

II-7.1 A บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ทันตามเวลาที่กำหนด ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ							
ลำดับ	เป้าหมาย	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย (target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2558	2559	2560	2561
1	ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง แม่นยำ	1. ความครบถ้วนของการควบคุมคุณภาพ ภายใน IQC	100 %	92.5	100	100	100
		2. ความครบถ้วนของการควบคุมคุณภาพ ภายนอก EQA/Interlaboratory comparision	100 %	92.5	81.81	94	100
		3. อัตราการรายงานผลผิดพลาด	น้อยกว่า 1 %	0.5	0.1	0.3	
		4. อัตราการรายงานค่าวิกฤตครบถ้วน	100 %	95.0	100	100	
2	ผลการตรวจรวดเร็วทันตามเวลาที่กำหนด	1. ร้อยละของผลการตรวจวิเคราะห์ทันตามเวลาที่กำหนด(Turn around time)					
		- ผู้ป่วยนอก	80 %	78.13	73.3	72	
		- ผู้ป่วยในที่ต้องการผลด่วน	80 %	81.0	80	82	
3	ผู้รับบริการพึงพอใจ	1. ผู้รับบริการภายนอก					
		- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย	80%	94.54	90.83	90	
		- ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สถานีดารวจภูธรสว่างวีระวงศ์	80 %	85	80.74	81	
		- ร้อยละความพึงพอใจของรพ.สต.	80 %	ไม่ได้ประเมิน	85	85	

		2.ผู้รับบริการภายใน -ร้อยละความพึงพอใจของแพทย์ -ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาล -ร้อยละความพึงพอใจของผู้ช่วยเหลือคนไข้	80 % 80 % 80 %	84 86.66 86.66	80 73.33 92	80 70 90	
4	ปลอดภัย	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น โดนเข็มทิ่มตำ	0 ครั้ง/ปี	2	2	2	0

บริบท:**ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):**

งานเทคนิคการแพทย์ เปิดให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการตลอด 24 ชม. โดยแบ่งการให้บริการ ดังนี้

1. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก โลหิตวิทยาและจุลทรรศน์คลินิก จุลชีววิทยาคลินิก และ ธนาคารเลือด
2. บริการส่งตรวจนอกหน่วย สำหรับงานตรวจชิ้นเนื้อ และเซลล์วิทยา รวมทั้งงานตรวจพิเศษอื่นๆ ที่ไม่สามารถตรวจเองได้

จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

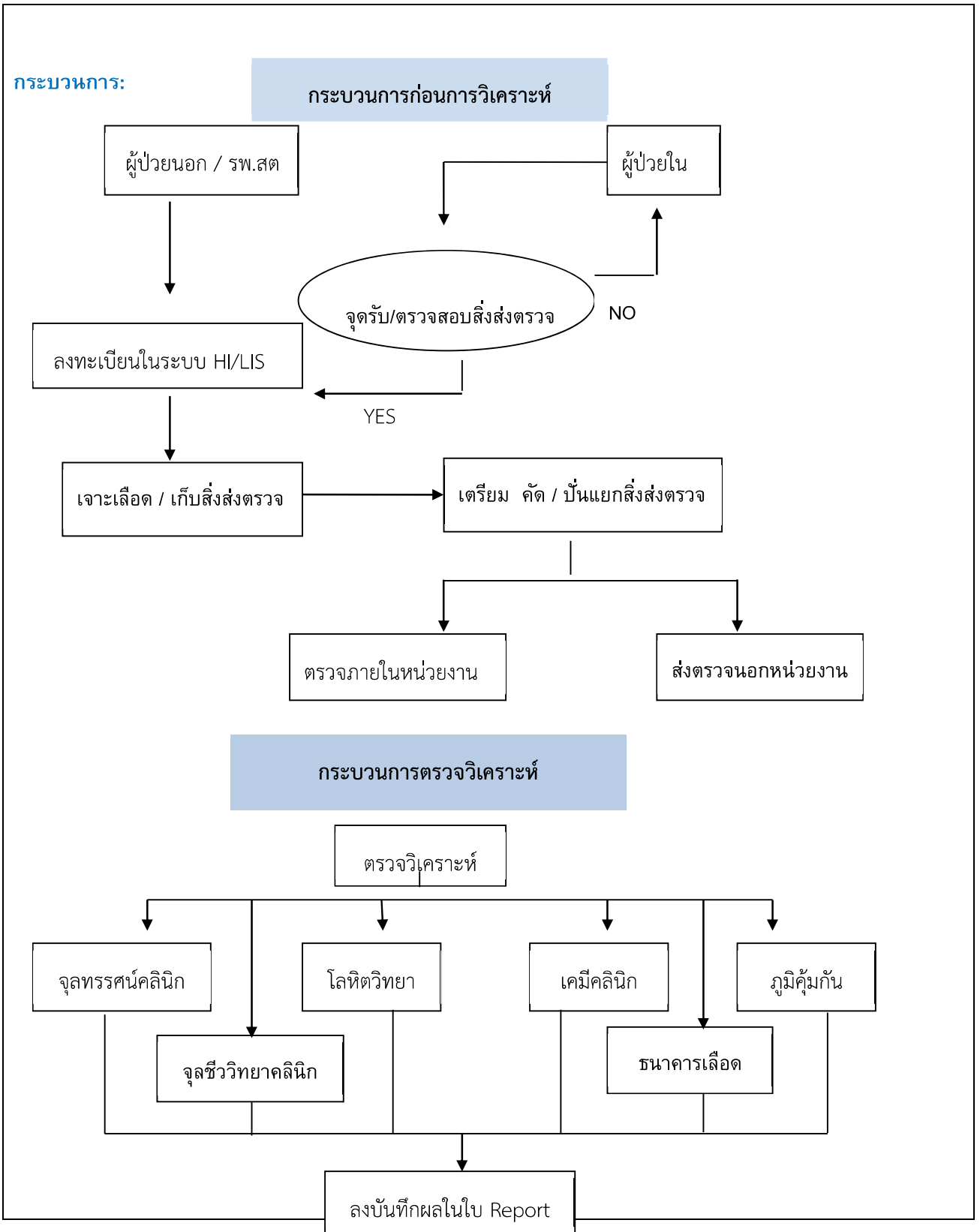
บุคลากร 3 คน ประกอบด้วย

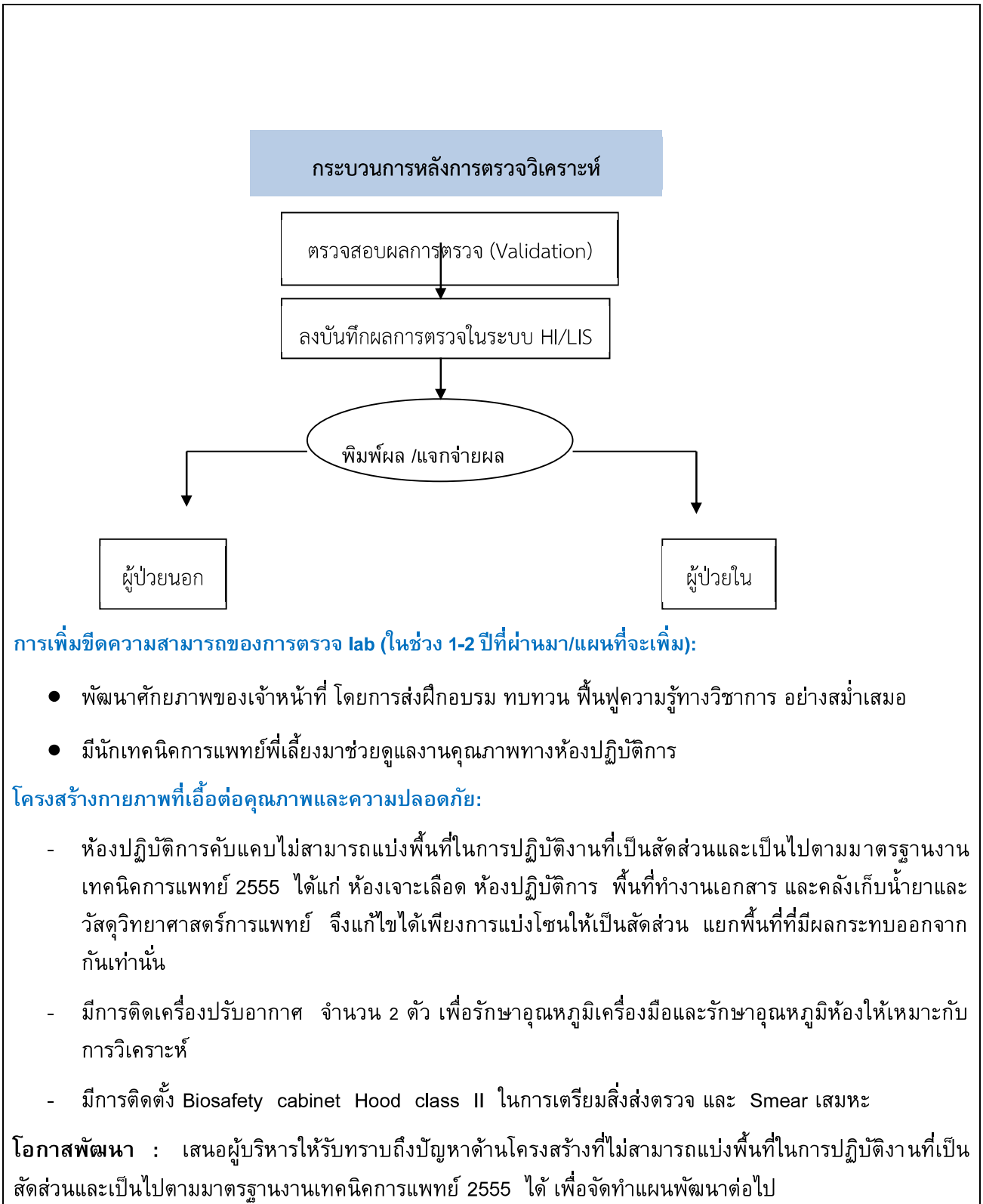
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

จำนวน 2 คน

ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ

จำนวน 1 คน





ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ:

- มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันเป็นวงรอบในเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ และเครื่องมือทั่วไป เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ มีระบบสำรองไฟฟ้า เพื่อป้องกันความเสียหายต่อเครื่องกรณีไฟฟ้าดับ
- มีการบำรุงรักษาเครื่องโดยผู้รับผิดชอบเครื่องมือตรวจวิเคราะห์แต่ละเครื่องโดยมีตารางการบำรุงรักษา ทั้งที่ทำได้โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และช่างของบริษัท
- มีการติดตามช่างบริษัทให้มาทำการแก้ไข กรณีเครื่องมือมีปัญหา

