



# แบบฟอร์มการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง เทคนิคการบริหารจัดการโครงการให้มีประสิทธิภาพ

วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้ 13, 21 พฤศจิกายน, 3 ธันวาคม 2562

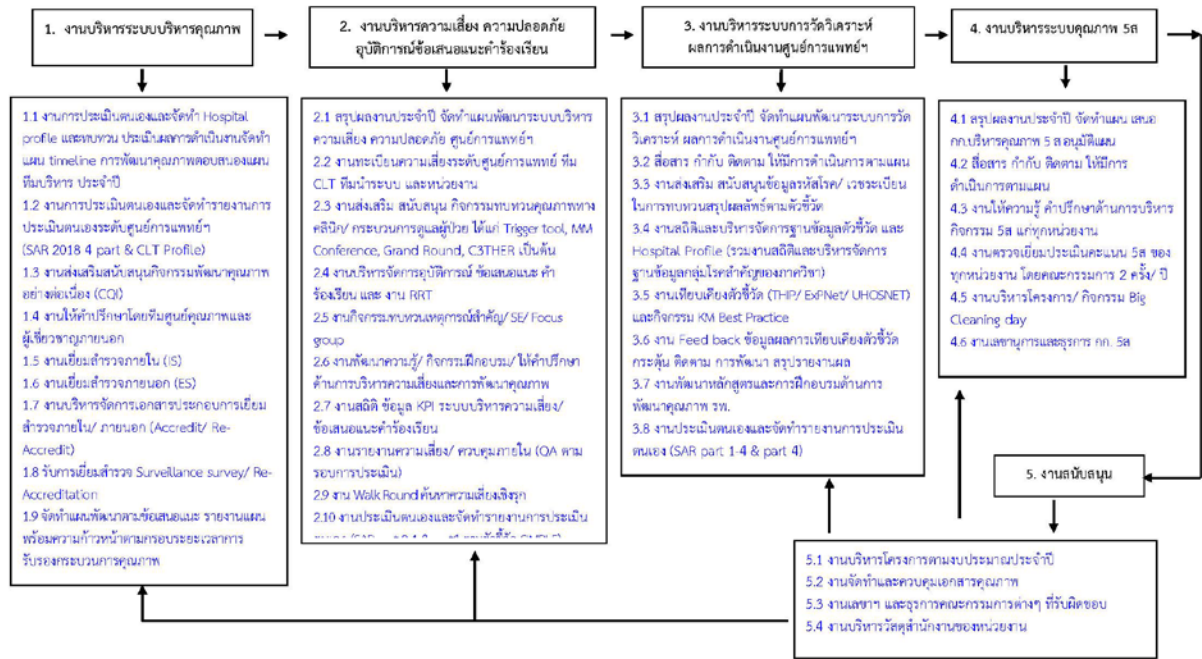
## ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. คุณสุพัตรา คำไพบเราะ	ผู้จัดการความรู้ (KM Manager)
2. คุณสุภาพร พาณิชสมบัติกิจ	คุณอำนวย (Facilitator)
3. คุณศิริรัตน์ สุวรรณฉิม	คุณลิขิต (Note Taker)
4. คุณพัทธนันท์ คงชุ่ม	คุณกิจ
5. คุณธัมภภาพรรณ ประมวลทรัพย์	คุณกิจ
6. คุณชนิษฐา ชันซี	คุณกิจ
7. คุณวันวิสาข์ เทพวิญญากิจ	คุณกิจ
8. คุณบุษกร อัลเลน	คุณกิจ
9. คุณสุกัญญา บุญยะवास	คุณกิจ
10. คุณณปภัช ศรีภมร	คุณกิจ
11. คุณจิรวรรณ ลิ้มทอง	คุณกิจ
12. คุณยุวลักษณ์ ลิ้มนภา	คุณกิจ

## 1. หลักการและเหตุผล

งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล รับผิดชอบ ส่งเสริม สนับสนุน ประสานงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกทีมและทุกหน่วยงาน ให้มีการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการบริการอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 เพื่อสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ วัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย รวมทั้งได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อย่างต่อเนื่อง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes) งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล



12

ในปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2563 หน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ปรับการบริหารโครงการให้บุคลากรแต่ละส่วนงานดำเนินการ เพื่อให้ดำเนินการได้ครอบคลุมงาน และสามารถวิเคราะห์ประเมินผลโครงการไปปรับปรุงวางแผนในส่วนงานที่รับผิดชอบ โดยบุคลากรมีทักษะการบริหารโครงการอยู่บ้าง แต่ในบางขั้นตอนของการบริหารจัดการโครงการซึ่งมีรายละเอียดตกย่อย จะต้องเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ความเชี่ยวชาญด้านการบริหาร อาศัยการทำงานเป็นทีม เป็นขั้นตอน ทั้งนี้หน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงเลือกกิจกรรมการจัดการความรู้ เพื่อสรุป KSF “เทคนิคการบริหารจัดการโครงการให้มีประสิทธิภาพ”

นำค่านิยม MEDSWU มาเป็นแนวคิดในการพัฒนางาน โดยใช้เครื่องมือ KM, 3C PDSA ในการบริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพ

Core Competency	พฤติกรรมที่แสดง
M (Merit) <b>ซื่อสัตย์ สุจริต</b>	มีความรับผิดชอบและมีสำนึกในหน้าที่ของตนเอง มีความซื่อสัตย์สุจริต จริงใจ ขยัน อดทนมีระเบียบวินัยและเคารพในสิทธิของผู้อื่น
E(Excellence) <b>มุ่งสู่ความเป็นเลิศ</b>	สามารถพัฒนาระบบ ขั้นตอน วิธีการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่โดดเด่นแตกต่างหรือไม่เคยมีผู้ใดทำได้มาก่อน
D(Devote to Customer) <b>ตอบสนองความต้องการของลูกค้า</b>	เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการให้บริการ แก่ บุคลากรทั้งภายใน และภายนอกองค์กร
S(Simplicity) <b>เรียบง่าย รู้จักตนเอง</b>	เป็นบุคคลที่มีความเรียบง่าย อ่อนน้อมถ่อมตน มีกิริยาอ่อนน้อมวจาอ่อนหวาน จิตใจอ่อนโยน
W 1(Work) <b>ทำงานอย่างชาญฉลาด</b> W 2(Smart) <b>มีความคิดสร้างสรรค์</b>	- มีความฉลาดในการคิด วิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ตรงจุด - มีการสร้างนวัตกรรม และเผยแพร่ นวัตกรรมมีการคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรมใหม่ที่สามารถเป็นตัวอย่างให้กับหน่วยงานอื่นในองค์กร เช่น ผลงานวิจัย RtoR CQI เป็นต้น
U(Unity) <b>การทำงานเป็นทีม</b>	มีความเสียสละและมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีมทั้งในระดับหน่วยงานและระดับองค์กร

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมสมอง พัฒนาเทคนิคการบริหารจัดการโครงการให้มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อนำ KSF มาวิเคราะห์พัฒนาเป็นวิธีการดำเนินงานการบริหารโครงการของหน่วยงาน
3. เพื่อให้เห็นการทำงานเป็นทีมประสานสอดคล้องกันในหน่วยงาน

## 3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. สัดส่วนการดำเนินโครงการตามแผน (สรุปส่งแผนภายใน 15 ทำการ/สรุปค่าใช้จ่ายคืนเงิน 5 วันทำการ) ต่อโครงการที่รับผิดชอบทั้งหมด (เป้าหมาย 80%)
2. อุบัติการณ์ความผิดพลาดระดับรุนแรงไม่สามารถแก้ไขได้ (0 ครั้ง)

## 4. วิธีการ/รูปแบบการจัดการความรู้

- Success Story Telling (SST)
- The World Cafe
- BAR = Before Action Review/ AAR = After Action Review

