

Standard development and application: How to apply standards for assessment & OFI Identification

Anuwat Supachutikul, M.D.

Piyawan Limpanyalert, M.D.

The Healthcare Accreditation Institute, Thailand

“UHC and Hospital Accreditation Program Realization”

Narai Hotel, Bangkok, Thailand

25 November 2014





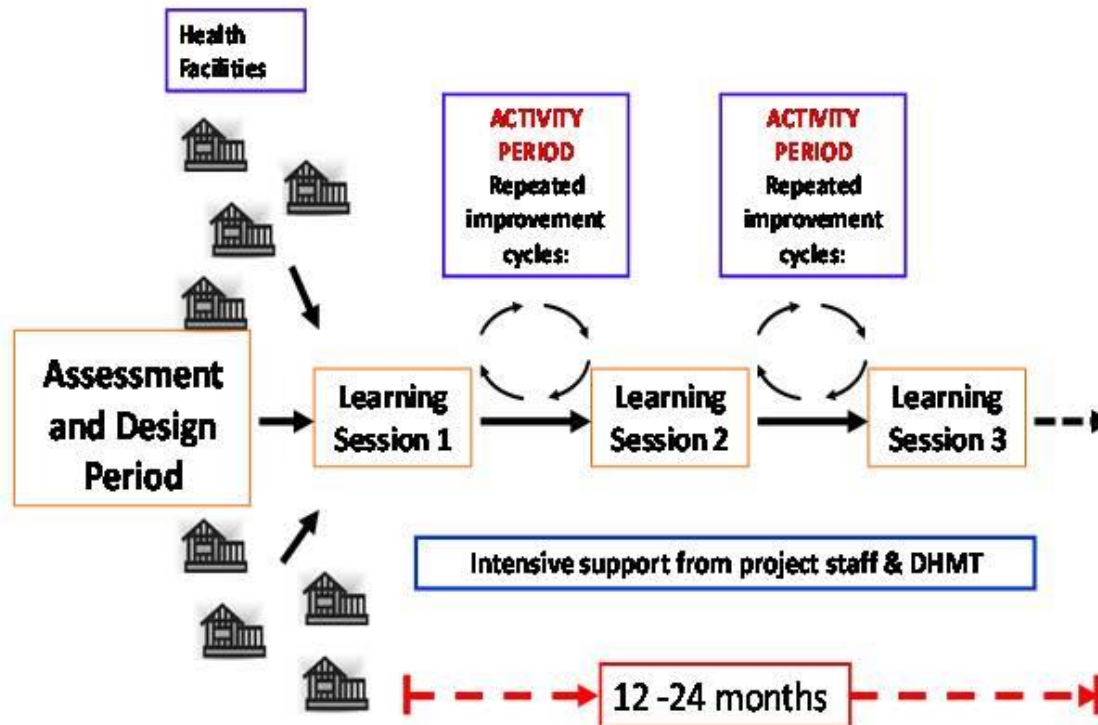
Session Objectives

- To be able to facilitate standard application for improvement
- To be able to use standard for evaluation

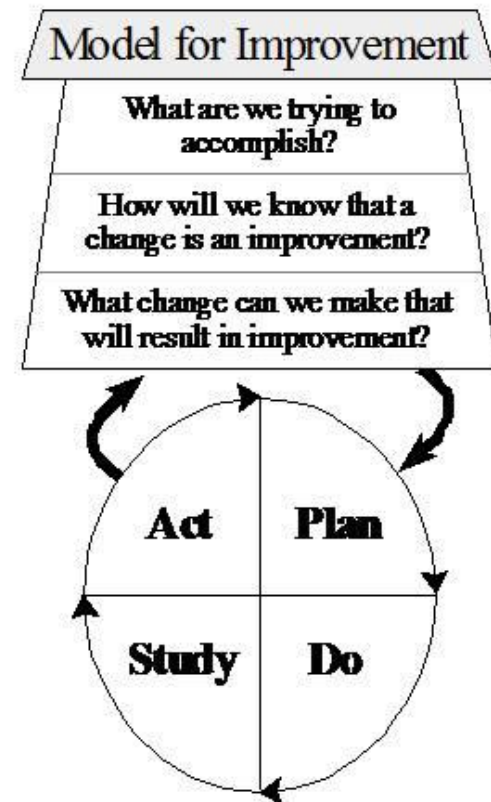


Accelerate Testing, Learning & Improvement

Improvement Collaborative Network



© Institute for Healthcare Improvement



Source: Associates for Process Improvement



Pre-Work *Set improvement goals, collect baseline data and prepare for Learning Session 1*

