



# เรียนรู้การเป็น Facilitator ความรู้ที่จำเป็น

อ.ดวงสมร บุญผดุง

รองผอ.ฝ่ายส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ



## กรอบเนื้อหา

1. สรุปความรู้ ทักษะที่จำเป็นของ FA
2. ความคาดหวังในการพัฒนา
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเยี่ยมชมสำรวจของ HA
4. เข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับปรัชญา & การพัฒนาที่เรียบง่าย
5. หัวใจการพัฒนาคุณภาพของ HA
6. ทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน
7. การเขียนแบบประเมิน
8. Scoring



## ทักษะที่จำเป็นที่จำเป็น

1. การคิดเชิงระบบ
2. การสื่อสาร (สุข) : การพูด ภาษากาย มีความชัดเจน  
จริงใจ สื่อความหมายถูกต้อง (ที่สำคัญคือการสุขข้าง  
ในของเรา) เป็นคนสุข เป็นคนดีมีคุณธรรม  
จริยธรรม เราสัมผัสได้
3. การเขียน /สรุปความ/การจับประเด็น/การตั้งคำถาม/  
การนำเสนอ (ต้องวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ)
4. การสะท้อนกลับ
5. การทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย

# ลักษณะของ FA ดี



- เชื่อมมั่นในศักยภาพ เคารพปัญญา ความคิดสร้างสรรค์ และคุณที่ตนะ ของผู้คน
- ใส่ใจต่อการเรียนรู้มากกว่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
- เปิดโอกาสให้ผู้ถูกโต้ชเป็นผู้ลงมือทำ
- เป็นผู้ฟังที่ดี พยายามทำความเข้าใจกับเอกลักษณ์ของแต่ละคน
- ใช้ระบบประเมินผลเพื่อสร้างความมั่นใจในเป้าหมายและบทบาท

# ลักษณะของ FA ดี



- มีศิลปะในการช่วยคนอื่นให้มีผลงานที่ดีขึ้น ได้เรียนรู้ และได้พัฒนา
- **Fa** ช่วยให้งานง่ายขึ้น คือ ทีม/ผู้ที่เรา **fa** อยู่สามารถที่จะคิดได้ด้วยตนเอง มองเห็นได้ทะลุปรุโปร่ง มีความคิดสร้างสรรค์
- ต้องไม่คิดว่าตนเองมีคำตอบที่ถูกต้อง แต่จะช่วยให้เขาสำรวจตรวจสอบ ทำความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่า

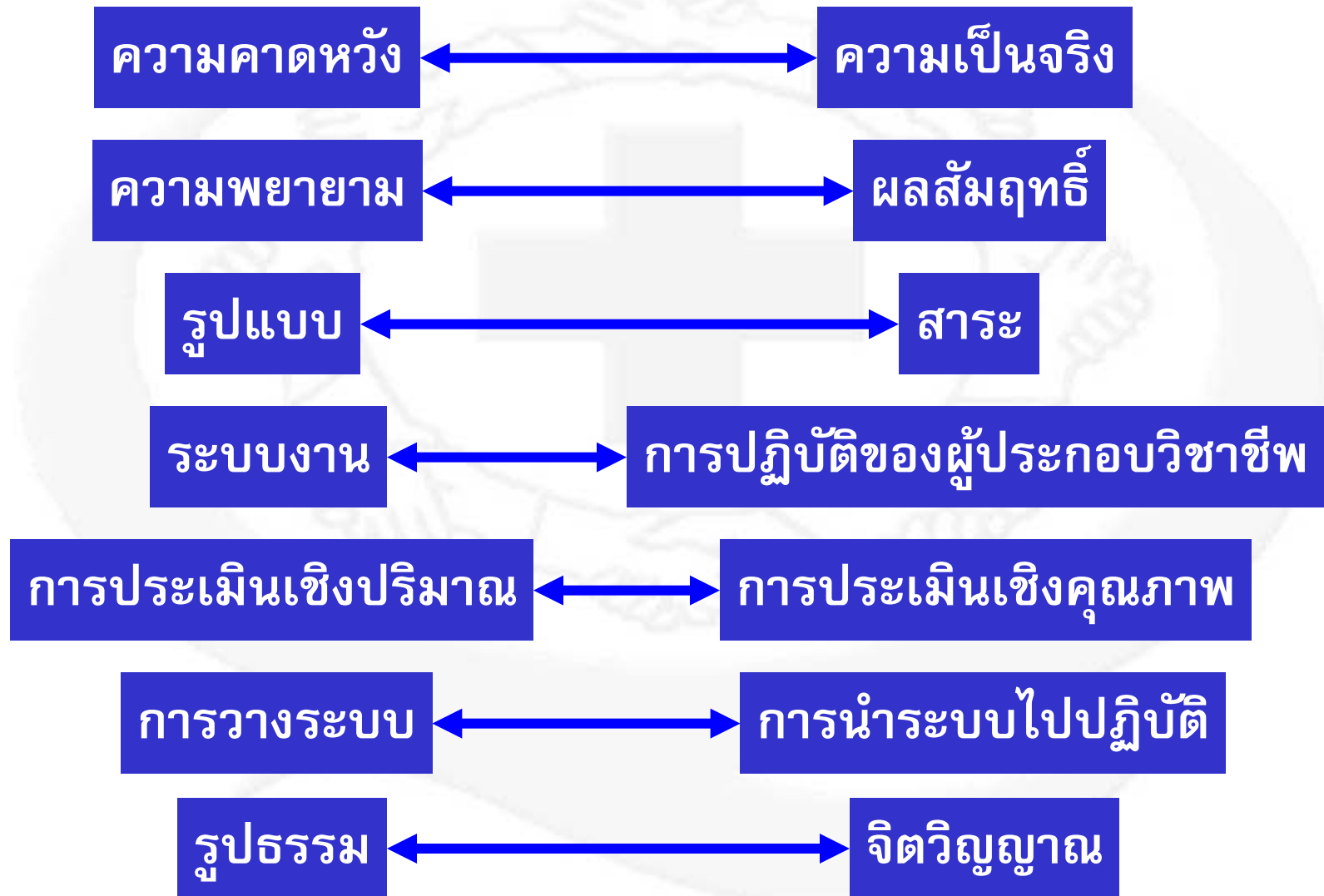


## ความรู้ที่จำเป็น

1. แนวคิดคุณภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับ SHA
2. เครื่องมือคุณภาพ และ เครื่องมือเกี่ยวกับ SHA
3. แนวคิด HPH
4. มาตรฐาน HA/HPH
5. รู้แนวคิดที่อยู่เบื้องหลังของเรื่อง เครื่องมือแต่ละประเภท
6. มาตรฐานอื่นๆ เช่น PMQA , HNQA ,TQA เป็นต้น
7. การประเมิน
8. ระบบสาธารณสุข
9. การเป็น FA



