

Hospital Accreditation (HA)

การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1 มีนาคม 2543 @ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

11 มีนาคม 2543 @ รพ.กรุงเทพ

HA คืออะไร

HA คืออะไร

- แปลตามศัพท์ HA คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีองค์ประกอบของคุณภาพครบถ้วนตามที่กำหนดไว้
- แปลตามการปฏิบัติ HA ครอบคลุมทั้งการพัฒนา การประเมิน และการรับรอง
- แปลตามความมุ่งหมาย HA คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาลทั้งองค์กรอย่างมีทิศทางและอย่างเป็นระบบ

*HA คือกลไกกระตุ้นให้โรงพยาบาล
มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง*

ใช้ผล/กระตุ้นให้ทำดี

แรงจูงใจ

-ผู้จ่ายเงิน
-ประชาชน
-Professional
Accountability

รพ.พัฒนา
คุณภาพ

พยายามทำดี

รับรองคุณภาพ

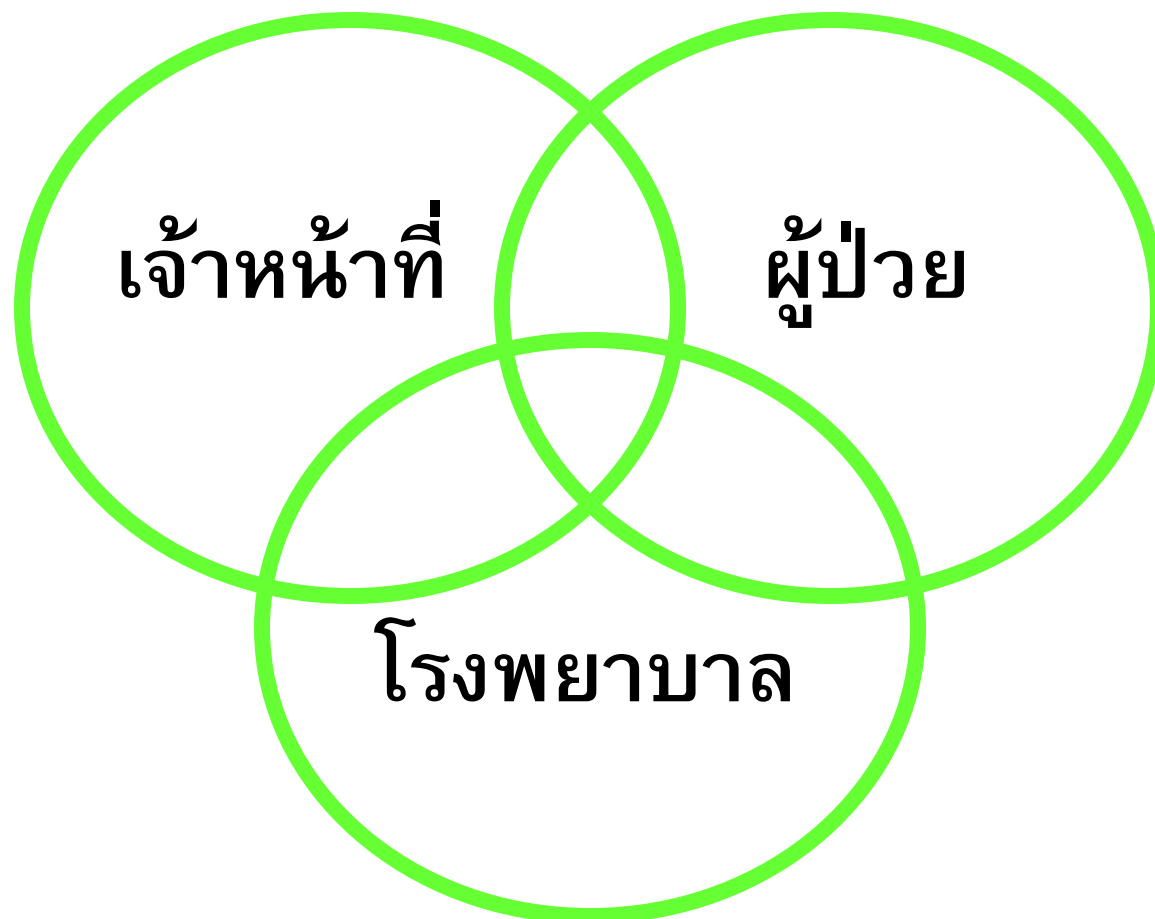
รับรองว่าทำดี

การตรวจรับรองคุณภาพ

- รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (เน้นความเป็นเลิศ)
- การรับรองคุณภาพโดยองค์กรที่ 3
 - ISO9000 เน้นระบบประกันคุณภาพ/ความสม่ำเสมอ
 - HA เน้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- การตรวจเพื่อคุ้มครองสิทธิและความปลอดภัย
 - กองการประกอบโรคศิลป์
 - สำนักงานประกันสังคม

HA มีเป้าหมายอะไร

HA มีเป้าหมายอะไร



HA มีเป้าหมายอะไร

- สำหรับผู้ป่วย ความเสี่ยงลดลง คุณภาพการดูแลดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคน
- สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ความเสี่ยงลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง
- สำหรับโรงพยาบาล เป็นองค์กรเรียนรู้ พัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ อยู่รอดและยั่งยืน

HA มีเป้าหมายระยะยาวอะไร

- กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- สร้างความโปร่งใส และความรับผิดชอบต่อสังคม
- ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย
- สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

HA กับ TQM/CQI เหมือนหรือต่าง?

HA กับ TQM/CQI เหมือนหรือต่าง?

- แนวคิด HA และ TQM/CQI คือสิ่งเดียวกัน
- เนื้อหา TQM/CQI คือกระบวนการแก้ปัญหาและพัฒนา HA ระบุองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็น (เนื้อหา)
- ขั้นตอนการปฏิบัติ TQM/CQI คือการพัฒนาตนเองของ โรงพยาบาล HA มีขั้นตอนเพิ่มขึ้นคือการประเมินและรับรองจากองค์กรภายนอก
- องค์กรที่เกี่ยวข้อง TQM/CQI เป็นเรื่องภายในของ โรงพยาบาล HA มีองค์กรกลางที่ไปประเมิน และองค์กรที่ใช้ผลของการประเมิน

การรับรองเป็นของเทียม เป็นเหยื่อล่อ
ของแท้คือคุณภาพที่ผู้ป่วยจะได้รับ

กระบวนการคุณภาพ
คือการป้องกันความเสี่ยง
การทำให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
และการธำรงไว้ซึ่งคุณภาพที่พัฒนาได้