การสอบเทียบและการใช้ผลการสอบเทียบ:

- มีการสอบเทียบเครื่องมือตามแผนที่กำหนด โดยศูนย์วิศวกรรมกรมการแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานีและ บริษัทเอกชน
- นำผลการสอบเทียบเครื่องมือที่ได้มาปรับแก้ค่า ในเครื่องมือที่มีผลการสอบเทียบไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ได้แก่ Thermometer วัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บน้ำยา ได้ใช้ค่าปรับแก้ในการวัดอุณหภูมิดังกล่าว เป็นต้น
- วันที่ 5 มิถุนายน 2560 ทำการสอบเทียบตู้ปลอดเชื้อ (Biological safety Cabinet Class II) ผลการสอบเทียบพบว่า Main HEPA Filter และ Exhaust HEPA Filter รั่วเกินมาตรฐานกำหนดดังนี้

Main HEPA Filter ค่ามาตรฐานไม่เกิน 0.01 % ค่าที่วัดได้ 1.690 %

Exhaust HEPA Filter ค่ามาตรฐานไม่เกิน 0.01 % ค่าที่วัดได้ 0.205 %

ได้ทำการเสนอผู้บริหารเพื่อขออนุมัติในการเปลี่ยนชุด HEPA Filter โดยอ้างอิงจากผลการสอบเทียบ

