



แบบฟอร์มการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ของหน่วยงาน งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง HA Move on

วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้..... 28 กันยายน 2564....

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. คุณพัทธนันท์	คงชุม	KM manager
2. คุณสุภาพร	พาณิชสมบัติกิจ	คุณอำนวย
3. คุณวันวิสาข์	เทพวิญญากิจ	คุณลิขิต
4. คุณชนิษฐา	ชั้นซี	คุณกิจ
5. คุณบุษกร	อัลเลน	คุณกิจ
6. คุณชนิตรา	อินทร์ศิริ	คุณกิจ
7. คุณศิริรัตน์	สุวรรณฉิม	คุณกิจ
8. คุณณปภัช	ศรีภมร	คุณกิจ
9. คุณจิรวรรณ	ลิมทอง	คุณกิจ
10. คุณยุวลักษณ์	ลิ้มภา	คุณกิจ

1. หลักการและเหตุผล

เนื่องด้วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเน้นการทำงานเป็นทีม และเนื่องจากมีสมาชิกมาร่วมพัฒนาองค์กรเพิ่มขึ้น 1 อัตรา จึงต้องมีการแนะนำเพื่อเรียนรู้งานร่วมกัน โดยทางหน่วยงานได้จัดกิจกรรม Huddle งานร่วมกัน โดยให้แต่ละท่านแนะนำตนเอง งานที่รับผิดชอบ งานที่กำลังดำเนินการ รวมถึงแผนงานในอนาคต เพื่อให้ทุกคนรับทราบและรับรู้ภาระหน้าที่ซึ่งกันและกัน รวมทั้งช่วยเหลือประสานทีม สนับสนุนข้อมูลให้กัน

2. วัตถุประสงค์ของการ Share & Learn

2.1 เพื่อให้บุคลากรของหน่วยงานทุกคนได้เรียนรู้งานร่วมกัน ทราบว่าแต่ละงานย่อยทำอะไร มีแผนกิจกรรมอะไร อย่างไร เมื่อไหร่

2.2 เพื่อให้บุคลากรทุกคนของหน่วยงานได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้แผนงานร่วมกัน มีการวางแผนการทำงานแบบบูรณาการงานซึ่งกันและกัน มองเป้าหมายเดียวกัน

3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัดของการ Share & Learn

- 3.1 บุคลากรในหน่วยงานได้เล่าลักษณะงาน ความสำคัญของแต่ละงาน แผนกิจกรรมที่ตั้งเป้าไว้ 100%
- 3.2 บุคลากรในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 100%

4. วิธีการ/รูปแบบการจัดการความรู้ *** (กรณีระบุ) ***

- ☐ Success Story Telling (SST) (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.1)
- ☐ The World Cafe (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.2)
- ☐ อื่นๆ กรณีระบุ (ของงานพัฒนาคุณภาพ รพ.)
- ☒ Morning Huddle คือ พูดคุยกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้หรือประสบการณ์ต่างๆ ระหว่างกัน

5. กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

กิจกรรม Huddle “HA Move On” แบ่งเป็น 3 งานหลัก ดังนี้ งานบริหารคุณภาพ งานบริหารความเสี่ยง และงานระบบเอกสารคุณภาพ งานจัดเก็บ รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ข้อมูล

5.1 งานบริหารระบบคุณภาพ ในส่วนที่รับผิดชอบ (สุภาพร พาณิชนสมบัติกิจ)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
งานประสานงานรวบรวม รายงานการประเมินตนเอง		
SAR ระดับโรงพยาบาล	- ดำเนินการติดตาม (บันทึก) หน่วยงานที่รับผิดชอบ part I + II ปีงบประมาณละ 2 ครั้ง - กรณี part ที่ต้องมีการประชุมทบทวนร่วมกัน จะเป็นผู้รับผิดชอบประสาน ทีมบริหาร หน่วยงานร่วมทบทวน - ข้อมูลไม่ครบถ้วนจะมีการ Feedback กลับไปยังหน่วยงาน - ไฟล์ที่ส่ง และ Update จะมีการวางไว้ที่ SERVER กลางของหน่วยงาน แบ่งเป็น Version ช่วงเวลาของข้อมูล - ข้อมูล ที่นำมาใช้ใน SAR (Unit profile + CQI หน่วยงาน)	- ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (อ้างอิง UP หน่วยงาน) - โอกาสพัฒนา: 1. จัดทำแผนติดตามและสื่อสารให้หน่วยงานทราบ กระบวนการและระยะเวลาการส่ง SAR (ดำเนินการแล้ว) 2. กำหนดเป็น KPI ให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น (เป็นแต่มีบวก ยังไม่ชัดเจน) 3. จัดอบรมให้ความรู้ในการสรุปรายงานการประเมินตนเอง เชื่อมโยงมาตรฐานที่รับผิดชอบ (ยังไม่มี) 5. จัดกระบวนการสรุปผลการดำเนินงาน SAR พร้อมกำหนดในแผน (ยังไม่ได้จัดทำเป็นแผนงาน กิจกรรมเชิงรับ) 4. จัดทำระบบการติดตาม และเสนอผู้บริหารทุก 6 เดือน (ยังไม่มีเป็นแผน ดำเนินการตามวาระ) 5. วางข้อมูล SAR ในระบบ SERVER โรงพยาบาล พร้อมสื่อสารหน่วยงานที่รับผิดชอบ (ดำเนินการแล้ว) * จัดทำเล่มแจกผู้เกี่ยวข้อง (QR code)
Unit profile ระดับหน่วยงาน	- ดำเนินการติดตาม (บันทึก) ปีงบประมาณละ 2 ครั้ง - ข้อมูลไม่ครบถ้วนจะมีการ Feedback กลับไปยังหน่วยงาน	- Focus ร่วมกับ KPI เพื่อวางแผนระดับ KPI ใน UP หน่วยงาน เพื่อให้งานสอดคล้องกัน (เนื่องจากผลลัพธ์ KPI บางตัวจะอยู่ในเล่ม Unit profile)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
	- ไฟล์ที่ส่ง และ Update จะมีการวางไว้ที่ SERVER กลางของหน่วยงาน แบ่งเป็น Version ช่วงเวลาของข้อมูล	
CLT profile	- ดำเนินการติดตาม (บันทึก) ปีงบประมาณ ละ 2 ครั้ง - ไฟล์ที่ส่ง และ Update จะมีการวางไว้ที่ SERVER กลางของหน่วยงาน แบ่งเป็น Version ช่วงเวลาของข้อมูล	- ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (อ้างอิง UP หน่วยงาน)
CQI ประธานวางแผน ให้ความรู้ ติดตาม CQIภายใน	- ดำเนินการตาม WP การส่งเสริม สนับสนุน กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง QMS-020-2-002-01 - ไฟล์ จะมีการวางไว้ที่ SERVER กลางของหน่วยงาน แบ่งเป็น Version ช่วงเวลาของข้อมูล * ปีงบประมาณ 2564-2565 กิจกรรมนำเสนอ มหกรรมคุณภาพ บนเวที ปีงบประมาณ 2564 (ปรับรูปแบบ เป็นไฟล์นำเสนอผลงาน) และ สื่อสารแลกเปลี่ยน ของทีมบน web HA (เนื่องจากสถานการณ์โควิดที่มีความรุนแรง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 และประกาศงด กิจกรรมของมศว)	- นำเสนอผลงานมหกรรมคุณภาพรูปแบบออนไลน์ (โดยขอให้ทีม IS พร้อมและศึกษาเรียนรู้กิจกรรมก่อน) หลัง COVID-19 คาดว่าจะดำเนินการในปี งบประมาณ 2566 - ทบทวน WP ร่วมกับกรรมการ IS - ประธานจัดทำแผนให้ความรู้เครื่องมือคุณภาพ เป็นหลักสูตรอบรมหัวหน้างาน /ผู้เกี่ยวข้องร่วมในงาน HR (เพิ่ม)
สนับสนุน ประธานการส่งผลงาน CQI ภายนอก	- ประธานตามแผนการส่งผลงานของหน่วยงาน ภายนอก (HA National Forum, สมาคม ส่งเสริมคุณภาพ) - ประธานเรื่องรูปแบบ ข้อมูลผลงาน การเข้าร่วมอื่น ๆ	
IS	- ดำเนินการตาม WP การเยี่ยมสำรวจภายใน หน่วยงาน QMS-020-2-001-00 - ประธานจัดทีมเยี่ยมสำรวจ วันเยี่ยม จำนวน 8 ทีม (2563) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559- 2563 - ปีงบประมาณ 2564 ยกเลิกกิจกรรมเนื่องจาก สถานการณ์โควิดรุนแรงมาก และทีม IS ภาระ งานด้านโควิด	- เยี่ยมรูปแบบออนไลน์ - ทบทวน WP ร่วมกับกรรมการ IS
โครงการ		
โครงการที่รับผิดชอบ โครงการเยี่ยมสำรวจภายนอก (SS + ES)	- อยู่ระหว่างเตรียมข้อมูลเขียนโครงการ + ขออนุมัติ - ดำเนินการบันทึกข้อมูล รองรับการเยี่ยมสำรวจ ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการกระบวนการ รับรองสำหรับสถานพยาบาลของสธพ. ตั้งแต่ เดือนมิ.ย. 64	- ร่วมประสานในการจัดทำ คลิป VDO เตรียมกับการเยี่ยม Re acc เพื่อเรียนรู้การประสานงาน และการจัดทำร่วมกับหน่วยงานสโตนัทศนุปรกรณ์ - เรียนรู้การบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติ พร้อมแจ้ง สธพ. เป็นข้อมูลในการปรับปรุง เนื่องจากเป็นการ

