรรมจัดฟัน ● ทันตศัลยกรรม ● ทันตกรรมประดิษฐ์ ● ทันตกรรมรากเทียม ● ปรีทันตวิทยา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ตรวจวินิจฉัยทางทันตกรรม ● ทันตกรรมป้องกัน ● ทันตกรรมหัตถการ ● ปรีทันตวิทยา (ชุดหินปูน) ● ทันตกรรมประดิษฐ์ (ฟันปลอม)

ข้อมูลอัตรากำลังทันตบุคลากร มีจำนวนทั้งหมด 41 คน ดังนี้

ทันตบุคลากร	จำนวน (คน)
1. ทันตแพทย์	15*
2. นักวิชาการสาธารณสุข	1
3. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)	1
4. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ผู้ช่วยทันตแพทย์)	3
5. ผู้ช่วยทันตแพทย์	10
6. ช่างทันตกรรม	1
7. พนักงานช่วยเหลือคนไข้	7
8. ผู้ช่วยพยาบาล	2
9. เจ้าพนักงานธุรการ	1

หมายเหตุ : * ลาศึกษาต่อสาขาวิทยาเอนโดดอนต์ จำนวน 1 คน

ทันตแพทย์เฉพาะทางจำนวน 5 สาขา

สาขา	จำนวน (คน)
1. สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	1
2. สาขาทันตกรรมเด็ก	3
3. สาขาทันตกรรมจัดฟัน	2
4. สาขาทันตกรรมประดิษฐ์	1
5. สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและซีโลเฟเชียลขั้นสูง (ประกาศนียบัตร)	1
6. สาขาทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง (วุฒิบัตร Super GP)	1
7. สาขาทันตกรรมทั่วไป (ประกาศนียบัตร Super GP)	1

◆ กลุ่มงานทันตกรรม (ต่อ)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1. จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมากายหลังถอนฟันหรือผ่าฟันคุด	0 ราย	0 ราย
2. จำนวนผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากายหลังการขูดหินปูนหรือ ศัลยกรรมในช่องปาก	0 ราย	2 ราย
3. จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำการทันตกรรม	0 ราย	1 ราย
4. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 98.5
5. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 72.20

- หมายเหตุ :
- ผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากายหลังการขูดหินปูนหรือศัลยกรรมในช่องปาก
 - เลือดออกจากแผลถอนฟัน จำนวน 2 ราย
 - ผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำการทันตกรรม
 - ผู้ปกครองเป็นลมขณะเด็กทำฟัน จำนวน 1 ราย

ตัวชี้วัดการตรวจราชการและตัวชี้วัดด้านพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	ผ่าน/ไม่ผ่าน
1. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	54	87.95	ผ่าน
2. ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์	60	41.18	ไม่ผ่าน
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรประกอบที่ 1 การจัดการบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ 	6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม	64.71 (11 แห่ง)	
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรประกอบที่ 2 จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรได้ตามเกณฑ์ 	20	52.94 (9 แห่ง)	
3. ร้อยละอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่	35	27.54	ไม่ผ่าน

ที่มา : กลุ่มงานทันตกรรม

◇ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

งานกิจกรรมบำบัด

บริบท

งานกิจกรรมบำบัด ให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้ป่วยและผู้พิการที่สูญเสียสมรรถภาพชั่วคราวหรือถาวรและบุคคลทั่วไป เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

งานกิจกรรมบำบัดให้การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟู ในผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

งานกายอุปกรณ์

บริบท

งานกายอุปกรณ์ ให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแก่ผู้ป่วยและผู้พิการที่สูญเสียสมรรถภาพชั่วคราวหรือถาวร เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

งานกายอุปกรณ์ ให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ผู้ป่วยระบบประสาท กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวด้วยมาตรฐานวิชาชีพกายอุปกรณ์

ปริมาณงานและทรัพยากร

รายการ	ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู		กิจกรรมบำบัด		กายภาพบำบัด	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
1. จำนวนผู้มารับบริการ						
- ผู้ป่วยทั้งหมด	-	8,281	3,248	5,077	4,725	5,011
- ผู้พิการ นอก	-	-	255	631	286	572
- ผู้พิการ ใน	-	-	4	15	-	-
- ผู้ป่วยนอก	-	8,281	2,814	4,067	2,299	2,299
- ผู้ป่วยใน	-	-	175	364	2,140	2,140
2. การอุปกรณ์เสริม-เทียม						
- ผลิตกายอุปกรณ์เสริม(ชิ้น)	-	-	-	-	453	-
- ผลิตกายอุปกรณ์เทียม(ชิ้น)	-	-	-	-	26	-
- ซ่อมกายอุปกรณ์เสริม-เทียม	-	-	-	-	77	-
- บริการอื่นๆ(ครั้ง)	-	-	-	-	-	-
ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูให้บริการ						
1. ฝังเข็ม	-	3,356	-	-	-	-
2. ออกเอกสารรับรองความพิการ	1,241	-	-	-	-	-

ที่มา : กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

◇ กลุ่มงานกายภาพบำบัด

บริบท

กลุ่มงานกายภาพบำบัดให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย และผู้พิการตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ขอบเขตการให้บริการ

กลุ่มงานกายภาพบำบัดให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ในผู้ป่วยโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท อายุรกรรม ศัลยกรรม เด็ก สูติกรรม ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และประชาชนทั่วไปให้มีสุขภาพดี เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

1. จัดระบบการติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke ในเขตอำเภอเมือง
2. จัดระบบและติดตามการส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดลำพูน

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อภาพรวมของงานกายภาพบำบัด (OPD) ดังนี้

ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
97.55 %	98.29%	98.37%	97.12%

สรุปสถิติผู้มารับบริการทางกายภาพบำบัด

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2561	
	จำนวนคน	จำนวนครั้ง
1. ผู้ป่วยนอก	3,705	9,126
2. ผู้ป่วยใน	3,305	11,403
3. ผู้พิการ ท.๗๔	293	737
4. ผู้ป่วยนอกเวลาราชการ	265	683
5. ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน	219	219
รวม	7787	22,168

สรุปการดำเนินงานร่วมกับคลินิก/ PCT/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คลินิก/PCT	จำนวนครั้ง	จำนวนผู้ป่วย (คน)
1. คลินิกโรคอุจลุมโป่งพอง	9	218
2. น้าบริหารร่างกาย		
- คลินิกเบาหวาน	46	-
- คลินิกความดันโลหิตสูง	45	-
- คลินิกโรคไต	50	-
3. ออกเยี่ยมบ้านในเขตอำเภอเมืองร่วมกับเวชกรรมสังคม	219	219
4. ตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ณ รพ.สาขา	8	169

◆ กลุ่มงานกายภาพบำบัด (ต่อ)

กิจกรรมอื่นๆ

กิจกรรม	ความถี่/จำนวนครั้ง
1. เป็นวิทยากรทั้งภายในและภายนอกรพ.	9
2. เป็นอาจารย์พิเศษแก่นักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ ๓ และ ๔ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , มหาวิทยาลัยนเรศวร , มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และ มหาวิทยาลัยพะเยา)	9
3. มีการจัดอบรมและนำเสนอวิชาการภายในหน่วยงาน	28
4. จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้มารับบริการที่ศูนย์ทดสอบสมรรถภาพและออกกำลังกาย (Fitness)	2,579 คน/ปี
5. ประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานกายภาพบำบัด	11 ครั้ง
6. ประชุม PT. Morning Meeting ช่วงเช้า	ทุกวันทำการ
7. อื่นๆ	

การดำเนินงานด้านความเสี่ยง

สรุปความเสี่ยง 5 อันดับแรก

1. Identification 5 ครั้ง
2. อุปกรณ์ฝึกเดินไม่พร้อม/ไม่เหมาะสม 5 ครั้ง
3. แพทย์ระบุ Order ฝึกเดินไม่ครบถ้วน 5 ครั้ง
4. Order ของนักกายภาพไม่เหมาะสม 2 ครั้ง (1.แพทย์ Off ฝึกเดินแล้วแต่นักกายภาพบำบัดยังให้การรักษาอยู่
- 2.ให้ Order การรักษา US ในผู้ป่วยที่เป็น CA)
5. อากาศร้อน ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายขณะมารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัด 3 ครั้ง

แนวทางในการแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ทบทวนและเน้นย้ำเรื่องการ Identification ผู้ป่วยในที่ประชุม
2. การประสานงานกับ ER และ PMR เรื่องการปฏิบัติในการส่งผู้ป่วยมาฝึกเดินที่แผนกกายภาพบำบัด

โครงการที่ได้ดำเนินการในปี 2561

- ไม่มี

◇ กลุ่มงานกายภาพบำบัด (ต่อ)

แผนการดำเนินงานในปี 2562

เป้าหมายในการพัฒนา

1. ผู้รับบริการปลอดภัย ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด รวดเร็วและมีความพึงพอใจ
2. การพัฒนาศักยภาพ ทักษะและความรู้ด้านกายภาพบำบัดแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
3. จัดทำ CPG เฉพาะรายโรคของงานกายภาพบำบัด รพ.ลำพูนและนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยใน รพ.ทุกแห่งในจังหวัดลำพูน ได้แก่ กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กายภาพบำบัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก กายภาพบำบัดในผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่า กายภาพบำบัดในโรคปวดหลัง กายภาพบำบัดในโรคปวดคอเป็นต้น
4. การจัดทำ WI (Work Instruction) แนวทางในการปฏิบัติงานที่สำคัญของงานกายภาพบำบัด
5. มีการดำเนินงาน 5 ส. ของงานกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินตนเอง อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี

แผนงานโครงการปี 2562

โครงการเตรียมความพร้อมในการขอรับการตรวจประเมินงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลลำพูนและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายนักกายภาพบำบัดจังหวัดลำพูน ตามมาตรฐานสภากายภาพบำบัด

แผนความต้องการพัฒนาและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนในปี 2562

1. พัฒนาด้านวิชาการแก่บุคลากรในหน่วยงานกายภาพบำบัด ตามแผนพัฒนาบุคลากร
2. ขออนุมัติครุภัณฑ์สำนักงาน ดังนี้
 - ตู้เอกสารบานเลื่อนกระจกขนาด 40 x 118 x 87 ซม. จำนวน 3 ชุด
 - ตู้เอกสารบานเลื่อนทึบขนาด 40 x 118 x 87 ซม. จำนวน 3 ชุด
 - ฝักรองหมอนขนาด 50 x 60 ซม. จำนวน 200 ผืน
 - ล้อเข็นเลื่อนสแตนเลสขนาด 52 x 92 x 80 ซม. จำนวน 4 ชุด
 - เก้าอ้นนั่งรอสำหรับผู้ป่วย/ญาติ แบบแถวแถวละ 4 ที่นั่ง จำนวน 5 ชุด
3. ครุภัณฑ์ทางการแพทย์
 - ยังไม่มีแผนขอเพิ่มเติม
4. คอมพิวเตอร์
 - ยังไม่มีแผนขอเพิ่มเติม
5. ปรับปรุงสิ่งก่อสร้าง
 - กั้นห้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้า และกั้นห้องให้การรักษาด้วย Exercise ของงานกายภาพบำบัด จำนวน 2 ห้อง
 - ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ ดังนี้
 1. ห้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้า ขนาด 60,000 BTU จำนวน 3 ชุด
 2. ห้องให้การรักษาด้วย Exercise จำนวน 2 ชุด
 - ชั้นหน้าเคาเตอร์บาร์ ขนาด 40 x 240 ซม. จำนวน 1 ชุด

◆ กลุ่มงานกายภาพบำบัด (ต่อ)

ตัวชี้วัดกลุ่มงานกายภาพบำบัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2558	2559	2560	2561
1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	95 %	97.55	98.29	98.37	97.12
2. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	95 %	99.70	99.65	99.91	99.48
3. ผู้ป่วยกระดูกขาหักข้างเดียวที่นอนรพ.สามารถเดินได้ก่อนกลับบ้าน	95 %	84.83	95.35	96.89	96.15
4. ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม หลังผ่าตัดทำ TKA สามารถงอเข้าได้ ๙๐ องศา ก่อนกลับบ้าน	90 %	92.49	94.83	89.57	85.57
5. ผู้ป่วยกลุ่มประเภทปวด (Pain) ทั้งหมด มีอาการดีขึ้นภายหลังจากได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด	85 %	87.71	87.51	92.33	90.41
5.1 ผู้ป่วยปวดหลังมีอาการดีขึ้นภายหลังจากได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด	85 %	85.38	87.87	91.33	89.18
5.2 ผู้ป่วยปวดคอมีอาการดีขึ้นภายหลังจากได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด	85 %	85.34	87.15	93.36	91.64
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) ที่ Admit มีอาการดีขึ้นภายหลังจากได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	85 %	87.67	82.89	87.23	86.69
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) ที่นอนรพ. ได้รับการสอน Home program ก่อนกลับบ้าน	95 %	96.51	98.30	95.13	98.24
8. ร้อยละของการให้สุขศึกษา	95 %	99.41	99.78	95.13	98.24
9. ความผิดพลาดในการรักษา / ผู้ป่วยปลอดภัย					
- ผิดคน	0	1	2	0	5 (near miss)
- ผิดตำแหน่ง	0	0	0	0	1
- ผู้ป่วย Burn จากการรักษาด้วยความร้อน	0	0	0	1	0
- ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นภายหลังจากการรักษาทางกายภาพบำบัด	0	1	1	1	0
10. การรายงานความเสี่ยง (Incident report) ของกลุ่มงานฯได้ดำเนินการแก้ไข	80 %	100	100	100	100
11. ระยะเวลาการรับบริการของผู้ป่วยนอกประเภทปวด (Pain) รายใหม่	6 นาที	5.00	4.84	5.62	2.92
12. ส่งรายงานการประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานฯเพื่อเสนอความก้าวหน้าในการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบไม่เกิน ๗ วันทำการ	80 %	100	100	100	100

ที่มา : กลุ่มงานกายภาพบำบัด


กลุ่มงานเภสัชกรรม

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
1. งานบริหารเวชภัณฑ์					
1	1.1 จำนวนครั้งในการสั่งซื้อยา				
	- ตกลงราคา / เฉพาะเจาะจง (ข)	ครั้ง / รายการ	2170/3209	1937/2549	1770/2880
	- เฉพาะเจาะจง (ข)	สัญญา / รายการ	-	-	21/84
	- กรณีพิเศษ	ครั้ง / รายการ	53/362	67/336	-
	- สอบราคา / ประกวดราคา/ พิเศษ(บริหารสัญญา)	ครั้ง / รายการ	137/159	288/332	209/246
	1.2 การทำสัญญา	สัญญา / รายการ	(32/68)	(52/80)	(25/59)
	- สอบราคา / ประกวดราคา (E-bidding)	สัญญา / รายการ	23/24	49/61	18/19
	- วิธีพิเศษ	สัญญา / รายการ	9/44	3/19	7/40
	- เฉพาะเจาะจง (ข)	สัญญา / รายการ	-	-	21/84
	- เฉพาะเจาะจง (ค)	สัญญา / รายการ	-	-	-
2	มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่รับเข้าคลัง				
	2.1. เงินบำรุง				
	- ค่ายาในบัญชียาหลักฯ	บาท	112,139,439.27	116,511,512.99	120,041,169.76
	- ค่ายานอกบัญชียาหลักฯ	บาท	35,844,592.37	36,112,63.98	36,972,238.91
	รวมยา	บาท	147,980,031.64	152,624,146.97	157,013,408.67
	- เวชภัณฑ์มีโซยาและเวชภัณฑ์อื่นๆ	บาท	1,722,767.33	2,349,172.58	2,714,951.36
	รวมเงินบำรุง	บาท	149,702,798.97	154,973,319.55	159,728,360.03
	ร้อยละของมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ		75.78	76.34	76.45
	2.2 ยาโครงการพิเศษและยาบริจาค				
	- ค่ายาในบัญชียาหลักฯ	บาท	18,858,093.08	25,369,688.01	17,292,590.91
	- ค่ายานอกบัญชียาหลักฯ	บาท	3,248,131.14	3,028,008.98	4,332,628.46
	รวมยา	บาท	22,106,224.22	28,397,696.99	21,625,219.37
	- เวชภัณฑ์มีโซยาและเวชภัณฑ์อื่นๆ	บาท	13,477.20	84,692.08	5,925.72
	รวม	บาท	22,119,701.42	28,482,389.07	21,631,145.09
	รวมมูลค่ารับยาเข้าคลังทั้งหมด				
	- ค่ายาในบัญชียาหลักฯ	บาท	130,993,532.35	141,881,200.30	137,333,760.67
	- ค่ายานอกบัญชียาหลักฯ	บาท	39,092,723.51	39,140,642.96	41,304,867.37
	รวมยา	บาท	170,086,255.86	181,021,843.26	178,638,628.04
	- เวชภัณฑ์มีโซยาและเวชภัณฑ์อื่นๆ	บาท	1,736,244.53	2,433,864.66	2,720,877.08
	รวม	บาท	171,822,500.39	183,455,707.92	181,359,505.12
3	จำนวนครั้งในการจ่ายยาจากคลังใหญ่ (ไม่รวมการส่งน้ำเกลือให้ผู้ป่วย)	หน่วยเบิก	89	91	88
		ใบเบิก	10,215	10,714	10,998
		รายการ	44,516	45,342	46,316

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
4	การจัดส่งน้ำเกลือให้หอผู้ป่วย				
	- จำนวนวัน	วัน	288.00	260.00	234.00
	- จำนวนใบเบิก	ใบ	8,458.00	8,671	8,857
	- จำนวนรายการ	รายการ	304,174.00	308,522	315,020
	- น้ำหนัก	กิโลกรัม	175,929.00	179,718.00	185,861.00
	- มูลค่า	บาท	7,152,738.12	7,242,497.83	7,313,970.00
5	การส่งน้ำยามาเชื้อให้หอผู้ป่วย				
	- จำนวนวัน	วัน	48	48	48
	- จำนวนใบเบิก	ใบ	706	722	736
	- จำนวนรายการ	รายการ	10,075	10,236	10,473
	- มูลค่า	บาท	558,113	565,732	577,929.18
6	มูลค่าการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ออกจากคลัง				
	6.1 หน่วยเบิกในโรงพยาบาลลำพูน				
	- ค่ายาในบัญชียาหลักฯ	บาท	122,662,190.10	135,664,624.54	135,151,925.39
	- ค่ายานอกบัญชียาหลักฯ	บาท	39,571,713.29	38,460,343.66	41,642,269.29
	รวมยา	บาท	162,233,903.39	174,124,968.20	176,794,194.68
	- เวชภัณฑ์มีใช้ยาและเวชภัณฑ์	บาท	1,627,324.13	2,380,366.54	2,882,865.60
	รวมทั้งหมด	บาท	163,861,227.52	176,505,334.74	179,677,060.28
	6.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 17 แห่ง				
	- ค่ายาในบัญชียาหลักฯ	บาท	4,068,607.94	5,581,943.31	4,552,756.57
	- ค่ายานอกบัญชียาหลักฯ	บาท	115,260.09	119,478.41	82,733.53
	รวมยา	บาท	4,183,868.03	5,701,421.72	4,635,490.10
	- เวชภัณฑ์มีใช้ยาและเวชภัณฑ์ (เฉพาะกง.เภสัชฯ)	บาท	0.00	0.00	0.00
	รวม	บาท	4,183,868.03	5,701,421.72	4,635,490.10
	รวมมูลค่าจ่ายจากคลังทั้งหมด	บาท	168,227,095.55	182,206,756.46	184,312,550.38
	ร้อยละของมูลค่าจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติออกจากคลัง	ร้อยละ	76.06	78.55	78.87
7	มูลค่าคงคลังของคลังยาใหญ่สิ้นปีงบประมาณ				
	- ค่ายาในบัญชียาหลักฯ	บาท	12,155,110.62	12,789,743.07	10,418,821.78
	- ค่ายานอกบัญชียาหลักฯ	บาท	3,162,764.67	3,723,585.56	3,303,450.11
	รวมยา	บาท	15,317,875.29	16,513,328.63	13,722,271.89
	- เวชภัณฑ์มีใช้ยาและเวชภัณฑ์อื่นๆ	บาท	185,660.74	239,158.86	77,170.34
	รวมทั้งหมด	บาท	15,503,536.03	16,752,487.49	13,799,442.23
8	มูลค่าคงคลังย่อยสิ้นปีงบประมาณ				
	- ค่ายาในบัญชียาหลักฯ	บาท	8,646,692.94	8,565,676.23	7,692,760.41
	- ค่ายานอกบัญชียาหลักฯ	บาท	3,189,855.96	2,644,784.07	2,263,129.60
	รวมยา	บาท	11,836,548.90	11,210,460.30	9,955,890.01

