



การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน

VISION สถานพยาบาล เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการอย่างมีคุณภาพ และความเท่าเทียมกัน ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ
 KM VISION สิ่งสม เรียนรู้ ถ่ายทอด พัฒนาระบบงาน และการปฏิบัติงาน อย่างมีคุณภาพ
 KM STRATEGY Personalization และ Codification
 KM GOAL พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ ทั้งทักษะ และกระบวนการ
 KPI ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

Change management process

CSMR Model

การถอดความรู้

- กำหนดองค์ความรู้การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงานเป็นความรู้ระดับหน่วยงานที่ต้องมีการดำเนินการ เนื่องจากความสอดคล้องกับ ประเด็นยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กร / มีความสำคัญกับสถานพยาบาล / มีความจำเป็นเร่งด่วน
- กำหนดวิทยากรผู้ให้ความรู้
- รับความรู้จากการอบรม
- การศึกษาเอกสาร หนังสือ ข้อมูลในอินเทอร์เน็ต
- เพิ่มพูนความรู้จากการปฏิบัติงานจริง
- ประมวลสิ่งที่ได้จากข้างต้นเป็นองค์ความรู้

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- เผยแพร่เอกสารองค์ความรู้ การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน ในอินทราเน็ต และเป็นเอกสาร
- จัดโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพ ตามรอบปีงบประมาณ มีการประชุมทำกิจกรรมแยกตามฝ่าย โดยมีการใช้อีกความรู้ในการดำเนินกิจกรรมทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนทักษะดังกล่าว ภายในฝ่าย
- นำเสนอความก้าวหน้าของกิจกรรมการปรับปรุงงานในที่ประชุมสถานพยาบาล ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนในระดับหน่วยงาน
- นำเสนอผลงานที่ดำเนินการเสร็จสิ้น ทุกปีงบประมาณ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนทักษะ นำเสนอความคิดเห็นต่างๆในการปรับปรุงงาน

การนำไปใช้

จากโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพ มีการให้คำปรึกษา ติดตามการปรับปรุงงาน โดยระบบที่เลี้ยงในระยะแรก และ ระบบให้คำปรึกษาในระยะหลัง

- มีการแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน ในแต่ละฝ่าย ตามรอบปีงบประมาณ
- จัดทำรายงานสรุปผลดำเนินการตามรอบปีงบประมาณโดยรายงานดังกล่าวสรุปผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม ตามเป้าหมายต่างๆที่ตั้งไว้ ทำให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลต่างๆ ในสถานพยาบาล

การบำรุงรักษา

- ประสบการณ์จากการปรับปรุงงานที่เพิ่มพูน ตามปีงบประมาณที่ดำเนินกิจกรรม สามารถนำมาเพิ่มเติมรายละเอียดในเอกสาร การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน
- การตรวจสอบความถูกต้องของทักษะที่เกิดในบุคลากรจากการจัดการความรู้ สามารถตรวจสอบความถูกต้องจากการนำผลงานต่างๆ ดังกล่าวเข้าร่วมประกวดคุณภาพ และนำมาปรับปรุงข้อมูล ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

การเตรียมการ และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. แต่งตั้งทีมงาน
2. กำหนด KM vision / goal CSF/KPI แจงให้ทราบทั่วกัน
3. กำหนดการจัดโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างพื้นที่ในการบำรุงรักษาความรู้
4. ผู้อำนวยการเป็นกลไกขับเคลื่อนหลักในการดำเนินกิจกรรม เพื่อสร้างวัฒนธรรมการจัดการความรู้ในหน่วยงาน

การสื่อสาร

สร้างพื้นที่เพื่อการสื่อสารผ่านโครงการที่ถูกกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสื่อสารระหว่างกันเอง และ ระดับหน่วยงานเมื่อต้องมีการนำเสนอผลของกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างฝ่าย และภายในหน่วยงานในที่สุด

กระบวนการและเครื่องมือ

1. พัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อบุคลากรเข้าถึงข้อมูลองค์ความรู้ที่ดำเนินการ โดยผ่านระบบอินทราเน็ตของหน่วยงาน
2. นำกลยุทธ์ ของ Personalization และ Codification เพื่อบุคลากรเข้าใจองค์ความรู้ที่กำหนด

การฝึกอบรม การเรียนรู้

1. Classroom training
2. Non-classroom training

การวัดผล

1. การทำกิจกรรมPDCA แต่ละฝ่าย เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์การจัดการความรู้
2. การสำรวจความพึงพอใจในงานบริการ เพื่อวัดผลประโยชน์ของการจัดการความรู้ดังกล่าว

การยกย่องชมเชย และการให้รางวัล

การส่งผลการปรับปรุงงานเข้าร่วมประกวดระดับต่างๆ ภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย และการเผยแพร่ผลงานที่ได้รับรางวัล