# สมดุลของความคาดหวังต่อการพัฒนา

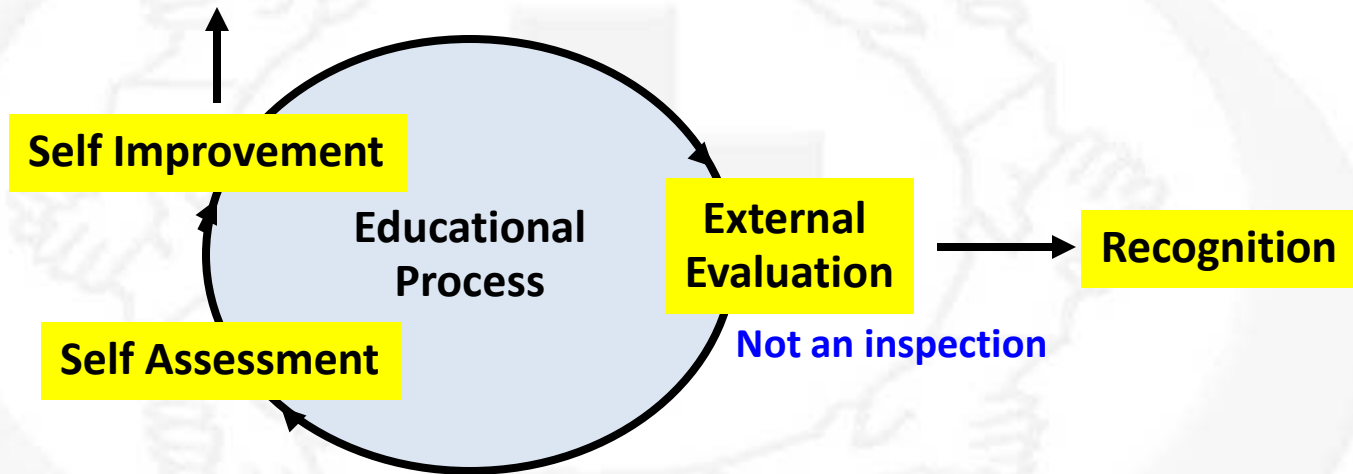




# แนวคิดพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพ



## Safety & Quality of Patient Care



**Hospital Accreditation (HA) คือกลไกประเมิน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง**

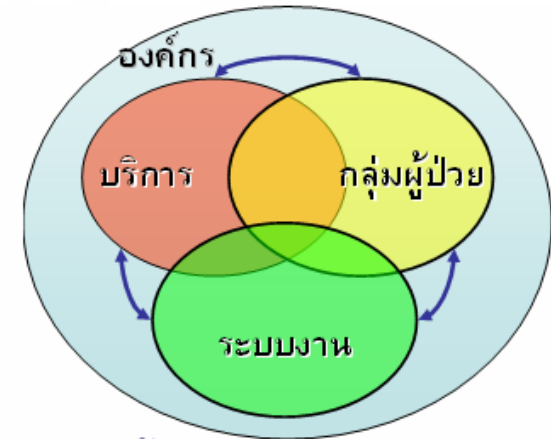




# แนวคิดสำคัญของกระบวนการ HA



บันได 3 ชั้น ลงทุนน้อยให้ได้มาก  
ตรงประเด็น เป็นขั้นตอน



พื้นที่การพัฒนา 4 วง  
เพื่อความครอบคลุม

หลักคิดสำคัญ  
(Core Values & Concepts)

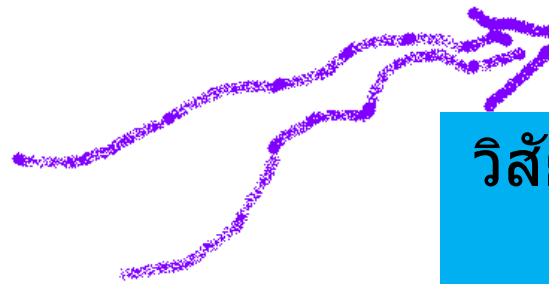


3C PDSA รู้คิด รู้ทำ  
เพื่อความลุ่มลึก ตรงประเด็น ต่อเนื่อง





# บันได 3 ขั้นสู่ HA



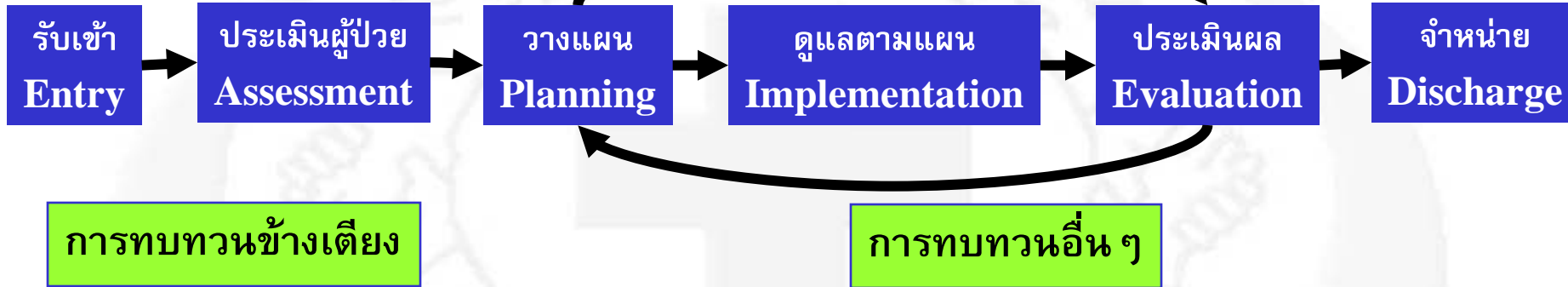
วิสัยทัศน์: เป็นผู้นำทางด้าน  
.....

- ขั้นที่ 1 อุดรัวร์ (ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน)
- ขั้นที่ 2 ปรับทิศ (เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด)
- ขั้นที่ 3 เร่งความเร็ว (ผลลัพธ์ที่ดี มีวัฒนธรรม นำมาตรฐานมาใช้)



# การทบทวนอุดรรัฐ

การทบทวนเวชระเบียน



การทบทวนข้างเตียง

การทบทวนอื่น ๆ

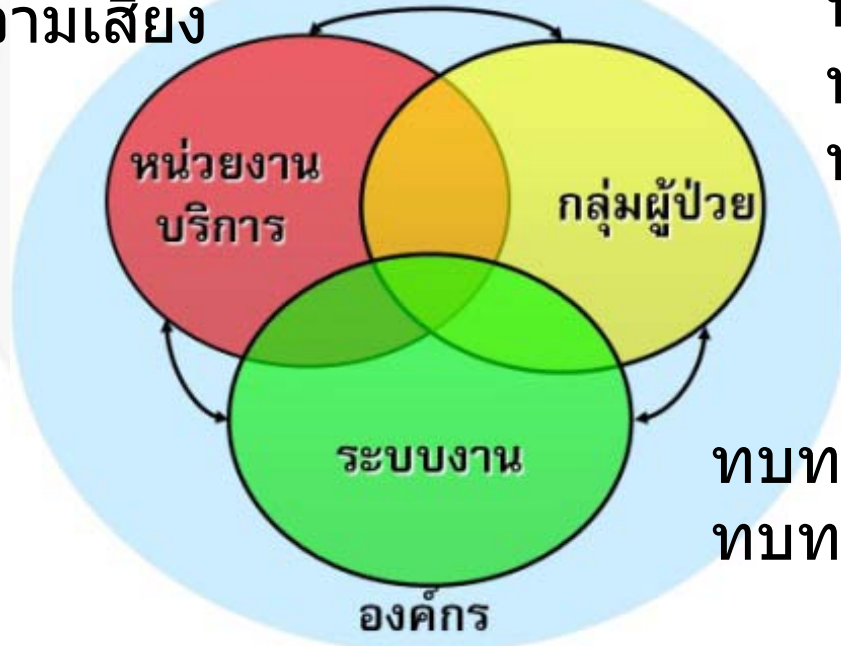
Care & Risk  
Communication  
Continuity & D/C plan  
Team work  
HRD  
Environment & Equipment

Holistic  
Empowerment  
Lifestyle  
Prevention

การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย  
 การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ (เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน)  
 การค้นหาความเสี่ยง  
 การทบทวนศักยภาพ (การส่งต่อ การตรวจรักษา)  
 การติดเชื่อในโรงพยาบาล  
 การใช้ยา  
 การใช้ทรัพยากร  
 การใช้ความรู้วิชาการ – gap analysis  
 ตัวชี้วัด

