

HA แบบง่าย ๆ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การประชุม HA Clinic ภาคตะวันออก

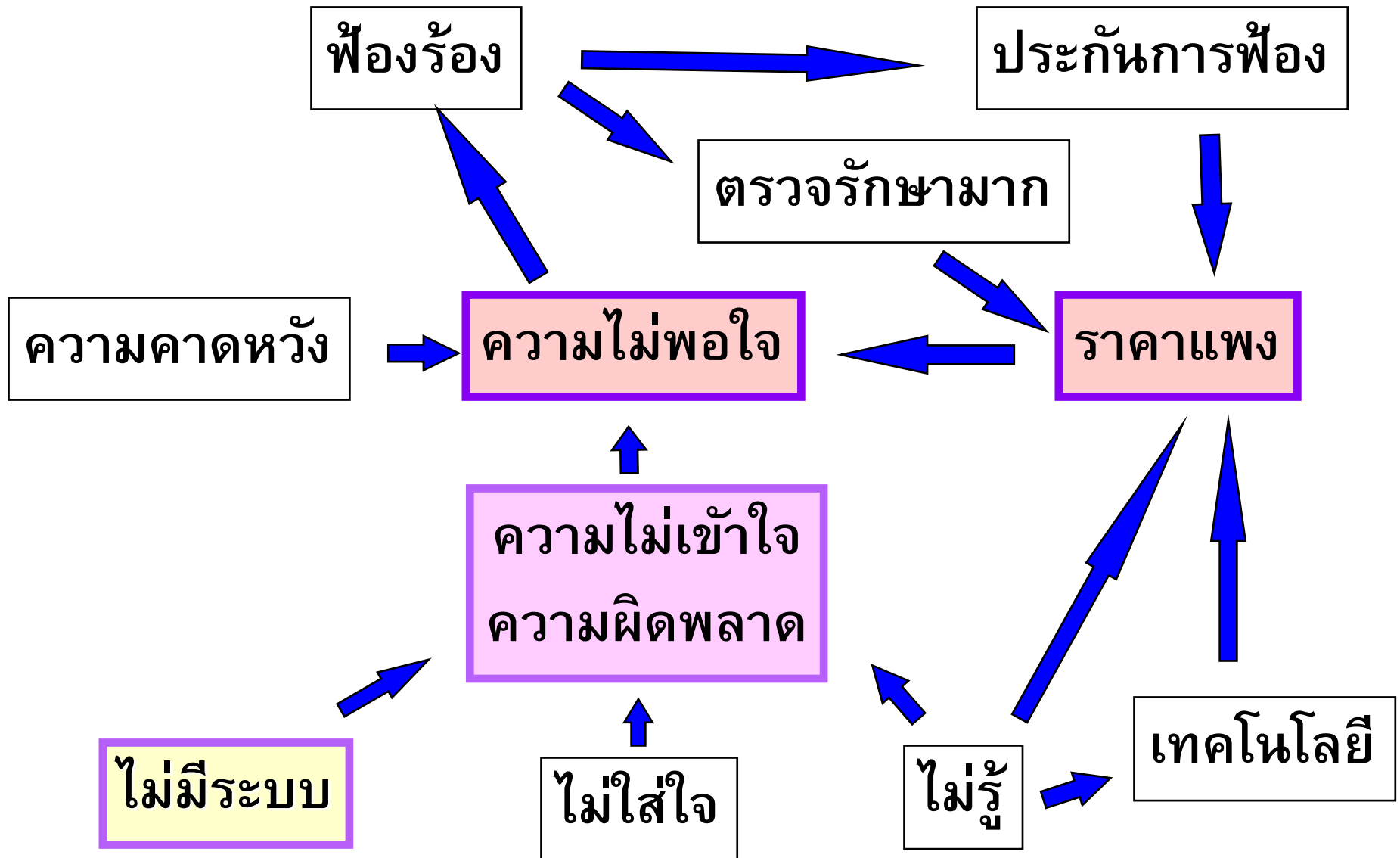
ณ รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