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
		เริ่มบันทึกผ่านโปรแกรมในปีงบประมาณ 2564 เป็นครั้งแรกเริ่มตั้งแต่เดือนมิ.ย. 2564
ภาพรวมโครงการงาน HA	- จัดทำแผน ประเมินผลโครงการ ของงาน HA รวม เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาในปีถัดไป และประสาน กับหน่วยงานนโยบายและแผนในการขออนุมัติ และประเมินผลตัวชี้วัดโครงการ - ข้อมูลโครงการวางใน SERVER กลาง	- อยู่ระหว่างดำเนินการรวบรวมตั้งแต่ปี 2564 แต่ เนื่องจากโควิด ทำให้การจัดโครงการ ดำเนินการ 5/12 โครงการ
งานสนับสนุนข้อมูล		
เรื่องแจ้งการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการดำเนินงาน + คณะกรรมการประจำคณะ	- ตรวจสอบพิสูจน์ อักษร กรณีติดข้อมูล ตามงาน ที่เกี่ยวข้อง พร้อมส่งต่อให้เลขานุการคณะกรรมการ - จัดทำรูปแบบเอกสารถ้าต้องใช้	
ข้อมูล แบบฟอร์มที่จะสื่อสาร หน่วยงาน	- วางบนเว็บไซต์ (เฉพาะแบบฟอร์ม กับมาตรฐาน HA) - ข้อมูลหน่วยงาน การรับเยี่ยมวางใน SERVER กลาง	
เอกสารคุณภาพฝ่ายการพยาบาล	- ปรับ WI จากณภักซ์ คนเดียว เป็นร่วมกัน 3 คน	อยู่ระหว่างพัฒนา แผนนัดประชุมฝ่ายการพยาบาล ไม่สามารถดำเนินการได้ ติดโควิด

5.1 งานบริหารคุณภาพ ในส่วนที่รับผิดชอบ (ศิริรัตน์ สุวรรณนิม)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ / อยู่ระหว่างดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ปฏิบัติงานช่วยสนับสนุน งานด้านบริหารระบบ คุณภาพ IS, CQI, UP, โครงการ SS, โครงการ Re-act, โครงการทหกรรม คุณภาพ, ช่วยนำไฟล์ Scan เอกสารคุณภาพฝ่ายการ พยาบาล ใส่ระบบ Server ของฝ่ายการพยาบาล งานธุรการต่าง ๆ ที่ได้รับ มอบหมาย	- ร่างบันทึก แจ้งหน่วยงานส่งผลงานคุณภาพ ประจำปี 2564 (CQI) แก่ไข - ร่างบันทึก โครงการ Re-act ครั้งที่ 3 - สรุปข้อมูล CQI 2564 ไฟล์ Excel เก็บรวบรวม ไฟล์ (จัดทะเบียน CQI , รายงานความก้าวหน้า , CQI ฉบับสมบูรณ์) เป็นไฟล์เตอร์หน่วยงาน - ร่าง WI การบริหารโครงการ และส่งให้คุณสุภาพร ตรวจสอบเพิ่มเติม	- เตรียมประสานงานคุณวิรัชรอง (นุ้ย) งาน IT นำข้อมูล CQI ปี 2564 (โปสเตอร์ , คลิปวิดีโอ นำเสนอ CQI , ไฟล์ฉบับสมบูรณ์) ใส่ Web HA - สรุปรวบรวมข้อมูลงบประมาณจัดเลี้ยงประชุม ของหน่วยงาน HA เริ่มปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป (เดือนตุลาคม 2564-เดือนกันยายน 2565) เพื่อเป็นฐานข้อมูลต่อไป - รวบรวมข้อมูลสรุปโครงการฯ ของหน่วยงาน HA เพื่อรวบรวมข้อมูลวางในระบบ Server หน่วยงาน HA

5.1 งานบริหารคุณภาพ ในส่วนที่รับผิดชอบ (ณภักซ์ ศรีกรม)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ / อยู่ระหว่างดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
งานรับ-ส่งเอกสาร	- เปิดเอกสารรับ ผ่านระบบ E-doc และตู้เอกสาร	- เปิด e-doc วันละ 2 รอบ เข้า – บ่าย และสรุป ประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนทราบ โดยไนต์ไลน์กลุ่ม และแจ้งด้วยวาจาภายในแผนก
งานวัสดุสำนักงาน	- นับยอดวัสดุสำนักงานที่คงเหลือ และนำไปตัด สต็อกผ่านระบบ EMR	- ปรับฟอร์ม การใช้หมึกสี หน้าตู้พัสดุให้ดูง่ายขึ้น และลงบันทึกง่ายขึ้น
เอกสารคุณภาพฝ่ายการ พยาบาล	- แก้ไขเอกสารคุณภาพที่หมดอายุ - ขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพฝ่ายการพยาบาล	- แก้ไขเอกสารคุณภาพ วิธีปฏิบัติ ที่ขึ้นทะเบียนไว้ เมื่อปี 2561 มีทั้งหมด 57 เรื่อง แก้ไขแล้ว 43

