



การจัดการความรู้ของหน่วยงาน งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง การสรุปรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน เพื่อสรุปคะแนน
โดยใช้แนวคิด Lean มาใช้ในการพัฒนางานแต่ละระบบร่วมกัน
วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้ ...วันที่ 28 ธันวาคม 2565....

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

| | | |
|------------------|----------------|-------------------------------|
| 1. คุณสุพัตรา | คำไพเราะ | ผู้จัดการความรู้ (KM Manager) |
| 2. คุณพัทธนันท์ | คงชุ่ม | ผู้จัดการความรู้ (KM Manager) |
| 3. คุณสุภาพร | พาณิชสมบัติกิจ | คุณลิขิต (Note Taker) |
| 4. คุณวันวิสาข์ | เทพวิญญากิจ | คุณลิขิต (Note Taker) |
| 5. ภาณุ.ชนิดรา | อินทร์ศิริ | คุณกิจ |
| 6. คุณชนิษฐา | ชั้นซี | คุณกิจ |
| 7. คุณบุษกร | อัลเลน | คุณกิจ |
| 8. คุณศิริรัตน์ | สุวรรณฉิม | คุณกิจ |
| 9. คุณณปภัช | ศรีภมร | คุณกิจ |
| 10. คุณสุกัญญา | บุญยะวาศ | คุณกิจ |
| 11. คุณยุวลักษณ์ | ลิ้มนภา | คุณกิจ |

1. หลักการและเหตุผล

ตามที่ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกทีมและทุกหน่วยงาน ให้มีการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการบริการอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 เพื่อสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย รวมทั้งได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อย่างต่อเนื่อง และงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีหน้าที่รวบรวมผลการดำเนินการการพัฒนาคุณภาพ (RM & DC, UP & CQI และ KPI) ตามเกณฑ์การประเมินระดับหน่วยงาน (หัวหน้างานและบุคลากร) จำนวน 4 ตัวชี้วัด ในรอบการประเมินปีงบประมาณ 2566 ดังนี้

| ตัวชี้วัด | งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แจ้งหน่วยงาน โดยจัดทำบันทึก |
|--|--|
| 1. ระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง | ให้หน่วยงานส่งข้อมูล 9 ธันวาคม 2565 |
| 2. ระดับความสำเร็จของระบบเอกสารคุณภาพระดับหน่วยงานและระดับทีม/องค์กร | |
| 3. ระดับความสำเร็จของกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงาน (Unit Profile, CQI หรือ R2R) | - Unit profile ให้หน่วยงานส่งข้อมูลปรับปรุง 23 ธ.ค. 65 - CQI ใช้ข้อมูลขึ้นทะเบียน กำหนดส่ง 1 ส.ค. 65 และข้อมูลจาก |

| | |
|--|---|
| ตัวชี้วัด | งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แจ้งหน่วยงาน โดยจัดทำบันทึก |
| | กิจกรรม Club Friday |
| 4. ระดับความสำเร็จของการวัด การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุง ผลการดำเนินการขององค์กร | อยู่ระหว่างดำเนินการ โดย หน่วยงานสรุปการดำเนินการใน การจัดการความรู้ ครั้งนี้ |

จากผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ 1-3 หน่วยงานได้มีการแจ้งบันทึกให้ภาควิชาและหน่วยงานส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มพร้อมเกณฑ์ และลงให้คำปรึกษาหน่วยงานในการจัดทำเอกสารคุณภาพ และได้รับข้อมูล feedback ในการติดตามงานหลากหลาย ช้าช้อน และเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจึงมีการจัดความรู้ โดยใช้แนวคิด Lean management มาพัฒนางานแต่ละระบบร่วมกัน

2.วัตถุประสงค์ของการ Share & Learn

- 2.1 เพื่อกระตุ้นส่งเสริม สนับสนุนให้ ทีมนำทางคลินิก ทีมระบบงาน และหน่วยงานมีการส่งผลงานเพิ่มขึ้นและไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน
- 2.2 เพื่อลดจำนวนเอกสาร และขั้นตอน ในการส่งข้อมูลตามตัวชี้วัดให้กับหน่วยงาน
- 2.3 เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับผลงาน

3.เป้าหมาย/ตัวชี้วัดของการ Share & Learn

- 3.1 ร้อยละภาควิชา หน่วย ส่งข้อมูลประกอบตัวชี้วัด $\geq 80\%$
- 3.2 ลดขั้นตอนการทำงานและติดตามตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จของการวัด การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร”
- 3.3 ร้อยละความพึงพอใจด้านการประสานและการติดตามงาน $\geq 80\%$
- 3.1-3.3 ยังไม่สามารถสรุปข้อมูลตัวชี้วัดในรอบที่ 1/2566
- 3.4 มีแผนการดำเนินการจัดการความรู้ รอบที่ 2/2566 เพื่อตอบสนองต่อหัวข้อการจัดการความรู้

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

- Success Story Telling (SST)
- The World Cafe
- อื่นๆ กรณีระบุ

5.กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

| ผู้ share | Share & Lean | เทคนิค/วิธีการ |
|-------------------------|---|---|
| คุณชนิตรา อินทร์ศิริ | เกณฑ์ในการประเมินรอบนี้ คือ หน่วยงาน/คณะกรรมการ คัดเลือก ตัวชี้วัดโดยต้องระบุว่า เป็นระดับหน่วยงาน หรือระดับทีมนำ (ทาง คลินิกหรือระบบงานสำคัญ) พร้อมจัดทำ KPI Dictionary ในรูปแบบ ของศูนย์การแพทย์ฯ ซึ่งงานพัฒนาคุณภาพเคยอบรม workshop ใน การใช้โปรแกรม IMS และจัดทำ Template KPI มาแล้ว ผลการประเมินการจัดส่ง KPI Dictionary ระดับทีมในเล่ม SAR | - สรุปวิเคราะห์งานที่ รับผิดชอบ และ แบ่งกลุ่มตาม ความสำเร็จหรือ ประเด็นปัญหาที่พบ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนา |

| ผู้ share | Share & Lean | เทคนิค/วิธีการ |
|----------------------------|---|--|
| | <p>เฉพาะ Part 4</p> <p>พบว่า มีการส่ง 49 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 204 ตัวชี้วัด</p> <p>ส่วนระดับทีมในเล่ม SAR Part 1-3 ยังไม่ได้ทำการสรุปข้อมูล</p> <p><u>แต่ยังพบประเด็นปัญหา คือ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ใน Unit Profile <ul style="list-style-type: none"> - ตัวชี้วัดที่สร้างไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กระบวนการหลัก หรือความเสี่ยง - ตัวชี้วัดที่สร้าง ไม่มีการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ มีเพียงชื่อตัวชี้วัด 2. ตัวชี้วัดระดับทีม (ที่แสดงใน SAR Part 1-4) <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลของตัวชี้วัด ไม่ได้เป็นข้อมูลระดับทีมหรือโรงพยาบาล ทั้งหมด บางตัวชี้วัดเป็นข้อมูลเฉพาะในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่นำตัวชี้วัดนั้นมาเป็นผลลัพธ์ในระดับทีม - หน่วยงาน/ทีม ไม่ได้เก็บผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง โดยจะส่งข้อมูลให้เฉพาะตอนทำรูปเล่ม SAR ส่งสรพ. เพื่อประเมินเท่านั้น <p>จึงได้วางแผน โดยการส่งบันทึกข้อความ ให้หน่วยงาน/ทีม</p> <p>ตอบชื่อตัวชี้วัดที่คัดเลือก พร้อมแนบ KPI Dictionary เพื่อเป็นการ</p> <p>สื่อสารความหมายของตัวชี้วัดนั้นให้บุคคลอื่นได้รับทราบ โดยให้อ้างอิงเชื่อมโยงข้อมูลกระบวนการหลักและความเสี่ยง ที่ได้จากการตามงาน RM & DC</p> | <p>งานต่อ</p> |
| <p>คุณสุภัตรา คำไพเราะ</p> | <p>- อยากให้มองใจเขาใจเรา โดยหน่วยงาน HA ทำเสร็จหรือยังก่อนการติดตามหน่วยงานอื่น โดยที่เราเองก็ยังไม่เสร็จ ให้คิดว่าหน่วยงานอื่นๆ ก็เหมือนเรา เราจะไปทำอะไรเพิ่มเติมให้คิดถึงหน่วยงานซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะทีม RM & DC มา ขอให้ทำงานที่ไม่ซ้ำซ้อน สรุปแจ้งหน่วยงานให้ชัดเจน</p> <p>- ตามที่งาน HA ได้มีการ Workshop IMS & Template KPI และมีติดตาม Template KPI ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ให้กับภาควิชา ทีมนำทางคลินิก ทีมระบบงาน และหน่วยงาน และมีการจัด Workshop ครั้งที่ 2 เดือนธันวาคม 65 ซึ่งยังไม่มีมีการสรุปสถานะผลการดำเนินงานการส่ง Template KPI โดยขอให้ทีมสรุปข้อมูลมาทบทวนเพื่อวางแผนสื่อสารติดตามรายหน่วยงานหรือกลุ่มงานที่ยังไม่มีข้อมูล โดยให้วิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่โดยยังไม่ต้องตามข้อมูลจากหน่วยงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลการรายงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล part 4 ที่รายงานในระบบ IMS/ THIP/ ExpNet 2. ตัวชี้วัดระดับหน่วยงานที่มีอยู่ใน Unit Profile ที่ส่งมาขึ้นทะเบียน โดยเสนอแนะการวิเคราะห์และสรุปข้อมูลโดยออกแบบตาราง เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ช่องที่ 1 ชื่อหน่วยงาน ช่อง 2 ตัวชี้วัด ช่องที่ 3 มี Template <p>ช่องที่ 4 รายงานตัวชี้วัดในระบบ IMS และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด part4 (ตามเกณฑ์ช่อง 4 อาจเป็นแถมบวก) ซึ่งจากเกณฑ์เดิม</p> | <p>- สรุปข้อมูลงานที่รับผิดชอบให้เห็นรูปธรรมชัดเจน</p> <p>- ก่อนการปรับแบบฟอร์มให้หน่วยงานสรุปงาน</p> <p>หน่วยงาน HA ควรจัดทำให้เรียบร้อย เพื่อจะได้เข้าใจ และสื่อสาร ต่อได้</p> <p>- ให้ทีมสรุปข้อมูลมาทบทวน เพื่อวางแผนสื่อสารติดตามรายหน่วยงานหรือกลุ่มงานที่ยังไม่มีข้อมูล โดยให้วิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่โดยยังไม่ต้องตามข้อมูลจากหน่วยงาน</p> |