29 พฤษภาคม 2543

HA คืออะไร

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

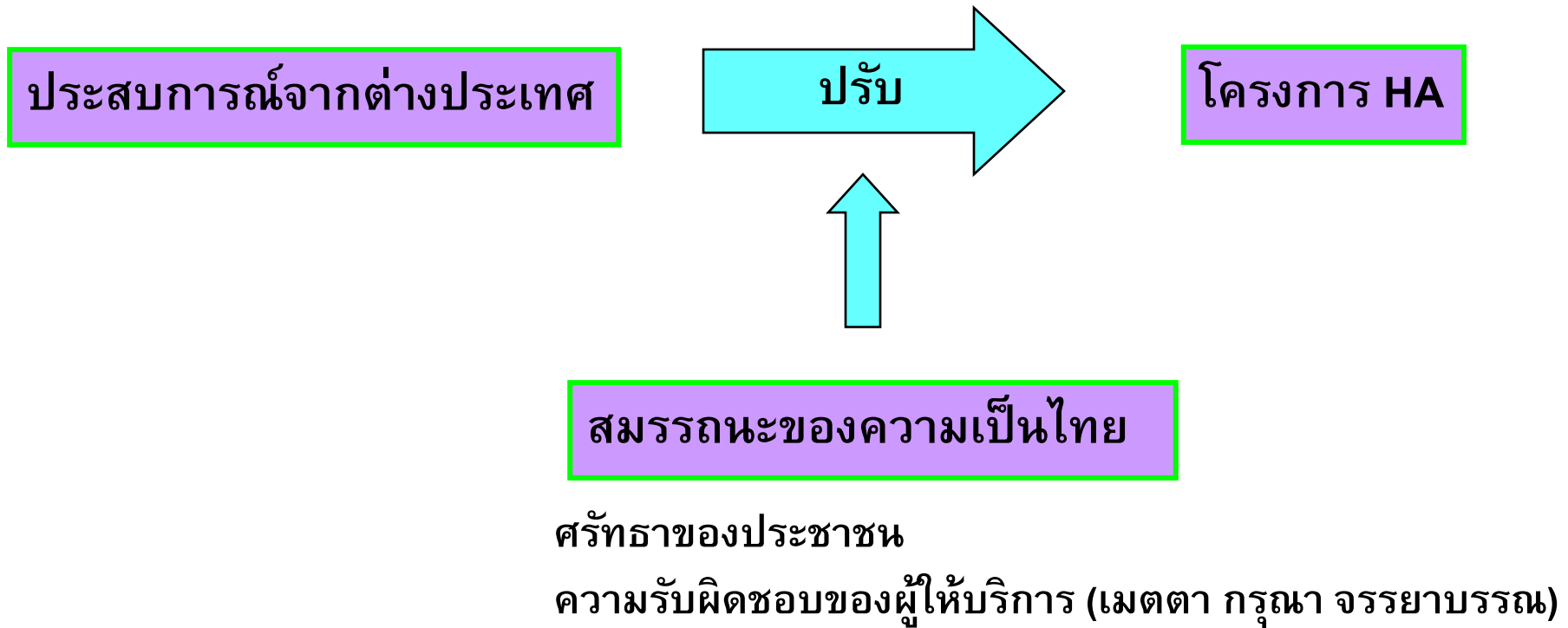
วังวนของปัญหาคุณภาพและราคาค่าบริการ



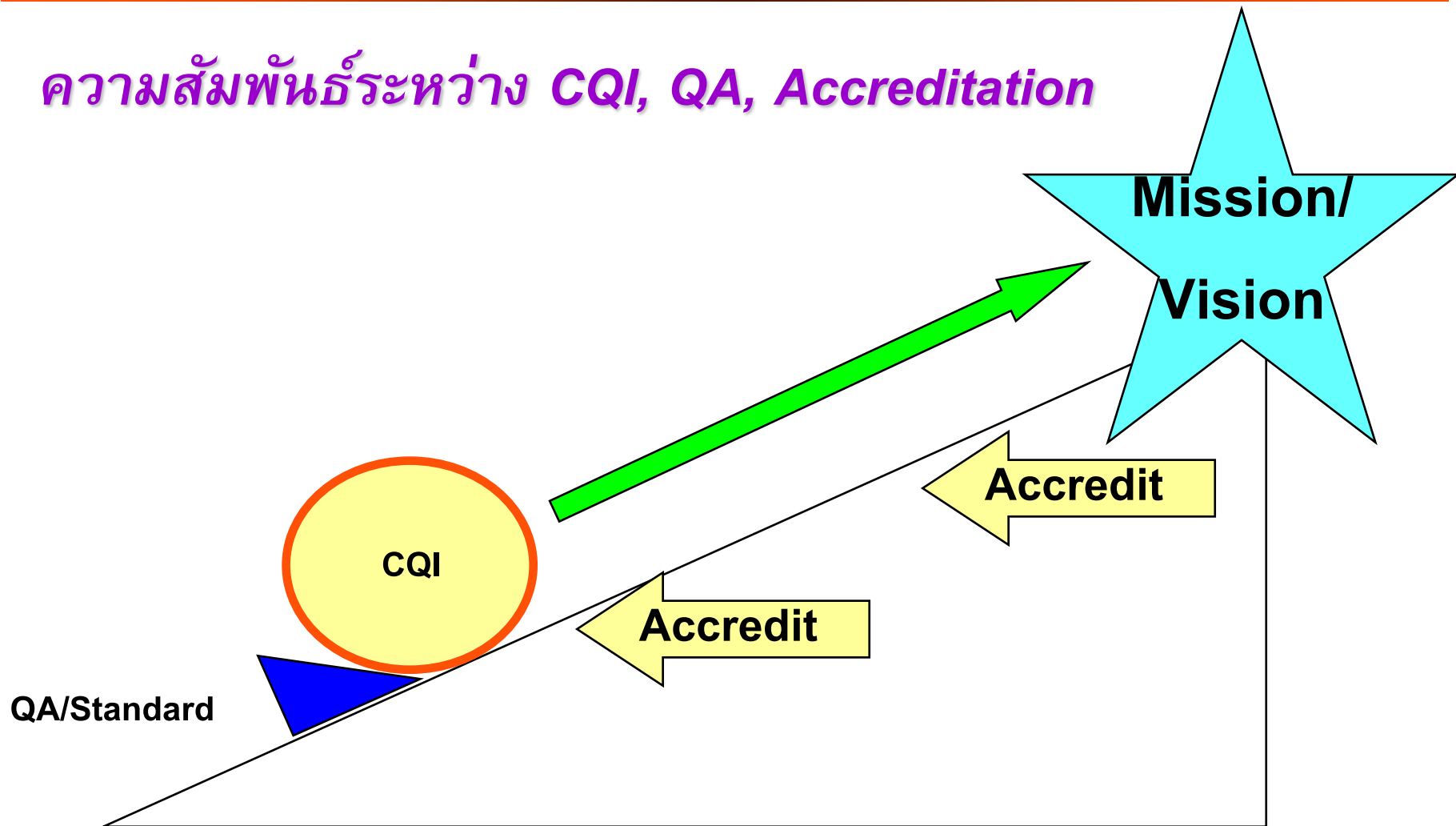
ย้อนความเป็นมา

- เน้นการพัฒนาคุณภาพเป็นสำคัญ
- การรับรองเป็นเพียงกลไกกระตุ้น ซึ่งอาจเกิดผลแทรกซ้อน

การพัฒนาโครงการและแนวคิด



ความสัมพันธ์ระหว่าง CQI, QA, Accreditation



กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

พัฒนา



ประเมิน



รับรอง

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง,
เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