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ / อยู่ระหว่างดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
	** เมื่อพิมพ์ แก๊ซ เสร็จ จะส่งมอบให้ คุณสุภาพร เป็นผู้ตรวจสอบเบื้องต้น ก่อนที่จะส่งให้คุณศศิณัฐชานันท์ เป็นผู้ตรวจสอบอีกครั้งต่อไป	เรื่อง ขณະนี้แก๊ซอยู่ 15 เรื่อง จะดำเนินการแก๊ซ และส่งให้คุณสุภาพร ตรวจสอบต่อไป - ขึ้นทะเบียนแบบฟอร์ม ปัจจุบันรวบรวมแบบฟอร์ม จาก Ward + OPD ทั้งหมด 45 หน่วยงาน มาคัด แยก และสรุปแบบฟอร์มได้ทั้งหมด 53 แบบฟอร์ม พร้อมทั้งสรุปแยก Ward และส่งให้ Ward เช็ค ข้อมูลอีกครั้ง ตามและสรุปเรียบร้อยแล้ว เหลือ 9 หน่วยงาน ยังไม่ส่ง
Web Site หน่วยงาน	- ดำเนินการ ลงปฏิทินหน่วยงาน ตามวันประชุมต่าง ๆ - ลงรูปภาพประชาสัมพันธ์ประชุมหรือกิจกรรมต่าง ๆ หน้า web หน่วยงาน - ลงภาพกิจกรรมต่าง ๆ ในคอลัมน์ กิจกรรมสาธารณะ	- เพิ่มคอลัมน์ วิดีโอความรู้ - แยกในคอลัมน์ กิจกรรม แยกภาพกิจกรรมเป็นรายปี

5.2 งานบริหารความเสี่ยง ในส่วนที่รับผิดชอบ (พัชรนันท์ คงชุม)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ระบบ risk register	แบ่งหน้าที่ในการ monitor ติดตาม - CLT มอบจิรวรรณ - ระบบงาน/กรรมการสำคัญ มอบวันวิสาข์ - ฝ่ายการพยาบาลฯ มอบสุกัญญา	ติดตามต่อเนื่อง เตรียมสำหรับรับการ re-acc ครั้งที่ 3 บูรณาการอุบัติการณ์ในระบบ HRMS เอกสารคุณภาพ และระบบ KPI การพัฒนาระบบ RM เชื่อมโยงระบบ ENV. 1. update ระบบการจัดการขยะ 2. นโยบาย/คู่มือการจัดการสารเคมี 3. คู่มือ/แผนบำรุงรักษา ระบบสาธารณูปโภค -ระบบเครื่องกำเนิดไฟฟ้า -ระบบ น้ำปะปา -ระบบแก๊สทางการแพทย์ 4. แผนรับอุทกภัย (ระยะสั้น, ระยะยาว)
ระบบ HRMS & NRLS	Admin หลัก คุณชนิษฐา Program Learning สรุปผลรายงานต่อคณะกรรมการฯ ต่างๆ	ดำเนินการต่อเนื่อง โดยต่อยอดเป็น 3P Safety (Patient Personnel People)
ระบบ HSCS	Admin หลัก คุณชนิษฐา ประชาสัมพันธ์การเข้าประเมิน HSCS ประจำปี สรุปผลรายงานต่อคณะกรรมการฯ ต่างๆ	สมัครเข้าร่วมโครงการฯ ต่อเนื่อง วางแผนดำเนินการโครงการ
ระบบ PEP	Admin ร่วมงานลูกค้าสัมพันธ์ คุณชนิษฐา คุณสุกัญญา สรุปรายงานผลตามรอบระยะเวลา เพื่อรายงาน กรรมการฯ สำคัญ	
ระบบข้อร้องเรียน	คุณสุกัญญา: รวบรวมและจัดเก็บข้อร้องเรียนเข้าระบบ คุณชนิษฐา: บริหารจัดการภาพรวม สรุปผลดำเนินการ	ประสานเชื่อมโยงทีมที่เกี่ยวข้อง Empowerment ทีมหน้างานในการใช้หลักเจรจา

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
	-จัดประชุมทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุป	ใกล้เคียงเบื้องต้น
การอบรม RM & พัฒนา Risk Coordinator	ปรับระบบพัฒนา Risk Coordinator ร่วมกับหัวหน้างาน ในการ monitor ติดตามและการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยจะจัดอบรมเป็น mini-group ในเดือน ตุลาคม 2564 โดยมีระบบนัดหมายผ่าน โปรแกรม calenda ที่ทีม DIM พัฒนาต่อยอดจากระบบจองวัคซีน ทีมรับผิดชอบบริหารจัดการ : คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรพรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	CQI ระบบ RM MSMC
9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นเพื่อความปลอดภัย & CoP SIMPLE	ทีมรับผิดชอบบริหารจัดการ : คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรพรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	พัฒนาเชื่อมโยงระบบเอกสารคุณภาพ จัด CoP เพื่อพัฒนาแนวทางฯ ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง และ ติดตามผ่านระบบ risk register ● focus gr. แนวทาง patient Identify : คณะกรรมการ เวชระเบียน ทีมฝ่ายการพยาบาล ห้อง LAB ● focus gr. Social media ทีม IT, ทีมสื่อสารองค์กร ● แนวทางการจัดการเคมีบำบัด รั่ว ซึม ตก แดก --> คณะกรรมการ ENV. ● เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ ● แนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ● focus gr. แนวทางการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ --> ฝ่ายการฯ OR วิสัญญี Surg. ortho จักษุ ● *แนวทางการจัดทรัพยากรผู้ป่วย COVID-19 ที่เสียชีวิต คุยกับพี่เอียด ออกแนวทางปฏิบัติสื่อสารให้ชัดเจน จากงาน ICC-->อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการ ICC + ฝ่ายการพยาบาล ● *แนวทางการปฏิบัติการประเมิน และเฝ้าระวังผู้ป่วยกรณี case MI ● *แนวทางการเตรียมความพร้อมของทีม และรถ Emergency ---> คณะกรรมการ CPR ● *แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง --> ARI clinic

