

SERVICE PROFILE

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลตากใบ

บริบท

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส มีหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านการวิเคราะห์ตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มาจากผู้ป่วย ในโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก โดยผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจะนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้หลายทาง คือการวินิจฉัยโรค การติดตามการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และการคัดกรองโรคโดยใช้เทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการ และบุคลากรสาขาเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ตรวจวิเคราะห์

วัตถุประสงค์

- ๑.ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่มีความถูกต้อง แม่นยำเชื่อถือได้
- ๒.ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ภายในเวลาที่กำหนด
- ๓.สามารถจัดหาส่วนประกอบของเลือดให้มีความเพียงพอและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ
- ๔.ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ

ขอบเขตการให้บริการ

๑. ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทั้งใน-นอกเวลาราชการ, วันหยุดราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๐๘.๓๐ น. (๒๔ชั่วโมง) ในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางด้านต่างๆดังนี้

- งานโลหิตวิทยา
- งานเคมีคลินิก
- งานภูมิคุ้มกันวิทยา
- งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก
- งานจุลชีววิทยา
- งานธนาคารเลือด
- งานอนุชีวโมเลกุล ให้บริการนอกเวลาราชการ (อาทิตย์ละ ๒ วัน เวลา ๑๖.๓๐-๐๐.๓๐น.)

๒. ให้บริการข้อมูลทางการแพทย์ และวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ

๓. มีระบบส่งตัวอย่างไปยังหน่วยงานภายนอก ได้แก่ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, โรงพยาบาลสุโขทัย, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา, กรมการแพทย์, บริษัทอาร์ไอเอ จำกัด

๔. จัดซื้อ จัดหา กำหนดคุณลักษณะครุภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการให้เหมาะสม และเพียงพอ

ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย	-ได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง รวดเร็ว
แพทย์	- ได้รับผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา เชื่อถือได้
OPD	- ได้รับผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็วทันเวลา - ลงรายงานผลในระบบครบถ้วนสมบูรณ์
IPD	- ได้รับผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็วทันเวลาแพทย์ขึ้นตรวจ
ฝ่ายเวชปฏิบัติชุมชน	- รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ของหญิงตั้งครรภ์ รวดเร็วทันเวลา - รายงานผลในระบบครบถ้วนสมบูรณ์ ชัดเจน และถูกต้อง
รพ.สต.	- รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ของหญิงตั้งครรภ์ รวดเร็วทันเวลา ครบถ้วน สมบูรณ์ ชัดเจน และถูกต้อง

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

๑. ห้องปฏิบัติการมีคุณภาพ ผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง รวดเร็ว เชื่อถือได้
๒. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากการให้บริการของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
๓. การควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการและการเปรียบเทียบผลระหว่างองค์กรภายนอก มีความครอบคลุม และอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
๔. เครื่องมือมีคุณภาพมาตรฐาน และพร้อมใช้งาน

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

การควบคุมคุณภาพ เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการ

ทบทวนสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด ปีงบประมาณ 2567

ความเสี่ยง/อุบัติการณ์	สาเหตุของปัญหา (RCA)	ปฏิบัติการแก้ไข	มาตรการป้องกัน
สิ่งส่งตรวจ Clot	- สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อม - เจ้าหน้าที่ไม่มีความชำนาญ	- ชี้แจงและคุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจเรื่องปัญหาของผู้ป่วย เลือกบริเวณเจาะและดูให้มั่นใจจริงๆก่อนทำการเจาะเลือด	- ปฏิบัติตามแนวทางการเก็บส่งตรวจอย่างเคร่งครัด
รายงานผลผิดพลาด	- เลือกตัวเลือกในการรายงานผลผิด - ไม่ได้สอบถามผลการตรวจจากเจ้าหน้าที่คนที1 ดูจากการรายงานผลในระบบแล้วยืนยันทันที	- เมื่อพบความผิดพลาดรีบโทรแจ้งหน่วยงาน และทำการปฏิบัติการแก้ไขผลการตรวจวิเคราะห์ทันที	- กรณีการทดสอบที่เป็น manual ให้ถามผลการทดสอบจากคนรายงานผลก่อนทำการยืนยันผลในระบบทุกครั้ง
เจ้าหน้าที่ตกเก้าอี้	- ล้อเก้าอี้หัก	- ทำบันทึกข้อความขออนุมัติซื้อเก้าอี้ใหม่	- ให้คณะกรรมการความปลอดภัยเพิ่มหัวข้อการตรวจเช็คความพร้อมใช้ของพัสดุสำนักงาน และเพิ่มความถี่ในการตรวจประเมินความปลอดภัย