เกณฑ์มาตรฐาน + กัลยาณมิตร

ความมุ่งมั่น, ระบบคุณภาพ, กระบวนการคุณภาพ

ความคาดหวังของโครงการ

ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ

กลไกและความเคลื่อนไหวระดับชาติ

เก็บเกี่ยวความรู้เพื่อการขยายตัว

ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ

มีรพ.ต้นแบบ

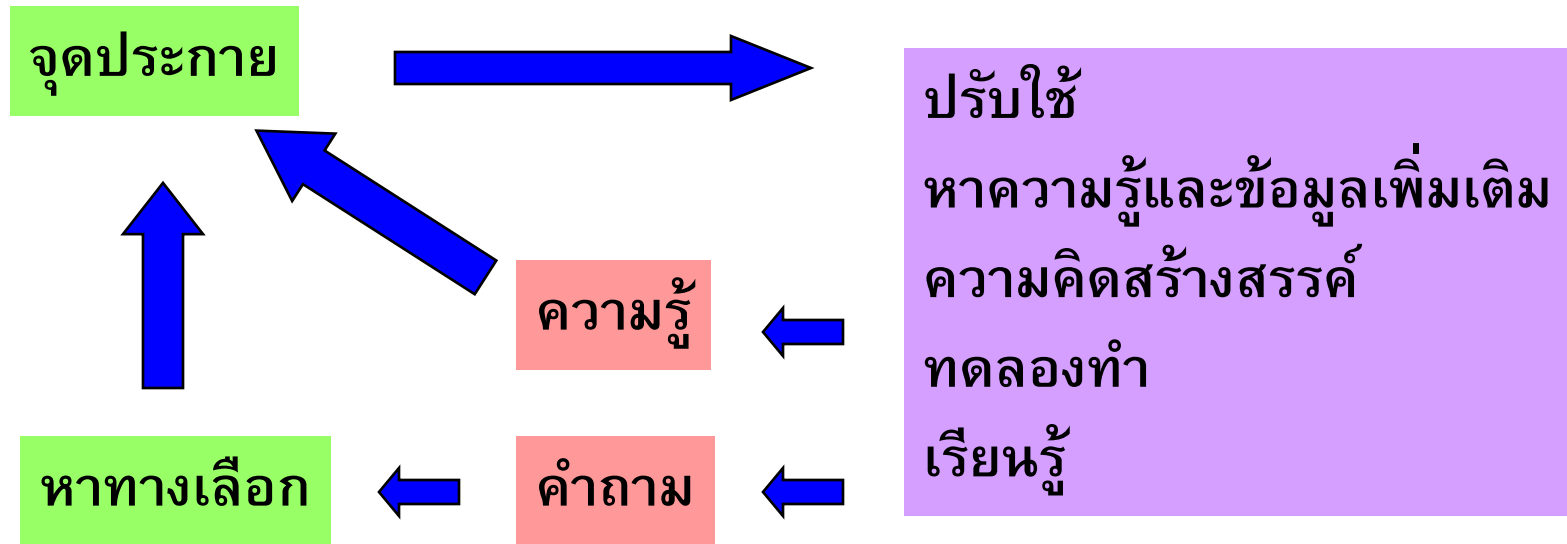
มีความรู้/เครื่องมือขั้นต้น