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
Focus group กรณี อุบัติการณ์/ Sentinel Event	ทีมรับผิดชอบ: คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรวรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	FA ระหว่างทีมที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมผลสรุปของการ focus gr. ติดตามการดำเนินการ CLT: จีรวรรณ ระบบงาน : วันวิสาข์ ฝ่ายการฯ : สุกัญญา
Ethical Dilemma	คุณวันวิสาข์ (หลัก) คุณจิรวรรณ (สนับสนุน)	ดำเนินการต่อเนื่อง เชื่อมโยงองค์กรแพทย์ ขึ้นทะเบียนแนวทาง และ focus gr.ทีม
KM ในทีม RM + พัฒนา WEB และการสื่อสาร	คุณวันวิสาข์ + คุณจิรวรรณ เพิ่มการสื่อสารในช่องทางที่ Effective สร้างการ สื่อสารที่มีชีวิต มีการติดตามความก้าวหน้าของ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพของศูนย์การแพทย์	พัฒนา web page พัฒนา line official เชื่อมโยงทุกสายงานใน HA
SAR II-1.2 ระบบบริหาร ความเสี่ยง	เตรียมเอกสารสำหรับการรับรอง HA reaccreditation ครั้งที่ 3 พัทธนันท์ (หลัก) ชนิษฐา สุกัญญา จีรวรรณ วันวิสาข์ (สนับสนุน)	เตรียม PPT นำเสนอระบบ RM เตรียมระบบที่เกี่ยวข้อง FA ทีมที่เกี่ยวข้อง
ปย. ปอ.ความเสี่ยงระดับ องค์กร	พัทธนันท์ ชนิษฐา ประสานบูรณาการกับคณะแพทย์ฯ และทีมที่ เกี่ยวข้อง	ดำเนินการต่อเนื่อง โดยปีที่ผ่านมา ความเสี่ยง ระดับองค์กร คือ เสี่ยงต่อการโจมตีของ Ransomware โดยมีการดำเนินการร่วมกับ คณะกรรมการสารสนเทศฯ
เอกสารแจ้งคณะกรรมการฯ กรรมการอำนวยการฯ กรรมการประจำคณะฯ หัวหน้างาน	สรุปความก้าวหน้าในระบบ RM สรุปประเด็นแจ้ง สรุปประเด็นหารือ สรุปประเด็นความเห็นฯ สู่การวางระบบและ monitor ติดตาม	กำหนดประเด็นหลักๆ ในการรายงาน ได้แก่ 1.ความก้าวหน้า risk register 2.ผลการทบทวนอุบัติการณ์ และระบบที่ปรับเพื่อ ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ 3.สรุปผลการดำเนินการด้านข้อร้องเรียน การเจรจา ไกล่เกลี่ย 4.ผลลัพธ์การดำเนินการในระบบ RM

5.2 งานบริหารความเสี่ยง ในส่วนที่รับผิดชอบ (ชนิษฐา ชันชี)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
โครงการ 2P Safety	1. ต่ออายุสมาชิกโครงการ 2P Safety 2. ประสานงาน CoP SIMPLE	ดำเนินการต่อเนื่อง โดยต่อยอดเป็น 3P Safety (Patient Personnel People)
ระบบ HRMS & NRLS	1. Admin ระบบ 2. สรุปสถิติรายงาน ผู้บริหาร/คกก./หน่วยงาน/ เครือข่าย 3. ตรวจสอบ/แก้ไข ระดับความรุนแรงอุบัติการณ์ ในระบบ HRMS 4. ปิด Case อุตการณ์ในระบบ HRMS (สิทธิกรรมการบริหารความเสี่ยง)	สมัครเข้าร่วมโครงการฯ ต่อเนื่อง วางแผนดำเนินการโครงการ

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ระบบ HSCS	1. Admin ระบบ 2. Set ฐานข้อมูลในระบบ 3. ดำเนินการขั้นตอนการตอบแบบสำรวจฯ ของบุคลากร 4. ดึงข้อมูลสรุปรายงานผลการตอบแบบสำรวจฯ ให้แต่ละภาควิชา/หน่วยงาน/ระบบงาน เพื่อวิเคราะห์และวางแผนการพัฒนา 5. ประสานการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	
ระบบ PEP	1. Admin ระบบ ร่วมกับงานลูกค้าสัมพันธ์ 2. สรุปรายงานผลตามรอบระยะเวลา เพื่อ รายงานกรรมการ 3. ติดตามข้อร้องเรียน ในระบบ เชื่อมกับระบบ บริหารจัดการข้อร้องเรียน	
ระบบ risk register	Admin ระบบ	แบ่งหน้าที่ในการ monitor ติดตาม - CLT มอบจี้วรรณ - ระบบงาน/กรรมการสำคัญมอบวันวิสาข - ฝ่ายการพยาบาลฯ มอบสุกัญญา ติดตามต่อเนื่อง เตรียมรับ re-acc ครั้งที่ 3 บูรณาการอุบัติการณ์ในระบบ HRMS เอกสารคุณภาพ และระบบ KPI
ระบบข้อร้องเรียน	1. คัดกรองข้อร้องเรียนส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รายวัน) 2. สรุปสถิติและแนวทางการแก้ไขข้อร้องเรียน รายงานต่อคณะกรรมการ 3. งานเจรจาไกล่เกลี่ย (ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย ศกพ./ทะเบียน case ฟ้องร้อง) 4. ระบบจัดเก็บเอกสาร ชั้นความลับ case สู่ความเสี่ยงการฟ้องร้อง	ประสานเชื่อมโยงทีมที่เกี่ยวข้อง Empowerment ทีมหน้างานในการใช้หลักเจรจา ไกล่เกลี่ยเบื้องต้น
Focus group กรณีอุบัติการณ์/ Sentinel Event	1. ผู้ประสานงานการจัดประชุม	FA ระหว่างทีมที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมผลสรุปของการ focus group
การอบรม RM & พัฒนา Risk Coordinator	1. ผู้ประสานงานการจัดประชุม	CQI ระบบ RM MSMC
9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นเพื่อ ความปลอดภัย & CoP SIMPLE	1. ติดตามผลข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ	พัฒนาเชื่อมโยงระบบเอกสารคุณภาพจัด CoP เพื่อพัฒนาแนวทางฯ ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง และ ติดตามผ่านระบบ risk register
ข้อมูลตัวชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยง	1. สรุปรายงานตัวชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยง (รายเดือน)	รายงานตัวชี้วัดเข้าโปรแกรม สมปรารถนา (รายเดือน)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
	2.สนับสนุนตัวชี้วัด คกก.เครือข่าย (รายเดือน)	
รายงานควบคุมภายใน ปค.5	1.รายงาน แบบวิเคราะห์และระบุความเสี่ยง ปค.5 ประจำปี ประสานกับคณะแพทย์ฯ และทีมที่เกี่ยวข้อง - รายงานรอบ 6 เดือน - รายงานรอบ 12 เดือน	ดำเนินการต่อเนื่อง ในปี 2565 ความเสี่ยงระดับองค์กร คือ บุคลากรทางการแพทย์เสี่ยงการติดเชื้อ Corona Virus Disease 2019 (COVID-2019)
SAR II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง	1.สนับสนุนข้อมูลตัวชี้วัด SAR 2.เตรียมเอกสารสำหรับการรับรอง HA reaccrreditation ครั้งที่ 3	สนับสนุนข้อมูลนำเสนอ ระบบบริหารความเสี่ยง เตรียมแฟ้ม/ข้อมูล
เอกสารแจ้งคณะกรรมการฯ กรรมการอำนวยการฯ กรรมการประจำคณะฯ หัวหน้างาน	รายงานสถิติอุบัติการณ์/เรื่องแจ้ง/Case เจริญ ใกล้เคียง ภาควิชา/หน่วยงาน	สรุปข้อมูลรายงานต่อเนื่อง
งานผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการ	1.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ศูนย์การแพทย์ฯ 2.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 3.คณะกรรมการ ethical dilemma 4.คณะกรรมการเจรจาใกล้เคียงด้าน สาธารณสุขฯ 5.คณะกรรมการเจรจาใกล้เคียงฯ ระดับ ภาควิชาและผู้ตรวจพยาบาล	ปรับคำสั่งคณะกรรมการ ให้ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้อง