# บันไดขั้นที่ 1 (อุดรรัฐ) กับ 4 วง

ทบทวนคำร้องเรียน  
ทบทวนตัวชี้วัด  
ทบทวนการใช้ทรัพยากร  
ค้นหาความเสี่ยง



ทบทวนข้างเตียง  
ทบทวนเวชระเบียน  
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ  
ทบทวนศักยภาพ  
ทบทวนการใช้ความรู้วิชาการ

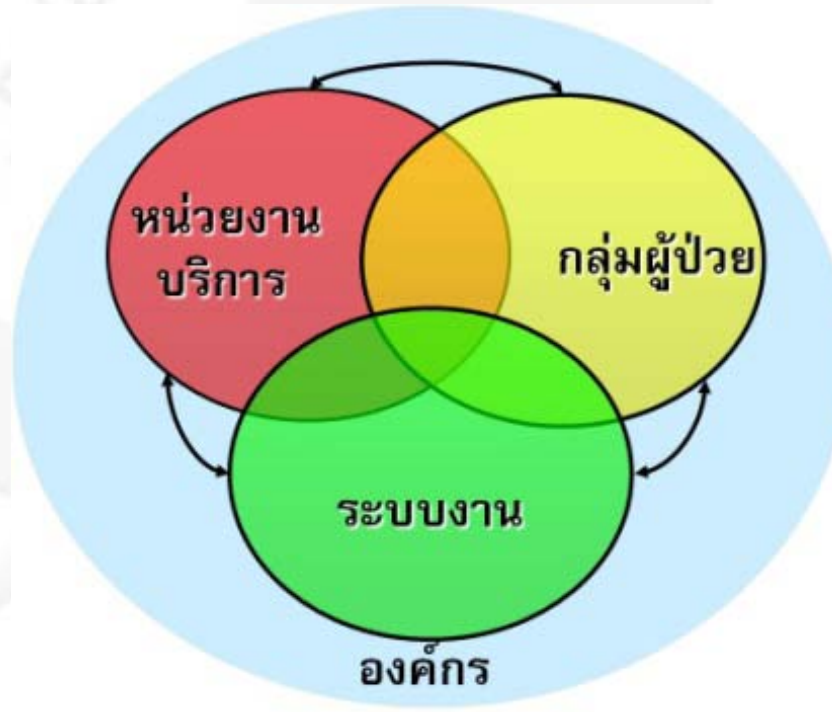
ทบทวนการใช้ยา  
ทบทวนการติดเชื้อ



## บันไดขั้นที่ 2 (ปรับทิศ) กับ 4 วง

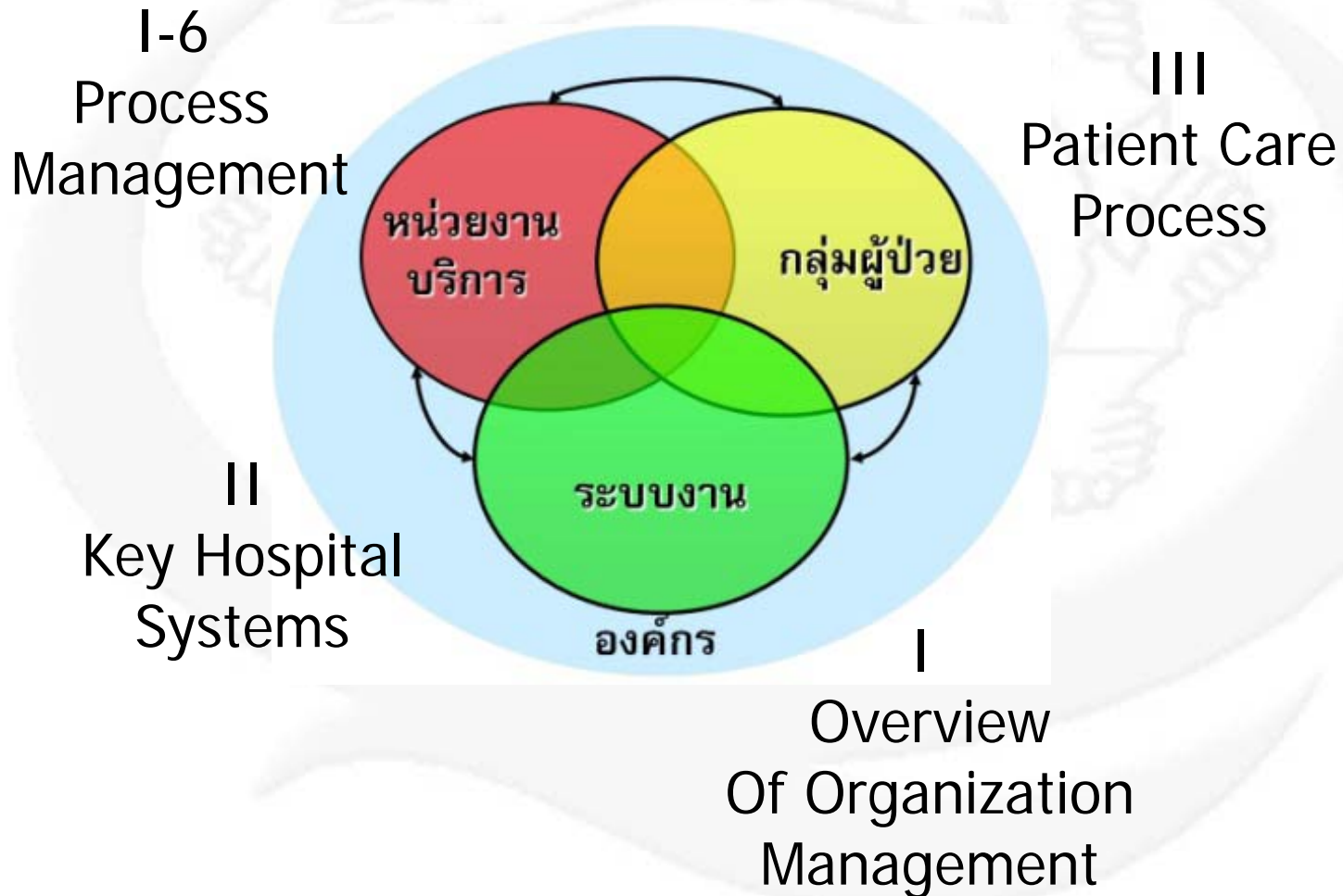
### 3P : Purpose-Process-Performance

เริ่มจากการวิเคราะห์เป้าหมายของหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน องค์กร  
ทำงานประจำและงานพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น





# บันไดขั้นที่ 3 กับ 4 วง





# มาตรฐาน HA

**Hospital Accreditation (HA) คือกลไกประเมิน**  
**เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล**  
**โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร**  
**ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง**

**มาตรฐาน HA คือกรอบความคิดที่**  
**สื่อให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญ**  
**ของสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ**  
**และความสัมพันธ์ระหว่าง**  
**องค์ประกอบเหล่านั้น**