BAR = Before Action Review คือ การตั้งเป้าหมาย หรือ ความคาดหวังก่อนเริ่มโครงการ บุคลากร HA ในกิจกรรมโครงการร่วมกัน ทำอะไร อย่างไรที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการที่จะปรับเปลี่ยนแผน วิธีการ ที่จะดำเนินการของกิจกรรมนั้นๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และระหว่างการทำกิจกรรมได้ด้วย

AAR = After Action Review

คือ การประเมินผลหลังการทำกิจกรรม โครงการ เช่น ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ มากกว่า เท่ากับ หรือ น้อย เพียงใด แล้ว มีปัญหา อุปสรรค หรือ อื่นๆ เกิดขึ้นในระหว่างทำกิจกรรม ที่จะนำมาแก้ไข ปรับปรุง หรือ พัฒนา ต่อไป อย่างไร

## 5. กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

โครงการมทกรมคุณภาพศูนย์การแพทย์ฯ (วันที่ 18-22 ธันวาคม 2562)

1) ประชุม BAR ก่อนจัดโครงการ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2562 13.00 น. ห้องประชุมงาน HA เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานโครงการ และมอบหมายงานโครงการกับบุคลากร

- ส่งตารางแบ่งงานให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- สรุปการมอบเกียรติบัตรประจำปี เพื่อให้ผู้ปฏิบัติบริหารงานที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้อง
  - กลุ่มทีมนำทางคลินิก ดีเด่น 3 ชมเชย 3
  - กลุ่มระบบงาน ดีเด่น 3 ชมเชย 3
  - กลุ่มคลินิก ดีเด่น 3 ชมเชย 3
  - กลุ่มสนับสนุน ดีเด่น 3(ดูข้อมูลคะแนนจริงปรับอีกครั้งในวันจัด)
- มอบหมายเพิ่มเติมในการประชุม คุณบุษกร คุณวันวิสาข์ รับลงทะเบียน
- คุณบุษกรรับไฟล์นำเสนอใส่ใน server (โดยตั้งชื่อ folder งานมทกรมคุณภาพ) นั่งได้ช่วงเช้า
- เพิ่มเครื่อง printer ในห้อง convention เพื่อสะดวกต่อผู้ดำเนินโครงการ
- คุณจิรวรรณ เตรียมงานโครงการ DSC 27 พ.ย. คุณยุวลักษณ์ สรุป THIP ปลายเดือน

2) ประชุมสรุปงานโครงการมทรรณคุณภาพ AAR วันที่ 21 พฤศจิกายน 2562 15.30 – 16.00 น. หน้าห้อง Convention เพื่อสรุปงาน วันแรกถึงวันที่สี่ และวางแผนในวันสุดท้าย เพื่อมอบเกียรติบัตร

**สรุป AAR :**

1. สิ่งที่เราคิดว่าจะได้จากการทำงาน คืออะไร  
เพื่อลดปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหานั้นเฉพาะหน้า และได้แนวทางปฏิบัติ เพื่อวางแผนงานในวันถัดไป และปีถัดไป
2. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร

สิ่งที่เกิดขึ้น	แนวทางแก้ไข วางแผนในปีถัดไป 3 ธันวาคม 2562
1. ด้านสถานที่	
- การตั้งบอร์ด อาคารคณะมี 2 คน ไม่สามารถตั้งได้	- ประสานงานอาคารสถานที่ เขียนใบงานมาช่วยหมู่ จัดตั้งบอร์ดตามผังที่ประสานกับหน่วยศิลปกรรม
- การจัดห้องนำเสนอ เนื่องจากงานติดกับงานรับปริญญา จึงทำให้มีอุปกรณ์เยอะ และมีข้อติดขัดที่ต้องประสาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เจ้าหน้าที่จึงจัดสถานที่วันเสาร์ โดยมีขนิษฐา มา นอกเวลาช่วยควบคุมประสานผ่านสุภาพ และมีผังงานคร่าวๆ แล้ว (ผ้าโต๊ะผู้วิพากษ์ผ่านการใช้งานไม่ได้ เปลี่ยน แม่บ้านช่วยเช็ดทำความสะอาด)</li> </ul> <p><b>อ้างอิง ผังจัดสถานที่ให้เป็นปัจจุบัน</b></p>
- การติดบอร์ด	- บางหน่วยงานไม่ใส่ชื่อหน่วยงานในโปสเตอร์ ทำให้เวลาติดต้องเสียเวลาในการอ่านเนื้อหาเพื่อหาว่าเป็นหน่วยงานใด
- การออกแบบผลงาน หน่วยงาน copy จาก word มาวางทำให้คุณภาพภาพไม่ชัด	- อาจจะมีการเปิดสอนการออกแบบผลงาน เช่น การทำกราฟ การทำตาราง การวางรูปภาพ.
- การ print ผลงาน หน่วยงานส่งล่าช้า	- กำหนดให้หน่วยงานส่ง แต่ส่งไม่ตรงเวลา ทำให้คน print ไม่มีเวลาดู