5.2 งานบริหารความเสี่ยง ในส่วนที่รับผิดชอบ (สภากัญญา บุญญะวาศ)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ระบบ risk register	monitor ติดตามฝ่ายการพยาบาลฯ	ติดตามต่อเนื่อง เตรียมรับ re-acc ครั้งที่ 3 บูรณาการอุบัติการณ์ในระบบ HRMS เอกสารคุณภาพ และระบบ KPI
ระบบข้อร้องเรียน	1. งานจัดเก็บ/รวบรวมข้อมูลข้อร้องเรียน 2. งานบันทึกข้อมูลข้อร้องเรียนลงโปรแกรม SPSS 3. สรุปรายงานข้อร้องเรียน 1 เดือน/1 ครั้ง 4. จัดส่งข้อมูลข้อร้องเรียน/คำชมเชย/ ข้อเสนอแนะให้หน่วยงาน/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ตอบผลการแก้ไข	ติดตามการแก้ไขข้อร้องเรียนของ ภาควิชา/ หน่วยงาน/ระบบงาน
Focus group กรณีอุบัติการณ์/ Sentinel Event	1. ผู้ประสานงานห้องประชุม	เก็บรวบรวมผลสรุปของการ focus group
การอบรม RM & พัฒนา Risk Coordinator	1. ผู้ประสานงานห้องประชุม	CQI ระบบ RM MSMC

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
งานเอกสารระบบบริหารความเสี่ยง	1. ทะเบียนรับ - ส่งข้อร้องเรียน “ชั้นความลับ” 2. หนังสือเชิญประชุม/กิจกรรม งานบริหารความเสี่ยง	เชื่อมโยงระบบเอกสารงานบริหารความเสี่ยง กับงานสารบัญ HA
ข้อมูลตัวชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยง	1.รายงานข้อมูล Data set ในระบบ HRMS 2.สรุปตัวชี้วัดระบบข้อร้องเรียน	
ระบบเอกสารคุณภาพ		ผู้ประสานงานร่วม ระบบเอกสารคุณภาพของ ฝ่ายการพยาบาล เชื่อมกับระบบบริหารความเสี่ยง

5.2 งานบริหารความเสี่ยง ในส่วนที่รับผิดชอบ (วันวิสาข์ เทพวิญญากิจ)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ระบบเอกสารคุณภาพของ ศูนย์การแพทย์ ฯ	- ให้คำแนะนำปรึกษา สอนการจัดทำเอกสารคุณภาพ สื่อสารสร้างความเข้าใจ สนับสนุน ช่วยเหลือ Focus group ในแต่ละกลุ่มงานและประสานงาน ภาควิชา/ หน่วยงาน ให้จัดทำและควบคุมเอกสาร คุณภาพตามระบบเอกสารคุณภาพของศูนย์ การแพทย์ฯ ตามแผน การจัดทำและควบคุมเอกสาร คุณภาพประจำปี รวมถึง กระตุ้น ติดตาม ช่วยเหลือ ให้มีการจัดทำเอกสารคุณภาพ (WP/ WI) จาก กิจกรรมการพัฒนาจากระบบ CQI, KM, RM และ ติดตามให้หน่วยงานมีการทบทวนแก้ไขเอกสาร คุณภาพในครอบครองให้สอดคล้องกับรูปแบบ มาตรฐานที่ได้กำหนด และเป็นปัจจุบันทันต่อการ ปรับเปลี่ยนนโยบาย และวิธีการปฏิบัติงานของภาควิชา/ หน่วยงาน สามารถอ้างอิงการปฏิบัติงานได้ - สรุปสถิติ จัดทำแผนพัฒนาระบบ วิเคราะห์ข้อมูล ภาพรวมของเอกสารคุณภาพ ระดับความสำเร็จของ การจัดทำ เพื่อการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นข้อมูลประกอบการประเมิน - พัฒนารูขี้นข้อมูลการจัดเก็บเอกสารคุณภาพของ ศูนย์การแพทย์ฯ ให้ง่ายแก่การเข้าถึง และอ้างอิง ต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมการ เยี่ยมสำรวจภายในให้กับทีมเยี่ยมสำรวจภายใน - สนับสนุนการจัดทำเอกสารคุณภาพตามการบริหาร ความเสี่ยงของหน่วยงาน การทบทวนความเสี่ยง/ อุบัติการณ์	ดำเนินการและประสานติดตามต่อเนื่อง สรุปสถิติ จัดทำแผนพัฒนาระบบ

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ระบบ risk register	ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการ monitor ติดตาม - ระบบงาน/คณะกรรมการสำคัญ	ติดตามต่อเนื่อง เตรียมรับ re-acc ครั้งที่ 3 บูรณาการอุบัติการณ์ในระบบ HRMS เอกสารคุณภาพ และระบบ KPI ENV. 1. update ระบบการจัดการขยะ 2. นโยบาย/คู่มือการจัดการสารเคมี 3. คู่มือ/แผนบำรุงรักษา ระบบสาธารณสุขโรค -ระบบแก้สทางการแพทย์ -ระบบ น้ำปะปา -ระบบแก้สทางการแพทย์ 4.แผนรับอุทกภัย (ระยะสั้น ระยะยาว)
การอบรม RM & พัฒนา Risk Coordinator	ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการสนับสนุนการจัดการ อบรมเป็น mini-group ในเดือน ตุลาคม 2564 โดยมีระบบนัดหมายผ่าน โปรแกรม calenda ที่ ทีม DIM พัฒนาต่อยอดจากระบบจองวัคซีน ทีมรับผิดชอบบริหารจัดการ : คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรวรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	CQI ระบบ RM MSMC
9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นเพื่อ ความปลอดภัย & CoP SIMPLE	ทีมรับผิดชอบบริหารจัดการ : คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรวรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	พัฒนาเชื่อมโยงระบบเอกสารคุณภาพ จัด CoP เพื่อพัฒนาแนวทางฯ ร่วมกับทีมที่ เกี่ยวข้อง และ ติดตามผ่านระบบ risk register ● focus gr. แนวทาง patient Identify : คณะกรรมการ เวชระเบียน ทีมฝ่ายการพยาบาล ห้อง LAB ● focus gr. Social media ทีม IT, ทีมสื่อสาร องค์กร ●แนวทางการจัดการเคมีบำบัด รั่ว ซึม ตก แตก --> คณะกรรมการ ENV. ●เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ ●แนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ●focus gr.แนวทางการผ่าตัด ผิดคนผิดข้าง ผิด หัตถการ -->ฝ่ายการฯ OR วิสัญญี Surg. ortho จักษุ ● *แนวทางการจัดทรัพยากรผู้ป่วย COVID-19 ที่เสียชีวิต คุยกับพี่เอียด ออกแนวทางปฏิบัติ สื่อสารให้ชัดเจน จากงาน ICC--> อยู่ระหว่าง