◇ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
	- เวชภัณฑ์มีใช้ยาและเวชภัณฑ์อื่นๆ	บาท	272,215.12	533,610.24	548,699.59
	รวมทั้งหมด	บาท	12,108,764.02	11,744,070.54	10,504,589.60
	มูลค่าการสำรองยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด	บาท	27,612,300.05	28,496,558.03	24,304,031.83
9	อัตราสำรองคงคลังของคลังยาใหญ่ ณ สิ้น ปีงบประมาณ	-	1.11	1.10	0.90
	อัตราสำรองคงคลังของคลังยาค่อยๆ ณ สิ้น ปีงบประมาณ	-	0.86	0.77	0.68
	อัตราสำรองคงคลังของคลังยารวมทั้งโรงพยาบาล	-	1.97	1.88	1.58
10	กำหนดคุณลักษณะของยา	รายการ	12.00	16.00	14.00
	1.2 การทำสัญญา	สัญญา / รายการ	(21/60)	(15/86)	(6/23)
11	ตรวจเยี่ยมและร่วมพัฒนาระบบเภสัชกรรม	แห่ง / ครั้ง	39/47	39/47	38/73
	12.1 ประเมินมาตรฐานการเก็บสำรอง/ส่งตรวจนับยาใน หน่วยงานต่างๆ	แห่ง / ครั้ง	10/10	10/10	9/36
	12.2 ประเมิน Cold chain ในโรงพยาบาลและรพ.สต.	แห่ง / ครั้ง	21/21	21/21	21/21
	12.3 ประเมินมาตรฐานเก็บสำรองยาในหน่วยงานกลุ่ม งานเภสัชกรรม	แห่ง / ครั้ง	8/16	8/16	8/16
12	ส่งวิเคราะห์คุณภาพยาที่กรมวิทยาศาสตร์	ครั้ง / รายการ	0/0	0/0	0/0
13	รายงานเฝ้าระวังปัญหาคุณภาพเวชภัณฑ์	รายงาน	10	9	2
2. พัฒนาระบบยา งานและเภสัชสนเทศ					
2.1 งานเภสัชสนเทศและ ADR					
1	จำนวนรายการยาในบัญชียา	รายการ	692	701	697
	- ยาในบัญชียาหลัก	รายการ	555	561	564
	- ยานอกบัญชียาหลัก	รายการ	137	140	133
	- ร้อยละของรายการยา ED	รายการ	80.20	80.03	80.92
	ยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย-ยาโครงการพิเศษ	รายการ	48	56	50
	รายการยาทั้งหมด(1+2)	รายการ	740	757	747
2	ตอบปัญหาด้านยา	คำถาม	397	312	507
	4.1 ตอบคำถามด้านยาทั่วไปที่ไม่ต้องใช้เอกสารอ้างอิง	คำถาม	372	276	430
	4.2 ตอบคำถามด้านยาที่ต้องการสืบค้นข้อมูล, และ ประมวลผลข้อมูล	คำถาม	25	36	77
3	ประเมินรายงานปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะราย (DTP)	ราย	461	3,390	7,290
	3.1 งานเภสัชกรรมคลินิก	ราย	461	1,274	5,427
	3.2 งานบริการจ่ายยา/ปฐมภูมิ	ราย	-	2,116	1,863
	3.2.1 งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	ราย	-	1,620	990
	3.2.2 งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	ราย	-	244	480

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
			2559	2560	2561
	3.2.3 งานผลิตยา	ราย	-	0	0
	3.2.4 งานปฐมภูมิ	ราย	-	252	393
4	รายการยาที่ควบคุมกำกับเกณฑ์การสั่งใช้ (DUE และ Restricted drugs)				
	รายการยาที่ต้องใช้ใบประกอบการสั่งใช้ยา	รายการ	8	8	8
	รายการยาที่กำกับการใช้ โดยไม่ต้องใช้ใบประกอบ (Restricted drugs)	รายการ	210	216	216
	รวม	รายการ	218	224	224
5	จัดทำแนวทางวิธีปฏิบัติการจัดการด้านยา (Management) (DIS 5)	เรื่อง	13	24	34
6	จัดทำเกณฑ์ / แนวทางการสั่งใช้ยาร่วมกับทีมรักษา (DIS 6)	เรื่อง	31	27	0
7	ประเมินผลการใช้ยาคุณภาพกระบวนการใช้ยาในผู้ป่วยใช้ยาเฉพาะราย				
8	เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านยา	เรื่อง	57	74	68
	11.1 จัดทำวารสาร / จดหมายข่าวเผยแพร่	ฉบับ	42	34	50
	11.2 เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านยาที่หน่วยงานอื่นจัดทำ	ฉบับ	15	40	18
	11.3 งานนิทรรศการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน	ครั้ง/คน	2/400	3/500	2/400
	11.4 ออกสื่อวิทยุ	ครั้ง	0	0	2
9	รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา(Active Case)	ราย	1,277	938	935
	12.1 อาการข้างเคียงจากการใช้ยา	ราย	937	625	625
	12.2 การแพ้ยา	ราย	340	313	310
10	รายงานการประเมินประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	ราย	1,214	1,183	1,257
	10.1 ประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพ (Concurrent)				
	* รายการยาที่ประเมิน	รายการ	8	8	8
	* จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน	ราย	170	523	1047
	* อัตราการสั่งใช้ยาสอดคล้องตามเกณฑ์	ร้อยละ 80	84.67	73.96	85.57
	* บรรลุผลการรักษา	ร้อยละ	73.74	56.56	76.64
	10.2 ประเมินการใช้ยาตามมาตรการกรมบัญชีกลาง				
* ร้อยละของการมีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการสั่งใช้ยา NED	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	
* ร้อยละของการใช้ใบประกอบการสั่งใช้ยา NED 4 กลุ่ม	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
11	11.1ฐานข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สะสม	รวม	24,634	28,540	28,866
	11.1.1 Active Case	ราย	6,893	7897	8,909
	11.1.2 ประวัติ ADR	ราย	17,741	20,643	21,870
	11.2 จำนวนการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ Potential harm		0	0	0
	11.2.1 ชนิดรุนแรง (ระดับ F H G I)	ราย			
	11.2.2 ชนิดไม่รุนแรง	ราย			
12	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ(ยารายการเดิมและกลุ่ม เดียวกัน)		4	1	0
	12.1 ผู้ป่วยใน	ราย	2	0	0
	12.2 ผู้ป่วยนอก	ราย	2	1	0
13	ระดับความรุนแรง (Side effect, แพ้ยา ระดับ E ถึง I)	ครั้ง		884	915
14	ฝึกงานนักศึกษา				
	1.1 นักศึกษาเภสัชศาสตร์เฉพาะทาง(ปี6)	คน / ชั่วโมง	18/4,032	3/672	5/1,120
	1.2 นักศึกษาเภสัชศาสตร์ระบบจังหวัด(ปี4)	คน / ชั่วโมง	3/600	8/1600	4/800
	1.3 นักศึกษาเจ้าพนักงานเภสัชกรรม	คน / ชั่วโมง	2/320	3/360	6/720
15	การฝึกอบรม				
	15.1 on the job training บุคลากรในกลุ่มงานเภสัช กรรม	ครั้ง/คน	10/10	9/9	12/12
	15.2 in sevice บุคลากรทางการแพทย์	ครั้ง/คน	1/15	1/15	1/15
	15.3 จัดประชุมฝึกอบรมบุคลากรในกลุ่มงานเภสัช กรรม	ครั้ง/คน	0/0	1/63	0/0
	15.4 จัดประชุมฝึกอบรมบุคลากรในระดับรพ/ จังหวัด/ เขต	ครั้ง/คน	1/100	2/131	3/600
16	งานตรวจประเมิน การนิเทศงาน รพ.ชุมชน				
	16.1 นิเทศงานระบบยา/มาตรฐานงานเภสัชกรรม/ คปส รพ.ชุมชน (ระดับจังหวัด)	ครั้ง/แห่ง	1/7	1/7	1/7
	16.2 ประเมิน รพ เอกชน	ครั้ง/แห่ง	1/2	1/2	1/2
	16.3 นิเทศงาน ระดับ เขต	ครั้ง/แห่ง	1/1	4/4	1/1
2.2 งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก					
เบาหวาน ความดัน อายุรกรรม					
1	การให้คำปรึกษาด้านยารักษาผู้ป่วย นอก		1,417	1,228	981
	1.1 เบาหวาน	ครั้ง	255	185	235
	1.2 โรคความดันโลหิตสูง	ครั้ง	878	798	625
	1.3 โรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม	ครั้ง	284	245	131

◇ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
2	รายงานปัญหาจากการใช้ยา คลินิกเบาหวาน - ความดันโลหิตสูง- โรคอื่นทางอายุรกรรม	รายงาน	269	208	-
	Preventable ADE	รายงาน	134 [49.81%]	148 [71.15%]	-
	DM	รายงาน	22 [8.18%]	19 [9.13%]	-
	HT	รายงาน	90 [33.48%]	103 [49.52%]	-
	โรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม	รายงาน	22 [8.18%]	26 [12.50%]	-
	Unpreventable ADE	รายงาน	135 [50.19%]	60 [28.85%]	-
	DM	รายงาน	9 [3.35%]	14 [6.73%]	-
	HT	รายงาน	58 [21.56]	39 [18.75]	-
	โรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม	รายงาน	68 [25.28%]	7 [3.36%]	-
2.1	ผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่ง [Compliance]	รายงาน	1,303 [91.95%]	1,092 [88.93%]	-
	โรคเบาหวาน	รายงาน	240 [94.12%]	142 [76.76%]	-
	โรคความดันโลหิตสูง	รายงาน	798 [61.24%]	710 [88.97%]	-
	โรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม	รายงาน	265 [46.84%]	240 [97.96%]	-
2.2	เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	รายงาน	126 [46.84%]	60 [28.85%]	-
	โรคเบาหวาน	รายงาน	5 [1.86%]	14 [7.57%]	-
	โรคความดันโลหิตสูง	รายงาน	86 [31.97%]	39 [4.89%]	-
	โรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม	รายงาน	67 [24.91%]	7 [2.86%]	-
2.3	เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา	รายงาน	12 [4.46%]	0 [0.00%]	-
	โรคเบาหวาน	รายงาน	4 [1.48%]	0 [0.00%]	-
	โรคความดันโลหิตสูง	รายงาน	5 [1.86%]	0 [0.00%]	-
	โรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม	รายงาน	3 [1.12%]	0 [0.00%]	-
2.4	ปัญหาจากการใช้อื่น [Hepler&Stand]	รายงาน	9 [3.35%]	0 [0.00%]	-
	โรคเบาหวาน	รายงาน	4 [1.49%]	0 [0.00%]	-
	โรคความดันโลหิตสูง	รายงาน	4 [1.49%]	0 [0.00%]	-
	โรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม	รายงาน	1 [0.37%]	0 [0.00%]	-
2.5	ปัญหาเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา	รายงาน	8 [2.97%]	12 [5.76%]	-
	โรคเบาหวาน	รายงาน	3 [1.12%]	4 [2.16%]	-
	โรคความดันโลหิตสูง	รายงาน	5 [1.86%]	8 [1.00%]	-
	โรคอื่นๆ ทางอายุรกรรม	รายงาน	0 [0.00%]	0 [0.00%]	-
	Drug Therapy Problems(DTP)	ครั้ง	-	-	365
	2.1 Unnecessary drug therapy	ครั้ง	-	-	0
	2.2 Need additional drug therapy	ครั้ง	-	-	0
	2.3 Infective drug	ครั้ง	-	-	0
	2.4 Dosage too low	ครั้ง	-	-	0
	2.5 Dosage too high	ครั้ง	-	-	0
	2.6 Adverse drug reactions	ครั้ง	-	-	100
	- Allergies	ครั้ง	-	-	36
	- Side effect	ครั้ง	-	-	64

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
	- Drug interaction	ครั้ง	-	-	0
	2.7 Non - compliance	ครั้ง	-	-	265
	ผลการ Intervention				
	3.1 จำนวนครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จากการ intervention	ครั้ง	839	1073	100
	3.2 จำนวนครั้งที่ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิด ADE ใน ระดับ F ขึ้นไป	ครั้ง	397	194	100
	3.3 จำนวนครั้งที่สามารถลดระดับ ADE ลงมาอย่าง น้อย 1 ระดับ	ครั้ง	218	395	100
	3.4 จำนวนครั้งที่ช่วยเพิ่มให้การรักษาเป็นไปตาม เป้าหมาย/แผนการรักษา	ครั้ง	336	422	265
	Warfarin				
3	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม				
	1.1 จำนวนผู้ป่วยนอก (OPD case)	ราย	3,996	4227	4116
	1.2 จำนวนผู้ป่วยใน (IPD case)	ราย	-	262	272
4	ฐานข้อมูลผู้ป่วยใช้ยา Warfarin				
	4.1 จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยใช้ยา Warfarin/warfarin PMK alert	ครั้ง	131	240	267
	4.2 ฐานข้อมูลสะสม ผู้ป่วยใช้ warfarin/warfarin PMK alert	ราย	0	1,194	1,461
	4.3 Warfarin OPD Card Alert รพ.สต	ครั้ง	74	79	103
5	คลินิก Warfarin	รายงาน	3,996	4,227	-
	- Preventable ADE	รายงาน	3,604 [90.19%]	4,033 [95.41%]	-
	- Unpreventable ADE	รายงาน	392 [9.81%]	194 [4.59%]	-
	5.1 ผู้ป่วยได้ใช้อินทียาที่ใช้ร่วมกับ Warfarin ตาม แพทย์สั่ง [Compliance]	รายงาน	3,744 [93.69%]	4,091 [96.78%]	-
	5.2 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	รายงาน	392 [9.81%]	116 [2.74%]	-
	5.3 เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา	รายงาน	6 [0.15%]	5 [0.12%]	-
	5.4 ปัญหาจากการใช้อินทียา [Hepler&Stand]	รายงาน	417 [10.44%]	405 [9.58%]	-
	5.5 ผู้ป่วยใช้ยา Warfarin ตามแพทย์สั่ง [Compliance]	รายงาน	3,769 [94.32%]	4,007 [94.80%]	-
	5.6 ร้อยละของค่า INR ที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	44.38%	49.15%	-
	ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ target INR	ร้อยละ	44.38%	49.15%	50.63%
	จำนวนค้นหาแก้ไขป้องกัน DTP				
	Drug Therapy Problems(DTP)	ครั้ง	-	-	1,664
	2.1 Unnecessary drug therapy	ครั้ง	-	-	0
	2.2 Need additional drug therapy	ครั้ง	-	-	0
	2.3 Infective drug	ครั้ง	-	-	0

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
	2.4 Dosage too low	ครั้ง	-	-	763
	2.5 Dosage too high	ครั้ง	-	-	0
	2.6 Adverse drug reactions	ครั้ง	-	-	626
	- Allergies	ครั้ง	-	-	0
	- Side effect	ครั้ง	-	-	623
	minor bleeding	ครั้ง	-	-	79
	major bleeding	ครั้ง	-	-	5
	- Drug interaction	ครั้ง	-	-	5
	2.7 Non - compliance	ครั้ง	-	-	274
6	ผลการ Intervention				
	3.1 จำนวนครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จากการ intervention	ครั้ง	839	1,073	1,038
	3.2 จำนวนครั้งที่ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิด ADE ใน ระดับ F ขึ้นไป	ครั้ง	397	194	79
	3.3 จำนวนครั้งที่สามารถลดระดับ ADE ลงมาอย่าง น้อย 1 ระดับ	ครั้ง	218	395	486
	3.4 จำนวนครั้งที่ช่วยเพิ่มให้การรักษาเป็นไปตาม เป้าหมาย/แผนการรักษา	ครั้ง	336	422	580
	ความร่วมมือในการใช้ยา Medication Adherence				
	1.1 DM	ร้อยละ	-	-	N/A
	1.2 HT	ร้อยละ	-	-	N/A
	1.3 COPD	ร้อยละ	-	-	82.73%
	1.4 CKD	ร้อยละ	-	-	N/A
	1.5 กระจกและข้อ	ร้อยละ	-	-	N/A
	1.6 จิตเวช	ร้อยละ	-	-	N/A
	1.7 CA	ร้อยละ	-	-	95.52%
	1.8 ARV	ร้อยละ	-	-	99.59%
	1.9 TB	ร้อยละ	-	-	96.00%
	1.10 Warfarin	ร้อยละ	-	-	93.76%
2.3 งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (อายุรกรรม)					
1.	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม				
	1.1 ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย	ราย	196	540	411
	1.2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามรายครั้ง(Notify)	ราย	608	31	192
	1.3 จำนวนครั้งในการติดตามดูแลแก้ไขปัญหาการใช้ ยานหรือผู้ป่วย	ครั้ง	2,672	780	468
2	การให้คำปรึกษาด้านการใช้ยา(ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน)	ราย	112	68	80
	2.1 G-6-PD ผู้ป่วยใน / Discharge	ราย	110	68	80
	2.2 COPD ผู้ป่วยใน / Discharge	ราย	2	0	0

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
3	จำนวนค้นหาแก้ไขป้องกัน DTP				
	Drug Therapy Problems(DTP)	ครั้ง	213	1844	195
	3.1 Unnecessary drug therapy	ครั้ง	0	79	0
	3.2 Need additional drug therapy	ครั้ง	0	82	0
	3.3 Infective drug	ครั้ง	0	77	3
	3.4 Dosage too low	ครั้ง	0	57	1
	3.5 Dosage too high	ครั้ง	0	86	2
	3.6 Adverse drug reactions	ครั้ง	0	730	182
	- Allergies	ครั้ง	181	190	156
	- Side effect	ครั้ง	32	540	26
	- Drug interaction	ครั้ง	0	0	0
	3.7 Non - compliance	ครั้ง	0	3	7
4	ผลการ Intervention				
	2.1 จำนวนครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากการ intervention	ครั้ง	74	461	150
	2.2 จำนวนครั้งที่ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิด ADE ในระดับ F ขึ้นไป	ครั้ง	5	56	28
	2.3 จำนวนครั้งที่สามารถลดระดับ ADE ลงอย่างน้อย 1 ระดับ	ครั้ง	25	403	156
	2.4 จำนวนครั้งที่ช่วยเพิ่มให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย/แผนการรักษา	ครั้ง	44	634	51
2.4 งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็ง					
1.	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม				
	1.1 จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการติดตาม (OPD case)	ราย	563	908	869
	1.2 จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการติดตาม (IPD case)	ราย	300	396	442
	1.3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามทั้งหมด	ราย	603	1,304	1,311
	ร้อยละผู้ป่วยที่ติดตามดูแล	ร้อยละ	70	100	100
	1.4 จำนวนครั้งในการติดตามดูแลแก้ไขปัญหาการใช้ยาบนหอผู้ป่วย	ครั้ง	2,019	4,512	3,513
2.	จำนวนค้นหาแก้ไขป้องกัน DTP				
	Drug Therapy Problems(DTP)	ครั้ง	2,181	3,497	3,399
	2.1 Unnecessary drug therapy	ครั้ง	0	6	1
	2.2 Need additional drug therapy	ครั้ง	57	331	318
	2.3 Infective drug	ครั้ง	1	0	2
	2.4 Dosage too low	ครั้ง	9	12	7
	2.5 Dosage too high	ครั้ง	9	28	10
	2.6 Adverse drug reactions	ครั้ง	2,101	3,087	3,033

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
	- Allergies	ครั้ง	2	5	0
	- Side effect	ครั้ง	2,097	3,079	3,028
	- Drug interaction	ครั้ง	2	3	5
	2.7 Non - compliance	ครั้ง	4	33	28
3.	ผลการ Intervention				
	3.1 จำนวนครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากการ intervention	ครั้ง	93	418	343
	3.2 จำนวนครั้งที่ป้องกันไม่ให้เกิด ADE ในระดับ F ขึ้นไป	ครั้ง	53	180	207
	3.3 จำนวนครั้งที่สามารถลดระดับ ADE ลงอย่างน้อย 1 ระดับ	ครั้ง	87	533	539
	3.4 จำนวนครั้งที่ช่วยเพิ่มให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย/แผนการรักษา	ครั้ง	93	418	343
หมายเหตุ: ปีงบประมาณ 2557, 2558 เดิม ได้นำข้อมูลไปรวมในงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน					
2.5 งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในโรคติดเชื้อ (ID)					
1.	จำนวนผู้ป่วยที่ติดตาม	คน	-	523	1,047
	1.1 จำนวนใบควบคุมการใช้ยาต้านแบคทีเรียฯ	ใบ	-	621	2,742
2	Pharmacy intervention (การ suggestion ของทีม)	ครั้ง	-	236	647
	2.1 adjust dose	ครั้ง	-	180	537
	2.2 de-escalation	ครั้ง	-	19	66
	2.3 need additional drug therapy	ครั้ง	-	22	24
	2.4 off ยา	ครั้ง	-	14	14
	2.5 ADR (side effect/ allergy)	ครั้ง	-	1/8	5/0
	2.6 switch therapy	ครั้ง	-	1	1
3	การ Acception	ครั้ง(ร้อยละ)	-	182/337 (54)	484/647 (74.80)
	3.1 ปรับขนาดยาตามคำแนะนำ	ครั้ง(ร้อยละ)	-	159/268 (59.32)	417/537 (77.65)
	3.2 de-escalation ตามคำแนะนำ	ครั้ง(ร้อยละ)	-	4 /14 (28.57)	27/66 (40.90)
	3.3 add ยาเพิ่มตามคำแนะนำ	ครั้ง(ร้อยละ)	-	3/ 12 (25)	21/24 (87.50)
	3.4 off ยาตามคำแนะนำ	ครั้ง(ร้อยละ)	-	7/ 16 (43.75)	13/14 (92.85)
	3.5 ADR (side effect/ allergy)	ครั้ง(ร้อยละ)	-	1/8 (12.5)	5/5 (100)
	3.6 switch therapy ตามคำแนะนำ	ครั้ง(ร้อยละ)	-	0	1/1 (100)