มีผู้รู้ ผู้เล่น

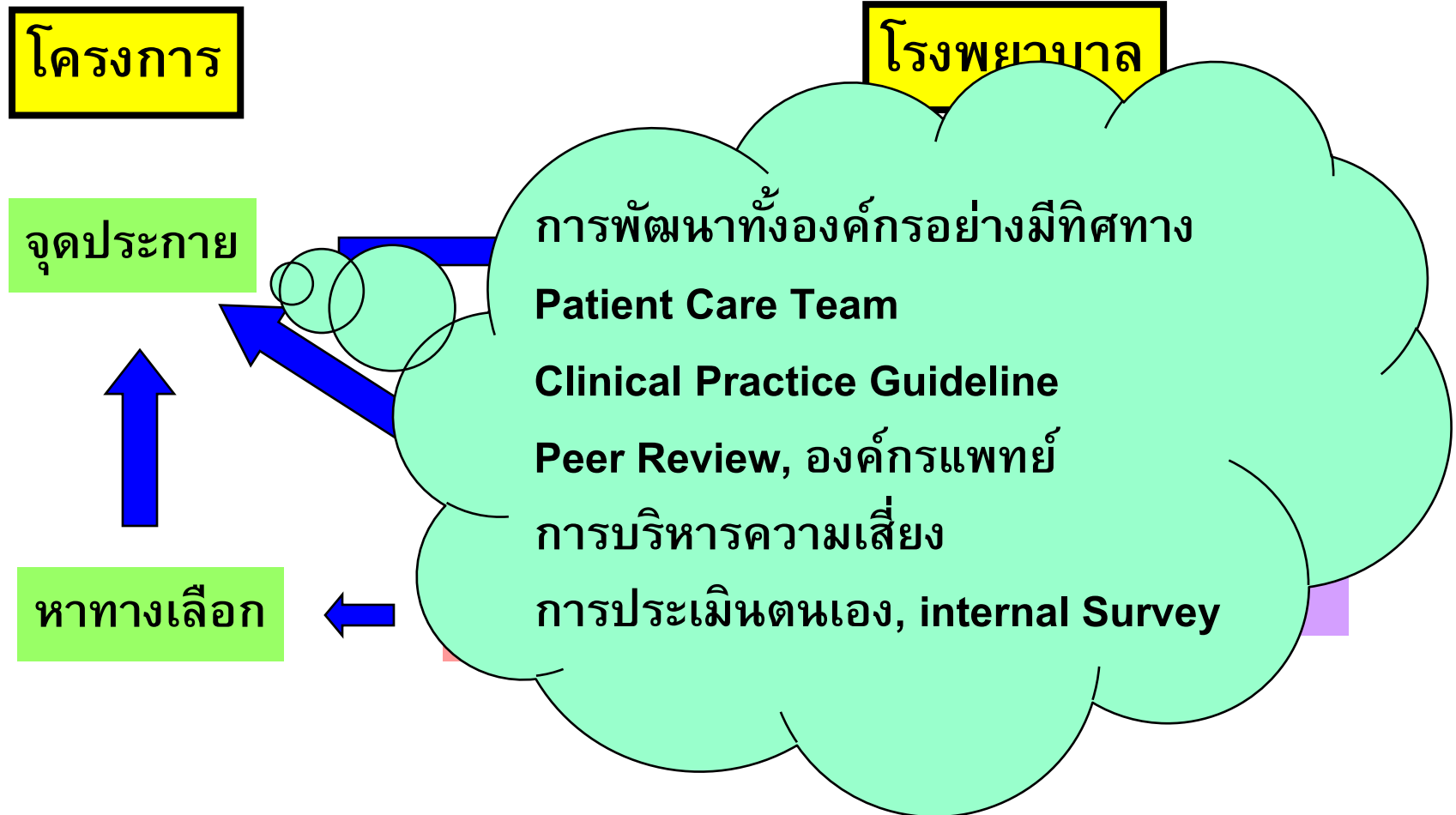
การบุกเบิกและสร้างตัวอย่างของการพัฒนา

โครงการ

โรงพยาบาล



การบุกเบิกและสร้างตัวอย่างของการพัฒนา



การบุกเบิกและสร้างตัวอย่างของการพัฒนา

โครงการ

โรงพยาบาล

จุดประกาย



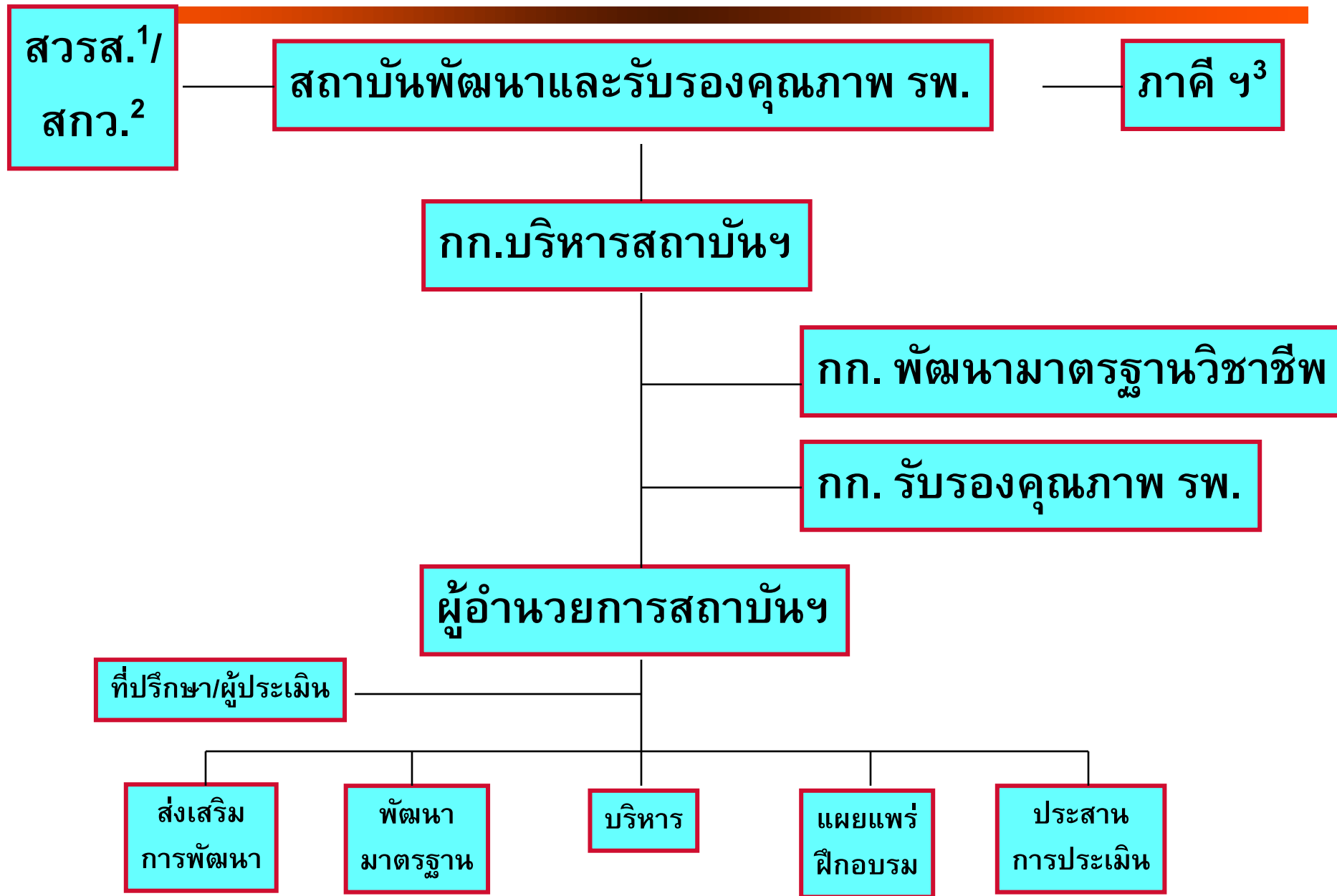
ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ

- ผู้นำมุ่งมั่น สนับสนุน ติดตาม
- ทีมประสานงานที่เข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับ
- การทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ
- การมีส่วนร่วมของแพทย์

ผลลัพธ์เพิ่มเติม

การวางโครงสร้างกลไกระดับประเทศ

- จัดตั้ง “ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ.”
 - เป็นเวทีแห่งการเรียนรู้และให้การสนับสนุนโครงการ
- ปรับรูปจากโครงการ เป็น “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ.”
 - ในเบื้องต้นอยู่ภายใต้ สวรส.
 - เตรียมการออกเป็นองค์การมหาชน
- “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีพันธกิจที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ของสังคม”



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ.

□ ความเชื่อหลัก

- พัฒนาคน -> พัฒนาระบบงาน
- กระบวนการเรียนรู้
- การตรวจสอบตนเองขององค์กร
- ความร่วมมือระหว่างสถาบัน/ระดมศักยภาพในสังคม
- กรอบมาตรฐานที่เน้นเป้าหมายและยืดหยุ่น

หลักการของ Hospital Accreditation

- เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช้การตรวจสอบ
- การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการทบทวนผลการประเมินโดยผู้อื่น
- เน้นการพัฒนาศักยภาพของคน เพื่อร่วมกันปรับปรุงระบบงาน
- การประเมินและพัฒนาใช้กรอบแนวทางซึ่งเห็นเป้าหมาย เปิดโอกาสให้มีความหลากหลายในวิธีปฏิบัติ
- กรอบแนวทางเห็นความต้องการร่วมของผู้ป่วยสำหรับทุกภาค ทุกระดับ
- การรับรองมีลักษณะพลวัต เป็นการรับรองว่าวันนี้ดีกว่าเมื่อวาน และกำลังก้าวไปในทิศทางที่ถูกต้อง
- การรับรองไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