Action Period 3

Adopt successful changes throughout the organization

Action Period 2

Further refine improvement strategies, begin spreading successful changes throughout the organization

Action Period 1

Adapt and test improvement strategies

Document work, report on results and lessons learned

Learning Session 3

Learning Session 2

Learning Session 1

Ongoing support:

Phone conferences, monthly team reports, on-site peer-to-peer visits





HA Standards Implementation as R&D project in Thailand

What did we do?

- Use comprehensive framework
 - Cover the whole organization
- Encourage Paradigm shift
 - Accreditation as an educational process
- Give freedom to test during R&D phase

Voluntary Process

Educational Process, Not Inspection

Encourage Civil Society Movement

Self Reliance, Independence, Neutral

Emphasis Self Assessment & Improvement

35 **Pilot Hospitals**

Organization Alignment
Multidisciplinary Team
Med Staff Org
Clinical Quality
Risk Management
Self Assessment
Internal Survey

Initiatives

Workshops

Consultants

Adapt
Seek more information
Creativity
Trial
Learn

Knowledge

Solutions

Questions

**HA Standards
Implementation
(R&D Project)**

Experience of Implementing QI

Surveyors have to understand the mode of development in the organization they visit -> fill the gap

**Start with
QI Tools**

- + Good preparation for teamwork & learning
- Delay in applying standard, fragmented

**Start with
Standards**

- + Clear direction & expectation
- Focus on system more than patients

**Start with
Tangible
Experience**

- + Clinicians feel happier
- + Improvement activities closer to the patients

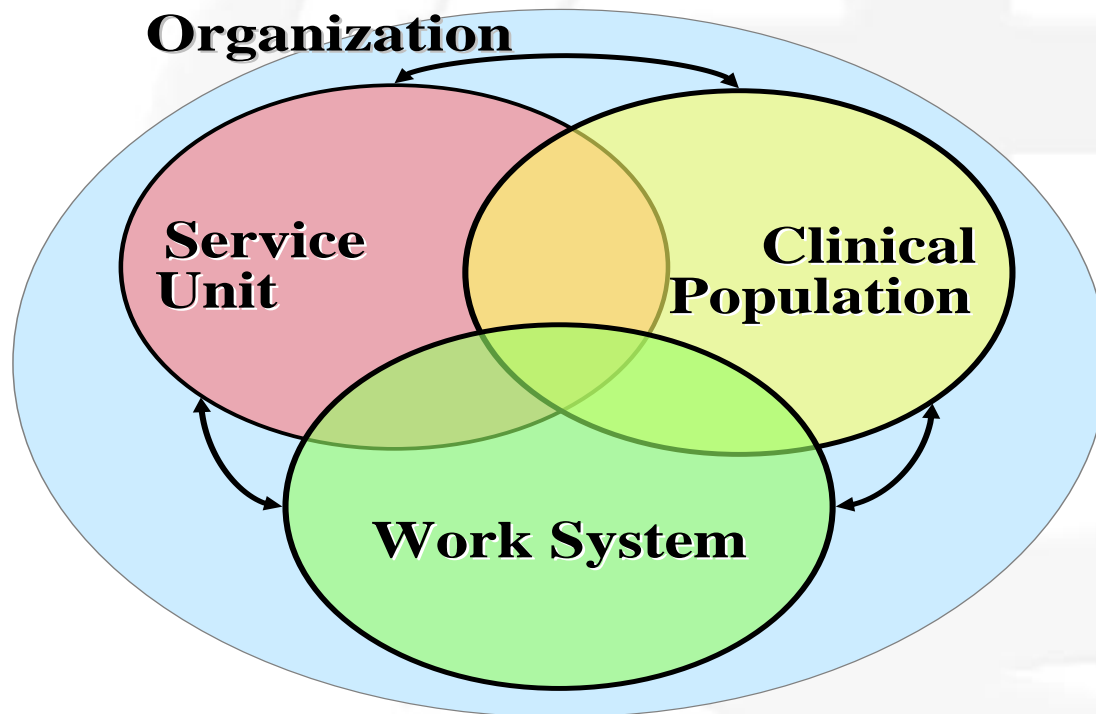
3P in 4 Domain & 6 Levels of Application