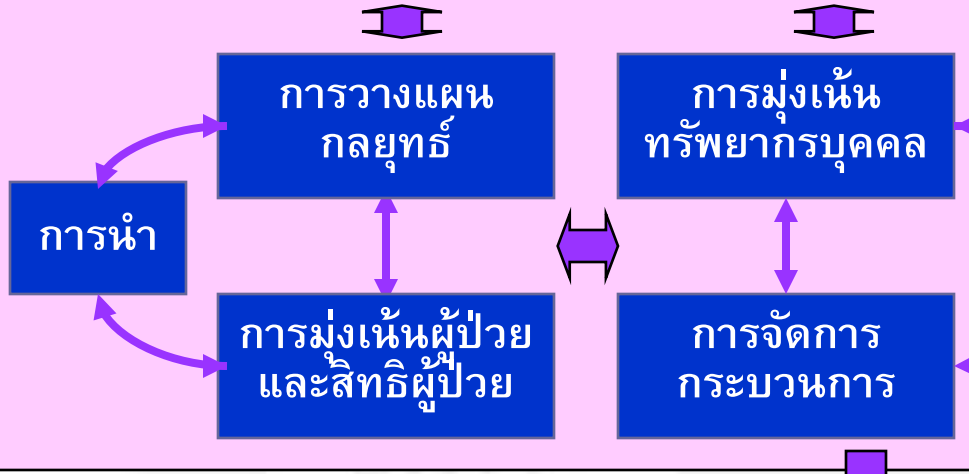
**มาตรฐาน HA มิใช่เป็นเพียง**  
**- ฐานสำหรับการวัดเปรียบเทียบ**  
**- เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพ**





### ตอนที่ I

### การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้



### ตอนที่ IV

- ด้านการดูแลผู้ป่วย
- ด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน
- ด้านการเงิน
- ด้านทรัพยากรบุคคล
- ด้านประสิทธิผลของกระบวนการ
- ด้านการนำ
- ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

### มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติ

ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี



### ระบบงานสำคัญของ รพ. ตอนที่ II

- ความเสี่ยง ความปลอดภัย คุณภาพ
- การกำกับดูแลวิชาชีพ
- สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย
- การป้องกันการติดเชื้อ
- ระบบเวชระเบียน
- ระบบจัดการด้านยา
- การตรวจทดสอบ
- การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
- การทำงานกับชุมชน
- กระบวนการดูแลผู้ป่วย

### ตอนที่ III

#### กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
- การประเมินผู้ป่วย
- การวางแผน
- การดูแลผู้ป่วย
- การให้ข้อมูลและเสริมพลัง
- การดูแลต่อเนื่อง



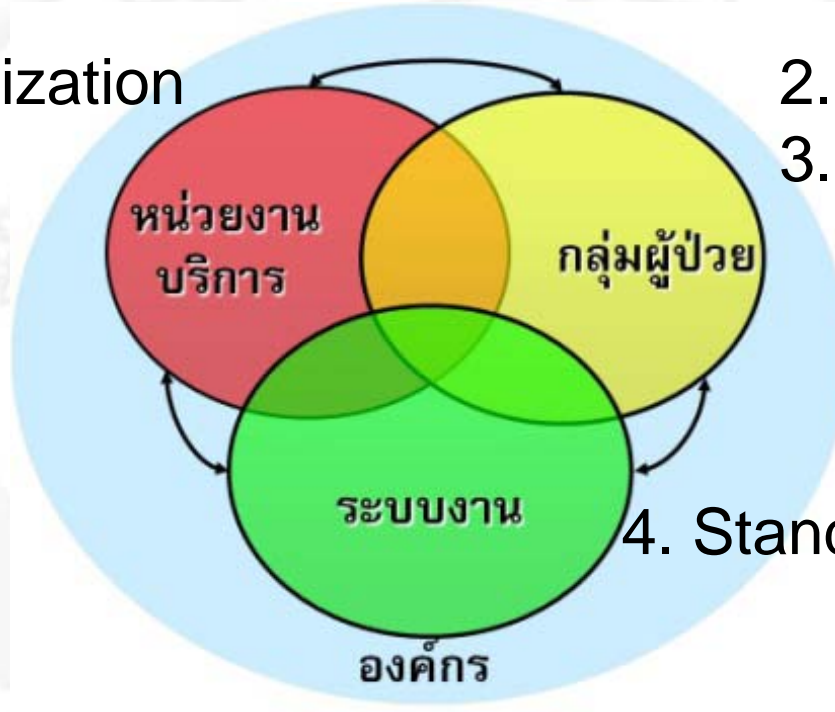
# การใช้มาตรฐาน

1. คຸยกำนเล่น เห็นของจริง อิงการวิเคราะห์/วิจัย
2. Data/Knowledge Driven
  - ต้องรู้อะไร
  - เอาข้อมูลและความรู้ไปทำอะไร
  - ใช้ประโยชน์จากสิ่งที่ทำอย่างไร