HA เป็นกลยุทธ์ เพื่อการรวมพลัง

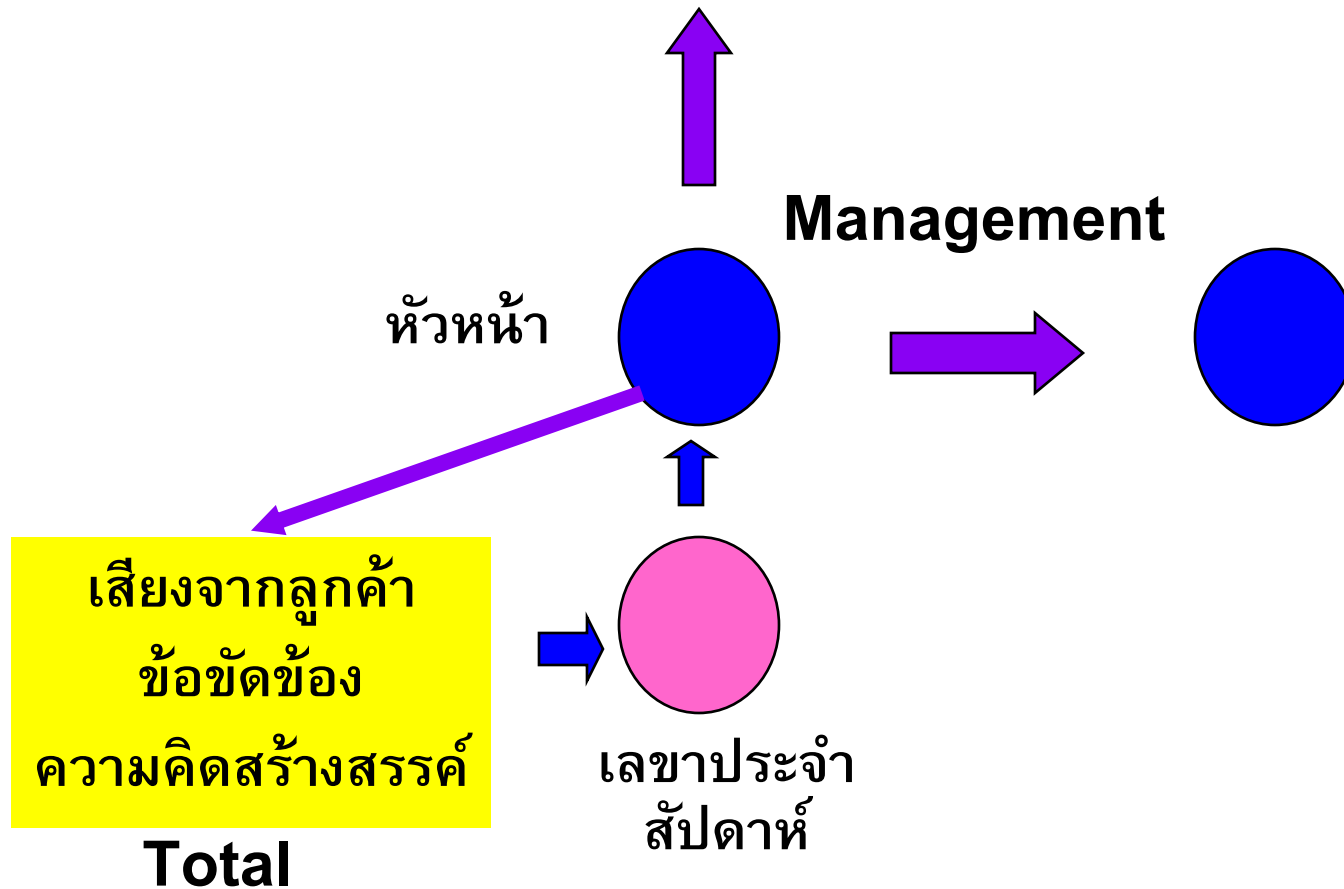
ง่าย

- ทำได้ทันที
- ทำได้ทุกคน
- เป้าหมายชัดเจน

บริการคุณภาพที่ง่าย

- เอาใจเขามาใส่ใจเรา
- ดูแลผู้ป่วยเสมือนญาติของเรา

TQM/CQI แบบง่าย ๆ



Simplicity

- ☐ **KNOW**
- ☐ **FEEL**
- ☐ **USE**
- ☐ **DO**
- ☐ **SUCCEED**



เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ

Phase of Quality Implementation

Preparation

Management
Education
Workshop

Quality Structure
-Steering Team
-Facilitator Team

Baseline Assessment
-Waste/Gap
-Customer need
-Environment
-Compliance to Standard

Development

Pilot Project

Vision & Mission

Strategic Plan

Communication

Education

Implementation

Unit Optimization
(SS, RM, QA, CQI)

Horizontal Integration

Vertical Alignment

Performance Monitor
Progress Review

Integration

Structure

Skill

System
-Measurement
-Compensation

Culture

ทำ HA ด้วยแนวจิตนิยม

I. เตรียมการ

- สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร
- ค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพ
- สร้างทีมแกนนำ
- วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงาน
- รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและชุมชน
- กำหนดทีมเพื่อประเมินตนเอง
- ประเมินตนเอง

1.1 สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร

- ผอ.ไม่เอา เจ้าหน้าที่อยากทำ
 - ให้ ผอ.เรียนรู้จาก รพ.ที่ประสบความสำเร็จแล้ว
 - ทำเรื่องเล็ก ๆ เพื่อตอบสนองเป้าหมายของผอ.
- ผอ.เอา รองไม่เอา
 - ผอ. พุดคุยกับรองจนเกิดความตระหนัก
- ผอ.ไม่เอา รองจะเอา
 - รองลงมือลุยเต็มที่, inform ให้ ผอ.ทราบตลอด
- ทีมผู้บริหารเอา ไม่รู้จะทำอย่างไร
 - สร้างทีมผู้ช่วยที่เข้มแข็ง

1.2 ค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพ

- สำหรับ รพ.ใหญ่: ควรทำงานเต็มเวลา และขึ้นตรงกับ ผอ.
- ต้องมีแพทย์อยู่ในทีม
- คุณสมบัติ
 - เก่งคน เก่งงาน เก่งคิด
 - ยอมรับแนวคิดใหม่ ๆ และพร้อมที่จะเรียนรู้
 - เป็นนักปฏิบัติมากกว่านักพูด
 - เปิดกว้าง ยืดหยุ่น

1.3 สร้างทีมแกนนำ

- หลากหลายวิชาชีพ หลากหลายหน่วยงาน
- ดึงแกนนำในกิจกรรมคุณภาพที่มีอยู่แล้วเข้ามาร่วม
- พัฒนาศักยภาพ
 - ศึกษาด้วยตนเองและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น
 - ฝึกอบบรมในหลักสูตรต่าง ๆ
 - ดูงาน
 - ทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง

1.4 วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงาน

□ วิธีการ

- แยกย้ายกันพูดคุยกับเจ้าหน้าที่กลุ่มต่าง ๆ ว่ารู้สึกอย่างไรต่อบรรยากาศในการทำงาน ต้องการปรับปรุงตรงจุดไหน
- ใช้แบบสอบถาม

□ แยกแยะและตอบสนองด้วยความจริงใจ

- ทำทุกอย่างที่ทำได้
- ชี้แจงแถลงไขในสิ่งที่ไม่ได้

1.5 รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและชุมชน

□ วิธีการ

- ทุกคนตั้งใจว่าจะรับฟังข้อเสนอแนะของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 คน
- ค้นหาผู้ป่วยที่มีชีวิตที่ไม่เป็นสุข เพื่อพูดคุยสอบถาม และช่วยแก้ปัญหา
- สันทนากลุ่มกับผู้ป่วย
- เข้าไปพูดคุยกับคนในชุมชน

1.6 กำหนดทีมเพื่อประเมินตนเอง

- วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย และงานหลักขององค์กร
- กำหนดทีมประเมินเท่าที่จำเป็น
 - สหสาขาวิชาชีพ/คร่อมสายงาน
 - เอาผู้ป่วย (Clinical/Service) หรือ งาน (Corporate Function) เป็นศูนย์กลาง
 - อาจจะมีบางหน่วยงานที่ปล่อยเดี่ยวได้
- ทีมที่เอางานเป็นศูนย์กลางต้องดูตั้งแต่ระดับนโยบายของ รพ.ไปถึงการนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน

II. วางแผน เรียนรู้ สร้างทีม

- ทำโครงการ CQI นำร่อง
- สร้างความตระหนัก/ได้ใจ/สร้างทีม
- ร่วมกันจัดทำพันธกิจ
- จัดทำแผนยุทธศาสตร์
- จัดทำแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

II.1 ทำโครงการ CQI นำร่อง

□ วัตถุประสงค์

- เพื่อเรียนรู้กระบวนการ
- เพื่อให้เห็นความเป็นไปได้
- เพื่อให้เห็นประโยชน์และคุณค่าที่ได้รับ

□ ขอบเขต

- เริ่มจากการทำของทีมแกนนำ
- ขยายไปสู่หน่วยงานอย่างน้อยหน่วยงานละ 1 เรื่อง
- มีเรื่องครอบคลุมสายงานจำนวนหนึ่ง
- มีเรื่องที่ทำโดยผู้บริหารระดับสูงด้วย

II.2 สร้างความตระหนัก/ได้ใจ/สร้างทีม

- สร้างความภูมิใจในองค์กร
- ชี้ให้เห็นสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
- ทำให้ทุกคนเห็นคุณค่าของตนเอง
- รับฟังและตอบสนอง
- ฝึกให้คิดบวก
- ฝึกทักษะของทีม
- ให้โอกาสแสดงความคิดและการตัดสินใจ
- ยกย่องชมเชย

II.3 ร่วมกันจัดทำพันธกิจ

- ไม่ใช่ Top-down หรือ Bottom-up ใดๆอย่างหนึ่ง
- เป็นการประสานทั้งสองแนวทางเข้าด้วยกัน
- กระบวนการสร้างมีความสำคัญมากกว่าเนื้อหา
- ต้องมีการขยายความให้เป็นรูปธรรม
- ควรครอบคลุมว่า
 - เราจะทำอะไร
 - ทำอย่างไร
 - เพื่อให้ได้คุณค่าอะไร

พันธกิจของโรงพยาบาล

□ ทำอะไร

- ให้บริการสุขภาพองค์รวม
- บริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ



□ อย่างไร

- เอื้ออาทรดุจญาติมิตร มีประสิทธิภาพ
- อย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกัน
- บริการที่ดี ต่อเนื่อง ทุกคนมีส่วนร่วม ไม่เอาเปรียบ
- เอื้ออาทร อ่อนหวาน บริการดี มีน้ำใจ

□ เพื่ออะไร มีคุณค่าอะไร

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประชาชน
- ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตรับผิดชอบ
- เพื่อคุณภาพชีวิตชาวไทยให้สมบูรณ์

II.4 จัดทำแผนยุทธศาสตร์

- แผนยุทธศาสตร์คือแผนเพื่อเอาชนะคู่แข่ง หรือแผนที่จะนำไปสู่การบรรลุพันธกิจ
- เริ่มด้วยการถามง่าย ๆ ว่า
 - เพื่อบรรลุพันธกิจ มีอะไรเป็นประเด็นสำคัญต้องจัดการ
 - ป พหุติกรรรมบริการ, ความพึงพอใจ, ความรวดเร็ว 1 3 1
 - ป พัฒนาทรัพยากรบุคคล, ได้ใจ/อุทิสตน/commitment, ทำงานเป็นทีม 2 2 4
 - ป มาตรฐานวิชาชีพ 3 3 1
 - ป ความโปร่งใส, การนำ, การจัดการความเสี่ยง 4 2 4
- รวมประเด็นเหล่านั้นเป็นหมวดหมู่
- จัดทำแผนภูมิต้นไม้ แยกสาขา goals, objective, strategies
- จัดทำเครื่องชี้วัดกำกับ
- เลือกเข็มมุ่ง และถ่ายทอดไปสู่แผนปฏิบัติ

