



แบบฟอร์มการจัดการความรู้

1. การจัดการความรู้ของหน่วยงานห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา และงานพัฒนาคุณภาพ รพ.

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง เทคนิคการจัดทำ/ปรับเปลี่ยนเอกสารคุณภาพให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

วันที่ 19 มิถุนายน 2560 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุม 5B ชั้น 5 อาคารศูนย์การแพทย์ฯ

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

2.1 ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ระหว่างงานพัฒนาคุณภาพ รพ.และห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

1. พญ.รัชพร	ทวีรุจจนะ	รอง ผอ.ฝ่ายประกันคุณภาพ/ KM Manager
2. คุณสุพัตรา	คำไผเราะ	คุณอำนวย (Facilitator)
3. คุณอัมพร	บุญบุตร	คุณอำนวย (Facilitator)
4. คุณสุภาพร	พาณิชสมบัติกิจ	คุณลิขิต (Note Taker)
5. คุณวันวิสาข์	เทพวิญญากิจ	คุณลิขิต (Note Taker)
6. คุณพรพรรณ	โรจนแสง	คุณกิจ
7. คุณประภาพร	พานิชชอบ	คุณกิจ
8. คุณพงษ์วุฒิ	สุวรรณรัตน์	คุณกิจ
9. คุณพรสุข	ร่วมพุดตาล	คุณกิจ
10. คุณสุนทรี	นันทวิสุทธีวงศ์	คุณกิจ
11. คุณรินลณี	อ่อนเรือง	คุณกิจ
12. คุณมานพ	นันทวงษ์	คุณกิจ
13. คุณอภิ	กุลเสฏฐวุฒิ	คุณกิจ
14. คุณพิมพ์พี	คำครุฑ	คุณกิจ
15. คุณมฤดี	มณีดำ	คุณกิจ
16. คุณทิพวรรณ	ชัยมงคล	คุณกิจ
17. คุณชนิษฐา	ชันสี	คุณกิจ
18. คุณรัมภาพรรณ	ประมวลทรัพย์	คุณกิจ
19. คุณบุษกร	อัลเลน	คุณกิจ
20. คุณศิริรัตน์	สุวรรณฉิม	คุณกิจ
21. คุณณภัทร	ศรีภมร	คุณกิจ

3. หลักการและเหตุผล

ตามที่มีการปรับเปลี่ยนระบบการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 15189 เพื่อรองรับการขอรับรองมาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2551 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยสภาเทคนิคการแพทย์นั้น ส่งผลให้งานห้องปฏิบัติการภาควิชาพยาธิวิทยา มีการจัดทำเอกสารคุณภาพได้ครอบคลุมกระบวนการงานสำคัญ และปรับเปลี่ยนเอกสารคุณภาพเรื่องเดิมให้เป็นปัจจุบันได้ทั้งระบบ จำนวนทั้งหมด 481 เรื่อง เรื่องเดิม 348 เรื่อง และเรื่องใหม่ 133 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.65 ในขณะที่งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในการบริหารระบบเอกสารคุณภาพ มีการปรับเปลี่ยนให้เป็นปัจจุบันได้เพียงร้อยละ 7.69 (2 เรื่อง จากทั้งหมด 26 เรื่อง) จึงมีแนวคิดในการจัดกิจกรรมจัดการความรู้ (KM) ระหว่างหน่วยงานร่วมกัน เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวคิดและปัจจัยความสำเร็จในการบริหารจัดการการจัดทำเอกสารคุณภาพได้อย่างครอบคลุมกระบวนการงานสำคัญ และการปรับเปลี่ยนเรื่องเดิมที่มีอยู่ให้ทันสมัยเป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ

4. วัตถุประสงค์

- เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวคิดและปัจจัยความสำเร็จของการจัดทำและปรับเปลี่ยนเอกสารคุณภาพของหน่วยงานห้องปฏิบัติการ ภาควิชาพยาธิวิทยาได้ครอบคลุมกระบวนการหลัก และสามารถปรับเปลี่ยนเอกสารคุณภาพเรื่องเดิมให้เป็นปัจจุบันได้สำเร็จ
- เพื่อให้งานพัฒนาคุณภาพ รพ.ได้นำแนวคิดและปัจจัยความสำเร็จที่ได้จากกระบวนการ KM มาปรับใช้ภายในหน่วยงานในการจัดทำและปรับเปลี่ยนเอกสารคุณภาพของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพได้อย่างครอบคลุมกระบวนการหลัก รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนเอกสารคุณภาพเรื่องเดิมให้เป็นปัจจุบัน
- เพื่อให้บุคลากรภายในหน่วยงานได้เรียนรู้กระบวนการจัดการความรู้ระหว่างหน่วยงาน

5. เป้าหมาย/ตัวชี้วัดจากกิจกรรมการจัดการความรู้

- 1) Key Success Factor การจัดทำเอกสารคุณภาพให้ครอบคลุมกระบวนการหลักและปรับเปลี่ยนเรื่องเดิมให้เป็นปัจจุบัน
- 2) มีกิจกรรมทบทวนหลังการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ (KM) After Action Review (AAR) ที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดกระบวนการเรียนรู้ได้

เป้าหมาย/ตัวชี้วัดการพัฒนาต่อเนื่องของงานพัฒนาคุณภาพ รพ

- ร้อยละเอกสารคุณภาพครอบคลุมกระบวนการหลัก/ ระบบงานสำคัญของหน่วยงาน HA ($\geq 50\%$)
- ร้อยละเอกสารคุณภาพเรื่องเดิมของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพ รพ.ได้รับการปรับเปลี่ยนให้เป็นปัจจุบัน ภายในปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 100

เป้าหมาย/ตัวชี้วัดการพัฒนาต่อเนื่องของงานห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