องค์ความรู้ การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน

ขั้นตอนการวางแผน (PLAN) เป็นการค้นหาหัวข้อปัญหาเพื่อนำมาตรวจสอบกระบวนการทำงาน ที่มีปัญหา หรือต้องการปรับปรุง เพื่อให้รู้ความผิดปกติของขั้นตอนหรือวิธีการทำงาน และนำสาเหตุปัญหาออกมา เพื่อหามาตรการตอบโต้สาเหตุปัญหา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนย่อยดังนี้

1. เลือกหัวข้อที่จะศึกษา หัวข้อปัญหาที่ดีควรสอดคล้องกับเงื่อนไข 5 ข้อ คือ
 - 1.1. เป็นปัญหาที่กลุ่มปฏิบัติงานรับรู้ร่วมกัน
 - 1.2. ปัญหาเป็นประโยชน์ต่องานที่รับผิดชอบ
 - 1.3. เป็นปัญหาท้าทายแต่อยู่ในวิสัยที่ทำได้
 - 1.4. สอดคล้องกับเป้าหมาย นโยบาย หรือแผนงานขององค์กร
 - 1.5. ช่วยยกระดับความรู้ความสามารถในปรับปรุงงานของกลุ่ม
2. ทบทวนกระบวนการที่มีปัญหา พิจารณาการไหลของงานทั้งขั้นตอนหลัก และ ขั้นตอนย่อย และพิจารณาเก็บข้อมูลได้บ้าง นำมาแสดงทางสถิติ โดยใช้ Graph หรือ Chart หลังจากนั้น เขียนเป้าหมาย และวางแผนกิจกรรมโดยกำหนดผู้รับผิดชอบ
3. วิเคราะห์สาเหตุ โดยใช้ผังก้างปลาอธิบายสาเหตุ ที่ครอบคลุมหลัก 4M ดังนี้ Man Material Method และ Machine
4. มาตรการตอบโต้ปัญหา วางมาตรการ 3 ระดับ กล่าวคือ มาตรการชั่วคราว มาตรการถาวรแต่เฉพาะตัว และมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำเชิงระบบ

ขั้นตอนการแก้ไข (DO)

5. ปฏิบัติการแก้ไข นำมาตรการโต้ตอบในข้อ 4 ไปปฏิบัติ โดยมีการกำหนดเวลา ผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนการตรวจสอบ (CHECK)

6. ตรวจสอบ ตรวจสอบโดยเก็บข้อมูลของคุณลักษณะจำเพาะที่ควบคุม ตัวเดียวกันกับที่ตั้งเป้าหมายในตอนแรก ตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้เปรียบเทียบกับเป้าหมาย หากไม่ตรงต้องวางแผนแก้ไขปัญหาใหม่ อีกครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินการให้เป็นมาตรฐาน (ACT)

7. ดำเนินการให้เป็นมาตรฐาน จัดทำมาตรฐานสำหรับวิธีปฏิบัติ

การนำผลงานการจัดการความรู้ไปใช้

- 1.ปรับปรุงงานพัสดุ โดยใช้ระบบสารสนเทศ บริหารคลังยา
- 2.การลดขั้นตอนในคลินิกโรคกระดูก
- 3.ลดปัญหา การส่งแฟ้มไปคลินิกเฉพาะทาง ล่าช้า
- 4.ลดปัญหาผู้ป่วยกายภาพบำบัดไม่ได้รับการประเมินผลการรักษาตามแผนการรักษา
- 5.ลดระดับความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา
- 6.ลดความผิดพลาด การไม่ได้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลโดยการโอน
- 7.ลดจำนวนครั้ง การส่งซ่อมเครื่องกรอฟัน
- 8.พัฒนาระบบพัฒนาบุคลากร ในระบบสมรรถนะ
- 9.ปรับปรุงการจ่ายยาปฐมพยาบาลสำหรับหอพัก สโมสร ออนไลน์
- 10.พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ในนิสิต
- 11.ปรับปรุงระบบนัดในคลินิกทันตกรรม
- 12.ปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย ก่อนพบแพทย์
- 13.กำจัดความเสี่ยงในการจ่ายยาที่เคยแพ้
- 14.พัฒนาระบบ E.M.S.
- 15.กำจัดความเสี่ยงการได้รับอันตรายจากคลื่นสั้น ในงานกายภาพบำบัด
- 16.การปรับปรุงการส่งมอบชิ้นงานทันตกรรมให้ตรงเวลานัดหมาย
- 17.ปรับปรุง เพื่อลดความผิดพลาดในการกรอกแบบฟอร์ม 7130

โครงการวันแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “KU-KM Day” ครั้งที่ ๑

