

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ – นามสกุล นางสาวสุณีชญา จาดศรี
อายุ 32 ปี การศึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาธิวิทยาคลินิก)
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน งานบริการโลหิต
- ๑.๒ ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ จัดหาและจัดเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ตรวจทางห้องปฏิบัติการธนาคารเลือด
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565 และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
MTC-LA-01 Online รุ่นที่ 2
สาขา เทคนิคการแพทย์
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ งบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
จำนวนเงิน 1,5๐๐ บาท
ระหว่างวันที่ 7-8 พฤษภาคม 2565 สถานที่ ผ่านระบบออนไลน์
คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรเข้าร่วมการอบรมมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565
และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

- ๒.๑ วัตถุประสงค์
- ๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้ในเรื่องมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565
- ๒.๑.๒ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ และเทคนิคการแก้ไขปัญหาตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565 จากอาจารย์ผู้บรรยายและผู้เข้าร่วมประชุมจากโรงพยาบาลต่างๆ
- 2.1.3 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้มาปรับใช้เพื่อพัฒนางานบริการทางเทคนิคการแพทย์ให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

2.2 เนื้อหา

มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์มีขึ้นเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี 2542 โดยใช้มาตรฐาน ISO/IEC Guide 25 เป็นพื้นฐานหลัก ต่อมาได้มีการนำสาระสำคัญจาก ISO/FDIS 15189 และมาตรฐานอื่นๆมาปรับปรุงให้ครบถ้วน ครอบคลุมอยู่เรื่อยๆ จนเป็นมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565 ในปัจจุบัน ซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. องค์กรและการบริหาร

๑.๑ ลักษณะองค์กร

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นห้องปฏิบัติการหรือส่วนขององค์กรที่ถูกต้องตามกฎหมาย มีการจัดทำหรือแสดงผังโครงสร้างองค์กร การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน และแสดงความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับองค์กรหลักและองค์กรอื่น อาจให้บริการภายในสถานที่ตั้งถาวรหรือหน่วยเคลื่อนที่ก็ได้ ความเป็นกลางและแสดงความมุ่งมั่นในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการตามข้อกำหนดของมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

๑.๒ การบริหารจัดการห้องปฏิบัติการ

ในการบริหารจัดการจะต้องมีการกำหนดหัวหน้าห้องปฏิบัติการ และผู้รับผิดชอบหน้าที่ต่างๆ เช่น ผู้จัดการคุณภาพ เป็นต้น และต้องมีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

๑.๓ ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

ต้องมีการกำหนดระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยสอดคล้องกับข้อกำหนดของมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร ต้องมีคู่มือควบคุมคุณภาพที่มีเนื้อหาครอบคลุมครบถ้วน และมีการกำหนดแผนคุณภาพตามกระบวนการหลักของห้องปฏิบัติการ

2. บุคลากร

๒.๑ การกำหนดความเพียงพอของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ

ห้องปฏิบัติการต้องกำหนดความเพียงพอของบุคลากร โดยวิเคราะห์จากภาระงานและนำข้อมูลที่ได้มาบริหารจัดการและจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอและเป็นไปตามข้อกำหนด เพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ

๒.๒ หัวหน้าห้องปฏิบัติการ

ต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ มีความรู้วิชาการและวิชาชีพด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และมีประสบการณ์การทำงานในห้องปฏิบัติการมากเพียงพอ

๒.๓ การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร

ต้องมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร จัดทำคำบรรยายลักษณะงานสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพงาน กำหนดคุณสมบัติบุคลากร มอบหมายงานและกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากร

๒.๔ การเตรียมความพร้อมให้บุคลากรใหม่

เมื่อมีบุคลากรเข้าใหม่ต้องมีการเตรียมความพร้อมให้บุคลากรใหม่ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน หัวข้ออบรมต้องครอบคลุมกระบวนการทำงานในระบบคุณภาพ พื้นที่ ความปลอดภัย จัดทำบันทึกและประเมินผล

๒.๕ การประเมินบุคลากร

มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นแนวทางในการฝึกอบรมเพิ่มเติม และแผนพัฒนารายบุคคล