• วันจัดโครงการ

สิ่งที่เกิดขึ้น	แนวทางแก้ไข วางแผนในปีถัดไป
1. อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่รองรับบางไฟล์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานควรมีการเตรียมพร้อมวางไฟล์ก่อนนำเสนอ 1 วัน</li> <li>- จัดหาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่ทันสมัย พร้อมสายรุ่นต่างๆ หรือให้หน่วยงานเตรียมมา</li> </ul> <p>- อุปกรณ์อัดเสียงดึงออกทุกวัน</p>
2. การประสานกับพิธีกร ยังไม่คล่องตัว เช่น การตามคิวการนำเสนอในบางวัน ผู้วิพากษ์ไม่อยู่	- มอบหมายสุภาพ ประสานพิธีกรในการตามผลงานมานำเสนอ / อาหารว่าง/อาหารกลางวัน อื่นๆ
3. ผู้วิพากษ์ต้องวิพากษ์ผลงานของสายบริหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ผู้วิพากษ์ข้ามไม่ต้องวิพากษ์/ไม่ต้องให้คะแนน</li> <li>- หาผู้วิพากษ์ไม่ตรงกับสายบริหาร สายงาน</li> </ul>
4. ใบลงทะเบียนผู้รับผิดชอบหารายชื่อไม่เจอ	- คนทำใบลงทะเบียนสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบทราบ จะเรียงตามชั้น หรือแบ่งอย่างไร