- วันที่ 28 กันยายน 2560 ได้ทำการเปลี่ยน Main HEPA Filter และ Exhaust HEPA Filter และทำการสอบเทียบตู้ปลอดเชื้อ (Biological safety Cabinet Class II) โดยบริษัท ไบโอแคลลิเบรชั่น จำกัด

การตรวจภายนอก (ชนิด หน่วยตรวจ การประเมิน):

- บริการส่งตรวจนอกหน่วย ในงานตรวจชิ้นเนื้อและเซลล์วิทยา รวมทั้งงานตรวจพิเศษอื่นๆ ที่ไม่สามารถตรวจเองได้ มีการคัดเลือกห้องปฏิบัติการภายนอกที่รับการตรวจต่อ โดยพิจารณาจากคุณภาพผลการตรวจ , ความรวดเร็ว , การบริการเสริมอื่นๆ เช่น มีการรายงานผล online ผ่านคอมพิวเตอร์, การมีระบบส่ง fax กรณีมีปัญหา online
- ห้องปฏิบัติการภายนอกที่ทำการส่งตรวจต่อในปัจจุบัน ได้แก่

1. ศูนย์สุขภาพอุบลเวเนส เซ็นเตอร์ จำกัด ส่งตรวจทางเคมีคลินิก Culture & Sensitivity, ซึ้นเนื้อ, เซลล์วิทยา และงานส่งตรวจพิเศษอื่นๆ 2.
- สำนักงานควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ส่งตรวจ CD4, Viral load, Culture & Sensitivity TB 3.
- ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี ส่งตรวจ Hb Typing ในโครงการคัดกรองพาหะโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

การสื่อสารกับแพทย์/พยาบาลผู้ส่งตรวจ (วิธีการสื่อสาร การใช้ประโยชน์):

การสื่อสารกับฝ่ายการพยาบาล

1. กรณีฝ่ายการพยาบาลมีปัญหาข้อขัดข้อง หรือ กรณีต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการสื่อสารโดยตรง ทางวาจา โทรศัพท์ ระหว่างแพทย์ พยาบาล
2. หน่วยงานมีการสื่อสารข่าวสาร ปัญหาข้อขัดข้อง โดยผ่านทางการประชุม และทางคณะกรรมการต่างๆ เช่น การประชุมสหวิชาชีพ, กรรมการ PCT, IC, RM, IM โดยมีตัวแทนของหน่วยเข้าร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอ

การรักษาความลับของการรายงานผล:

1. มีการกำหนด Password ของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ในการเข้าไปดูผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระบบ HI และ LIS
2. การรายงานผลการตรวจ เอชไอวี และผลการตรวจในกรณีถูกข่มขืน จะใส่ซองปิดผนึกให้ผู้รับผิดชอบเท่านั้น และมีการเซ็นรับผลการตรวจไว้เป็นหลักฐาน
3. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีที่ต้องการผลไปตรวจรักษาที่หน่วยงานอื่นหรือ ผลการตรวจหาสารเสพติดยาบ้า กำหนดให้มีการเซ็นรับผลการตรวจไว้เป็นหลักฐาน

คุณภาพการรายงานค่าวิกฤติ:

1. ห้องปฏิบัติการ ได้กำหนดค่าวิกฤติร่วมกันกับองค์กรแพทย์ โดยมีการทบทวนค่าวิกฤติร่วมกับสหวิชาชีพ ทุกปี
2. ห้องปฏิบัติการจะโทรรายงานผลค่าวิกฤติให้พยาบาลทราบทันทีที่ตรวจพบ และส่งใบรายงานผลการตรวจฉบับจริงให้ทราบ และมีการลงบันทึกผู้รายงาน ผู้รับรายงาน วัน เวลา ที่รายงาน ลงในใบรายงานผลการตรวจ
3. จากการสอบถามแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับการรายงานค่าวิกฤติ พบว่า พยาบาลที่ได้รับรายงานค่าวิกฤติ จะทำการรายงานผลให้แพทย์ทราบ และแพทย์เจ้าของไข้จะให้การรักษาแก่ผู้ป่วยทันทีตามที่ได้รับรายงาน

การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:

- มีการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจที่ทำการตรวจเสร็จสิ้นไว้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ กรณีต้องการทวนสอบความถูกต้องของตัวอย่างตรวจที่ส่งมา หรือขอตรวจเพิ่มเติมจากที่ส่งตรวจแล้วและได้มีการกำหนดระยะเวลาที่ขอตรวจเพิ่มได้ในรายการที่ตรวจวิเคราะห์ในคู่มือบริการ
- การจัดการสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจเสร็จสิ้น เลือด และส่วนประกอบของเลือด มีการเก็บทิ้ง ในถุงขยะติดเชื้อเพื่อส่งทำลายตามขั้นตอนของรพ. ปัสสาวะและน้ำล้างอุปกรณ์ต่างๆ ทิ้งลงท่อน้ำทิ้งและ ลงสูบ่อบำบัดน้ำเสียของ รพ.

การทดสอบความชำนาญ/EQC/EQA (ความครอบคลุม ผลการทดสอบ การปรับปรุง):

- ห้องปฏิบัติการมีกระบวนการควบคุมคุณภาพโดยมี Internal Quality Control และ External Quality Control โดย External Quality Control ทำครบทุกสาขางานตรวจวิเคราะห์ โดยสมัครเข้าร่วมการควบคุมคุณภาพกับสถาบันที่มีการรับรองคุณภาพ เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล โดยผลการทดสอบที่ส่งกลับมาจะระบุผลการประเมินผลการตรวจ หากผลการตรวจมีปัญหา เจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบจะทำการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและแก้ไขต่อไป
- ผลการทดสอบความชำนาญในปี 2558 และ 2559 พบว่า การตรวจ Gram stain ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่ทางหน่วยงานได้กำหนด และมีแนวทางในการส่งเจ้าหน้าที่ไปทำการฝึกอบรมการดู Gram stain เพื่อเกิดทักษะและความชำนาญ

การปรับปรุงแก้ไขเนื่องจากอุบัติการณ์สำคัญ:

- อุบัติการณ์ที่เกิดจะทำการทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา หาแนวทางแก้ไข ร่วมกันภายในหน่วยงาน และมีการแจ้งผลการทบทวนกลับไปให้คณะกรรมการความเสี่ยงทราบ

การประเมิน/รับรองจากองค์กรภายนอก (องค์กร บริการ วันที่ ผล):

มีการประเมินโดยหน่วยงานภายนอกที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ใช้บริการกับโรงพยาบาล ได้แก่

- ผู้ตรวจเยี่ยมประเมินงานเทคนิคการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 23 มกราคม 2558
- ผู้ตรวจเยี่ยมประเมินงานเทคนิคการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 18 มีนาคม 2559
- ผู้ตรวจเยี่ยมประเมินงานเทคนิคการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 18 มีนาคม 2559
- ผู้ตรวจประเมินมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ จากสภาเทคนิคการแพทย์ วันที่ 14 ธันวาคม 2559

- ผู้ตรวจเยี่ยมประเมินงานเทคนิคการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 19 พฤษภาคม 2560
- ผ่านการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 รับรองวันที่

17 กุมภาพันธ์ 2560 ถึง 17 กุมภาพันธ์ 2563

ข้อแนะนำขององค์กรภายนอก/การตอบสนอง:

ข้อแนะนำจากผู้เยี่ยมสำรวจตรวจประเมินมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ สภาเทคนิคการแพทย์

วันที่ 14 ธันวาคม 2559

- ห้องปฏิบัติการควรทบทวนพื้นที่ปฏิบัติงานให้พอเพียง เนื่องจากมีพื้นที่ในการทำปฏิบัติการค่อนข้างคับแคบ ไม่สะดวกในการปฏิบัติการ อย่างน้อยควรมีห้องปฏิบัติการ ห้องเจาะเลือด และห้องทำงานเอกสารที่แยกส่วนกัน
- สถานที่เก็บเสมหะยังไม่ได้มาตรฐาน

