



แบบฟอร์มการจัดการความรู้

ชื่อหน่วยงาน พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

แบบฟอร์มส่วนที่ 1

ชื่อเรื่อง การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในการเตรียมความพร้อม
รับการเยี่ยมสำรวจด้านคุณภาพโรงพยาบาล

วันที่ 10 มีนาคม 2568

ที่มาของปัญหา : ☒ มาจากปัญหาของระบบงาน ☒ ระบบบริการ ☒ ใบรายงานอุบัติการณ์

1. กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn)

☒ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปประเด็นในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เฉพาะในระดับ
หน่วยงาน/ แผนกของตนเอง

☒ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปประเด็นใน ระหว่างหน่วยงาน / ครอบคลุมงาน

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์อชิป กฤตยสิงห์ | รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ |
| 2. นางพัทธนันท์ คงชุม | หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล |
| 3. นางสุพัตรา คำไพบระ | พยาบาลชำนาญการ |
| 4. ภญ.ชนิตรา อินทร์ศิริ | เภสัชกร งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล |
| 5. น.ส.สุภาพร พาณิชสมบัติกิจ | นักวิชาการศึกษาชำนาญการ |
| 6. นางบุษกร อัลเลน | นักจัดการงานทั่วไป |
| 7. น.ส.วันวิสาข์ เทพวิญญากิจ | นักจัดการงานทั่วไป |
| 8. น.ส.ชนิษฐา ชันซี | นักจัดการงานทั่วไป |
| 9. นางสุกัญญา บุญยะวาส | ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป |
| 10. น.ส.ศิริรัตน์ สุวรรณนิม | ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป |
| 11. นางณปภัช ศรีภมร | ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป |
| 12. น.ส.ยุวลักษณ์ ลิ่มนภา | ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป |
| 13. น.ส.อาภัสรา ดิษฐโชติ | ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป |

3. หลักการและเหตุผล

การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ถือเป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองคุณภาพมาแล้วถึง 4 ครั้ง แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้งขององค์กร อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าในกระบวนการเตรียมความพร้อมในการรับเยี่ยมสำรวจนั้นยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินการขึ้นอยู่กับความทรงจำและประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละราย ส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องในการดำเนินงาน

เพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในการเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจด้านคุณภาพโรงพยาบาล งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงได้จัดกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เพื่อถอดบทเรียนจากประสบการณ์จากการเยี่ยมสำรวจครั้งที่ผ่านๆ มา ผ่านกระบวนการ การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR) รวมถึงมุ่งหวังที่จะยกระดับการดำเนินงาน สร้างแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) โดยเฉพาะการจัดทำ "คู่มือระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การเตรียมพร้อมการรับเยี่ยมสำรวจในการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล" ให้เป็นรูปธรรมและเป็นมาตรฐานที่ชัดเจน และค้นหาประเด็นสำคัญที่สามารถพัฒนาต่อยอดไปสู่โครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) หรืองานวิจัยจากงานประจำ (R2R) เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในระดับองค์กรและมีศักยภาพในการเผยแพร่สู่ภายนอก อันจะนำมาซึ่งความภาคภูมิใจและวัฒนธรรมคุณภาพที่เข้มแข็งของโรงพยาบาล และจากการจัดการความรู้ครั้งนี้ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้วางแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และสื่อสารเอกสารคุณภาพ ระเบียบปฏิบัติ (system procedure) เรื่อง แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ และระเบียบปฏิบัติ (system procedure) เรื่อง การบริหารจัดการการเยี่ยมสำรวจภายนอก ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ

4. วัตถุประสงค์

- 4.1 เพื่อถอดบทเรียนและรวบรวมองค์ความรู้จากการเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจ
- 4.2 เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างและจุดที่ต้องพัฒนา (Gap Analysis) จากการทบทวน AAR หลังการเยี่ยมสำรวจ พร้อมจัดทำ ระเบียบปฏิบัติในการเตรียมพร้อมการรับเยี่ยมสำรวจในการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ขององค์กร
- 4.3 เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และระเบียบปฏิบัติไปยังบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้อง
- 4.4 เพื่อส่งเสริมการพัฒนาต่อยอดเป็นโครงการ CQI หรือ R2R อย่างเป็นรูปธรรม

5. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- 5.1 บุคลากรงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ ร้อยละ 80
- 5.2 มี ระเบียบปฏิบัติในการเตรียมพร้อมการรับเยี่ยมสำรวจในการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล ที่เป็นรูปธรรม และได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพเพื่อใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล
- 5.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบระเบียบปฏิบัติฯ ร้อยละ 80
- 5.4 หน่วยงาน และงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดำเนินการ CQI หรือ R2R ที่มีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดจากผล KM ครั้งนี้ได้อย่างน้อย 2 เรื่อง ภายใน 6 เดือน

6. สรุปประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

6.1 วิธีดำเนินการ

6.1.1 การค้นหาและรวบรวมองค์ความรู้ (Knowledge Identification & Acquisition):

- การทบทวนเอกสาร: สรุปประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลเรียนรู้จากการเตรียมความพร้อมและการเยี่ยมสำรวจจากการเยี่ยมสำรวจย้อนหลัง 4 ครั้ง, รายงาน AAR หลังการเยี่ยมสำรวจครั้งล่าสุด, เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมในแต่ละปี ทั้งในส่วนที่เป็นจุดแข็ง (สิ่งที่ได้อยู่แล้ว ควรธำรงรักษา) และจุดที่ควรพัฒนา (สิ่งที่ต้องปรับปรุง)
- การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group): หัวหน้าทีม, บุคลากรหลักที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมในแต่ละส่วนงาน
- การค้นพบช่องว่างจากการทบทวน AAR (Gap Identification from AAR): นำเสนอประเด็นปัญหาหรือข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุม AAR หลังการเยี่ยมสำรวจครั้งล่าสุดอย่างละเอียด

6.1.2 การประมวลผลและสังเคราะห์ความรู้ (Knowledge Processing & Synthesis):

- วิเคราะห์ข้อมูลและจัดหมวดหมู่ความรู้: แยกแยะความรู้ตามหมวดหมู่สำคัญของการเยี่ยมสำรวจ เช่น มาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย, ระบบงานต่างๆ (HR, ยา, ENV, เวชระเบียน, IT, การเงิน)
- การสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้: เชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ครอบคลุมและตกลึกเป็นองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ และนำเข้าสู่การจัดทำร่างคู่มือ

6.1.3 การจัดเก็บและเผยแพร่ความรู้ (Knowledge Storage & Sharing):

- จัดทำ "คู่มือการเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจคุณภาพโรงพยาบาล" ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (PDF) และขึ้นทะเบียนตามขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ
- การเผยแพร่: เผยแพร่ผ่านระบบ website หน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งเป็น Intranet ที่เข้าถึงง่าย, เผยแพร่ผ่านระบบมาตรฐานเอกสารคุณภาพ แสดงที่หน้า website ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระบบ Internet สามารถเข้าถึงได้จากทุกที่

6.1.4 การนำความรู้ไปใช้และต่อยอด (Knowledge Utilization & Application):

- การนำคู่มือไปใช้ในการเตรียมความพร้อมครั้งถัดไป
- ติดตามผลการใช้โดยใช้ตัวชี้วัด เช่น ความพึงพอใจของบุคลากร, ข้อเสนอแนะที่ลดลง

6.2 พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factors) ที่สำคัญ จากการทบทวน AAR และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อันเป็นรากฐานในการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ดังนี้:

6.2.1 **ภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากผู้บริหาร (Leadership & Executive Support):** การให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารระดับสูงและหัวหน้าหน่วยงาน เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้กระบวนการเตรียมความพร้อมดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

6.2.2 **การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Teamwork):** ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรจากหลากหลายหน่วยงานและวิชาชีพ ในการวางแผน การเตรียมการ และการแก้ปัญหาาร่วมกัน เป็นหัวใจหลักของความสำเร็จ

6.2.3 **การวางแผนและการเตรียมการเชิงรุก (Proactive Planning & Preparation):** การกำหนด Timeline ที่ชัดเจน การจัดทำ Quality Walk Round (QWR), การซ้อมย่อยเพื่อจำลองสถานการณ์จริง, การเตรียมเอกสารและสถานที่อย่างเป็นระบบ และการใช้ข้อมูลจากระบบ IT เพื่อติดตามความคืบหน้า เป็นการดำเนินการล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพ

- 6.2.4 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective Communication):** การสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ ทั้งภายในทีมและระหว่างทีมงานในทุกกระดับ รวมถึงการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้และบรรยากาศเชิงบวกในการเตรียมพร้อม
- 6.2.5 การมอบหมายบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน (Clear Roles & Responsibilities):** การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละกิจกรรมและแต่ละส่วนงานอย่างชัดเจน ทำให้การดำเนินงานไม่ซ้ำซ้อน ลดความสับสน และสามารถติดตามผลได้อย่างเป็นระบบ
- 6.2.6 การจัดการความรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ (KM & Experiential Learning):** การทบทวน AAR และการนำบทเรียนที่ได้มาปรับปรุงและจัดทำเป็นคู่มือและแนวปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 6.2.7 ความมุ่งมั่นและทัศนคติเชิงบวกของบุคลากร (Commitment & Positive Attitude):** ความพร้อมเพรียงและความตั้งใจของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพและร่วมมือกันปฏิบัติภารกิจ
- 6.2.8 ความยืดหยุ่นและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า (Flexibility & Problem Solving):** ความสามารถของทีมในการปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดหรือปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 ผลการจัดการความรู้ (KM Outcomes)

- 6.3.1** องค์ความรู้ที่ได้และแนวปฏิบัติ/คู่มือที่จัดทำขึ้น:
นำเสนอโครงสร้างและสาระสำคัญของ "คู่มือการเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจคุณภาพโรงพยาบาล สรพ." ที่จัดทำขึ้น ตัวอย่างเนื้อหาสำคัญในคู่มือ เช่น
- บทบาทและหน้าที่ของทีมงานเตรียมความพร้อม
 - ไทม์ไลน์และกิจกรรมหลักในการเตรียมตัว
 - Checklist สำหรับแต่ละหน่วยงาน
 - แนวทางการนำเสนอผลงานและข้อมูล
 - การเตรียมเอกสารและหลักฐาน
 - ข้อควรรู้เกี่ยวกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ
 - คำถามที่พบบ่อย (FAQ) และแนวทางการตอบคำถาม

7. มีแนวทางปฏิบัติที่สนับสนุนการทำงาน หรือช่วยแก้ปัญหาในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

7.1 ☒ มีแนวทางปฏิบัติ (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)

ผลจากการทำ KM (AAR) ได้นำไปสู่การวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบในการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจครั้งที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ พัฒนาสู่ความเป็นเลิศในการเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจด้านคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งแนวทางเหล่านี้ได้ถูกรวบรวมและพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของระเบียบปฏิบัติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ และอยู่ระหว่างพัฒนา ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารจัดการการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งรวบรวมขั้นตอนการปฏิบัติงาน ปัญหาที่พบบ่อย (ที่ได้จาก AAR) และแนวทางแก้ไข รวมถึง Checklist สำหรับแต่ละหน่วยงาน และแนวทางการนำเสนอผลงานและข้อมูล เพื่อเป็นมาตรฐานให้บุคลากรใช้ในการเตรียมตัวครั้งต่อไป และถือเป็นองค์ความรู้สำคัญของโรงพยาบาลที่ช่วยลดปัญหาที่เคยเกิดขึ้นซ้ำ

7.2 ☒ มีนวัตกรรม (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)

การใช้ QR Code และลิงค์ข้อมูลผ่าน google ไดรฟ์ ในการเข้าถึงเอกสารสำคัญเพื่อลดการใช้กระดาษ และเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล

7.3 ☐ มีคู่มือปฏิบัติ (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)

7.4 ☐ มีการขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ WI (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน) และเอกสารอื่นๆ

- ดำเนินการเรียบร้อย

ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร	ผู้จัดทำ	ว/ด/ป ที่ดำเนินการ	เอกสารหลักฐาน
สรุป การจัดการความรู้ การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ครั้งที่ 4 (Re-accreditation survey)	-	บุคลากรงานพัฒนาคุณภาพ	10 มีนาคม 2568	เอกสารแนบ 1
แผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	-	ภญ.ชนิตรา อินทร์ศิริ	มติที่ประชุมฯ คณะกรรมการบริหารศูนย์การแพทย์ฯ ครั้งที่ 3/2568 วันที่ 10 เมษายน 2568 ระเบียบวาระที่ 4.2	เอกสารแนบ 2
แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ	QMS-000-2-005-00	ภญ.ชนิตรา อินทร์ศิริ	17 มิถุนายน 2568	เอกสารแนบ 3

- อยู่ระหว่างดำเนินการ (เพิ่มเติม)
 - ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การบริหารจัดการการเยี่ยมสำรวจภายนอก
 - วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง เอกสารในการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ (Documentation Review)

7.5 ☒ แผ่นพับ/โปสเตอร์ที่ได้เผยแพร่ (ใส่รายละเอียดหรือแนบหลักฐาน)

การจัดทำคลิป VDO PR และโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเผยแพร่และสร้างการมีส่วนร่วมในการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสื่อสารแนวทางและสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกัน

7.6 ☐ อื่นๆ (กรณีระบุ) -

แบบฟอร์มส่วนที่ 2

8. มีการนำผลไปปฏิบัติ/ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

8.1 ☒ มีการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงอย่างเป็นรูปธรรม กิจกรรม KM ผ่านกระบวนการ AAR ได้นำไปสู่การระบุปัญหาในการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจอย่างชัดเจน

และได้กำหนดแนวทางแก้ไขที่เป็นรูปธรรม ซึ่งถูกนำไปบรรจุไว้ใน "คู่มือระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การเตรียมพร้อม การรับเยี่ยมสำรวจ" เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีการนำไปปฏิบัติจริงในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น:

- **การปรับปรุงกระบวนการเตรียมเอกสาร:** กำหนด Timeline ที่ชัดเจนขึ้น, เน้นการตรวจสอบความครบถ้วน-ถูกต้อง, ส่งเสริมการใช้ระบบดิจิทัล (เช่น ระบบจัดเก็บเอกสารออนไลน์) เพื่อลดความผิดพลาดและเพิ่มความรวดเร็ว
- **การเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน:** กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงานแต่ละด้านอย่างชัดเจน, การจัดทำ Checklist สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้เยี่ยม เพื่อให้การทำงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่น
- **การสร้างมาตรฐานการดำเนินการระหว่างเยี่ยมสำรวจ:** กำหนดบทบาทผู้เข้าร่วมทีมตามรอบ, แนวทางการสรุป Daily Briefing ให้กระชับและครอบคลุม การนำคู่มือนี้ไปใช้ จะช่วยลดปัญหาที่เคยเกิดขึ้นซ้ำ สร้างความมั่นใจให้บุคลากร และเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวมของกระบวนการ

8.2 ☒ มีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ไปยังผู้ที่สนใจ มีหลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถตรวจสอบได้ เช่น website หน่วยงาน หรือบันทึกข้อความหรืออื่นๆ (กรุณาระบุรายละเอียด)

8.2.1 "คู่มือระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การเตรียมพร้อมการรับเยี่ยมสำรวจในการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล" ซึ่งเป็นผลผลิตหลักจาก KM ครั้งนี้ ได้ผ่านการขึ้นทะเบียนตามมาตรฐานเอกสารคุณภาพจัดเก็บในคลังความรู้ (Knowledge Repository) ขององค์กรและเผยแพร่ผ่านช่องทางดังนี้:

- ระบบเว็บไซต์ของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่สามารถเข้าถึงได้ภายในองค์กรผ่าน Intranet
- ระบบมาตรฐานเอกสารคุณภาพที่หน้าเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระบบ Internet ที่สามารถเข้าถึงได้จากทุกที่

8.1.2 มีการวางแผนนำเสนอผลการจัดการความรู้และ "คู่มือปฏิบัติงาน" ที่ได้ในเวทีจัดการความรู้ระดับองค์กร (KM Forum) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นแบบอย่างให้หน่วยงานอื่น

8.3 ☒ มีการประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้จนเกิดเป็น Best Practice ที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือบุคคลอื่น

8.3.1 **คู่มือระเบียบปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น** ถือเป็นองค์ความรู้ที่กลั่นกรองจากประสบการณ์จริงขององค์กร (AAR) และได้ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ จนเป็นแนวทางที่ชัดเจน คาดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานอื่นในการนำไปปรับใช้ในการรับเยี่ยมประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในมาตรฐานอื่นๆ เช่น การเยี่ยมรับรองมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด ระบบยา มาตรฐานด้าน IT เป็นต้น

8.3.2 **การประเมินผลการนำไปใช้:** จะมีการติดตามและประเมินผลหลังจากนำคู่มือฯ ไปใช้ในการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจครั้งถัดไป โดยใช้ตัวชี้วัด เช่น:

- ผลลัพธ์การเยี่ยมสำรวจครั้งถัดไป (จำนวนข้อเสนอแนะ, ระดับการรับรอง)
- การลดลงของปัญหาที่เคยระบุใน AAR ครั้งนี้ (จากการทำ AAR ครั้งใหม่)
- ความพึงพอใจและระดับความมั่นใจของบุคลากรในการเตรียมตัว

8.3.3 **การเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น/หน่วยงานอื่น:** หากผลการนำไปใช้ประสบความสำเร็จและมีผลลัพธ์ที่ดีเยี่ยม โรงพยาบาลสามารถแบ่งปันประสบการณ์และคู่มือนี้ให้กับโรงพยาบาลอื่นในเครือข่าย หรือเผยแพร่ในวงกว้างผ่านช่องทางวิชาการ ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างยิ่งขึ้น

9. After Action Review (AAR)

9.1 ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร

9.1.1 การประยุกต์ใช้คู่มือฯ: หน่วยงานสามารถนำ "คู่มือระเบียบปฏิบัติฯ" ไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทเฉพาะของตนเองในการเตรียมเอกสาร การเตรียมทีม และการประสานงานภายในหน่วยงาน

9.1.2 การพัฒนา CQI เฉพาะหน่วยงาน: ใช้ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานตนเองที่ระบุใน AAR เป็นจุดเริ่มต้นในการทำโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างยั่งยืน

9.1.3 การสร้างทีมที่เข้มแข็ง: นำหลักการมอบหมายงานที่ชัดเจนและการทำงานเป็นทีมที่สรุปได้จาก KM ไปปรับใช้ในการเตรียมทีมของหน่วยงาน

9.2 ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร

9.2.1 ยกระดับมาตรฐานการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ: การมีคู่มือฯ ที่เป็นมาตรฐานกลาง จะช่วยให้ทุกหน่วยงานเตรียมความพร้อมไปในทิศทางเดียวกัน ลดความสับสน และเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวม

9.2.2 ส่งเสริมวัฒนธรรม KM และ CQI: กระบวนการ KM ครั้งนี้จะเป็นตัวอย่างกระตุ้นให้หน่วยงานอื่นๆ เห็นความสำคัญของการทบทวนการทำงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปสู่การสร้างโครงการ CQI/R2R ในเรื่องอื่นๆ ของโรงพยาบาล

9.2.3 สร้างภาพลักษณ์ที่ดีและความน่าเชื่อถือ: การมีระบบการเตรียมความพร้อมที่ดีเยี่ยมและสามารถเป็นแบบอย่างได้ จะช่วยเสริมสร้างชื่อเสียงและความเชื่อมั่นให้กับองค์กรทั้งภายในและภายนอก

10 ภาพประกอบการทำกิจกรรม (กรุณาแนบภาพ)



ลงชื่อ.....

