**Service Profile**

**งานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลหนองบุญมาก**



**Update 23 ก.พ. 2561**

**สารบัญ**

**หน้า**

1. บริบท(Context) 1
2. หน้าที่และเป้าหมาย 1
3. ขอบเขตการให้บริการ 1
4. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ ( ตามกลุ่มผู้รับผลงาน) 3
5. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ 4
6. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ 5
7. ปริมาณงานและทรัพยากร(คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) 6
8. กระบวนการสำคัญ ( Key Processes) 7
9. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 8
10. กระบวนการหรือระบบบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ 9
	1. ระบบงานที่ใช้ออยู่ปัจจุบัน 9
	2. การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ 10

 5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง 11

**1**

**1. บริบท (Cortex)**

**ก. หน้าที่และเป้าหมาย**

ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และผู้รับบริการพึงพอใจ

**ข. ขอบเขตบริการ**

ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จำนวน 6 งาน ดังนี้

1. งานโลหิตวิทยาคลินิก(Hematology)
2. งานจุลชีววิทยาคลินิก (Microscopy)
3. งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก (Microbiology)
4. งานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก (Clinical Immunology)
5. งานเคมีคลินิก (Clinical Chemistry)
6. งานธนาคารเลือด (Blood bank)

รายการตรวจวิเคราะห์ที่ไม่ได้เปิดให้บริการจะส่งตรวจต่อไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา และห้องปฏิบัติการภายนอกที่ผ่านการคัดเลือก นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

 **กลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล**

**สถิติ 5 อันดับผู้ป่วยนอก ย้อนหลัง 3 ปี**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| **ชื่อโรค** | **จำนวน** | **ชื่อโรค** | **จำนวน** | **ชื่อโรค** | **จำนวน** |
| 1. HT
 | 7827 | 1. HT
 | 18113 | 1. HT
 | 18663 |
| 1. DM
 | 5417 | 1. URI
 | 10520 | 1. DM
 | 9275 |
| 1. Common cold
 | 2708 | 1. DM
 | 8452 | 1. URI
 | 8698 |
| 1. Dyspepsia
 | 2473 | 1. Hyperlipidemia
 | 5118 | 1. Hyperlipidemia
 | 6501 |
| 1. URI
 | 2053 | 1. Muscle Strain
 | 5012 | 1. Muscle Strain
 | 5473 |

**2**

**สถิติ 10 อันดับผู้ป่วยฉุกเฉิน ย้อนหลัง 3 ปี**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| **ชื่อโรค** | **จำนวน** | **ชื่อโรค** | **จำนวน** | **ชื่อโรค** | **จำนวน** |
| 1) Head injury | 79 | 1) Head injury | 98 | 1) Head injury | 89 |
| 2) Seizure  | 64 | 2) UGIB | 88 | 2) UGIB | 86 |
| 3) UGIB | 58 | 3) Febrile convultion | 72 | 3) Seizure  | 67 |
| 4) Shock | 42 | 4) Snake bite | 57 | 4) Febrile convultion | 44 |
| 5) Febrile convultion | 40 | 5) Hypoglycemic‾c shock | 44 | 5) Snake bite | 31 |
| 6) Hypoglycemia‾c DM  | 21 | 6) Stroke | 32 | 6) Stroke | 24 |
| 7) Snake bite | 20 | 7) SVT | 22 | 7) Hypoglycemic‾c shock | 16 |
| 8) Stroke | 12 | 8) Alteration of conscious. | 19 | 8) SVT  | 10 |
| 9) cardiac arrest . | 7 | 9) Suicide | 16 | 9) Alteration of conscious.  | 8 |
| 10) SVT | 6 | 10) cardiac arrest | 12 | 10) cardiac arrest | 7 |

**สถิติ 10 อันดับผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 3 ปี**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| **ชื่อโรค** | **จำนวน** | **ชื่อโรค** | **จำนวน** | **ชื่อโรค** | **จำนวน** |
| 1) Acute gastroenteritis | 366 | 1. Hypertension
 | 910 | 1. Hypertension
 | 849 |
| 2) Pneumonia | 257 | 1. anemia
 | 672 | 1. Diabetes meiitus
 | 531 |
| 3) Bronchitis | 171 | 1. Diabetes meiitus
 | 519 | 1. Anemia
 | 491 |
| 4) Trauma | 141 | 1. Gastroenteritis
 | 474 | 1. Pneumonia
 | 391 |
| 5) UTI | 120 | 1. Acute renal failure
 | 327 | 1. Chronic renal failure
 | 361 |
| 6) URI | 96 | 1. Pneumonia
 | 301 | 1. Gastroenteritis
 | 356 |
| 7) Gastrointestinal bleeding | 96 | 1. Bronchitis
 | 239 | 1. Heart disease
 | 345 |
| 8) Carcinoma | 83 | 1. Trauma
 | 230 | 1. Acute renal failure
 | 276 |
| 9) Renal failure | 81 | 1. Chronic obstructive pulmonary discese
 | 215 | 1. Bronchitis
 | 262 |
| 10) COPD | 80 | 1. UTI
 | 178 | 1. Trauma
 | 234 |