การตอบสนองข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจประเมินมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ตรวจประเมินมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

นำเรียนเสนอปัญหาให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารทราบ

1. จัดทำที่เก็บเสมหะให้ถูกต้องตามมาตรฐาน

ข้อแนะนำจากผู้ตรวจประเมินมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ วันที่ 19 พฤษภาคม 2560

ตามรายงานการเยี่ยมประเมินห้องปฏิบัติการ หนังสือที่ อบ 0032.006/4701 วันที่ 6 มิถุนายน 2560 เช่น ไม่พบหลักฐานการสอบเทียบตู้เย็นเก็บน้ำยาและการบ่งชี้การทดสอบ ไม่พบหลักฐานการชี้บ่งการสอบเทียบเครื่องตรวจ CBC ABX Pentra 60 การประเมินผู้ขายและห้องปฏิบัติการส่งต่อควรเสนอผู้บริหารเพื่อรับทราบและส่งให้บริษัทต่อไป

การตอบสนอง

- จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:		
มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
<p>59. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์</p> <p>-การวางแผนจัดเตรียม ทรัพยากรบุคคลในการทำงาน ให้เหมาะสมเพียงพอ</p> <p>-การใช้ระบบ Express ในการ ดำเนินการด้านคลังวัสดุ วิทยาศาสตร์</p>	3	<p>-วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอัตรากำลังและปริมาณ งานให้มีความเหมาะสม ตามกรอบอัตรากำลังมีเจ้าหน้าที่ 3 คน ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ 2 คน สามารถมีเพิ่มได้อีก 1 คน ตามกรอบ แต่ควรมีการวิเคราะห์ภาระงานและจัดหา อัตรากำลังให้เหมาะสมต่อไป</p> <p>-การจัดทำข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดทำฎีการแบบ Real time</p>
<p>60. การจัดบริการปฏิบัติการทางการแพทย์</p> <p>-การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>- การใช้ระบบ HI ในการ รายงานผลการตรวจ</p> <p>- การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคลินิกโรคเรื้อรัง รพสต.ขนาดใหญ่</p>	3	<p>-จัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานเป็นลักษณะเวร / On call ตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>-การรายงานผลการตรวจในระบบคอมพิวเตอร์ ยกเว้น Anti-HIVใส่ซองปิดผนึก เฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถรับผลได้</p> <p>-บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังของ รพสต. ทั้ง 7 แห่ง และรายงานค่าวิกฤตให้ทราบทันทีที่ตรวจพบ</p>
<p>61. ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์</p> <p>-พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ</p>	3	<p>-ผ่านการรับรองระบบคุณภาพมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 รับรองวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560 ถึง 17 กุมภาพันธ์ 2563</p>

<p>ระบบคุณภาพ มาตรฐานงาน เทคนิคการแพทย์ 2555</p> <p>-การประกันคุณภาพการตรวจ วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ระดับปฐมภูมิในเครือข่าย อำเภอสว่างวีระวงศ์</p> <p>-การพัฒนาคุณภาพงานตาม มาตรฐานงานเทคนิค การแพทย์ 2560 โดยการต่อ อายุ Re-accredit LA ครั้งที่1 ในปี 2563</p>		<p>-พัฒนาระบบประกันคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้อง ปฏิบัติในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล การตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว การตรวจการตั้งครรภ์ การ ตรวจ Protein /Sugar Urine การตรวจ Hematocrit โดย เข้าร่วมโครงการการประกันคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการทั้งเครือข่ายอำเภอสว่างวีระวงศ์กับศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี</p> <p>-ส่งประเมิน Re-accredit LA ครั้งที่1 ตามมาตรฐานงาน เทคนิคการแพทย์ 2563</p>	
---	--	---	--

II-7.1 B บริการโลหิตวิทยา ไม่มีการเปิดให้บริการ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
62. บริการโลหิตวิทยา	NA	ยังไม่มีบริการ