(ภญ. ชนิตรา อินทร์ศิริ)

ผู้สรุป

ลงชื่อ.....

(นางพัทธนันท์ คงชุม)

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

KM - MSMC

10 ภาพประกอบการทำกิจกรรม (กรุณาแนบภาพ)



ลงชื่อ.....*ณิชา อินทร์ศิริ*.....
 (ภญ. ชนิดรา อินทร์ศิริ)
 ผู้สรุป

ลงชื่อ.....*พัทธนันท์ คงชุม*.....
 (นางพัทธนันท์ คงชุม)
 หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การจัดการความรู้ การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ครั้งที่ 4 (Re-accreditation survey)
 โดยผู้เยี่ยมสำรวจสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
 ในวันที่ 22-23 มกราคม 2568

ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรคที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไร ต่อ/ปรับปรุงการทำงาน อย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการงาน ที่ทำ หรือสิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
คุณชนิษฐา ชันชี นักจัดการงานทั่วไป				
การเตรียมข้อมูลแฟ้ม RM ในห้อง Document review	1.ข้อมูลรายงานการประชุม คณะกรรมการฯ 2.ข้อมูลการทบทวน RCA Case 3.ข้อมูลสถิติอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน	การสรุปข้อมูลสถิติอุบัติการณ์ เกิด ความคลาดเคลื่อน การอ้างอิงข้อมูล กับโปรแกรม HRMS ไม่ตรงกัน ต้องทำ การแก้ไข เช่น ข้อมูล Risk matrix ใน HRMS, ระดับความรุนแรง ในประเด็น Zero Event & Harm Free Care แก้ไขเบื้องต้น : นำเสนอข้อมูลสถิติที่ เป็นความจริง และสามารถอธิบายได้	- การรวบรวมข้อมูลสถิติ เข้าสู่ระบบ ส่วนกลาง - การตรวจสอบข้อมูลใน ระบบ HRMS ซ้ำ	
ประสานขอคำสั่ง คณะกรรมการ/รายงาน การประชุมของ CLT	1.หนังสือบันทึกข้อความขอข้อมูล 2.โทรประสานผู้รับผิดชอบแต่ละทีมนำ ทางคลินิก *คำสั่งคณะกรรมการที่มนำทางคลินิก *รายงานการประชุมคณะกรรมการที่มนำทางคลินิก	1. CLT ไม่มีการจัดทำ/ไม่เคยมีการ จัดทำคำสั่งคณะกรรมการ CLT 2. CLT ไม่มีการสรุปรายงานการประชุม ของทีมมนำ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง กับการรักษา จะมีเพียงการประชุมของ ภาควิชาเรื่องการจัดการเรียนการสอน แก้ไขเบื้องต้น : CLT ใดไม่มีรายงาน การประชุม จึงเพิ่มเติมข้อมูลการ ทบทวน Case ต่างๆ เช่น MM Grand round, trigger tools เข้าสู่ระบบ กลาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบ	1. จากการทบทวนเมื่อ Re accredit ครั้งที่ 3 ส่วน ของ CLT ที่ไม่มีคำสั่ง คณะกรรมการ ได้ส่ง ตัวอย่างไปให้ดู แต่ในการ Re accredit ครั้งนี้ CLT ก็ยังไม่ดำเนินการ เช่น วิสัยทัศน์ คำสั่งเดิม ปี 2562, เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (ไม่มี) 2. CLT ที่ไม่มีการบันทึก รายงานการประชุม เช่น เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, CLT	

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรคที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือสิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
			สู้ติฯ (ขอแล้วแต่ไม่ได้ข้อมูล) **มีบาง CLT แจ้งว่า ขอให้หน่วยงาน HA เข้าร่วมประชุมและบันทึกรายงานการประชุมให้ด้วย หากอนาคตต้องการข้อมูลรายงานการประชุม CLT แนวทางการปรับปรุง - ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ มีแผนประสานขอเข้าร่วมประชุม กับ CLT ด้วย และนำวาระการพัฒนาคุณภาพ เข้าร่วมประชุมกับ CLT - รวบรวมข้อมูลกิจกรรมการทบทวนต่างๆ เช่น MM Grand round, trigger toolsเข้าสู่ระบบกลางเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบ	
การขอ WiFi ให้ทีมผู้เยี่ยมสำรวจ	- ประสานกับหัวหน้างาน IT ในการ Add User ผู้ใช้งาน WiFi MEDSWU ตามรายชื่อของผู้เยี่ยม (รายบุคคล) - สื่อสาร ในทีม HA ทราบ	ผู้เยี่ยมสำรวจไม่สามารถลงชื่อเข้าใช้ได้ตาม User และ Password ที่ได้รับมาจากงาน IT ซึ่งผู้ประสานงานได้ ทดลองเข้าระบบแล้ว สามารถเข้าใช้งานได้	การเข้าใช้งาน WiFi ของบุคคลภายนอก ให้เข้าใช้ WiFi/Free WiFi ที่ผู้ใช้งานสามารถลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง	

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรคที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือสิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
การประสานที่จอดรถสำหรับผู้เยี่ยม	1.ประสานหัวหน้างานกายภาพฯ คณะแพทยศาสตร์ เบื้องต้น เพื่อ request สถานที่จอดที่เหมาะสม 2.ส่งบันทึกและใบงานขอที่จอดรถ ให้งานกายภาพ 3.ประสานขอรายละเอียดรถ เช่น ทะเบียนรถ สี และยี่ห้อ และส่งต่อข้อมูลให้งานกายภาพฯ 4.จัดทำป้ายติดที่จอดรถ ส่งต่อให้งานกายภาพฯ 5.ประสานแจ้งสื่อสารข้อมูล ทีม รปภ. ทุกจุด 6.Confirm ข้อมูลกับ จนท.รปภ. ประจำจุด ก่อนวันจัดโครงการฯ และในวันจัดโครงการ 7.จัดทำแผนที่ และ VDO แนะนำสถานที่จอดรถ ส่งให้ทีมผู้เยี่ยมฯ	1.งานกายภาพฯ ไม่ติดป้ายสื่อสารที่จุดจอดรถ 2.วันจัดโครงการฯ สอบถามข้อมูลกับ จนท. รปภ. เพื่อ Confirm พบว่า รปภ.ไม่ทราบว่ามีการจองที่จอดรถให้บุคคลภายนอก ในวันดังกล่าว และไม่ทราบว่าจอดรถตรงไหน การแก้ไขเบื้องต้น แจ้งรายละเอียด ทั้งหมดกับ จนท. รปภ. และแจ้ง Confirm กับหัวหน้างานกายภาพฯ	1. ปฏิบัติตามกระบวนการ และ Confirm หัวหน้างานกายภาพฯ อย่างต่อเนื่อง 2. จัดทำป้ายและนำไปติดในจุดจอดรถเอง	
เตรียม Account Zoom ในการประชุมทีมย่อย	1.ประสานหัวหน้างาน IT เบื้องต้น 2.ประสานงานแพทยศาสตร์ และร่วมเรียนรู้การใช้งานจาก จนท. แพทยศาสตร์	1.เนื่องจาก Account Zoom ของ ศกพ. ไม่ได้ทำการต่ออายุ จึงไม่สามารถใช้งานได้ต่อเนื่อง งาน IT จึงประสานขอ Account แพทยศาสตร์ จำนวน 2 Account 2.Set ระบบประชุม Conference ผ่านทาง Microsoft team กรณีเข้าใช้ zoom ไม่ได้	เสนองาน IT ต่อ Account Zoom ใหม่ เนื่องจากในอนาคตต้องใช้ระบบ Zoom สำหรับการประชุมต่างๆ	ได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือจากทีมที่เกี่ยวข้อง ทุกส่วน สามารถปรึกษาได้ตลอด เช่น งาน IT งานแพทยศาสตร์ มีการ KM ร่วมกัน

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรคที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือสิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
การตามทีมเยี่ยมสำรวจฯ	1.การประสานงานก่อนลงเยี่ยมฯ 2.สรุปประเด็นที่ได้จากการลงเยี่ยมฯ	1.การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม บางพื้นที่มีเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก ทำให้เข้าถึงได้ยาก ไม่ค่อยได้ยินและจับประเด็นขาดความต่อเนื่อง 2.การกำกับเวลาในการลงเยี่ยมหน่วยงาน เนื่องจากกินเวลาและไม่ตรงกับกำหนดการ การแก้ไขเบื้องต้น 1.ประสานแจ้งหน่วยงานเป็นระยะ 2.แจ้งเตือนอาจารย์ผู้เยี่ยม 3.ระหว่างพักเบรก สอบถามกำหนดการกับ อาจารย์ผู้เยี่ยม	1.จับประเด็นจุดเน้นของอ.ผู้เยี่ยมฯ ให้ได้ เนื่องจาก การลงพื้นที่หน่วยงานต่อไป ผู้เยี่ยมฯ จะเน้นเรียนรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2.ประสานผู้ติดตามทีมสรุปรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม	เนื่องจากทุกหน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมและให้ความร่วมมือในการรับตรวจเยี่ยมอย่างมาก แม้จะกินเวลาแต่ทุกทีมก็ยังรอ ด้วยความตั้งใจ
การเตรียมและการบริหารจัดการ ห้องประชุมสำหรับนำเสนอ (ห้อง5A)	1.เตรียมความพร้อมห้องประชุม 2.ประสานการนำเสนอของทีมนำทางคลินิก	1.อุปกรณ์/เครื่องมือ เป็นเครื่อง Demo ของ บ. ซึ่งเป็นการใช้งานครั้งแรก จึงนัด Test ระบบกับทาง บ. ล่วงหน้า จึงประสานทีม IT และเวชภัณฑ์ เข้าร่วมเรียนรู้ 2.ทีมมีการปรับเปลี่ยน file นำเสนอในห้องประชุม 3.ห้องประชุม 5A อยู่อาคาร ศกพ. ผู้ติดตามทีมเยี่ยม ไม่สะดวกกลับมารับประทานอาหารกลางวันในห้องประชุม 2A อาคารคณะแพทยศาสตร์ เนื่องจากการนำเสนอกินเวลา การแก้ไขเบื้องต้น	1.การประสานทีมที่เกี่ยวข้อง Standby หากเกิดปัญหาที่ จนท. HA ไม่สามารถแก้ไขได้ เพื่อให้สามารถแก้ไขได้ทันที 2.กรณี มีการใช้ห้องประชุมคนละอาคาร ให้มีการจัดเตรียมอาหาร ไว้ที่ห้องนั้นเลย ไม่ต้องให้ทีมกลับมารับประทานอาหารที่ห้องประชุมหลัก เนื่องจากบางครั้งอาจกินเวลา	ได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือจากทีมที่เกี่ยวข้อง ทุกส่วน สามารถปรึกษาได้ตลอด เช่น งาน IT, งานเวชภัณฑ์

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรคที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไร ต่อ/ปรับปรุงการทำงาน อย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการ ที่ทำ หรือสิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
		1.Set ระบบ และ Test ร่วมกับทีม สำนักงาน IT และเวชนิต์ศน์ 2.ประสานทีมส่วนกลาง นำส่งอาหาร กลางวันในห้องประชุม 5A		
กรณีอื่นๆ	-การขอข้อมูล/เอกสารอื่นๆ ให้ทีมผู้ เยี่ยมชมสำรวจฯ -การขอใช้/ขอยืมอุปกรณ์ แบบเร่งด่วน	เตรียมความพร้อมแต่ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีหลายห้อง	วางแผนจัดหาอุปกรณ์ที่ จำเป็นต้องใช้ ให้พร้อม เช่น ปลั๊กพ่วง, เลเซอร์ พอยเตอร์, เครื่อง บันทึกเสียง, flash drive, Note book สำรอง เป็น ต้น	ได้รับความร่วมมือและได้รับความ ช่วยเหลือ จากทุกหน่วย บุคลากร ทุกคน ทุกคนจะพูดว่า “มีอะไรให้ ช่วยบอกมาได้เลยนะ, เด๋ว ดำเนินการให้เลย, แจ้งได้ตลอดนะ, ถ้าโทรหาแล้วพี่ไม่รับบอกกับน้องๆ ที่หน่วยพี่ได้ทุกคน”
				มีการทำ Clip VDO PR และนับ ถอยหลัง เพื่อสร้างบรรยากาศ ก่อนการ Re-accredit ทำให้หน้า งานมีความตื่นตัว มีการเตรียม ความพร้อม รับการเยี่ยมชมสำรวจฯ, มี Walk round ระบบงาน, หน่วยงานมีการ Set ทีม, เกร็งข้อสอบ ตีวงคำตอบคำถาม และคัดเลือกตัวแทนร่วมให้ข้อมูล ผู้เยี่ยมชม (หน่วยเผชิญเหตุ)

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการงาน ที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
เภสัชกรหญิงชนิดรา อินทร์ศิริ				
ยืมแฟ้มเวชระเบียน	1.มีการทำบันทึกข้อความขอความร่วมมือให้ภาควิชาทบทวนเวชระเบียน และส่ง HN/AN ผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกและนำมาสรุปรายชื่อในการ ยืมเวชระเบียน	1.Readmit ในปี 2567 ไม่มีภาควิชา ทบทวนกลับส่งมา ทำให้ในการ คัดเลือกแฟ้ม ต้องสุ่มจากปี 2566 แทนเป็นส่วนใหญ่	ต้องการกระบวนการใหม่ใน การทบทวน Readmit	
	โดยมติดกก.บริหารให้งาน HA กำหนดรายชื่อในการยืมแฟ้มได้เลย	2.หลังจากสรุปรายชื่อครบทุกรายกาย แล้ว พบว่าบางภาควิชามีการส่งรายชื่อ ตามบันทึกข้อความมาภายหลัง ซึ่งเกิน กำหนดวันที่แจ้งไว้ในบันทึกข้อความ ทำให้ต้องมีการทำงานเดิมซ้ำ (แจ้งขอ เวชระเบียนเพิ่มเติม) และดึงแฟ้มเดิมที่ เคยทำไว้ออกมา	ทำบันทึกข้อความแจ้งภาควิชา ล่วงหน้า ประมาณ 2 เดือน (หลังจากทราบกำหนดการ คร่าวๆ โดยไม่ต้องรอกำหนด วันที่แน่นอนจากสรพ.)	การที่ภาควิชาส่งรายชื่อคนไข้ กลับมา จากเดิมที่ไม่ได้คาดหวัง
ติดตามแฟ้มรายงาน การประชุม คณะกรรมการ ระบบ ยา ซึ่งมี 3 คณะกรรมการ -คกก.PCT -คกก.MSM -คกก.RDU -คกก.เคมีบำบัด	ประสานแจ้ง (Line) 1.รองผู้อำนวยการฯ ที่กำกับดูแล 2.หัวหน้างานเภสัชกรรม โดยแจ้งล่วงหน้า และแจ้งเตือนเป็น ระยะๆ	ทีมไม่พร้อมในเรื่องของรายงานการ ประชุมฯ	อาจต้องประชุมร่วมกับคกก. บริหาร ในการออกแนวทาง ดำเนินการเรื่อง วาระ/รายงาน การประชุมฯ ของแต่ละ คณะกรรมการที่มีใน โรงพยาบาล เพื่อให้สามารถ ดำเนินการได้เหมือนกัน และ เป็นระบบ	

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
การติดตามทีมที่ 4 ลงเยี่ยมหน้างาน	ติดตามทีม และผู้เยี่ยมไปหน่วยงาน	การจดยางงานการเยี่ยม พบว่า หลังจบบวันแรกมีการประชุมของทีมบริหารเพื่อสรุปประเด็นที่ได้ และมานำเสนอในวันถัดไป พบว่า ไม่มีเนื้อหาที่เป็นสรุปของแต่ละสายที่เป็นภาพรวม เนื่องจากเป็นการจดบันทึกในลักษณะของแต่ละหน่วย ถึงแม้ว่าในกำหนดการจะมีการกำหนดผู้จัดบันทึกแต่อาจเป็นเพราะกำหนดผู้รับผิดชอบหลายคนในทีม โดยไม่ได้ระบุคนหลัก (Key man) ในการสรุปภาพรวม รวมถึงการที่ไม่ได้แจ้งผู้จดยางงานตั้งแต่แรกให้ทราบถึงกำหนดการส่งรายงาน	1.การกำหนด Key man ในการสรุปภาพรวมของแต่ละสาย 2.การกำหนดระยะเวลาในการส่งสรุปภาพรวมให้ชัดเจน 3.การเชิญ Key man เข้าร่วมประชุมสรุปประเด็นจากการเยี่ยมสำรวจในวันแรก (ช่วงเย็น)	แต่ละหน่วยงานมีการเตรียมพร้อมในการรับเยี่ยมเป็นอย่างดี
	การพาทีม และผู้เยี่ยมมายังห้องประชุมฯ	การประสานเรื่องเครื่องดื่มและเบรกของผู้เยี่ยมฯ ด้วยอาจเป็นเพราะมีการสอบถามผู้เยี่ยมถึงรายการเครื่องดื่มที่ต้องการ เมื่อทราบคำตอบจึงทำให้ต้องมีกระบวนการที่เพิ่มขึ้นมา แต่ทีม HA ก็สามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี ถึงแม้จำนวนบุคลากรของ HA อาจไม่เพียงพอ	1.จัดเป็นกาแฟร้อนและเบรกเหมือนเวลาไปประชุมตามประชุมสัมมนาต่างๆ (กาแฟดำร้อน และมีน้ำตาล/ครีมเทียมแยก)	-แต่ละหน่วยมีการเตรียมสมาชิกในการเข้าร่วมประชุมเป็นอย่างดี -ทีม HA สามารถรับเรื่องและประสานในการจัดสรรเครื่องดื่มและเบรกได้เป็นอย่างดี
		ที่นั่งของคกก.NSO เกือบไม่พอ ถึงแม้ช่วง BAR จะมีการแจ้งให้ทราบถึง	อาจปรับของ NSO ให้อยู่ในห้องประชุมฯ ที่มีขนาดใหญ่กว่านี้	ไม่พบอุปสรรคการณ์เก้าอี้ไม่เพียงพอ