ปริมาณงานและทรัพยากร (คน/เทคโนโลยี/เครื่องมือ)

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลตากใบ มีบุคลากรทั้งหมด ๙ คน ประกอบด้วย

- | | |
|---|------------|
| - นักเทคนิคการแพทย์(ข้าราชการ) | จำนวน ๑ คน |
| - เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์(ข้าราชการ) | จำนวน ๒ คน |
| - นักเทคนิคการแพทย์(พอส.) | จำนวน ๑ คน |
| - นักเทคนิคการแพทย์(จ้างเหมาบริการ) | จำนวน ๒ คน |
| - พนักงานประจำห้องทดลอง | จำนวน ๑ คน |
| - พนักงานทั่วไป | จำนวน ๑ คน |

สถิติการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลตากใบ ๓ ปี ย้อนหลัง (๒๕๖๕-๒๕๖๗)

งาน/กิจกรรม	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
งานโลหิตวิทยา	test	๓๖,๖๘๒	๕๘,๒๐๗	๖๓,๑๙๘
งานเคมีคลินิก	test	๒๑๙,๘๔๓	๓๓๘,๓๖๖	๓๖๓,๔๖๐
งานจุลชีววิทยา	test	๙,๐๓๑	๑๖,๘๒๑	๑๘,๐๘๑
งานจุลทรรศน์	test	๓๐,๒๔๓	๓๘,๙๒๒	๔๓,๐๘๔
งานภูมิคุ้มกัน	test	๕๕,๘๖๑	๒๘,๒๕๑	๒๙,๕๘๐
งานธนาคารเลือด (Blood group)	test	๒,๗๑๐	๑,๗๙๗	๑,๘๒๕
งานอนุชีวมัลกุล (PCR)	test	๑๓,๒๕๙	๖,๐๑๕	๗,๗๖๑

ตารางการสอบเทียบเครื่องมือกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

ชื่อเครื่องมือ	ตัวแปรที่ตรวจสอบ	การดำเนินการ	มาตรฐานเฉพาะเครื่อง	ความถี่
เทอร์โมมิเตอร์	อุณหภูมิ	สอบเทียบ	(๒๐°C) – (๘๐°C) (-๑๕°C) – (-๒๐°C)	ปีละ ๑ ครั้ง
ตู้เย็นเก็บน้ำยาทั่วไป	อุณหภูมิ	ตรวจสอบบันทึกอุณหภูมิ	(๒ °C) – (๘ °C)	ทุกวัน (เช้า-บ่าย)
ตู้เย็นเก็บสารควบคุม	อุณหภูมิ	ตรวจสอบบันทึกอุณหภูมิ	(-๑๕°C) - (-๒๐°C)	ทุกวัน (เช้า-บ่าย)
Rotator สำหรับงาน ด้านภูมิคุ้มกัน	จำนวนรอบต่อนาที	สอบเทียบ	๑๐๐ รอบ : นาที	ปีละ ๑ ครั้ง
Water bath / Dry bath	อุณหภูมิ	สอบเทียบ	๓๗°C , ๔๑°C	ปีละ ๑ ครั้ง
Centrifuge	เวลา,ความเร็วรอบ	สอบเทียบ	๑๒,๐๐๐ รอบ : นาที	ปีละ ๑ ครั้ง
Centrifuge	เวลา,ความเร็วรอบ	สอบเทียบ	๔,๐๐๐ รอบ : นาที	ปีละ ๑ ครั้ง
Centrifuge	เวลา,ความเร็วรอบ	สอบเทียบ	๑,๘๐๐ รอบ : นาที	ปีละ ๑ ครั้ง
Serofuge	เวลา,ความเร็วรอบ	สอบเทียบ	๓,๔๐๐ รอบ : นาที	ปีละ ๑ ครั้ง
Auto pipette	ปริมาตร	สอบเทียบ	๕ µl, ๑๐ µl, ๒๐ µl, ๕๐ µl, ๑๐๐ µl, ๒๐๐ µl, ๑๒๕๐ µl, ๑ ml, ๓ ml	ปีละ ๑ ครั้ง
ตู้ปลอดเชื้อ (BSC Class II)	แผ่นกรอง, ความเร็วลม, หลอดไฟ	สอบเทียบ		ปีละ ๑ ครั้ง
เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ (Autoclave)	อุณหภูมิ, แรงดัน	ทำ autoclave tape, สอบเทียบ	๑๒๑ °C ๑๕ psi	ทุกสัปดาห์ ปีละ ๑ ครั้ง
นาฬิกาจับเวลา	เวลา	สอบเทียบ	๑,๒,๓,๕,๑๐,๑๕,๓๐,๖๐ นาที	ปีละ ๑ ครั้ง

กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการหลัก	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า	ความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนา
๑.ขั้นก่อนวิเคราะห์ ๑.๑ การลงทะเบียนรับสิ่งส่งตรวจในระบบ LIS, การนำส่งตัวอย่างติดเชื้อ (covid-19) ๑.๒ การแยกสิ่งส่งตรวจตามจุดตรวจวิเคราะห์	- เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน และคุณภาพของสิ่งส่งตรวจ - เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน - เพื่อความสะดวกในการตรวจวิเคราะห์ตามชนิดต่างๆ	- สิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ ไม่ครบถ้วน ไม่เหมาะสม (ผิดคน/ผิดประเภท/ผิดวิธี) - เจ้าหน้าที่ติดเชื้อ - ห้องปฏิบัติการและเครื่องมือตรวจวิเคราะห์เกิดการปนเปื้อนของเชื้อ - ความล่าช้าในการตรวจวิเคราะห์ - วิเคราะห์ผิดพลาด ผิดประเภท
๒.ขั้นตรวจวิเคราะห์ ๒.๑ ตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ ๒.๒ ส่งผลการตรวจวิเคราะห์จากเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติผ่านโปรแกรม LIS	- เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค - เพื่อความรวดเร็วในการตรวจวิเคราะห์ - เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วในการตรวจวิเคราะห์	- ไฟฟ้าดับ ไฟตก หรือไฟกระชาก - เครื่องมือเสียหาย/ไม่พร้อมใช้ - การตรวจวิเคราะห์ล่าช้า - เครือข่าย LAN Network มีปัญหา - ไม่สามารถส่งผลการตรวจวิเคราะห์จากเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติเข้าโปรแกรม LIS ได้
๓.ขั้นรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ ๓.๑ รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ในโปรแกรม LIS ๓.๒ ส่งผลการตรวจวิเคราะห์จาก LIS ไปยังระบบ HIS	- เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค - เพื่อความถูกต้อง ของผลการตรวจวิเคราะห์ - เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค	- รายงานผลผิดพลาด - ไม่สามารถส่งผลการตรวจวิเคราะห์จาก LIS ไปยังระบบ HIS ได้/ส่งผลไม่ครบถ้วน
๔.ขั้นตอนหลังการตรวจวิเคราะห์ ๔.๑ การเก็บสิ่งส่งตรวจหลังการวิเคราะห์ ๔.๒ การทำลายสิ่งส่งตรวจ ๔.๓ การทำความสะอาดและบำรุงรักษาเครื่องมือ	- เพื่อการทวนสอบ/ทำซ้ำ - มีการทำลายสิ่งส่งตรวจ/ฆ่าเชื้อถูกต้องตามหลักวิชาการ - นำกลับมาใช้ซ้ำ เพื่อลดต้นทุน - เพื่อความพร้อมในการใช้งาน	- สิ่งส่งตรวจสูญหาย/ไม่เพียงพอ/เสื่อมหลังการวิเคราะห์ - แยก ทำลายสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง/ผิดหลักวิชาการ - เครื่องมือเสียหาย/ชำรุด/ปนเปื้อนส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน(Performance Indicator)

๑. อัตราการรายงานผล Lab วิกฤติทันเวลา ภายใน ๕ นาที เป้าหมาย ๑๐๐ %

Lab วิกฤติที่กำหนดโดยองค์กรแพทย์ให้รายงาน มี ๑๐ ตัว คือ

K+	< ๒.๕ หรือ > ๖.๐ mmol /L
Na+	< ๑๒๐ หรือ > ๑๖๐ mmol /L
CO _๒	< ๑๐ หรือ > ๔๐ mmol /L
Hct	new born < ๓๕ % หรือ > ๖๕ % ผู้ใหญ่ < ๒๐ % หรือ > ๖๐ %
Platelet	< ๕๐,๐๐๐ cell/ mm๓ หรือ > ๑๐๐,๐๐๐ cell/ mm๓
FBS	< ๖๐ mg% หรือ > ๔๐๐ mg%
Glucose	< ๖๐ mg% หรือ > ๔๐๐ mg%
WBC	< ๒,๐๐๐ cell/ mm๓ หรือ > ๓๐,๐๐๐ cell/ mm๓
INR	> ๔
Top T	Positive
Hemo C/S	Positive