| ผู้ share | Share & Lean | เทคนิค/วิธีการ |
|---------------------------|---|--|
| | <p>เราให้คะแนนไปถึงการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ถึงได้คะแนนเต็ม</p> <p>นำข้อมูลมานำเสนอ พร้อมแผนการสื่อสารกับหน่วยงานที่ยังไม่มีข้อมูล เพื่อเสนอแนะวางแผนร่วมกับหน่วยงาน ในการเพิ่มคะแนน KPI ดังกล่าว แผนดำเนินการต่อไป คือ จัดทำ Work Shop Unit Profile เพื่ออธิบายให้หน่วยงานเห็นถึงความสำคัญและเอามารวมกัน</p> | |
| <p>คุณพัทธนันท์ คงชุม</p> | <p>ขอให้ทีม KPI กลับไปวิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่มีอยู่เพื่อมาแยกกลุ่มในการติดตามงาน เพื่อลดขั้นตอน ลดความซ้อน ตัวชี้วัด part 4 ก่อน และข้อมูลที่เป็นตัวชี้วัด THIP และตัวชี้วัดส่งมาแล้วจำนวนกี่เปอร์เซ็นต์</p> <p>- ให้สรุปข้อมูลโดยแบ่งกลุ่ม ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) หน่วยงานที่อยู่ในตัวชี้วัด PART 4 ได้ 5 คะแนน 2) หน่วยงานที่ไม่ได้อยู่ในตัวชี้วัด PART 4 โดยแยกเป็น ไม่มีอะไรส่งเลย กับ มี Template ส่ง <p>* อาจจะประสานติดตาม หรือ เรียกมาทำ Workshop ให้เห็นสิ่งที่ยังไม่มี และนำเสนอชี้แนะให้หน่วยงานเห็นความสำคัญ</p> | <p>- ทีมสรุปวิเคราะห์ ข้อมูลมาก่อน เพื่อลดขั้นตอน ลดความซ้ำซ้อนในการติดตามตัวชี้วัดตัวที่ 4 ซึ่งมีข้อมูลตัวชี้วัดอยู่แล้ว ในระดับโรงพยาบาล ระดับหน่วยงาน (ว่าดำเนินการอะไร ครบถ้วนหรือไม่ ยังขาดอะไร)</p> <p>- จัดรูปแบบ Workshop การจัดทำ Unit profile หน่วยงานเพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและนำไปใช้ประโยชน์ในระบบงานของหน่วยงาน</p> |
| <p>คุณชนิษฐา ชั้นชี</p> | <p>จากการลงพื้นที่หน่วยงานเพื่อให้คำปรึกษาเรื่องการจัดทำบัญชีความเสี่ยง และการทบทวนเอกสารคุณภาพ ได้รับข้อมูล feedback เรื่องการติดตามงานของงาน HA ว่า มีความซ้ำซ้อนและเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยงานก็งานยุ่งมากพออยู่แล้ว เพราะเป็นงานที่ต้องให้บริการผู้ป่วยหลายๆ หน่วยไม่มีเวลาที่จะมาทำงานเอกสารให้ HA หรือทำ HA ถึงไม่ทำอะไรที่มันง่ายกว่านี้ หรือทำไมถึงไม่ใช่ข้อมูลจาก Unit Profile ของหน่วยงานที่ส่งไป มาวิเคราะห์และสรุปข้อมูลจากฐานข้อมูลของ HA เองว่าแต่ละหน่วยงานมีการใช้งานเอกสารคุณภาพอะไรบ้าง มันจะได้ง่ายกว่านี้ ให้หน่วยงานเค้าใช้เวลาในการปฏิบัติงานที่เน้นเรื่องความปลอดภัย ของผู้ป่วยจะดีกว่า การทำงาน HA คิดแบบฟอร์มขึ้นมามากมาย มันไม่ได้ช่วยให้หน่วยงานทำงานง่ายขึ้น แต่มันเป็นการเพิ่มภาระงานให้เค้ามากกว่า และหัวหน้างานแต่ละหน่วยงาน ก็ไม่ได้เข้าใจงานคุณภาพกันทุกคน ต้องเข้าใจหน่วยงานด้วย</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.แบบฟอร์มที่จัดทำขึ้นควรมีการสอบถามจากหน่วยงานต่างๆ ก่อนว่าเข้าใจหรือไม่ 2.ควรมีการชี้แจงหรืออธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ในเรื่องที่จะสื่อสารออกไป การส่งหนังสือตามงานอย่างเดียวไม่ได้ช่วยอะไร ควรมีการสื่อสารรายละเอียด ผ่านที่ประชุมหัวหน้างาน 3.การทำหนังสือติดตามงาน ควรสรุป |