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
		การพิจารณาของคณะกรรมการ ICC + ฝ่ายการพยาบาล *แนวทางปฏิบัติการประเมิน และเฝ้าระวังผู้ป่วยกรณี case MI *แนวทางการเตรียมความพร้อมของทีม และรถ Emergency ---> คณะกรรมการ CPR *แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง --> ARI clinic
Focus group กรณีอุบัติการณ์/ Sentinel Event	ทีมรับผิดชอบ: คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรพรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	FA ระหว่างทีมที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมผลสรุปของการ focus gr. ติดตามการดำเนินการ CLT: จิรพรรณ ระบบงาน : วันวิสาข์ ฝ่ายการฯ : สุกัญญา
Ethical Dilemma	ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการบริหารจัดการประชุม ติดตามประสานงาน คุณวันวิสาข์ (หลัก) คุณจิรพรรณ (สนับสนุน)	ดำเนินการต่อเนื่อง เชื่อมโยงองค์กรแพทย์ ขึ้นทะเบียนแนวทาง และ focus gr.ทีม
KM ในทีม RM + พัฒนา WEB และการสื่อสาร	ได้รับมอบหมายหน้าที่จัดทำเพจ Facebook เพื่อเพิ่มการสื่อสารในช่องทางที่ Effective สร้างการสื่อสารที่มีชีวิต มีการติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของศูนย์การแพทย์ คุณวันวิสาข์ + คุณจิรพรรณ	พัฒนา web page พัฒนา line official เชื่อมโยงทุกสายงานใน HA
SAR II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง	เตรียมเอกสารสำหรับการรับรอง HA reaccreditation ครั้งที่ 3 พัทธนันท์ (หลัก) ชนิษฐา สุกัญญา จิรพรรณ วันวิสาข์ (สนับสนุน)	เตรียม PPT นำเสนอระบบ RM เตรียมระบบที่เกี่ยวข้อง FA ทีมที่เกี่ยวข้อง
งานด้านจัดการความรู้ของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพ รพ. (KM หน่วยงาน)	งานด้านจัดการความรู้ของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพ รพ. รวบรวมสินทรัพย์ทางความรู้ (Knowledge Assets) ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหน่วยงานพร้อมทั้งรวบรวมจัดทำบัญชีรายการสินทรัพย์ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานส่งงานทรัพยากรมนุษย์ตามกำหนดเวลา และจัดเก็บในระบบฐานข้อมูลหน่วยงาน ใน Server	ดำเนินการต่อเนื่อง ส่งต่องานทรัพยากรมนุษย์
งานมอบหมาย - ทำบันทึกข้อความขออนุมัติเบิกจ่ายค่าอาหารสำหรับบุคลากรกักตัวสถานการณ์ COVID-19 หอสาธิต - ทำบันทึกข้อความขออนุมัติ	- ประสานร้านป้าดำเต็ก มศว, งานพัสดุ, งานทรัพยากรมนุษย์, งานคลัง - ทำบันทึกข้อความขออนุมัติเบิกจ่ายค่าอาหารสำหรับบุคลากรกักตัวสถานการณ์ COVID-19 หอสาธิต - ทำบันทึกข้อความขออนุมัติเบิกจ่ายค่าอาหารสำหรับหอพักนิสิต 6	ส่งงานครบคั้ง สิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการที่ขออนุมัติ

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
เบิกจ่ายค่าอาหารสำหรับ หอพักนิสิต 6 - ทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ใบเสนอราคา	- ตรวจเช็คความถูกต้องเรียบร้อยของบิลเงินสด ใบส่งของ และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง - ทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ใบเสนอราคา	

5.2 งานบริหารความเสี่ยง ในส่วนที่รับผิดชอบ (จิรวรรณ ลิ่มทอง)

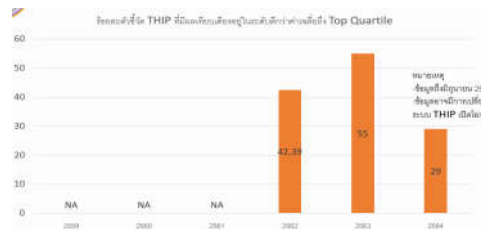
หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ระบบเอกสารคุณภาพของ ศูนย์การแพทย์ ฯ	- ให้คำแนะนำการจัดทำเอกสารคุณภาพ สนับสนุน ช่วยเหลือ Focus group ประสานงานภาควิชา และติดตาม ให้ภาควิชามีการทบทวนแก้ไขเอกสารคุณภาพให้ สอดคล้อง กับรูปแบบมาตรฐานที่ได้กำหนด และเป็น ปัจจุบันทันต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย และวิธีการ ปฏิบัติงานของภาควิชา/ สามารถอ้างอิงการปฏิบัติงานได้ รวมถึงกระตุ้น ติดตาม ช่วยเหลือให้มีการจัดทำเอกสาร คุณภาพ (WP/ WI) จากกิจกรรมการพัฒนาจากระบบ CQI, KM, RM - พัฒนารูขี้นข้อมูลการจัดเก็บเอกสารคุณภาพของ ศูนย์การแพทย์ฯ ให้ง่ายต่อการเข้าถึง และอ้างอิงต่อ การปฏิบัติงาน - สนับสนุนการจัดทำเอกสารคุณภาพตามการบริหาร ความเสี่ยงของหน่วยงาน การทบทวนความเสี่ยง/อุบัติการณ์	ดำเนินการและประสานติดตามต่อเนื่อง สรุป สถิติ จัดทำแผนพัฒนาระบบ
การฝึกอบรมด้านคุณภาพ หลักสูตร HA	- ลงทะเบียนหลักสูตรต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย - ดำเนินการทำเรื่องยืมเงิน โอนค่าสมัครให้ผู้เข้าอบรม และจัดการเคลียร์เงินหลังการอบรมกับงานคลัง - ประสานการอบรมระหว่างผู้ลงทะเบียนกับทีมผู้ ประสานงานของ สรพ.	ดำเนินการและประสานติดตามต่อเนื่อง สรุปสถิติ การอบรมในแต่ละปีงบประมาณ
การอบรม RM & พัฒนา Risk Coordinator	ปรับระบบพัฒนา Risk Coordinator ร่วมกับหัวหน้า งาน ในการ monitor ติดตามและการจัดการความ เสี่ยงในหน่วยงาน โดยจะจัดอบรมเป็น mini-group ในเดือน ตุลาคม 2564 โดยมีระบบนัดหมายผ่าน โปรแกรม calenda ที่ทีม DIM พัฒนาต่อยอดจาก ระบบจองวัคซีน ทีมรับผิดชอบบริหารจัดการ : คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรวรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	CQI ระบบ RM MSMC
ระบบ risk register	ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการ monitor ภาควิชา	ติดตามต่อเนื่อง เตรียมรับ re-acc ครั้งที่ 3 บูรณาการอุบัติการณ์ในระบบ HRMS