- ร้อยละเอกสารคุณภาพครอบคลุมกระบวนการหลัก/ ระบบงานสำคัญของหน่วยงานห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา ($\geq 70\%$)
- ร้อยละเอกสารคุณภาพเรื่องเดิมของหน่วยงานห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาได้รับการปรับเปลี่ยนให้เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของสภาเทคนิคการแพทย์ ภายในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 100

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

- ☒ Dialog แนะนำตัว ประสบการณ์และความภาคภูมิใจจากการทำงานภายในศูนย์การแพทย์ฯ
- ☒ Success Story Telling (SST) (5) ตามรูปแบบกระบวนการจัดการความรู้
- ☐ The World Cafe
- ☒ อื่นๆ กรณีระบุ (ของงานพัฒนาคุณภาพ รพ.) กิจกรรม CQI “การจัดทำแก้ไขเอกสารคุณภาพงาน HA” (การจัดทำและปรับปรุงเอกสารคุณภาพของหน่วยงาน HA ให้ครอบคลุมระบบงานหลักและปรับเปลี่ยนเรื่องเดิมให้เป็นปัจจุบัน)

7. กระบวนการจัดการความรู้

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
คุณสุพัตรา คำไพเราะ หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ รพ. / ทำเอกสารคุณภาพ ISO 9001	เคยได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการจัดระบบการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาลศุภมิตร จึงได้นำระบบใหญ่ของ รพ. Run ระบบการจัดทำเอกสารคุณภาพ (เรื่องใหม่) ในส่วนของหอผู้ป่วยใน เริ่มต้นในการเขียน Flow ขั้นตอนการให้บริการของหอผู้ป่วยใน โดยการโทรสอบถามข้อมูลขั้นตอนการปฏิบัติจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุปและเขียนเป็น WP & WI ขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างละเอียดตั้งแต่แรกรับจนจบกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อการยอมรับและอธิบายเหตุผลการสรุปขั้นตอนการปฏิบัติที่จะใช้เป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งสอบถามหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง เช่น ขั้นตอนการเบิกยาของหอผู้ป่วย ก็จะโทรสอบถาม หัวหน้าเภสัชกรรม เพื่อนำมาจัดทำวิธีปฏิบัติงานร่วมกัน และสื่อสารแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบวิธีการที่ตกลงร่วมกัน เช่น การสั่งยา / รับ Order / key ยา สรุปขั้นตอนเขียนเป็น WI ขึ้นทะเบียนศูนย์คุณภาพ	- จัดระบบการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพของ รพ. สำเร็จใน 1 เดือน - Run ระบบด้วยเอกสารคุณภาพของหอผู้ป่วยใน โดยจัดทำขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพได้สำเร็จ	- การจัดระบบระดับโรงพยาบาลให้เรียบร้อยก่อนหน่วยงานจึงจะสามารถจัดทำตามระบบได้ - ศึกษาเรียนรู้ระบบเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อนำมาร่างเอกสารคุณภาพของหอผู้ป่วยใน - สอบถามผู้เกี่ยวข้องหาข้อตกลงเพื่อให้ได้ Flow ร่วมกัน และให้เกิดการยอมรับ เพื่อจัดทำให้แล้วเสร็จ

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
คุณประภาพร พานิชชอบ นักเทคนิคการแพทย์ / รอง QM ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา	ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในควบคุมดูแลการจัดทำเอกสารคุณภาพ เป็นรอง QM ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา วิธีที่นำมาใช้ คือการทำงานนอกเวลา และการนำเข้าการประชุมเกี่ยวกับการจัดทำเอกสารคุณภาพของห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาจะต้องไปเข้าทุกครั้งเพื่อรับทราบปัญหาของน้องๆ ช่วยหาทางแก้ไข และช่วยกระตุ้นการจัดทำให้ต่อเนื่อง นอกเหนือจากนั้นยังเป็นผู้รับผิดชอบแบบฟอร์มเอกสารในการที่จะปรับเปลี่ยนจากระบบเดิมไปยังมาตรฐาน ISO 15189 เพื่อรองรับการขอรับรองมาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2551 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยสภาเทคนิคการแพทย์นั้น จึงต้องศึกษาหาข้อมูลรูปแบบเอกสาร ความแตกต่างข้อดีข้อด้อยต่างๆ ซึ่งตามมาตรฐาน ISO 15189 มีหัวข้อในการจัดทำเพิ่มขึ้นจากระบบเดิม 8 ข้อ ทำให้ต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ถ้ามัผู้รู้ อย่างโรงพยาบาลรามาริบัติ ทั้งยังเชิญผู้เชี่ยวชาญมาเป็นวิทยากรสอนให้กับบุคลากรในห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา การดูงานเพื่อให้เห็นข้อแตกต่างอย่างชัดเจน เพื่อให้ความรู้บุคลากรในการเริ่มทำเอกสารคุณภาพ ในส่วนของแบบฟอร์มจะเป็นผู้ร่างหาข้อมูลขึ้นจ้อเชิญทุกคนที่เกี่ยวข้องมาประชุมระดมสมองและทำการแก้ไขแบบฟอร์มในที่ประชุมเลยโดยมีการอ้างอิงชุดเดิม	- บุคลากรผู้รับผิดชอบหลัก มีความรู้สามารถทบทวน ปรับเปลี่ยนแก้ไขเอกสารคุณภาพให้เป็นปัจจุบันเกือบ 100% ยังอยู่ในระหว่างการตรวจทบทวนและอนุมัติโดยอาจารย์ที่เป็นหัวหน้าในแต่ละห้อง	- มีผู้รับผิดชอบในควบคุมดูแลระบบการจัดทำ/ปรับเปลี่ยนแก้ไขเอกสารคุณภาพในตำแหน่ง รอง QMR - ผู้รับผิดชอบในควบคุมดูแลระบบจะเข้ารับทราบปัญหา ช่วยหาทางแก้ไข และช่วยกระตุ้นการจัดทำให้ต่อเนื่อง - มอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละหน่วยย่อย ทบทวน ร่างมานำเสนอในที่ประชุม - มีคณะกรรมการในการร่วมกันพิจารณา ตรวจสอบ อนุมัติเอกสารคุณภาพ - จัดประชุมติดตามงาน เพื่อให้มีการนำเสนอ หาข้อสรุป พิมพ์แก้ไขให้แล้วเสร็จในที่ประชุม เพื่อดึงออกมาจากงานประจำ - ให้ความรู้กับบุคลากร ศึกษาดูงานเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
	มีการมอบหมายมีคณะกรรมการหาข้อสรุปมาขึ้นพิจารณาในส่วนกลาง ร่างตรวจสอบ เสนอที่ประชุม มีการจัดลำดับเอกสารแบ่งออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ 1.นโยบาย 2.ระเบียบปฏิบัติ 3.วิธีปฏิบัติ 4.แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล 5.เอกสารสนับสนุน คู่มือการใช้เครื่องมือ 6. Card File 7. Eletronic document หรือ E-Doc		
คุณสุนทรี นันทวิสุทธิวงศ์ นักเทคนิคการแพทย์ / ผู้ดูแลเอกสารคุณภาพ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก	ได้รับมอบหมายให้ดูแลเอกสารคุณภาพห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก (กรณีการปรับเปลี่ยนเรื่องเดิมให้เป็นปัจจุบัน) จะเริ่มโดยการอ่าน review เอกสารคุณภาพ และขั้นตอนการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงจากมาตรฐานที่มีอยู่แล้วอะไรบ้าง โดยตัวเองจะรับผิดชอบเป็นหลัก หากติดอะไรก็จะให้น้องๆ ในทีมช่วยกัน review ตามหัวข้อ และส่วนใหญ่จะทำงานนอกเวลาเนื่องจากในเวลาจะมีภาระงานมากจนไม่สามารถจัดทำเอกสารคุณภาพได้ โดย Head WI จะแจ้งกำหนดเวลาให้ส่งก็จะเสร็จ	เอกสารคุณภาพห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิกมีทั้งหมด 45 เรื่อง สามารถ Update ใหม่ได้ทั้งหมด 45 เรื่อง ครบ 100%	- การทำงานเป็นทีม มีอะไรให้พูดคุยช่วยเหลือกัน - การกำหนดกรอบระยะเวลาในการดำเนินการ และกำหนดวันแล้วเสร็จจัดส่งเอกสารคุณภาพ - การอ่าน review ว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงจากมาตรฐานที่มีอยู่แล้วเพื่อนำมาเขียนปรับปรุง - การมีผู้รับผิดชอบหลัก - การจัดทำนอกเวลาเนื่องจากในเวลาจะมีภาระงานมาก