# 4 วง 6 Track ของการพัฒนา

1. Unit Optimization



2. Patient Safety

3. Clinical Population

4. Standard Implementation

5. Strategic Management

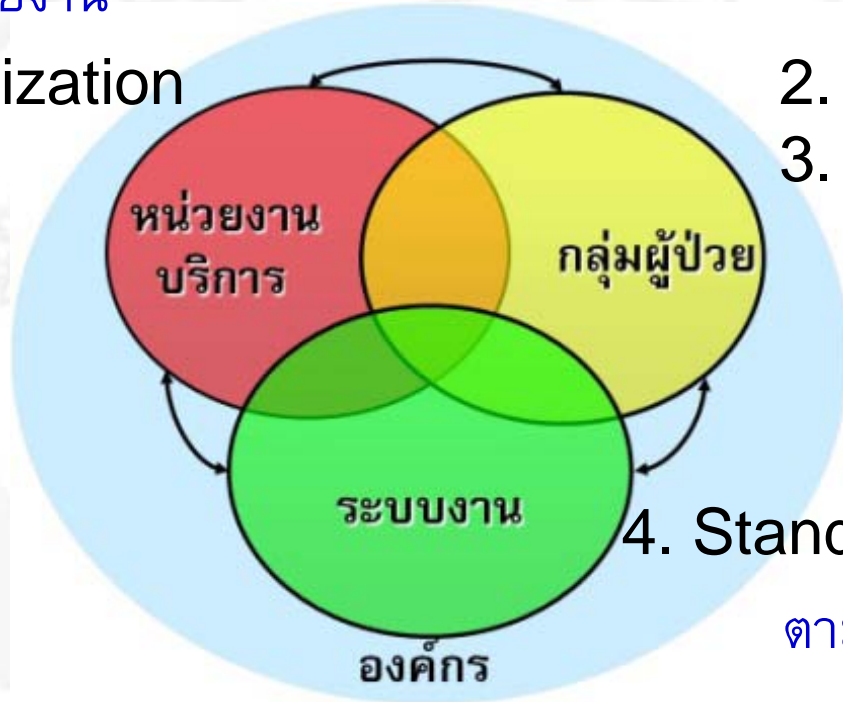
6. Self Assessment



# 4 วง 6 Track 8 Tracing

ตามรอยคุณภาพ  
ของแต่ละหน่วยงาน

1. Unit Optimization



ตามรอย AE

ตามรอย SIMPLE

2. Patient Safety

3. Clinical Population

ตามรอย Clinical Tracer

ตามรอยผู้ป่วยแต่ละราย

4. Standard Implementation

ตามรอยมาตรฐานและ SPA

5. Strategic Management

ตามรอยแผนกลยุทธ์

6. Self Assessment

ตามรอยการประเมินตนเอง

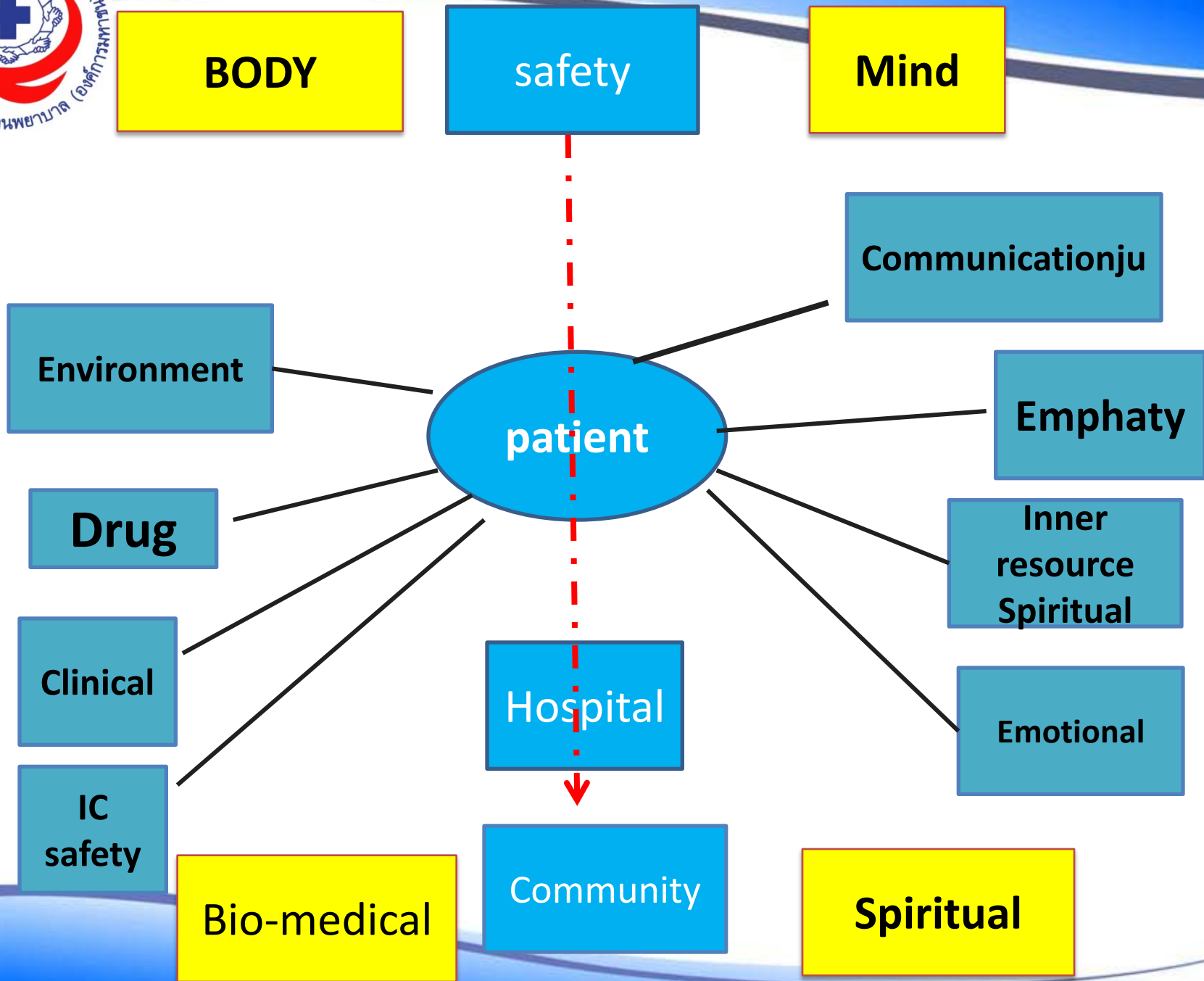


## Ideal Hospital : Future search conference

ระบบคุณภาพแบบอุดมคติ ทุก ๆ โรงพยาบาลจะต้อง

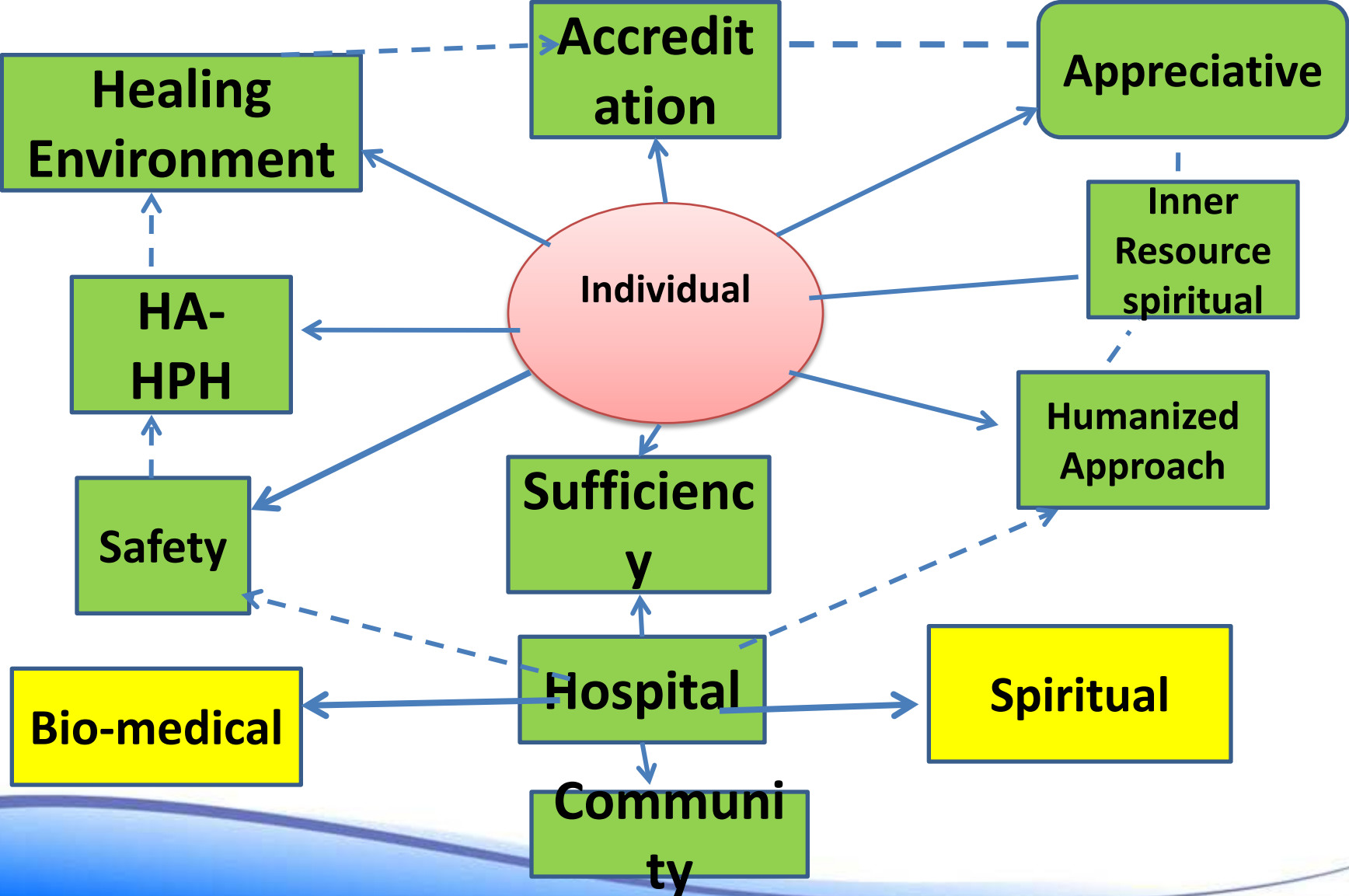
ประกอบด้วย 5 **S** ได้แก่

- **Safety minimal Risk** ให้มีระบบการป้องกันความเสี่ยง จนยอมให้เกิดได้น้อยที่สุด
- **Standard Excellence** มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน
- **Spirituality Humanistic Sensibility** เน้นด้านมิติทางด้านจิตใจ มีสติปัญญาในการอยู่ร่วมกัน
- **Sufficiency Economy (Back to Basic Approach )** มีแนวคิดด้านเศรษฐกิจพอเพียง
- **Sustainable** ความยั่งยืน