Purpose

Process

Performance



Level of 3P Application

- Daily activities
- Projects
- Units
- Patient groups
- Systems
- Hospital

Service Profile: Context

Team:

Purpose:

Scope of Service:

Key Customer Requirements:

Key Internal Co-ordination Requirements:

Key Service Characteristics:

Key Quality Issues:

Key Staff:

Key Technology & Equipment:

Key HPH Issues:

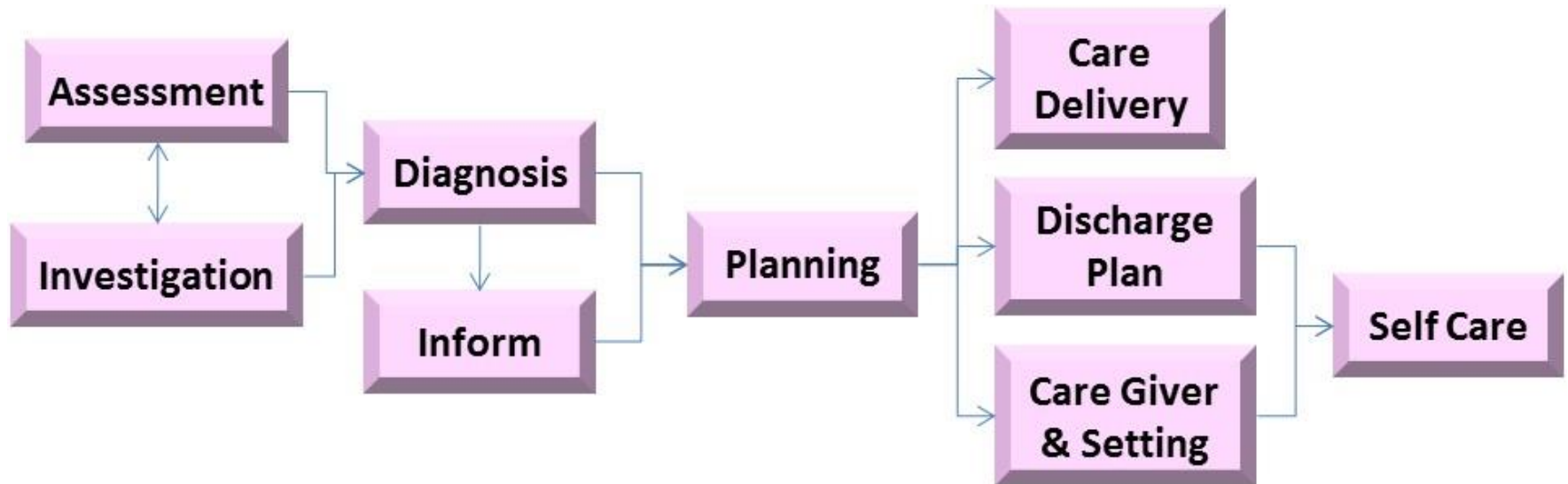
Objectives, KPI & CQI

Team: _____

[illegible]

Key Processes, Risks, KPI

Team:



Improvement Lesson

Team:

Initiative:

Problem/OFI

Objectives

Approach/Change

Result

Apply Standards for Improvement



1. What is the **purpose** of the standard, why this standard is important for us?
2. Analyze the relevant **process**, including owner, customer, value to customer.
3. Identify gaps that can be improved in terms of WHAT, WHICH GROUP, WHERE, WHEN, HOW.
4. Do force-field analysis, encourage driving force (motivation), reduce restraining force.
5. Consider human factors





Mind the Gaps

What actions can be improved?