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
คุณพรพรรณ โรจนแสง นักเทคนิคการแพทย์ / QM ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา	ได้รับมอบหมายให้เป็น QMR ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา รับผิดชอบในควบคุมดูแลระบบบริหารคุณภาพ รวมถึงการจัดทำ และควบคุมเอกสารคุณภาพด้วย เล่าในประเด็นต่อยอดคุณ ประภาพร โดยจะใช้วิธีการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง (จิก) ตาม งานรายบุคคล โดยดูจากเอกสารและผู้รับผิดชอบ และเชิญคุย กันในห้องประชุมเพื่อให้ผู้รับผิดชอบมานำเสนอเพื่อให้ที่ประชุม (กรรมการ) พิจารณา หาข้อสรุป และปรับแก้ไขให้แล้วเสร็จ จะ ได้มีสมมติมากกว่าหน้างานเป็นการดึงออกมาจากงานประจำ และจะปรับแก้ไขทำให้เสร็จในวันนั้นเลย และใช้วิธีกำหนดเป็น KPI รายบุคคลเพื่อเป็นกรอบบังคับให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้มีส่วน ร่วมอย่างเต็มที่ ซึ่งจะทำให้ได้รับความร่วมมือได้เป็นอย่างดี	- เอกสารคุณภาพที่ติดตามปรับแก้ไข ในที่ประชุมจะได้ข้อสรุป และเสร็จ ทันตามเวลาที่กำหนด	- มีผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารระบบ คุณภาพ - การกำหนดกรอบระยะเวลาในการ ปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพ และ ติดตามรายบุคคล - จัดประชุมเพื่อให้ผู้รับผิดชอบมา นำเสนอเพื่อให้ที่ประชุม (กรรมการ) พิจารณา หาข้อสรุป และปรับแก้ไขให้ แล้วเสร็จ - การจัดประชุมจะทำให้ผู้รับผิดชอบมี สมมติมากกว่าหน้างาน - การกำหนดเป็น KPI รายบุคคล
คุณมานพ นนทวงษ์ นักเทคนิคการแพทย์ / ผู้ดูแลเอกสารคุณภาพเครื่องมือ	ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบระบบดูแลเครื่องมือใน ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา และเริ่มมารับผิดชอบเอกสาร คุณภาพของที่เป็นคู่มือ วิธีปฏิบัติในแต่ละเครื่องมือ โดยเริ่มจาก ประสานงานบริษัทในการติดตามการบำรุงรักษา ตรวจเช็คตาม กำหนด โดยจะมี line กลุ่ม และมี QM อยู่ เพื่อเป็นข้อมูลใน การใช้ และการดูแล บำรุงรักษา รวมทั้งการสอบเทียบเครื่องมือ การปรับเปลี่ยนแก้ไข จะเริ่มจากการอ่าน review ขั้นตอน การใช้เครื่องมือต่างๆ แล้วปรับเปลี่ยนให้เป็นไปตามหัวข้อใน มาตรฐานใหม่ที่กำหนด และเพิ่มเติมจากระบบปกติ ของ lab จะมีการสรุปอย่างย่อ (Card File) โดยจะมีการควบคุมรูป	- ทุกคนมีความสามารถใช้เครื่องมือ ได้เหมือนกันตามวิธีปฏิบัติงานที่ติด ไว้ที่หน้าเครื่องทุกเครื่อง (Card File)	- การประสานงานกับบริษัทเจ้าของ เครื่องมือทั้งด้านการจัดทำคู่มือ/ วิธีการ ปฏิบัติในการดูแล บำรุงรักษาเชิง ป้องกัน และการสอบเทียบเครื่องมือ - การใช้ช่องทางสื่อสารผ่าน group Line - นำคู่มือที่บริษัทให้มาทบทวนเพื่อตัด เฉพาะส่วนมาไว้ใน WI เพื่อประหยัด เวลาในการพิมพ์ โดยต้นฉบับนำมาเป็น เอกสารอ้างอิง (เข้าระบบควบคุม