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
3. งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก					
1	ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด		324344	303476	313243
	1.1 ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกใน รพ.		295,839	271,293	278,214
	1.2 รพ .สาขา		28,505	32,183	35,029
2	ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกในรพ				
	1.1 จำนวนใบสั่งยา	ใบ	295,839	271,293	278,214
	1.2 ขนานยา	รายการ	1,011,293	951,339	958,130
	1.3 ขนานเวชภัณฑ์	รายการ	16,224	16,434	16,339
	1.4 มูลค่ายาที่จ่าย	บาท	183,317,266.60	190,564,455.70	194,195,670.10
	1.5 มูลค่าเวชภัณฑ์ที่มีขายยา	บาท	4,088,455.99	2,896,859.46	3,514,568.07
	1.6 ใบสั่งยาในวันทำการเฉลี่ยวันละ	ใบ	1,212	957	1,122
	1.7 จำนวนใบสั่งยาในวันหยุดเฉลี่ยวันละ	ใบ	450	175	245
	1.8 มูลค่ายาต่อใบสั่ง	บาท/ใบสั่ง	620	702	633
	1.9 มูลค่าเวชภัณฑ์ที่มีขายยาต่อใบสั่ง	บาท/ใบสั่ง	13.82	10.68	11.45
2	ออกหน่วยประกันสังคมและอื่นๆ	ครั้ง	9	2	4
		ใบสั่ง	31	2	4
		บาท	17,591.50	325.00	717.00
3	การตรวจเยี่ยมการเก็บสำรียงยาหน่วยบริการผู้ป่วย นอก	หน่วยงาน	14	27	24
		ครั้ง	125	69	96
4	การรับยาคืนจากผู้ป่วยนอก [OPD]	ขนาน	673	4,907	2,496
		บาท	184,877.00	640,837.11	486,744.74
5	ระยะเวลารอดคอยรับยา	นาที	31.97	27.56	32.19
	ตึกผู้ป่วยนอก(OPD1)		62.53	46.53	47.51
	ตึกอำนวยการ(OPD2)		24.45	25.19	34.90
	ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน(OPD3)		8.93	10.95	14.17
6	จำนวนข้อร้องเรียน	เรื่อง	4	3	2
7	ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)	ร้อยละ	82.75	77.81	80.54
8	การให้คำปรึกษาด้านการใช้ยารายบุคคล				
	8.1 โรคไต	ราย	317	366	348
	8.2 COPD+Asthma	ราย	844	945	1005
	8.3 ARV	ราย	162	148	94
	8.4 TB	ราย	455	376	438
	8.5 ให้คำแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษ				
	8.5.1 วิธีพ่นยา	ราย	1,027	728	784
	8.5.2 การใช้ยาอมใต้ลิ้น	ราย	594	719	591
	8.5.3 การใช้ยาเหน็บทวาร	ราย	897	781	677

◇ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
	8.5.4 การใช้ยาเหน็บช่องคลอด	ราย	451	872	1375
	8.5.5 การใช้ยาหยอดตา	ราย	1,959	2,470	2,750
	8.5.6 อื่นๆ เช่น การใช้ยาหยอดหู, การใช้ยา เสริมมวลกระดูก	ราย	1,353	1,855	856
9	ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) ผู้ป่วย นอก				
	9.1 ประเมินประวัติแพ้ยาและจัดทำระบบป้องกัน แพ้ยาซ้ำ	ราย	580	550	726
	9.2 ประเมิน ADR active case และจัดทำระบบ ป้องกันแพ้ยาซ้ำ	ราย	181	88	180
	9.3 ทบทวนประวัติแพ้ยา/ADR และจัดทำระบบ ป้องกันแพ้ยาซ้ำเพิ่มเติม ก่อนพบแพทย์	ราย	2,505	2,468	1,601
10	Medication Error				
	10.1 Prescribing Error	ครั้ง	1,613	1,837	1,763
	10.2 Pre-dispensing Error	ครั้ง	1,659	1,181	1,013
	10.3 Dispensing error	ครั้ง	17	18	6
	10.4 Administration error	ครั้ง	2	0	0
11	การค้นหา/แก้ไขปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโดย เภสัชกร	ครั้ง	1,345	1,837	990
12	พัฒนาฉลากยา RDU				
	12.1. จำนวนการปรับปรุงข้อความบนฉลากยา	รายการ	413	50	0
		ครั้ง	795	63	0
	12.2. จัดทำฉลากยาเสริม	รายการ	4	14	0
4. งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน					
1	ใบสั่งยาผู้ป่วยใน				
	1.1 จำนวนใบสั่งยา	ใบ	275,864	280,017	298,419
	1.2 ขนานยา	รายการ	981,235	993,017	1,038,442
	1.3 มูลค่ายา	บาท	58,519,147.15	72,831,680.65	67,967,288.00
	1.4 มูลค่ายาเฉลี่ยต่อใบสั่งยา	บาท/ใบสั่ง	212.25	260.10	227.76
	1.5 มูลค่าเวชภัณฑ์ที่มีใบสั่งยาต่อใบสั่ง	บาท/ใบสั่ง	1.60	1.62	1.22
	1.6 ขนานเวชภัณฑ์	บาท	2,634.00	2,238.00	1,571.00
	1.7 มูลค่าเวชภัณฑ์	บาท	440,945.25	454,870.25	364,103.00
	1.8 ใบสั่งยาในวันทำการเฉลี่ยวันละ	ใบ	794	805	846
	1.9 จำนวนใบสั่งยาในวันหยุดเฉลี่ยวันละ	ใบ	679	693	746
2	มูลค่ายาที่รับคืนจากหอผู้ป่วยรายหอผู้ป่วย(สามารถ นำไปใช้ได้)	บาท	4,478,211.90	5,370,214.10	5,657,837.00
	2.1 รับคืนรายบุคคล	บาท	3,868,330.79	4,666,617.02	4,695,342.00
	2.2 รับคืนรายตึก	บาท	609,881.17	703,597.08	962,495.00

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	
			2559	2560	2561	
3	การตรวจเยี่ยมการสำรองยานหอผู้ป่วย - โดยเภสัชกรผู้รับผิดชอบ		12	12	12	
		หน่วยงาน	19	19	19	
		ครั้ง	216	228	228	
4	ระยะเวลาการจัดยา Stat drug	นาที	13.04	10.14	14.02	
5	การให้บริการให้คำปรึกษา G-6-PD การให้คำปรึกษาด้านการใช้จ่ายยา(ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน)	ราย	110	68	80	
		2.1 G-6-PD ผู้ป่วยใน / Discharge	ราย	110	68	80
		2.2 COPD ผู้ป่วยใน / Discharge	ราย	2	0	0
6	Medication error					
	6.1 Prescribing Error	ครั้ง	270	249	210	
	6.2 Pre-dispensing Error	ครั้ง	939	664	1,311	
	6.3 Dispensing error	ครั้ง	230	182	160	
	6.4 Administration error	ครั้ง	230	251	196	
7	รายงาน Drug Therapy Problem	ครั้ง	485	470	450	
8	การเปรียบเทียบคำสั่งจ่ายกลับบ้านกับประวัติการ ใช้ยาขณะนอน รพ. (Discharge Med reconcile)	รายการ	53,312	60,075	63,631	
		8.1 จำนวนรายการยาที่แพทย์ปรับเปลี่ยนการสั่งใช้ ยาหลังขอคำปรึกษา เพิ่มเติม (consult)	รายการ	250	320	458
		8.2 จำนวนความคลาดเคลื่อนที่เป็น Potential harm	รายการ	134	124	192
9	จำนวนรายงาน การสั่งใช้ยาผู้ป่วยกลับบ้านที่มีมูลค่า เกิน 3,000 บาท	ราย	1376	166	195	
		มูลค่า	บาท	775,546.50	853,037.50	912,345.75
10	จำนวนการจ่ายยาผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมให้คำแนะนำ	ราย	21,189	21,348	24,365	
11	อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน	ร้อยละ	82.44	83.00	N/A	
5. งานผลิตยา						
1.	ปริมาณงานผลิตยา					
	1.1 ยาผลิตใช้ภายใน	ตำรับ	5	5	13	
	1.1.1 จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	14	27	83	
	1.1.2 ปริมาณที่ผลิต	ลิตร	21.03	41.93	138.15	
		กรัม	5,840	4,660	0	
		แคปซูล	0	0	0	
		ขวด/ตลับ	617	1,247	1,124	
	1.2 ยาผลิตใช้ภายนอก	ตำรับ	10	14	13	
	1.2.1 จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	120	168	124	
	1.2.2 ปริมาณที่ผลิต	ลิตร	1,085.04	588.61	229.1	
		กรัม	440,191.20	351,310.00	285,800.00	
		ขวด/ตลับ	15,537	19,534	14,585	

◇ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
	1.3 นํ้ายาฆ่าเชื้อ	ตำรับ	4	3	9
		ครั้ง	84	44	65
		ลิตร	236.26	264.39	647
		ขวด	1,002	493	1242
	1.4 ยาแบ่งบรรจุยาใช้ภายใน	ตำรับ	4	4	4
	1.5.1 จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	12	22	13
	1.5.2 ปริมาณที่ผลิต	ลิตร	20.50	37.70	20.70
		กรัม	4,840.00	4,660.00	1,860.00
		ขวด/ตลับ	566	1,105	583
		ซอง	0	0	0
	1.5 ยาแบ่งบรรจุยาใช้ภายนอก	ตำรับ	4	4	3
	1.6.1 จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	22	28	20
	1.6.2 ปริมาณที่ผลิต	ลิตร	30.60	45.78	26.34
		กรัม	5,000	5,000	5,600
		ขวด/ตลับ	1,615	1,841	1,652
	1.6 ยาแบ่งบรรจุนํ้ายาฆ่าเชื้อ	ตำรับ	1	2	4
		ครั้ง	6	12	23
		ลิตร	103.50	82.74	75.45
		กรัม			132.12
		ขวด	310	326	781
	การผลิตยาปริมาณมาก	ตำรับ	10	3	4
	จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	127	34	93
	ปริมาณที่ผลิต	ลิตร	1,322.00	714.00	574.00
		กรัม	6,355.00	0	273,500
		แคปซูล	0	0	0
		ขวด/ตลับ	4,153	4,023	11,006
		ซอง	0	0	0
2	การเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (Extemperaneous preparation)				
	2.1 Oral liquid	ตำรับ	22	19	23
	- จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	515	239	522
	- ปริมาณที่ผลิต	ลิตร	178.77	64.14	52.97
		ขวด/ตลับ	2,858	324	1,543
	2.2 EENT preparation	ตำรับ	5	6	4
	- จำนวนครั้งที่ผลิต	ครั้ง	257	174	146

◆ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
			2559	2560	2561
	- ปริมาณที่ผลิต	ลิตร	2.62	1.79	1.64
		ขวด/ตลับ	319	207	190
3	มูลค่าต้นทุนการผลิต(1+2)	บาท	509,845.00	500,676.24	455,246.47
4	การเตรียมยาเคมีบำบัด				
	1.1 จำนวน regimen ที่ใช้รักษา	regimen	18	20	20
	1.2 จำนวนผู้ป่วย	ราย	1,528	2,053	2,241
	1.3 จำนวน Dose ที่เตรียมผสม	Dose	4,078	5,599	5,710
6. งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ					
1.	ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกรรพ.สาขา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ตสม.(17 แห่ง) รวมทั้งหมด	ใบสั่ง	73,903	59,121	68,037
	1.1 รพ.สาขา				
	1. ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกร	ใบสั่ง	28,505	32,183	35,029
	1.1 ขนานยา	รายการ	88,199	102,990	114,643
	1.2 มูลค่ายา	บาท	5,540,348.80	7,744,584.32	9,460,291.25
	1.3 ขนานเวชภัณฑ์	รายการ	73	44	854
	1.4 มูลค่าเวชภัณฑ์	บาท	5,037	9,520.25	9,595.20
	1.5 มูลค่ายา/ใบสั่ง	บาท/ใบสั่ง	194	241	270
	1.6 มูลค่าเวชภัณฑ์/ใบสั่ง	บาท/ใบสั่ง	0.18	0.30	0.27
	2. จำนวนใบสั่งยาวันทำการเฉลี่ยวันละ	ใบสั่ง	117	122	143
	1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ตสม.(17 แห่ง) รวมทั้งหมด				
	1. ใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกร	ใบสั่ง	45,398	26,938	33,008
	2. จำนวนใบสั่งยาที่จ่ายโดยเภสัชกรเฉลี่ยวันละ	ใบสั่ง	189	103	138
2	งานพัฒนาระบบยา				
	นิเทศ/ติดตามประเมินมาตรฐานระบบยาในตสม. และ รพ.สต.(18 แห่ง)				
2.1	4.1 แห่ง	แห่ง	18	18	18
	4.2 ครั้ง	ครั้ง	18	18	36
2.2	จัดทำระบบเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยา warfarin ใน รพ.สต.	ราย	74	79	103
2.3	จัดทำระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำใน รพ.สต.	ราย	1,129	422	723
2.4	งานพัฒนาฝึกอบรม	ครั้ง/คน	5/230	14/585	12/505
2.5	มาตรฐาน รพ.สต. ดีดดาว	ร้อยละ	85.29	87.30	95.04
3	การดูแลระดับครอบครัว				
3.1	เยี่ยมบ้านด้านยาผู้ป่วย				
	3.1 โดยเภสัชกร	ราย	93	57	111
	3.2 โดย อสม.ประจำหมู่บ้าน	ราย	20	20	55

◇ กลุ่มงานเภสัชกรรม (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม / งาน	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561
3.2	งานพัฒนาครอบครัวต้นแบบการใช้จ่ายเพียง (สะสม)				
	ครอบครัวต้นแบบ	ครั้ง	1	1	2
	จำนวนครอบครัวต้นแบบการใช้จ่ายเพียงและ ปลอดภัย(สะสม)	ครอบครัว	26	42	67
4	การดูแลระดับชุมชน				
4.1	ชุมชนต้นแบบการใช้จ่ายเพียงปลอดภัย(สะสม)				
	การพัฒนาชุมชนต้นแบบ	ครั้ง	1	1	2
	ชุมชนต้นแบบ(สะสม)	ชุมชน	2	3	5

ที่มา : กลุ่มงานเภสัชกรรม

◇ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

บริบท

ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และบริการโลหิต เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย ป้องกัน ควบคุม และติดตามการรักษาโรค

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีการดำเนินการ ที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ของโรงพยาบาลลำพูน เพื่อจะนำไปให้ถึง วิสัยทัศน์ และคุณค่างานของโรงพยาบาลลำพูนดังนี้

1. ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง รวดเร็ว และครบถ้วน
2. ให้บริการแก่ลูกค้าด้วยความเอาใจใส่ และตอบสนองความต้องการ โดยคำนึงถึงความพึงพอใจของลูกค้าเป็นสำคัญ
3. พัฒนาบุคลากรให้มีทักษะ มีคุณภาพ และปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
4. จัดหา บำรุงรักษาครุภัณฑ์ เครื่องมือ และวัสดุให้เพียงพอ และมีคุณภาพอยู่เสมอ
5. ปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานบุคคล และทรัพยากร
6. ปรับปรุงสถานที่ และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย และเหมาะสมในการให้บริการ
7. ควบคุมคุณภาพงานตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
8. จัดระบบเอกสาร และการสื่อสารในห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการให้บริการ

1. ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ได้แก่ เคมีคลินิก จุลทรรศน์ศาสตร์ โลหิตวิทยา จุลชีววิทยา ภูมิคุ้มกันวิทยา พิษวิทยา เซลล์วิทยา ธนาคารเลือด ละบริการโลหิต
2. บริการทางวิชาการ ข้อมูลสถิติ สนับสนุนการศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง
3. ผู้ใช้บริการได้แก่หน่วยงานภายในโรงพยาบาลลำพูน รพช. สถานพยาบาลต่างๆ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
4. เวลาให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยปฏิบัติงานปกติในเวลาราชการ และให้บริการกรณีฉุกเฉินนอกเวลาราชการ

ปริมาณงานและทรัพยากร ประกอบด้วย

1. นักเทคนิคการแพทย์	จำนวน 17 คน
2. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	จำนวน 2 คน
3. เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	จำนวน 11 คน
4. พนักงานผู้ช่วย	จำนวน 7 คน
5. ชูรการและพัสดุ	จำนวน 2 คน
6. พนักงานทำความสะอาดเครื่องแก้ว	จำนวน 3 คน
รวม	จำนวน 42 คน

1. ด้านบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

1.1 ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

ปีงบประมาณ	จำนวน (test)
2558	1,143,189
2559	1,261,402
2560	1,261,868
2561	1,317,673

สถิติปริมาณงานปีงบประมาณ 2561 เพิ่มจากปีงบประมาณ 2560 จำนวน 55,805 test คิดเป็นร้อยละ 4.42

◇ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์^(ต่อ)

1.2 ธนาคารเลือด ส่งต่อตัวอย่างชิ้นเนื้อและอื่นๆ

กิจกรรม	ปีงบประมาณ		
	2559	2560	2561
1. รับบริจาคโลหิต			
- นอกสถานที่	7,275	8,854	7,975
- ในสถานที่	3,447	3,062	3,362
- ญาติทดแทน	1,832	1,254	1,794
รวม	12,554	13,170	13,131
2. ปั่นแยกส่วนประกอบโลหิต	27,582	29,376	28,407
3. Platelete Apheresis (SDP)	183	205	242
4. ปริมาณการใช้โลหิต (ยูนิต)	16,152	13,886	17,886
5. คนไข้ขอโลหิต (ราย)	6,049	12,809	13,437
6. คนไข้ใช้โลหิต (ราย)	5,961	6,501	8,317
7. ตรวจเลือด G/M (ราย)	13,444	12,805	13,508
8. ส่งต่อตัวอย่างชิ้นเนื้อ และตัวอย่างอื่นๆ	11,779	15,540	14,806

2. การดำเนินงานด้านคุณภาพ

1. ตรวจสอบมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์จำสำนักงานประกันสังคม
2. ตรวจสอบมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. ใฝ่ระวังตาม มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระบบ ISO 15189:2012 และระบบ ISO15190:2003 ปีงบประมาณ 2561

ผลลัพธ์

1. ผ่านการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการระบบ ISO 15189:2012 และระบบ ISO 15190:2003 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2560 ถึง 20 มีนาคม 2562
2. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สรุปความเสี่ยง

1. Lab adverse event (การเกิด Sample clot และ Hemolysis)
2. Donor adverse event (Labeling ระบุวันผลิต/หมดอายุ โลหิต Donor ผิด)
3. Blood transfusion safety

ผลลัพธ์

1. Sample clot และ Hemolysis ดำเนินการเชิงรุกหผู้ป่วยที่มี Incident สูง โดยให้ข้อเสนอแนะในการเจาะเลือด
2. ไม่พบรายงานความเสี่ยงระดับรุนแรงในงานธนาคารเลือด

3. โครงการที่ได้ดำเนินการในปี 2561

- 1.โครงการรณรงค์รับผู้บริจาคโลหิต เนื่องในวันรับบริจาคโลหิตโลก
- 2.โครงการพัฒนากระบวนการก่อนการวิเคราะห์
- 3.โครงการพัฒนากระบวนการงานธนาคารเลือด
- 4.เพิ่มศักยภาพในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการโดยเปิดให้บริการ ADA, Gene expert

◆ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์^(ต่อ)

ผลลัพธ์

1. จำนวนโลหิตขาดคลัง น้อยครั้งลง
2. กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลใหม่ พนักงานศูนย์บริการ เข้าร่วมอบรมประมาณ 50 คน
3. งานธนาคารเลือดได้รับการพัฒนาคุณภาพ เพื่อรองรับการขอการรับรองมาตรฐาน
4. ADA, Gene expert ได้ผลเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่าย ไม่ต้องส่งต่อภายนอก

4. แผนพัฒนาในปี 2562

เปิดจุดเจาะเลือดผู้ป่วยนอก ณ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน และติดตั้งระบบส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการโดยระบบท่อลม และบริการตรวจ MIC. ของงานจุลชีววิทยา

ตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2561

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ
1. ผ่านการ Re-accredittion มาตรฐานห้องปฏิบัติการระบบ ISO 15189:2012 และ ISO 15190:2003	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง
2. จำนวนครั้งที่ EQC ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (น้อยกว่า 2.5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 4)	0 ครั้ง	0 ครั้ง
3. Cycle time (Fast tract)		
- Stock Fast tract (PT,INR)	30 นาที	18 นาที
- Blood Bank ของ ER (Stat O, Truma)	5 นาที	6 นาที
- Hs Troponin T	30 นาที	35 นาที

ที่มา : กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

◇ งานนิติเวชและรักษาศพ

บริบท

กลุ่มงานนิติเวชและรักษาศพโรงพยาบาลลำพูน มีหน้าที่ให้บริการเกี่ยวกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตซึ่งอาจเกิดเป็นคดีความ รวมไปถึงผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล โดยแยกเป็น