II.5 จัดทำแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

- เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์

แผนงาน
Program

ผลที่ต้องการ
Expected Outcome

กลยุทธ์
Tactic

ผู้นำมุ่งมั่น/ สนับสนุน

จนท.มีความรู้/เจตคติดี

ทุกหน่วยงานต้นตัว มี CQI

การสนับสนุนทางเทคนิคดี

สื่อสาร/เรียนรู้แลกเปลี่ยน

ระบบแรงจูงใจ

แผน 1 ประสาน/
สนับสนุนการ
พัฒนาคุณภาพ

นำร่องโดยหน่วยกล้าตาย

กวาดล้างโดยเข็มมุ่งประจำเดือน

มีแหล่งข้อมูล/เอกสาร/สื่อ

มีที่ปรึกษาเพียงพอ

การบันทึก QI story

การนำเสนอผลงาน

ตัวอย่างเข็มมุ่งการเรียนรู้ประจำเดือน

- 1. เดือนแห่งการสร้าง **facilitator** และสร้างความตระหนัก
- 2. เดือนแห่งการฝึกทักษะของทีม และการวิเคราะห์ตนเอง
- 3. เดือนแห่งการรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และวิเคราะห์บรรยากาศองค์กร
- 4. เดือนแห่งพฤติกรรมบริการ การให้ข้อมูล สิทธิผู้ป่วย
- 5. เดือนแห่งความคิดสร้างสรรค์และกิจกรรมข้อเสนอ
- 6. เดือนแห่งการวิเคราะห์กระบวนการหลักและเครื่องชี้วัด
- 7. เดือนแห่งการป้องกันความเสี่ยง
- 8. เดือนแห่ง **QA/CQI** นำร่อง
- 9. เดือนแห่ง **Patient care Team**
- 10. เดือนแห่งบันทึกเวชระเบียน
- 11. เดือนแห่ง **CPG & peer review**
- 12. เดือนแห่งการประเมินตนเองและ **internal survey** รอบ



III. ดำเนินการ

- แต่ละหน่วยมีคุณภาพ (Unit Optimization)
- ประสานแนวราบ (Horizontal Integration)
- ทิศทางองค์กร (Vertical Alignment)

III.ก.1 ฝึกฝนทักษะของทีม

- ทักษะของทีม
 - ระดมสมอง จัดระบบความคิด ตัดสินใจ
- ทักษะการตรวจสอบตนเอง
 - ถามผู้รับผลงานให้เป็นนิสัย

III.ก.2 แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ตนเอง

- ความมุ่งหมาย (Purpose)
- ลูกค้าและความต้องการของลูกค้า
- ประเด็นสำคัญเรื่องคุณภาพ
- เครื่องชี้วัด
- กระบวนการหลัก
- ความเสี่ยง/โอกาสพัฒนา

III.ก.3 รับฟังเสียงสะท้อนจากลูกค้าของหน่วย

- ลูกค้าภายใน
 - พูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ
 - ใช้กิจกรรมที่มีอยู่แล้ว
 - สนทนากลุ่มอย่างเป็นทางการ
- ลูกค้าภายนอก
- ตอบสนองเท่าที่เป็นไปได้

III.ก.4 กำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการ

- มองหน้า
- สบตา
- ยิ้ม
- ทักทาย
- ไต่ถาม

III.ก.5 กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูล

- แต่ละจุดบริการวิเคราะห์ว่าลูกค้าต้องการข้อมูลอะไร
- กำหนดข้อมูลพื้นฐานที่จะให้
- จัดทำเอกสาร/อุปกรณ์ประกอบ
- จัดเตรียมเนื้อหาของข้อมูลที่อาจจะถูกถามเพิ่มเติม

III.ก.6 ฝึกทักษะความคิดสร้างสรรค์

- เรียนรู้วิธีการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์
 - กระตุ้นจากสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้อง
 - คิดท้าทายวิธีการเดิม ๆ
- ฝึกให้ตกจับความคิดเป็นนิสัย
- นำความคิดมาสู่การปฏิบัติ
- จัดระบบข้อเสนอแนะ
 - ภายในหน่วยงาน
 - ต่อหน่วยงานอื่น

III.ก.7 แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยง

□ การวิเคราะห์

- ประสพการณ์ในอดีตของตนเอง (เวชระเบียน, รายงานอุบัติการณ์)
- ประสพการณ์ของคนอื่น
- สำรวจในสถานที่ ดูสิ่งแวดล้อมและวิธีการปฏิบัติ
- ติดตามการเคลื่อนไหวของคน สิ่งของ ข้อมูล

□ กำหนดมาตรการป้องกันและจัดทำคู่มือ

□ จัดระบบรายงาน

□ วางแนวทางแก้ปัญหา

- การควบคุมความเสียหาย
- การบริหารการร้องเรียน

III.ก.8 จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

□ แนวทาง

- เขียนจากสิ่งที่ทำโดยทุกคน
- วิเคราะห์กระบวนการและกำหนดประเด็นที่มีความเสี่ยงหรือมีโอกาสเกิดปัญหา

□ จำแนก

- คู่มือระดับโรงพยาบาล
- คู่มือระดับกลุ่ม
- คู่มือระดับหน่วย

□ การควบคุม

- ศูนย์ควบคุมเอกสาร
- ระบบคอมพิวเตอร์