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนา ต่อเนื่อง
9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นเพื่อ ความปลอดภัย & CoP SIMPLE	ทีมรับผิดชอบบริหารจัดการ : คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรวรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	พัฒนาเชื่อมโยงระบบเอกสารคุณภาพ จัด CoP เพื่อพัฒนาแนวทางฯ ร่วมกับทีมที่ เกี่ยวข้อง และ ติดตามผ่านระบบ risk register - focus gr. แนวทาง patient Identify : คณะกรรมการ เวชระเบียน ทีมฝ่ายการพยาบาล ห้อง LAB - focus gr. Social media ทีม IT, ทีมสื่อสาร องค์กร - แนวทางการจัดการเคมีบำบัด รั่ว ซึม ตก แตก --> คณะกรรมการ ENV. - เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วย พิเศษ - แนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย - focus gr.แนวทางการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ - ฝ่ายการฯ OR วิสัญญี Surg. ortho จักษุ - แนวทางการจัดทรัพยากรผู้ป่วย COVID-19 ที่เสียชีวิต คุยกับพี่เอียด ออกแนวทางปฏิบัติ สื่อสารให้ชัดเจน จากงาน ICC-->อยู่ระหว่าง การพิจารณาของคณะกรรมการ ICC + ฝ่ายการ พยาบาล - แนวทางปฏิบัติการประเมิน และเฝ้าระวัง ผู้ป่วยกรณี case MI - แนวทางการเตรียมความพร้อมของทีม และรถ Emergency ---> คณะกรรมการ CPR - แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง --> ARI clinic
Focus group กรณี อุบัติการณ์/ Sentinel Event	ทีมรับผิดชอบ: คุณชนิษฐา (หลัก) คุณจิรวรรณ คุณวันวิสาข์ และคุณสุกัญญา (สนับสนุน)	- focus gr. Social media ทีม IT, ทีมสื่อสาร องค์กร - แนวทางการจัดการเคมีบำบัด รั่ว ซึม ตก แตก --> คณะกรรมการ ENV. - focus gr.แนวทางการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ - FA ระหว่างทีมที่เกี่ยวข้อง - เก็บรวบรวมผลสรุปของการ focus gr. - ติดตามการดำเนินการของภาควิชา
Ethical Dilemma	ขึ้นทะเบียนแนวทาง และ focus group ทีม	ดำเนินการต่อเนื่อง เชื่อมโยงองค์กรแพทย์

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนา ต่อเนื่อง
KM ในทีม RM + พัฒนา WEB และการสื่อสาร	เพิ่มการสื่อสารในช่องทางที่ Effective สร้างการ สื่อสารที่มีชีวิต มีการติดตามความก้าวหน้าของ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพของศูนย์การแพทย์	พัฒนา web page พัฒนา line official เชื่อมโยงทุกสายงานใน HA
SAR II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง	เตรียมเอกสารสำหรับการรับรอง HA reaccreditation ครั้งที่ 3	เตรียมระบบที่เกี่ยวข้อง FA ทีมที่เกี่ยวข้อง

5.3 งานจัดเก็บ รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนที่รับผิดชอบ (ภญ.ชนิดรา อินทร์ศิริ)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ / อยู่ระหว่างดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง
ระบบงานความเสี่ยง	- เป็น Risk Manager ของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล - ดูแลงานความเสี่ยงในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับระบบยา สนับสนุนงานความเสี่ยง โดยติดตามในเรื่องของ ผลลัพธ์การดำเนินการของแต่ละหน่วยงาน	
ระบบงานพัฒนาคุณภาพ	ระบบตัวชี้วัดของศูนย์การแพทย์ฯ - ประสานรวบรวม จัดเก็บตัวชี้วัดของศูนย์การแพทย์ สนับสนุนให้หน่วยงาน/ทีม/ระบบงานสำคัญ ในการนำผลลัพธ์การดำเนินการไปใช้ให้เกิดประโยชน์	แผนพัฒนา - สรุปจำนวนตัวชี้วัดและจัดทำ Focus Group กับ หน่วยงาน / ทีม/ระบบงานสำคัญ ในเรื่องต่อไปนี้ 1. การกำหนดระดับของตัวชี้วัด ซึ่งวางแผนไว้ให้ เป็น 4 ระดับคือ ● ระดับโรงพยาบาล ● ระดับทีม/ระบบงานสำคัญ ● ระดับหน่วยงาน ● ระดับบุคคล เพื่อตอบตามมาตรฐาน I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ในเรื่อง การเชื่อมโยงตัวชี้วัดที่ สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน 2. การจัดทำ Dictionary KPI เพื่อเป็นการทบทวน ตัวชี้วัด ในเรื่องของวัตถุประสงค์/เป้าหมาย ขั้นตอน วิธีการจัดเก็บและการแปลผลของแต่ละตัวชี้วัด 3. จัดทำระเบียบปฏิบัติเรื่องกระบวนการจัดทำ ติดตาม ประเมินผลและรายงานผลตัวชี้วัด -สนับสนุนเรื่องการรายงานผลลัพธ์การดำเนินการ (KPI) โดยเป็น Admin หลักในการดูแลโปรแกรม สมปรารถนา (IMS : Information Management System) ที่งาน DIM และคุณรัมภาพรรณได้ร่วม พัฒนาขึ้น -สนับสนุนหน่วยงาน/ทีม/ระบบงานสำคัญ นำผลลัพธ์ ตัวชี้วัดไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ในการ

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ / อยู่ระหว่างดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนาต่อเนื่อง														
		วิเคราะห์เพื่อติดตาม ผลการปฏิบัติงาน และวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาเพื่อตอบสนองตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ -ร่วมวิเคราะห์ผลลัพธ์/สถิติร่วมกับหน่วยงาน/ทีมนำ/ระบบงานสำคัญเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศว่ามีความถูกต้อง เชื่อถือได้														
	ตัวชี้วัด THIP/ExPNet - นำส่งผลลัพธ์ตัวชี้วัดเข้าระบบ THIP/ExPNet - วิเคราะห์และรายงานผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดไปยังหน่วยงาน/ทีมนำ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง - สรุปตัวชี้วัดในแต่ละปีงบประมาณเสนอหน่วยงาน/ทีมนำ/ระบบงานสำคัญ และผู้บริหารในการคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อการเปรียบเทียบ	ผลการดำเนินการ ร้อยละตัวชี้วัด THIP ที่มีผลเทียบเคียงอยู่ในระดับดีกว่าค่าเฉลี่ยถึง Top Quartile  <table><tr><th>ปีงบประมาณ</th><th>ร้อยละตัวชี้วัด THIP ที่มีผลเทียบเคียงอยู่ในระดับดีกว่าค่าเฉลี่ยถึง Top Quartile</th></tr><tr><td>2009</td><td>NA</td></tr><tr><td>2010</td><td>NA</td></tr><tr><td>2011</td><td>NA</td></tr><tr><td>2012</td><td>42.86</td></tr><tr><td>2013</td><td>55</td></tr><tr><td>2014</td><td>28</td></tr></table> * หมายเหตุ* ข้อมูลปี 2564 ข้อมูลถึงเดือนกรกฎาคม 2564 ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงจากการที่โปรแกรม THIP เปิดระบบให้แก้ไขข้อมูลเป็นกรณีพิเศษเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 แผนการพัฒนา - สรุปผลการนำส่งข้อมูล THIP/ExPNet จากหน่วยงาน/ ทีมนำ/ระบบงานมายังงานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ตามรอบการรายงาน โดยกำหนดรายงานทุกวันที่ 25 ของแต่ละเดือน - สรุปผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดของศกพ. ในระบบ THIP/ExPNet และรายงานไปยังหน่วยงาน/ทีมนำ/ระบบงาน โดยกำหนดรายงานทุกวันที่ 25 ของแต่ละเดือน - รายงานผลตัวชี้วัดที่เปรียบเทียบเข้าที่ประชุม CLT ตามวาระการประชุมของแต่ละ CLT	ปีงบประมาณ	ร้อยละตัวชี้วัด THIP ที่มีผลเทียบเคียงอยู่ในระดับดีกว่าค่าเฉลี่ยถึง Top Quartile	2009	NA	2010	NA	2011	NA	2012	42.86	2013	55	2014	28
ปีงบประมาณ	ร้อยละตัวชี้วัด THIP ที่มีผลเทียบเคียงอยู่ในระดับดีกว่าค่าเฉลี่ยถึง Top Quartile															
2009	NA															
2010	NA															
2011	NA															
2012	42.86															
2013	55															
2014	28															
งานเอกสารคุณภาพ (SAR/Service Profile)	- สรุปข้อมูลสถิติ/ KPI ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำ Hospital Profile - สรุปผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในการจัดทำ SAR สนับสนุนงานอื่น ๆ	แผนการพัฒนา - สรุปการได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องใช้ในการจัดทำเอกสารคุณภาพอย่างเป็นระบบ เช่น ข้อมูลใน Hospital Profile														
เอกสารแจ้งคณะกรรมการฯ	- สรุปความก้าวหน้าในระบบ KPI - สรุปประเด็นแจ้ง/หารือ - สรุปประเด็นความเห็นฯ สู่การวางระบบและ monitor ติดตาม	กำหนดประเด็นหลักๆ ในการรายงาน ได้แก่ 1.ผลลัพธ์การดำเนินงานในภาพระดับโรงพยาบาล/ทีมนำ/ระบบงานสำคัญ 2.ผลลัพธ์การเปรียบเทียบในโปรแกรม THIP/ExPNet														