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
		รายชื่อที่จำเป็นที่ควรเข้า interview แล้วก็ตาม		
คุณณภัช ศรีภมร ผู้ปฏิบัติงานบริหาร				
1) การจัดเตรียมเอกสาร ของฝ่ายการพยาบาล	- ประสานงานกับธุรการฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอคำสั่งทั้งหมดของฝ่ายการพยาบาล - ดำเนินการประสานงานขอรายงานการประชุมและเอกสารสำคัญจากแต่ละคณะกรรมการ/คณะทำงาน - รวบรวมข้อมูลเป็น file และนำมาเก็บไว้ในฐานข้อมูล Server หน่วยงาน	1) บางคณะกรรมการ/คณะทำงาน มีการประชุมและมีการบันทึกรายงานการประชุม แต่ไม่มีการเสนอประธานลงนาม <u>แนวทางแก้ไข</u> - เสนอแนะให้ธุรการดำเนินการเสนอเซ็นต์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยบอกเหตุผลเพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูลในปีต่อไปหากต้องการเรียกใช้งานอีก 2) บางคณะกรรมการ/คณะทำงาน เก็บเอกสารเป็น paper <u>แนวทางแก้ไข</u> - นำแฟ้มเอกสารที่เป็น paper ทั้งหมดมา Scan เพื่อเก็บเป็น file โดยส่งให้หน่วยงานต้นเรื่องและเก็บไว้ที่ HA เพื่อสะดวกต่อการเรียกใช้งานครั้งต่อไป	- เก็บข้อมูลไว้ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินรอบต่อไป เพื่อง่ายต่อการจัดเตรียมข้อมูล	- ได้รับความร่วมมือจากการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี - รู้สึกรู้ว่าตัวเองทำงาน ไม่ซับซ้อนและไม่รบกวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาก เพราะระหว่างที่ไปขอข้อมูล ได้อธิบายถึงผลดีของการเก็บข้อมูลแบบ file ให้หน่วยงานฟัง แล้วหน่วยงานก็เห็นดีด้วย ทำให้ได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างดี
2) ผู้ประสานงาน ตามทีม1 และ ทีม3	- ได้รับหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและตามทีม สรุปรายชื่อ (ตามความสามารถและความเชี่ยวชาญที่มี) - ประสานงานระหว่างทีมและ	ปัญหา/ประเด็นที่พบ 1) ภาควิชานิติเวชศาสตร์ - มี Flow เรื่อง แนวทางการตรวจหาปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดกรณีผู้ป่วยคดีที่ได้รับ		ได้ใช้ความรู้ในการทำงานประจำ/ในหน้าที่รับผิดชอบ ดูกระบวนการ

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการงานที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
	หน่วยงาน ขณะกำลังจะเข้าเยี่ยม - คอยบริการ ชีพพอดผู้เยี่ยมและทีม เรือน้ำและกาแฟ - ตามช่างภาพเพื่อเก็บภาพและเก็บภาพด้วยตัวเองกรณีช่างภาพมาไม่ทัน	บาดเจ็บจากการจราจรตามที่พักงาน สอบสวนร้องขอ แต่ยังไม่ส่งขึ้นทะเบียน <u>แนวทางแก้ไข</u> เก็บข้อมูลแล้วแจ้งทางทีม DC เพื่อให้ติดตามข้อมูลต่อไป - บังเอิญขณะไปเยี่ยม มี case ส่งศพ ลงมาจาก Semi med ไปแอบเห็นแบบฟอร์มที่ ward ส่งลงมา ไม่ได้ใช้แบบฟอร์มใบส่งศพ ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ยังใช้รูปแบบเดิมที่ไม่มีรหัสอยู่ <u>แนวทางแก้ไข</u> - เมื่อจบการเยี่ยมสำรวจ วันที่ 24 ก็ได้มีการประสานธุรการ Semi med ถึงแบบฟอร์มที่นำไปใช้ไม่ถูกต้อง จึงขอให้ปรับเปลี่ยนและรายงานต่อทีม DC ฝ่ายการพยาบาล เพื่อย้ำให้แก่งทุกๆ หน่วยงานทราบ เพื่อให้ตระหนักถึงการนำมาใช้ต่อไป	- จะกลับมาใส่ใจในการสื่อสารมากขึ้น - ขณะนี้มีการนำข้อมูลมาปรึกษาทีม มีการปรับแก้คำในบันทึกสื่อสารเพิ่ม เพื่อให้ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติต่อไป	ใช้เอกสารคุณภาพของหน่วยงาน และได้นำปัญหามาปรับปรุงแก้ไข ในกระบวนการทำงานประจำของเราเอง

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
คุณบุษกร อัลเลน นักจัดการงานทั่วไป				
1. ประสานงานติดตามแฟ้มรายงานการประชุมของ - งานทรัพยากรมนุษย์ - คณะกรรมการอาชีวอนามัย - คณะกรรมการ ENV และ ERT 2. เดินทางไปประสานงานติดตามผู้เยี่ยมทีม 5	1. ประสานงานงานกับหน่วยงานเพื่อขอให้หน่วยงานรวบรวม จัดทำแฟ้มข้อมูล ปี 2565 – 2567 ประกอบไปด้วยเนื้อหา - คำสั่งคณะกรรมการฯ - รายงานการประชุม - กิจกรรมที่พัฒนาในระหว่างปี - ผลลัพธ์การดำเนินงาน - แผนการพัฒนา 1. ประสานงานหน่วยงานในทีมที่ผู้เยี่ยม ลงเยี่ยม 2. ดูแล อำนวยความสะดวกให้กับผู้เยี่ยม 3. แจ้งหน่วยงานและทีม ที่ได้รับการเยี่ยมจดประเด็น ที่ผู้เยี่ยมเสนอแนะ 4. ติดตามข้อมูลสรุปที่ผู้เยี่ยมเสนอแนะจากหน่วยงานที่รับการเยี่ยม	จากการตรวจสอบ - หน่วยงานทำเอกสารไม่ครบตามรายการตรวจหน้าแฟ้ม - มีข้อมูลปี พ.ศ. ผิด ไม่ตรงกับ ข้อมูลที่แนบ - หน่วยงานเอาแฟ้มกลับไปแก้ไขเอกสาร และลิ้มคืนแฟ้มในวันที่รับเยี่ยม แนวทางแก้ไข - ควรตรวจสอบหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ติดตามแฟ้ม ว่าส่งแฟ้มเรียบร้อยแล้วหรือยัง	-วางแผนในการพัฒนาตัวชี้วัดให้หน่วยงานสามารถค้นหาตัวชี้วัดที่มีความท้าทาย ที่สำคัญของหน่วยงาน และต่อองค์กร และหน่วยงานสามารถให้คำนิยามความหมาย ในการกระบวนการจัดเก็บ รายงานและวิเคราะห์ นำผลลัพธ์มาพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย -ส่งเสริม การสร้างวินัยในการรายงาน และทบทวนข้อมูลสม่ำเสมอ	- ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกหน่วยงานที่ได้รับการเยี่ยม - ผู้บริหารในทีมให้ความร่วมมือในการลงเยี่ยมทุกทีม เป็นขวัญกำลังใจให้บุคลากร

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจาก กระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
คุณยุทธลักษณ์ ลิ้มณา ผู้ปฏิบัติงานบริหาร				
ยืมแฟ้มเวชระเบียน	1.ทำบันทึกข้อความให้ภาควิชา ทบทวน HN/AN ผู้ป่วยเพื่อคัดเลือก และนำมาสรุปรายชื่อในการยืมเวชระเบียน	1. บางภาควิชาไม่ทบทวน HN/AN ผู้ป่วยกลับมายังงานพัฒนาคุณภาพจึง ทำให้ส่งชื่อประสานยืมเวชระเบียน ล่าช้า แก้ไขเบื้องต้นคือ นำรายชื่อที่งาน นวัตกรรมจัดการข้อมูลตั้งเป็นฐาน ไว้มาสุ่มคัดเลือกให้ภาควิชา	1. ต้องจริงจังกับการทบทวน เวชระของภาควิชาซึ่งทำยาก มาก ต้องรบกวนขอความช่วยเหลือครั้งนั้นส่งบันทึก ข้อความร่วมมือ ไปได้ข้อมูล อาจจะใช้เวลาภาคน้อยไป รอบหน้าจะต้องทำบันทึกเรื่อง การเตรียมแฟ้มรับเยี่ยมให้เร็ว กว่านี้	1. มีภาคที่ให้ความร่วมมือ ใน การทบทวนอยู่บ้างจากครั้งที่ ผ่านๆมาไม่มีเลย
	2.ทำบันทึกข้อความขอความ อนุเคราะห์ยืมเวชระเบียน ประสานรับเวชระเบียนจาก หน่วยงานเวชสถิติและเวชระเบียน/ หน่วยงานควบคุมรหัสโรคและ ค่าตอบแทน	2. การประสานงานหน่วยงานเวชสถิติ และเวชระเบียน/หน่วยงานควบคุม รหัสโรคและค่าตอบแทน ทาง หน่วยงานได้แจ้งมาว่าอยากให้ได้ รายชื่อในการค้นแฟ้มที่เร็วกว่านี้ เนื่องจากกลัวค้นเวชระเบียนไม่ ทันเวลา เรื่องการให้หน่วยงานปรี้นเวช ระเบียนหน่วยงานแจ้งมาว่ามันเปลือง กระดาษ เช่น หากเป็นแฟ้มผู้ป่วย เสียชีวิตทางหน่วยงานได้สแกนเก็บไว้ แล้ว จะขอให้ให้นำแฟ้มจริงไปใช้ได้เลย	2. ในการยืมเวชระเบียนครั้ง ถัดให้หน่วยงานหาเวช ระเบียนตัวจริงเพื่อลดการ ปรี้นใหม่จะได้ลดการใช้ กระดาษและจัดส่งรายชื่อให้ เร็วกว่านี้	2. ได้มีพันธมิตรจากหน่วยงาน หน่วยงานเวชสถิติและเวช ระเบียน/หน่วยงานควบคุมรหัส โรคและค่าตอบแทน หน่วยงาน ให้ความร่วมมืออย่างดี

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
		- แก้ไขเบื้องต้นโดยการประสานหัวหน้างานผ่านทางไลน์ และส่งรายชื่อผ่านทางไลน์		
	3.ประสานส่งคืนแฟ้มเวชระเบียน หน่วยงานเวชสถิติและเวชระเบียน/ หน่วยงานควบคุมรหัสโรคและ ค่าตอบแทน	3. ประสานส่งคืนเวชระเบียนการนำส่ง ต้องมาคัดแยกว่านำมาจากหน่วยงาน ไหน	3. การคืนแฟ้มต้องแยก หน่วยงานที่รับแฟ้มมาซึ่งแฟ้ม จัดแยกไว้แล้ว ผู้เยี่ยมนำแฟ้ม ไปดูแล้ววางไม่ตรงที่เดิม ตรงนี้แก้ไขไม่ได้ก็ใช้ความ ถูกต้องและนำส่งตาม หน่วยงานที่รับแฟ้มมา	
ติดตามแฟ้มรายงาน การประชุม คณะกรรมการ IM	โทร/ไลน์ ประสานธุรการงานเทคโนโลยีสารสนเทศ	1. ข้อมูลในแฟ้มรายงานการประชุมมี ความเข้าใจไม่ตรงกัน คือ ทาง คณะกรรมการนัรอบการประชุมเป็น ปีปฏิทิน ทางงาน HA เข้าใจว่านับตาม ปีงบประมาณ จึงสื่อสารการทำดัชนี ผิดพลาด <u>แก้ไข</u> คือสอบถามไปยังหัวหน้างาน เทคโนโลยีสารสนเทศเรื่องการนับครั้ง และยืนยัน ให้ธุรการจัดทำใหม่ เรื่องการทำลิ้นข้อมูลทางหน่วยไม่ได้ทำ มาให้ <u>แก้ไข</u> ให้เจ้าหน้าที่ธุรการทำให้	อาจจะต้องประสานงานให้ถี่ มากขึ้น ถ้ามข้อติดขัดของการ จัดทำแฟ้ม	

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
ติดตามทีม ที่ 4 ลงเยี่ยมหน้างาน	ติดตามทีม และผู้เยี่ยมไปที่ OPD กุมารฯ/ OPDสูติ-นรีเวช/ ห้องคลอด/หอผู้ป่วยเด็กเล็ก NICU/ หอผู้ป่วยเด็กโต PICU	จากหน้างานไม่มีปัญหาในการติดตามสถานที่ทุกหน่วยจัดเตรียมพร้อมเยี่ยมอย่างดี เลขาทีมนำ หัวหน้าหน่วยงานช่วยเก็บประเด็นจากผู้เยี่ยมให้ความร่วมมืออย่างดี	1. จากการติดตามผลการเก็บประเด็นจากผู้เยี่ยม พบว่าการเก็บประเด็นของแต่ละทีมมีความคล้ายๆ หากทางงาน HA ทำแบบฟอร์มแจกในการเขียนเก็บประเด็นก็อาจทำให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุมและตรงตามประเด็น 2. ประสานผู้ตามทีมในการช่วยเก็บประเด็นให้ผู้ติดตามจากงาน HA ก่อน เช่น ตามที่กุมาร-สูติ ช่วง เข้า 1 คนซึ่งทำให้ไม่กล้าแจ้งหัวหน้างานที่ตามทีมด้วย จริงๆแล้วได้ทำการแจ้งแล้วเบื้องต้น แต่ด้วยความที่กลัวไม่ได้ประเด็นกลับมาจึงต้องให้หัวหน้าช่วยในการประสานการเก็บประเด็นอีกครั้ง จึงอยากให้ทำข้อตกลงกับทีมที่ถูกเยี่ยมให้ก่อนจะลงหน้างานในวันจริง	

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
ติดตามทีมที่ 2 ที่ห้อง 5A	ระบบยา ทันตกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน Presentation ที่ห้องประชุม มีการลงทำงานที่หน่วยงานทันตกรรม	ที่ห้อง 5A มีการใช้อุปกรณ์ใหม่ในการใช้นำเสนอ เรื่องการเตรียมอุปกรณ์ใหม่กับทางผู้ติดตามเช่น ก่อนนำเสนอ จอภาพแสดง PPT ของทีมไม่ครบทุกจอ ซึ่งงาน IT ได้ทำวิดีโอในการตั้งค่าระบบ แต่ไม่สามารถทำได้เพราะไม่เชี่ยวชาญเนื่องจากเป็นระบบใหม่และเพิ่งนำมาใช้ในวันนั้น <u>แก้ไข</u> ตามงาน IT มาเซ็ตระบบใหม่		

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหา อุปสรรคที่พบ	แนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไป ทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการ ทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจาก กระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
คุณวันวิสาข์ เทพวิญญากิจ นักจัดการงานทั่วไป					
1. จัดเตรียมรายการเอกสาร (ปี 2565-ปัจจุบัน) - รายงานการประชุมคณะกรรมการ/ อนุกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ/ คำสั่งคณะกรรมการ/เอกสารคุณภาพอื่นๆ : งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	- ประสานแจ้งธุรการของ แต่ละส่วนงานตามที่ได้รับ มอบหมาย ขอให้จัดส่ง เอกสารหรือไฟล์ตามที่รายชื่อ ที่เราแจ้งไป 1 2 3 4 5 และกำหนดวันที่ต้องการ รับ เมื่อใกล้ถึงวันที่กำหนด ก็โทรหาอีกครั้งเพื่อย้ำว่า ใกล้ถึงวันที่ต้องส่งในสิ่งที่	ไม่มี	ทำเป็นไฟล์และลิงค์มา ได้ดี	ครั้งต่อไปควรทำ เอกสารของ คณะกรรมการ/ หน่วยงานอื่นเป็น ไฟล์ลิงค์แบบ คณะกรรมการ IC	ธุรการของแต่ละงานให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี อาจด้วยความสัมพันธ์ ส่วนบุคคลที่ดี
- คำสั่งคณะกรรมการ/รายงานการประชุม ที่มำทางคลินิก/ รายงานผลการเยี่ยมสำรวจ โดย องค์กรภายนอก/เอกสารคุณภาพอื่นๆ : ภาควิชาพยาธิวิทยา/งานห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยา รายงานการประชุม ทบทวนบริหารคุณภาพ LA ปีงบประมาณ 2567 รายการงานประชุม PCT ปี 2567 ลิงค์รายงานการประชุม LAB รายงานการประชุมทบทวนบริหาร	ทางเราขอไปแล้วนะ ติด ปัญหาอะไรมีอะไรให้ ช่วยเหลือไหม ข้อมูลครบ ไหม ขาดอะไรไหม - รับงานจากธุรการและ ตรวจเช็คทั้งหมดที่ได้รับมา ว่าครบถ้วนไหม ไฟล์ที่ให้ มา/ลิงค์ที่ให้มาเข้าได้ไหม ลองเปิดดูทุกลิงค์ที่ได้ รับมา และตรวจสอบว่าชื่อ ไฟล์กับเอกสารข้างใน ตรงกันไหม	ไม่มี	รวบรวมไฟล์มาอย่างดี		

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหา อุปสรรคที่พบ	แนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไป ทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการ ทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจาก กระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
รายงานการประชุม PCT รายงานการประชุมความเสี่ยง Lab -->	- นำสิ่งที่ได้มาเข้าไปวางใน โพลเดอร์ที่ส่วนกลาง กำหนดไว้ และแจ้ง ส่วนกลางว่านำไปวาง เรียบร้อยแล้วให้ตรวจสอบอีก ครั้ง -				
- รายงานการประชุมคณะกรรมการ R2R : คณะกรรมการ R2R	- ตรวจสอบไฟล์ข้อมูล ต่างๆ ที่มี - จัดทำลิงค์เพื่อวาง เอกสาร - ตรวจสอบอีกครั้งด้วย การเปิดดูทีละไฟล์ว่า ถูกต้องครบถ้วนไหม	ไม่มี			
เอกสารคุณภาพ ฯ เข้าผ่าน Website :	- ตรวจสอบไฟล์แนบในทุก เรื่องที่น่าลง Website ไฟล์ไหนไม่มีเอกสารหรือ ลิงค์เข้าไม่ได้ หรือเอกสาร หมดอายุ หรือเอกสารที่ไม่ เกี่ยวข้อง ใส่ไฟล์แนบใหม่ และลบไฟล์ที่เปิดไม่ได้	- บางเรื่องไม่มีไฟล์แนบ หรือเปิดไฟล์แนบไม่ได้	- ตรวจสอบไฟล์แนบ ในทุกเรื่องที่น่าลง Website ไฟล์ไหนไม่มี เอกสารหรือ ลิงค์เข้า ไม่ได้ หรือเอกสาร หมดอายุ หรือเอกสาร ที่ไม่เกี่ยวข้อง ใส่ไฟล์	- ปกติจะมีการสุ่ม ตรวจสอบไฟล์ แนบเป็นระยะ และมีการอัปเดต เอกสารที่มีการ เปลี่ยนแปลง	Website เข้าได้ไม่มี ปัญหาในการเข้าถึง ไฟล์ ที่มีเป็นไฟล์ปัจจุบันมีการ อัปเดตอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงทันที เมื่อมีฉบับทบทวนหรือ การแก้ไข