| ผู้ share | Share & Lean | เทคนิค/วิธีการ |
|---------------------------------|---|---|
| | | <p>งานที่ต้องการให้ชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย ไม่ต้องร่างเนื้อหา มาเยอะ อ่านแล้วไม่เข้าใจ จะทำให้หน่วยงาน งง และสงสัยมากขึ้น</p> <p>4. ถ้า HA อยากได้งานที่มีคุณภาพ ไม่ใช่แค่การส่งให้ทันเวลา ก็ต้องเปิดใจยอมรับฟังหน่วยงานอื่นๆ ด้วย หัวหน้าทุกหน่วยงานพร้อมที่จะทำ และ support ข้อมูลให้ HA</p> <p>5. ปรับประโยคการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ไม่ต้องใช้ศัพท์คุณภาพมากเกินไป เพราะมันทำให้เข้าใจยาก</p> |
| <p>คุณสุภาพร พาณิชสมบัติกิจ</p> | <p>จากตัวชี้วัดที่งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล รับผิดชอบรวบรวม ตรวจสอบให้มีการดำเนินการตามเป้าหมาย 4 ตัวชี้วัด ซึ่งมีการติดตามงานที่หลากหลาย หลายครั้ง จะทำอย่างไรให้มีการติดตามงานในครั้งเดียว เช่น ให้นำหน่วยงานสรุปรายงานการประเมินตนเอง unit profile</p> <ul style="list-style-type: none"> - RM ดึงข้อมูลจาก Unit profile ตรงหัวข้อที่เกี่ยวข้อง - DC ดึงข้อมูลจาก Unit profile ตรงหัวข้อที่เกี่ยวข้อง - KPI ดึงข้อมูลจาก Unit profile ตรงหัวข้อที่เกี่ยวข้อง <p>ซึ่ง ทีมต้องมาพิจารณาพัฒนาแบบฟอร์ม unit profile เพื่อดูความครบถ้วนของข้อมูล ในแต่ละส่วน</p> <p>- จากการที่หน่วยงานส่ง Unit Profile ส่วนใหญ่หน่วยงานจะปรับเพิ่มในส่วนของปริมาณงาน และตัวชี้วัดให้ Update ถึงข้อมูลที่ตาม แต่ยังคงขาดการสรุปข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และนำไปใช้ประโยชน์ในพัฒนางานเพิ่มขึ้น</p> | <p>- ลดการติดตามงานแต่ละด้าน โดยใช้ Unit profile เป็นเอกสารสรุปงานในแต่ละระบบ</p> |
| <p>คุณศิริรัตน์ สุวรรณฉิม</p> | <p>จากการติดตามข้อมูล Unit profile และ CQI พบบางหน่วยงานไม่ศึกษาข้อมูลในบันทึกและเอกสารที่แนบ และยังไม่เข้าใจ ใน timeline ทำให้การส่งเอกสารยังผิดพลาด แต่จะมีการแก้ไขกลับให้หน่วยงานทุกครั้ง เช่น ใบขอขึ้นทะเบียน UP CQI ข้อมูลไม่ถูกต้อง ครบถ้วน</p> | |
| <p>คุณวันวิสาข์</p> | <p>การได้ลง Coach หน่วยงาน KPI RM & DC ได้ไปหน่วยงาน..... ได้รับ</p> | <p>มีวิธีที่ทำให้หน่วยงาน</p> |

| ผู้ share | Share & Lean | เทคนิค/วิธีการ |
|-------------|--|---|
| เทพวิญญากิจ | ข้อเสนอแนะว่าทาง HA เราส่งบันทึกติดตามงานมากเกินไป และมีผลงานที่ต้องส่งหลายงานทำให้สับสนในการดำเนินงาน อยากให้ทาง HA เราสรุปให้หน่วยงานทำงานได้ง่ายและสะดวกที่สุดเนื่องจากหน่วยงานมีภาระงานประจำอยู่แล้ว การที่ต้องทำเอกสารส่งให้ทาง HA เป็นการเพิ่มภาระทำงานมากขึ้น | ได้ทำงานได้ง่ายและสะดวก ไม่เพิ่มภาระให้หน่วยงาน |

6. Key Success Factor

1. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน รอบที่ 1/2566 สรุปการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน และสรุปปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขปรับปรุง โดยใช้แนวคิด Lean เพื่อลดภาระงานและความซับซ้อนของหน่วยงานที่ต้องสรุปข้อมูลส่งเพิ่ม โดยสรุปประเด็นและคำถึงผู้รับบริการ ดังนี้

- งานที่มีข้อมูลอยู่แล้วควรนำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์ให้คะแนน ไม่ควรจัดทำแบบฟอร์มอะไรเพิ่มเติมเพื่อลดขั้นตอน ลดความซ้ำซ้อน ไม่เพิ่มภาระงานหน่วยงาน

- สรุปวิเคราะห์งานที่รับผิดชอบ และแบ่งกลุ่มตามความสำเร็จหรือประเด็นปัญหาที่พบ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาปรับปรุงงานร่วมกัน (ระดมความคิดเห็น เช่น จัดรูปแบบ Workshop การจัดทำ Unit profile หน่วยงานเพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและนำไปใช้ประโยชน์ในระบบงานของหน่วยงาน)