สิ่งที่เกิดขึ้น	แนวทางแก้ไข วางแผนในปีถัดไป
	- ผู้รับผิดชอบศึกษาก่อนลงทะเบียน จัดระบบ แยกกลุ่ม
<p>2. อาหารกลางวัน อาหารว่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากงบประมาณในปีงบประมาณ 2563 ค่าวิทยากร และค่าอาหาร จะต้องถัวเฉลี่ยกัน (โดยการศึกษาข้อมูลจากปีงบประมาณ 2562 ไม่มีค่าวิทยากร)</li> </ul> <p>1. ค่าวิทยากร 14,400 (6 ชม.*2วัน * 1,200 บาท )</p> <p>2. ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่าง 39,000 บาท</p> <p>สรุปการสั่งอาหาร</p> <p>วันแรก ว่างเช้า 100 หั้ว บ่าย 60 หั้ว กลางวัน 66 หั้ว</p> <p>วันสอง ว่างเช้า 70 หั้ว บ่าย 40 หั้ว (มี 3หน่วยงาน) กลางวัน 70 หั้ว</p> <p>วันสาม ว่างเช้า 70 หั้ว บ่าย 60 หั้ว กลางวัน 90 หั้ว</p> <p>วันสี่ ว่างเช้า 70 หั้ว บ่าย 60 หั้ว กลางวัน 90 หั้ว</p> <p>วันสี่ ว่างเช้า 70 หั้ว บ่าย 130 หั้ว กลางวัน 90 หั้ว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>อาหารว่างไม่พอในบางวัน</li> </ul> <p>1. บุคลากรมาเซ็นชื่อเพื่อเอาแต้ม KPI รับเบรกแล้วกลับ ทำให้บุคลากรในห้องที่มาเข้าร่วมไม่ได้รับเบรก (ไม่ให้รับเบรกก่อน จะเบรกพร้อมกัน)</p> <p>2. จัดกำหนดการเริ่มนำเสนอ 9.00 น. (ปีนี้จัด 10.00 น. เพื่อให้ทีมบริหาร ผู้วิพากษ์ หน่วยงานได้ทำภารกิจงานก่อน) และวันสุดท้ายมากน้อย</p> <p><b>อ้างอิง สรุปการดำเนินงานและค่าใช้จ่ายโครงการ</b></p>	<p>- สั่งเพิ่มเติม +- 10-20 หั้ว ประเมินจากรายชื่อ</p> <p>- จัดเวลาว่างในระหว่างนำเสนอ โดยให้แจ้งเบรกเวลาให้ชัดเจน ไม่เบรกก่อนเข้าห้อง</p> <p>- สรุปค่าใช้จ่ายในแต่ละวันเพื่อการบริหารและควบคุม เสนอหัวหน้างาน</p>
<b>สรุปมอบหมายงาน วันสุดท้าย</b>	
1. สรุปหน่วยงานเข้าที่รับเกียรติบัตรเพื่อโทรครั้งเดียว	สุภาพร
2. ตามผู้บริหาร เพื่อสรุปแจ้งพิธีกร	สุภาพร
3. โทรตามหน่วยงานรับเกียรติบัตร 5ส RM CQI	ศิริรัตน์
4. ประสานคนเขียนเกียรติบัตร / เรียงเกียรติบัตร ลำดับพิธีการ	ชนิษฐา ศิริรัตน์
5. เช็คชื่อหน่วยงานเข้ารับเกียรติบัตร	บุษกร ยวลักษณ์
6. จัดเก้าอี้ 150 ตัว (จัดใหม่)	ชนิษฐา สุภัญญา ฌปภัช งานอาคารคณะ

- สิ่งที่แตกต่างและทำไมจึงแตกต่าง
  - มีการประชุมสรุปงานเพื่อวางแผนวันถัดไป
- สิ่งที่ต้องแก้ไข คืออะไร และจะปรับปรุงได้อย่างไร
  - มอบหมายการตรวจสอบงานพิธีการโดยหัวหน้าและผู้เรียงลำดับใบเกียรติบัตรเพิ่มเติม เนื่องจากลิมิพิมพ์ข้อมูล CLT สูติเพิ่มเติม

## 6. Key Success Factor

1. ประชุมหน่วยงานงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ก่อนจัดโครงการมหกรรมคุณภาพประจำปี เพื่อมอบหมายงานให้ครอบคลุม ครบถ้วน
2. มีการสรุปรงานในแต่ละวันของบุคลากรที่รับผิดชอบแต่ละท่านในหน้าที่ที่รับผิดชอบ
3. กระจายงานไปยังผู้เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละท่าน
4. มีการสรุป AAR ก่อนวันมอบเกียรติบัตร เพื่อมอบหมายงานและลำดับพิธีการ

## 7. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

- คู่มือ
- แผ่นพับ

และ  อยู่ระหว่างปรับปรุงทบทวน ใบแบ่งหน้าที่โครงการมหกรรมคุณภาพในรอบปีถัดไป ซึ่งงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ปฏิบัติมาครั้งหนึ่งโดยใช้ใบแบ่งงาน

## 8. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

ทำให้การจัดโครงการมหกรรมคุณภาพมีความราบรื่น และเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารมากขึ้น

## 9. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

ทำให้การจัดโครงการมหกรรมคุณภาพมีความราบรื่น และเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารมากขึ้น

## 10. After Action Review (AAR)

1. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร  
ใช้ BAR และ AAR ในกิจกรรมย่อย และกิจกรรมใหญ่ ของแต่ละส่วนงาน และหน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
2. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร  
ทำให้การจัดโครงการมหกรรมคุณภาพมีความราบรื่น และเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารมากขึ้น

## 11. ภาพประกอบการทำกิจกรรม