# SHA/Sustainable





## กิจกรรมกลุ่ม

เลือกเครื่องมือคุณภาพมา 1-2 ชนิด  
แล้วพูดคุยถึง

แนวคิดที่อยู่เบื้องหลังการพัฒนา  
หรือการใช้เครื่องมือสำคัญ





## ทำไมต้องทำคุณภาพ

**การทำงานที่มีคุณภาพเป็นหน้าที่รับผิดชอบของเรา  
คุณภาพมีทั้งส่วนที่ชัดเจนคงตัว และส่วนที่ต้องพัฒนา  
งานที่ไม่มีคุณภาพส่งผลสะท้อนกลับมาสู่ตัวเราเอง**

## ทำไมต้องบันได 3 ขั้น

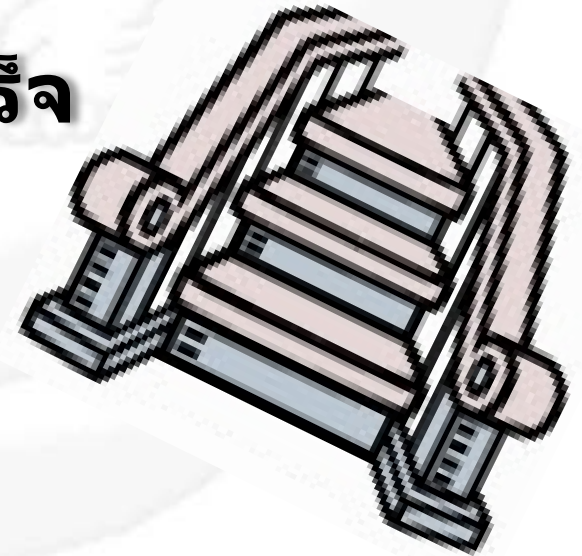
เพื่อทำงานคุณภาพตามกำลังที่มีอยู่

เพื่อจัดการกับสิ่งที่สำคัญและมี

ผลกระทบสูง ตั้งแต่เริ่มต้น และ  
ต่อเนื่อง

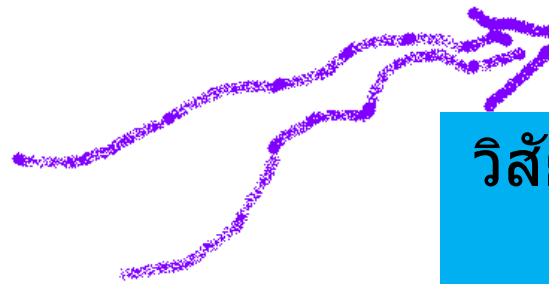
เพื่อให้มีหลักชัยของความสำเร็จ

เพื่อการแข่งกับตัวเอง





# บันได 3 ขั้นสู่ HA



วิสัยทัศน์: เป็นผู้นำทางด้าน  
.....

- ขั้นที่ 1 อุดรัวร์ (ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน)
- ขั้นที่ 2 ปรับทิศ (เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด)
- ขั้นที่ 3 เร่งความเร็ว (ผลลัพธ์ที่ดี มีวัฒนธรรม นำมาตรฐานมาใช้)

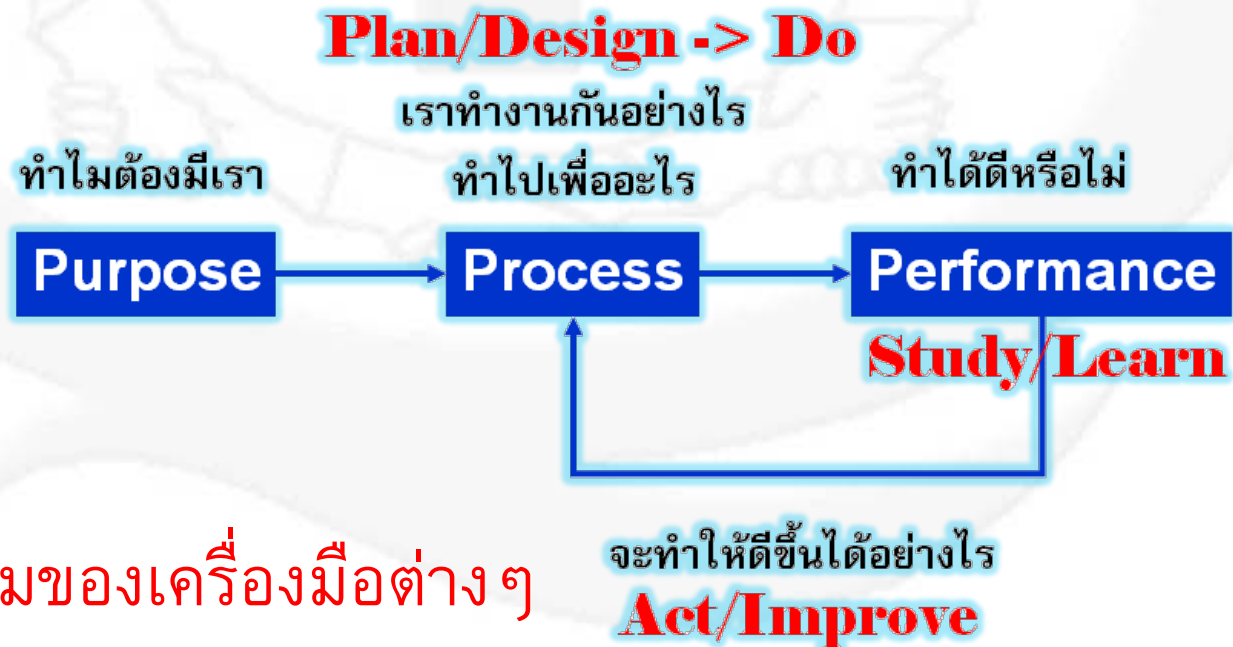


## ทำไมต้องเป็น 3P

3P เป็นหลักพื้นฐานที่ง่ายที่สุด ใช้ได้กับทุกระดับ

3P ย้ำให้เราต้องเข้าใจเป้าหมายของทุกสิ่งที่เราทำ

3P เป็นเครื่องมือให้เราทบทวนงานของเราอย่างง่ายที่สุด ไม่  
ต้องเน้นเอกสาร แต่นำไปสู่การปรับปรุงโดยทันที