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
	แบบอย่างย่อและเนื้อหาและใส่รหัสเอกสารคุณภาพอ้างอิงจากฉบับเรื่องใด เข้าระบบขั้นตอนทบทวน อนุมัติใช้ และเป็นเอกสารคุณภาพที่ควบคุม) เพื่อนำมาติดที่เครื่องมืออื่นๆ เพื่อที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องจะสามารถใช้เครื่องมืออื่นได้ การ update แบบฟอร์มเดิมโดยพิจารณาจากประโยชน์ที่ได้รับ		เอกสารคุณภาพ กำหนดรหัสเอกสารทุกฉบับ) - ทำโน้ตติดไว้ที่เครื่องมือเพื่อให้ทุกคนใช้เครื่องมือได้
คุณทิพวรรณ ชัยมงคล ผู้ปฏิบัติงานบริหาร / DC ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา	ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้คุมเอกสารทั้งหมดของห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา โดยจะมีการประสานงานกับผู้รับผิดชอบเอกสารคุณภาพหลักระดับศูนย์การแพทย์ฯ อย่างต่อเนื่อง และจัดทำดัชนีเอกสารประจำปีสำหรับควบคุมและเตือนตนเอง ก่อนส่งให้งานพัฒนาคุณภาพ รพ. โดยจะส่งต้นฉบับให้ แล้วทางงานพัฒนาคุณภาพ รพ. จะสแกนเป็น PDF ส่งคืน เมื่อได้ไฟล์ PDF มาจะนำไปเก็บไว้ในฮาร์ดดิสก์ จัดทำเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์เพื่อให้่ายในการจัดเก็บและค้นหาข้อมูล	ปรับเปลี่ยนเอกสารคุณภาพเรื่องเดิมให้เป็นปัจจุบันได้ทั้งระบบ จำนวนทั้งหมด 481 เรื่อง เรื่องเดิม 348 เรื่อง และเรื่องใหม่ 133 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.65 และอยู่ระหว่างอาจารย์หัวหน้าในแต่ละห้องทบทวนตรวจสอบก่อนส่งขึ้นทะเบียนอีกร้อยละ 100	- มีการประสานงานกับผู้รับผิดชอบเอกสารคุณภาพหลักระดับศูนย์การแพทย์ฯ - มีการจัดทำดัชนีในการตรวจสอบจำนวนเอกสารนอกเหนือจากเอกสารคุณภาพเพื่อใช้ตรวจสอบตนเอง - มีการจัดทำเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ง่ายในการจัดเก็บและค้นหาข้อมูลได้รวดเร็ว
คุณรินลณี อ่อนเรือง นักเทคนิคการแพทย์ / ผู้ดูแลเอกสารคุณภาพ ห้องธนาคารเลือด	ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลเอกสารคุณภาพของห้องธนาคารเลือด ใช้วิธีการคุยในที่ประชุมให้เรียบร้อยก่อนนำไปทำโดยนำของ HA มารีวิวว่าจะตัดใส่เพิ่มหัวข้อไหน ไม่ได้ใช้ทำระดับ 4 ตามแบบฟอร์มที่ออกใหม่โดยการอ่านรีวิวใหม่ทั้งหมด มีการเทียบรายหัวข้อ ต้องหาข้อมูลมาใส่ในมาตรฐานใหม่ มีเทียบกับขั้นตอนการปฏิบัติงานจริง มีตามกรอบเวลาที่กำหนดของคณะกรรมการตามภาควิชา	- รีวิวของเดิมในส่วนที่ส่ง HA แล้วเพิ่มหัวข้อจะได้รวดเร็วขึ้น - งานเสร็จตามกรอบเวลาที่กำหนด	- อ่านทบทวนใหม่ เทียบกับมาตรฐานว่าขาดอะไรและเทียบกับหัวข้อปัจจุบัน - มีกรอบทำงานตาม Time Frame คณะกรรมการใหญ่