- ก่อนการปรับแบบฟอร์มให้หน่วยงานสรุปงาน หน่วยงาน HA ควรจัดทำให้เรียบร้อย เพื่อจะได้เข้าใจและสื่อสาร ติดตามงานหน่วยงานอื่น

- แบบฟอร์มที่จัดทำขึ้นหรือบันทึกสื่อสารติดตามงานต่างๆ ควรมีการสอบถามจากหน่วยงานต่างๆ ก่อนว่าเข้าใจหรือไม่ มีการชี้แจงหรืออธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ในเรื่องที่จะสื่อสารออกไป การส่งหนังสือตามงานอย่างเดียวไม่ได้ช่วยอะไร ควรมีการสื่อสารรายละเอียด ผ่านที่ประชุมหัวหน้างาน / การทำหนังสือติดตามงาน ควรสรุปงานที่ต้องการให้ชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย ไม่ต้องร่างเนื้อหาละเอียด อ่านแล้วไม่เข้าใจ จะทำให้หน่วยงานงง และสงสัยมากขึ้น / งานคุณภาพ ไม่ใช่แค่การส่งให้ทันเวลา ก็ต้องเปิดใจยอมรับฟัง หน่วยงานอื่นๆ ด้วย หัวหน้าทุกหน่วยงานพร้อมที่จะทำ และ support ข้อมูลคุณภาพ

- ประโยคการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ไม่ต้องใช้ศัพท์คุณภาพ มากเกินไป เพราะมันทำให้เข้าใจยากมากขึ้น

2. สรุปข้อมูลและคะแนนประกอบตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จของการวัด การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร” ครั้งที่ 1/2566 สรุปข้อมูลมาทบทวน เพื่อวางแผนสื่อสารติดตามรายหน่วยงานหรือกลุ่มงานที่ยังไม่มีข้อมูล โดยให้วิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่โดยยังไม่ต้องตามข้อมูลจากหน่วยงาน ดังนี้

2.1 ข้อมูลการรายงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล part 4 ที่รายงานในระบบ IMS/ THIP/ ExPNet

2.2 ตัวชี้วัดระดับหน่วยงานที่มีอยู่ใน Unit Profile ที่ส่งมาขึ้นทะเบียน โดยเสนอแนะการวิเคราะห์และสรุปข้อมูลโดยออกแบบตาราง เช่น

- ช่องที่ 1 ชื่อหน่วยงาน ช่อง 2 ตัวชี้วัด ช่องที่ 3 มี Template ช่องที่ 4 รายงานตัวชี้วัดในระบบ IMS และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ตัวชี้วัด part4 (ตามเกณฑ์ช่อง 4 อาจเป็นแต่้มวก) ซึ่งจากเกณฑ์เดิมเราให้คะแนนไปถึงการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ถึงได้คะแนนเต็ม

นำข้อมูลมานำเสนอ พร้อมแผนการสื่อสารกับหน่วยงานที่ยังไม่มีข้อมูล เพื่อเสนอแนะวางแผนร่วมกับหน่วยงาน ในการเพิ่มคะแนน KPI ดังกล่าว

* นำข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ให้คะแนนตามเกณฑ์ และนำข้อมูลประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้ได้ข้อมูล และสื่อสารเพิ่มเติมหน่วยงานและในที่ประชุมหัวหน้างาน

3. สรุปข้อมูลตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน รอบที่ 2/2566 (เดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2566) โดยจัดทำ Action plan ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการติดตามงานร่วมกันก่อนจะสื่อสารติดตามงาน โดยใช้แนวคิด Lean ในมุมมองของผู้รับบริการ

7.ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

1. สรุปการ Lean การติดตามโดยใช้บันทึกติดตาม ตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จของการวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร” เป็นสรุปข้อมูลที่หน่วยงานที่ส่งมา และสื่อสารขอข้อมูลเพิ่มเติม ตามเกณฑ์ เพื่อไม่ให้หน่วยงานต้องมาสรุปงานเพิ่มเติม

2. แผนการดำเนินงานติดตามข้อมูลตามตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด ที่หน่วยงานรับผิดชอบ