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหา อุปสรรคที่พบ	แนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไป ทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการ ทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจาก กระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
	- ตั้ง Username และ Password สำหรับทีม สรพ. โดยเฉพาะเพื่อให้ สะดวกต่อการเข้าใช้งาน - ทดลองเข้า Website ตาม Username และ Password ที่กำหนดไว้ เพื่อทดสอบระบบ - ทดลองเข้า Website ตาม Username และ Password ที่กำหนดไว้ เพื่อทดสอบระบบอีกครั้ง -		แนบใหม่ และลบไฟล์ที่ เปิดไม่ได้	แต่เนื่องด้วย ระบบมีปัญหา ก่อนหน้านี้ทำให้ ได้ตรวจสอบทุก ไฟล์จริงๆ	
การเตรียมและการบริหารจัดการ ห้องประชุมสำหรับนำเสนอก่อนวันงาน วันที่ 22 มกราคม 2568 ห้องประชุมหอจดหมายเหตุวันที่ 23 มกราคม 2568 ห้องประชุมภาควิชาสุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	1.เตรียมความพร้อมห้องประชุม ทดสอบอุปกรณ์เสริมเก้าอี้ 2.ตรวจสอบไฟล์นำเสนอของแต่ละทีม และนำมาวางไว้หน้าจอ ทดลองเปิดไฟล์นำเสนอ 3.ให้แม่บ้านดูแลความสะอาดเพิ่มเติม	-	-	-	-

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหา อุปสรรคที่พบ	แนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไป ทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการ ทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจาก กระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
	4.ให้บุคลากรงานกายภาพ ฯ สอนวิธีการเชื่อมต่อ เครื่อง notebook กับจอ ในห้องประชุมหอจดหมายเหตุ				
ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบประสานงานและตามทีม 5 อ.อริรัชต์ วันที่ 22 มกราคม 2568					
1. งานยานพาหนะ 2. งานบำบัดน้ำเสีย 3. การจัดการขยะ 4. Bolier 5. แก๊สทางการแพทย์ 6. Generator 7. งานโภชนาการ 8. งานซักฟอก 9. งาน CSSD 10. งานศูนย์เครื่องมือแพทย์ 11. ห้องน้ำหอผู้ป่วยสามัญ 12. HRD (Interview) ห้องประชุมหอ จดหมายเหตุ 13. ENV (Interview) ห้องประชุมหอ จดหมายเหตุ	- สอบถามผู้เยี่ยมชมว่า ต้องการไปเยี่ยมหน่วยงาน ใด และพาผู้เยี่ยมชมไปที่ หน่วยงานนั้น ๆ พร้อม ประสานแจ้งผู้เกี่ยวข้องให้ เตรียมความพร้อม - บันทึกภาพการลงเยี่ยม หน้างาน - เตรียมความพร้อมของ ห้องประชุม และอุปกรณ์ ในห้องประชุม - เตรียมไฟล์นำเสนอของ แต่ละทีมวางไว้หน้าจอ	- QR Code ตรวจสอบ รถยนต์ที่งาน ยานพาหนะให้ผู้เยี่ยมชม สแกนไม่สามารถเข้าได้ - HRD การปรับเปลี่ยน ไฟล์สำหรับการนำเสนอ และนำมาให้ที่หน้างาน - แอร์ในห้องประชุมเย็น มากเกินไป (ผู้เยี่ยมชมและ บุคลากรที่อยู่ในห้องแจ้ง ว่าเย็นมาก) - ผู้เยี่ยมชมเข้าใช้ wifi ตามที่ให้รหัสไม่ได้	- ให้งานยานพาหนะ อธิบายขั้นตอนต่างๆ ในภาพรวมแทน - แอร์ในห้องประชุมไม่ สามารถปรับลดได้ ทำ ได้เพียง เปิด-ปิด เท่านั้น - ประสานแจ้งให้คุณ เฉลิมมาช่วยจัดการให้ - ขอให้ผู้ประสานงาน กลางนำขวดน้ำมาส่ง เพิ่ม นำน้ำมาส่งให้เพิ่ม 4 ขวด	- คาดการณ์ตาม ประเด็นที่ผู้เยี่ยมชม พูดเน้นหรือ ซักถามเพิ่มเติม ระหว่างการลง เยี่ยมเพื่อให้ สามารถคาด ล่วงหน้าว่า หน่วยงานใด/ สถานที่ใดจะเป็น ที่ต่อไป	ผู้เยี่ยมชมเรื่องการ ประสานงานและการ ดูแลระหว่างการตรวจ เยี่ยม

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหา อุปสรรคที่พบ	แนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไป ทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการ ทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจาก กระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
	- เตรียมน้ำเปล่า กาแฟ ขนม/ผลไม้ สำหรับผู้เยี่ยม - สรรวจอาหารว่างว่ามีเพียงพอกับผู้เข้าร่วมหรือไม่ - สรรวจว่าผู้เข้าร่วมท่านใดยังไม่ได้ลงทะเบียน	- น้ำดื่มสำหรับผู้เยี่ยมที่เตรียมไปมี 3 ขวด แต่ไม่เพียงพอ - ตอนไปโรงพักขะมีรถขยะติดเชื้อเข้ามารับขยะพอดีทำให้มีเสียงดังจากการขนย้าย ส่งผลให้พูดคุยชักถามไม่ได้ยิน	- หาสถานที่ที่มีเสียงเงียบลงเพื่อพูดคุยชักถาม		
วันที่ 23 มกราคม 2568 1. งาน R2A 2. ห้อง Server 3. งานเวชสถิติและเวชระเบียน 4. ห้อง X-ray ชั้น 2 5. ห้องเจาะเลือด 6. ห้องธนาคารเลือด 7. ห้อง Lab 8. IM (Interview) ห้องประชุม ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	- สอบถามผู้เยี่ยมว่าต้องการไปเยี่ยมหน่วยงานใด และพาผู้เยี่ยมไปที่หน่วยงานนั้น ๆ พร้อมประสานแจ้งผู้เกี่ยวข้องให้เตรียมความพร้อม - บันทึกภาพการลงเยี่ยมหน้างาน - เตรียมความพร้อมของห้องประชุม และอุปกรณ์ในห้องประชุม - เตรียมไฟล์นำเสนอของแต่ละทีมวางไว้หน้าจอ	- Notebook ปิดและอุปกรณ์ในห้องถูกปิดทั้งหมด ไม่มีความพร้อมสำหรับการนำเสนอตอนเข้าไปตรวจสอบแล้วทุกอย่างถูกจัดเตรียมไว้เรียบร้อย แต่พอถึงเวลากลับไม่สามารถใช้งานได้	- แจ้งธุรการภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาให้มาช่วยดำเนินการเปิดระบบใหม่ - สอบถามได้ข้อมูลว่ามีน้องหมอใช้ห้องก่อนที่จะถึงเวลาที่ทางเรากำหนด น้องหม้อาจจะเป็นผู้ปิด - ประสานแจ้งบุคลากรงาน IT เพื่อให้มาช่วยดูระบบ	-	ผู้เยี่ยมชมเรื่องการประสานงานและการดูแลระหว่างการตรวจเยี่ยม

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหา อุปสรรคที่พบ	แนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไป ทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการ ทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจาก กระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ ตั้งใจไว้
	- เตรียมน้ำเปล่า กาแฟ ขนม/ผลไม้ สำหรับผู้เยี่ยม				
ลงทะเบียนหน้าห้อง	ช่วยลงทะเบียนหน้าห้อง ประชุม 2 A ช่วงเช้า	- รายชื่อผู้เข้าร่วมบาง ท่านไม่ได้อยู่ในทีมที่ กำหนด - ผู้เข้าร่วมบางท่านไม่มี รายชื่อ	- ให้ผู้เข้าร่วมลงนาม ตามใบรายชื่อและ ให้ไปตามทีมที่ ผู้เข้าร่วมต้องการไป - ให้ลงทะเบียน เพิ่มเติม	-	-
หุ้่นจำลอง	- ยืมหุ้่นจำลอง สำหรับ นำไปใส่ชุดอุปกรณ์ ของ งานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	- ได้รับแจ้งตอนช่วงเวลา 15.50 น. ได้โทรหา บุคลากรที่รับผิดชอบ โทรไม่ได้จึงได้วิ่งลงไป ชั้น 5 เดินหาหลายห้อง จนเจอและขอยืมหุ้่นได้ ทันเวลา	- วิ่งลงไปชั้น 5 เดินหา หลายห้องจนเจอ บุคลากรที่รับผิดชอบ และขอยืมหุ้่นได้ ทันเวลา - นำหุ้่นจำลองลงไปให้ งานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ ชั้น 2 เพื่อจัดแสดง	-	-

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
คุณสุภาพร พาณิชนสมบัติกิจ นักวิชาการศึกษาศาสนาญการ				
1. บริหารเอกสาร ห้อง Documentation Review	บันทึกเวียนแจ้งหน่วยงาน กำหนดการส่ง เอกสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมวิธีการจัดทำแฟ้ม และ File (เพิ่มเติม) ในการประชุมงาน HA และติดตามงาน	เอกสาร unit profile ลำช้าเนื่องจาก ต้องมีการตัดข้อมูลส่วนขององค์กร	วางแผนทำงานให้ทันเวลา	บุคลากรมีส่วนร่วมจัดระบบ เอกสารตามที่วางแผนที่ รับผิดชอบ
2. บริหารจัดการ โครงการ	1. จัดบันทึกขออนุมัติโครงการเสนอ ผู้บริหารตามลำดับ 2. จัดทำบันทึกต่างๆ /IT/เวชภัณฑ์/ โภชนาการ/บันทึกเชิญเข้ารับเยี่ยม/ สัญญาเยี่ยมเงิน 3. จองห้องประชุมรับเยี่ยม และการ เตรียมความพร้อม อาหารกลางวัน อาหารว่าง อุปกรณ์ต่างๆ ประสานงานส่งจำนวนอาหาร น้ำ ใน แต่ละห้องประชุม ทั้ง 5 ห้อง 4. ทำใบลงทะเบียน 5. ประสานงานส่วนกลางตั้งเครื่อง คอมพิวเตอร์/อาหารว่าง ห้องหอ จดหมายเหตุ และ ห้องประชุม ภาควิชาศัลย์ ชั้น 7 6. สรุปขออนุมัติเบิกเงิน/สรุปรวม รวมเอกสารใบเสร็จต่างๆ	- ประสานงานและรับอาหารว่างเช้า วันที่ 22-23 มี.ค.2568 เวลา 06.00 น. ที่หน้าโดมตึกคณะแพทยศาสตร์ พบ ปัญหาคือประตูด้านหน้ายังไม่เปิดให้ รถเข้ามาส่งของ จึงประสานงานรถที่มา ส่งของเข้าข้างหลังตึกคณะแพทย์ฯ ทั้ง 2 วัน โดยการประสานงานกับ รพภ. และคนที่มาส่งของ - สรุปค่าใช้จ่ายล่าช้ากว่า 5 วันทำการ	- วางแผนตามขั้นตอนการ ดำเนินงาน บริหารงาน โครงการ และนำเข้าที่ประชุม หาข้อสรุปร่วมกัน	เจ้าหน้าที่ส่วนกลางมีความตั้งใจ และทำให้ภาพลักษณ์ในการจัด ห้องอาหารผู้เยี่ยม สะอาด เรียบร้อยมาก

ภาระงานที่รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
	7. ตามทีม 4 สายเวชศาสตร์ป้องกัน และสังคม , IC 8. สรุปรายชื่อส่ง HR โรงพยาบาล และ HR คณะแพทย์ (สรุปรายชื่อผู้เข้าร่วมเรียบร้อยแล้ว อยู่ระหว่างดำเนินการทำรายงานที่ส่ง HR ศูนย์ฯ และ HR คณะแพทย์)			
3. ประสานถ่ายรูป รพ. ประกอบ - ด้านตึกรพ. - หอผู้ป่วย - แผนกผู้ป่วยนอก - ห้องยา - ระบบบำบัดน้ำเสีย	ไปกับงานสื่อสารองค์กร ประสานงานขออนุญาตเจ้าของพื้นที่ ขอเข้าไปถ่ายรูป/ประสานถ่ายรูป รพ. ประกอบ - ด้านตึกรพ. - หอผู้ป่วย - แผนกผู้ป่วยนอก - ห้องยา - ระบบบำบัดน้ำเสีย	มีแก้ไขรูปภาพบางพื้นที่ ต้องเข้าไปถ่ายรูปภาพใหม่ ให้ดูดีกว่าเดิม ต้องเข้าไปขอถ่ายรูปครั้งที่ 2	นำภาพข้อมูลที่ได้ใช้เป็นฐานข้อมูลในปีต่อไป ถ่ายในมุมที่ใช้ได้ปรับใช้ในปีต่อไป	- เจ้าของพื้นที่ให้ความร่วมมือที่ดีมาก - งานสื่อสารองค์กรให้ความร่วมมือที่ดี ขอไปถ่ายด่วนก็ดำเนินการให้

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการงานที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
นางสุกัญญา บุญยะวาศ / นางสาวอาภัสรา ดิษฐโชติ ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป (รับผิดชอบประสานงานส่วนกลาง)				
1.รับผิดชอบ ประสานงานใน ส่วนกลาง	- จัดเตรียมความพร้อม ณ ห้อง Documentation review ชั้น 8 อาคารคณะแพทยศาสตร์ ก่อนผู้เยี่ยมจะขึ้นมา เช่น อุปกรณ์นำเสนอ ระบบ IT , โต๊ะรับประทานอาหาร (ว่าง – อาหารกลางวัน – อาหารเย็น) สำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจฯ - เวลา 07.00 น. รับอาหารเช้า (ข้าวต้ม) พร้อมวัสดุ-อุปกรณ์ ต่าง ๆ (ถ้วย-จาน-ชาม-ช้อน) จากงานโภชนาการ ที่องค์กรแพทย์ โดยประสานงานกับพี่พนักงานขับรถ จะผู้ขนส่ง โดยภาชนะและอุปกรณ์ นำส่งคืนช่วงเวลา 14.00 น. ที่องค์กรแพทย์ เพื่องานโภชนาการใช้วันถัดไป - เวลา 10.30 น. รับอาหารกลางวัน (ร้านพี่ดำ) สำหรับผู้เข้าร่วม / ผู้บริหาร ณ จุดนัดหมายชั้น 1 อาคารคณะแพทยศาสตร์ นำไปจัด	ประเด็นปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ มีความกังวล เนื่องจากตนเองไม่มีประสบการณ์ด้านนี้มาก่อน เกรงว่าจะบริหารจัดการไม่ดีพอ เกิดความกังวล เนื่องจากแต่ละเมนู ทีมส่วนกลาง อยากให้อาหารคงสภาพ ไม่แห้งเมื่อโดนลม ดูสะอาด และถูกสุขลักษณะ จึงได้จัดเตรียมฟิล์มห่อหุ้มภาชนะอาหารทุกเมนู อาหารเรามาจัดเป็นชุด ดังนั้นเวลา การจัดเตรียม จึงใช้เวลาค่อนข้างนาน เพราะทีมไม่มีประสบการณ์ กลัวจะไม่ทันเวลา และเวลาค่อนข้างกระชั้นชิดก่อนที่ผู้เยี่ยมจะขึ้นมารับประทานอาหารในมื้อกลางวัน อีกทั้งจำนวนทีมส่วนกลาง ที่กำหนดไว้นั้น มีทั้งหมด 3 ท่าน แต่สถานการณ์จริงวันที่ 22 มกราคม 2568 เหลือเพียง 2 ท่าน ซึ่งอีก 1 ท่าน ลงไปช่วยที่ห้องประชุม 2A จากปัญหาและอุปสรรค ในเรื่องเวลาการจัดเตรียมอาหารในวันที่ 22	การทำงานครั้งต่อไปมองว่า ถ้าคนในหน่วยงานไม่พอที่จะแบ่งมาช่วยส่วนกลาง อยากจะขอเสนอ ขอให้ทำหนังสือขอความช่วยเหลือในการทำงานช่วงวันรับเยี่ยม และถ้าเขามาช่วยเรา ทางเราจะดำเนินการออกหนังสือรับรองการปฏิบัติงานเป็นจิตอาสา ในการช่วยโรงพยาบาล ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ดีในการเรียนรู้และพัฒนา หากนำบทเรียนในครั้งนี้ไปปรับใช้ งานครั้งต่อไปจะไม่อุปสรรคแน่นอน และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ควรแบ่งหน้าที่ให้เหมาะสมกับความถนัดของแต่ละคน ทั้งนี้ หากทีมส่วนกลาง ขาดตกบกพร่อง ส่วนหนึ่ง ส่วน	ความภาคภูมิใจของคนเบื้องหลังแม้ว่าการวิ่งเสิร์ฟอาหารว่าง น้ำ และการจัดเตรียมต่างๆ อาจไม่ใช่งานที่โดดเด่นหรือเป็นที่จับตามองมากนัก แต่สำหรับคนเบื้องหลังอย่างเรา นี่คือการภาคภูมิใจเล็กๆ เราอาจไม่ได้เก่งอะไรมาก ไม่ได้เดินตามทีมเหมือนคนอื่นๆ แต่ก็รู้สึกภูมิใจในตัวเองที่ได้ดีในระดับหนึ่ง และเชื่อว่ายังสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้อีก หากมีโอกาส งานจัดเตรียมหรือเสิร์ฟอาหารอาจไม่ใช่สิ่งที่แสดงผลลัพธ์ออกมาอย่างชัดเจน แต่เราภูมิใจในสิ่งที่เราทำ และมั่นใจว่าเราทำมันออกมาได้ดีที่สุดแล้ว ขอขอบคุณทีมส่วนกลาง ที่ช่วยกันทำให้ทุกอย่างผ่านไปได้ด้วยดี และทันเวลา แม้จะเหนื่อย ต้องวิ่ง ต้องเดิน แต่เราก็ฝ่าฟันและผ่านช่วงเวลานั้นมาด้วยกัน - เวลา 21.00 น ทีมส่วนกลาง ขอขอบคุณ ที่ช่วยเก็บภาชนะ (อาหาร

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการงานที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
	วางที่ ห้องประชุม 2A โดยเจ้าหน้าที่ ส่วนกลาง ได้นำอาหาร (กลางวัน) สำหรับเจ้าหน้าที่ HA แยกชิ้นมาให้ ที่หน่วยงานพัฒนาคุณภาพ รพ. - เวลา 11.00 น. รับอาหารกลางวัน (งานโภชนาการ) สำหรับผู้เยี่ยม ที่ องค์กรแพทย์ โดยงานโภชนาการจะ จัดเตรียม อาหารใส่ถาด แต่ละเมนู (คาว-หวาน) โดยแบ่งเป็นชุด พร้อม ภาชนะต่าง ๆ (ถ้วย-จาน-ชาม-ช้อน) โดยมีพนักงานขับรถเป็นผู้นำส่ง อาหารดังกล่าว เจ้าหน้าที่ส่วนกลาง นำอาหารขึ้นมาจัดเตรียมที่ หน่วยงานพัฒนาคุณภาพ รพ. ชั้น 8 ขบวนการจัดอาหารกลางวัน สำหรับ ทีมผู้เยี่ยม นั้น โดยจะจัดเป็นชุด จำนวน 6 ชุด รวม 7 รายการ วาง ขึ้นโต๊ะอาหาร และแต่ละเมนู เพื่อให้ อาหารคงสภาพ ไม่แห้งเมื่อโดนลม แลดูสะอาดและถูกสุขลักษณะ ทีม ส่วนกลาง ได้จัดเตรียมฟิล์มห่อหุ้ม ภาชนะอาหารมาห่อหุ้มทุกเมนู	มกราคม 2568 นั้น ทำให้วันที่ 23 มกราคม 2568 ทีมส่วนกลาง ขอ ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่งาน นวัตกรรมจัดการข้อมูล มาช่วย เรื่องการจัดเตรียมอาหาร สำหรับทีม ผู้เยี่ยม เช่น แลปอาหาร และจัด เสิร์ฟอาหาร ซึ่งช่วยบรรเทาปัญหา ในระดับหนึ่ง ผลการดำเนินงาน : 22-23 มกราคม 2567 ท้นเวลาแบบกระชั้นชิด	ได้ไป กราบขอภัย มา โอกาสนี้	มือเย็น) และช่วยทำความสะอาดห้อง Documentation review ชั้น 8