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

1.1 งานบริการผู้ป่วยคดี(Clinical Forensic medicine) มีหน้าที่ให้บริการตรวจ รักษาและประเมินการบาดเจ็บเบื้องต้นและรับปรึกษา โดยแพทย์นิติเวชในเวลาราชการ ให้กับผู้บาดเจ็บที่เข้าข่ายว่าจะถูก ทำร้ายหรือได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายโดยบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางรวบรวมและ ประสานกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดคดีความที่นอกเหนือไปจาก กรณีถูกทำร้ายร่างกาย เช่น กรณีอุบัติเหตุต่างๆ ตรวจหาสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์จากร่างกายผู้เสียหาย ตามคำร้องขอของพนักงานสอบสวน เป็นต้น ทั้งยังให้บริการตรวจประเมินอายุตามคำสั่งของศาลหรือคำร้องขอของหน่วยงานราชการ

1.2 งานบริการศพคดี (Forensic Scene investigation and Autopsy Examination) ให้บริการตามหน้าที่ ในตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพ เพื่อบรรลุจุดประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ โดยจัดให้มี แพทย์นิติเวช แพทย์เวร และเจ้าหน้าที่ ที่สามารถออกชันสูตรแทนแพทย์ เมื่อได้รับการร้องขอจากพนักงานสอบสวนให้เข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพได้ ตลอด 24 ชั่วโมงและยังให้บริการตรวจชันสูตรศพที่เสียชีวิตผิดธรรมชาติภายในโรงพยาบาลโดยวิธีการผ่าชันสูตร ตรวจหาสารพิษ และตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในวันและเวลาราชการ รวมไปถึงการเก็บรักษาและจำหน่ายวัตถุพยานให้กับพนักงานสอบสวน

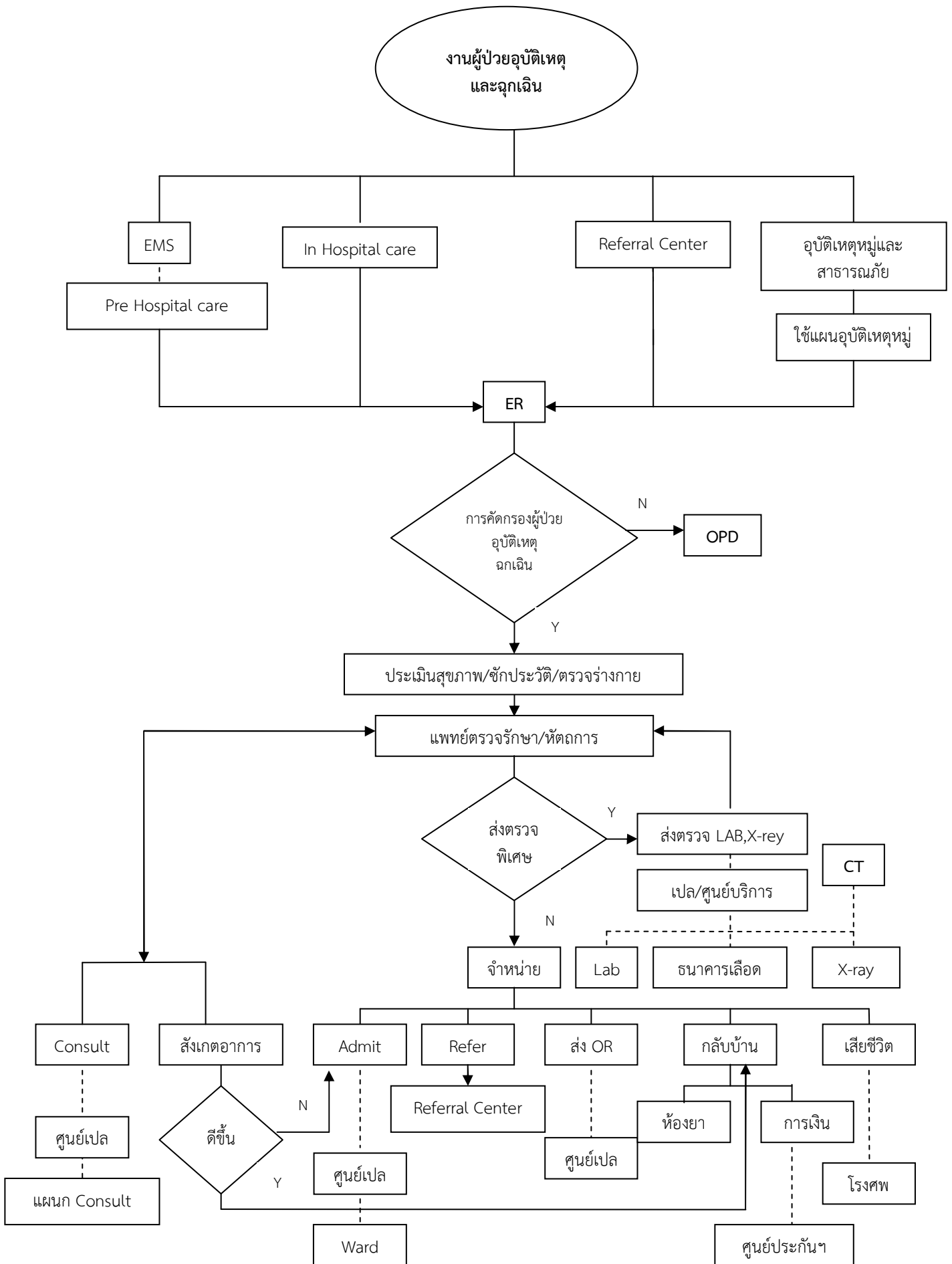
1.3 งานธุรการนิติเวช ให้บริการประสานการออกรายงานเอกสารตามกฎหมายของแพทย์และการเป็นพยานต่อศาลของบุคลากรในโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล รวบรวมสถิติและข้อมูลทั้งผู้ป่วยคดีและศพคดีของหน่วยงาน

2.งานบริการรักษาศพ ให้บริการเก็บรักษาและดูแลศพ เพื่อจำหน่ายให้กับญาติ ทั้งกรณีของศพคดีที่ผ่านการชันสูตรแล้ว และศพผู้ป่วยที่เสียชีวิตตามโรคทางธรรมชาติในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลด้านงานบริการ	ปี 2561
จำนวนผู้ป่วยคดี(โดยรวม)	346
จำนวนศพคดี(โดยรวม)	372
จำนวนการเก็บรักษาศพ(โดยรวม)	967

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



◇ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

ปริมาณงานและทรัพยากร

รายการ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
1.แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	3	4	4
2.พยาบาลวิชาชีพ	26	25	25
3.เจ้าพนักงานสาธารณสุข(เวชกิจฉุกเฉิน)	5	5	5
4.ผู้ช่วยพยาบาล	2	1	1
5.พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	2	3	3
6.พนักงานช่วยพยาบาล	2	2	2
7.พนักงานแปล	31	32	30

อัตรากำลัง

รายการ	ปีงบ 2559			ปีงบ 2560			ปีงบ 2561		
	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย
1.แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	0-1	2-3	0	0-1	3	0	0-1	3	0
2.พยาบาลวิชาชีพ	4	9	8	4	10	8	4	10	9
3.เจ้าพนักงานสาธารณสุข(เวชกิจฉุกเฉิน)	1	2	2	1	2	2	1	2	2
4.ผู้ช่วยพยาบาล	0	0-1	0-1	0	0-1	0-1	0	0-1	0-1
5.พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	1	0-1	0-1	1	0-1	0-1	1	0-1	0-1
6.พนักงานช่วยพยาบาล	0	1	0	0	1	0	0	1	0
7.พนักงานแปล	5	16	9	5	17	9	5	16	9

สรุปผลการดำเนินงาน

1.งาน Pre -Hospital Management

1.1 สถิติงาน Pre – Hospital care (ราย) ปีงบประมาณ 2559-2561

รายการ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2559	ปีงบ 2561
หน่วยโรงพยาบาลลำพูนออกปฏิบัติการ - ALS	378 48.09%	310 44.73%	300 44.58%
- ILS	408 51.91%	383 55.27%	373 55.42%

1.2 ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเร่งด่วน(สีแดง)ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน EMS

ปีงบประมาณ 2559-2561 (เป้าหมาย >80%)

รายการ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
Trauma	68.96	81.64 (209/256)	64.96 (191/294)
Non-trauma	20.32	24.82 (559/2,252)	24.89 (830/3,335)

◇ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

2. งานศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉินจังหวัดลำพูน (Referral Center)

2.1 สถิติจำนวนการประสาน รับส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน (ราย) ปีงบประมาณ 2559-2561

รายการ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
1. Refer in	5,538	5,092	5,896
2. Refer out	476	603	643
3. Refer back	312	322	597
4. Refer receive	NA	304	139
5. UCEP	NA	NA	1,739/183 10.52 %

2.2 กลุ่มโรคผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประสานส่งต่อ REFER OUT(ราย) ปีงบประมาณ 2559-2561

กลุ่มโรคสำคัญ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
1. หัวใจและหลอดเลือด	82	180	226
2. Psychiatric problem	80	68	96
3. อายุรกรรมทั่วไป	41	54	40
4. Head injury/hemorrhagic stroke	58	37	32
5. New born/กุมารเวชกรรม	13	47	20

2.3 กลุ่มโรคผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประสานส่งต่อ REFER OUT(ราย) ปีงบประมาณ 2559-2561

ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
1.Ac.appendicitis	1.Ac.appendicitis	1.Ac.appendicitis
2.Sepsis	2. Respiratory failure	2. Sepsis
3.Respiratory failure	3. Sepsis	3.Stroke
4.Fx.radius	4. Other disease of digestive system	4.Fx.radius
5.Stroke	5.Stroke	5. Respiratory failure

3.งานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล (In - Hospital Management)

3.1 สถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด (ราย) ปีงบประมาณ 2559-2561

รายการ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
1.อุบัติเหตุทั่วไป	10,220	9,003	9,566
2.อุบัติเหตุจราจร	5,170	4,326	4,445
3.ผู้ป่วยฉุกเฉิน	30,178	29,896	31,057
4.ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน	7,484	7,996	7,839
รวมยอดผู้ป่วยทั้งหมด	53,052	51,221	52,907

◇ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

3.2 สถิติจำนวนงานบริการผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ราย) ปีงบประมาณ 2559-2561

รายการ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
1. งานคัดกรองผู้ป่วย			
- ส่ง ER	53,052	51,221	52,907
- ส่ง OPD	8,433	8,118	9,348
2. ประเภทผู้ป่วย			
- Resuscitation	2,300	2,470	2,673
- Emergency	1,624	2,003	3,416
- Urgency	19,606	18,378	20,952
- Semi-urgency	20,760	19,474	17,242
- Non-urgency	8,762	8,896	8,624
3. งานห้องสังเกตอาการ	7,669	7,143	6,653
4. งานหัตถการ/ฉีดยาต่อเนือง	11,365	12,390	14,540
5. การจำหน่าย			
- Admit	14,929	14,310	17,410
- เข้าICU	1,343	1,522	1,687
- เข้าOR	41	93	82
- Refer	163	144	156
- เสียชีวิต	63	57	60
6. งานบริการศูนย์เปล	257,059	260,676	272,668

3.3 สถิติจำนวนผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ให้บริการในระบบFast track (ราย) ปีงบประมาณ 2559-2561

รายการ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
1. MI	66	60	46
2. Stroke	120	157	144
3. Head injury	56	78	80
4. Multiple trauma	38	81	89
5. Sepsis	1,084	650	1,020

การควบคุมคุณภาพงานบริการด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินปีงบประมาณ 2561

ตัวชี้วัดคุณภาพงานบริการผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ในกลุ่มโรคสำคัญ ปีงบประมาณ 2559-2561

รายการ	ปีงบ 2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
1.Fast track MI *Door to needle time <30min	42.56 นาที	63.07 นาที	42.60 นาที
2.Fast track Stroke * Door to needle time <60 นาที	71.45 นาที	58.25 นาที	74.76 นาที
3.Fast track Severe Head injury *Door to incision time <120 นาที	63.68 นาที	63.63 นาที	95.50 นาที
4.Fast track Multiple trauma *Door to incision time <60 นาที	50.00 นาที	46.15 นาที	75.17 นาที
5. Sepsis *Door to ATB <1hr	1,084 100%	650 100%	1020 100%

◇ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ต่อ)

เพื่อให้ผู้รับบริการวิกฤตฉุกเฉินได้รับการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หน่วยงานได้กำหนดการติดตามความเสี่ยงสำคัญใช้ Trigger Tool เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังเหตุไม่พึงประสงค์สำคัญทางคลินิก ไว้ 4 ประเด็น คือ

1. ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์และเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน
2. ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมงและเสียชีวิต
3. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินอยู่ที่ ER นานเกิน 4 ชั่วโมง
4. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ควรได้เข้ารับการ admit ที่หอผู้ป่วยหนักไม่ได้เข้ารับการ admit ที่หอผู้ป่วยหนัก

หน่วยงานได้วิเคราะห์และทบทวนความเสี่ยงร่วมกับ PCT ที่เกี่ยวข้อง หากจุดเปลี่ยนเพื่อการแก้ไขข้อบกพร่องในระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายในการป้องกันการเกิดซ้ำ ได้เกิดการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ คือ Septic shock, การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับภาวะ shock, กลุ่มโรคหัวใจ (ACS), กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ปีงบประมาณ 2561 ไม่พบอุบัติการณ์ในข้อ 1 ข้อ 2 ที่กล่าวมาข้างต้น คือ ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์และเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมงและเสียชีวิต แต่ยังพบจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงพัฒนาร่วมกับทีม PCT ต่างๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินอยู่ที่ ER นานเกิน 4 ชั่วโมง จำนวน 23 ราย
- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ควรได้เข้ารับการ admit ที่หอผู้ป่วยหนัก ไม่ได้เข้ารับการ admit ที่หอผู้ป่วยหนักจำนวน 56 ราย

◆ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ทีมนำสูติ-นรีเวชกรรมมีหน้าที่วางระบบในการให้บริการผู้ป่วยทางสูติ-นรีเวชกรรมอย่างมีคุณภาพโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและผู้รับบริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตของการให้บริการ

ให้บริการผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมในโรงพยาบาลลำพูนและเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดลำพูน

ค. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. การบริการที่ได้มาตรฐาน
2. ความปลอดภัยของผู้รับบริการ
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ง. ความท้าทายความเสี่ยงสำคัญ

1. การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง
2. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
3. การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
4. การป้องกันการคลอดติดไหล่

จ. ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

บุคลากร สูติแพทย์ 6 ท่าน
 พยาบาลวิชาชีพ
 ผู้ช่วยพยาบาล
 พนักงานช่วยเหลือคนไข้

ปริมาณงาน

กิจกรรม	หน่วย	2559	2560	2561
1. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์		6,473	6,480	7,200
2. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์รายใหม่		539	494	542
3. ผู้คลอดทั้งหมด	ราย	2,509	2,527	2,486
4. จำนวนเด็กเกิดใหม่	คน	2,524	2,547	2,502
5. ผู้ป่วยรับผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวช	คน	195	176	170
6. ผู้ป่วยรับผ่าตัดเล็กทางนรีเวช	คน	35	67	32
7. Curettage/ MVA for terminate of pregnancy	คน	116	132	95
8. Curettage/ MVA following abort /delivery	คน	63	56	225
9. Curettage/ MVA for diagnosis (Fraction curettage)	คน	251	211	71

◇ กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม (ต่อ)

2. กระบวนการสำคัญ(Key process)

กระบวนการสำคัญ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement0)	ตัวชี้วัด (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงบริการ	-การเข้าถึงกระบวนการทางคลินิกที่สำคัญ	-อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
2. การประเมินผู้ป่วย	-การประเมินปัญหาผู้ป่วยครอบคลุมถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสมเพื่อการวางแผนการดูแล	-จำนวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ F ขึ้นไปที่เกิดจากกระบวนการประเมินผู้ป่วย
3. แผนการดูแลผู้ป่วย	-แผนการดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายชัดเจน ครอบคลุมประเด็นสำคัญ -มีการนำหลักฐานวิชาการ หรือแนวปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	-จำนวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ F ขึ้นไปที่เกิดจาก แผนการดูแลผู้ป่วย
4. การดูแลผู้ป่วย	-การดูแลผู้ป่วยมีความถูกต้อง ผู้ป่วยปลอดภัยเหมาะสม	-อัตราการตกเลือดหลังคลอด -อุบัติการณ์การเกิด Eclampsia จาก PIH -อัตราการเกิด Birth asphyxia -อัตราการเกิด LBW -อัตราการเกิด Preterm labour -อัตราการตาย
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ	-อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน
6. การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็นโดยเหมาะสม	

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน(Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561
1. อัตราการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์	>ร้อยละ90	66.06	64.91	65.58
2. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ < 12 สัปดาห์	ราย/ร้อยละ	214/539 (39.70)	233/494 (47.17)	162/394 (41.12)
3. จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่ติดเชื้อ HIV	ราย/ร้อยละ	5/539 (0.93)	5/494 (1.01)	0
4. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ อายุ < 20 ปี	ราย/ร้อยละ	99/539 (18.37)	62/494 (12.55)	79/542 (14.58)
5. ผู้คลอดที่ ANC รพ.ลำพูนน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 11 กิโลกรัม	ร้อยละ 90	292/433 67.44	282/412 68.45	238/394 60.41
6. หญิงตั้งครรภ์ที่ ANC รพ.ลำพูน คลอดเมื่อ อายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์	>95%	94.92	92.64	96.95%
7. จำนวนมารดที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีคลอด	< 10%	7.77	7.20	5.79

◆ กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม (ต่อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561
8. จำนวนการคลอด	ครั้ง	2509	2529	2502
- คลอดปกติ	ครั้ง	983	915	939
- คลอดผิดปกติ	ครั้ง	1526	1614	1563
-C/S	ครั้ง	1290	1410	1388
-V/E	ครั้ง	238	203	163
-F/E	ครั้ง	0	0	0
-BA	ครั้ง	2	1	2
9. BBA	ราย	6	3	4
10. Twin	ราย	22/44	22/44	23/46
11. จำนวนเด็กเกิดใหม่	คน	2524	2547	2502
12. จำนวนทารกคลอดมีชีพ	คน	2516	2541	2491
13. จำนวนทารกคลอดไร้ชีพ	คน	9	6	11
14. จำนวนทารกตาย 0-7 วัน	คน	2	8	4
15. จำนวนมารดาตาย	คน	0	0	0
16. จำนวนทารกคลอดมีชีพ	คน	2516	2541	2491
17. น้ำหนัก < 2500 กรัม	คน	275	319	300
18. น้ำหนัก 2500 - 2999 กรัม	คน	910	963	1011
19. น้ำหนัก 3000 - 3999 กรัม	คน	1307	1227	1168
20. น้ำหนัก 4000 กรัมขึ้นไป	คน	31	32	23
21. อัตราการเกิด Birth Asphyxia (ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ)	< 30	15.1	19.28	19.98
22. อัตราตกเลือดหลังคลอด	< ร้อยละ 3	1.47	2.17	1.73
23. อัตรามารดาที่เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง (ต่อ 100,000 การคลอด)	< 18	0	0	0
24. อัตราทารกตายปริกำเนิด (ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ)	< 9	3.96	5.89	5.6
25. อัตราผ่าตัดคลอด		51.41	55.76	55.83
26. อัตราการผ่าตัดซ้ำในการผ่าตัดคลอดบุตร	0	0	0.21	0.07
27. อัตราการ Re-curettagement ในผู้ป่วยภาวะหลังแท้งบุตร	0	1.35	1.1	1.23
28. อัตราการผ่าตัดซ้ำในการผ่าตัดทางนรีเวช	0	1.32	0.47	0
29. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	ร้อยละ 50	54.49	55.31	60.12

ที่มา: กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม

ผลการดำเนินงาน

กิจกรรม	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. สถิติผู้ป่วยนอก	25,729	26,749	27,558
อุบัติเหตุทางตาทุกประเภท	624	697	753
จำนวนการให้บริการวัดสายตา	24,264	25,455	26,900
จำนวนการให้บริการวัดความดันลูกตา	19,157	20,133	21,255
จำนวนการให้บริการวัดลานสายตา	806	942	997
จำนวนการให้บริการวัดหาค่าเลนส์แก้วตาเทียม	751	662	819
จำนวนการให้บริการขยายม่านตาตรวจพิเศษทางตา	7,460	7,921	8,329
จำนวนการให้บริการวัดแว่น	644	707	897
จำนวนการให้บริการตรวจตาบอดสี	304	317	94
จำนวนการให้บริการStereo Test	78	52	59
จำนวนการให้บริการถ่ายรูปจอประสาทตา	3,751	3,960	4,345
ล้างต่อน้ำตา	935	931	1,068
ตัดไหม	87	53	61
เขยิวตลับแปลกล้อมที่ตา	107	129	128
ผ่าตัดฝีที่เปลือกตา	56	70	55
ยิงเลเซอร์สำหรับต้อหิน	21	31	49
ยิงเลเซอร์สำหรับถุงหุ้มเลนส์	149	178	239
ยิงเลเซอร์สำหรับเบาหวานขึ้นตา	35	31	57
2. สถิติผู้ป่วยใน	1,197	1,041	1,155
3. สถิติผู้ป่วยผ่าตัด	1,323	1,150	1,396
ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่	1,107	980	1,197
ผ่าตัดต่อกระจก	1,026	925	1,122
ผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก	216	170	199

โรคที่ตรวจพบมากที่สุด (OPD Case)