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
บุคลากรงานพัฒนาคุณภาพร่วมแลกเปลี่ยน และประเด็น AAR และการนำ KSF ไปจัดทำและปรับเปลี่ยนแก้ไขเอกสารคุณภาพในส่วนที่รับผิดชอบอย่างไร			
คุณรัมภาพรรณ ประมวลทรัพย์ พยาบาลวิชาชีพ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแล Clinical Tracer ของ ภาควิชาซึ่งเป็นเอกสารคุณภาพระดับ 2 ในระบบ จะใช้วิธี การศึกษา อ่าน เนื้อหา รายละเอียดในเรื่องนั้น ๆ อย่างเข้าใจ ด้วยตนเองก่อนในเบื้องต้น หากพบปัญหาไม่เข้าใจ จะรีบ ทบทวน สอบทวนกลับกับผู้จัดทำเพื่อพูดคุยกันทำความเข้าใจ ร่วมกันและหาแนวทางแก้ไข การลงหน้างานเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ให้เข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้นโดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อการเป็นกัลยาณมิตรช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล มีทัศนคติเชิงบวก และเปิดใจรับฟังให้ผู้เกี่ยวข้องเล่าก่อนว่าติด ปัญหาอะไรอย่างไรต้องการให้ทางเราช่วยเหลือเพิ่มเติมอะไร อย่างไรบ้าง ไม่คิดหรือตัดสินใจแทน แต่จะเน้นการแลกเปลี่ยน พูดคุยร่วมกัน	- Clinical Tracer ของภาควิชา/ทีม เพิ่มขึ้น - ได้มีโอกาสหาความรู้เพิ่มเติมจาก รายละเอียดของโรค - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ ภาควิชา/ทีมที่เกี่ยวข้อง สร้างกลุ่ม ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน	- ศึกษา อ่าน เนื้อหา รายละเอียดในการ ทำเอกสารเรื่องนั้น ๆ อย่างเข้าใจ - พบปัญหาไม่เข้าใจ รีบทบทวน และหา แนวทางแก้ไข คอยให้คำปรึกษา - มีการกระตุ้น ติดตามอย่างสม่ำเสมอ และทักษะการประสานงานอย่างเป็นมิตร - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงาน ชี้ให้เห็นความสำคัญ - มีความกระตือรือร้นในการทำงานติดตาม งานสม่ำเสมอ - มีความเข้าใจในระบบงาน มีการ วางแผนเป้าหมาย กำหนดตัวชี้วัดร่วมกับ
คุณสุภาพร พาณิชสมบัติกิจ รับผิดชอบงานติดตาม CQI UP IS ได้ปรับปรุงแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง CQI : QMS-000-4-001-04 Rev. 20/12/2559 แบบจดทะเบียน CQI : QMS- 000-4-021-00 (20/12/2559)	- ได้ปรับปรุงแบบฟอร์ม CQI หน่วยงาน และจัดทำแบบฟอร์ม จดทะเบียน CQI เริ่มใช้ปีงบประมาณ 2560 ซึ่งได้ข้อมูลจากการลงปฏิบัติ CQI site visit ปี 2559 เนื่องด้วย หน่วยงานมีความเข้าใจในหัวข้อ และหัวข้อสับสน โดยหัวหน้า งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ปรับปรุงเพิ่มเติม - แบบฟอร์มการจดทะเบียน CQI เกิดจากการปรับปรุงมาจาก แบบฟอร์มเดิมในปี 2553 นำมาทบทวนปรับปรุงเพื่อให้ หน่วยงานได้ จดทะเบียน CQI ในแต่ละปี - นำแบบฟอร์มทั้ง 2 เข้าที่ประชุมพิจารณา ในกรรมการ IS	- ได้แบบฟอร์มจดทะเบียน และ ฟอร์ม CQI ที่ปรับแก้ไข เพื่อไป สื่อสารให้หน่วยงาน เพื่อบรรลุ เป้าหมายของงาน CQI และเพื่อ สร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรที่ ดำเนินการ CQI เพิ่มขึ้น	- ใช้การประชุมเพื่อให้ได้มติข้อสรุปใน การดำเนินการ - ใช้การสื่อสารทำความเข้าใจราย หน่วยงาน - ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ - ติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
	เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2560 โดยกรรมการมีการปรับแก้ไขแบบฟอร์มเพื่อให้ชัดเจนยิ่งขึ้น - เมื่อแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ได้จัดทำบันทึกแจ้งหน่วยงานในเดือน มกราคม 2560		
คุณสุภาพร พาณิชนสมบัติกิจ, คุณศิริรัตน์ สุวรรณฉิม รับผิดชอบเป็นเลขานุการ 5ส ในการบริหารจัดการระบบคุณภาพ 5 ส คณะแพทยศาสตร์ ได้ปรับปรุงคู่มือมาตรฐานกลาง 5ส ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 วันที่ 9 เมษายน 2558 QMS-000-4-015-01	- คณะกรรมการบริหารระบบคุณภาพคณะแพทยศาสตร์ ประชุมและเสนอคณะทำงานปรับปรุงคู่มือมาตรฐานกลาง ในการทบทวนคู่มือมาตรฐานกลาง 5 ส ในวันที่ 5 สิงหาคม 2557 - คณะทำงานประกอบด้วยบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ และ ศูนย์การแพทย์ฯ ที่มีประสบการณ์ด้าน 5 ส - ฝ่ายเลขานุการ เริ่มจัดประชุมคณะทำงานปรับปรุงคู่มือมาตรฐานกลาง เพื่อทบทวนคู่มือฯ จำนวน 2 ครั้ง ในวันที่ 25 กันยายน 2557 18 ธันวาคม 2557 - ฝ่ายเลขานุการสรุปถอดประเด็นสำคัญในเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐาน 14 มาตรฐาน และสรุปส่งต่อคณะทำงาน ผ่าน email เพื่อพิจารณา - เมื่อปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ฝ่ายเลขานุการสื่อสารเข้าที่ประชุม คณะกรรมการบริหารระบบ 5 ส อีกครั้งวันที่ 9 เมษายน 2558 - จัดทำบันทึกสื่อสารแจ้งหน่วยงานคณะแพทยศาสตร์ และ ศูนย์การแพทย์ฯ	- ได้มีการประชุมคณะทำงานเพื่อทบทวนคู่มือ 5 ส ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 และได้คู่มือใหม่ที่ชัดเจน ปฏิบัติดำเนินการ และประเมิน 5ส ได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น	- ใช้การประชุมเพื่อให้ได้มติข้อสรุปในการดำเนินการ - ใช้การสื่อสารทำความเข้าใจ - ใช้วิธีลงทำงาน