๒.๖ การพัฒนาบุคลากร

กำหนดแผนการศึกษาต่อและการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

๒.๗ สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร

มีนโยบายส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัยตามมาตรฐานความปลอดภัย ให้บุคลากร เข้า

ร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่องค์กรกำหนด ติดตามประเมินผลด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร อย่างสม่ำเสมอ เมื่อบุคลากรเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานต้องมีการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม

๒.๘ บันทึกระบาดอุบัติเหตุ

มีการจัดทำบันทึกประวัติบุคลากรทุกคน

3. เครื่องมือห้องปฏิบัติการ

๓.๑ เครื่องมือ

เครื่องมือในห้องปฏิบัติการต้องมีความพร้อมใช้งาน มีการสอบเทียบตามแผนพร้อมบันทึกและผลการสอบเทียบ มีการบำรุงรักษาพร้อมบันทึกในการบำรุงรักษา มีการเก็บรักษาที่ปลอดภัย มีคู่มือการใช้งานซึ่งต้องเป็นปัจจุบันและนำเข้าควบคุมในระบบเอกสารคุณภาพของห้องปฏิบัติการ มีระบบป้องกันการปรับแก้ และมีทะเบียนประวัติ

๓.๒ น้ำยาและวัสดุ

ห้องปฏิบัติการต้องมีวิธีการตรวจรับ จัดเก็บ และควบคุมวัสดุคงคลัง โดยระบุจุดตรวจรับ พื้นที่จัดเก็บ สภาวะจัดเก็บ เพื่อรักษาคุณสมบัติให้เป็นไปตามที่ผู้ผลิตกำหนด และเพื่อให้มีทรัพยากรเพียงพอและพร้อมต่อการใช้งาน

๓.๓ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

ห้องปฏิบัติการต้องมีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

4. การจัดซื้อและใช้บริการภายนอก

4.๑ การจัดซื้อและใช้บริการภายนอก

ห้องปฏิบัติการต้องมีการกำหนดระเบียบ วิธีปฏิบัติ เกี่ยวกับการจัดซื้อและใช้บริการภายนอก กำหนดหลักเกณฑ์พิจารณาด้านคุณภาพและคุณลักษณะเชิงเทคนิคของเครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุ บริการภายนอก และเกณฑ์การให้บริการของผู้ขายหรือผู้ให้บริการภายนอก และต้องมีการตรวจสอบ ตรวจสอบเครื่องมือหรือบริการว่ามีคุณภาพตามที่กำหนด และต้องมีการประเมินผู้ขายหรือผู้ให้บริการภายนอกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.๒ การส่งตรวจต่อห้องปฏิบัติการอื่น

ห้องปฏิบัติการรับส่งต่อต้องมีสถานะถูกต้องตามกฎหมาย และได้รับการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ มีระเบียบวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งตรวจต่อ กำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกห้องปฏิบัติการรับส่งต่อ ทำการประเมินผลเป็นระยะ

5. การควบคุมกระบวนการ

๕.๑ สถานที่ สภาวะแวดล้อม และ ความปลอดภัย

ห้องปฏิบัติการต้องมีการควบคุมสถานที่ สภาวะแวดล้อม และความปลอดภัย ของผู้เกี่ยวข้อง

๕.๒ การประกันคุณภาพการวิเคราะห์

ห้องปฏิบัติการต้องมีระบบประกันคุณภาพการวิเคราะห์เพื่อให้ผลตรวจวิเคราะห์มีความถูกต้อง

๕.๓ ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์

มีระเบียบวิธีปฏิบัติ ระเบียบวิธีการในขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ให้เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด

๕.๔ ขั้นตอนการวิเคราะห์

ใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์ที่เป็นไปตามมาตรฐานเป็นที่ยอมรับมีเอกสารทางวิชาการอ้างอิงในระดับสากล หรือระดับประเทศ

๕.๕ ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์

มีระบบตรวจสอบผลการวิเคราะห์ และ/หรือการรับรองรายงานผลการวิเคราะห์ กำหนดผู้มีอำนาจในการตรวจสอบและ/หรือรับรองผลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