พยายามหาจุดร่วมของเครื่องมือต่าง ๆ



# ทำไมต้องเป็น 3C-PDSA

PDSA คือการหมุนวงล้อของการพัฒนาและการเรียนรู้

3C คือการกำหนดสิ่งที่จะนำไปหมุนให้เหมาะสมกับ  
สถานการณ์ และหลักการ

3C-PDSA ก็คือ 3P ภาคพิศดาร

Core values -> **ลุ่มลึก**

Context -> **ตรงประเด็น**

Criteria -> **ครบถ้วน**

PDSA -> **ต่อเนื่อง**

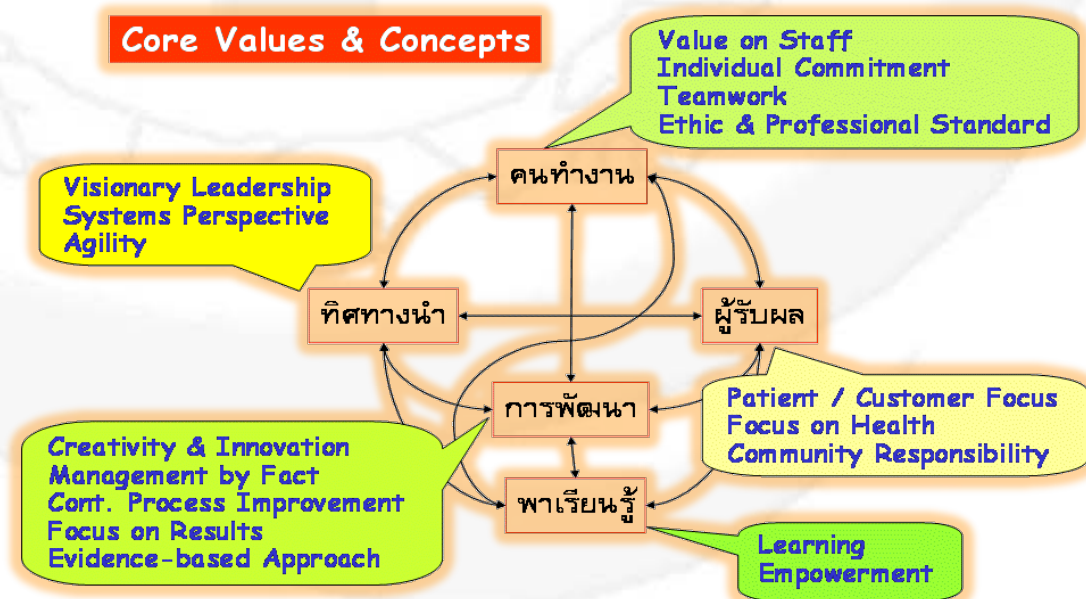


ทำแนวคิด TQA ให้เรียบง่าย



# ทำไมต้องใช้ Core Values

เพื่อเป็นเครื่องกำกับพฤติกรรมและการตัดสินใจ  
 เพื่อเข้าใจเหตุผลของการกระทำและการตัดสินใจ  
 เพื่อความลุ่มลึกในการกระทำ  
 เพื่อความยืดหยุ่นในการกระทำ





# ทำไมต้องเข้าใจ Context

**เพื่อเข้าใจตนเอง**

**เพื่อรู้ว่าต้องหาข้อมูลอะไร นำ  
ข้อมูลมาใช้อย่างไร**

**เพื่อการพัฒนาที่ตรงประเด็น**

**เพื่อให้ใช้มาตรฐานอย่างมี  
ความหมาย มิใช่ทำตาม  
ตัวหนังสือ**

**ก. สภาพแวดล้อมขององค์กร**

- 2.1 ขอบเขตการให้บริการ
- 2.2 ประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- 2.3 ลักษณะโดยรวมของบุคลากร
- 2.4 อาคารสถานที่ เทคโนโลยี และอุปกรณ์

**ข. ความสัมพันธ์ระดับองค์กร**

- 2.5 โครงสร้างองค์กร
- 2.6 ผู้ป่วยและผู้รับผลงานสำคัญ
- 2.7 ความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอก

**ค. ความท้าทายขององค์กร**

- 2.8 การแข่งขัน ความเติบโต ความสำเร็จ
- 2.9 ความท้าทายที่สำคัญ
- 2.10 การพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้



# ทำไมต้องใช้มาตรฐานนำ

มาตรฐานให้แนวทางที่ชัดเจนว่าแต่ละระบบงานนั้นทำไปเพื่ออะไร ควรทำอะไรบ้าง เชื่อมโยงกันอย่างไร

มาตรฐานทำให้เกิดความสมบูรณ์ในแต่ละระบบงาน

มาตรฐานเป็นกติการ่วมในการประเมิน

มาตรฐานจะเกิดประโยชน์เมื่อทำให้มีชีวิตในงานประจำ



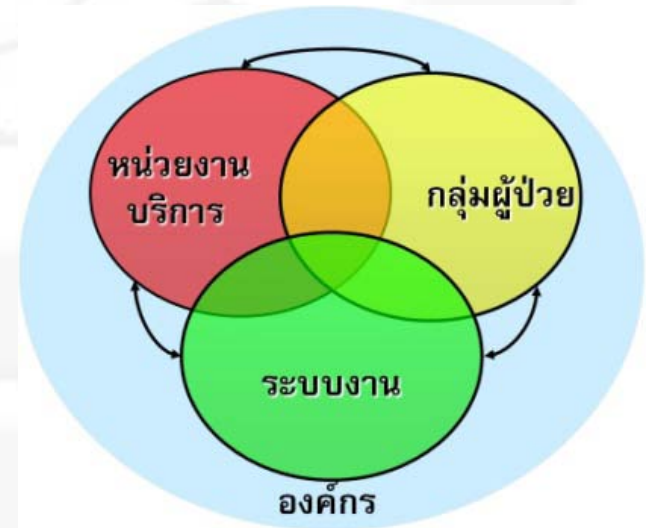


## ทำไมต้องพื้นที่พัฒนา 4 วง

เพื่อเลือกใช้เครื่องมือคุณภาพที่เหมาะสมกับ  
แต่ละลักษณะพื้นที่

เพื่อพัฒนาให้ครอบคลุมทุกลักษณะพื้นที่

เพื่อพิจารณาโอกาสซ้ำซ้อน โอกาสประสาน  
โอกาสกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน



# ทำไมต้องเป็นเส้นทางการพัฒนา 6 Tracks

เพื่อมีแนวทางเดินที่ชัดเจนในการพัฒนา

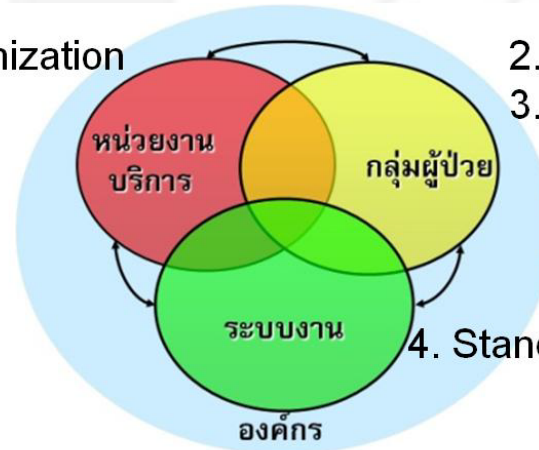
เพื่อให้เห็นจุดเริ่ม การเติบโต และการเชื่อมโยง อย่างเป็น  
ขั้นตอน

เพื่อมิให้การพัฒนาคงหยุดชะงักอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่ง