๒. อัตราเครื่องมือไม่พร้อมใช้ ทั้งจากปัจจัยภายนอก/ภายใน เช่น ระบบไฟ อุณหภูมิ โครงสร้างเครื่องตรวจวิเคราะห์ เป็นต้น เป้าหมาย ๕%

๓. อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ เช่น ไม่เพียงพอ, ผิดคน, clot, hemolysis เป็นต้น เป้าหมาย ๑%

ตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยงาน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลตากใบ ปี๒๗

ตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยงาน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลตากใบ ปี 67

KPI	เป้าหมาย	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ต.ค.	ก.ย.	ผู้รับผิดชอบ	Q1	เป้าหมาย	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ต.ค.	ก.ย.
อัตราห้องแล็บไม่พร้อมใช้	≤3.50%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	สมชาย	อัตราห้องแล็บพร้อมใช้งาน	≥97.00%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ	≤0.5%	0.67%	0.84%	1.19%	3.03%	1.72%	1.80%	1.90%	1.19%	1.41%	1.81%	2.17%	1.78%	นางศิริ	อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจาก ER	≤0.5%	0.63%	1.12%	2.24%	6.35%	1.51%	1.24%	1.41%	1.56%	1.80%	2.86%	1.19%	1.55%
															อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจาก WARD	≤0.5%	0.76%	0.38%	0.56%	3.87%	1.69%	2.19%	1.56%	0.89%	1.11%	1.34%	3.31%	2.38%
															อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจาก WARD	≤0.5%	0.41%	1.32%	1.38%	1.96%	1.50%	1.62%	1.71%	2.26%	1.33%	1.62%	2.37%	2.12%
															อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจาก WARD	≤0.5%	1.59%	1.06%	0.97%	5.80%	2.22%	3.19%	1.61%	1.26%	2.80%	2.75%	3.64%	2.48%
															อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจาก ANC	≤0.5%	0.17%	0.31%	0.78%	1.19%	1.67%	0.78%	3.23%	0.00%	0.00%	0.48%	0.34%	0.39%
อัตราความครบถ้วนของQC	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	พรพนม	งานโลหิตวิทยา (CBC)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
															งานเคมีคลินิก (Automate)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
															งานภูมิคุ้มกันวิทยา (Anti HIV)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
															งานจุลทรรศน์ศาสตร์ (UE)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
															งานพยาธิศาสตร์	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
															งานชันสูตร (AFB, Gram stain)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
อัตราการรายงานผลทันเวลา	≥95%	97%	95.94%	99.49%	98.86%	98.13%	99%	98.73%	99.41%	99.65%	99.03%	99.75%	99.76%	สุภาณิ	งานโลหิตวิทยา ≤ 60 นาที	≥95%	94.34%	94.08%	98.97%	97.48%	98.96%	98.47%	98.62%	98.85%	98.20%	99.76%	90.86%	99.92%
															งานเคมีคลินิก ≤ 120 นาที	≥95%	96.70%	91.85%	99.54%	99.75%	99.68%	98.30%	99.78%	99.85%	99.57%	100.00%	96.78%	99.94%
															งานภูมิคุ้มกันวิทยา ≤ 90 นาที	≥95%	98.64%	99.26%	99.90%	99.86%	99.97%	99.98%	100%	100%	99.32%	99.81%	98.71%	100%
															งานจุลทรรศน์ศาสตร์ ≤ 45 นาที	≥95%	96.70%	98.55%	99.55%	99.38%	99.78%	99.65%	99.25%	99.91%	99.04%	99.43%	98.25%	99.20%
อัตราการรายงานผลเกินกำหนดเวลา	≥95%	98.13%	99.03%	99.75%	96.15%	96.60%	95.94%	99.49%	99.11%	99.60%	99.11%	99.41%	98.87%	สุภาณิ	งานโลหิตวิทยา ≤ 60 นาที	≥95%	98.62%	98.20%	99.76%	90.86%	94.34%	94.08%	98.97%	97.48%	98.96%	98.47%	98.62%	99.92%
															งานเคมีคลินิก ≤ 45 นาที	≥95%	99.78%	99.57%	100%	96.78%	96.70%	91.85%	99.54%	99.75%	99.68%	98.33%	99.78%	98.05%
															งานภูมิคุ้มกันวิทยา ≤ 60 นาที	≥95%	100%	99.32%	99.81%	98.71%	98.64%	99.26%	99.90%	99.86%	99.97%	99.98%	100%	100%
															งานจุลทรรศน์ศาสตร์ ≤ 30 นาที	≥95%	99.25%	99.04%	99.43%	98.25%	96.70%	98.55%	99.55%	99.38%	99.78%	99.65%	99.25%	99.04%
IQC ผ่านเกณฑ์	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	พรพนม	งานโลหิตวิทยา (CBC)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
															งานเคมีคลินิก (Automate)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
															งานภูมิคุ้มกันวิทยา (Anti HIV)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
															งานจุลทรรศน์ศาสตร์ (UE)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
															งานพยาธิศาสตร์	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
															งานชันสูตร (AFB, Gram stain)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
อัตราความครบถ้วนของQA	100%	100%				100%				100%				นางสร	งานโลหิตวิทยา (CBC,PT/INR,OF/DCI)	100%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานเคมีคลินิก	100%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานภูมิคุ้มกันวิทยา	100%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานจุลทรรศน์ศาสตร์(UA,FOB,Stool)	100%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานพยาธิศาสตร์(BL,gr,St)	100%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานชันสูตร (AFB, Gram stain,KO)	100%	100.00%				100.00%				100.00%			
อัตราEQผ่านเกณฑ์	≥80%	100%				93.50%				100%				นางสร	งานโลหิตวิทยา (CBC,PT/INR,OF/DCI)	≥80%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานเคมีคลินิก (ยกเว้นTop/Lactate)	≥80%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานภูมิคุ้มกันวิทยา	≥80%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานจุลทรรศน์ศาสตร์(UA,FOB,Stool)	≥80%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานพยาธิศาสตร์(BL,gr,St,DAT)	≥80%	100.00%				100.00%				100.00%			
															งานชันสูตร (AFB, Gram stain,KO)	≥80%	100.00%				100.00%				100.00%			
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥85%	94.02%				86.32%								นิพนธ์	อัตราความพึงพอใจของแพทย์	≥85%	93.42%								82.60%			
															อัตราความพึงพอใจของพยาบาล	≥85%	94.70%								84.00%			
															อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ส่งตรวจ	≥85%	93.20%								91.00%			
															อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่	≥85%	95.80%								97.00%			
อัตราความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน	100%	48%												ปิยะวรรณ	อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	≥85%	93.00%								77.00%			
															อัตราการได้รับแจ้งคืนประจำปี	100%	0%				0%				0%			
															อัตราการตรวจสุขภาพประจำปี	100%	100.00%				100.00%				100.00%			
															อัตราการได้รับแจ้งคืนประจำปี	100%	33.33%											
อัตราความปลอดภัยของผู้ป่วย	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	200%	สมชาย	อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากผู้ป่วย	0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
															อัตราเกิดซ้ำของแพทย์	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
															อัตราการจ่ายยาผิดกลุ่มยา	0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