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
	ภาชนะและอุปกรณ์ อาหารเช้า-อาหารกลางวันนำส่งคืน ณ จุดที่รับอาหาร (องค์กรแพทย์) ช่วงเวลา 14.00 น. เพื่องานโภชนาจะใช้วันถัดไป* - เวลา 12.00 -13.00 น ทีมส่วนกลาง รับออเดอร์ เพื่อซื้อเครื่องต้มให้ทีมผู้ตรวจเยี่ยม และผู้บริหาร - เวลา 13.00 น ทีมส่วนกลาง รับดำเนินการ ทำความสะอาด ห้อง Documentation review ชั้น 8 เก็บภาชนะ (อาหารกลางวัน) เพื่อเตรียมส่งคืนงานโภชนาจะใช้วันถัดไป**** - เวลา 13.30 น ประสานงานตัวแทนทีมแต่ละทีม เพื่อนำอาหารว่าง (ผลไม้) และน้ำไปวางตามจุดที่ได้รับมอบหมาย วันที่ 22 มกราคม 2568 * ห้องประชุม 5A (ทีม 3)			

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
	* หน้าห้องสุติศาสตร์ (ทีม 4) * หน้าห้องจดหมายเหตุ (ทีม 5) * นำข่าวไปให้ที่ 5 A (ทีม 3) วันที่ 23 มกราคม 2568 * ห้องประชุม 5A (ทีม 3) * หน้าห้องจดหมายเหตุ (ทีม 4) * หน้าห้องสุติศาสตร์ (ทีม 5) - เวลา 14.30 น ทีมส่วนกลาง เตรียมส่งคืนภาชนะ งานโภชนาการ - เวลา 16.00 น ทีมส่วนกลาง รับ อาหาร มื้อเย็น สำหรับผู้เยี่ยม โดย งานโภชนาการ จะจัดเตรียมอาหาร และภาชนะ เหมือนกับมื้อกลางวัน แต่เปลี่ยนเมนูอาหาร (คาว-ผลไม้) รวม 7 รายการ ส่วนขบวนการ จัดเตรียมอาหาร ทีมส่วนกลางได้ ดำเนินการได้ ทำตามขั้นตอนตามที่ กล่าวข้างต้น			

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการทำงานที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
	- เวลา 21.00 น ทีมส่วนกลาง รีบดำเนินการ ทำความสะอาด ห้อง Documentation review ชั้น 8 เก็บภาชนะ (อาหารมือเย็น) ไปส่งคืนจุดที่รับของ โดยใส่รถเข็น ของหน่วยงานไว้ เพื่อป้องกันสุนัขตะปบเกิดความเสียหาย และเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ประจำจุดให้ทราบ ว่าอุปกรณ์ภายในรถเข็นส่งคืนงานโภชนาจะใช้วันถัดไป****			
2.การจัดทำแฟ้มเอกสาร	- จัดทำเอกสารแฟ้ม พร้อมจัดทำดัชนีและสันแฟ้ม - ติดแปะฉลากและจัดระเบียบแฟ้มเอกสาร - นำแฟ้มเอกสารไปวางในห้องประชุม HA	ปัญหาที่พบ คือ แฟ้มเอกสาร งานทรัพยากรมนุษย์ ถูกนำส่งมาให้เราแล้ว แต่ทางหน่วยงานได้ขอให้นำกลับไปแก้ไข และไม่นำส่งคืน ทำให้ในวันรับเยี่ยมจริง ทีมผู้ตรวจเยี่ยมขอดูแฟ้ม แต่แฟ้มไม่ได้อยู่ในห้อง Documentation review ชั้น 8 เบื้องต้นได้รับการแก้ไข โดยโทรประสาน ไปสอบถามที่หน่วยงานให้ และทีมส่วนกลาง ไปรับแฟ้มดังกล่าว เพื่อมาให้ทีมผู้เยี่ยม ได้ทันเวลา		

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการทำงานที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
3.การทำป้าย สามเหลี่ยม	- จัดทำป้ายสามเหลี่ยมชื่อผู้เยี่ยม จำนวน 2 ชุด - จัดทำป้ายสามเหลี่ยมชื่อผู้บริหาร	ปัญหาที่พบ คือ แผ่นป้ายสามเหลี่ยม พลาสติก มีขนาดไม่เท่ากัน เลยทำให้ การปริ้นออกมาต้องมากะขนาดเอง ซึ่งค่อนข้างใช้เวลาในการตัดและวัด พอสมควร		
4.ส่งคืนแฟ้มเวช ระเบียน	ช่วยไปรับแฟ้มที่เวชระเบียนและ R2A			
คุณสุภาพร พาณิขสมบัติกิจ นักวิชาการศึกษาชำนาญการ				
1. บริหารส่ง เอกสาร SAR ส่งสถาบันรับรอง คุณภาพ สถานพยาบาล (สรพ.)	1. จัดทำบันทึกติดตามเอกสาร SAR CLT profile Unit Profile (ทุก 6 เดือน) /จดหมายแจ้งความจำนงค์ และจดหมายส่งเอกสารรับการเยี่ยม สำรวจ ไปยังผอ. สรพ. 2. ประสานการประชุมจัดทำ SAR CLT profile (รายละเอียดสรุปการ ประสานงาน ปี 2567) 3. ร่วมรวบรวม และจัดระบบรูปแบบ เอกสาร HP แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างฯ, SAR, CLT profile เอกสารการรับรองมาตรฐานต่าง ๆ, ระบบน้ำอุปโภค บริโภค, ระบบน้ำ ใต้เทียม, แบบประเมิน ENV ฯลฯ 4. Time line การส่งเอกสาร สรพ.	- ระยะเวลาที่มีค่อนข้างจำกัดในการ จัดระบบและจัดทำรูปแบบ ทำงาน นอกเวลา แลประสานหน่วยงานที่ รับผิดชอบเพื่อเพิ่มเติมข้อมูลให้ ครบถ้วน	- เนื่องจาก พยาบาลชำนาญ การ จะปลดเกษียณ ศึกษา รูปแบบ แนวคิดการจัดทำ CLT Profile และ CQS SAR ตามความเหมาะสม - ร่วมและเสนอทีมงาน HA คกก.บริหาร วางแผน Time line การจัดทำ SAR และ ติดตาม ปี 2568-2569- 2570 (เพื่อขอ register re acc ⁵ เดือน มิถุนายน 2570 วางแผนเยี่ยมมกราคม 2571 (หรือปรับอีกครั้งหลังได้ ประกาศนียบัตรการรับรอง)	- การจัดทำเอกสารทั้งใน/นอกเวลา ความมีประสิทธิภาพ เชี่ยวชาญในการ ทำเอกสาร รูปแบบต่างๆ เพื่อให้ เอกสารเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และครบถ้วนมากที่สุด - การติดตาม และจัดระบบไฟล์ CLT Profile/SAR โดยผู้เชี่ยวชาญ (พยาบาล ชำนาญการ/เภสัชกร/หัวหน้างาน HA/ ทีมบริหาร)

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
			- ร่วมวางแผนนำเสนอ ใน การจัดทำแผนตาม ข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยม สำรวจ สรพ.	
2. บริหารเอกสาร ห้อง Documentation Review	1. บันทึกเวียนแจ้งหน่วยงาน กำหนดการส่ง เอกสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมวิธีการจัดทำแฟ้ม และ File (เพิ่มเติม) 2. วางแผนแบ่งผู้รับผิดชอบ ตามSS 25 ต.ค. 66 แบ่งความรับผิดชอบใน ติดตามเอกสาร (ประชุมมอบหมาย ในการประชุมงาน HA และติดตาม งาน 3. จัดระบบเอกสารห้อง Documentation Review เพื่อให้ผู้ เยี่ยมสำรวจเข้าใจในแต่ละหัวข้อ แต่ละรูปแบบ	- ผู้เยี่ยมสำรวจภายนอกแจ้งเอกสาร กระดาษจำนวนมาก - พบเอกสาร unit profile ล่าช้า เนื่องจากต้องมีการตัดข้อมูลส่วนของ องค์กร ซึ่งในความรับผิดชอบจึงได้ แบ่งกับผู้ปฏิบัติงานทั่วไป ตัดข้อมูล วางให้ครบถ้วน - วันเยี่ยมแฟ้มคกก. HR ไม่ได้อยู่ ผู้ เยี่ยมตามแฟ้ม งาน HA ประสาน ตามแฟ้มให้ผู้เยี่ยม - ผู้เยี่ยมต้องการดูแผนพัฒนา คุณภาพของทีม ซึ่งได้รับแจ้งตั้งแต่ วันแรก หาใน แฟ้ม HR และ ไฟล์ ของฝ่ายการพยาบาล (แผน HR) ผู้ เยี่ยมไปตามที่หน้างานและการ นำเสนอ	- วางแผนร่วมกับทีม HA ใน การปรับเอกสารเป็น electronic file	- บุคลากรมีส่วนร่วมจัดระบบเอกสาร ตามที่วางแผน - มีผู้ปฏิบัติงานทั่วไปสนับสนุนในการ จัดทำระบบแฟ้ม ตรวจสอบให้ครบถ้วน
3. บริหารจัดการ โครงการ	1. จัดทำโครงการเสนอผู้บริหาร ตามลำดับ	- พบอุปกรณ์เครื่องเสียงเคลื่อนที่ไม่ พร้อมใช้ หรืออาจจะใช้ไม่เป็น เนื่องจากเครื่องเสียงห้องประชุม ขึ้น	วางแผนตามขั้นตอนการ ดำเนินงาน บริหารงาน โครงการ และนำเข้าที่ ประชุมหาข้อสรุปร่วมกัน	- เจ้าหน้าที่ส่วนกลางมีความตั้งใจ และ ทำให้ภาพลักษณ์ในการจัดห้องอาหารผู้ เยี่ยม สะอาด เรียบร้อย มาก

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
	2. ตรวจสอบบันทึกต่างๆ ห้อง ประชุมรับเยี่ยม และการเตรียม ความพร้อม อาหารกลางวัน อาหารว่าง อุปกรณ์ต่างๆ วางแผน จำนวนอาหาร น้ำ ในแต่ละห้อง ประชุม ทั้ง 5 ห้อง ให้เจ้าหน้าที่ ส่วนกลาง ความพร้อมอื่นๆ ฯลฯ 3. จัดทำขั้นตอนมอบหมายงาน ในประชุมหน่วยงาน HA 2-3 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง 4. สรุปประเมินผลโครงการ/รวม ข้อมูลสรุปการเยี่ยมหน่วยงาน (อยู่ ระหว่างสรุป) 5. ตามทีม 2 สายศิลป์	7 ไม่มี (วางแผนเยี่ยมและศึกษาการใช้ เครื่องเสียง) - อื่นๆ ปรับแก้ไขตามหน้างาน (รอ จากเจ้าหน้าที่แต่ละส่วนและนำมารวม ข้อมูล)	และนัดประชุมติดตามงาน เป็นระยะ พร้อมวางแผนจาก ประสบการณ์ และข้อมูลจาก การปฏิบัติงานให้มากที่สุด - ก่อนโครงการ - วันจัดงาน	- บุคลากรสนใจในการปฏิบัติงาน ตามที่นำไปแบ่งงานในที่ประชุม
ร่วมประสาน ข้อมูล แบบฟอร์มทวน สอบความถูกต้อง และเพิ่มเติม ข้อมูล สถานพยาบาล	1. อ่านวิเคราะห์ข้อมูล ที่มีเดิมใน ฟอร์ม สรพ. กรณีไม่ครบถ้วน 2. ประสานหน่วยงานขอข้อมูล เพิ่มเติมตามแบบฟอร์ม (หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ฝ่ายการพยาบาล, 3. ประสานถ่ายรูป รพ. และ ตรวจสอบวางข้อมูล ประกอบ - ด้านตึกรพ. - หอผู้ป่วย	ต้องประสานขอข้อมูล และยืนยันใน ครั้งนี้ - ฝ่ายการพยาบาล อัตราครองเตียง จำนวนผู้ป่วยใน/นอก ปี 2566 (ใน วาระคกก.ดำเนินงานมีเป็นเดือน ไม่ได้สรุปเป็นปี) แจ้งฝ่ายการ พยาบาลระบุในปีถัดไป - อัตรากำลังบุคลากร ใน HP ปี 2566ไม่ได้ระบุ (ชม.การทำงานของ	-	-

ภาระงานที่ รับผิดชอบ	กระบวนการทำงาน	ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบ และระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น	ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ ปรับปรุงการทำงานอย่างไร	ความภาคภูมิใจจากกระบวนการทำงานที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้
	- แผนกผู้ป่วยนอก - ห้องยา - ระบบบำบัดน้ำเสีย 4. จัดส่งไฟล์ SAR Part IV + CLT profile ฉบับแก้ไขได้ โดยตัดชื่อ รพ. สถาบัน โลโก้ ทุกตำแหน่ง (ผู้ร่วมพยาบาลชำนาญการ เกสัชกร หน.งาน HA)	part time ซึ่งต้องกรอก) ประสานงาน HR และพบข้อมูล parttime มีความคลาดเคลื่อน และ ชม.การทำงาน parttime ระบุไม่ครบ จึงให้งาน HR สรุปรายชื่อปี 2567 แทน - พบข้อมูลอาจารย์ภาควิชาออร์โธปีติกส์ไม่ตรง ตามสาขา เนื่องจากต้องสรุป ผอ. อยู่สาขาไหน จึงพบว่ามีความคลาดเคลื่อนโดยสอบถามข้อมูลจากธุรการภาควิชาออร์โธปีติกส์ แจ้งงาน HR ทราบ - MRA ปี 2566 ที่ส่งสรพ. ไม่ระบุ...สรุปสิ่งที่ควรพัฒนาในการบันทึกเวชระเบียน แจ้งหน.งาน RtoA เพิ่มเติมและตรวจสอบ เมื่อมีการส่งตามรอบ และจำนวนการตรวจสอบของแฟ้ม (3% อ้างอิง Expenet)		

AAR การเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ครั้งที่ 4 (Re-accreditation survey)
โดยผู้เยี่ยมสำรวจสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ในวันที่ 22-23 มกราคม 2568

By Supattra

ภาระงานที่ได้รับผิดชอบ:

2-1.1 บริหารคุณภาพ + คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) บริหารระบบตามที่สรุปใน SAR กับ สไลด์นำเสนอของ QMR

(2) จุดเน้นของยาย II-1.1(ข) คุณภาพการดูแลผู้ป่วย+ SAR part3 + CLT Profile & CQS ที่ต้องเชื่อมโยงไปกับ RM

กระบวนการทำงาน:

1) ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการบริหารเป็นหลัก ด้านการบริหารคุณภาพ ผ่าน QI Plan

2) คุณภาพทางคลินิกมุ่งเน้น EC ขับเคลื่อนผ่าน คกก. EC โดยร่วมเป็นกรรมการ และเป็นผู้อยู่เบื้องหลังทีมเลขาฯ (FA เลขาฯ) โดยขับเคลื่อนผ่านเกณฑ์ Excellence PDSC เชื่อมกับ KPI ภาควิชา (2567)

ปี 2568 มีการปรับเกณฑ์ลงเพื่อให้ทีมที่ไม่ต้องทำ EC (ทีมคร่อม ??)

ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น:

1) การขับเคลื่อนในช่วงเปลี่ยนผ่านเพื่อสนับสนุนบุคลากรรุ่นใหม่ที่จะดำเนินการต่อ เพื่อเตรียมเกียณการทำงาน ซึ่งไม่สามารถทำได้ตามที่ตั้งใจและอยากทำ ยอมรับแนวทางใหม่เพื่อวางกรอบดำเนินการต่อตามแนวทางรุ่นใหม่

2) กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นกิจกรรม (1) การเรียนรู้ของบุคลากรในหน่วยงาน HA เพื่อเปลี่ยนผ่านระบบงานใหม่ (2) กิจกรรมเรียนรู้ระดับหน่วยงานเพื่อปูพื้นฐานบุคลากรระดับหน่วยงานให้แน่น เพื่อขับเคลื่อนในระดับทีม (3) ระดับบริหารไม่รับรู้เน้นกิจกรรมการบริหารงานของส่วนบริหารเป็นหลัก และ (4) รอง ผอ.ฝ่าย HA ลาออกตามมา

แก้ปัญหา โดย (1) เพิ่มการรับรู้และร่วมขับเคลื่อนโดยทีมบริหาร ผ่านคณะกรรมการบริหาร เพื่อได้เสนอแนะ แจ้งเตือน และวางระบบกำกับติดตาม ในส่วนของการบริหารระบบคุณภาพ

(2) เพื่อแก้ปัญหการขับเคลื่อน CQI Cross functional Team ที่ไม่ตอบแผนพัฒนาตามข้อเสนอแนะของ สรพ. และเพื่อให้ทีมระบบได้ทบทวนข้อเสนอแนะ และ มาตรฐาน HA (SPA In Action) ที่รับผิดชอบ จึงได้จัดให้มีการจัดทำ QI plan รายทีม นำเสนอเพื่อให้ทีมบริหารเสนอแนะเพิ่มเติม ดำเนินการรายงานผ่าน SAR 2022 ตามลำดับ ตามที่มีการประชุมในคณะกรรมการบริหาร และตามมติที่ประชุมของทีมบริหารนำพาพัฒนา

ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อไป/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร:

1) ฝากคนรุ่นใหม่ทบทวนและวางแผนดำเนินการต่อ

2) ข้อคิดเห็นและได้เรียนรู้: การทบทวน กำกับกับการดำเนินการ และประเมินผลตามกิจกรรมที่ระบุในแผน (ระบบงาน โครงการ/กิจกรรม) และตัวชี้วัดของแต่ละแผนใน QI Plan ศูนย์การแพทย์ฯ และ QI Plan รายทีม เพื่อกำหนดขอบเขตจุดเน้นการพัฒนาและการสรุปประเด็นสำคัญนำเสนอ

ความภาคภูมิใจจากกระบวนการงานที่ทำ หรือ สิ่งที่ได้ทำเกินจากที่ตั้งใจไว้

1) พอจะมีความภาคภูมิใจที่ยังมีการบริหารระบบคุณภาพตามที่เสนอแนะ ทำให้พอสรุป powerpoint QMR/ศูนย์คุณภาพ ได้ (แนวคิดที่ทำมาเรื่อยๆ ก็ตามที่สรุปในสไลด์นำเสนอของ QMR)

2) ผู้บริหารยังรับฟังข้อเสนอแนะ และตอบสนองในสิ่งที่ร้องขอให้ดำเนินการให้

ภาระงานที่รับผิดชอบ:

2-1.1(ข) คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

Part3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย (ภาพรวม) ของ ศกพ.