HA เป็นการทวนกระแส จะต้องสร้างวัฒนธรรมใหม่ในตัวเอง และในองค์กร

วัฒนธรรมใหม่ คือการลดอัตรา

ทำไมต้องลดอัตรา
เพราะอัตราของเรา
สูงเกินความคาดหวังของประชาชน
และเพื่อนร่วมงาน

ลดอัตราแล้วได้อะไร

ลดอัตราของผู้ให้บริการ -> *Patient Focus*

ลดอัตราของวิชาชีพ -> *Multidisciplinary Team*

ลดอัตราของผู้บริหาร -> *Empowerment*

หัวใจสำคัญของ HA

1. มีเป้าหมายร่วมที่ผู้ป่วย
2. ทบทวนตรวจสอบตนเอง
ตลอดเวลา

1. เป้าหมายที่ผู้ป่วย

คือการตอบสนองความต้องการ

ของผู้ป่วย

ความพึงพอใจของลูกค้า
กับ

การตอบสนองความต้องการของลูกค้า
คือสิ่งเดียวกันหรือไม่

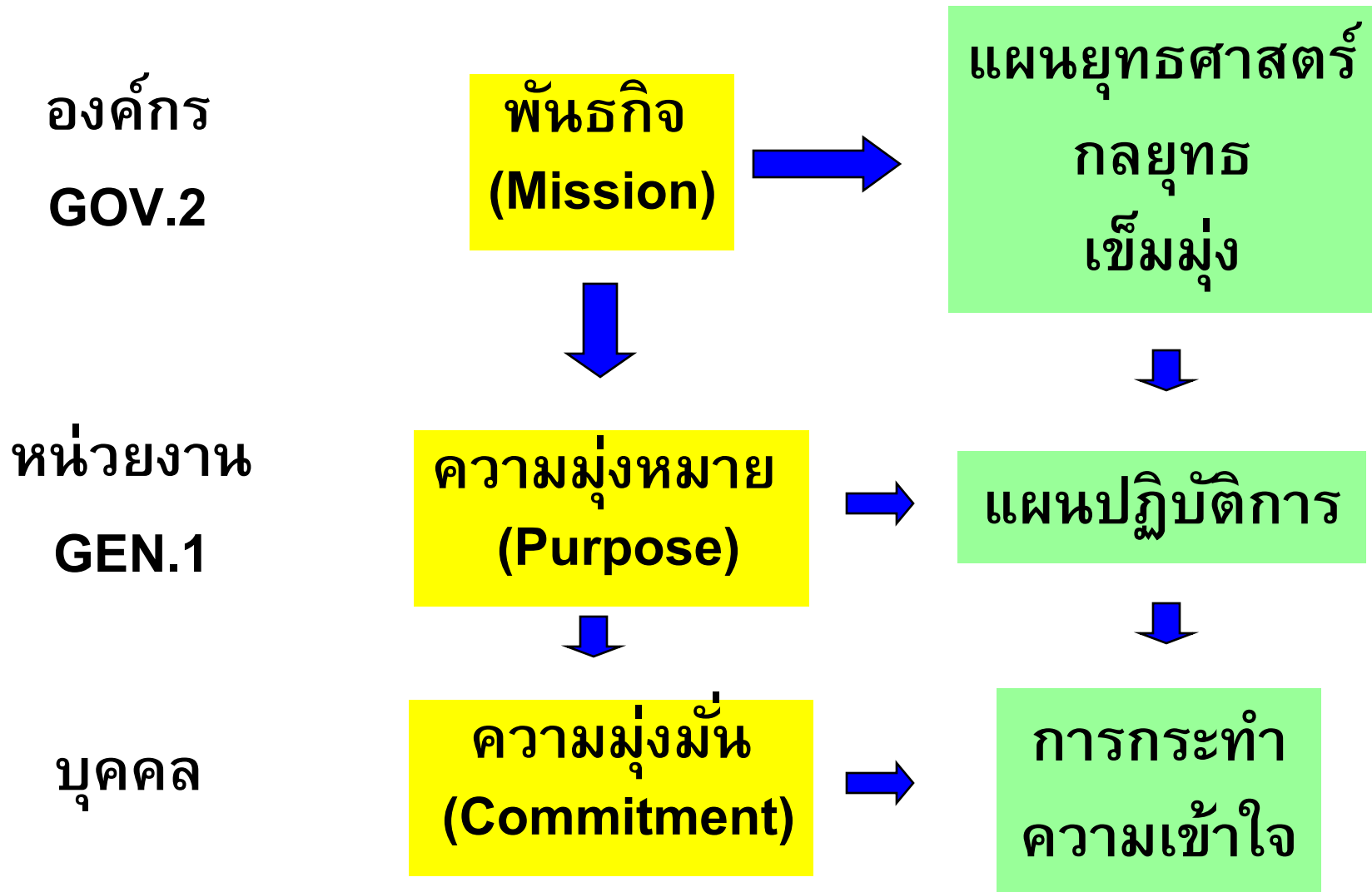
ในสินค้าและบริการทั่วไป อาจจะใกล้เคียงกัน
แต่ในบริการสุขภาพ

การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมี 3 ระดับ

1. การแก้ปัญหาความเดือดร้อนที่ผู้ป่วยรับรู้
2. การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแต่ผู้ป่วยไม่รับรู้ (*implicit need*)
3. การตอบสนองหรือทำให้เกินความคาดหวัง