โรค	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
โรคต้อหิน	5,649	6,110	6,624
ความผิดปกติที่เลนส์	4,240	4,359	4,309
ความผิดปกติของคลอรอยด์และเรตินา	2,525	2,413	2,468
ความผิดปกติของเยื่อตา	2,062	2,064	2,150
ความผิดปกติของวุ้นลูกตาและลูกตา	1,290	1,252	1,279
ความผิดปกติของหนังตา ระบบท่อน้ำตา และเบ้าตา	1,180	1,090	1,045
ความผิดปกติของตาขาว กระจกตา ม่านตา ซีเลียรีบอดี	1,091	1,195	1,233
ความผิดปกติของกล้ามเนื้อตา,การใช้สายตา & ตาบอด	852	1,013	924
อุบัติเหตุทางตา	624	697	753

โรคที่ตรวจพบมากที่สุดในผู้ป่วยในทางตา

โรค	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
ความผิดปกติที่เลนส์	1,010	853	959
อุบัติเหตุทางตา	103	82	81
โรคต้อหิน	30	57	42
ความผิดปกติของตาขาว กระจกตา ม่านตา ซีเลียรีบอดี	22	36	29
ความผิดปกติของหนังตา ระบบท่อน้ำตา และเบ้าตา	25	20	20
ความผิดปกติของวุ้นลูกตาและลูกตา	8	6	8
ความผิดปกติของเยื่อตา	4	4	3
ความผิดปกติของคลอรอยด์และเรตินา	3	2	1

กิจกรรมและโครงการ ปีงบประมาณ 2561

1. ร่วมโครงการพัฒนาผู้มีปัญหาด้านสายตาอันเนื่องมาจากเลนส์ตา ในระบบหลักสุขภาพถ้วนหน้า
2. โครงการและกิจกรรมป้องกันตาบอด
 - 2.1. ตรวจเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตอำเภอเมือง ครอบคลุมทุกสถานีนอนามัยและเทศบาล
 - 2.2. ร่วมโครงการออกหน่วยเคลื่อนที่ ตรวจคัดเบาหวานขึ้นจอตาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำพูน
 - รพ.ทุ่งหัวช้าง
 - 2.3. ร่วมกับPCT เด็กในการจัดทำแนวทางและตรวจจอประสาทตาในเด็กคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย
 - 2.4. ตรวจตาในผู้ป่วย ธาลาสซีเมีย
 - 2.5. ตรวจตาผู้ป่วยที่ได้รับยา Ethambutal,Choloquine
3. โครงการเด็กไทยสายตีสั้น ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้
4. กิจกรรมอื่นๆ
 - 4.1 เป็นประธานและเลขาฯ คณะกรรมการ Service Plan สาขาจักษุ เขตสุขภาพ ที่ 1
 - 4.2 เป็นวิทยากรอบรมแพทย์ฝึกหัด และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเกี่ยวกับการรักษาโรคตาและอุบัติเหตุทางตา

◆ กลุ่มงานจักษุวิทยา (ต่อ)

4.3 เป็นวิทยากร โครงการตรวจเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยกล้องถ่ายภาพจอประสาทตา ของจังหวัดลำพูน

4.4 เป็นวิทยากรโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่1 บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบลในการดำเนินงาน เด็กไทยสายตาสี จังหวัดลำพูน ปี2561

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561
1. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด(ต่อ1,000วันนอน)	0.50%	0
2. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการทำผ่าตัดต้อกระจก		
2.1 Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน	80%	74.52
2.2 Non Blinding cataract ผ่าตัด ใน 90 วัน	100%	100
3. ระดับสายตาที่ดีขึ้นหลังผ่าตัดต้อกระจก 6 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ 6/24	80%	89.81
4. อัตราการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคต้อหิน	100	96.98
5. เด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงต่อ ROP ได้รับ การตรวจจอตาและการรักษาที่เหมาะสมทุกราย	100%	100
6. ร้อยละของการตรวจคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา	60%	71.01

ที่มา:กลุ่มงานจักษุวิทยา

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

1. บริบท

หน้าที่และเป้าหมาย/ขอบเขตการให้บริการ

งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการรักษาผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ศัลยกรรมและ
สูตินรีเวช โดยแบ่งเป็น 3 หน่วยงาน คือ

- ห้องผู้ป่วยหนัก 1 จำนวน 12 เตียง โดยรับผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ห้องผู้ป่วยหนัก 2 รับผู้ป่วยจำนวน 12 เตียง เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมด
- ห้องผู้ป่วยหนัก 3 รับผู้ป่วยจำนวน 12 เตียง โดยรับผู้ป่วย Multiple Trauma และผู้ป่วย Traumatic Brain Injury และผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก หู คอ จมูก โดยรวมเป็นจำนวนเตียงทั้งหมด 36 เตียง

ในหน่วยงานมีเจ้าหน้าที่พยาบาลรวม 61 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 14 คน อัตรากำลังเวร เข้า - บ่าย พยาบาลต่อผู้ป่วย คือ 1 : 2 เวรตึก พยาบาลต่อผู้ป่วย 1:2.4 ภาระงาน (Productivity) เฉลี่ยร้อยละ 96 - 109 อัตราการครองเตียงรวม 86.45 - 100.07

- งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 ได้แก่ CHF , COPD , Pneumonia , Stroke และ Sepsis
- งานห้องผู้ป่วยหนัก 2 ได้แก่ COPD, CHF , SEPSIS, MI และ CRF
- งานห้องผู้ป่วยหนัก 3 ได้แก่ Traumatic Brain Injury, Hemorrhagic stroke, Multiple Trauma, UGIH, และ NF with septic shock

งานห้องผู้ป่วยหนัก 1

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน
หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก		
1. อัตราตาย(รวม)	<30%	8.3
2. อัตราการเกิด VAP	<10	5.92
3. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	<5	0.31
4. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ 2	<5	0.97
5. จำนวนวันนอน (LOS)	<5 วัน	3.08
6. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยาระดับ E ขึ้นไป	0	0
7. ความผิดพลาดในการให้เลือด	0	0
8. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	0	0
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ		
1. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์	>80%	90.94
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	>80%	89.87
3. จำนวนข้อร้องเรียน	0 ราย	1
4. การพัฒนางานกิจกรรม 5 ส.	80%	86.75
5. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ได้รับการฟื้นฟูวิชาการ ไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง/ปี	80%	14.2
6. Productivity	90%	101.51

◇ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

งานห้องผู้ป่วยหนัก 2

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน
หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก		
1. อัตราตาย(รวม)	<30%	9.36
2. อัตราการเกิด VAP	<10	2.5
3. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	<5	0
4. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ 2	<5	1.81
5. จำนวนวันนอน (LOS)	<5 วัน	5.08
6. อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยาระดับ E ขึ้นไป	0	0
7. ความผิดพลาดในการให้เลือด	0	0
8. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย	0	0
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ		
1. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	>80%	87.58
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	>80%	91.75
3. จำนวนข้อร้องเรียน	0 ราย	0
4. การพัฒนางานกิจกรรม 5 ส. (ในหน่วยงาน)	80%	91.77
5. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลได้รับการฟื้นฟูวิชาการไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง/ปี	80%	20
6. Productivity	90%	101.84

งานห้องผู้ป่วยหนัก 3

ตัวชี้วัดของหน่วยงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินการ
หมวดที่ 1 คุณภาพการให้การดูแลทางคลินิก		
1. อัตราตายผู้ป่วยศัลยกรรม(รวม)	<30%	15.9
2. อัตราตายของผู้ป่วย Head injury	<30%	17
3. อัตราการเกิด Pneumonia ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยศัลยกรรม	<10	4.94
4. อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	<5	0
5. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด Bed Sore ระดับ 2	<5	1.37
6. จำนวนวันนอนผู้ป่วยศัลยกรรม(LOS)	<5	4.48
หมวดที่ 2 คุณภาพการบริการ		
1. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	>80%	87.8
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน	>80%	90.18
3. จำนวนข้อร้องเรียน	0 ราย	0
4. การพัฒนางานกิจกรรม 5 ส.	80%	91.68
5. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลได้รับการฟื้นฟูวิชาการ ไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง/ปี	80%	10
6. Productivity	90%	93.92

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (ต่อ)

ผลการดำเนินงาน

1. สถิติ	ICU1	ICU2	ICU3
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1,149	887	735
กลับบ้าน	7	2	9
ส่งต่อรักษา	34	16	30
ถึงแก่กรรม	95	84	117
อัตราตายร้อยละ	8.3	9.36	15.9
ย้ายตึก	849	566	558
ไม่สมัครอยู่	50	73	23
วันนอนเฉลี่ย / เดือน	315.91	365.42	315.5
เฉลี่ยนอน ร.พ. คนละ(วัน) / เดือน (LOS)	3.08	5.08	4.48
อัตราการใช้เตียง / เดือน	7.97	6.22	5.94
อัตราการครองเตียง / เดือน	86.6	100.08	86.45
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด	885	803	571
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดเฉลี่ย / เดือน	73.75	66.92	47.58
2 การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ			
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	885	803	571
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม weaning	655	483	270
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ	531	433	266
อัตราการ weaning สำเร็จ	81.07	89.94	98.5%
จำนวนผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจ	18	11	7
จำนวนผู้ป่วยที่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	5	1	7
จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายทั้งท่อช่วยหายใจขึ้นตึกสามัญ	64	57	28
3 การช่วยฟื้นคืนชีพ			
จำนวนครั้งที่ CPR	22	23	10
หลังการ CPR แล้วมีชีพจร	0	6	0
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและเสียชีวิตในเวลาต่อมา	12	5	1
หลังการ CPR แล้วมีชีพจรและ Refer ต่อ	0	2	0
หลังการ CPR แล้วไม่มีชีพจร	10	10	9

ที่มา:กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

◇ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

ก.บริบท

ให้บริการมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง/ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ให้บริการทำคลอดปกติ / ผิดปกติทางช่องคลอด เตรียมผู้คลอดและประสานห้องผ่าตัด และให้การช่วยเหลือ ทารกแรกคลอดกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เป้าหมายในการให้บริการ เพื่อให้ผู้คลอดและ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เกิดความพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการ สิ่งที่เป็นความคาดหวังของผู้ให้และผู้รับบริการและญาติคือ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ไม่พบการตาย/เกิดความพิการต่อมารดาและทารก จากกรให้บริการซึ่งเป็นประเด็นคุณภาพต้องดำรงรักษาและเป็นความเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังอย่างยิ่งในทุกขั้นตอนของการให้บริการ

ในแต่ละวันจะมีสูติแพทย์ที่รับคำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีตารางปฏิบัติงานชัดเจนและสามารถตามสูติแพทย์ท่านอื่นในกรณีฉุกเฉินได้ และอัตรากำลังของพยาบาลตามมาตรฐานบริการงานห้องคลอดของโรงพยาบาลทั่วไป กำหนดให้การจัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติ 1 ทีม/การคลอด 4 คน คือพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ในกรณีที่มีผู้รอดคลอดมากและคาดว่าจะคลอดมากกว่า 4 รายในเวร จะจัดพยาบาลวิชาชีพเสริมอีก 1 คน โดยมีเกณฑ์การจัดเจ้าหน้าที่สำรองไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อป้องกันภาระงานที่มากเกินไปจนเกิดความเครียดต่อผู้รับบริการ

ข.ปริมาณงานและทรัพยากร

เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐานในหน่วยงานมีเทคโนโลยีและเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนการบริการ ได้แก่ เครื่อง Infusion pump ในกรณีให้ยา high alert drug เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องตรวจประเมินสภาพทารกในครรภ์ (Electric fetal monitoring) เครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (dope tone) เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum) เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องวัดความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด

ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีผู้รับบริการประมาณ 2500-2600 ราย/ปี และคาดว่าจะมีผู้รับบริการต่างตัวเพิ่มขึ้น ปริมาณการคลอดปกติ : การคลอดผิดปกติ ร้อยละ 45 : 55 การคลอดผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

รายการ	หน่วย	ปี2559	ปี2560	ปี2561
ผู้คลอดทั้งหมด	ราย	2609	2527	2486
Normal delivery	ราย	983	915	939
Caesarean section	ราย	1290	1410	1388
Vacuum extraction	ราย	334	203	163
Breech assisting	ราย	2	3	2
อัตราคลอดต่อวัน	ราย	7.15	6.92	6.82

บุคลากร

จำนวน (คน)	ปี2559	ปี2560	ปี2561
พยาบาลวิชาชีพ	13	13	13
ผู้ช่วยพยาบาล	1	1	1
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	4	3	1

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด (ต่อ)

ค.ผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. อัตรามารดาเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง	<18 ต่อ 100,000 การคลอด	0	0	0
2. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	≤ 3%	1.71	2.18	1.73
3. อัตราการเกิด Birth asphyxia	< 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	15.04	18.50	19.98
4. อัตราทารกตายปริกำเนิด	< 9 ต่อ 1,000 การคลอด	3.57	5.11	5.57

เครื่องชี้วัด	ผลการดำเนินการ		
	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. ภาวะแทรกซ้อนของมารดา			
-Eclampsia	2	2	0
-Uteri rupture	0	0	0
-มดลูกปลิ้น	0	0	0
-รูก้าง	4	2	3
-Hematoma	2	4	4
-Fourth degree tear	11	6	5
-emergency hysterectomy	2	4	3
2.ภาวะแทรกซ้อนของทารก			
-Brachial plexus injury	1	0	0
-ทารกอุณหภูมิกายต่ำ	27.47%	27.58%	26.38%

ที่มา:กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

◇ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

ก. บริบท

งานห้องผ่าตัดมีหน้าที่ ให้บริการรักษาด้วยการผ่าตัด และส่องกล้องเพื่อการรักษาและเพื่อการวินิจฉัย ตลอดจนให้คำแนะนำและนัดผู้ป่วยนอกที่จะมาเข้ารับทำการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

โดยมีขอบเขต การให้บริการผ่าตัดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน ในสาขาศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมสูติ-นรีเวช ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตา หู คอ จมูก ศัลยกรรมช่องปากและไอบุหน้า ศัลยกรรมทันตกรรมเด็ก ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ศัลยกรรมหลอดเลือด และศัลยกรรมตกแต่ง มีห้องผ่าตัดทั้งหมด 14 ห้องแต่เปิดให้บริการทั้งหมด จำนวน 11 ห้อง ประเภทผ่าตัดใหญ่จำนวน 8 ห้องและผ่าตัดเล็ก/ศูนย์ส่องกล้องจำนวน 3 ห้อง ให้บริการในเวรเช้าปกติ 9 ทีม เปิดบริการนอกเวลาราชการ เวรบ่าย 2 ทีม เวรดึก 1 ทีม มีบุคลากรทั้งหมด 58 คนประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 29 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 15 คน และ พนักงานห้องผ่าตัด 8 คน

การจัดอัตรากำลัง

ข้อมูลอัตรากำลังเจ้าหน้าที่	จนท.ทั้งหมด	เช้า	บ่าย	ดึก
พยาบาลวิชาชีพ	29	27	6	2-3
ผู้ช่วยพยาบาล	3	2	1	0
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	15	13	3	1
พนักงานห้องผ่าตัด	8	7	2	1

สถิติการผ่าตัด

ศัลยกรรมทั่วไป	2,311	scope knee	51
ศัลยกรรมช่องท้อง	1,481	Proctoscope	11
ศัลยกรรมทรวงอก	52	Sigmoidoscope	12
ศัลยกรรมตกแต่ง	310	Colonoscope	294
ศัลยกรรมหลอดเลือด	182	Colonoscope with Bx.	89
ศัลยกรรมกระดูกละข้อ	4,036	Colonoscope with polypectomy	39
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	552	EGD	356
สูติกรรม	1,566	EGD with Bx.	78
นรีเวชกรรม	261	EGD with injection	39
ศัลยกรรมตา	1,396	EGD with band ligation	27
หู คอ จมูก	341	EGD with colonoscopy	71
ทันตกรรม	211	choledochoscopy	8
ศัลยกรรมระบบประสาท	329	Cystoscope/RP/CL	642
การส่องกล้องพิเศษ LC	132	URSTUI/TURP/PCNL/PCCL/TRUS	349
scope shoulder	32	Bronchoscope/Esophagoscope	0

◇ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด (ต่อ)

สถิติผู้รับบริการห้องผ่าตัด

ประเภท	รวม
ผ่าตัดใหญ่	10,971
ผ่าตัดเล็ก	2,235
ส่องกล้อง	2,052
ให้คำแนะนำผู้ป่วยนอกที่ OR เล็ก(pre-op)	1,944
รวมผู้ป่วยผ่าตัดและส่องกล้อง	15,258

สถิติผ่าตัดผู้ป่วย elective และ emergency

	Elective				Emergency			
	ใน		นอก		ใน		นอก	
	B	S	B	S	B	S	B	S
จำนวนผู้ป่วย	4,933	3,138	235	123	341	47	5,462	979
รวม	5,168		3,261		5,803		1,026	
รวม	8,429				6,829			

ที่มา: กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็น 4

บริบท

หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็น 4 มีหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทางด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก สูติ-นรีเวชกรรม ทันตกรรม หู คอ จมูก ระบบทางเดินปัสสาวะ กุมารเวชกรรม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่มีอาการคงที่และได้รับพิจารณาจากแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้ย้ายมาห้องพิเศษ

ปริมาณงานและทรัพยากร

รายการข้อมูล	ปี 2561
1. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	1,528
- แพทย์อนุญาต	1,504
- ส่งต่อ	1
- ไม่สมัครอยู่	0
- ย้ายตึก	23
2. อัตราการไม่สมัครอยู่	0
3. อัตราตาย	0
4. LOS	2.94
5. อัตราการครองเตียง	97.4
6. อัตราการใช้เตียง	10.08

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561
1. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	0	0
2. จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดหนักหลังรับไว้ 8-24 ชั่วโมง	0	0
3. ผู้ป่วยคลอดเป็นลมในน้ำ	0	0
4. ทารกอุณหภูมิกายต่ำ	0	0
5. อัตราการเกิดแผลกดทับ	>5% และ 5:1,000 วันนอน	0
6. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)	:100 Clean wound <1	0
7. จำนวนครั้งการเกิด Admit error	0	0
8. อัตราการเกิด UTI จากการคาสายสว่ยปัสสาวะ	<5:1,000 วันใส่ Cath	0
9. อัตราการเกิด Re-Admit เข้าภายใน 28 วันจากโรคเดิม	ราย	0
10. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับส่งต่อ	ราย	1
11. ร้อยละการบันทึกของพยาบาล	>80%	90.45
12. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>85%	91.89
13. ความผิดพลาดในการส่ง Specimen	0	0
14. การ Identification ผู้ป่วยก่อนเข้า OR	0	2
15. จำนวนครั้งการลื่นล้ม/ตกเตียง	0	0

ที่มา:กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็น 4

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็น 5

บริบท

หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็น 5 มีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมอย่างมีคุณภาพ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ฟังพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขและมีการเรียนรู้ โยมีขอบเขตการให้บริการคือ ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรมที่มาจากอายุตั้งแต่ 14 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พื้นภาวะวิกฤต และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง มีจำนวนห้องพิเศษทั้งหมด 12 ห้อง แบ่งเป็น ห้องพิเศษปรับอากาศ 10 ห้อง และห้องพิเศษปรับอากาศวีไอพี 2 ห้อง

ปริมาณงานและทรัพยากร

รายการข้อมูล	ปี 2561
1. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	706
- แพทย์อนุญาต	614
- ส่งต่อ	1
- เสียชีวิต	24
- ไม่สมัครอยู่	3
2. อัตราการไม่สมัครอยู่	0.3
3. อัตราตาย	3.01
4. LOS	4.93
5. อัตราการครองเตียง	92.12
6. อัตราการใช้เตียง	5.80

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ปี 2561
1. อุบัติการณ์การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้	0
2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	0
3. อัตราการเกิดผลกตที่ระดับ 2 ขึ้นไป	0
4. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	0
5. จำนวนครั้งการเกิด Admit error	0
6. อัตราการเกิด Re-admit ภายใน 28 วันจากโรคเดิม	0
7. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	91.16
8. จำนวนการตกเตียง/ลื่นล้ม	0/0
9. จำนวนครั้งการส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด	0
10. จำนวนครั้งของการ Identify ผิดพลาด	0
11. อัตราผู้ป่วยได้รับการสอนสุขศึกษาก่อนกลับบ้าน	100
12. จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	0

ที่มา:กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษร่วมเย็น 5

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

บริบท (Context)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เป็นหน่วยงานหนึ่งในแผนกการพยาบาลอายุรกรรม ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมอายุ 14 ปีขึ้นไป มีภาวะเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน เรื้อรังและผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาพยาบาล

หน้าที่และเป้าหมายการให้บริการ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ รวมทั้งสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัยในคลินิก เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดลำพูนและจังหวัดใกล้เคียง

ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ด้านบริการรักษาพยาบาล ให้บริการผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม อายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป ทั้งในภาวะเจ็บป่วยกึ่งวิกฤต เฉียบพลันและเรื้อรัง ให้การรักษาพยาบาลแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประสานการรักษาพยาบาลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน รับบริการผู้ป่วยจำนวน 40 เตียง ประกอบด้วย รับผู้ป่วยสามัญ 35 เตียง ห้องพิเศษ 5 ห้อง ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ 5 อันดับ คือ CKD ,Pneumonia, CHF, UTI, Cerebral Infarction