 **3**

**ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ผู้รับบริการ** | **ความต้องการที่สำคัญ** |
| 1.ผู้ป่วยและญาติ | * ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว
* ยิ้มแย้ม แจ่มใสเอาใจใส่ พูดจาสุภาพ
* ให้คำแนะนำที่ชัดเจน
 |
| 2.แพทย์ | - ความถูกต้องของผลการตรวจวิเคราะห์* ผลการตรวจวิเคราะห์ ครบถ้วน ทันเวลา
* การประสานงานที่สะดวกราบรื่น
 |
| 3.พยาบาลและหน่วยงานภายในที่  เกี่ยวข้อง | - ความถูกต้องของผลการตรวจวิเคราะห์* ผลการตรวจวิเคราะห์รวดเร็ว ครบถ้วน ทันเวลา
* การประสานงานที่สะดวกราบรื่น
* ให้ข้อมูล ตอบข้อซักถามในการให้บริการ
 |
| 4.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | - ความถูกต้องของผลการตรวจวิเคราะห์* ผลการตรวจวิเคราะห์รวดเร็ว ครบถ้วน ทันเวลา
* การประสานงานที่สะดวกราบรื่น

- ให้ข้อมูล ตอบข้อซักถามในการให้บริการ |

**ความต้องการการประสานงาน**

**1.หอผู้ป่วย/งานอุบัติเหตุ/งานเวชฯ/หอผู้ป่วยนอก** คัดกรอง เตรียมผู้ป่วยถูกต้อง จัดเตรียมสิ่ง

 ส่งตรวจและลงรายการตรวจถูกต้องครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด

 **2.หน่วยจ่ายกลาง/ซักฟอก** ส่งเครื่องมือตามเวลา ครบถ้วน เพียงพอต่อการใช้งาน

 **3.งานซ่อมบำรุง** ความรวดเร็วและติดตามผลงาน

**4.คลังพัสดุ** ติดตามงาน จัดหาวัสดุอุปกรณ์และน้ำยาเคมีพร้อมใช้ไม่ขาด มีคุณภาพเหมาะสมต่อ

 การใช้งาน

 **5.งานบริหาร** ระบบงานเอกสารที่รวดเร็ว ติดต่อประสานงาน อำนวยความสะดวก

**4**

**ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ข้อมูล** | **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| ยอดผู้รับบริการตรวจวิเคราะห์รวมสาขาโลหิตวิทยาสาขาเคมีคลินิคสาขาภูมิคุ้มกันวิทยาสาขาจุลชีววิทยาสาขาจุลทรรศนศาสตร์สาขาธนาคารเลือดยอดเฉลี่ยผู้รับบริการ test / วัน | 53,97116,22178,3838,8321,6977,3452,560149 | 54,41317,22980,8728,4841,6098,1672,018150 | 57,07516,91789,6257,6132,9129,1101,728156 |

**ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ**

 1. พัฒนาระบบการบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการตรวจ,การรายงานผล,การส่งตรวจให้มี

 ประสิทธิภาพ และเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

 2. พัฒนาระบบคุณภาพงานตรวจวิเคราะห์โดยองค์กรภายนอก

 3. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ ตามมาตรฐานวิชาชีพและมีความสุขในการ