การตอบสนองความต้องการที่ผู้ป่วยไม่ รับรู้หรือไม่แสดงออก ต้องอาศัยความรู้และทักษะของวิชาชีพ

การประสานทิศทางขององค์กรกับหน่วยงานและบุคคล



กรณีตัวอย่าง
เรื่องเจ้าหน้าที่เอกซเรย์
ลวนลามผู้ป่วย
อะไรคือกลไกการรับคำร้องเรียน

2. การทบทวนตรวจสอบตนเอง

- ก่อนเกิดเหตุ: ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
- หลังเกิดเหตุ: ทบทวนเพื่อป้องกัน
- ยังไม่เกิดเหตุ: *monitor* ตัวเอง
 - เสียงสะท้อนของผู้ป่วย
 - เทียบกับมาตรฐานวิชาชีพ
 - เครื่องชี้วัดคุณภาพสำคัญ

บริการสุขภาพมีลักษณะพิเศษอะไร

- มีเรื่องจิตใจและอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง
 - การดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย
 - เครื่องมือสำคัญในการทำงานคืออารมณ์ของผู้ให้บริการ
- มีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน
- การเปลี่ยนแปลงอาการ/ความรุนแรง
- ต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ ดุลยพินิจ
- เป็นที่รวมของวิชาชีพที่หลากหลาย

ข้อกำหนดของ HA เพื่อตอบสนอง ต่อลักษณะพิเศษดังกล่าว

- การมีเป้าหมายร่วมเพื่อนำไปสู่ความมุ่งมั่นและการทำงานด้วยใจ, ด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย
- การป้องกันความเสี่ยง
- การวางแผนการดูแลรักษา, การเฝ้าระวัง, การปรับเปลี่ยน
- แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย, บันทึกเวชระเบียน, การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ, องค์กรแพทย์
- การทำงานเป็นทีม

ปัญหา อุปสรรค

□ โครงสร้าง

□ วัฒนธรรม

□ คน

- ผู้บริหาร: commitment & support
- ผู้ประสานงาน: knowledge & people skill
- ผู้ปฏิบัติงาน:

□ ภาระงาน

ความคิดที่เป็นอุปสรรค

- ❑ ขอให้ได้ใบรับรองอะไรสักใบ ที่ง่ายและเร็ว
- ❑ ทำกันตามกระแส เดี่ยวก็เปลี่ยน
- ❑ ทำยาก ต้องมีที่ปรึกษามาช่วย
- ❑ บอกมาเลยว่าต้องทำอะไร อย่างไร เท่าไร
- ❑ ทำ HA เพราะราคาถูก
- ❑ ทำ ISO แล้วต่อ HA ง่ายขึ้น
- ❑ HA น่าจะรับรองเป็นบางส่วน
- ❑ ประชาชนไม่รู้จัก HA
- ❑ HA พร้อมจะรับรองหรือไม่ จะมีมาตรฐานในการประเมินอย่างไร
- ❑ สับสนในนโยบาย AH HA HPH

การเขียนคู่มือ

- เขียนเพื่อผู้ใช้ ไม่ใช่เขียนให้คนอื่นตรวจ
- รูปแบบพื้นฐาน
 - Policy = What to do
 - Procedure = How to do
- เรื่องที่จะต้องเขียน
 - ถามผู้ที่คุ้นเคยกับงาน
 - มาตรฐาน HA
 - กฎหมาย กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบ ของราชการ
 - ธรรมนูญ กฎ ระเบียบของ รพ.
 - คู่มือของ รพ.อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน
 - คู่มือที่มีอยู่แล้วใน รพ.