๔.กระบวนการหรือรายงานเพื่อรับรองเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน

๑. การใช้ระบบ LIS (ระบบบริหารและจัดการข้อมูล) ในห้องปฏิบัติการ

ที่มาและปัญหา

- การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด
- ลงทะเบียนบันทึกการรับตัวอย่างส่งตรวจและรายงานผลในทะเบียนบันทึก

วัตถุประสงค์

- เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการรับตัวอย่างส่งตรวจและรายงานผลผ่านระบบLIS โดยมีการเชื่อมระบบ LIS เข้ากับ

โปรแกรม HOSxP

- เพื่อเก็บข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ เช่น การรายงาน lab วิฤติทันเวลา, การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ, การรายงานผลผิดพลาด,

ปริมาณงานต่างๆ เป็นต้น

การดำเนินการ

- ลงทะเบียนรับตัวอย่างส่งตรวจและรายงานผลในระบบLIS โดยมีการเชื่อมระบบ LIS เข้ากับโปรแกรม HOSxP
- ใช้ระบบ Barcode ในการจำแนก ชื่อ –สกุล, HN, ชนิดสิ่งส่งตรวจ และรายการตรวจต่างๆของผู้ป่วย

ผลลัพธ์

- ทำให้ลดขั้นตอนในการลงทะเบียนรับตัวอย่างส่งตรวจ และรายงานผลในทะเบียนบันทึกผล
- สามารถตรวจวิเคราะห์ได้เร็วขึ้น ทำให้ลดระยะเวลาการรอคอย
- สามารถพิมพ์ใบรายงานผลจากหน่วยงานที่ส่งตรวจได้
- สามารถแนบผลการตรวจที่เป็นรูปภาพ ไฟล์หรือผลที่ส่งตรวจจากหน่วยงานภายนอกได้