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
คุณวันวิสาข์ เทพวิญญากิจ นักประชาสัมพันธ์ ผู้ดูแลระบบเอกสารคุณภาพ โรงพยาบาล / หน่วยงานพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล	ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลระบบเอกสารคุณภาพ โรงพยาบาล / หน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่ตอน ที่ยังเป็นระบบเดิมจนมาปรับเป็นมาตรฐาน ISO 15189 เพื่อ รองรับการขอรับรองมาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพตาม มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2551 สำหรับห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ โดยสภาเทคนิคการแพทย์ โดยเริ่มตั้งแต่การ เรียนรู้ มาตรฐาน ISO 15189 จากคุณประภาพรกับคุณสุภา พร การหาข้อมูลจาก Google การเทียบเคียงระหว่างระบบเดิม กับมาตรฐานใหม่ ดูความใกล้เคียงของหัวข้อต่างๆ หา ความหมายของหัวข้อใหม่ที่เพิ่มมา การไปศึกษาดูงานของ โรงพยาบาลรามารามิบัติ จินมาประชุมร่วมกับห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยา เพื่อจัดทำแบบฟอร์มให้สอดคล้องตรงกับความ ต้องการและเป็นที่เข้าใจตรงกัน จากนั้นก็มาปรับระเบียบปฏิบัติ เรื่องการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อ ประกาศใช้และสื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสื่อสารทำความเข้าใจกับหน่วยงานเพื่อให้จัดทำเอกสารคุณภาพตามมาตรฐาน ใหม่ รวมถึงการสอน การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลกับ ผู้เกี่ยวข้อง ผู้สนใจในการจัดทำเอกสารคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 15189	- มีระเบียบปฏิบัติเรื่องการจัดทำ และควบคุมเอกสารคุณภาพของ โรงพยาบาลพร้อมคู่มือ ในมาตรฐาน ISO 15189 ฉบับสมบูรณ์เพื่อเป็น แนวทางในการจัดทำเอกสาร คุณภาพและสามารถสื่อสารยัง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการประสานงานกับผู้รับผิดชอบ เอกสารคุณภาพหลักระดับศูนย์ การแพทย์ฯ	- เริ่มปรับจากตนเองก่อนเพื่อเป็น แนวทางเป็นตัวอย่างแก่ผู้เกี่ยวข้อง - ใช้การเทียบเคียงระหว่างระบบเดิมกับ มาตรฐานใหม่ - มีการศึกษาหาข้อมูล - สอบถามผู้เชี่ยวชาญ / ดูงาน

Cortex ชื่อผู้เล่าเรื่อง/บริบทของผู้เล่า	Action แนวคิด/ กระบวนการจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Result ผลลัพธ์ที่ดีของจัดทำและปรับเปลี่ยน เอกสารคุณภาพที่รับผิดชอบ	Key Success Factor สรุปปัจจัยความสำเร็จ วิเคราะห์/ประเมินผล
คุณบุษกร อัลเลน นักประชาสัมพันธ์ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	- ภูมิใจในงานที่ทำ เรื่องการคำนวณสูตรเอกเซล การสร้าง สูตรโปรแกรมใช้ในงาน และทำกราฟ ซึ่งสามารถสอนคนอื่นให้ ทำเป็นได้ และอดิตรองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล ได้ลาศึกษาต่อ ได้ส่งเมลมา ขอความช่วยเหลือ ให้ ช่วยทำกราฟ โดยบอกลักษณะกราฟและข้อมูลมาให้ เพื่อจะ ใช้ฟรีเซนต์นำเสนองานก่อนจบ ซึ่งยังไม่เคยทำกราฟแบบนี้ ก็เลยเปิดหาวิธีการทำใน google และ Youtube และก็ทำ ให้อาจารย์สำเร็จ อาจารย์ได้ขอบคุณมา นั่นก็เป็นกำลังใจและ ความภูมิใจที่ได้ทำและช่วยเหลือ	- ได้มาเรียนรู้กระบวนการ เทคนิค key success ในการทำให้สำเร็จ เพื่อเอามาปรับ WI เรื่องเก่า และ เรื่องที่จะเขียนใหม่ให้ตรงตาม มาตรฐานเอกสารคุณภาพ และงานที่ เขียนมาแล้วประชุมเพื่อช่วยกัน Lean ก่อน ขึ้นทะเบียนเพื่อลด กระบวนการทำงาน ทำให้ได้งานที่ รวดเร็วมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	-
คุณณภัทร ศรีภมร ผู้ปฏิบัติงานบริหาร งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ทำหน้าที่เกี่ยวกับงานธุรการ การรับส่งเอกสารและงานเบิกจ่าย วัสดุสำนักงาน จึงได้รับมอบหมายให้ดำเนินการทำ WI เรื่อง การบริหารวัสดุสำนักงานของงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งตอนที่ทำ WI เรื่องนี้ เป็นการทำให้เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติงานและใช้ประกอบกับการทำ CQI ของหน่วยงาน เรื่อง Lean การบริหารวัสดุสำนักงานเพื่อลดค่าใช้จ่ายในองค์กร ซึ่งในการทำ WI ครั้งนั้น จะมีหัวหน้างานคอยให้คำปรึกษาโดย ตลอด และช่วยเพิ่มเติมให้คำแนะนำในบางหัวที่จะต้องเพิ่มเติม เช่น การตั้งค่าต่ำสุด- สูงสุด ในการเบิกวัสดุสำนักงาน เพื่อให้ ข้อมูลและการปฏิบัติครอบคลุมเนื้อหามากขึ้น สะดวกในการ ปฏิบัติตามมากขึ้น	- มีระบบบริหารวัสดุสำนักงานที่ ชัดเจนเป็นตัวอย่างได้ - การเบิกจ่ายวัสดุสำนักงานเป็น ระบบ - ลดค่าใช้จ่ายในองค์กร	- นำรูปแบบของเอกสารคุณภาพมาวาง รายละเอียดตามหัวข้อ - ขอคำปรึกษาจากหัวหน้างาน และให้ ปรับแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลให้สมบูรณ์