ด้านสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัยในคลินิก โดยเป็นสถานที่ศึกษาดูงานและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเรียนผู้ช่วยพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการทำวิจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กร

ปริมาณงานและทรัพยากร

ตัวชี้วัด	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1.จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	3804	3552	3991
2.Productivity	120.76	119.13	119.55
3.เฉลี่ยนอนรพ.(วัน)	3.11	3.45	2.97
4.อัตราการครองเตียง	80.10	81.01	80.25
5.อัตราการใช้เตียง	7.86	7.4	8.33
6.จำนวนผู้ป่วยย้ายตึก	494	647	645
7.จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม(คน)	3369	3260	3601
8.อัตราแพทย์อนุญาต	71.7	74.14	78.20
9.อัตราเสียชีวิต	14.43	2.39	6.57
10.อัตราไม่สมัครอยู่	7.08	3.64	5.29
11.อัตราการ Refer	0.60	0.70	0.82

ที่มา:กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

บริบท

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 มีความมุ่งหมายที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย พึงพอใจ บุคลากรมีความสุขและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ขอบเขตการให้บริการ ให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ใหญ่ เพศชาย และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ล้นมาจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีจำนวนเตียงรวม 40 เตียง เตียงสามัญ 35 เตียง (ห้องแยก 1 ห้อง จำนวน 2 เตียง) และห้องพิเศษ 5 ห้องสามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ On Respirator ได้ 6 เตียง กลุ่มโรคสำคัญประกอบด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด UGIH ผู้ป่วยภาวะAlcohol withdrawal และผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว

ข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือและเทคโนโลยี มีพยาบาลวิชาชีพใหม่ที่ยังไม่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาล จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอตาม FTE ทำให้ต้องขึ้นปฏิบัติงานล่วงเวลา 6 – 8 เวรต่อคนต่อเดือน กรณีมีบุคลากรลาป่วย คลอด หรือเข้ารับการศึกษา ต้องขึ้นปฏิบัติงานล่วงเวลา 8 – 9 เวรต่อคนต่อเดือน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และมีพนักงานช่วยเหลือคนไข้ไม่ครบตามจำนวน ขาดไปจำนวน 3 คน

อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีอยู่ เช่น เครื่อง Monitor EKG ไม่เพียงพอต่อการใช้งานในบางช่วงเวลาแก้ไขโดยการยืมจากศูนย์เครื่องมือแพทย์มาใช้

สถิติการให้บริการ

รายการข้อมูล	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
จำนวนผู้ป่วยรวม (ราย)	3327	3094	3554
จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย ต่อ เดือน	277	258	296
วันนอนเฉลี่ย (LOS)	2.93	3.33	2.88
อัตราครองเตียง	65.82	64.39	65.37
อัตราการใช้เตียง	6.93	6.5	7.19
Productivity	102.79	100.35	104.04
จำนวนผู้ป่วย on Respirator (ราย)	284	333	468
จำนวนผู้ป่วย on Respirator เฉลี่ยต่อเดือน	24	28	39
อัตราตาย	4.02	4.01	4.53
อัตราการไม่สมัครใจทำการรักษา	2.83	3.05	3.06
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1.97	3.26	7.46
อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ VAP	4.98	9.25	8.52
อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ HAP	0.56	1.94	5.97
อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ CAUTI	2.72	1.75	2.7
อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ Non Cath	0.25	0.12	0.46

ที่มา:กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

1. บริบท (Content)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมเพศชายอย่างมีคุณภาพโดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้รับและผู้ให้บริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตบริการ

ให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมผู้ใหญ่ เพศชายอายุ 14 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ล้นมาจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

มีจำนวนเตียงรวม 40 เตียง เตียงสามัญ 35 เตียง (ห้องแยก 1 ห้อง จำนวน 2 เตียง) และห้องพิเศษ 5 ห้อง สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ On Respirator ได้ 6 เตียง

กลุ่มโรคที่สำคัญคือ

1. ACRS
2. CVA
3. Sepsis

5 อันดับโรคที่ admit COPD c AE, Pneumonia , CHF, UGIH, CKD

5 อันดับโรคที่เสียชีวิต Pneumonia , COPD c AE , CHF , Intracerebral Hemorrhage

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

1. ความต้องการของผู้รับบริการภายนอก

- 1.1 ต้องการทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษา
- 1.2 ต้องการหาย/บรรเทาจากอาการเจ็บป่วย ปัญหาได้รับการตอบสนองและสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
- 1.3 บริการที่ปลอดภัย ถูกต้อง
- 1.4 พฤติกรรมบริการที่ดี เป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
- 1.5 สถานที่สะอาด อุปกรณ์พร้อมใช้

เป้าหมาย (Goal) บริการที่ปลอดภัย ได้มาตรฐานถูกต้อง เหมาะสม

ง. ประเด็นคุณภาพ

1. ให้บริการผู้ป่วยอายุรกรรมระดับตติยภูมิ
2. ให้บริการผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย
3. ให้บริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงเครือข่าย
4. สมรรถนะของบุคลากรด้าน Technical skill Non-technical skill & Spiritual

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. Med Adverse Event Plan of care
2. Drug Adverse Event Admin error (Antibiotic and High Alert Drug)
3. D/C plan
4. Identification
5. lab Adverse Event

◆ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 (ต่อ)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ปริมาณงาน	ปี 2559	ปี2560	ปี2561
1. สถิติการให้บริการผู้ป่วย(คน)	3365	3168	3380
2. Productivity	119.49	108.24	118.40
3.จำนวนผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ	346	350	377
4. เฉลี่ยนอนรพ.คนละ(วัน)	3.51	3.31	3.31
5. อัตราครองเตียง	80.61	71.41	72.73
6. อัตราการใช้เตียง	7.01	6.6	7.04
7.จำนวนผู้ป่วยย้ายตึก	377	441	440
8. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม (คน)	2608	2424	3034
9.อัตราแพทย์อนุญาต	91.14	89.6	77.26
10.อัตราเสียชีวิต	5.17	5.52	4.02
11.อัตราไม่สมัครอยู่	2.91	3.79	2.47
12. อัตราการRefer	0.76	1.07	1.29

เครื่องมือสำคัญ

1. Defibrillator 1 เครื่อง
2. Laryngoscope 2 ชุด
3. Monitor EKG 6 เครื่อง
4. 12Lead EKG 1 เครื่อง
5. เครื่องวัด O2 sat 1 เครื่อง
6. เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด 1 เครื่อง
7. ที่นอนลม 10 ชุด
8. Guideline & แนวปฏิบัติต่างๆ

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance Indicator)

รายการ/ข้อมูล	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. Med Adverse Event	23	19	17
2.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	12	6	1
3. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป	1.02	1.63	2.37
4. อัตราการติดเชื้อ UTI/1000วันใส่ cath	5.29	1.91	1.31
5.อัตราการติดเชื้อ VAP/1000วันใส่ Bird	3.98	2.63	3.69
6.จำนวนครั้ง Pre-admin	7	8	10
7.จำนวนครั้งการเกิด Admin error	26	9	32
	(C=19,D=7,E=0)	(C=1,D=8,E=0)	(C=11,D=18,E=3)
8. จำนวนครั้งของการIdentify ผิดพลาด	10	8	7
- ไม่ได้จัดทำ evidence	1	3	2
- evidence คลาดเคลื่อน	7	10	3
- ไม่ได้ตรวจสอบ evidence	2	1	1
- ตรวจสอบ evidence คลาดเคลื่อน	0	0	1
9. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	84.33	85.5	85.17
10. จำนวนครั้งของเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน	2	1	1

◆ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2

บริบท

ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ทางด้านสูติ นรีเวช ทารก กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด ศัลยกรรมกระดูก และข้อ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับบริการ ปลอดภัย พึงพอใจ โดยยึดหลัก โรงพยาบาลคุณธรรม และผู้ให้บริการในองค์กรมีความสุข

ปริมาณงาน และผลดำเนินงาน

ตารางสรุปตัวชี้วัดคุณภาพ

รายการ	ปี2559	ปี2560	ปี2561
1. การผสมผสานอัตรากำลัง	85.71	83.95	81.43
2. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวัน	4.39	4.18	3.83
3. อัตราการเกิดแผลกดทับในหน่วยงาน	0	1.93	0
4. อัตราการติดเชื้อในหน่วยงาน	0	0.47	0
5. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในหน่วยงาน	0	0	0
6. อัตราการกลับมารักษซ้ำภายใน 2 8 วัน	0	0	0.08
7. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	87.55	89.88	88.19
8. Productivity	141.65	141.78	149.45
9. Audit chart	93.3	89.68	88.39
10. ระยะเวลาอนเฉลี่ยของผู้ป่วย	3.05	3.53	3.5
11. ประเภทผู้ป่วย(เฉลี่ยต่อแเวร)	12.26	11.75	12.17
ประเภท 1	0	0	0
ประเภท 2	1.42	0.06	0.005
ประเภท 3	8.62	9.08	10.36
ประเภท 4	2.22	2.61	1.89
ทารก	2.28	1.79	0.85
12. อัตราการครองเตียง	97.49	93.61	107.01
13. อัตราการใช้เตียง	9.57	8.48	8.79

◆ กลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 (ต่อ)

ตารางสรุปปริมาณงาน

รายการข้อมูล	ปี2559	ปี2560	ปี2561
1. จำนวนผู้ป่วยรวม	1,450	1,380	1,478
1.1 ผู้ป่วยศัลยกรรม	250	297	334
1.2 ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	263	356	288
1.3 ผู้ป่วยสูติกรรม	252	299	281
1.4 ทารกแรกคลอด	246	290	272
1.5 ผู้ป่วยนรีเวช	27	20	15
1.6 ผู้ป่วยเด็ก	49	47	87
1.7 ผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ	32	88	71
1.8 ผู้ป่วยตา หู คอ จมูก	52	19	16
1.9 ผู้ป่วยอายุรกรรม	0	0	4
1.10 อื่นๆ	7	25	6
2. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	1,030	1,233	1,296
2.1 กลับบ้าน	988	1,164	1,237
2.2 ส่งต่อ	0	0	2
2.3 ถึงแก่กรรม	1	0	1
2.4 ย้ายตึก	39	69	56
2.5 -ไม่สมัครอยู่	2	0	0
-ไปรักษาต่อที่อื่น	0	0	0
-terminal care	0	0	0
-อื่นๆ	0	0	0
3. อัตราตาย	0.09	0	0.07
4. อัตราไม่สมัครอยู่	0.19	0	0
5. L.O.S.	3.01	3.53	3.54
6. อัตราครองเตียง	97.49	93.61	107.0
7. อัตราการใช้เตียง	9.57	8.48	8.7
8. จำนวนผู้ป่วย อาการทรุดหนัก หลังรับไว้ 8-24 ชั่วโมง	0	0	0
9. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	0	0	0

ที่มา:กลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2

◆ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3

บริบท

ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ทางด้านอายุรกรรม ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับบริการ ปลอดภัย พึงพอใจ โดยยึดหลัก โรงพยาบาลคุณธรรม และผู้ให้บริการในองค์กรมีความสุข

ปริมาณงาน และผลดำเนินงาน

รายการข้อมูล	ปี2559	ปี2560	ปี2561
1. จำนวนผู้ป่วยรวม	894	795	657
2. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายรวม	744	649	653
- กลับบ้าน	642	548	581
- ส่งต่อ	6	5	7
- ถึงแก่กรรม	7	5	10
- ย้ายตึก	84	87	52
- ไม่สมัครอยู่	5	4	4
- ขอไปรักษาต่อที่อื่น	0	0	0
- terminal care	3	5	4
- อื่นๆ	2	1	0
3. อัตราตาย	0.58	0.26	1.53
4. อัตราไม่สมัครอยู่	0.41	0.41	0.61
5. LOS	4.8	5.17	5.73
6. อัตราครองเตียง	95.58	88.27	91.59
7. อัตราการใช้เตียง	6.2	5.24	4.37

ตารางสรุปตัวชี้วัดคุณภาพพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 ประจำปีงบประมาณ 2558 -2561

รายการ	ปี2559	ปี2560	ปี2561
1. การผสมผสานอัตรากำลัง	86.93	84.66	81.43
2. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล	4.26	4.6	4.62
3. อัตราการเกิดแผลกดทับในหน่วยงาน	2.88	5.95	2.96
4. อัตราการติดเชื้อในหน่วยงาน	0	0.36	0.00
5. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในหน่วยงาน	0	4.06	0.00
6. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	0.25	1.18	0.00
7. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	89.44	89.16	88.01
8. Productivity	139.97	135.5	134.16
9. Audit chart	92.96	80.34	91.25
10. ระยะเวลาอนาถนุของผู้ป่วย	4.66	5.58	5.73

◆ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3 ^(ต่อ)

10 อันดับโรคผู้รับบริการพิเศษสงฆ์ 3

อันดับที่	โรค	จำนวน(ราย)
1	Pneumonia	80
2	UTI	58
3	CHF, ADHF	57
4	Diarrhea	37
5	Sepsis, septic shock	35
6	Stroke	34
7	AFI	27
8	GIH.	26
9	Anemia	24
10	CKD	23
11	NSTEMI	22

ที่มา:กลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 3

◆ กลุ่มการพยาบาล หอผู้ป่วยสงฆ์ 4

บริบท

หอผู้ป่วยสงฆ์ 4 โรงพยาบาลลำพูนให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยพระภิกษุสงฆ์ สามเณร ผู้ป่วยตา หู คอ จมูก เพศชาย และผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยแยกผู้ป่วยไว้คนละด้านไม่ให้ผู้ป่วยหญิงปะปนกับผู้ป่วยเพศชายและพระภิกษุ

ปริมาณงานและทรัพยากร

สถิติการให้บริการผู้ป่วยในช่วง 3 ปีคือ 3262, 3027, 3520 รายตามลำดับ วันนอนเฉลี่ยต่อคน 3 ปีคือ 2.16, 2.25, 2.02 ตามลำดับมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 27 เตียง เป็นเตียงสามัญ 24 เตียงเป็นเตียงพิเศษ 3 เตียง เป็นเตียงแทรก 7 เตียง ข้อจำกัดคือไม่มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อตา มีอายุรแพทย์ 3 คน, จักษุแพทย์ 5 คน, แพทย์หู คอ จมูก 3 คน, พยาบาลวิชาชีพ 12 คน, ซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 2 คน, ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน, และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 4 คน การจัดอัตรากำลังเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก เป็น 7:4:3 มีการบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอกับงาน โดยจัดอัตรากำลังเสริมเมื่อจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 25 คนขึ้นไปในเวรดึก Productivity ในช่วง 3 ปี คือ 137.61, 124.56, 173.48

ผลการดำเนินงาน

การดำเนินการ	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	83.90	87.38	88.93
2. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nasocomial infection)	2	-	-
3. การพลัดตกหกล้ม	0	2	1
4. อัตราความพึงพอใจ	82.44	84.45	84.31
5. ผู้ป่วยทรุดหนักโดยไม่คาดการณ์	4	5	5
6. อัตราการเกิด Administration Error	11	7	7
7. Lab Adverse Event	3	7	12
8. การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด	2	3	-
9. Bed sore grade 2 ขึ้นไป	1	6	16
10. Re-admit ใน 28 วัน	6	17	19
11. การ Identify ไม่ครบถ้วน	3	0	7
12. อัตราการเกิด Endophthalmitis	0	0	0
13. อัตราการเกิดภาวะ Bleeding หลังผ่าตัด Tonsillectomy	0	0	0

ที่มา: กลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 4

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

1.บริบท (Context)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูนให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาทและไขสันหลัง ศัลยกรรมช่องปากและไอบุหน้า ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ กรณีเตียงตึกศัลยกรรมกระดูกชายเต็ม รับผู้ป่วยวิกฤติกรณีหอผู้ป่วยหนักเตียงเต็ม ดูแลผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด และให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงสิทธิผู้ป่วย ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

จำนวนเตียง 40 เตียง สามัญ 34 เตียง พิเศษ 3 เตียง ประกันสังคม 3 เตียง บุคลากรทางการพยาบาลรวม 23 คน พยาบาลวิชาชีพ 17 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน จัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเวรเช้า : บ่าย : ตึก 6 : 4 : 4 โดยใช้วิธีการบริหารงานแบบ Cell concept พยาบาล 1 คนรับผิดชอบผู้ป่วย 10 เตียง ภาระงานเฉลี่ย (Productivity) เฉลี่ยปี 2558-2561 = 170.93 % (ปกติ 90 – 110%)

อัตราครองเตียง เฉลี่ยปี 2559-2561 = 123 % รับผู้ป่วยเฉลี่ย 3,708 คน/ปี รับใหม่เฉลี่ย 8-10 คน / วัน ผู้ป่วยผ่าตัดเฉลี่ย 134.55 คน/เดือน ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 1-2 คน/วัน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง และผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดเฉลี่ย 6 ราย/เดือน

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ ได้แก่ Ventilator , Defibrillator, EKG 12 lead , Infusion pump Monitor BP และ 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

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญและความท้าทาย ผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะของผู้ป่วย

◆ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย (ต่อ)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเตรียม - การจัดลำดับความรุนแรง - การให้ข้อมูล - การลงนามยินยอมและการระบุ ตัวผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมการตรวจ รักษาในเวลาที่เหมาะสมและได้รับ ข้อมูลครบถ้วนมีการระบุตัวผู้ป่วยได้ ถูกต้อง	- มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยไปใน ทิศทางเดียวกัน - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม ความพร้อมก่อนการดูแลรักษา - มีการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการทำ กิจกรรมให้ผู้ป่วย
2. ประเมินและวินิจฉัยโรค - การซักประวัติ - การตรวจร่างกาย - การวินิจฉัยอื่นๆ	- มีการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินวางแผน และบันทึกการดูแล รักษาเป็นระยะเพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย แต่ละราย	- ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมิน และรวบรวมข้อมูลเพื่อวินิจฉัยและ วางแผนในการดูแลรักษาพยาบาล
3. การวางแผน - มีการประสานงานสหสาขา - การมอบหมายความรับผิดชอบ - การเตรียมเครื่องมือ	- มีการมอบหมายงาน การสื่อสาร และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ - มีการบำรุงรักษาเครื่องมือให้อยู่ใน สภาพพร้อมใช้	- เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปใน ทิศทางเดียวกัน ต่อเนื่องรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่ซ้ำซ้อน
4. การดูแลรักษา	- มีกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยตาม มาตรฐานวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ ของโรงพยาบาลโดยบุคลากรที่ เหมาะสม	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง ปลอดภัย - ทีมการพยาบาลมีพฤติกรรมบริการ บริการที่ดี
5. การประเมินซ้ำ - การสังเคราะห์ข้อมูลและรายงาน แพทย์	- มีการเฝ้าระวัง ประเมิน สังเคราะห์ข้อมูลและ ประสานงานอย่างเป็นระบบ	- ผู้ป่วยได้รับการระวังปัญหาความ เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น - ได้รับการประเมินผลการรักษา พยาบาลและรายงานแพทย์ได้อย่าง เหมาะสม
6. กิจกรรมชุมชน - การบันทึกเวชระเบียน	- มีการจัดทำเวชระเบียนที่ใช้ร่วมกัน ในทีมผู้ให้บริการ ในการบันทึกปัญหาของผู้ป่วย แผนการรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการ สื่อสารระหว่างทีมงานผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยและเกิดความต่อเนื่องในการ รักษา	- เพิ่มประวัติผู้ป่วยบันทึกถูกต้อง ชัดเจน

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
- การให้ข้อมูล/สุศึกษา	- มีการใช้กระบวนการพยาบาลโดยใช้ APIE ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล มีการตรวจสอบภายใน การประเมินตนเองของหน่วยงาน เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล	- ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลสุศึกษา ที่ถูกต้องและมีการบันทึกการให้สุศึกษา - ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- การวางแผนการจำหน่าย	- มีการใช้ CPG ในโรคกลุ่มสำคัญ - มีแนวทางในการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกันในทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วย	- ลดปัญหาความผิดพลาดของการเงิน
- การเช็คสิทธิ	- มีขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ	
7. การจำหน่าย	- มีกระบวนการในการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและมีบันทึกการส่งต่อที่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยเร็วที่สุดและไม่กลับมารักษาซ้ำ	- ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด
- การเตรียมการดูแลที่บ้าน		
- การส่งต่อ		
- การนัดติดตาม		

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2559	ปี2560	ปี 2561
จำนวนผู้ป่วย		3,825	4,002	3,914
จำนวนการรายงานความเสี่ยง		307	334	303
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ2ขึ้นไป	0 ราย/1000 วันนอน	8/0.7	7/0.5	9/0.6
จำนวนอุบัติการณ์การบริหารยาเคมีบำบัดผิดพลาด	0 ครั้ง	0	0	2
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเตรียมผู้ป่วย ผ่าตัด ทำให้ต้องเลื่อน/งดผ่าตัด	0 ครั้ง	0	0	0
อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียน	> 80 %	86.6	88.08	89.48
Productivity	90-110 %	154.4	152.6	146