การแก้ไขปัญหาและการปรับปรุงงาน

สถานพยาบาล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖

Vision สถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการอย่างมีคุณภาพ และความ
เท่าเทียมกัน ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

KM Vision

สั่งสม เรียนรู้ ถ่ายทอด พัฒนาระบบงาน และการ
ปฏิบัติงาน อย่างมีคุณภาพ

KM Strategy

Personalization และ Codification

KM Goal

พัฒนาบริการที่มีคุณภาพ ทั้งทักษะ และกระบวนการ

KPI

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ทีมงาน

CKO ผู้อำนวยการสถานพยาบาล

KM Team

- | | |
|-------------------|------------------|
| ๑. นางสาวรส | บุญมุสิก |
| ๒. ภญ.กฤษณา | จริยโกศล |
| ๓. พ.ต.ท.นพ.ปรีชา | รุ่งศักดิ์แสงมณี |
| ๔. ทพญ.กุลพัชฌาณ์ | หงษ์วิวัฒน์ |
| ๕. ภญ.ปติดา | รัตนอารีกุล |
| ๖. นางอุมาพร | จันทร์ประเสริฐ |
| ๗. นางสุดาวดี | นิลสวัสดิ์ |

KM Practice

เน้นการถ่ายทอดทักษะ ประสบการณ์ แบ่งเป็น ๓ ระดับ
คือ ภายในฝ่าย ระดับฝ่าย และ ระดับหน่วยงาน

KM Practice ระดับหน่วยงาน
การแก้ไขปัญหาและการปรับปรุงงาน

KM ACTION PLAN

กระบวนการจัดการความรู้

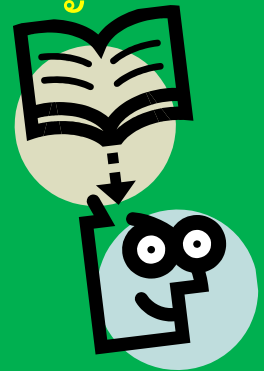
กระบวนการบริหารความเปลี่ยนแปลง

กระบวนการจัดการความรู้

การถอดความรู้



- กำหนดองค์ความรู้การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงานเป็นความรู้ระดับหน่วยงานที่ต้องมีการดำเนินการ เนื่องจากความสอดคล้องกับ ประเด็นยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัย ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กร / มีความสำคัญกับสถานพยาบาล / มีความจำเป็นเร่งด่วน
- กำหนดวิทยากรผู้ให้ความรู้
- ได้รับความรู้จากการอบรม
- การศึกษาเอกสาร หนังสือ ข้อมูลในอินเทอร์เน็ต
- เพิ่มพูนความรู้จากการปฏิบัติจริง



KPI องค์ความรู้ การแก้ไขปัญหาและการปรับปรุงงาน
• ประมวลสิ่งที่ได้จากข้างต้นเป็นองค์ความรู้
งานที่ได้รับการปรับปรุงโดยกระบวนการคุณภาพ

กระบวนการจัดการความรู้ (ต่อ)

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- เผยแพร่เอกสารองค์ความรู้ การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน ในอินทราเน็ต และเป็นเอกสาร
- จัดโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพ ตามรอบปีงบประมาณ มีการประชุมทำกิจกรรมแยกตามฝ่าย โดยมีการใช้องค์ความรู้ในการดำเนินกิจกรรมทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนทักษะดังกล่าว ภายในฝ่าย
- นำเสนอความก้าวหน้าของกิจกรรมการปรับปรุงงานในที่ประชุมสถานพยาบาล ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนในระดับหน่วยงาน
- นำเสนอผลงานที่ดำเนินการเสร็จสิ้น ทุกปีงบประมาณ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนทักษะ นำเสนอความคิดเห็นต่างๆในการ

KPI ร้อยละของบุคลากรที่เข้าถึงองค์ความรู้การปรับปรุงงาน

ร้อยละของฝ่ายที่แก้ไขปัญหาและปรับปรุงงาน



กระบวนการจัดการความรู้ (ต่อ)

การนำไปใช้

จากโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพ มีการให้คำปรึกษา ติดตามการปรับปรุงงาน โดยระบบพี่เลี้ยงใน
ระยะแรก และ ระบบให้คำปรึกษาในระยะหลัง

- มีการแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน ในแต่ละฝ่าย ตาม
รอบปีงบประมาณ
- จัดทำรายงานสรุปผลดำเนินกิจกรรม ตามรอบปีงบประมาณโดย
รายงานดังกล่าวสรุปผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม ตาม
เป้าหมายต่างๆที่ตั้งไว้ ทำให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

KPI ร้อยละของฝ่ายที่แก้ไขปัญหาและปรับปรุงงาน

รายงานสรุปผลการแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน



กระบวนการจัดการความรู้ (ต่อ)