- การตัดสินใจเชิงบริหารอะไรบ้าง ที่ควรเขียนออกมาในรูปแบบ policy & procedure? (การตัดสินใจบางอย่างเป็นเรื่องที่จะเกิดหรือเคยเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว ไม่ควรเขียนเป็นนโยบายสำหรับปฏิบัติต่อเนื่อง)
 - มีปัญหาอะไรบ้างในหน่วยงานนี้ ซึ่งสามารถแก้ไข/ป้องกัน/ทำให้ง่ายขึ้น ด้วยการมี policy & procedure เป็นลายลักษณ์อักษร?
 - มีการปฏิบัติปกติประจำ (routine operation) อะไรบ้างที่ควรรวมอยู่ใน procedure? (ไม่จำเป็นว่าจะต้องเขียนคู่มือสำหรับงานประจำทุกเรื่อง โปรดดูบทที่ 8)
 - มีการปฏิบัติพิเศษ (nonroutine operation) อะไรบ้างที่ควรรวมอยู่ใน procedure?
 - คู่มือนี้มีเป้าหมายอื่นด้วยหรือไม่ เพื่อตอบสนองเป้าหมายนั้นควรมีเอกสารอะไรอื่นเพิ่มเติม? เช่น หากต้องการใช้เพื่อการปฐมนิเทศด้วย การมีข้อความความมุ่งหมายของหน่วยงาน (purpose statement), บริการหลัก, เป้าหมายและวัตถุประสงค์, โครงสร้างองค์กร, คำบรรยายเฉพาะตำแหน่ง, กรอบการทำงานของคณะกรรมการ จะช่วยเจ้าหน้าที่ใหม่หรือไม่?
 - มี policy & procedure ระหว่างแผนก ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ใช้คู่มือนี้หรือไม่?



GEN.9.1 ทุกหน่วยมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

- QI นำร่อง
- QI ในกระบวนการหลักบางหน่วยงาน
- QI ในกระบวนการหลักทุกหน่วยงาน
- QI ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ
- QI ในทุกโอกาส/เป็นวัฒนธรรม

GEN.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง ของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- วิเคราะห์ลูกค้า/จัดลำดับความสำคัญ
- ศึกษาความต้องการ
 - คะแนนความพึงพอใจ
 - แบบสอบถามปลายเปิด
 - สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม
 - ถามผู้ที่ควรจะเป็นลูกค้า (แต่ไม่เป็น)
- ตอบสนองความต้องการ

GEN.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็น เครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

•การวัด

- นำข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาวิเคราะห์เป็นครั้งคราว
- มีเครื่องชี้วัดสำคัญบางตัว
- มีเครื่องชี้วัดครอบคลุมมิติของคุณภาพครบถ้วน

•การใช้

- เผยแพร่ให้รับทราบ
- มีการตอบสนองบางส่วน
- มีการตอบสนองเป็นส่วนใหญ่

GEN.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

- การค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนา
- การใช้เกณฑ์เพื่อคัดเลือก
 - เกณฑ์ด้านความเป็นไปได้
 - เกณฑ์ด้านปัญหา/ความเสี่ยง/การประสานงาน
 - เกณฑ์ด้านการตอบสนองผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- ความครอบคลุม/ปริมาณปัญหาที่เลือกมา

GEN.9.2.4 ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง, ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ

- การใช้กระบวนการ CQI
- การใช้ข้อมูล/ข้อเท็จจริง
- การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- ความครอบคลุมของการประยุกต์ใช้กับปัญหา
 - สำหรับปัญหาสำคัญและซับซ้อน
 - สำหรับปัญหาที่ทีมเลือกขึ้นมา
 - ทุกครั้งที่มีปัญหา, ทุกคนจะใช้ CQI

GEN.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และ เผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

- การประเมินผล
 - ประเมินจำนวนกิจกรรม/ผู้มีส่วนร่วม
 - ประเมินผลลัพธ์จากการแก้ปัญหา
- การเผยแพร่
 - เพื่อทราบ
 - เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงในส่วนที่ตนเองเกี่ยวข้อง
 - หน่วยงาน
 - ผู้บริหาร

GEN.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

- โครงสร้าง/ผู้รับผิดชอบ
- ระบบ
 - มีความชัดเจน มีการประสานงานที่ดี
- กิจกรรม
 - การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน
 - การ monitor/การเยี่ยมสำรวจ
 - การรายงาน
 - การแก้ปัญหา
- จิตสำนึก