 ทำงาน

5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /****ความท้าทายที่สำคัญ** | **เป้าหมาย /****วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัดและผลลัพธ์** | **กิจกรรมพัฒนา** |
| 1.เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ  | ≤ 2ครั้ง/เดือนทุกสาขา | 1.อัตราการรายงานผลการตรวจผิดพลาด 2.อัตราผลการควบคุมคุณภาพภายนอกห้องปฏิบัติการคะแนนอยู่ในระดับมาตรฐานผ่านเกณฑ์การประเมิน (≥2.5 หรืออยู่ในระดับดี,ดีมาก) | -สุ่มตรวจการรายงานผลร้อยละ10,ใบอุบัติการณ์,การรับแจ้งทางโทรศัพท์-จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและcalibrate เครื่องมือ |
| 2.เพื่อให้ผู้รับบริการได้ผลรวดเร็ว และพึงพอใจในการให้บริการ | ≥ 80 %≥ 70 % | 1.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ(ผู้ป่วยนอก)2.อัตราความพึงพอใจของบุคลากรใน รพ. | -พัฒนาระบบบริการ-พัฒนาระบบประสานงาน |
| 3.บุคลากรมีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ | ≥ 2 ครั้งต่อปี | 1.บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม | -จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร |

**จ.ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ**

1. พัฒนาระบบการให้บริการ ให้รวดเร็ว สะดวก ผู้รับบริการพึงพอใจ

2. พัฒนาระบบบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการ

3. ผ่านการรับรองตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (Reaccredit LA)

4. ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (HA)

 5. บุคลากรห้องปฏิบัติการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีความสุขในการทำงาน

6

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการความเสี่ยงที่สำคัญ** | **มาตรการ / แนวทางป้องกัน** |
| 1. การเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง | - จัดทำคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจแจกให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง |
| 2. ผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด | - มีระบบควบคุมคุณภาพ ทั้ง IQC และ EQC |
| 3. รายงานผลผิดพลาดหรือคาดเคลื่อน | - ปฏิบัติตาม QP การรายงานผลการวิเคราะห์ |
| 4. ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน | - ให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามหลัก IC ของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัดโดยเน้นในเรื่องการใช้เครื่องป้องกัน, การล้างมือและการทำลายสิ่งส่งตรวจ- ถ้าถูกของมีคมบาดหรือทิ่มตำให้ปฏิบัติตามขั้นตอน IC ของโรงพยาบาล |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ฉ.ปริมาณงานและทรัพยากร ( คน เทคโนโลยี เครื่องมือ )**

**☞ ศักยภาพ**

ให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ในลักษณะของการทดสอบพื้นฐาน ในสาขาโลหิตวิทยา จุลทรรศน์ศาสตร์ จุลชีววิทยา เคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยา ธนาคารเลือด ซึ่งค่อนข้างครอบคลุมการให้บริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน ยกเว้นการตรวจพิเศษ และรายการตรวจที่ไม่เปิดให้บริการจะมีการส่งตรวจต่อกับห้องปฏิบัติการภายนอกที่ได้รับการคัดเลือก

จำนวนบุคลากรในงานเทคนิคการแพทย์มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 6 คน ดังนี้ นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน ,

จพง.วิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 คน (ลาศึกษาต่อ 1 คน) พนักงานวิทยาศาสตร์1 คน

 การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่เป็นดังนี้

 -วันและเวลาราชการ 8.30 – 16.30 น. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 5 คน

 - วันหยุดราชการ 8.30 – 16.30 น. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 2 คน

 - นอกเวลาราชการ16.30 – 00.30 น. (Stand by) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 1 คน

 - นอกเวลาราชการ 16.30 – 20.30 พนักงานวิทยาศาสตร์ 1 คน

 - นอกเวลาราชการ 20.30 – 8.30 น. (On call) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 1 คน

**☞ เครื่องมือ**

มีเครื่องมือที่เพียงพอต่อการทำงานที่เปิดให้บริการ การใช้เครื่องจากบริษัท มีทีมช่างจากบริษัทที่ให้บริการตรวจสภาพ และบำรุงรักษาทุกเดือน

**☞เทคโนโลยี**

มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีการตรวจวิเคราะห์ในระดับหนึ่ง

**7**

**2. กระบวนการสำคัญ ( Key Processes )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กระบวนการ****สำคัญ (Key process)** | **สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ** **(Process Requirement)** | **ตัวชี้วัดสำคัญ****( Performance Indicator)** |
| 1.การควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย-การควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการ1.สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ  กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์2.ไอคิวซีเซ็นเตอร์ (อ.อมรินทร์)3.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9  นครราชสีมา4.ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 อุดรธานี2.ควบคุมการรายงานผล-ตรวจสอบ รับรองผล ทบทวนผล ก่อนเซ็นชื่อ ออกผลทุกครั้ง-การจัดเก็บใบรายงานผล และผลจากหน่วยงานภายนอก3.การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ทักษะ ความชำนาญ | มีผลการตรวจวิเคราะห์ที่มีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำผู้รับบริการได้ผลการตรวจวิเคราะห์ครบถ้วนรวดเร็วส่งเสริมให้บุคลากรได้รับความรู้ เพื่อนำมาพัฒนางานที่เกี่ยวข้อง | -อัตราผลการควบคุมคุณภาพ (EQC)คะแนนอยู่ในระดับมาตรฐาน (≥2.5 หรืออยู่ในระดับดี,ดีมาก)-อัตราการรายงานผลการตรวจผิดพลาด ไม่เกิน 2 ครั้ง/เดือน-มีการscan จัดเก็บผลจากหน่วยงานภายนอก 100%-บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม 2 ครั้ง/ปี |