การบำรุงรักษา



• ประสพการณ์จากการปรับปรุงงานที่เพิ่มพูน ตาม
ปีงบประมาณที่ดำเนินกิจกรรม สามารถนำมาเพิ่มเติม
รายละเอียดในเอกสาร การแก้ไขปัญหา และการ
ปรับปรุงงาน

• การตรวจสอบความถูกต้องของทักษะที่เกิดในบุคลากร
จากการจัดการความรู้ สามารถตรวจสอบความถูกต้อง
จากการนำผลงานต่างๆ ดังกล่าวเข้าร่วมประกวด
คุณภาพ และนำมาปรับปรุงข้อมูล ให้เป็นปัจจุบันอยู่

KPI เอกสารการแก้ไขและปรับปรุงงาน

กระบวนการจัดการความรู้

เอกสารแนบ๑

แบบฟอร์ม แผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan) : กระบวนการจัดการความรู้ (CSR Model)

ด้านการผลิตบัณฑิต ด้านการวิจัย ด้านการบริหารจัดการองค์กร ด้านการบริการวิชาการ ด้านการส่งเสริมศิลปและวัฒนธรรม

ชื่อหน่วยงาน สถานพยาบาล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบบริหารจัดการ ให้มีประสิทธิภาพได้รับการรับรองคุณภาพตามระบบประกันคุณภาพของมหาวิทยาลัย

ชื่อองค์ความรู้/นวัตกรรม(K) การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงระบบงาน

ตัวชี้วัด (KPI) ระดับความพึงพอใจผู้เข้ารับบริการ ที่สถานพยาบาล

เป้าหมายของตัวชี้วัด ระดับดีมาก

ลำดับ	กระบวนการ	กิจกรรมการจัดการความรู้	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมายตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะ	หมายเหตุ	
๑.	การถอดความรู้	๑.๑ กำหนดให้สถานพยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงระบบงาน	ปี งบประมาณ ๒๕๕๑				ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว		
		๑.๒ การสร้างต้นทุนความรู้		จำนวนองค์ความรู้ การปรับปรุงงาน	๑ องค์ความรู้	บุคลากรสถานพยาบาล	๓๐,๐๐๐.๐๐ (จรด)	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว		
		๑.๒.๑ การอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ	๒๕๕๑-๒๕๕๒ ๒๕๕๑-๒๕๕๕								
		๑.๒.๒ การศึกษาจากเอกสารทางวิชาการ แหล่งต่างๆ อาทิ อินเทอร์เน็ต หนังสือ									
		๑.๒.๓ ตั้งทีมงาน และการปฏิบัติจริง	๒๕๕๑-๒๕๕๒	จำนวนงานที่ได้รับการปรับปรุงโดยวิธีคุณภาพ	๑ งาน	บุคลากรสถานพยาบาล	ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว		
		๑.๓. ตรวจสอบความถูกต้องขององค์ความรู้ จากการปรับปรุงงาน และนำเสนอในการประกวดคุณภาพ ที่มีผู้เชี่ยวชาญแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น	๒๕๕๒				ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว		
		๑.๔. ทีมงานที่แต่งตั้ง มีการสนทนา และประมวลจาก ๑.๑ - ๑.๓ เป็นองค์ความรู้ "การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงระบบงาน"	๒๕๕๒				ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว		