GEN.9.3.1 นำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐาน ในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

- แพทย์แต่ละคนติดตามความรู้และนำมาปรับปรุงของตนเอง
- มีการรวมกลุ่มกันเพื่อติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ
- มีการตกลงร่วมกันที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
- มีระบบอำนวยความสะดวกให้มีการนำความรู้นั้นมาใช้อย่างสม่ำเสมอ
- มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการจัดทำแนวทางและแผนการดูแลผู้ป่วย
- มีการทำแนวทางการดูแลรักษาฉบับผู้ป่วย

GEN.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่าง สม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

- ลักษณะของกิจกรรม
 - ผู้ป่วยเสียชีวิต
 - ผู้ป่วยประสพภาวะแทรกซ้อน (การติดเชื้อ, การรักษาซ้ำ)
 - การใช้ทรัพยากร (admit, ตรวจวินิจฉัย, ยา, ผ่าตัด, เลือด)
 - ความถูกต้อง (การวินิจฉัย, การรักษา)
 - คำร้องเรียน
- ความครอบคลุมปัญหา
- การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - แยกเฉพาะแต่ละวิชาชีพ
 - สหสาขา
- การปรับปรุงที่เกิดขึ้น

การกำหนดความคาดหวัง จัดทำแผน ประเด็นหลัก และ อำนาจการให้เกดกกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในทุกระดับ (LED.2.4, LED.4.1, LED.4.5, LED.4.6)

- แต่ละหน่วยงานหลักกำหนดประเด็นในการพัฒนาคุณภาพของตนเอง
- ประสานประเด็นหลักในการพัฒนาเป็นครั้งคราวตามปัญหาที่เกิดขึ้น
- ประสานประเด็นหลักด้วยแผนยุทธศาสตร์/เข็มมุ่งของ รพ.
- มีการติดตามกำกับความก้าวหน้าของการพัฒนาในภาพรวม

LED.4.2 มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล

- คำจำกัดความของคุณภาพ วัตถุประสงค์ ความรับผิดชอบ
- แนวทางดำเนินงานซึ่งเชื่อมโยง RM QA CQI
- มีโครงสร้างองค์กรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
- มีแผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลซึ่งเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์
- มีหลักฐานความสำเร็จของการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั้งหมดข้างต้น

LED.4.3 ผู้นำของโรงพยาบาลรวมกิจกรรมเรียนรู้เพื่อให้เกิด ความเข้าใจแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ

LED.3.4 หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเข้าใจและร่วมพัฒนาคุณภาพ งานบริการระหว่างหน่วยงาน