8. Key Success Factor (ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ สรุปลจากกระบวนการจัดการความรู้ในข้อ.7)

1. มีการจัดระบบระดับโรงพยาบาลให้เรียบร้อยก่อน เพื่อให้หน่วยงานสามารถจัดทำตามระบบได้
2. ศึกษาเรียนรู้ระบบเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อนำมาร่างเอกสารคุณภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบ
3. สอบถามผู้เกี่ยวข้องหาข้อตกลงเพื่อให้ได้ Flow ร่วมกัน และให้เกิดการยอมรับ เพื่อจัดทำให้แล้วเสร็จ
4. มีผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารระบบคุณภาพในตำแหน่ง มี QM และมีผู้รับผิดชอบในควบคุมดูแลระบบการจัดทำ/ปรับเปลี่ยนแก้ไขเอกสารคุณภาพ, รอง QM
5. มีผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละงานอย่างชัดเจน
6. มีการทำงานเป็นทีม มีอะไรให้พูดคุยช่วยเหลือกัน
7. มีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการดำเนินการการปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพ และกำหนดวันแล้วเสร็จ จัดส่งเอกสารคุณภาพที่แน่นอนชัดเจน เป็นกรอบเวลาในการปฏิบัติงาน
8. ให้ความรู้กับบุคลากร ศึกษาดูงาน เชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้
9. การกำหนดเป็น KPI รายบุคคล
10. มีคณะกรรมการใหญ่ในการบริหารตามแผนกรอบระยะเวลา ช่วยเหลือแก้ไขในที่ประชุมให้แล้วเสร็จ และมีทีม / คณะกรรมการที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ เช่น คณะกรรมการเอกสารคุณภาพ คณะกรรมการเครื่องมือ เป็นต้น อย่างเอกสารระดับ 1, 2 คนที่ดูแลจะต้องมีประสบการณ์ร่วมกัน พิจารณา ตรวจสอบ อนุมัติเอกสารคุณภาพ
11. มี DC ที่คอยคุมเอกสารของทุกห้องปฏิบัติการ นอกเหนือจากหัวหน้าของแต่ละห้อง
12. ใช้การอ่าน review ว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงจากมาตรฐานที่มีอยู่แล้วเพื่อนำมาเขียนปรับปรุงฉบับใหม่ ให้มีความครอบคลุมชัดเจนขึ้น เทียบกับมาตรฐานว่าขาดอะไรและเทียบกับหัวข้อปัจจุบัน
13. จัดประชุมเพื่อให้ผู้รับผิดชอบมานำเสนอเพื่อให้ที่ประชุม (กรรมการ) พิจารณา หาข้อสรุป และพิมพ์แก้ไขให้แล้วเสร็จในที่ประชุม เพื่อดึงออกมาจากงานประจำและมาระดมสมองร่วมกัน
14. ใช้การประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้า โดยผู้รับผิดชอบในการควบคุมดูแลระบบจะเข้ารับทราบปัญหา ช่วยหาทางแก้ไข และช่วยกระตุ้นการจัดทำให้ต่อเนื่อง
15. ผู้รับผิดชอบในแต่ละงานจะร่างเอกสารแก้ไขเพื่อเสนอที่ประชุม โดยจะใช้นอกเวลางานเนื่องจากในเวลางานมีภาระงานมาก
16. มีการประสานงานกับผู้รับผิดชอบเอกสารคุณภาพหลักระดับศูนย์การแพทย์ฯ
17. มีการจัดทำดัชนีในการตรวจสอบจำนวนเอกสารนอกเหนือจากเอกสารคุณภาพเพื่อใช้ตรวจสอบตนเองและง่ายต่อการตรวจเช็ค
18. มีการจัดทำเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ง่ายในการจัดเก็บและค้นหาข้อมูลได้รวดเร็ว
19. ศึกษา อ่าน เนื้อหา รายละเอียดในการทำเอกสารเรื่องนั้นๆ อย่างเข้าใจ พบปัญหาไม่เข้าใจ รีบทบทวน และหาแนวทางแก้ไข คอยให้คำปรึกษา
20. มีการกระตุ้น ติดตามอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ทักษะการประสานงานอย่างเป็นมิตร
21. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงาน ชี้ให้เห็นความสำคัญการทำเอกสารคุณภาพ
22. มีความกระตือรือร้นในการทำงานติดตามงานสม่ำเสมอ
23. มีความเข้าใจในระบบงาน มีการวางแผนเป้าหมาย กำหนดตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงาน
24. มีทัศนคติเชิงบวกและเปิดใจรับฟังผู้อื่น
25. (การจัดทำคู่มือประจำเครื่องมือ)
 - นำคู่มือที่บริษัทให้มาทบทวนเพื่อตัดเฉพาะส่วนมาไว้ใน WI เพื่อประหยัดเวลาในการพิมพ์ โดยต้นฉบับนำมาเป็นเอกสารอ้างอิง (เข้าระบบควบคุมเอกสารคุณภาพ กำหนดรหัสเอกสารทุกฉบับ)

- ประสานงานกับบริษัทเครื่องมือในด้านวิธีการปฏิบัติในการดูแล บำรุงรักษาเชิงป้องกัน และการสอบเทียบเครื่องมือ รวมทั้งจัดทำวิธีการปฏิบัติงานอย่างย่อติดเครื่องมือทุกเครื่อง (Gard file)
- การใช้ช่องทางสื่อสารผ่าน group Line