๕.๖ การรายงานผล

มีวิธีการรายงานผลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน รวดเร็ว

6. เอกสารคุณภาพ บันทึก และการควบคุมข้อมูล

๖.๑ เอกสารคุณภาพและการควบคุม

เอกสารคุณภาพต่างๆต้องมีการกำหนดชนิด ลำดับชั้น ระยะเวลาจัดเก็บ และวิธีการทำลายเป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดเอกลักษณ์ของเอกสารคุณภาพ การทบทวนตรวจสอบเป็นระยะ มีการกำหนดวิธีแก้ไขเอกสาร เอกสารที่ยกเลิกแล้วต้องทำลายหรือทำเครื่องหมายให้ชัดเจนและแยกออกจากพื้นที่ปฏิบัติงาน หากเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ต้องกำหนดวิธีการแก้ไขและการควบคุม

๖.๒ บันทึกคุณภาพและวิชาการ

ข้อมูลในบันทึกคุณภาพและวิชาการต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน สืบค้นง่าย และเก็บรักษาอย่างปลอดภัย มีการกำหนดผู้ที่สามารถเข้าถึง มีการกำหนดระยะเวลาเก็บรักษาและวิธีการทำลาย

๖.๓ การควบคุมข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์หรือระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ

กำหนดระเบียบปฏิบัติในการควบคุมข้อมูลในระบบสารสนเทศ โดยคำนึงถึงความลับและความปลอดภัยของข้อมูลในระบบสารสนเทศ และสิทธิผู้ป่วย

7. การควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดและการบริหารความเสี่ยง

๗.๑ การค้นหาสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดและความเสี่ยง

ห้องปฏิบัติการต้องกำหนดระเบียบปฏิบัติ เพื่อค้นหาสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดและความเสี่ยงของหน่วยงาน กำหนดวิธีระบุความเสี่ยง กำหนดวิธีและผู้รับผิดชอบในการควบคุม ป้องกัน และจัดการปัญหา

๗.๒ ปฏิบัติการแก้ไข

เมื่อพบสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดหรือปัญหาให้ดำเนินการแก้ไขโดยทันที อาจต้องยุติกิจกรรม ยับยั้งการรายงานผล หรือเรียกรายงานผลกลับคืนตามความเหมาะสม บันทึกรายละเอียดและวิธีแก้ไข ติดตามประเมินผลการแก้ไขเพื่อป้องกันการอุบัติซ้ำ

๗.๓ ปฏิบัติการป้องกัน

กำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงสำคัญตามระดับความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้ โดยจัดทำแผน

ปฏิบัติการป้องกัน กำหนดกิจกรรมป้องกัน วิธีติดตามผล ผู้รับผิดชอบ และดำเนินการตามแผนปฏิบัติการป้องกันที่กำหนด

8. การตรวจติดตามภายใน

๘.๑ วางแผนการตรวจติดตามภายใน

ผู้จัดการคุณภาพหรือผู้ได้รับมอบหมายต้องกำหนดแผนการตรวจติดตามภายในระบบคุณภาพและระบบความปลอดภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การตรวจติดตามต้องดำเนินการโดยนักเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านการอบรม และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับพื้นที่ที่ตรวจติดตาม

๘.๒ การตรวจติดตาม

การตรวจติดตามต้องกำหนดสาระสำคัญของการตรวจติดตามให้ครอบคลุม ทั้งระบบบริหารจัดการ เทคนิควิชาการ และระบบความปลอดภัย เมื่อผู้ตรวจติดตามพบสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด จะจัดทำบันทึกและแจ้งห้องปฏิบัติการเพื่อให้ทำการแก้ไข เมื่อแก้ไขแล้วจะต้องส่งหลักฐาน ให้ตรวจสอบ และเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจติดตามห้องปฏิบัติการจะต้องสรุปผลจากการตรวจติดตามและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง

๘.๓ สรุปผลการตรวจติดตาม

สรุปผลการตรวจติดตามภายในและการแก้ไขปรับปรุงเสนอต่อผู้บริหารห้องปฏิบัติการ หรือผู้บริหารองค์กรเพื่อเป็นข้อมูลในการทบทวนระบบบริหารคุณภาพ

9. กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๙.๑ การทบทวนระบบบริหารคุณภาพ