๒ . การแนบไฟล์รายงานผล Out Lab (Lab ส่งต่อ)

ที่มาและปัญหา

- การเขียนผล Lab ผิดพลาด
- ใบรายงานผลสูญหาย

วัตถุประสงค์

- เพื่อเก็บข้อมูลใบรายงานผล Out Lab (Lab ส่งต่อ)
- เพื่อป้องกันใบรายงานผลสูญหาย

การดำเนินการ

- ดึงข้อมูลการรายงานผล Out Lab (Lab ส่งต่อ) ผ่านระบบออนไลน์ โดยบันทึกในรูปแบบPDF แล้วดึงข้อมูลเข้าระบบ LAB VIEW เพื่อบันทึกและรายงานผล
- หน่วยงานที่ส่งตรวจ รายการ out lab สามารถดูรายงานผลการตรวจในโปรแกรม HOSxP(Image)

ผลลัพธ์

- ลดข้อผิดพลาดจากการลอกผล Lab ผิด
- ลดการเก็บใบรายงานผลที่เป็นเอกสาร

๓. การใช้ระบบ paper less

ที่มาและปัญหา

- ห้องปฏิบัติการต้องพิมพ์ใบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ให้ผู้ป่วย opd ทุกเคส เพื่อนำไปพบแพทย์ เป็นการสิ้นเปลืองกระดาษ และเวลา

- ใบรายงานผลอาจสูญหายได้

วัตถุประสงค์

- เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการรายงานผล และประหยัดงบประมาณ

การดำเนินงาน

- ลงทะเบียนรับตัวอย่างส่งตรวจ และรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านระบบ LIS

ผลลัพธ์

- ลดระยะเวลาการรอคอยผล
- แพทย์สามารถดูผล lab ในโปรแกรมระบบ HOSxP ได้

๔.๒ การเก็บสิ่งส่งตรวจ

๑. ภาชนะเก็บสิ่งส่งตรวจ

ที่มาและปัญหา

- การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง เช่น ปิดฝาหลอดเลือดสลับกัน

วัตถุประสงค์

- เพื่อความถูกต้อง เหมาะสมของสิ่งส่งตรวจ

การดำเนินการ

- เปลี่ยนมาใช้หลอดสุญญากาศแทน

ผลลัพธ์

- ลดข้อผิดพลาดจากการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง

๒. จัดทำคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างมีคุณภาพ

ที่มาและปัญหา

- พบการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจากหน่วยงานต่างๆทุกวัน
- หน่วยงานต่างๆสอบถามเรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจทางโทรศัพท์บ่อย

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้หน่วยงานต่างๆเก็บสิ่งส่งตรวจได้อย่างถูกต้อง
- ประหยัดงบประมาณ ลดปริมาณการใช้วัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองต่างๆ
- ผู้ป่วยได้รับผลกระทบลดลง

การดำเนินงาน

- แจกจ่ายคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจทุกหน่วยงานที่ให้บริการเก็บสิ่งส่งตรวจ

ผลลัพธ์

- หน่วยงานต่างๆโทรสอบถามการเก็บสิ่งส่งตรวจน้อยลง
- จำนวนการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจลดปริมาณลงเล็กน้อย

๓. จัดประชุมให้ความรู้การเก็บสิ่งส่งตรวจ

ที่มาและปัญหา

- พบการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจจากหน่วยงานต่างๆทุกวัน, หน่วยงานต่างๆสอบถามเรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจทางโทรศัพท์บ่อย
ขึ้น โดยหน่วยงานต่างๆแจ้งว่ามีบุคลากรใหม่ๆมาปฏิบัติงานจำนวนหลายคน

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้บุคลากรใหม่ๆมีความรู้ และปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง
- เพื่อให้หน่วยงานต่างๆเก็บสิ่งส่งตรวจได้อย่างถูกต้อง
- ประหยัดงบประมาณ ลดปริมาณการใช้วัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองต่างๆ
- ผู้ป่วยได้รับผลกระทบลดลง

การดำเนินงาน

- จัดประชุมอบรมการเก็บสิ่งส่งตรวจให้กับบุคลากร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ผลลัพธ์

-

การพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว

- ผ่านการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA)

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) อย่างต่อเนื่อง