Part3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย รายภาควิชา/ทีม CLT ที่เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ และนโยบายสำคัญของ ศกพ.

กระบวนการทำงาน:

1) มีจุดเน้นการพัฒนาที่ Excellence Center ของศูนย์การแพทย์ฯ ที่ต้องเชื่อมกับทุกภาควิชา/ ที่ผู้อำนวยการจะสามารถกำกับการดำเนินการได้ โดย

- * บรรลุและปรับเป้าหมาย ตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์
- * เชื่อมกับระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของคณะ
- * ปรับเกณฑ์การประเมินผลระดับความสำเร็จของ Excellence PDSC
- * กำกับติดตาม โดยคณะกรรมการ EC และ งานแผน โดย HA อยู่เบื้องหลัง

ประเด็นที่เสนอการดำเนินการต่อ คือ การกำหนดให้แต่ละศูนย์รายงานในภาพของ PCT Profile เพื่อให้ทีมค่อยๆ สรุปข้อมูล ใช้สำหรับ PDSC

2) ที่ออกแบบไว้ ผ่านระบบ Clinical Risk ที่เชื่อมโยงกับการจัดทำ CLT Profile & CQS และ part2 หรือ part3 ในส่วนที่ภาควิชาเกี่ยวข้องเพื่อใช้จัดทำ SAR ระดับ ศกพ. แต่ยังดำเนินการแยกส่วน

- กิจกรรม Internal Survey (ไม่ได้ดำเนินการ)

3) การขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ Clinical Risk และ คณะกรรมการประจำคณะ

4) การเขียน SAR part3 โดย (1) ดูจากมาตรฐาน (SPA) ร่วมกับ (2) วิเคราะห์ CLT Profile & CQS & Excellence center ที่เกี่ยวข้อง & Unit Profile รายหน่วย/ward เพื่อใช้ข้อมูล (3) สัมภาษณ์ หน.ward (4) ร่างข้อมูลที่มีทุกระบบ (โครงการ/กิจกรรม EC+ CLT Profile (ตาราง process management ใน CQS) + Unit Profile + แดชบอร์ดอ้างอิง และร่างให้ทีมช่วยอ่าน และเขียนปรับให้ใหม่) (5) ส่งรายงานและสอบถาม ผอ.และ รอง วิชา เป็นระยะ โดยเฉพาะเรื่องทางการรักษา การเรียนการสอน การทำหัตถการ เป็น individual เพื่อให้เสร็จทันตามกรอบระยะเวลา (part3-3 – 6) (6) ขวนทีมผู้รับผิดชอบมาช่วยกันเขียนกันร่างเสนอแพทย์/ประธานของทีมช่วยปรับ เป็นต้น (part 3-1 – 3-2 ทีมบริหารช่วยเขียน)

ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น:

- 1) การดำเนินการในส่วนของภาควิชายังดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงเป็นหลัก
- 2) การติดตามการประเมินตนเองผ่าน CLT Profile & CQS โดยภาควิชา/CLT จะพร้อมรับฟังหรือพร้อมให้ FA เมื่อจำเป็นต้องจัดทำเอกสาร ส่ง สรพ. การแก้ปัญหาที่ผ่านมา จะประเมินภาควิชา/ CLT ที่ต้องการความช่วยเหลือ และจัด Focus group โดยประเมินจาก CLT Profile & CQS ที่ส่ง Surveillance Survey และการ Update นำเสนอในซักซ้อม และการประสานงานที่ไม่เป็นทางการเป็นส่วนใหญ่ เป็น individual
- 3) ทีมที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือ ก็จะปล่อยให้ดำเนินการด้วยตัวทีมเองแค่เสนอแนะเพิ่มเติมบ้างเท่าที่จำเป็น ได้แก่ CLT กลุ่มเวชศาสตร์; โสต ศอ นาสิก (แจ้งคุยผ่านไลน์กับประธาน) รังสีวิทยา พยาธิวิทยา นิติเวชศาสตร์ และ ทันตกรรม (จะส่งมาลำดับท้ายสุด)
- 4) การจัดทำ CLT Profile จะจัดลำดับสำคัญสุดไว้ที่ อายุรศาสตร์ โดยจะ FA รายทีม/รายโรค เพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการกำกับติดตามและ Update ราย CQS ในการประชุมติดตามเคลื่อนไหว update เป็นระยะต่อเนื่อง (เสนอประธานโอเคจะตามราย CQS ในการประชุม ...ที่เหลือคงแล้วแต่ทีมให้ความร่วมมือดำเนินการกันต่อหรือไม่)
- 5) กิจกรรมแก้ปัญหาในการจัดทำ SAR part3 & CLT Profile ดังนี้

การจัดทำ CLT Profile - ทีมอายุรศาสตร์

กระบวนการทำงาน:

- 1) วิเคราะห์ CLT Profile & CQS & Excellence center ที่เกี่ยวข้อง & Unit Profile รายหน่วย/ward เพื่อใช้ข้อมูลเขียน SAR part3 ร่วมกับสัมภาษณ์ และให้ทีมช่วยอ่าน และ ช่วยเขียนสรุปในแต่ส่วนที่ทีมเกี่ยวข้อง
- 2) สรุปผลการวิเคราะห์ โอกาสพัฒนา
- 3) เชิญทีมเลขาฯ Nurse manager รายโรค นำเสนอผลการวิเคราะห์ CLT Profile & CQS รายโรค
- 4) ร่วมกันวางแผนเพื่อติดตามผลการ Update ข้อมูล โดยการจัดประชุม CLT Profile เพื่อนำเสนอ CQS รายโรคต่อประธานฯ เพื่อได้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยให้เหตุผลเพื่อเตรียมประธานนำเสนอซักซ้อม และเพื่อเตรียมประธานให้รับรู้ข้อมูลฉบับเต็มที่ต้องส่ง สรพ.เบื้องต้น และเสนอให้ประธานตามให้ ผู้รับผิดชอบรายงานตาม CQS เพื่อจะได้ Update CQS ต่อเนื่อง
- 5) เตรียมทีมที่รับผิดชอบรายโรคด้วยการชวนทบทวนปรับ CQS รายโรค จัด Focus group วิเคราะห์ภาพรวม และรายโรค/ทีม COPD, IMC (FG + line), ACS, Stroke, HCC, (line + โทรศัพท์)
- 6) รายงาน ผช.ปรารถนา เลขาฯ CLT ส่งไฟล์ที่สรุปจาก focus group ให้ เลขาฯ รวม (รวมแบบงๆ) และ
- 7) รวมไฟล์ตามที่ยกให้ปรับตามที่วิเคราะห์ไว้ด้วย เพื่อเลขาฯ งตามไม่ทัน
- 8) ส่งรายงานประธานฯ อ.สุทัศน์ รับทราบข้อมูล และหลังบ้านให้ประธานตามข้อมูล CQS โดยมีการประชุมนำเสนอรายโรคเพื่อเตรียมประธานนำเสนอ ซักซ้อม เพื่อให้ประธานมอบหมายเพิ่มเติม และ เตรียมประธานให้รับรู้ข้อมูลฉบับเต็มที่ต้องส่ง สรพ.เบื้องต้น รวมทั้งเสนอให้ประธานตามให้ผู้รับผิดชอบ รายงานตาม CQS เพื่อจะได้ Update CQS ต่อเนื่อง
- 9) จัด FG รายโรคที่ยังไม่เข้า CQS และข้อมูลยังไม่ขยับได้แก่ ทีม COPD, ทีม IMC รายงานหลังบ้าน อ.อธิปด้วย ช่องทางสื่อสารผ่าน line ส่วนตัว

สิ่งที่วิเคราะห์ได้

1. Update สถิติผู้ป่วย สิ้นสุดที่ 2566 มีกราฟ 2567 เพราะเลขาฯ รวมกราฟไม่ได้ รายงาน ผช.คุณปรารถนาช่วยรวมให้
2. จุดเน้น ยืนยันตามทีมก็ตามทีม
3. ตารางความเสี่ยงไม่ Update ให้ปรับตารางความเสี่ยงใหม่ เพื่อให้เห็น risk matrix กับผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยง + ความเสี่ยงที่เชื่อมโยงกับรายโรค สำคัญ + IR (อ้างฟอร์มใหม่ของ SAR2022) สุดท้ายเชิญเลขาฯ มาช่วยปรับเพื่อความเข้าใจ แต่ยังไม่ครอบคลุม specific clinical risk
4. สรุปการพัฒนา การสร้างนวัตกรรม และการวิจัยสำคัญ และ
5. การพัฒนา นวัตกรรม และการวิจัยในอนาคต..(เพิ่มเติมจากแผนพัฒนาจากรายโรค) จากราย CQS
6. CQS รายโรค (ประสานรายทีม ช่วยเลขาฯ หวังว่าเลขาฯ จะได้ทำในส่วนของการขอรับรองต่ออายุจาก ตร.ต.)

* CQS ACS เสนอ Update รองรับการพัฒนา Excellence center/ Excellence PDSC โดยทีมเลขาฯ แจ้งไม่สามารถปรับกราฟหรือเรียก กราฟ THIP จากระบบมาปรับเปลี่ยนเพื่อ update ผลการเทียบเคียงได้ ต้องช่วยดึงผลเทียบเคียงให้เลขาฯ เป็นระยะ เพื่อให้เลขาฯ ได้เห็นและใช้ข้อมูล อธิบายผลเทียบเคียงได้

* หลังจาก สรพ.กำหนดการเยี่ยม CoE : PCT ACS ใช้เป็นกลยุทธ์ในการช่วยให้ทีมได้สรุป PCT Profile_draft1 ในภาพของการพัฒนา Center of Excellence in Cardiovascular disease & Excellence PDSC เพื่อร่วมนำเสนอในการ session : Medicine & PCT ACS Interview และเพื่อเตรียมพร้อม/ซอมนำเสนอ PDSC รวมทั้ง *สรุป Timeline ขอรับการรับรอง เพื่อกระตุ้นให้ทีมขยับเดินต่อ (ทั้งช่วงเตรียมเอกสาร เตรียมทีม)

* CQS COPD ด้วยมีปัญหาเรื่อง ขาดพยาบาลในคลินิกหลอดเลือด ทำให้ข้อมูลตัวชี้วัดและการ Update ข้อมูลหายไปตั้งแต่ปี 2564 มีเพียงข้อมูล ที่ได้ส่งเทียบเคียงในระบบ THIP ได้ประสานกับทีมคุณกนกวรรณ และพยาบาลในคลินิกในการมา Focus group เริ่มตั้งแต่ชวนวิเคราะห์บริบท ข้อมูล ผู้ป่วย COPD ในคลินิก และปรับ Driver Diagram ให้ตอบกับข้อมูลที่วิเคราะห์ในส่วนของบริษัท พร้อมทบทวน Process management และให้จัดทำ ข้อมูลส่วนที่ขาดเพิ่ม

* CQS IMC ชวนคุณกนกวรรณ ปรับที่นำเสนอในเวทีต่างมาเข้าแบบ CQS โดยร่างแรก เริ่มตั้งแต่วิเคราะห์ สว.ในศูนย์ฯ และจัดทำ Driver Diagram รวมทั้ง Process management และให้นำเสนอผลลัพธ์เบื้องต้น เสนอ อ.อธิปทบทวนและปรับเพิ่มเติม

* CQS Stroke คุยผ่านไลน์กับ นน. Stroke unit ร่าง CQS โดยปรับจาก CQS เดิม เพิ่มเติมในส่วนของบริษัทใช้ผลลัพธ์ปีก่อน และผล เทียบเคียง และให้ Nurse manager วิเคราะห์และปรับต่อ

* HCC ผช.ปรารถนา เข้าใจร่างมาให้ช่วยทบทวนและเสนอแนะเพิ่มเติม บวกกับให้นำเสนอเป็นตัวอย่างในที่ประชุม CLT med ได้ข้อเสนอแนะจากประธาน และปรับเพิ่มเติมอีกอย่างน้อย 2-3 ครั้ง

* Pneumonia หน.MICU และ Sepsis หน.Semi ICU+11/1 วิเคราะห์ร่างมานำเสนอในที่ประชุม med ในรอบถัดไป และได้ข้อเสนอแนะปรับเพิ่มเติมตามประธานเสนอแนะ

* CKD & ESRD ไม่มี Nurse manager ร่าง ไม่สามารถประสานผ่านผู้เชี่ยวชาญได้ จึงเว้นไว้ก่อน

* เริ่มมีความพยายามในการจะดำเนินการในส่วนของ DM ยังไม่มีร่างและยังไม่ได้ชวน Focus group ขอใช้ที่มี highlight ส่ง สรพ.ก่อน

* TB ประธานอยากให้ทำแต่ยังหา Nurse manager ไม่ได้

** วันเยี่ยมก็พาไปตาม สายที่ผู้เยี่ยมขอไปได้แก่ OPD Med; CCU; Cath lab; 10/2; Stroke; HD+PD โดยให้ทีมพยาบาลรับการเยี่ยมและสรุปการเยี่ยม กระตุ้นและเสนอ PCT ACS ให้ดำเนินการขอประเมิน PDSC ตาม Timeline ที่ได้นำเสนอ *** เลขาฯ แจ้งว่า ขอขยับ Timeline ออกไปอีก 2-3 เดือน เนื่องจากหยุดไป เพื่อเตรียมการ re-acc

การจัดทำ CLT Profile -ทีม CLT สูดิ-นริเวชวิทยา

กระบวนการทำงาน:

- วิเคราะห์ CLT Profile & CQS & Excellence center ที่เกี่ยวข้อง & Unit Profile รายหน่วย/ward เพื่อใช้ข้อมูลเขียน SAR part3 ร่วมกับสัมภาษณ์ พบโอกาสพัฒนา มีการขยับการ Update ไปอย่างช้าๆ กระตุ้น โดย

* ผ่านประธาน โดย

- การนำ CQS ที่เชื่อมโยงกับการรายงานผลการพัฒนา Excellence center & PDSC

- การช่วยวิเคราะห์ผลลัพธ์การพัฒนาโรคที่ประธานต้องการให้ช่วย ตั้งแต่เริ่มต้น โดยมีฐานข้อมูลรายโรคส่งให้ทั้งเลขาฯ และประธาน เพื่อให้ประธานสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในการ Update CQS ที่แนบใน CLT Profile โดยประธานรับ Update ให้ในส่วนของ CQS ที่เป็น Excellence Center

**ส่วนที่เหลือให้เลขาฯ Update (เน้นตารางความเสี่ยง และ CQS) เพื่อให้ทัน

* เพิ่มการนัดประธาน+เลขาฯ สรุปวิเคราะห์ตัวชี้วัด part4 ได้มีการชวนประธานทบทวนสรุป purpose ของรายโรคแต่ละ Driver Diagram เพื่อให้เลขาฯ ให้นำไป Update

- มอบให้เลขาฯ จัดตามความเข้าใจของเลขาฯ

(ตามความเชี่ยวชาญ) แล้วนำไปปรับ Driver Diagram

ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น

การวิเคราะห์ให้จะทำให้ทีมพยาบาล+เลขาฯ ไม่ได้เรียนรู้ และได้สอบถาม ประธานแจ้งว่าพยาบาลวิเคราะห์แบบป่าไฟไม่ได้

จึงรับฟังคำอธิบายและความต้องการเบื้องต้นจากประธาน และวิเคราะห์ข้อมูลให้ประธานเลือกใช้และอธิบายผล

- แก้ปัญหาโดยส่งฐานข้อมูลการวิเคราะห์และฐานข้อมูลที่ได้จากประธาน และที่วิเคราะห์ให้กับเลขาฯ ทีมทราบและเก็บไว้เป็นฐานข้อมูล

** สรุปเลขาฯ จัดบันทึกและคุยกับประธานอย่างเข้าใจ (เข้าใจไม่ได้ก็ตาม)

ผลสรุปเลขาฯ สืบไม่ได้ Update purpose + primary & Secondary driver ตามที่ประธานสรุปให้

แก้ปัญหา โดยชวนเลขาฯ มานั่งคุยรื้อฟื้นความจำ Update driver diagram รายโรคที่เหลือ และ ปรับตารางความเสี่ยงใหม่

ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร

จะวางฐานข้อมูลที่เคยสรุปวิเคราะห์ให้ CLT ไว้ใน Server

การจัดทำ CLT Profile -ทีม CLT ออร์โธปิดิกส์

กระบวนการทำงาน:

- วิเคราะห์ CLT Profile & CQS & Excellence center ที่เกี่ยวข้อง & Unit Profile รายหน่วย/ward เพื่อใช้ข้อมูลเขียน SAR part3 พบโอกาสพัฒนา
- ภาควิชา/ CLT มีการประชุม + วิชาการภายในทีม
- เลขาฯ แจ้งทำข้อมูลตัวชี้วัด ให้ประธาน (อ.เปา) สรุป CLT Profile CQS ให้ติดตามจาก ประธานฯ
- ประธานสรุปในมุมที่ประธานรับทราบการพัฒนาภายในทีม ไม่เชื่อมกับ Excellence Center CEUS ตัวชี้วัดรายโรคไม่ชัดเจน พอลจะมีจาก CEUS แต่ทีมไม่ได้คุยใช้ข้อมูลร่วมกัน

ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น

- จากการสรุป KPI ภาควิชา พบปัญหาความคลาดเคลื่อนของ KPI ในระบบ KPI รายโรคมีแค่การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ขอเข้าประชุมภาควิชาชี้แจงเกณฑ์ให้คะแนน KPI และเสนอการทบทวนปรับเพิ่ม KPI (หัวหน้าภาคจะดำเนินการและจะรายงานผ่านรายงานการประชุม รวมทั้งการรายงาน+การทบทวนความเสี่ยง
- การสรุป CLT Profile แก้ปัญหาโดยขอข้อมูลจาก EC-CEUS จากแผน (แผนไม่ได้ขอจาก ผอ.เอามาให้แผน) และเพิ่มเติมให้ CLT Profile ส่งให้ประธาน อ.เปาและทบทวนปรับใหม่ ข้อสรุปคือ “ผมไม่มีข้อมูลเอาตามพี่เขียน”

****ปัญหาเดิมรับทราบเมื่อประธานใหม่มาน่าจะจับต้นชนปลายไม่ถูก และ CQS เดิมไม่ครบองค์ประกอบ ตัวชี้วัดใส่มาเท่าที่ประธานเดิมรับทราบ สถิติผู้ป่วย+หัตถการไม่มี**

แก้ปัญหาโดย ร่าง CLT Profile ฉบับใหม่สำหรับใช้คุยกับประธานใหม่เพื่อให้ประธานเข้าใจและวางแผนทำฉบับใหม่ของประธานเอง และใช้ส่ง register & re-acc ไปก่อน โดย

- นำสถิติจากการประเมินภาควิชาที่ธุรการจัดทำประกอบ มาใส่เป็นสถิติให้ทีมทบทวนวางแผนไปข้างหน้า
- ถอดข้อมูลจากรายงานการประชุม +Unit Profile ราย Ward มาใส่ในตารางความเสี่ยงโดยใช้ข้อมูลที่พอจะเชื่อมกับ Zero event & Harm Free care ที่สำคัญ และปรับ CQS โดยร่างจากข้อมูล Excellence center + ขอข้อมูลจาก มน.มาดูเป็นกรอบในการร่าง ซึ่งได้แค่เป็นแนวในการหาข้อมูลจากทีม