Which group of patients that will benefit most?

Where in the system need most improvement

When (time during the day, steps in the process) need most improvement?

How can we change our routine activities?



Force Field Analysis



Forces **FOR** change

Simple & easy



Joyful



Visible benefits



Recognition



Social demand



Professional responsibility



Reputation



People-Centred Healthcare

Forces **AGAINST** change

Workload



Complicate, difficult



Overwhelm with changes



Professional autonomy



Never heard before





Assess Standard Compliance

- Met/Partially Met/Not Met
- Multiple level of scoring

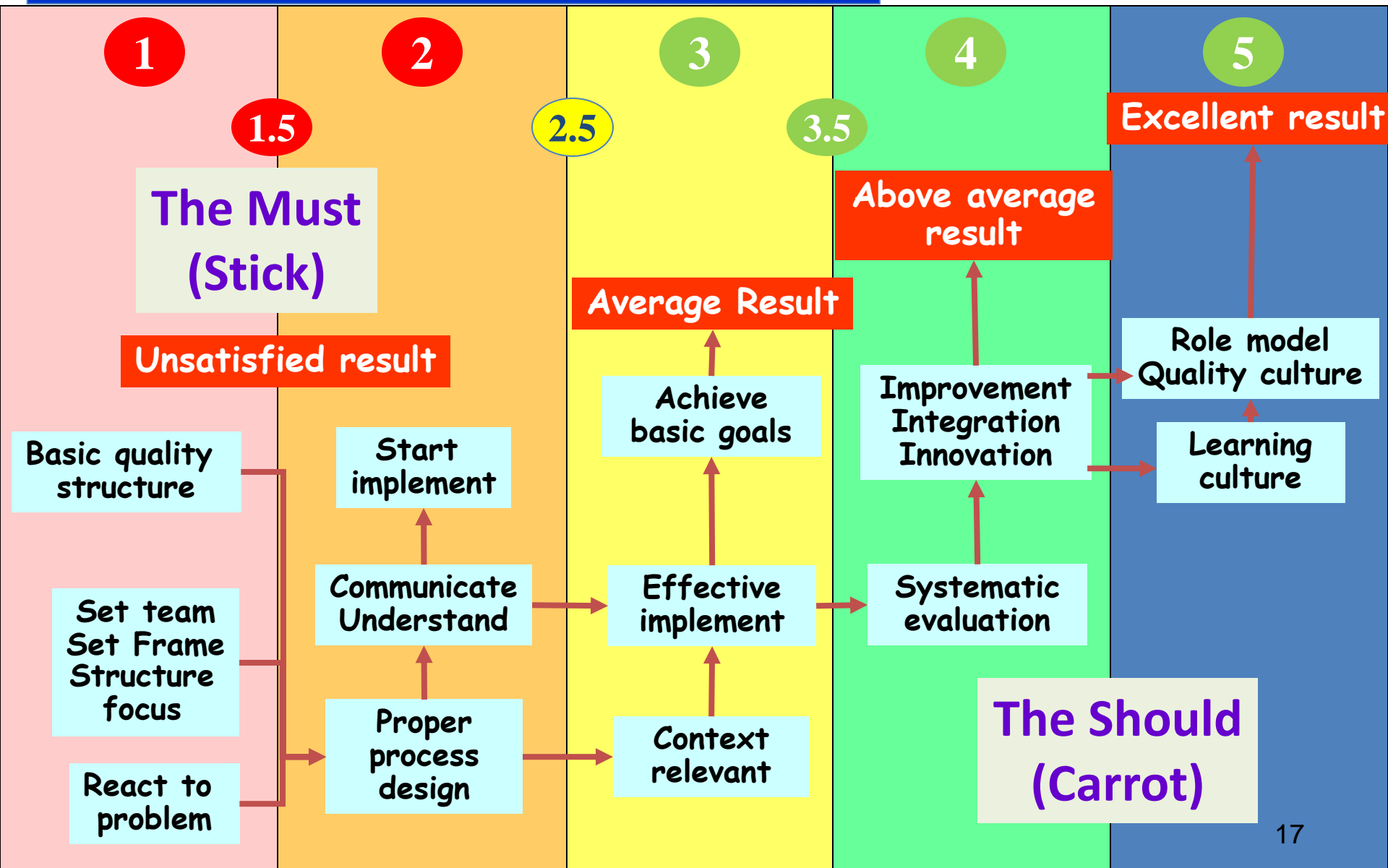




Scoring: MPN

	Not Met	Partially Met	Met
Key area	Some ($\leq 40\%$)	Many to most (41-80%)	Nearly all ($> 80\%$)
Impact of implementation	Few	Medium	High
Consistency	Not seen	Some, sometimes	Yes, always
Track record	No	3 months	9 months
Records or observation	$\leq 1/3$	$1/3 - 2/3$	$> 2/3$

Scoring: For Continuous Improvement to Excellence





Scoring: Self Determined

Score	Description
5	The patient's medical and nursing needs are identified from the initial assessments, which are completed and documented in the clinical record within the first 24 hours after admission as an inpatient or earlier as indicated by the patient's condition.
4	
3	
2	
1	
0	No action



Participation of quality improvement activities by members of the unit

- (0) No quality improvement activities.
- (1) The leader determine who will do what.
- (2) The leader and members determine quality activities and responsible members.
- (3) Number 2 & 50% of professional member participate.
- (4) Number 2 & 50% of all members participate.
- (5) Number 2 & 80% of all members participate.

Australia Quality Planning Workbook (1998)



CRITERION 6.1.6

Quality improvement activities are documented, enable continuous quality improvement and incorporate the following elements:

- (a) monitoring, assessing, analysing and evaluating activities
- (b) taking appropriate and timely action
- (c) evaluating the effectiveness of any action taken
- (d) feeding back results.

Evidence of Achievements and Improvements

Rating:

Action Required



Thai HA Self Assessment (2000)

Chapter 1 Leadership

A. The assessment at the beginning stage of hospital QI activity (analysis for QI plan)

Explanation Please study the main points in the standard and criteria, and then make a plan for improvement in the table below.