**8**

**3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ( Performance Indicator)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เครื่องชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| 1. อัตราการทำ EQC ผ่านเกณฑ์  - Hematology -Chemistry -Immunology -Microbiology -Microscopy -Blood bank2. อัตราการรายงานผลการตรวจผิดพลาด3. อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการภายนอก4. อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการภายใน  องค์กร5. อัตราการจ่ายเลือดผิด6. อัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังการรับเลือด | >95%>95%>95%>95%>95%>95% ≤2 ครั้ง / เดือน≥ 80 % ≥70 % 0 % 0% | 97%100%100%100%100%100%086.01%70.12%0 %0 % | 95%100%100%100%100%97%090.13%71.54%0 %0 % | 100%100%100%97%100%100%287.94%70.06%0 %0 % |

**9**

**4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ**

 **4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ปัจจุบัน**

**แผนภูมิกระบวนการทำงาน**

เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยและจุดบริการเก็บสิ่งส่งตรวจ

นำส่งสิ่งส่งตรวจ

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจรับสิ่งส่งตรวจ

เตรียมสิ่งส่งตรวจตรวจ

ตรวจวิเคราะห์

เก็บรักษา / บรรจุหีบห่อ

เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์

ส่งหน่วยงานภายนอก

ตรวจสอบผลการตรวจ

บันทึกผลการตรวจ

เก็บสิ่งส่งตรวจ ส่งทำลาย

Approve ผลการตรวจรายงานผล

 **10**

 **4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม****ทบทวน** | **วิธีการ** | **ความถี่** | **ผู้เข้าร่วม** | **ความ****ครอบคลุม** | **การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น** | **กรณีตัวอย่าง** |
| ทบทวนการเก็บสิ่งส่งตรวจ | อบรม/จัดทำเอกสารอย่างย่อจัดทำเป็นคู่มือ | อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | -เจ้าหน้าที่จุดบริการที่เกี่ยวข้อง-เจ้าหน้าที่จากจุดบริการลูกข่าย สสอ. รพ.สต. | -การเตรียมผู้ป่วยก่อนการจัดเก็บ-การเก็บสิ่งส่งตรวจ-ข้อควรระวัง | -มีการเตรียมผู้ป่วย ก่อนการจัดเก็บถูกต้อง -จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ มียอดการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจลดลง | -การจัดเก็บ cortisol มีการระบุเวลาการจัดเก็บตามเวลาจริง |

**11**

1. **แผนการพัฒนาต่อเนื่อง**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม****ทบทวน** | **วิธีการ** | **ความถี่** | **ผู้เข้าร่วม** | **ความ****ครอบคลุม** | **การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น** | **กรณีตัวอย่าง** |
| ทบทวนด้านวิชาการ | -อบรม-ประเมิน | อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง | เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทุกคน | ผู้สามารถอ่านผลและออกผลการตรวจวิเคราะห์ | -เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถเพิ่มเติม -ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ | การประเมินเจ้าหน้าที่สามารถอ่านผลการตรวจได้ถูกต้อง แม่นยำ  |
| ทบทวนการปฏิบัติงาน | สำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการเพื่อปรับปรุงการให้บริการ | อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทุกคน | ผู้รับบริการภายในและภายนอกองค์กร | -ผู้รับบริการพึงพอใจ | อัตราข้อร้องเรียนน้อยลง |
| ทบทวนความคืบหน้าและโอกาสพัฒนางานคุณภาพ | ประชุม | เดือนละ 1-2 ครั้ง | เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทุกคน | ตามแผนงานและแบบประเมิน 100 ข้อ LA , HA งานที่ได้รับมอบหมายและงานที่เกี่ยวข้อง | -มีการวางแผนการดำเนินงานโดยทุกคนมีส่วนร่วม-ทราบความก้าวหน้าของงาน | -ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน HA ,LA |