- ประสานผ่านธุรการ คุณ (บัตติ) ในการหาข้อมูลสถิติเพิ่มเติม ประสานแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการหารือ และนัดประธานคุย ซึ่งประธานจะขอตัดข้อมูลเก่าออกเพราะไม่มีข้อมูลปัจจุบัน จะนำเสนอข้อมูล Excellence ใหม่ที่เพิ่มมีข้อมูลในปี 2567 จึงอธิบายว่า “ตัดได้แต่ CLT Profile นำเสนอเฉพาะ CQS ปี 2567 เลย แล้วในปีที่ผ่านมา ที่รับรองมา 3-4 รอบแล้วนั้นพัฒนาอะไร หรือเหมือนไม่ได้พัฒนามาก่อนเลย” ประธานจึงยอมคงข้อมูลไว้ และร่างเสนอ Spinal stenosis โดยใช้ข้อมูลตัวชี้วัดของ spine unit หน. semi ortho เป็น nurse manager คุยกับหมอที่พอจะคุยกันได้ เพื่อให้ทีมทบทวนปรับเพิ่มเติมและวางแผนพัฒนาต่อ โดยเฉพาะ ใน case Scoliosis ที่มี หน.14/2 เป็น manager ทำผลงานชำนาญการพิเศษ ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีกระบวนการ Case conference ทีม ซึ่งน่าสนใจ

ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร

กระตุ้นประธานในการทบทวนวางแผนพัฒนาต่อผ่าน การทำ CQS รายโรค (หลังจากประธานผ่านการอบรมหลักสูตร 602) ที่เชื่อมโยงกับ

- Excellence Center & PDSC ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ และปรับตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ทำทนายให้สมศักดิ์ศรีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เช่น CQS spinal stenosis; Pelvic Fracture; Total Hip Replacement; Total knee Replacement เป็นต้น
- Excellence start up ใหม่ที่จะทำร่วมกับศูนย์ศัลยกรรม
- การจัดทำเพิ่มในกลุ่ม Scoliosis

การจัดทำ CLT Profile -ทีม CLT ศัลยศาสตร์

กระบวนการทำงาน:

ประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น:

- วิเคราะห์ CLT Profile & CQS & Excellence center ที่เกี่ยวข้อง & Unit Profile รายหน่วย/ward เพื่อใช้ข้อมูลเขียน SAR part3 พบโอกาสพัฒนา
 - การUpdate สถิติผู้ป่วย (ไม่น่าเชื่อถือ ??) และการใช้ข้อมูลการพัฒนาที่ไม่สัมพันธ์กับสถิติ 5 ลำดับที่นำเสนอ ตัวชี้วัดมีความคลาดเคลื่อนไม่ตรงกัน เช่น UGIB
 - การกำหนดจุดเน้น Excellence center ที่ยังไม่ได้ใช้ข้อมูลที่รายงาน งานแผน (เสนอแนะ ส่งสรุปให้เลขาฯ) ช่วงหลังเริ่มมีข้อมูลมารวมนำเสนอเพิ่ม
 - ตารางความเสี่ยงไม่ Update เหมือนทุกทีม
 - CQS รายโรค **ที่ไม่สอดคล้องกับบริบทที่วิเคราะห์ข้อมูลไว้ช่วงต้น ไม่ตอบสนองอุบัติการณ์และความเป็นโรงเรียนแพทย์ในส่วนของ CVT;**

Neuro; CA Brest และ Uro ที่เชื่อมกับ Excellence start up

- นำเสนอภาพรวมในที่ประชุมภาควิชา เสนอให้ทีมแพทย์ช่วยเลขาฯ
- จัดกิจกรรมทบทวนข้อมูลตัวชี้วัด UGIB มอบหมายการออกแบบรายงาน เพื่อสรุปผลการทบทวนเวชระเบียนในการสรุปตัวชี้วัด และ โอกาสพัฒนา โดยสรุปพร้อมกับการเก็บข้อมูลระหว่าง Excellence (อ.ธนา) และทีมเลขาฯ มีการสรุปส่งกลับมา ส่งให้ อ.วิจิตต์แต่ไม่ได้รับการตอบกลับข้อสรุป ด้วยเวลาจำกัดจึงจบไว้แค่นั้น
- มีการปรับ CLT Profile ส่งกลับมาแต่ไม่มีเวลาชวนทบทวนรายโรค จึง ignore ไปก่อน ..มีการซักซ้อมนำเสนอแล้วได้รับข้อเสนอแนะจากทีมบริหารแล้วเลขาฯ ศัลย์ฯ ปรึกษากับ เลขาฯ อายุรศาสตร์ แล้วถามกลับว่า ทำไมนำเสนออายุรศาสตร์ได้รับข้อเสนอแนะนิดเดียว ทำไมศัลย์ได้เยอะ ทั้งที่ศัลย์ทำตามอายุรศาสตร์เลย ..ให้ข้อมูลกลับแล้ว อายุรศาสตร์เค้ามีการ Focus group ราย CQS ข้อมูลเค้าแน่นกว่าประธาน ช่วยดู และประธานนำเสนอได้ดีกว่า... เสนอแนะว่าต่อไปน่าจะชวนทำ CQS รายโรคโดยมีแพทย์ช่วยและมี HA (อ.อิธิป) ช่วยให้ตรงประเด็นได้ และสุดท้ายได้แพทย์ที่มีความเข้าใจมาช่วย ...น่าจะเป็นโอกาสที่ดี ที่ HA น่าจะชวนเรียนรู้กันต่อ

การจัดทำ CLT Profile -ทีมเวชศาสตร์ป้องกัน

- วิเคราะห์ CLT Profile & CQS & Unit Profile เพื่อใช้ข้อมูลเขียน SAR part3 พบโอกาสพัฒนา และประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น

(1) ความเข้าใจในการจัดทำ CLT Profile มีความสับสน และ (2) อึดอัดใจของทีมเลขาฯ ที่ต้องจัดทำในระดับภาควิชา/ทีม CLT และจัดทำ UP ในระดับหน่วยงาน โดยมีความแยกส่วนระหว่างการบริหารภาควิชาและหน่วยงาน ศกพ.

แก้ปัญหาโดย

- ขอความช่วยเหลือในการจัดทำเพื่อให้ รพ.สามารถรับการ re-acc ให้เรียบร้อย โดย HA ช่วย
 - จัด Focus group ทีมเลขาฯ (หลายครั้งจนกว่าจะเข้าใจและสรุปเสร็จ) เพื่อ
 - * ได้อธิบายแนวคิด ความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง CLT med & ภาควิชาและหน่วยงานปฐมภูมิ และข้อมูลผลงาน Diagnostic error ของภาควิชาที่นำเสนอ สรพ. (เลขาฯไม่ได้เข้าถึงข้อมูลนี้)
 - * ได้ชวนทบทวนและนำข้อมูลรายโรคที่เกี่ยวข้องเข้ารูปแบบ CQS เพื่อจัดระบบแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการส่งเสริมป้องกัน โดยการ FA
 - * ให้เลขาฯ คุยกับหัวหน้าภาควิชา เพื่อให้ข้อมูลและสไลด์ที่จะนำเสนอ และให้แพทย์เข้าช่วยด้วย โดยฝากบอก หน.ภาควิชาว่า ทีมผู้เยี่ยมเป็นพยาบาล ให้ช่วยนำเสนอแบบ re-acc รอบที่แล้วที่ผู้เยี่ยมเค้าชื่นชม ..สรุปหัวหน้าภาคตกลงนำเสนอเอง..
- ในส่วนของ SAR 3-4.3(...) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ยังเป็นการนำเสนอข้อมูลเยี่ยมบ้านเป็นหลัก ...มีโอกาสพัฒนาเพิ่มเติมตามมาตรฐาน ซึ่งทีมบอกว่ายังต้องทำอีกถึงจะเป็นไปตามมาตรฐาน

การจัดทำ CLT Profile -ทีมวิสัญญี

- วิเคราะห์ CLT Profile & CQS & Unit Profile พบโอกาสพัฒนา และประเด็น/ปัญหาอุปสรรค ที่พบและระบุแนวทางแก้ไขเบื้องต้น

* ทยุคบริหารคุณภาพ กำกับติดตาม CQS ต่อ ทั้งช่วงไปนาน ทำแค่ระดับ Unit Profile

Focus group ช่วยเลขาฯ ทบทวนและปรับ CLT Profile & CQS โดยเสนอแนะในประเด็นสำคัญที่ทีมขอความช่วยเหลือ

- นำสถิติข้อมูลการดมยาใน UP มาใส่ในบริบท หรือวิเคราะห์กลุ่มที่ทำให้ผลการระงับความรู้สึก

- ทบทวนและปรับตารางความเสี่ยงตามแบบ risk matrix

- CQS Highlight

เป็นต้น

ท่านจะกลับไปทำอะไรต่อ/ปรับปรุงการทำงานอย่างไร:

เสนอแนวคิด

- 1) บริหารระบบและกิจกรรม Clinical Risk ที่เชื่อมโยงกับ CQS และการจัดทำ CLT Profile
- 2) การขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ Clinical Risk และ คณะกรรมการประจำคณะ
- 3) กิจกรรม Internal Survey ตาม line CLT

แผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

กิจกรรม		ความถี่	2568	2569	2570
ประกาศนโยบายและเตรียมความพร้อมสู่ Advance HA			หลังแผนยุทธศาสตร์ออก		
ผู้บริหารประกาศเจตนารมณ์อย่างชัดเจนว่า จะขอรับรอง Advance HA งานมหกรรมคุณภาพ				/	/
อบรม หลักสูตร HA702 : Team Preparation for Advanced HA			21-23 พ.ค.68		
วิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) และวางแผนการพัฒนา					
	ใช้เครื่องมือ HA Self-assessment และ Scoring Guideline เพื่อวิเคราะห์จุดที่ต้องพัฒนา		/		
	Work shop ให้ฝ่ายต่างๆ มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และระบุช่องว่าง	อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	/	/	/
	จัดทำแผนปฏิบัติการ (timeline) ชัดเจนสำหรับแต่ละช่องว่างที่ระบุ (โดยใช้หลักการ PDCA)	อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	/		
การยื่นขอรับรอง PDSC			/	/	/
ประกาศนโยบาย PDSC 1 เรื่องต่อ 1 ภาควิชา				/	/
การสร้างและพัฒนาโค้ชภายในองค์กร (Internal Coaching System)					
	HA 501 : การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (กลุ่มเป้าหมาย ประธาน+ เลขาคกก.ทีมนำ)	ปีละ 2 ครั้ง (เป้าหมาย ได้รับการอบรม)	/		
	HA 401 : การเยี่ยมสำรวจภายใน (กลุ่มเป้าหมาย ประธาน+ เลขาคกก.ทีมนำ)	ปีละ 2 ครั้ง (เป้าหมาย ได้รับการอบรม)	/		
	In-house training : การบริหารความเสี่ยง Risk Register/ Risk Profile	ปีละ 2 ครั้ง	/		
	In-house training : ระบบการวัด วิเคราะห์	ปีละ 2 ครั้ง	/		
โครงการ HA consult					
พัฒนาวัฒนธรรมคุณภาพและนวัตกรรม (Quality & Innovation Culture)					
	CQI from KPI		/		
	Quality Conference และ Innovation Award ในงานมหกรรมคุณภาพ		/	/	/
การประเมินและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement & Evaluation)					
Quality Walk Round (QWR)		ทุก 1 เดือน	เริ่ม พ.ค. 68		
Internal Survey (IS)		ปีละ 1 ครั้ง		/	



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ
จากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ

รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00 แก้ไขครั้งที่ 00
วันที่ประกาศใช้ : 1.7 ส.ย. 2568

ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	ภญ.ชนิตรา อินทร์ศิริ	เภสัชกร งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล		๒6 ส.ย. 2568
ผู้ทบทวน	นพ.อธิป กฤตยสิงห์	รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ		๒6 ส.ย. 2568
ผู้อนุมัติ	ผศ.นพ.วิรัตน์ ติลลหัตถการ	ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ		12 ส.ย. 2568

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00	แก้ไขครั้งที่ : 00
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ	หน้า 2 จาก 11

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ความมุ่งหมาย (หรือ Purpose)	4
2. ขอบเขตการใช้งาน (หรือ Application)	4
3. เอกสารอ้างอิง (หรือ References)	4
4. คำจำกัดความ/นิยามและคำย่อ (หรือ Terminology and abbreviation)	5
5. เอกสารที่เกี่ยวข้อง (หรือ Associated document)	6
6. วิธีดำเนินการ (หรือ Procedures)	7
6.1 Flow Chart ระบบงาน/ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (ใช้ในการสื่อสารระบบ)	
6.2 รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (อธิบาย 6.1)	
7. การบันทึกข้อมูลและเอกสารที่ใช้ (Records & Form)	10
8. ภาคผนวก : รายละเอียดอื่นเพิ่มเติม	10

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00		แก้ไขครั้งที่ : 00
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ		หน้า 3 จาก 11

บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร

วันที่	แก้ไข ครั้งที่	ทบทวน ครั้งที่	บันทึกการเปลี่ยนแปลงเอกสาร	ผู้จัดทำ/ผู้แก้ไข
30/5/2568	00	00	ขออนุมัติเอกสารใหม่	ภญ.ชนิตรา อินทร์ศิริ

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00	แก้ไขครั้งที่ : 00
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ	หน้า 4 จาก 11

1. ความมุ่งหมาย (หรือ Purpose)

เพื่อเป็นแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างละเอียดให้แก่บุคลากรของศูนย์การแพทย์ฯ ในการนำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Survey Report) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มาวิเคราะห์และจัดทำเป็นแผนพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Plan: QIP) ของโรงพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องมาตรฐานและเป้าหมายขององค์กร

โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ:

- เพื่อให้มีแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการจัดทำแผนพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะและมาตรฐานคุณภาพที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สรพ. ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และตรงประเด็นตามมาตรฐาน
- เพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร โดยใช้ข้อเสนอแนะเป็นเครื่องมือขับเคลื่อน

2. ขอบเขตการใช้งาน (หรือ Application)

ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้ครอบคลุมแนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ กระบวนการที่ระบุในระเบียบปฏิบัตินี้ครอบคลุมตั้งแต่การรับและวิเคราะห์ข้อเสนอแนะ การจัดทำแผนการนำแผนสู่การปฏิบัติ การติดตามประเมินผล และการทบทวนปรับปรุง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทุกระดับในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมนำองค์กร คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก/ทีมนำระบบงานสำคัญ หน่วยงานต่างๆ และผู้รับผิดชอบ ในการรวบรวม จัดทำ และติดตามแผนพัฒนาคุณภาพ เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการเยี่ยมสำรวจคุณภาพครอบคลุมทุกมิติของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

3. เอกสารอ้างอิง (หรือ References)

3.1 คู่มือสำหรับสถานพยาบาลในการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ (SD-ACD-056-00), สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2566.

3.2 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ, ฉบับที่ 5 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2565.

3.3 SPA in Action: Standards-Practice-Assessment in Action, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2565.

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00	แก้ไขครั้งที่ : 00
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ	หน้า 5 จาก 11

4. คำจำกัดความ/นิยามและคำย่อ (หรือ Terminology and abbreviation)

4.1 HA (Hospital Accreditation) หมายถึง การรับรองกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาล โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

4.2 สรพ. หรือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หมายถึง หน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน และทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ

4.3 รายงานฯ หรือ รายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ หมายถึง รายงานผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพซึ่งประกอบด้วย มาตรฐาน สิ่งที่พบ/สิ่งที่ชื่นชม ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำ

4.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation) หมายถึง ข้อเสนอแนะหรือข้อเสนอแนะจากเยี่ยมสำรวจ เป็นสิ่งที่ทีมผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแก่ศูนย์การแพทย์ฯ ให้มีการปรับปรุง กรณีที่มีการดำเนินการบางประเด็นที่อาจยังไม่สอดคล้องหรือไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน

4.5 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) หมายถึง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อต่อยอดการพัฒนาคุณภาพสู่ระดับที่สูงขึ้น (Maturity) เป็นการเพิ่มคุณค่าของการพัฒนาคุณภาพ

4.6 แผนพัฒนาฯ (Improvement Plan) หรือ แผนการพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ หมายถึง แผนงานที่จัดทำขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางและกิจกรรมในการแก้ไข ปรับปรุง หรือพัฒนาตามข้อเสนอแนะหรือประเด็นที่ควรพัฒนา

4.7 ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator: KPI) หมายถึง ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลความสำเร็จของบุคคลหน่วยงาน หรือองค์กร ในการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดย KPI จะช่วยสะท้อนระดับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.8 รายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) หมายถึง เอกสารหรือรายงานที่หน่วยงานหรือองค์กรจัดทำขึ้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของตนเองตามภารกิจ เป้าหมาย หรือมาตรฐานที่กำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดที่ควรพัฒนา และเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4.9 3C (Concept, Context, Criteria) หมายถึง กรอบแนวคิดที่ใช้ในการจัดทำรายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) หรือการรายงานผลการดำเนินงานต่าง ๆ โดยเน้นการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) Concept (แนวคิด) หมายถึง แนวคิดหลักหรือหลักการสำคัญที่ใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานของประเด็นที่กำลังประเมิน เช่น ทฤษฎี หลักการทางวิชาการ หรือนโยบายที่องค์กรยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ
- 2) Context (บริบท) หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือบริบทที่มีผลต่อการดำเนินงาน เช่น สภาพทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม นโยบายของหน่วยงาน หรือปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้อง ซึ่งควรอธิบายให้เห็นว่าองค์กรดำเนินงานภายใต้เงื่อนไขใด

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00	แก้ไขครั้งที่ : 00
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ	หน้า 6 จาก 11

- 3) Criteria (เกณฑ์) หมายถึง กฎหมาย เกณฑ์หรือมาตรฐาน เพื่อให้กระบวนการทำงานและการประเมินผลเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน ถูกต้องและเป็นระบบ เช่น กฎหมาย เกณฑ์มาตรฐานสรพ. มาตรฐานวิชาชีพ เป็นต้น

4.10 PDCA (Plan, Do, Check, Act) คือ วงจรการบริหารจัดการคุณภาพที่ใช้เพื่อการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) Plan (วางแผน) หมายถึง การระบุปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ และวางแผนการดำเนินงาน รวมถึงกำหนดวิธีการวัดผลและทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
- 2) Do (ลงมือทำ) หมายถึง การนำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติ โดยควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด และบันทึกผลการดำเนินงานเพื่อใช้ในการประเมินผล
- 3) Check (ตรวจสอบ) หมายถึง การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและความเหมาะสมของแผนงาน
- 4) Act (ปรับปรุง) หมายถึง ปรับปรุงแก้ไขกระบวนการหรือมาตรการตามผลการตรวจสอบ เพื่อยกระดับคุณภาพ และหากแผนงานนั้นได้ผลดี สามารถนำไปปรับใช้เป็นมาตรฐานในกระบวนการทำงานต่อไป