กระบวนการจัดการความรู้(ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	กิจกรรมการจัดการความรู้	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมายตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะ	หมายเหตุ
๒.	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	๒.๑ จัดทำ และเผยแพร่องค์ความรู้ “การแก้ไข ปัญหา และการปรับปรุงระบบงาน” เป็น เอกสาร และ ในระบบอินทราเน็ต	๒๕๕๒-๒๕๕๕	ร้อยละของ บุคลากรที่ เข้าถึงองค์ ความรู้/การ ปรับปรุงงาน	>๙๐%	บุคลากร สถานพยาบาล	ไม่มี	-ผู้อำนวยการ- -ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ (นางเสาวรส บุญมุสิก)	ดำเนินการแล้ว	
		๒.๒ จัดโครงการตามปีงบประมาณ เพื่อดำเนิน กิจกรรมการปรับปรุงงาน แบ่งตามฝ่าย ตาม ความรู้ที่ได้จากคู่มือ ในข้อ ๒.๑ - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน จริงระดับฝ่าย ทุกวันศุกร์ที่ ๔ ของเดือน - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการนำเสนอ ความก้าวหน้า ของกิจกรรมการปรับปรุงงาน ๒ ครั้ง/ปีงบประมาณ และ ในวันสรุปกิจกรรม การปรับปรุงงานในเดือนกันยายน แต่ละปี	๒๕๕๓- ปัจจุบัน	ร้อยละของ ฝ่ายที่ ปรับปรุงงาน โดยวิธี คุณภาพ	๑๐๐%	บุคลากร สถานพยาบาล	ปีละ ๓๐,๐๐๐.๐๐ บาท(จรด)	-ผู้อำนวยการ- -ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ (นางเสาวรส บุญมุสิก)	ดำเนินการแล้ว	
		๒.๓ เผยแพร่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในรายงาน สรุปการปรับปรุงงาน แต่ละปีงบประมาณ	๒๕๕๓- ปัจจุบัน	องค์ความรู้ ปรับปรุงงาน ที่เกิดจาก โครงการ ปรับปรุงงาน	๑ องค์ ความรู้	บุคลากร สถานพยาบาล	ไม่มี			
๓.	การ นำไปใช้	๓.๑ การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุง ระบบงาน จริง ในแต่ละฝ่าย ตาม ปีงบประมาณ โดยมีทีมงานให้คำปรึกษา ใน การดำเนินการ	๒๕๕๓- ปัจจุบัน	ร้อยละของ ฝ่ายที่ ปรับปรุงงาน โดยวิธี คุณภาพ (อิงโครงการ ตาม๒.๒)	๑๐๐% (อิง โครงการ ตาม๒.๒)	บุคลากร สถานพยาบาล	(อิงโครงการ ตาม๒.๒)	-ผู้อำนวยการ- -ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ (นางเสาวรส บุญมุสิก)	ดำเนินการแล้ว	
		๓.๒ รายงานสรุปผลการปรับปรุงงานแต่ละปี	๒๕๕๓-	รายงานการ	๑ ฉบับ				ดำเนินการแล้ว	

กระบวนการจัดการความรู้(ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	กิจกรรมการจัดการความรู้	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมายตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะ	หมายเหตุ
๔.	บำรุงรักษา	๔.๑ เผยแพร่ความรู้ที่เพิ่มพูนขึ้น ในรายงานการปรับปรุงงานในระบบอินทราเน็ต	๒๕๕๓-ปัจจุบัน	ร้อยละของรายงาน (ในข้อ๒.๒) ที่ได้รับการเผยแพร่	๑๐๐%	บุคลากรสถานพยาบาล	ไม่มี	-ผู้อำนวยการ- -ผู้ช่วย ผู้อำนวยการ (นางเสาวรสบุญมุสิก)	ดำเนินการแล้ว	
		๔.๒ ทบทวน เผยแพร่คู่มือ “การแก้ไขปัญหาและการปรับปรุงระบบงาน” ทบทวนเป็นระยะ	๒๕๕๕	คู่มือการแก้ไขปัญหาและการปรับปรุงระบบงาน	๑ ฉบับ	บุคลากรสถานพยาบาล	ไม่มี			

ลงชื่อ.....ผู้รับรองแผนงาน

(แพทย์หญิงนงเยาว์ อัครเลิศแสง)

ผู้อำนวยการสถานพยาบาล

วันที่

กระบวนการบริหารความเปลี่ยนแปลง

การเตรียมการ และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. แต่งตั้งทีมงาน
2. กำหนด KM vision / goal CSF/KPI แจ้งให้ทราบทั่วกัน
3. กำหนดการจัดโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างพื้นที่ในการบำรุงรักษาความรู้
4. ผู้อำนวยการเป็นกลไกขับเคลื่อนหลักในการดำเนินกิจกรรม เพื่อสร้างวัฒนธรรมการจัดการความรู้ในหน่วยงาน

การสื่อสาร

สร้างพื้นที่เพื่อการสื่อสารผ่านโครงการที่ถูกกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสื่อสารระหว่างกันเอง และ ระดับหน่วยงานเมื่อต้องมีการนำเสนอผลของกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างฝ่าย และภายในหน่วยงานในที่สุด

กระบวนการและเครื่องมือ

1. พัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อบุคลากรเข้าถึงข้อมูลองค์ความรู้ที่ดำเนินการ โดยผ่านระบบอินทราเน็ตของหน่วยงาน
2. นำกลยุทธ์ ของ Personalization และ Codification เพื่อบุคลากรเข้าใจองค์ความรู้ที่กำหนด

กระบวนการบริหารความเปลี่ยนแปลง

การฝึกอบรม การเรียนรู้

1. Classroom training
2. Non-classroom training

การวัดผล

1. การทำกิจกรรมPDCA แต่ละฝ่าย เพื่อวัดผลลัพธ์การจัดการความรู้
2. การสำรวจความพึงพอใจในงานบริการ เพื่อวัดผลประโยชน์ของการจัดการความรู้องค์ความรู้ดังกล่าว

การยกย่องชมเชย และ การให้รางวัล

การส่งผลการปรับปรุงงานเข้าร่วมประกวดระดับต่างๆ ภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย และการเผยแพร่ผลงานที่ได้รับรางวัล