9. After Action Review (AAR)

1. ท่านคิดว่าท่านบรรลุในเรื่องใดบ้าง
 - การจัดทำเอกสารคุณภาพให้มีประสิทธิภาพ
 - การได้เห็นตัวอย่างที่ดีในการจัดทำเอกสารคุณภาพ
 - ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
 - การติดตามงานในการขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ
 - มีการ monitor อย่างต่อเนื่อง และมีผู้รับผิดชอบหลัก
 - ได้เทคนิค/แนวทางดำเนินการ/วิธีการ และการประสานงาน ในการทำเอกสารคุณภาพ ให้ประสบความสำเร็จ จากผู้มีประสบการณ์
 - ได้แรงบันดาลใจ ในการที่จะเริ่มปรับปรุงเอกสารคุณภาพ
 - ได้วิธีการแก้ไขปัญหา เมื่อพบอุปสรรคที่เกี่ยวกับการทำเอกสารคุณภาพ
2. ท่านคิดว่าเรื่องใดที่ไม่บรรลุ
 - ระบบการทำดัชนีเอกสารคุณภาพยังไม่เป็นรูปธรรม
3. ท่านต้องการให้ปรับขั้นตอนใดบ้างในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - อยากให้มีหน่วยงานอื่นๆ มาร่วมด้วย เพื่อจะได้เห็นมุมมองของหน่วยงานอื่นๆ
 - ทบทวนขั้นตอนต่างๆ เพื่อทำ Lean
 - มุ่งการทำงานเป็นทีม มีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - การแลกเปลี่ยนในครั้งนี้ถือว่าใช้กระบวนการได้เหมาะสม มีการเล่าเรื่องและให้ผู้เข้าร่วมสามารถสอบถามได้ ในแต่ละประเด็นที่สงสัย
4. ท่านสามารถนำไปปรับปรุงพัฒนาได้อย่างไร
 - ให้ทุกหน่วยงานเห็นความสำคัญของการทำเอกสารคุณภาพ
 - พัฒนางานของตนเองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
 - นำประสบการณ์ที่ได้ฟังจากแต่ละท่านไปปรับใช้
 - ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อทำ Lean ในกระบวนการหลักและระบบงานสำคัญของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
 - นำการจัดทำเอกสารคุณภาพไปเพิ่มเป็น KPI บุคคลของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม
 - จัด Work shop โดยเชิญผู้รับผิดชอบเอกสารคุณภาพในแต่ละหน่วยงานเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - เพิ่มผู้รับผิดชอบโดยแบ่งความรับผิดชอบระบบเอกสารคุณภาพระดับศูนย์การแพทย์ฯ โดยออกเป็น 3 ฝ่าย (1) ภาควิชา (กลุ่มงานความเสี่ยง) (2) หน่วยงานฝ่ายการพยาบาล และหน่วยงานทางคลินิก (3) หน่วยงาน Back office (กลุ่มงานบริหารระบบคุณภาพ)
 - กลับมาศึกษารายละเอียดเอกสารที่ตนเองรับผิดชอบ และทำความเข้าใจ ค้นหาข้อมูล เพื่อสนับสนุนการจัดทำเอกสารคุณภาพ

- หน่วยงานพัฒนาคุณภาพ ควรมีการกำหนดการจัดทำเอกสารคุณภาพให้เป็นตัวชี้วัด ของบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องยากในการจัดทำ
- งานพัฒนาคุณภาพของดำเนินการเรื่องการจัดทำเอกสารคุณภาพขององค์กรต่อ โดยการ จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร กลุ่มที่ทำเอกสารคุณภาพ และเชิญห้อง LAB มาเป็นวิทยากรในกลุ่มแลกเปลี่ยน หรือจัดเป็นเวทีเสวนา

10. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

- ☐ คู่มือ
- ☒ แผ่นพับ
- ☐ โปสเตอร์
- ☐ โปรแกรมหรือระบบต่างๆ

หรือ ☒ - มีการสรุป กิจกรรม KM & KSF เผยแพร่ความรู้ส่งให้ห้องปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรงานพัฒนาคุณภาพ รพ.

- จัดทำแผ่นพับ KSF ส่งให้กับผู้รับผิดชอบเอกสารคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน และขึ้น website หน่วยงาน และ Server หน่วยงาน HA

- จัด Work shop โดยเชิญผู้รับผิดชอบเอกสารคุณภาพในแต่ละหน่วยงานร่วมเรียนรู้ KSF และร่วมกันวางแผนปรับเปลี่ยนเอกสารคุณภาพของหน่วยงาน

11. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

11.1 จัดทำกิจกรรม CQI “การจัดทำและปรับเปลี่ยนแก้ไขเอกสารคุณภาพงาน HA” (การจัดทำและปรับปรุงเอกสารคุณภาพของหน่วยงาน HA ให้ครอบคลุมระบบงานหลักและปรับเปลี่ยนเรื่องเดิมให้เป็นปัจจุบัน) (เอกสารแนบ)

11.2 การนำ KSF ใช้ในการปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

11.3 สื่อสาร KSF และเชิญผู้รับผิดชอบเอกสารคุณภาพในแต่ละหน่วยงานร่วมเรียนรู้ KSF และวางแผนจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพของหน่วยงานร่วมกัน โดยเริ่มจากฝ่ายการพยาบาล และหน่วยงานอื่นตามลำดับ

11.4 จัดทำ CQI การจัดทำและปรับเปลี่ยนแก้ไขเอกสารคุณภาพให้เป็นปัจจุบัน ระดับโรงพยาบาล

11.5 งานห้องปฏิบัติการพยาบาล ทราบถึงขั้นตอนและจำนวนเอกสารคุณภาพปัจจุบัน

11.6 งานห้องปฏิบัติการพยาบาล นำไปปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพตามคำแนะนำจากสภาเทคนิคการแพทย์ ภายในปีงบประมาณ 2561

12. รูปภาพประกอบการทำกิจกรรม KM





Handwritten notes on a table with columns labeled C, A, R, and KSF.

C	A	R	KSF
P.Tm	- Gelas air, minum	- International House	- Gelas air, minum
QM	- Gelas air, minum	- Gelas air, minum	- Gelas air, minum
P.Tm	- Gelas air, minum	- Gelas air, minum	- Gelas air, minum

Handwritten notes on a table with columns labeled C, A, R, and KSF.

C	A	R	KSF
...	...	...	...

Handwritten notes on a table with columns labeled C, A, R, and KSF.

C	A	R	KSF
...	...	...	...

Handwritten notes on a table with columns labeled C, A, R, and KSF.

C	A	R	KSF
...	...	...	...

Handwritten signature and text at the bottom right of the page.