4.11 DALI (Design, Action, Learn, Improve) หมายถึง กรอบแนวคิดหรือวงจรที่ใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการทำงาน การบริการ หรือผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการดำเนินงานที่เป็นระบบ และเรียนรู้จากการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น วงจร DALI ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

- 1) D - Design (การออกแบบ) หมายถึง การวางแผนและออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ หรือปรับปรุงกระบวนการเดิมให้ดีขึ้น โดยคำนึงถึงเป้าหมายคุณภาพที่ต้องการบรรลุ เพื่อให้ได้กระบวนการที่คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและตอบสนองต่อความคาดหวัง
- 2) A - Action (การลงมือปฏิบัติ) หมายถึง การนำกระบวนการที่ได้ออกแบบไว้ในขั้นตอน Design มาทดลองปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมการทำงานจริง อาจเป็นการทดลองในขอบเขตจำกัด (Small Scale) ก่อน เพื่อสังเกตการณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างปฏิบัติ
- 3) L - Learn (การเรียนรู้) หมายถึง ขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลและผลลัพธ์ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติในขั้นตอน Action เพื่อทำความเข้าใจว่าสิ่งที่ได้ออกแบบและลงมือทำไปนั้นก่อให้เกิดผลอย่างไร มีสิ่งใดบ้างที่ทำได้ดี เป็นไปตามคาดหวัง หรือมีสิ่งใดที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรค หรือไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้ การเรียนรู้ในขั้นตอนนี้รวมถึงการรับฟังความคิดเห็นและประสบการณ์จากผู้ปฏิบัติงานและผู้รับผลงาน
- 4) I - Improve (การปรับปรุง) หมายถึง การปรับปรุงแก้ไขแผนงานหรือกระบวนการที่ได้ออกแบบไว้ให้ดีขึ้นจากบทเรียนที่ได้รับในขั้นตอน Learn เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพให้สูงขึ้น หรือแก้ไขปัญหที่พบเจอ การปรับปรุงนี้อาจนำไปสู่การออกแบบใหม่ (Redesign) และเริ่มวงจร DALI ใหม่อีกครั้ง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมายคุณภาพที่ตั้งไว้ หรือยกระดับคุณภาพให้สูงขึ้นไปอีก

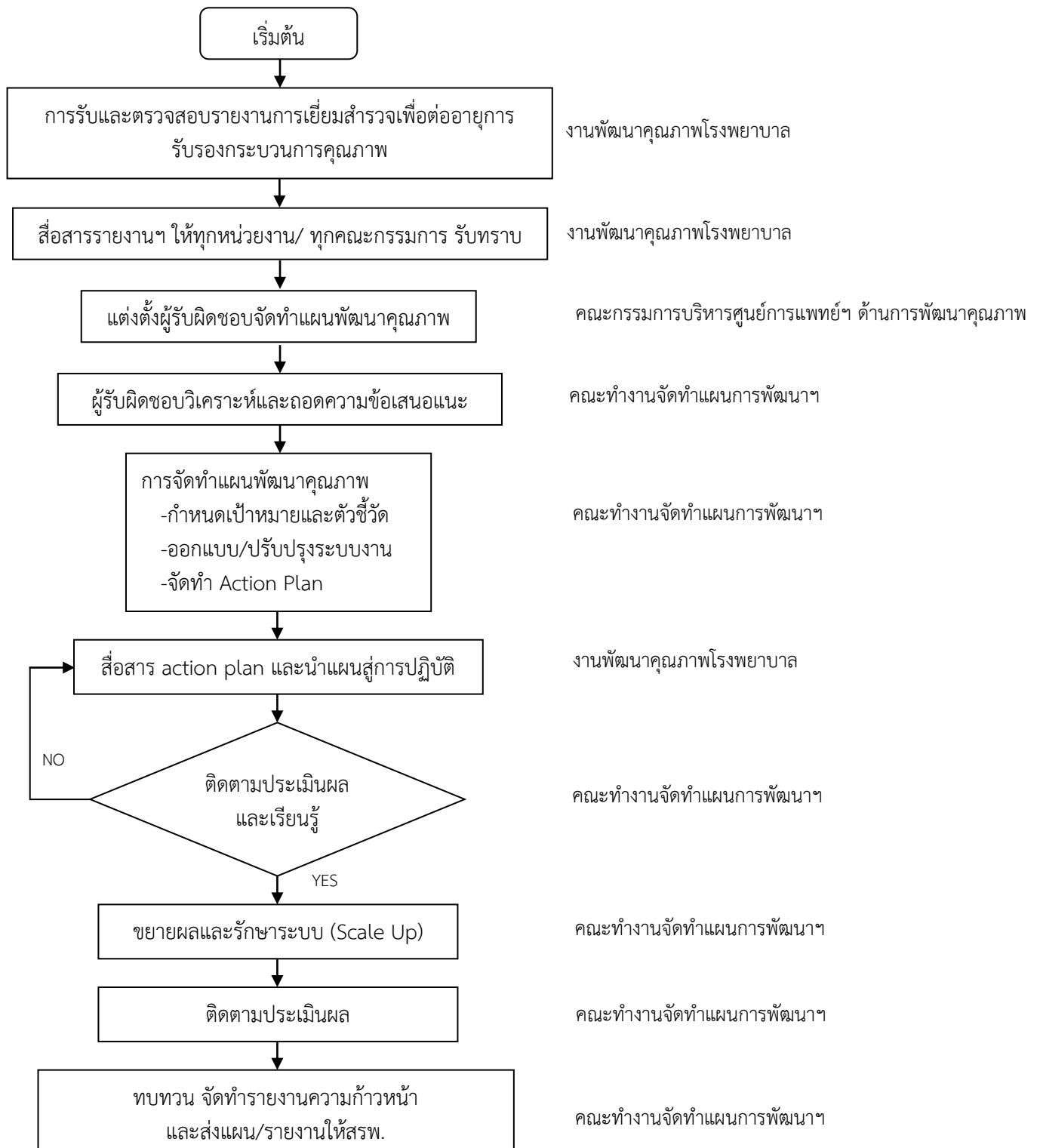
5. เอกสารที่เกี่ยวข้อง (หรือ Associated document)

5.1 รายงานการเยี่ยมสำรวจและข้อเสนอแนะจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00		แก้ไขครั้งที่ : 00
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ		หน้า 7 จาก 11

6. วิธีดำเนินการ (หรือ Procedures)

6.1 Flow Chart



	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
	ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00	แก้ไขครั้งที่ : 00
	เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ	หน้า 8 จาก 11

6.2 รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 1 การเตรียมการและการตั้งทีมงาน

ขั้นตอนที่ 1.1 การรับและตรวจสอบความครบถ้วนของรายงานฯ จาก สรพ.

- หน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล รับรายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพอย่างเป็นทางการจากสรพ. และดำเนินการตามขั้นตอนการรับเอกสารเข้าระบบ

ขั้นตอนที่ 1.2 การสื่อสารเบื้องต้นและสร้างความเข้าใจภายในองค์กร

- หน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสื่อสารให้ทุกหน่วยงานและคณะกรรมการการให้รับทราบถึง “การได้รับรายงานข้อเสนอแนะฯ และกำลังเริ่มกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาฯ ต่อไป”

ขั้นตอนที่ 1.3 การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ

- ทีมผู้บริหารศูนย์การแพทย์ฯ รับทราบและทำความเข้าใจภาพรวมของรายงานฯ ทั้งหมด
- หน่วยงานพัฒนาคุณภาพ ร่างผู้รับผิดชอบตามประเด็นที่ได้รับในรายงานฯ และเสนอแต่งตั้งคณะทำงานจากหลากหลายสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- กำหนดประชุมฯ ครั้งแรก เพื่อสรุปประเด็นสำคัญ ทำความเข้าใจร่วมกันของทีมและพิจารณา มอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็น ในการนำรายงานฯ ไปวิเคราะห์และวางแผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์และถอดความข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 2.1 การอ่านและทำความเข้าใจภาพรวมรายงานฯ

- คณะทำงานฯ แต่ละท่านศึกษารายละเอียดข้อเสนอแนะจากรายงานฯ ฉบับเต็มทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของรายงานฯ
- ถอดข้อเสนอแนะจากรายงานฯ เชื่อมโยงกับมาตรฐาน HA ที่เกี่ยวข้อง (อาจเปิดดูเอกสารมาตรฐาน HA, SPA ประกอบ) เพื่อทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานนั้น ๆ
- เพื่อเตรียมนำเข้าที่ประชุมฯ เพื่อแลกเปลี่ยนความเห็นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2.2 การถอดรหัส ตีความ วิเคราะห์ข้อเสนอแนะ (Decode Recommendation)

- ค้นหา keyword สำคัญของข้อเสนอแนะ เช่น “ส่งเสริม, ทบทวน, กำกับติดตาม, สร้างความเข้าใจ, วิเคราะห์ข้อมูล, เชื่อมโยง, ขยายผล, ประเมินผล ฯลฯ”
- วิเคราะห์ค้นหา Gap analysis ว่าในมาตรฐานที่เราทำได้ไม่สมบูรณ์และได้ข้อเสนอแนะมานั้น ยังขาดในส่วนขั้นตอนไหน
- ระบุ “ประเด็นปัญหา โดยใช้หลักการ Who-where-when”
 - Who-ปัญหาเกิดขึ้นกับใคร (ผู้ป่วย หรือ บุคลากร) ให้ระบุกลุ่มเป้าหมายก่อน
 - Where-ปัญหานั้นเกิดขึ้นที่ไหน (จุดบริการ หรือ หน่วยงาน)
 - When-ปัญหานั้นเกิดในช่วงเวลาใด

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00	แก้ไขครั้งที่ : 00	หน้า 9 จาก 11
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ		

ระยะที่ 3 การจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3.1 กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด

- กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและวัดผลได้ ว่าต้องการเห็นอะไรเกิดขึ้นหลังการปรับปรุง
- กำหนดตัวชี้วัด (KPI) ที่เหมาะสมเพื่อใช้วัดความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมายโดยใช้หลักการ SMART คือ Specific (จำเพาะ), Measurable (วัดผลได้), Achievable (บรรลุได้), Relevant (เกี่ยวข้อง), Time-bound (มีกรอบเวลา)

ขั้นตอนที่ 3.2 ออกแบบ/ปรับปรุงระบบงาน

- ระดมความคิดเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและออกแบบ/ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานและบริบทของโรงพยาบาล
- ใช้เครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการออกแบบ เช่น Driver Diagram, Lean เป็นต้น
- ระบุขั้นตอนการปฏิบัติงานหลัก (Key Process) และข้อกำหนดที่จำเป็น (Process Requirement)
- กำหนดตัวชี้วัดของกระบวนการ (Process Indicators) เพื่อติดตามระหว่างการทำงาน
- จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน (Work Instruction) หรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3.3 จัดทำ Action Plan

- นำสิ่งที่ออกแบบในขั้นตอนที่ 6 มาจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ชัดเจน ตามแบบฟอร์มซึ่งประกอบด้วย
 - ข้อเสนอแนะ/ประเด็นที่ต้องพัฒนา
 - แผนการพัฒนา/กิจกรรมที่ต้องทำ
 - ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุช่วงเวลาที่ชัดเจน)
 - ตัวชี้วัด (ระบุตัวชี้วัดทั้ง Process และ Outcome)
 - เป้าหมาย (ระบุค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด)
 - ผู้รับผิดชอบหลัก (ระบุชื่อหรือตำแหน่งผู้รับผิดชอบกิจกรรม)
 - ระยะเวลา/ความถี่ในการติดตามและผู้ติดตาม
- การทบทวนความสมบูรณ์ของแผนก่อนนำไปใช้ (มีแผนครบถ้วน ตรงประเด็น กิจกรรมชัดเจน ผู้รับผิดชอบชัดเจน เป้าหมาย/ตัวชี้วัด/กำหนดเวลาชัดเจน)

ขั้นตอนที่ 3.4 สื่อสารและนำแผนสู่การปฏิบัติ

- สื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบและเข้าใจตรงกัน
- สร้างความรู้และความเข้าใจที่จำเป็นให้กับผู้ปฏิบัติงาน
- นำแผนไปสู่การปฏิบัติจริงตามระยะเวลาที่กำหนด
- อบรมพนักงาน การตามรอย (Trace) เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ ตามตาราง

กิจกรรมที่ติดตาม	ตัวชี้วัด	ความถี่ในการติดตาม	ผู้รับผิดชอบ

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00	แก้ไขครั้งที่ : 00	
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ		หน้า 10 จาก 11

ขั้นตอนที่ 3.5 ติดตามประเมินผลและเรียนรู้

- ดำเนินการติดตามความก้าวหน้าของแผนตามความถี่และผู้รับผิดชอบที่กำหนดไว้
- รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดที่กำหนดไว้
- ทบทวนผลการดำเนินงานและข้อมูลตัวชี้วัดร่วมกันในทีมหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- รับฟังเสียงสะท้อน (Feedback) จากผู้เกี่ยวข้อง (ผู้ป่วย, ผู้รับบริการ, บุคลากร)
- วิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้จากผลการปฏิบัติ (Learning & Feedback Loop)
- เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้
- จัดทำรายงานสรุปผล และรวบรวมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3.6 ปรับปรุงหรือทบทวนบทเรียน (Improve)

- จากผลการติดตาม หากพบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมาย หรือมีปัญหาอุปสรรค ให้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทบทวนกระบวนการและปรับปรุงแผน/กิจกรรม
- ดำเนินการตามวงจร PDCA/ DALI อย่างต่อเนื่อง โดยอาจเริ่มทดสอบในขนาดเล็กก่อน (Small Tests of Change)
- บันทึกผลการปรับปรุงและบทเรียนที่ได้รับ

ขั้นตอนที่ 3.7 ขยายผลและรักษาระบบ (Scale Up)

- เมื่อการปรับปรุงในพื้นที่นำร่องประสบความสำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย
- พิจารณาขยายผลการปรับปรุงไปยังหน่วยงานหรือพื้นที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ทำให้การปรับปรุงกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานปกติ

ขั้นตอนที่ 3.8 ทบทวน จัดทำรายงานความก้าวหน้า และส่งแผน/รายงานให้สรพ.

- ทบทวนภาพรวมของแผนพัฒนาและผลความก้าวหน้าทั้งหมดเป็นระยะ (เช่น รายไตรมาส รายปี)
- จัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผน ตามตารางเอกสารแนบ
- ส่งแผนพัฒนาคุณภาพและรายงานความก้าวหน้าให้ สรพ. ตามกำหนด

7. การบันทึกข้อมูลและเอกสารที่ใช้ (Records & Form)

- 7.1 แบบฟอร์มการบันทึกกิจกรรมการตามรอย/ผลการดำเนินการ
- 7.2 แบบฟอร์มการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ

8. ภาคผนวก : รายละเอียดอื่นเพิ่มเติม

- 8.1 แบบฟอร์มการบันทึกกิจกรรมการตามรอย/ผลการดำเนินการ

กิจกรรมที่ติดตาม	ตัวชี้วัด	ความถี่ในการติดตาม	ผู้รับผิดชอบ

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 17/6/2568
ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) รหัสเอกสาร : QMS-000-2-005-00		แก้ไขครั้งที่ : 00
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ		หน้า 11 จาก 11

8.2 แบบฟอร์มการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนา ของรพ.	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาการ ติดตาม/รายงาน

	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	วันที่มีผลบังคับใช้ : 3/2/2568
		แก้ไขครั้งที่ : 01
แบบฟอร์ม รหัสเอกสาร : QMS-030-4-001-01		หน้า 1 จาก 1 หน้า
ชื่อแบบฟอร์ม : ใบแจ้งขอดำเนินการเอกสารตามระบบเอกสารคุณภาพ		

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้จัดทำเอกสาร		ว/ด/ป <u>๓.๒.๒๕๖๘</u>
ชื่อคณะกรรมการ หรือหน่วยงาน...งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล		
เรื่อง	☒ ขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ ☐ ขอปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพ ☐ ขอทบทวนเอกสารคุณภาพ ☐ ขอยกเลิกเอกสารคุณภาพ	
ระดับของเอกสารคุณภาพที่ขอดำเนินการ	☐ นโยบายคุณภาพ ☒ ระเบียบปฏิบัติ ☐ วิธีปฏิบัติงาน ☐ เอกสารสนับสนุน (คู่มือ/แบบฟอร์ม)	
เอกสารคุณภาพเรื่อง...แนวทางปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ.....		
รหัสเอกสารคุณภาพที่..... (ระบุเฉพาะเอกสารที่ขึ้นทะเบียนแล้ว)		
เหตุผลการจัดทำ / แก้ไข / ทบทวน / ยกเลิกขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ.....		
☒ เอกสารขอขึ้นทะเบียนใหม่ และได้ส่งต้นฉบับเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมแผ่นบันทึกข้อมูลมาด้วย ☐ ทบทวนแล้วยืนยันเอกสารเดิมไม่มีการแก้ไข ☐ ทบทวนและปรับปรุงแก้ไขเอกสาร และได้ส่งเอกสารเดิมและเอกสารใหม่มาพร้อมแผ่นบันทึกข้อมูลใหม่มาด้วย ☐ ยกเลิกเอกสาร และได้ส่งเอกสารเดิมและเอกสารใหม่มาพร้อมแผ่นบันทึกข้อมูลใหม่มาด้วย		
ลงชื่อ <u>Wm</u> (.....นางพัทธนันท์ คงชุม.....) ตำแหน่ง.....หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล....	ลงชื่อ <u>Umi</u> (.....ภญ.ชนิตรา อินทร์ศิริ.....) ตำแหน่ง.....เภสัชกร งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล....	ผู้จัดทำเอกสาร
ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ทบทวน		ว/ด/ป <u>๓.๒.๒๕๖๘</u>
☒ เห็นควรดำเนินการต่อ ☐ ไม่เห็นชอบส่งคืน		
เหตุผลและข้อเสนอแนะ		
ลงชื่อ <u>Om</u> (.....นพ.อธิป กฤตยสิงห์.....) ตำแหน่ง...รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ....		
ผู้ทบทวนเอกสาร		
ส่วนที่ 3 สำหรับผู้อนุมัติ		ว/ด/ป <u>1.2.๒๕๖๘</u>
☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ		
ข้อเสนอแนะ.....		
ลงชื่อ <u>Om</u> (.....ผศ.นพ.ฐิติณัฐ ตีลกัตติการ.....) ตำแหน่ง...ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ		
ผู้อนุมัติเอกสาร		
ส่วนที่ 4 งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล		รับเมื่อวันที่.....เดือน <u>1.3.๒๕๖๘</u>
เลขที่เอกสารขอแก้ไข.....		เลขที่ขอเอกสารใหม่..... QMS-000-2-005-00.....
ลงชื่อ <u>Om</u> (.....นางสาววันวิสาข์ เทพวิญญากิจ.....)		
ผู้รับเอกสารและออกหมายเลขเอกสาร		
เอกสารอ้างอิงการปฏิบัติงาน ควบคุมตามระบบเอกสารคุณภาพศูนย์การแพทย์ฯ		