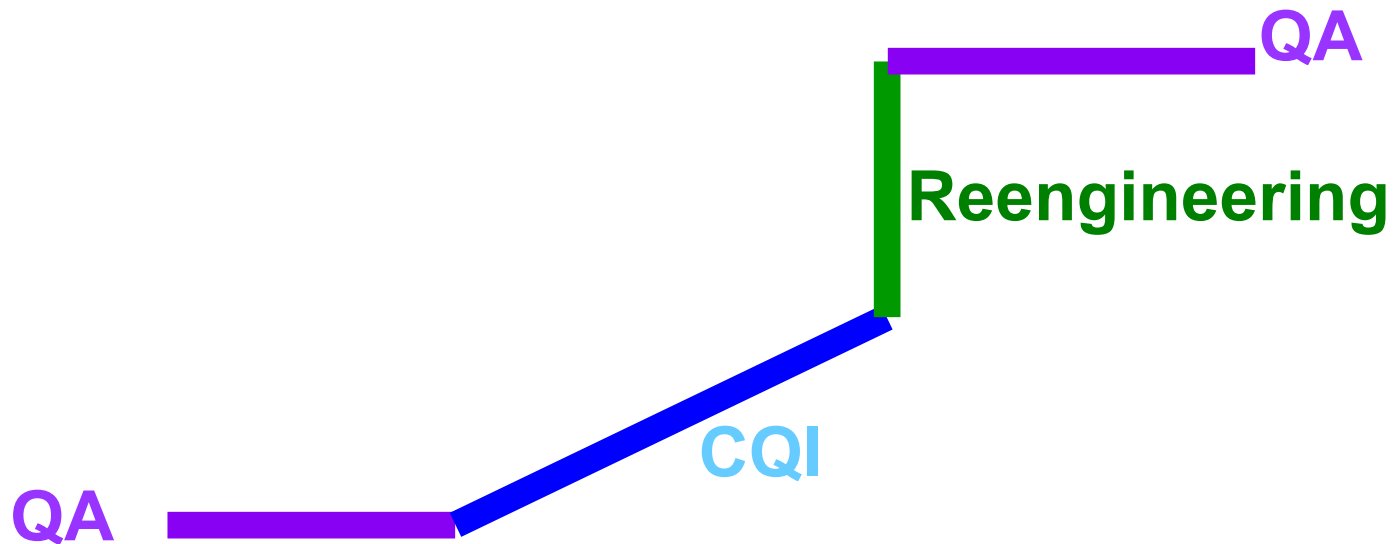
- มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงานเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น
- ผู้นำและหัวหน้าหน่วยงานทุกคนผ่านการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพ
- มีเวทีค้นหาโอกาสพัฒนาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
- จัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงานโดยการสนับสนุนของหัวหน้าหน่วย
- มีหลักฐานแสดงผลลัพธ์ของการพัฒนาที่มุ่งตอบสนองความต้องการของลูกค้าด้วยความพอเหมาะพอดี (optimization), มีวัฒนธรรมของความร่วมมือและเกื้อกูลกัน