ตัวชี้วัดคุณภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2559	ปี2560	ปี 2561
จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการหนักตามข้อบ่งชี้ ไม่ได้เข้ารับการดูแลใน ICU แล้วมีอาการทรุดลง	0 ครั้ง	3	2	2
จำนวนการเกิดอาการถอนพิษสุรา/การเฝ้าระวัง	< 30 %	51.42 (18/35)	65.78 (25/38)	53.57 (30/56)
จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่Admitซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว	0	1	1	0
อัตราการติดเชื้อแผลสะอาด	< 1 %	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ 1	0	4	6	1

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

1.บริบท :

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง มีหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ, ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมประสาท, ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า, ศัลยกรรมตกแต่ง, ศัลยกรรมโรคของหลอดเลือด, ศัลยกรรมโรคระบบทางเดินปัสสาวะ, ผู้ป่วย หู คอ จมูก , ให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรม และผู้ป่วยวิกฤติทางศัลยกรรมกรณีหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเตียงเต็ม ตามมาตรฐานวิชาชีพโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้รับบริการพึงพอใจและผู้ให้บริการมีความสุข มีขอบเขตการให้บริการคือให้บริการผู้ป่วยเพศหญิงตั้งแต่แรกเกิด ในปีงบประมาณ 2553 ร่วมรับผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กชายตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 3 ปี เนื่องจากภาระงานของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมาก และต่อมาในปีงบประมาณ 2555 ร่วมรับผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กชายตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 10 ปี เพื่อช่วยลดภาระงานของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงมีการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วย มะเร็งทางศัลยกรรม มีจำนวนเตียง 38 เตียง ประกอบด้วย เตียงสามัญ 33 เตียง เตียงผู้ป่วยประกันสังคม 3 เตียง เตียงผู้ป่วยพิเศษ 2 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ 14 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน การจัดอัตรากำลัง เหวเช้า : เหวบ่าย : เหวดึก เท่ากับ 50 : 30 : 20 มีผู้รับบริการกลุ่มโรคที่สำคัญคือ ไส้ติ่งอักเสบ บาดเจ็บที่ศีรษะ มะเร็งทางศัลยกรรม แผลติดเชื้อหรือแผลเรื้อรัง และอาการปวดท้องเฉียบพลัน

บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทุก 1 ปี และจากการที่มีการให้เคมีบำบัดในหอผู้ป่วย บุคลากรต้องได้รับการฝึกอบรมในการให้เคมีบำบัด และได้ไปศึกษาดูงานการให้เคมีบำบัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีเชียงใหม่และศูนย์มะเร็งลำปาง ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะมีการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ

สถิติการให้บริการ

รายการข้อมูล	ปี2557	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561
จำนวนผู้ป่วยรวม (ราย)	4,164	3,790	3,493	3,588	3,873
จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน	347	316	291	299	323
วันนอนเฉลี่ย (LOS)	2.61	2.89	2.97	2.94	2.68
อัตราครองเตียง	78.23	78.73	74.58	76.03	75.60
อัตราการใช้เตียง	9.13	8.30	7.65	7.83	8.48
จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน	3,231	3,299	2,626	2,622	2,966
จำนวนผู้ป่วยที่Referไปรักษาต่อ	17	18	9	11	2
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต	17	29	21	26	17
จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครอยู่	41	30	37	24	19
อัตราความพึงพอใจ	88.40	88.81	87.50	86.91	82.17

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ต่อ)

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วยและญาติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. หายจากการเจ็บป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2. ได้รับบริการที่ดี ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว มีความเท่าเทียมกัน 3. เจ้าหน้าที่ให้บริการดูญาติมิตร สุภาพ นุ่มนวล พุดจาไพเราะ 4. การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพและแผนการรักษาพยาบาล มีการให้ข้อมูลที่ต่อเนื่อง 5. มีแพทย์มาตรวจตามเวลาทุกวัน 6. มีเครื่องมือที่ทันสมัย พร้อมใช้และมีประสิทธิภาพ 7. สิ่งแวดล้อมสะอาด น่าอยู่ มีความปลอดภัย
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการทำงานเป็นทีม มีประสิทธิภาพ ร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือกัน มีความสุขในการทำงาน 2. มีความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ได้รับการส่งเสริมจากผู้บริหาร 3. สถานที่ทำงานสะอาด ปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวก 4. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน
แพทย์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ข้อมูลด้านผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน 2. การรายงานอาการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน ทันต่อเหตุการณ์ และมีการบันทึกทางการแพทย์ที่ถูกต้องครอบคลุม ใช้สื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพได้
เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน 2. เอกสารที่ใช้ระหว่างหน่วยงานครบถ้วน

ประเด็นคุณภาพ

1. การให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
3. องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Living & Learning Organization)
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความท้าทาย

1. การบริหารจัดการความเสี่ยง
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. การพัฒนาบุคลากร
4. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญร่วมกับ PCT ศัลยกรรม

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ต่อ)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การประเมินผู้ป่วย - การจัดลำดับความรุนแรง - การให้ข้อมูล - การลงนามยินยอมรับการรักษา และการระบุตัวผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม ได้รับการตรวจรักษาในเวลาที่เหมาะสม ได้รับข้อมูลครบถ้วนและร่วมมือในการรักษาพยาบาล - มีการระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง	- การจำแนกประเภทผู้ป่วย ถูกต้อง - อัตราการไม่ยินยอมรักษาเนื่องจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ - อัตราการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
2. การวางแผนการดูแลรักษา - มีการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ - การทำ Tumor Conference - การดูแลผู้ป่วย CA Breast , CA Colon	- มีการประสานงาน วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์พยาบาล และเภสัชกร - มีกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ - มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ SBAR	- ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยตาม CPG ,CNPG, Care Map
3. การดูแลผู้ป่วย (ต่อ) - ก่อนและหลังผ่าตัด	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำผ่าตัด	- การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
4. การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่อง - การประสานงานอย่างเป็นระบบ - การเตรียมการดูแลที่บ้าน - การนัดติดตาม - การส่งต่อ	- ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านหลังการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม - ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสหสาขาวิชาชีพ - มีแนวทางในการวางแผนการจำหน่าย - มีการใช้ CPG,CNPG ในโรคกลุ่มสำคัญ	- อัตราการ Re – admit ภายใน 28 วัน จากโรคเดิม - จำนวนผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและการตอบกลับ - คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ - จำนวนการนัดผู้ป่วยผิดพลาด
5. กิจกรรมชุมชน 5.1 การบันทึกเวชระเบียน	- การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้การสื่อสารที่ระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการรักษา - มีการตรวจสอบภายใน การบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนา	- คะแนนการ Audit เวชระเบียน - คะแนน Competency - คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ - จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ - จำนวนความผิดพลาดของการคิดค่ารักษาพยาบาล

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ต่อ)

กระบวนการสำคัญ (Key Process) ต่อ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
5.2 การส่งเสริมสุขภาพ บุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> - มีขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิค่ารักษาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ - บุคลากรมีความรู้และความสามารถ - ผู้รับบริการพึงพอใจ - การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเกิดอุบัติเหตุ/โรคจากการปฏิบัติงาน - ร้อยละบุคลากรที่มีผลการตรวจสุขภาพปกติ
5.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีคะแนนสมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะสาขาเพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - คะแนน Competency - จำนวนงานวิจัยและนวัตกรรม
5.4 การส่งเสริมบรรยากาศในการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความสุขในการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละบรรยากาศองค์กร

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2557	ปี2558	ปี2559	ปี2559	ปี2561
อัตราการติดเชื้อรวม	<3/1000 วันนอน	0.89	0.69	1.54	1.22	1.54
อัตราการติดเชื้อแผลสะอาด	<1%	0.35	0	0.42	0.56	0
จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับระดับ2ขึ้นไป	<5ราย/1000วันนอน	2	1	3	3	2
จำนวนอุบัติการณ์การบริหารยาเคมีบำบัดผิดพลาด	0ครั้ง	0	1	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดที่ทำให้ต้องงดOR	0ครั้ง	0	0	0	0	0
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	>80%	87.66	88.81	86.41	88.66	87.11
Productivity	90-100%	113.49	144.35	146.03	145.09	136.13

- อัตราการติดเชื้อรวม เกณฑ์น้อยกว่า 3:1000 วันนอน

- อัตราการติดเชื้อแผลสะอาด เกณฑ์ <1%

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกและข้อในเพศหญิง อย่างมีคุณภาพด้วยมาตรฐาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ให้บริการทำงานด้วยความสุข

ข. ขอบเขตบริการ

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อเพศหญิง ยกเว้น โรคมะเร็ง และ จุดศัลยกรรม และให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางตาเพศหญิง

กลุ่มโรคที่สำคัญคือ

1. Fracture around the hip
2. Cataract
3. OA Knee
4. SCS
5. Spine injury

ค. ศักยภาพ ข้อจำกัด

รับผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกและข้อในเพศหญิง และผู้ป่วยทางตาเพศหญิง ได้ในจำนวน 35 คน และแทรกอีกกรณีมีผู้ป่วยล้น (มีห้องพิเศษ 5 ห้อง เตียงสามัญ 30 เตียง)

ข้อจำกัด : ยกเว้นโรคมะเร็ง และจุดศัลยกรรม

ง. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

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

ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

- ให้การดูแลได้ครบวงจรในกลุ่มโรคเป้าหมาย
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จ. ประเด็นคุณภาพ

1. ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ

1. Fracture around the hip
2. Cataract
3. OA Knee
4. SCS
5. Spine injury

ซึ่งแต่ละกลุ่มโรคสำคัญ ได้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามและพัฒนาด้านการบริการรักษาพยาบาล โดยมีเครือข่ายสู่ชุมชน มีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยและระบบการเยี่ยมบ้าน

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

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก (ต่อ)

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การติดเชื้อของการผ่าตัดข้อเข่าเทียมและกระดูกสันหลัง
2. Medication error (Medication safety)
 - 2.1 Transcribing error
 - 2.2 Drug administration error
3. การเกิดแผลกดทับระดับ 1-4

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลลัพธ์ (ร้อยละ)		
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. อัตราการเดินได้ของผู้ป่วยของผู้ป่วยกระดูกตะโพกหักที่บ้าน	60%	58.51	61.4 (148/241)	79.78 (150/188)
2. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	80%	88.86	89.86	88.61
1. แผลสะอาดติดเชื้อ	3 %	0.24	0.15	0.40 (6/1499)
2. Endophthamitis	0	0	0	0
3. การเกิดแผลกดทับ	0	20	16	16
4. อัตราการให้เลือดผิด	0	1	0	0

ที่มา: กลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กและทารกแรกเกิดอายุ 0-15ปีด้านอายุรกรรมทั้งเพศหญิงและเพศชายเพื่อให้ทารกและเด็กปลอดภัย หายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้ใช้บริการพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการรักษาพยาบาลเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มีความเจ็บป่วยทางอายุรกรรม เนื่องจากมีกุมารแพทย์ทั่วไป ไม่มีเฉพาะทางหรือศัลยกรรมเด็กมีข้อจำกัดในการรักษาโรคมะเร็ง โรคต่อมไร้ท่อที่ต้องการการตรวจ Lab ที่ซับซ้อน โรคหัวใจชนิดเฉียบพลันและทารกที่มีปัญหาด้านศัลยกรรม รับบริการผู้ป่วยจำนวน 30 เตียง ประกอบด้วย รับผู้ป่วยสามัญ 25 เตียง ห้องพิเศษ 5 ห้อง

กลุ่มโรคที่สำคัญ

1. Neonatal jaundice
2. Thalassemia
3. Gastroenteritis
4. Pneumonia
5. Acute febrile illness
6. Bronchitis
7. Febrile Convulsion
8. ,Pharyngitis
9. Asthma
10. ไข้เลือดออก

ปริมาณงานและทรัพยากร

รายการ/ปี	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1.จำนวนผู้ป่วย	4,666	4,451	4,292	4,369	4,553
2.เฉลี่ยนอนร.พ.คนละ	2.03	2.01	2.05	2.16	2.1
3.อัตราครองเตียง	87.36	81.26	81.4	84.82	89.33
4.อัตราการไข้เตียง	11.4	11.1	11.9	12	12.6
5.productivity	134	115.5	114	122	117.9

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1.อัตราการตาย	0	0	0	0	0	0
2.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	0.3:1000 วันนอน	0	0	0	0	0
3.อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน รพ. ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	0	0.15	0.30	0.39	0.4	1.25
4.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย	>80%	91.17	86.47	85.86	85.42	85
5.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	>80%	89.8	92.92	91.14	89.7	88

◇ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักทารกและแรกเกิด

บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดและเด็กที่มีภาวะวิกฤติ ที่ต้องการให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด และหรือต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้ทารกและเด็กเหล่านี้ปลอดภัย หายจากความเจ็บป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและการเลี้ยงดูด้วยนมมารดา ส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวและผู้ปกครองพึงพอใจ

ข. ขอบเขตบริการ

ให้บริการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดและเด็กจนถึงอายุ 15 ปีที่มีภาวะวิกฤติที่จำเป็นต้องดูแลพิเศษและหรือต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในการให้การดูแลรักษา ยกเว้นทารกและเด็กที่มีอาการซับซ้อนต้องการแพทย์เฉพาะทางในการรักษา เช่น ทารกแรกเกิดโรคหัวใจชนิดเขียว โรคทางศัลยกรรม โรคต่อมไร้ท่อที่ต้องการตรวจ Lab ที่ซับซ้อน โรคมะเร็ง เปิดให้บริการ คือ NICU 6 เตียง PICU 4 เตียง และ High risk newborn 5 เตียง

กลุ่มโรคที่สำคัญคือ

1. Preterm
2. RDS
3. Birth Asphyxia
4. Sepsis
5. Pneumonia

ค. ผลการดำเนินการ

ข้อมูล	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
Productivity	171.09	186.03	120.77	183.32	197.53
จำนวนผู้ป่วย	1280	1180	1225	1360	1453
- รับใหม่	144	135	145	97	127
- รับย้าย	1136	1045	1080	1263	1326
- จำหน่าย	1280	1180	1225	1360	1453
จำนวนผู้ป่วย On Respirator	85	68	73	147	153
จำนวนวันนอน	3.54	6.89	6.97	8.47	7.4
จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ					
- Preterm	114	121	99	108	108
- RDS	28	39	31	42	43
- Birth Asphyxia	6	5	5	4	2
- Sepsis	5	4	9	4	5
- Pneumonia	5	2	3	14	2

◆ กลุ่มงานการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักทารกและแรกเกิด (ต่อ)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2557	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561
1.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์ (Unexpected dead)	0	0	0	0	0	0
2.อัตราการติดเชื้อ (NI)	0	4.89	3.08	4.31	3.35	6.01
- VAP(ต่อ 1000 on ventilator)	<10	8.58	9.87	10.87	7.24	12.56
- การติดเชื้อ ตา (ต่อ1000 วันนอน)	0	0.85	0.21	0.68	0.19	0.35
- การติดเชื้อที่สะดือ (ต่อ1000 วันนอน)	0	0	0	0	0.19	0
- การติดเชื้อผิวหนัง (ต่อ 1000 วันนอน)	0	1.70	0.21	0	0.47	0
3.จำนวนการแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0	0	0
4.จำนวนการเกิด Medication error						
- Translation error	0	1	13	0	0	5
- Administration error	0	9	6	10	4	9
- Admin error ตั้งแต่ระดับ E	0	0	0	0	0	1
5.จำนวนผู้ป่วยทรุดลงจากการไม่ได้เฝ้าระวัง	0	0	0	0	0	0
6. 2.จำนวนครั้งของความผิดพลาดจากการระบุ ผิดคน (Patient Identification)						
- ยา	0	0	0	0	0	0
- Lab	0	0	0	0	0	0

◆ หน่วยไตเทียม

1. สถิติ

ประเภทงานบริการ	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. ARF – HD (ครั้ง)	298	219	169
2. ERSD – HD (ครั้ง)	7,979	8,298	7,980
3. CAPD (ราย)	187	170	192
4. Insertion Catheter (ราย) (DLC,Tunnel cuff)	259	255	224
5. การให้คำปรึกษา CKD (ราย)	628	599	528

2.การดำเนินงานด้านความเสี่ยง ประจำปี 2561

2.1 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5 อันดับแรก

- Hypertension = 1.91 %
- Hypotension = 3.15 %
- Arrhythmia = 0.93 %
- ciamp = 0.28 %
- chill = 0.23 %

2.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการรักษาCAPD

- การเกิด Peritonitis ในผู้ป่วย CAPD = 37 Episode/month
- การเกิด Exit site infection ในผู้ป่วย CAPD = 2,046 Episode/month

2.3 ความเสี่ยงที่ไม่ใช่ด้านคลินิก

- visit OPD Cardผิดคน

2.4 ความเสี่ยงด้านคลินิก

- ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดทะลุขณะแพทย์แก้ไข Perm cath

กิจกรรม ทบทวนการดูแลผู้ป่วยขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะช่วยแพทย์

วิเคราะห์ความเสี่ยง (RCA) จำนวน 1 เรื่อง

1. การสังเกตอาการ ดูแล หลังผู้ป่วยทำหัตถการPerm catheter และ Double lumen catheter

ผลลัพธ์ มีแนวปฏิบัติเมื่อเกิดความเสี่ยง

1. ผู้ป่วยและญาติรับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับการทำหัตถการและความเสี่ยง พร้อมเซ็นยินยอม ก่อนทำหัตถการทุกราย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนให้ส่ง observe ER

◆ หน่วยไตเทียม (ต่อ)

3. ตัวชี้วัดหน่วยไตเทียม

ตัวชี้วัดผลการรักษา	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ			
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยอายุรแพทย์โรคไต-กุมารแพทย์โรคไต หรือ อายุรแพทย์ทั่วไป- กุมารแพทย์ทั่วไปที่จบการอบรมด้านไตเทียม และได้รับประกาศนียบัตร รับรองจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์	100	100	100
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ routine lab ได้แก่ CBC, BUN, creatinine, electrolytes, calcium, phosphate, albumin เมื่อแรกเข้าและอย่างน้อยทุก 3 เดือน	100	100	100
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ adequacy of dialysis ได้แก่ Kt/V, URR เมื่อแรกเข้า และอย่างน้อยทุก 3 เดือน	100	100	100
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ HBsAg (ถ้าผลตรวจยังเป็นลบ), HBsAb , anti-HCV เมื่อแรกเข้าและอย่างน้อยทุก 6 เดือน	100	100	100
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ EKG เมื่อแรกเข้า และอย่างน้อยปีละครั้ง	100	100	100
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ CXR เมื่อแรกเข้า และอย่างน้อยปีละครั้ง	100	100	100
7. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ iron study เมื่อแรกเข้าและต่อไปอย่างน้อยทุก 6 เดือน	100	100	100
8. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ serum intact parathyroid (iPTH) อย่างน้อยทุก 6 เดือน	100	100	100
ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ			
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร	21.63	21.63	37.3
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินมากกว่า 11.5 กรัมต่อเดซิลิตร	16.28	16.28	14.55
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum ferritin น้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อ เดซิลิตร	5.35	5.35	2.87
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Urea Reduction Ratio น้อยกว่าร้อยละ 65	0	0	0
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Kt/V น้อยกว่า 1.2 (พอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์)	3.54	3.54	1.95
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของ Kt/V น้อยกว่า 1.8 (พอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์)	15	15	45.83
7. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการพอกเลือดผ่านทาง arteriovenous fistula หรือ graft	80.95	80.95	91.25

◆ หน่วยไตเทียม (ต่อ)

ตัวชี้วัดผลการรักษา	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
8. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการฟอกเลือดเป็นประจำผ่านทาง temporary venous catheter นานกว่า 90 วัน	0	0	0
9. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum calcium มากกว่า 10.2 มิลลิกรัมต่อ เดซิลิตร	4.72	4.72	3.14
10. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum phosphorus มากกว่า 5.0 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร	15.36	15.36	3.34
11. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ iPTH มากกว่า 9 เท่าของค่าปกติ (upper normal limits)	7.14	7.14	12.5
12. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum albumin น้อยกว่า 3.5 กรัมต่อ เดซิลิตร	4.74	4.74	5.64
ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์			
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน			
- hypotention	3.56	3.72	3.15
- hypertention	4.79	3.43	1.91
- chill	0.33	0.26	0.23
- cramp	0.33	0.56	0.28
- disequilibrium syndrome	0.16	0.16	0.18
อัตราการเสียชีวิต (Mortality rate)	9.09	11.36	7.14
อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization rate)	12.50	11.36	11.90
อัตราการติดเข็ม (Vascular access)	0.06	0.14	0.10
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	91.59	90.65	89.56

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

1. วิจัย 1 เรื่อง ได้แก่ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน

ผลลัพธ์ที่ได้

1. ได้โปรแกรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4
2. เป็นแนวทางกำหนดกลยุทธ์และแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันโรคไตและการชะลอการเสื่อมของไตเป็นการเพิ่มมาตรฐานการรักษาแบบองค์รวม
3. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการพยาบาลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้นให้มีความสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพเพื่อลดการเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
4. การนำทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมสุขภาพมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

◆ หน่วยไตเทียม^(ต่อ)

แผนการดำเนินงาน ปี 2562

1. โครงการจัดกิจกรรมวันไตโลก จัดประชุมแพทย์และพยาบาลทุกศูนย์ฟอกเลือดในจังหวัดลำพูนในการดูแล Vascular access
2. วิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อลดอัตราการเพาะเชื้อที่ไม่พบเชื้อในน้ำยาล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลลำพูนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ที่มา:หน่วยไตเทียม