ห้องปฏิบัติการต้องกำหนดแผนการทบทวนระบบบริหารคุณภาพและดำเนินการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยต้องมีการกำหนดข้อมูลให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ นโยบาย พันธกิจ แผน กลยุทธ์ วัตถุประสงค์ ทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ นวัตกรรม การจัดซื้อต่างๆ สถานที่และความปลอดภัย ผลกระทบต่อผู้รับบริการ และนำผลการทบทวนที่ได้มาสรุป สื่อสาร นำเสนอต่อผู้บริหาร และประเด็นพัฒนาโอกาส เพื่อไปพัฒนาการให้บริการ

๙.๒ โอกาสพัฒนาและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

กำหนดประเด็นโอกาสพัฒนาโดยพิจารณาจากข้อมูลด้านต่างๆ นำประเด็นโอกาสพัฒนาที่พบมาวางแผนเพื่อกำหนดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและดำเนินการพัฒนาตามแผน มีการติดตามและประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

10. การทบทวนการให้บริการและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

๑๐.๑ การทบทวนข้อตกลงการให้บริการ

ห้องปฏิบัติการต้องมีการกำหนดรายละเอียดข้อตกลงเป็นเอกสารรับทราบร่วมกันระหว่างห้องปฏิบัติการและผู้รับบริการ และต้องมีการทบทวนข้อตกลงการให้บริการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สิ่งที่ต้องทบทวน เช่น รายละเอียดการให้บริการ วิธีวิเคราะห์ ค่าอ้างอิง ศักยภาพและทรัพยากรของห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ในการทบทวนอาจพิจารณาจากผลการประชุมระหว่างห้องปฏิบัติการกับผู้รับบริการ และเมื่อทบทวนแล้วต้องจัดทำบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อสื่อสารผลการทบทวนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

๑๐.๒ ที่ปรึกษาและการให้บริการคำปรึกษา

ห้องปฏิบัติการต้องมีที่ปรึกษาหรือเครือข่ายที่ปรึกษา เพื่อการปรับปรุงกระบวนการงานอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการกำหนดนักเทคนิคการแพทย์ในห้องปฏิบัติการเพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการด้วยช่องทางที่เหมาะสม และต้องมีการบันทึกการขอหรือให้คำปรึกษาเป็นหลักฐานด้วย

๑๐.๓ การจัดการกับข้อร้องเรียน

กำหนดหลักเกณฑ์และระเบียบปฏิบัติในการรับเรื่องร้องเรียน การประเมิน และวิธีจัดการกับข้อร้องเรียนของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง จัดเก็บบันทึกข้อร้องเรียน ผลการตรวจสอบ การแก้ไข เพื่อนำไปวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการทบทวนและพัฒนาคุณภาพต่อไป

๑๐.๔ การค้นหาความต้องการของผู้รับบริการ

ต้องมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ครอบคลุมผู้รับบริการภายนอกและผู้รับบริการภายใน คำถามครอบคลุมทุกประเด็นการให้บริการ และมีจำนวนเพียงพอในการเป็นตัวแทนกลุ่มผู้รับบริการ

๑๐.๕ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

นำข้อมูลที่ได้จากการค้นหาความต้องการของผู้รับบริการมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดกิจกรรมหรือวิธีการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- ๑ ได้รับความรู้ในเรื่องมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565
- 2 ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- ๑ สามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้เพื่อพัฒนางานบริการทางเทคนิคการแพทย์ให้

สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

ระหว่างการประชุมมีปัญหาคารขาดหายของสัญญาณเป็นระยะ และผู้เข้าร่วมประชุมไม่ค่อยได้มีการปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์ผู้บรรยายและผู้เข้าร่วมประชุมคนอื่น ๆ มากนัก

๓.๒ การพัฒนา

ควรจัดการประชุมแบบมีการพบปะกันเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมากกว่านี้

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

เป็นหลักสูตรที่ดีมาก เนื่องจากในการทำงานทางห้องปฏิบัติการจำเป็นต้องใช้ความรู้เรื่อง
มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565 เป็นแนวทางเพื่อปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและเพื่อพัฒนางานบริการทาง
เทคนิคการแพทย์ให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุณิษา จาดศรี)