1. Unit Optimization

2. Patient Safety

3. Clinical Population



4. Standard Implementation

5. Strategic Management

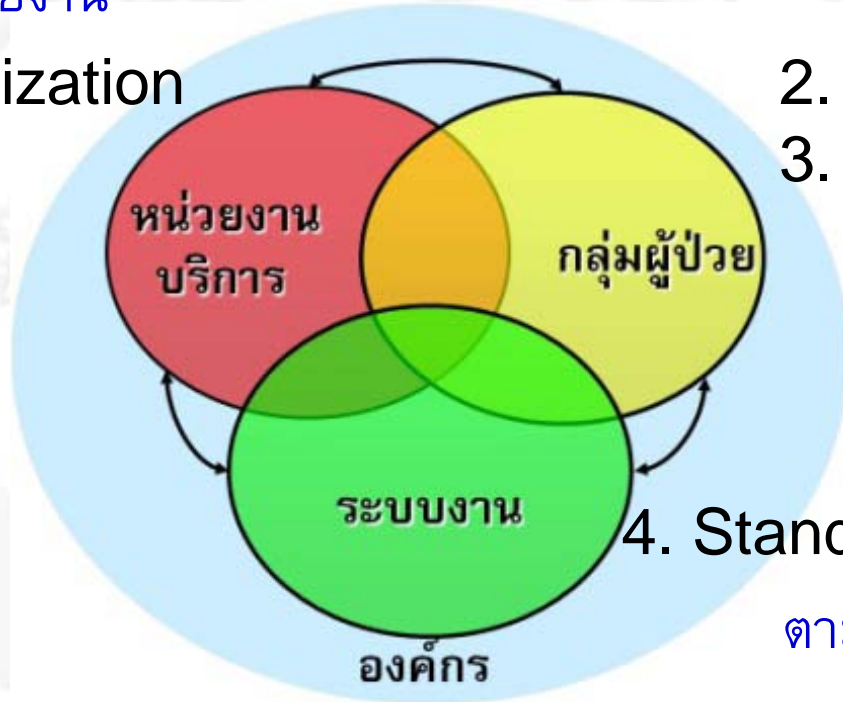
6. Self Assessment



# 4 วง 6 Track 8 Tracing

ตามรอยคุณภาพ  
ของแต่ละหน่วยงาน

1. Unit Optimization



ตามรอย AE

ตามรอย SIMPLE

2. Patient Safety

3. Clinical Population

ตามรอย Clinical Tracer

ตามรอยผู้ป่วยแต่ละราย

4. Standard Implementation

ตามรอยมาตรฐานและ SPA

5. Strategic Management

ตามรอยแผนกลยุทธ์

6. Self Assessment

ตามรอยการประเมินตนเอง



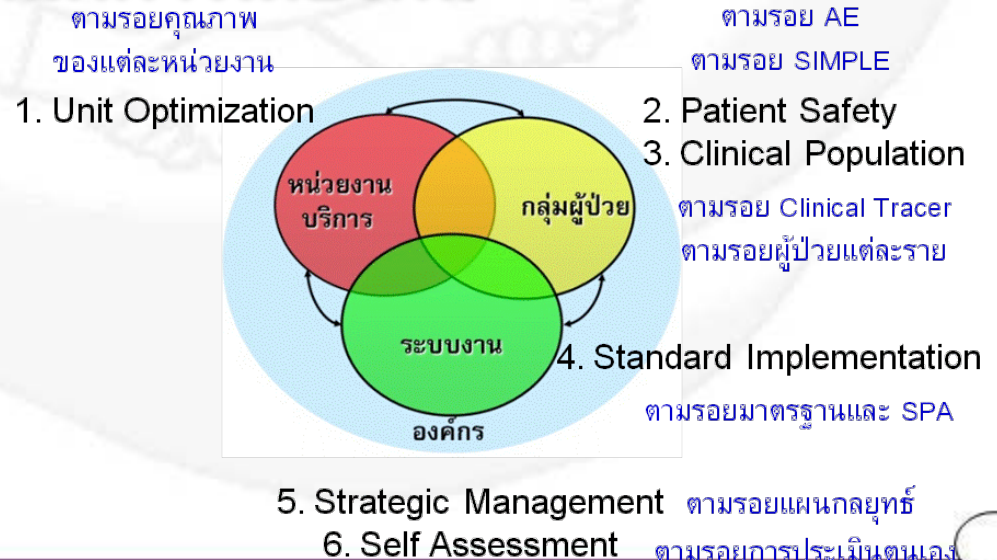
# ทำไมต้องเป็น 8 การตามรอย

เป็นการทำงานกับสิ่งที่สัมผัสได้ชัด

ทำให้เข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริง ทั้งด้าน + และ - ทั้ง  
ในกลุ่มผู้ทำงาน และผู้บริหาร

ทำให้มีการจัดการที่เหมาะสม ช่วยเติมเต็มความไม่  
สมบูรณ์

การตามรอยทั้ง 8 ใช้หลักการเดียวกัน

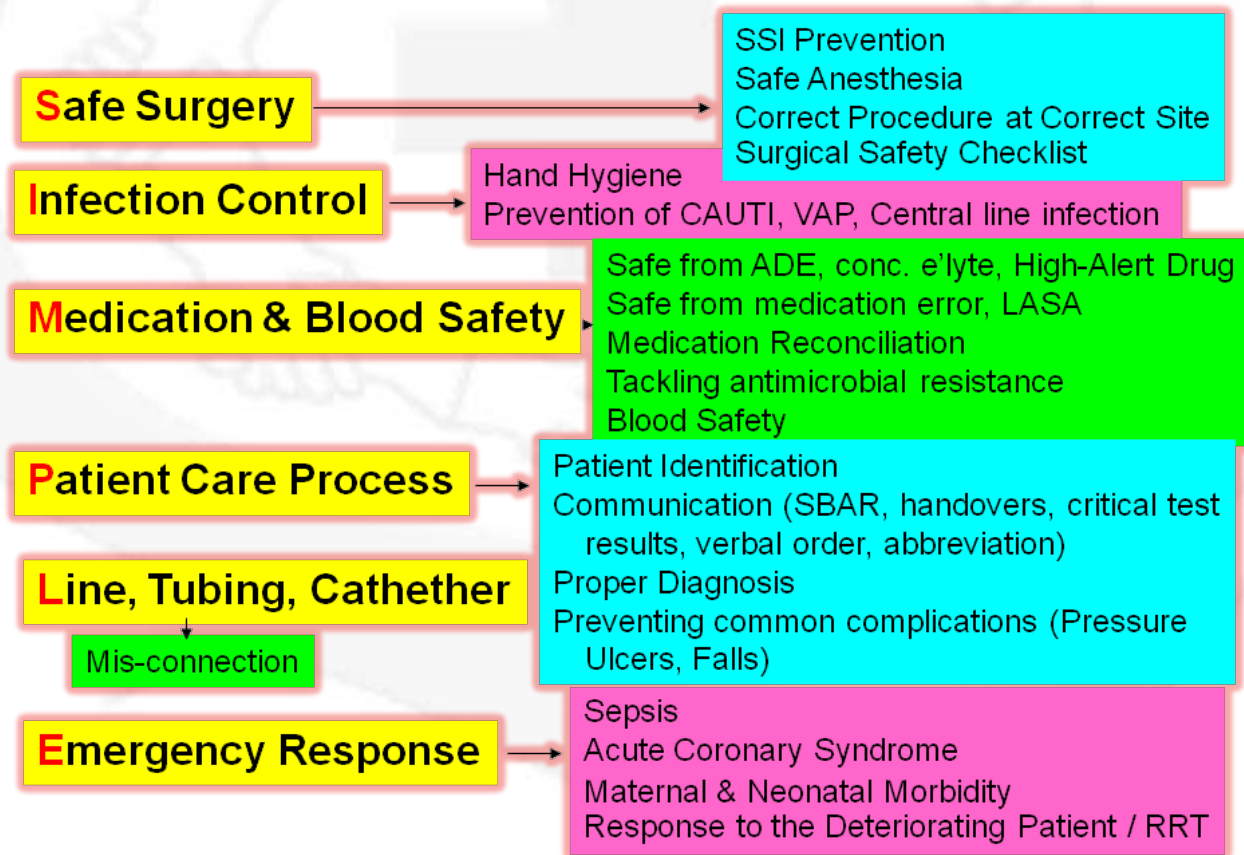




# ทำไมต้อง PSG: SIMPLE

**SIMPLE** เป็นแหล่งรวม evidence-based guidelines

**SIMPLE** ช่วยทบทวนกระบวนการทำงานให้รัดกุม ก่อนที่จะเกิดปัญหา





# ทำไมต้อง Trigger Tools

เพื่อคัดกรองเวชระเบียนที่มีโอกาสพบ AE มาทบทวน ให้มี  
โอกาสได้รับรู้และเรียนรู้ AE มากที่สุด

อาจนำไปสู่การคำนวณอัตราการเกิด AE/1000 วันนอน ซึ่งเป็น  
ตัวชี้วัดความปลอดภัยที่มองในภาพรวม