8.นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

คู่มือ

แผ่นพับ

มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านโปรแกรมหรือระบบต่างๆ..Web page HA

<http://www.med.swu.ac.th/msmc/ha/index.php/78-km-cate/329-ha>

9.ภาพประกอบการทำกิจกรรม





แบบฟอร์มที่ติดตาม : ภาควิชา/หน่วยงานต้องส่งทุกรอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน

1) Unit profile

- 1.1 แบบฟอร์ม Unit profile
- 1.2 แบบฟอร์มขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ Unit profile
- 1.3 ฟอร์ม SAR และฟอร์ม CLT Profile ตามรูปแบบ สรพ.

2) CQI

- 2.1 ใบแจ้งขอดำเนินการขึ้นทะเบียนกิจกรรม CQI/CQS
- 2.2 แบบสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง Continuous Quality Improvement (CQI)
- 2.3 อื่นๆ ฟอร์มบทคัดย่อ สรพ.

3) RM

- 3.1 สำหรับหน่วยงานทางคลินิกและสนับสนุนคลินิก ได้แก่
 - 1) บัญชีความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical risk)
 - 2) บัญชีความเสี่ยงเฉพาะโรค (Specific Clinical risk)
 - 3) บัญชีความเสี่ยงทั่วไปด้านบุคลากร (General Risk)
 - 4) บัญชีความเสี่ยงทั่วไปอื่นๆ
 - 5) แผนควบคุมความเสี่ยงสำคัญ 3 - 5 ลำดับแรก ของบัญชีความเสี่ยง

3.2 สำหรับหน่วยงานสนับสนุนบริการ (Back office) ได้แก่

- 1) บัญชีความเสี่ยงทั่วไปด้านบุคลากร (General Risk)
- 2) บัญชีความเสี่ยงทั่วไปอื่นๆ
- 3) แผนควบคุมความเสี่ยงสำคัญ 3 - 5 ลำดับแรก ของบัญชีความเสี่ยง

4) DC

4.1 φόρμแบบทบทวนเอกสารคุณภาพที่สอดคล้องตามกระบวนการหลัก/ความเสี่ยงสำคัญ/จุดเน้นการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ หรือ Excellence Center

4.2 φόρμแผนการดำเนินงานเอกสารคุณภาพปีงบประมาณ

5) KPI

5.1 แบบฟอร์ม Template KPI Dictionary MSMC

(ร่าง) แผนปฏิบัติงาน (ต่อเนื่อง) รอบที่ 2/2566 (กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2566)
เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการสรุปรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน
เพื่อสรุปคะแนน โดยใช้แนวคิด Lean มาใช้ในการพัฒนางานแต่ละระบบร่วมกัน

| กิจกรรม | ม.ค. | ก.พ. | มี.ค. | เม.ย. | พ.ค. | มิ.ย. | ก.ค. |
|--|------|------|-------|-------|------|-------|------|
| 1) ผู้รับชอบสรุปข้อมูล คะแนนตามเกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ ตามข้อมูลที่ได้มีการติดตาม และวิเคราะห์จากข้อมูลปัจจุบัน นำเสนอที่ประชุมหน่วยงาน | | | | | | | |
| 2) ผู้รับผิดชอบสรุปประเด็นปัญหา แนวทางการปรับปรุงโดยใช้แนวคิด Lean การลดความซ้อนเอกสาร ลดภาระงานของหน่วยงาน ครั้งที่ 1/2666 เพื่อวางแผนครั้งที่ 2/2566 | | | | | | | |
| 3) จัดกิจกรรมการจัดการความรู้ (ต่อเนื่อง) | | | | | | | |
| 4) ติดตามงาน ตามข้อสรุปข้อ 2 และ 3 - สื่อสารผ่าน บันทึกรับข้อความ และสื่อสารทุกช่องทาง | | | | | | | |
| 5) ร่างสรุปข้อมูลและคะแนนตัวชี้วัด พิจารณาร่วมกันในที่ประชุมหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงติดตามข้อมูลส่งคะแนนตัวชี้วัด | | | | | | | |

(นางสุพัตรา คำไพเราะ)

รักษาการแทน หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ รพ.