LED.1.3, LED.4.4, LED.4.7

การสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา ของผู้นำ/ผู้บริหาร
เพื่อให้เกิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง

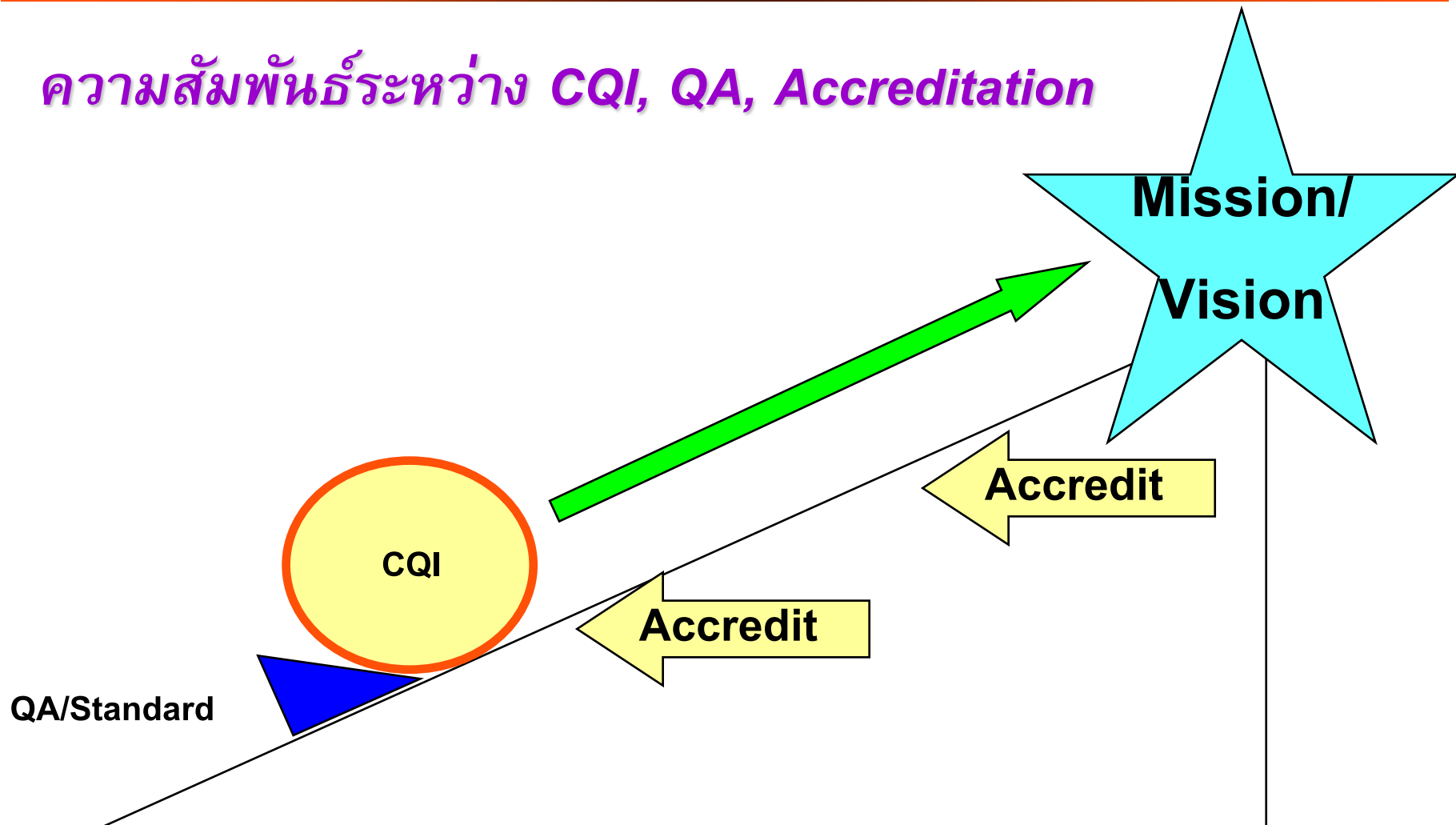
- ใช้ที่ประชุมของผู้บริหารระดับสูงเป็นหลัก
- +โดยผู้บริหารทุกระดับ
- +โดยทีมประสานงานระหว่างหน่วยงาน
- +ผู้บริหารทุกระดับเป็นแบบอย่าง ของการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง
- +มีการปรับกลไกการบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะของกิจกรรมคุณภาพ



ปริทรรศน์ พันธุบรรยงก์

ความสัมพันธ์ระหว่าง CQI, QA, Accreditation



ISO9000 เพียงพอหรือไม่ สำหรับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพียงพอหากมีการตีความอย่างลึกซึ้ง

ตัวอย่างการตีความอย่างลึกซึ้ง(ซึ่งไม่มีใครทำ)

- การตรวจสอบความต้องการของลูกค้ากับความสามารถในการตอบสนอง (contract review)
 - ครอบคลุม: การประเมินผู้ป่วย, การวางแผนตรวจรักษา, การให้ข้อมูลผู้ป่วย, การเฝ้าระวังและประเมินซ้ำ
 - มิใช่เพียง: การลงทะเบียน, การลงนามยินยอมรับการรักษา

ตัวอย่างการตีความอย่างลึกซึ้ง(ซึ่งไม่มีใครทำ)

□ การควบคุมความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการ ตรวจสอบ, วัด และทดสอบ

- **ควรครอบคลุม:** การควบคุมความสามารถในการประเมิน
และใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่ง
ได้แก่ การฝึกอบรม, การประเมินความรู้และทักษะ, การ
ทบทวนผลการดูแลรักษา
- **มิใช่เพียง:** การควบคุมเฉพาะเครื่องมือแพทย์

HA มุ่งสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ สังคมของผู้สร้าง มิใช่สังคมผู้รอเสพ

การวางแผนยุทธศาสตร์

Strategic Planning

แผนยุทธศาสตร์มีไว้เพื่อเอาชนะคู่แข่งชั้น
คู่แข่งชั้นของเราอาจจะมองไม่เห็นตัว
แต่เราพ่ายแพ้ตลอดมา
สังคมเชื่อมั่นและไว้วางใจเราน้อยลง
คู่แข่งชั้นของเราอาจจะอยู่ในตัวเราเอง