5.3 งานจัดเก็บ รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนที่รับผิดชอบ (บุษกร อัลเลน)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนา ต่อเนื่อง
(THIP ExPNet Part4-ศูนย์การแพทย์ฯ ทีมนำทางคลินิก ระบบงานสำคัญ หน่วยงาน, สถิติ Hospital Profile)		
THIP	- ประสานงานทีมผู้ประสานงาน THIP ลงทะเบียน/ขออนุมัติค่าลงทะเบียน และเบิกค่าลงทะเบียน/ โอนเงิน - Dictionary THIP ปี 2565 สรุปเสนอ รอง ผอ. พัฒนาคุณภาพ คัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อรายงาน ปี 2565 + ผลการรายงาน THIP ปี 2564 - ตัด Dictionary THIP ปี 2565 ส่งให้ทีมที่รับผิดชอบ เพื่อคัดเลือกตัวชี้วัด THIP ที่จะรายงาน ปี 2565 - ผู้ประสานงานโครงการ THIP สรพ. ให้โรงพยาบาล สมาชิกทำหนังสือแจ้งความประสงค์ เปิดระบบ เพื่อให้รายงานข้อมูล/ แก้ไขข้อมูล ปี 2564 (กุมภาพันธ์ – กันยายน 2564) เพิ่มเติม โดยจะเปิดระบบให้รายงานในเดือนพฤศจิกายน 2565 - ติดตามตัวชี้วัดทีมรายโรค ระบบงาน ที่รายงานใน THIP ปี 2564 ให้ทีมที่รายงานข้อมูลมาไม่ทัน ได้รายงานข้อมูลย้อนหลังเข้าระบบ	- การจัด Focus group สอนการเข้ารายงานตัวชี้วัด ในโปรแกรมสมปรารถนาและคัดเลือกตัวชี้วัดที่จะเอาเข้าระบบ - ทำ Flow ขั้นตอนการเข้าใช้โปรแกรม และคู่มือการเข้าใช้ - ระเบียบปฏิบัติตัวชี้วัด - การจัด Focus group best practice ให้ทีมได้แลกเปลี่ยน - Time line ปฏิทินรอบปี การส่งรายงานตัวชี้วัด รายเดือน/ ไตรมาส/ 6 เดือน/ 1 ปี ส่งหนังสือแจ้งเป็นทางการ - ทำ dictionary ตัวชี้วัดศูนย์การแพทย์ฯ โดยทำ ตึกตารางให้หน่วยงานดู
ExPNet	- นัดวันประชุม ExPNet ครั้งที่ 2 นัดขอวัน รอง ผอ.พัฒนาคุณภาพ - อัปเดตตัวชี้วัดให้ถึง ไตรมาส 3 ดึงข้อมูลออกมาวิเคราะห์ และประสานงาน ติดตาม 3 โรงพยาบาล ให้อัปเดตข้อมูลด้วยเพื่อที่จะเทียบเคียงและนำสรุปเข้าประชุม	

5.3 งานจัดเก็บ รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนที่รับผิดชอบ (ยุวลักษณ์ ลิ้มณภา)

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนา ต่อเนื่อง
ทบทวนโรค	- จัดทำบันทึกข้อความยืมเวชระเบียนให้หน่วยงานที่ต้องการทบทวนรายโรค จะได้รับรายชื่อจากหน่วยผ่าน Email	- การจัด Focus group สอนการเข้ารายงานตัวชี้วัด ในโปรแกรมสมปรารถนาและคัดเลือกตัวชี้วัดที่จะเอาเข้าระบบ
ข้อมูลตัวชี้วัด	- บันทึกข้อมูล KPI ที่ได้รับจากหน่วยงานเก็บไว้ในไฟล์ Excel เพื่อเป็นฐานข้อมูลของหน่วยงาน ในอนาคต จะมีโปรแกรมสมปรารถนา Indicator Management System (IMS) เพื่อเก็บข้อมูล คาดว่าจะเริ่มใช้ในปี 2565 - กรองจำนวนผู้ป่วย Re admit, dead จัดแยกเป็นภาค ส่งให้เภสัชส่ง ต่อทีมทบทวนการ Ra admit ,dead ของเดือนนั้น ๆ	- ทำ Flow ขั้นตอนการเข้าใช้โปรแกรม และคู่มือการเข้าใช้ - ระเบียบปฏิบัติตัวชี้วัด - สนับสนุนการจัด Focus group best practice ให้ทีมได้แลกเปลี่ยน - Time line ปฏิทินรอบปี การส่งรายงานตัวชี้วัด รายเดือน/ ไตรมาส/ 6 เดือน/ 1 ปี ส่งหนังสือแจ้งเป็นทางการ

หน้าที่	การดำเนินงานหลักๆ	ผลการดำเนินงาน/โอกาสพัฒนา/แผนพัฒนา ต่อเนื่อง
โปรแกรมสมปรารถนา	- จัดทำโปรแกรม สมปรารถนา แอดข้อมูลลงในโปรแกรม และจัดทำคู่มือการใช้งานโปรแกรม	- ทำ dictionary ตัวชี้วัดศูนย์การแพทย์ฯ โดยทำ ตุ๊กตาร่างให้หน่วยงานดู
งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย	- จัดเอกสารประกอบการประชุมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมาย	

ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

เป้าหมาย/ตัวชี้วัดของการ Share & Learn

1. บุคลากรในหน่วยงานได้เล้าลักษณะงาน ความสำคัญของแต่ละงาน แผนกิจกรรมที่ตั้งเป้าไว้ 100%
2. บุคลากรในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 100%

นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

☐ คู่มือ

☐ แผ่นพับ

และ ✓ มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านโปรแกรมหรือระบบต่างๆ..Web page HA ในวันที่ 20 ตุลาคม 2564

เพื่อการตรวจสอบ (พร้อมปิ่นเอกสารแนบ หน้า website KM หน่วยงานมาด้วย)

ภาพประกอบการทำกิจกรรม



(Signature)

(นางสุพัตรา คำไพเราะ)

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ รพ.

KM – MSMC