กระบวนการบริหารความเปลี่ยนแปลง

เอกสารแนบ๑

แบบฟอร์ม แผนการจัดการความรู้ (KM Action Plan) : กระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change management process)

ด้านการผลิตบัณฑิต ด้านการวิจัย ด้านการบริหารจัดการองค์กร ด้านการบริการวิชาการ ด้านการส่งเสริมศิลปและวัฒนธรรม

ชื่อหน่วยงาน สถานพยาบาล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบบริหารจัดการ ให้มีประสิทธิภาพได้รับการรับรองคุณภาพตามระบบประกันคุณภาพของมหาวิทยาลัย

ชื่อองค์ความรู้/นวัตกรรม(K) การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงระบบงาน

ตัวชี้วัด (KPI) ระดับความพึงพอใจผู้เข้ารับบริการ ที่สถานพยาบาล

เป้าหมายของตัวชี้วัด ระดับดีมาก

ลำดับ	กระบวนการ	กิจกรรมการจัดการความรู้	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมายตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะ	หมายเหตุ
๑.	การเตรียมการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๑.๑ สร้างระบบการพัฒนาบุคลากรจาก coaching หากระยะเวลาเหมาะสม เป็น project assignment	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕			บุคลากรสถานพยาบาล	ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว	
		๑.๒ สร้างวัฒนธรรมการปรับปรุงแก้ไขงาน โดยใช้กลไก PDCA โดยผู้อำนวยการเป็นผู้นำทีม	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕			บุคลากรสถานพยาบาล	ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว	
๒.	การสื่อสาร	๒.๑ ดำเนินโครงการ และทุกคนในแต่ละฝ่ายเข้าไปมีส่วนร่วมดำเนินโครงการ มีการสื่อสาร การปฏิบัติ การปรับปรุงร่วมกัน	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ	>๙๐%	บุคลากรสถานพยาบาล	๓๐,๐๐๐.๐๐ (จรด)	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว	
๓.	กระบวนการและเครื่องมือ	๒.๒ การนำเสนอผลงานการปรับปรุงงาน ตามระยะเวลาที่โครงการกำหนด	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕			บุคลากรสถานพยาบาล	๓๐,๐๐๐.๐๐ (จรด)	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว	
		๒.๓ ระบบอินทราเน็ต เพื่อเผยแพร่ผลงาน	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕			บุคลากรสถานพยาบาล	ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการแล้ว	

กระบวนการบริหารความเปลี่ยนแปลง(ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	กิจกรรมการจัดการความรู้	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	สถานะ	หมายเหตุ
๔.	การฝึกอบรม การเรียนรู้	การอบรม การจัดหาหนังสือ สื่อเพื่อ การเรียนรู้ต่างๆ	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕	ร้อยละของ บุคลากรที่ เข้าร่วมใน กิจกรรมที่ ดำเนินการ	>๙๐%	บุคลากร สถานพยา บาล	๓๐,๐๐๐.๐๐ (จรด)	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการc แล้ว	
		การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕	ร้อยละของ บุคลากรที่ เข้าร่วมใน กิจกรรมที่ ดำเนินการ	>๙๐%	บุคลากร สถานพยา บาล			ดำเนินการc แล้ว	
๕.	การวัดผล	การวัดระดับความพึงพอใจ ในการเข้า รับบริการ	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕	ระดับความ พึงพอใจใน การเข้ารับ บริการใน ภาพรวม	ดีมาก	ผู้เข้ารับ บริการใน สถานพยา บาล	ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการc แล้ว	
๖.	การยกย่องชมเชย และการให้รางวัล	๖.๑ ส่งผลงานการปรับปรุงงานในการ ประกวด ระดับต่างๆ ภายใน และ ภายนอกมหาวิทยาลัย และการ เผยแพร่ผลงานที่ได้รับรางวัล	๒๕๕๒ - ๒๕๕๕	จำนวน ผลงานที่ ได้รับรางวัล การ ปรับปรุง งาน	๑ ผลงาน	บุคลากร สถานพยา บาล	ไม่มี	ผู้อำนวยการ	ดำเนินการc แล้ว	

ลงชื่อ.....ผู้รับรองแผนงาน

(แพทย์หญิงนงเยาว์ อัครเลิศแสง)

ผู้อำนวยการสถานพยาบาล

วันที่

องค์ความรู้การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน

การแก้ไขปัญหาและการปรับปรุงงาน



แพทย์หญิงเบญจมาภรณ์ อัครวิมลคุณ
นางสาวราตรี บุญอุบล
สถานพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลราชธานี

แนวทางการจัดการรายงาน การแก้ไขปัญหาและการปรับปรุงงาน



การวางแผน (P)
ในขั้นตอนนี้ กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อเป้าหมายของกระบวนการทำงานที่ สามารถปฏิบัติงานได้ตามที่ต้องการและสามารถวัดผลได้ชัดเจน โดยขั้นตอนการ กำหนดเป้าหมาย และแผน กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 เลือกสิ่งที่จะศึกษา
โดยวิธีการที่ง่ายที่สุดคือการสังเกต ใช้ Matrix Diagram หรือการสัมภาษณ์ Diagram และทำการคัดเลือกปัญหา จากนั้นเลือกปัญหาที่สนใจมากที่สุด 5 ถึง 10 ปัญหาที่สนใจ

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษารายละเอียดของปัญหา
1. เริ่มด้วยการตั้งคำถามเกี่ยวกับปัญหา

2. ปัญหาเป็นอะไรชนิดของงานที่มีลักษณะ
3. เป็นปัญหาที่กระทำแต่อยู่ในวิถีชีวิตที่ไม่ได้
4. ลดผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือคนรอบข้าง
5. ช่างกระตือรือร้นสามารถปรับปรุงงานของตน

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนกระบวนการที่มีปัญหา
เพื่อศึกษาวิธีการทำงานปัจจุบันให้กระจ่างขึ้น ขั้นตอนถัดไป และขั้นตอนต่อไป โดยใช้ Flow Chart และ การไหลของงาน เพื่อให้เห็นถึงขั้นตอนที่ผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกระบวนการ และพิจารณาว่าระเบียบ ขั้นตอนใดบ้าง ที่อาจทำให้เกิดปัญหาได้บ้าง โดยที่ Flow Chart หรือ Graphs หรือ Charts และแผนงานอื่น ๆ แล้วจึงเขียนเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงงานตามที่เห็นจากการมี ปัญหา ซึ่งอาจพิจารณาและพิจารณาในรูปแบบแผนการที่ ใช้ Bar Chart เพื่อกำหนดจุดผิดพลาดในการดำเนินงาน และขั้นตอนใดบ้างที่สามารถลดเวลาที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์สาเหตุ
สิ่งที่ตามมา (Cause and Effect Diagram) เป็นเครื่องมือพื้นฐานที่มีผลใช้ในการอธิบายสาเหตุที่เป็นไปได้ของข้อผิดพลาดที่สังเกตพบในปัญหา หรือเป้าหมายที่มีลักษณะการเปลี่ยนแปลง โดยวิธีที่ง่ายที่สุด ทำการระบุสาเหตุที่ชัดเจนว่าสาเหตุเกิดจากสาเหตุตรงจุด ที่สาเหตุตรงจุดนั้น มีลักษณะเฉพาะ และวิธีระบุสาเหตุที่ชัดเจนในกรณีของสาเหตุ ซึ่งต้องดำเนินการระบุสาเหตุที่ชัดเจนในกรณีถัดไปโดยวิธีที่ง่ายที่สุด 4 M เป็นวิธีที่ นิยมใช้ Manpower, Material, Method and Machine ดังนั้นจึงมีหลักการว่า การดำเนินการระบุสาเหตุที่ง่ายที่สุดนั้น ย้ำว่าให้พิจารณาถึงสาเหตุและประเภทของสาเหตุเป็น ขั้นตอนเดียวที่ชัดเจนและละเอียด จากต้นเหตุไป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้น ดูปัจจัยใดบ้างที่มีผลทำให้เกิดสาเหตุเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 4 มาตรการลดข้อผิดพลาด
โดยทั่วไปเมื่อเจอปัญหา ในการทำงานเราต้องเจอปัญหาเฉพาะหน้า (Stopsign) โดยทั่วไปเพื่อที่งานดำเนินต่อไปได้ และบ่อยครั้งหากปัญหาไม่เกิดขึ้นอีก เราทั้งสองสถานการณ์นี้โดยทั่วไปแล้วคือเมื่อหรือปรับปรุงแก้ไขอะไร หากไม่เกิดขึ้นอีก เพราะฉะนั้นสิ่งที่ต้องการคือการป้องกันการเกิด ปัญหาที่ชัดเจน และลดผลกระทบโดยทั่วไปการแก้ไขปัญหามี 3 ระดับ ที่ควรมี ปัญหาที่มีดังนี้

1. มาตรการชั่วคราว เป็นการแก้ไขข้อผิดพลาดเฉพาะหน้าเพื่อที่งานดำเนินต่อไป
2. มาตรการถาวร เป็นการแก้ไขข้อผิดพลาดที่ถาวรโดยมีการดำเนินการแก้ไขที่ถาวร ไม่ให้กลับมาเกิดซ้ำอีก
3. มาตรการป้องกัน เป็นการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก

2. มาตรการแบบการแก้เฉพาะตัว เป็นระบบการตรวจเชิงป้องกันของกระบวนการ เช่น การ ระบุรูปแบบในบริเวณเฉพาะที่ไม่มีมีการตรวจเช็คหรือระบุ ขึ้น ไม่มีความเฉพาะที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มความรวดเร็ว ในการตรวจเช็ค

3. มาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ เป็นระบบการตรวจเชิงป้องกันของกระบวนการ เช่น การ ระบุรูปแบบในบริเวณเฉพาะที่ไม่มีมีการตรวจเช็คหรือระบุ ขึ้น ไม่มีความเฉพาะที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มความรวดเร็ว ในการตรวจเช็ค

มาตรการชั่วคราว เป็นการแก้ไขข้อผิดพลาดเฉพาะหน้าเพื่อที่งานดำเนินต่อไปได้โดยวิธีที่ง่ายที่สุด 4 M เป็นวิธีที่ นิยมใช้ Manpower, Material, Method and Machine ดังนั้นจึงมีหลักการว่า การดำเนินการระบุสาเหตุที่ง่ายที่สุดนั้น ย้ำว่าให้พิจารณาถึงสาเหตุและประเภทของสาเหตุเป็น ขั้นตอนเดียวที่ชัดเจนและละเอียด จากต้นเหตุไป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้น ดูปัจจัยใดบ้างที่มีผลทำให้เกิดสาเหตุเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 5 ปฏิบัติการแก้ไข (D)
ในขั้นตอนนี้ผู้ที่จะดำเนินการแก้ไขข้อผิดพลาดได้คือใครบ้าง และควรดำเนินการแก้ไขข้อผิดพลาด เพื่อไม่ให้มีการเกิดปัญหาซ้ำอีก

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบ
ในขั้นตอนนี้ เราต้องตรวจสอบว่าผลการดำเนินการแก้ไขข้อผิดพลาดได้หรือไม่ และควรดำเนินการแก้ไขข้อผิดพลาด เพื่อไม่ให้มีการเกิดปัญหาซ้ำอีก

ดำเนินการให้เป็นมาตรฐาน (A)
เป็นการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก โดยการดำเนินการแก้ไขข้อผิดพลาด เพื่อไม่ให้มีการเกิดปัญหาซ้ำอีก

ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการให้เป็นมาตรฐาน
เป็นการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก โดยการดำเนินการแก้ไขข้อผิดพลาด เพื่อไม่ให้มีการเกิดปัญหาซ้ำอีก

การแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงงาน

กรอบกิจกรรม **PDCA**



หัวข้อปัญหา ①

ที่มาของปัญหา

ทบทวนกระบวนการงาน และเก็บข้อมูล ②

Flow Chart

Graphs/
Charts

มาตรการโต้ตอบปัญหา ④

Operation Work
Instruction

กำหนดเป้าหมาย และแผนกิจกรรม

ปฏิบัติการ
แก้ไข ⑤

ตรวจสอบ ⑥

Graphs/
Charts

วิเคราะห์สาเหตุ ③

Cause and Effect
Diagram

ดำเนินการให้เป็นมาตรฐาน

Standardized Work ⑦

การนำผลงานการจัดการความรู้ไปใช้

ปรับปรุงงานพัสดุ โดยใช้ระบบสารสนเทศ บริหารคลังยา แทนการใช้ กระดาษ

การลดขั้นตอนในคลินิกโรคกระดูก

ลดปัญหา การส่งแฟ้มไปคลินิกเฉพาะทาง ล่าช้า

ลดปัญหาผู้ป่วยกายภาพบำบัดไม่ได้รับการประเมินผลการรักษา ตามแผนการรักษา

ลดระดับความคลาดเคลื่อนทางยา ในขั้นตอนก่อนจ่ายยา

ลดความผิดพลาด การไม่ได้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลโดยการโอน

ลดจำนวนครั้ง การส่งซ่อมเครื่องกรอฟัน

พัฒนาระบบพัฒนาบุคลากร ในระบบสมรรถนะ

ปรับปรุงการจ่ายยาปฐมพยาบาลสำหรับหอพัก สโมสร ออนไลน์

พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ในนิสิต

ปรับปรุงระบบนัดในคลินิกทันตกรรม

ปรับปรุงระบบคัดกรองผู้ป่วย ก่อนพบแพทย์

กำจัดความเสี่ยงในการจ่ายยาที่เคยแพ้

พัฒนาระบบ E.M.S.

กำจัดความเสี่ยงการได้รับอันตรายจากคลื่นสั้น ในงานกายภาพบำบัด

การปรับปรุงการส่งมอบชิ้นงานทันตกรรมให้ตรงเวลานัดหมาย

ปรับปรุง เพื่อลดความผิดพลาดในการกรอกแบบฟอร์ม 7130

ขอบคุณค่ะ