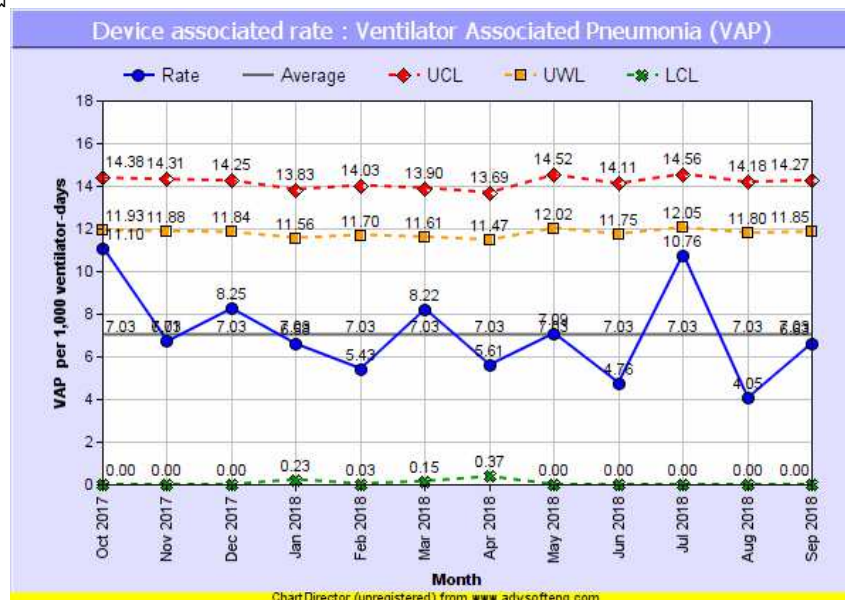
◆ กลุ่มงานการพยาบาล ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

1. อัตราการติดเชื้อภาพรวม ทั้งโรงพยาบาล เป้าหมาย < 2 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน อยู่ระหว่าง 1.23 – 2.46 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และมีแนวโน้มลดลง



2. VAP Rate เป้าหมาย < 5 ครั้ง ต่อ 1000 วัน Ventilator days

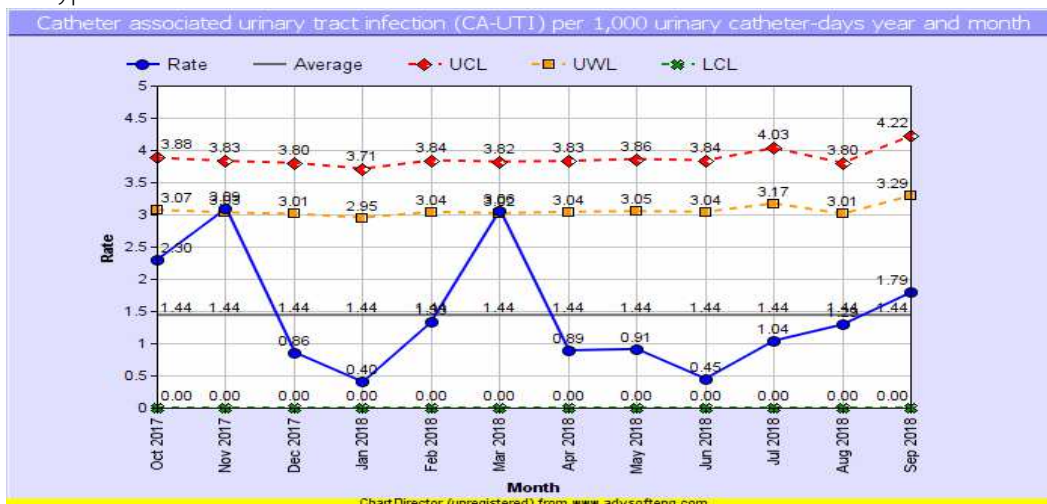
ผลลัพธ์ มีอัตราติดเชื้อค่อนข้างสูง จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยอายุมาก และใส่เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น ประกอบกับมี Underlying และ จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติของบุคลากร พบว่า ยังพบการปฏิบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การล้างมือ การจัด Position ที่เหมาะสม เทคนิค การ Suction ซึ่งได้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ และมีการ Monitor ต่อไป



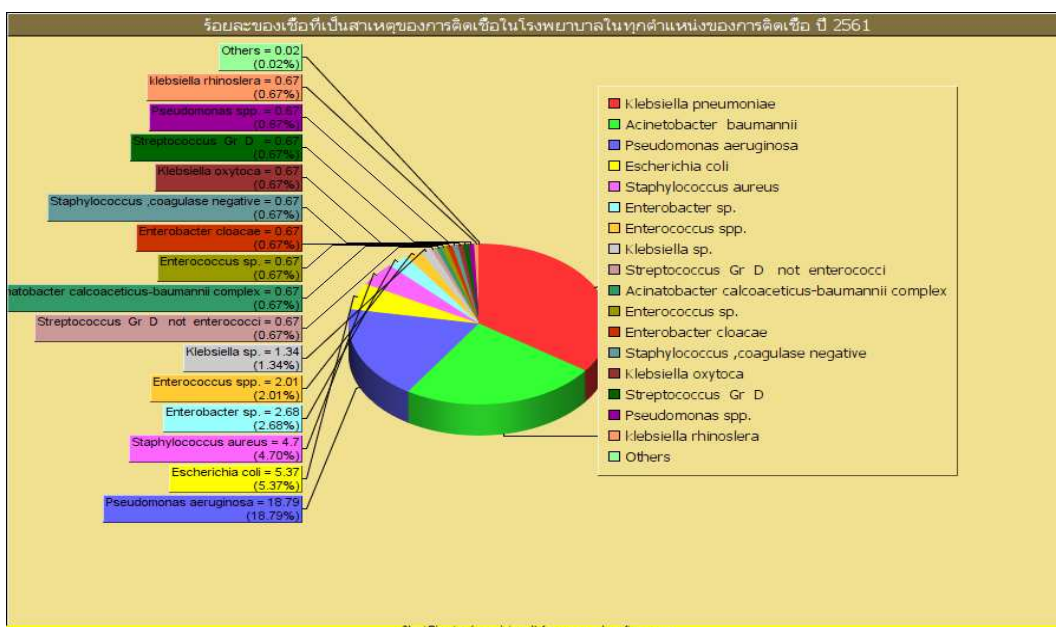
◆ กลุ่มงานการพยาบาล ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ต่อ)

3. CAUTI Rate เป้าหมาย < 5 ครั้งต่อ 1,000 Catheter days

ผลลัพธ์ อยู่ในค่ามาตรฐาน ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ พบสูงในช่วงเดือน พฤษภาคม 3.05 ครั้ง ต่อ 1,000 Catheter days ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นไปตาม Criteria และมีการถอดสายสวนปัสสาวะเร็วตามข้อกำหนด แต่เนื่องจากมีปัจจัยในเรื่อง ผู้ป่วย ที่เกิด CAUTI ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Bed ridden คิดเป็นร้อยละ 56.5 และมีภาวะโรคอื่นๆ ร่วมด้วย คือ DM และ Hypertension

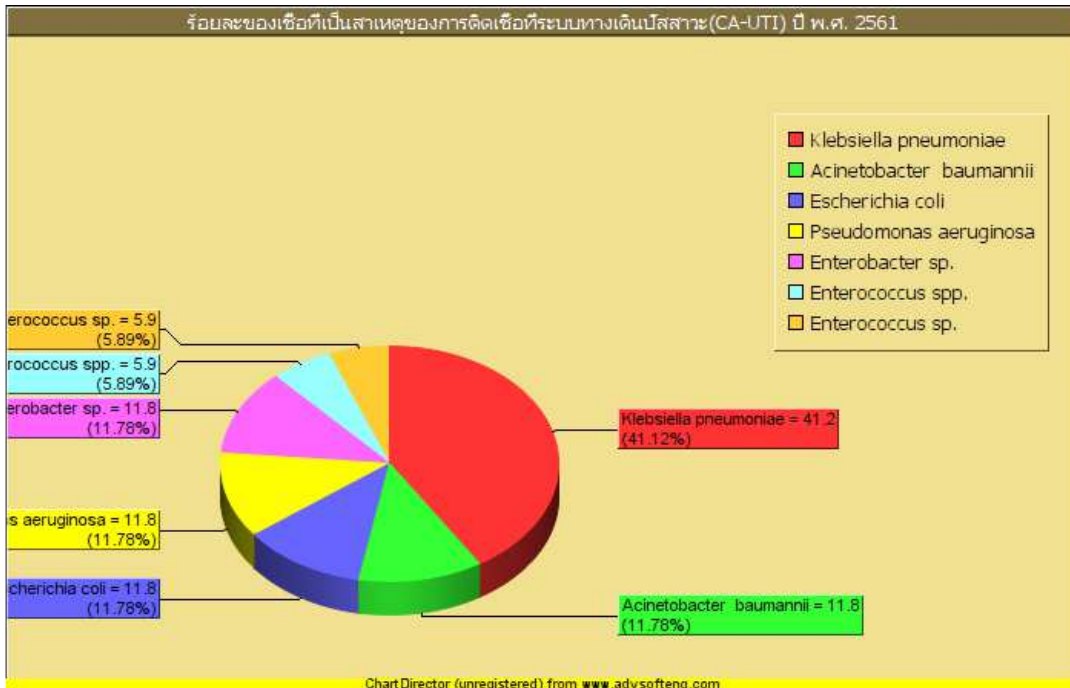


4. เชื้อที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อ พบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* คิดเป็นร้อยละ รองลงมา คือ *Acinetobacter baumannii* , *pseudomonas aeruginosa*

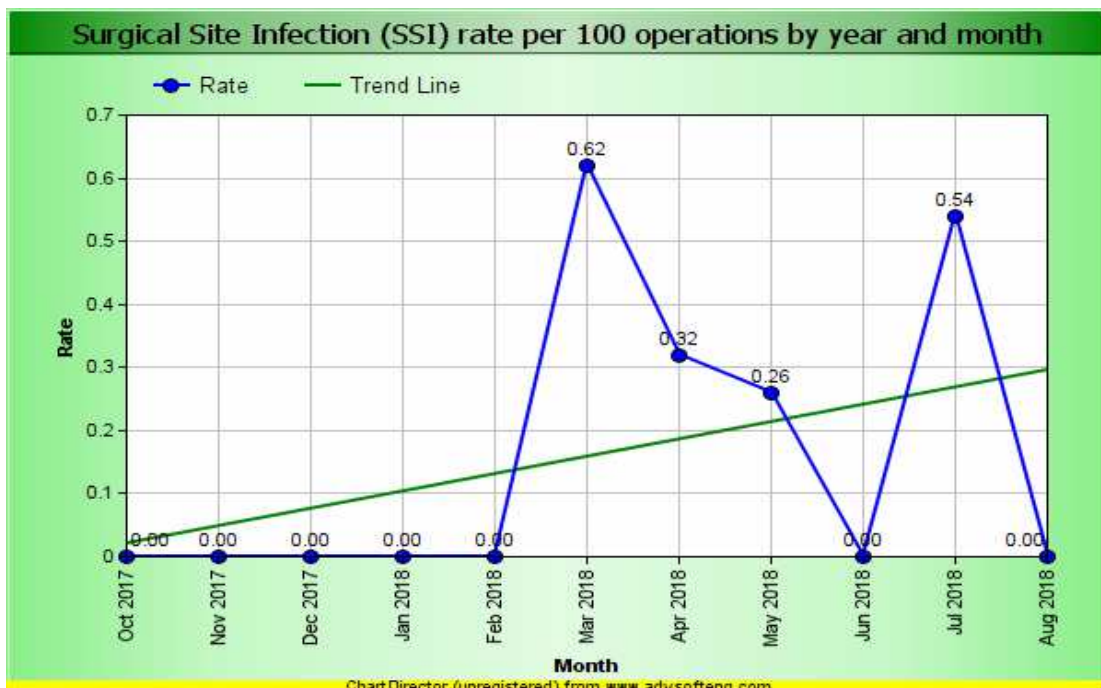


◆ กลุ่มงานการพยาบาล ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ต่อ)

เชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของ CAUTI คือ Klebsiella pneumonia ร้อยละ 41.12 Acinetobacter baumannii และ Escherichia coli ร้อยละ 11.78 เท่ากัน

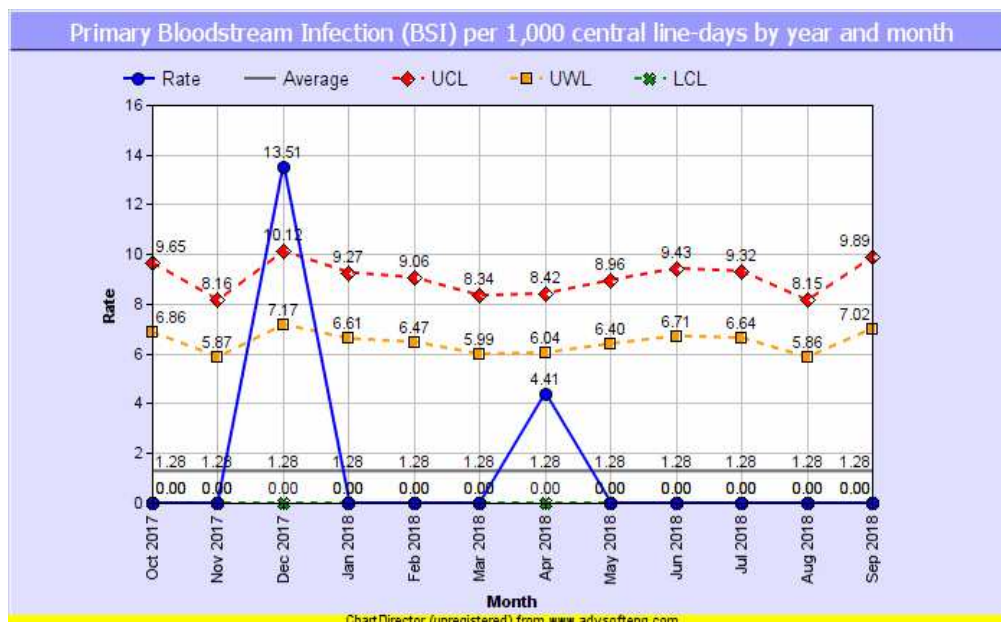


- อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด เป้าหมาย < 1 ครั้ง /100 clean wound หัตถการที่พบการติดเชื้อ คือ ผ่าตัด THA 2 ราย (2/40) คิดเป็น ร้อยละ 5 ORIF +Plate 3 ราย (3/830) คิดเป็น 0.36 CR+DHS 1 ราย (1/178) คิดเป็น 0.56



◇ กลุ่มงานการพยาบาล ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ต่อ)

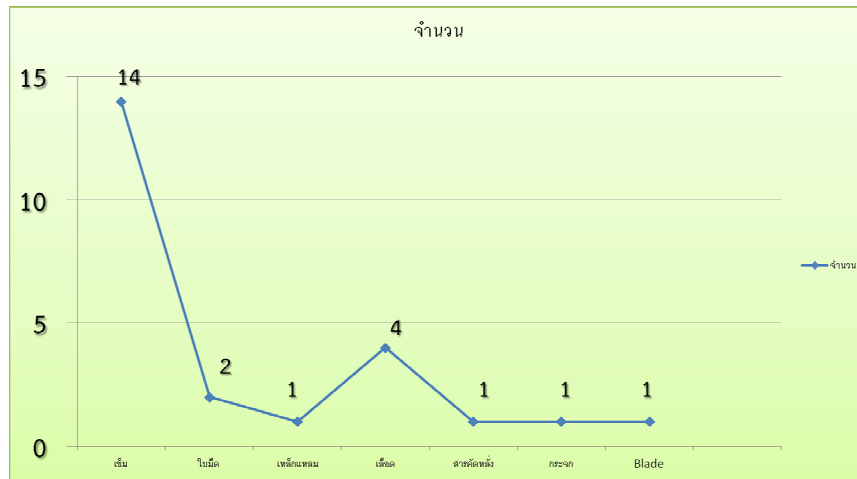
6. การติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่เป็น Primary Blood stream infection อยู่ใน rate ค่อนข้างต่ำ เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิต ส่วนใหญ่ ติดเชื้อจากชุมชนมาก่อน จากการติดเชื้ออื่นๆ มาก่อน



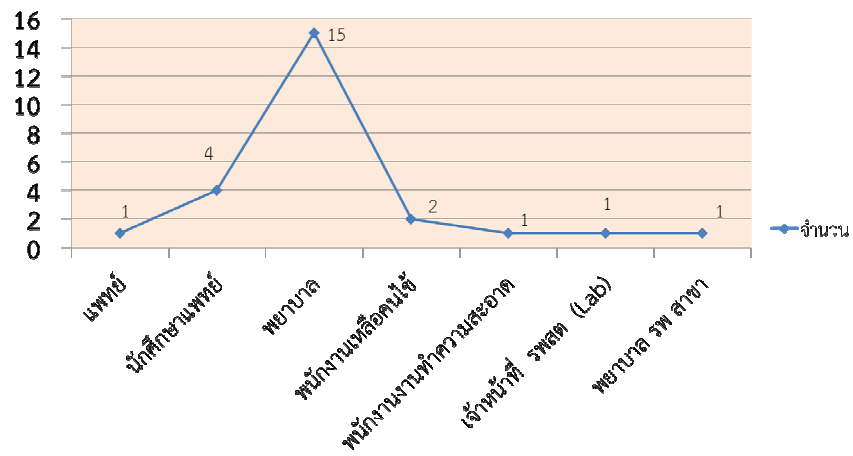
สถานการณ์เชื้อดื้อยา

	VAP	UTI	HAP	SSI	BSI	SST	CI	Colonize	ดีดื้อยา	นิรพอื่น
ตค60	13	1	3			2	19	12	3	50
พย60	9	2	5	1		1	18	19	6	62
ธค60	5	1	3	1		1	11	28	8	77
มค61	6		2				8	23	4	63
กพ61	7	2		3			12	22	6	83
มีค61	4	5	4				13	20	2	63
เมย61	5		3				8	34	5	69
พค61	5	2	1			1	9	20	1	56
มิย61	4	4	3				11	11	1	33
กค61	10	1	1				12	14	9	44
สค61	6	1					7	28	2	59
กย61	6	2	4	1			13	15	13	63
	80	21	29	6	0	5	141	246	60	722

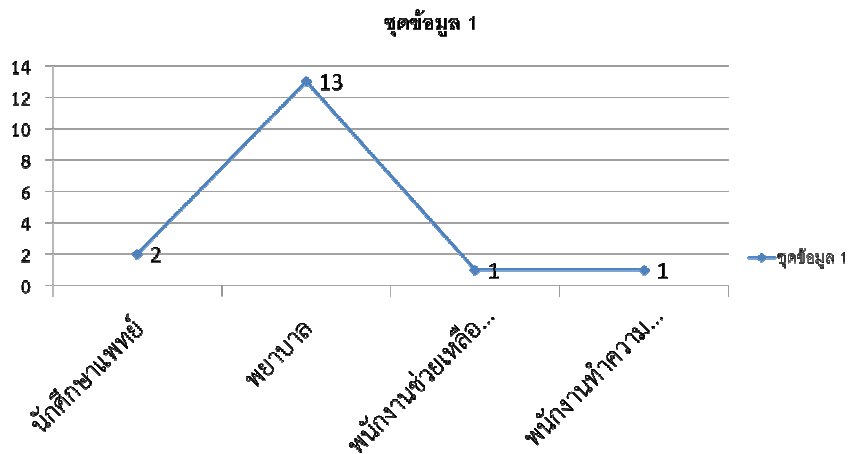
บุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุ ปี งบประมาณ 2561



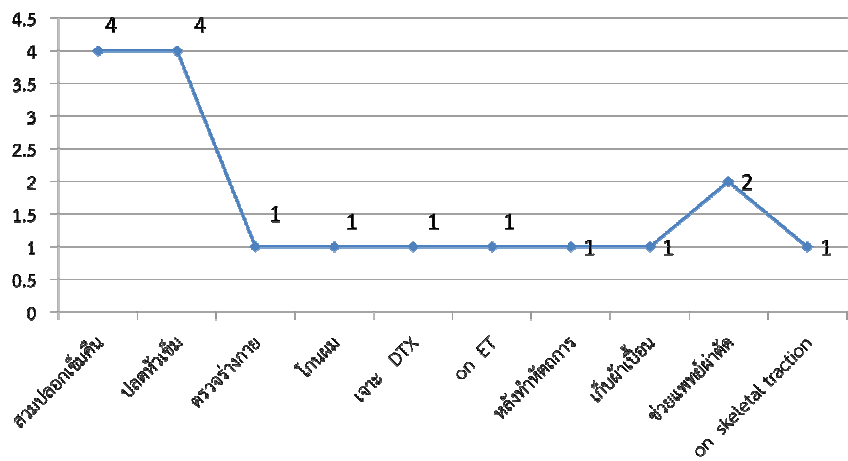
จำแนกตามอาชีพ



บุคลากรที่ถูกเข็ม / ของมีคม จำแนกตามอาชีพ



กิจกรรมที่เกิดอุบัติเหตุ เข็ม / เลือด สารคัดหลั่ง



ที่มา: กลุ่มการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