1. Strength and success

2. Issues for improvement (Short term plan)

Issues	QI Plan	Responsible person	Timeframe

3. Issues for improvement (Complex or long term plan)

Issues	QI Plan	Responsible person	Timeframe

Date _____

Assessed by _____

At the beginning stage





Thai HA Self Assessment (2000)

B. The assessment during and after QI activity (leadership)

1. Preventive measure

2. Examples of coordinating activity

3. Examples of innovation/creativity

4. Other strenghts

5. Related quality indicators (Please specify the outoomes/data collection period)

6. Review/Evaluation and Response to the outoomes of the evaluation (e.g., the ability to make change, to coordinate the hospital-wide QI activity, and the effectiveness of the communication, coordination and problem-solving system*

Date _____

C. Specific Information (Leadership)

1. Please specify the person/persons who has/have role and responsibility, at the top level, to defy, plan, manage, and monitor the hospital policy

2. How often has/have the person/persons specified in 1) met during the past 12 months? What were the quality issues that have been brought to attention in the meeting?

3. According to the survey, what is the top five of the most important need of the patients? How does the hospital respond to such needs?

4. What were the major quality improvement issues on which the top management focuses in the past 12 months? And what is the future quality improvement plan?

5. What are the examples of the coordination of the hospital-wide QI activity?

6. Please give an example of how the top management supports or assists the hospital staff or the QI teams when they experience obstacles.

7. Please give an example of how the organisational structure plays a part in dealing with the complicated problem which needs good multidisciplinary coordination.

Date _____

Assessed by _____

During and after QI activities





Thai HA Self Assessment (2000)

D. Evaluate the steps/progress of improvement (Leadership)

1. Role and Responsibility of governing body (GOV.1)

- (1) องค์การบริหารสูงสุดให้นโยบายในการพัฒนาคุณภาพ
- (2) มีข้อ (1) และองค์การบริหารสูงสุดสนับสนุนทรัพยากร/รับรองแผนงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
- (3) มีข้อ (2) และมีกลไกเพื่อเป็นหลักประกันว่าโรงพยาบาลจะให้บริการอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกัน
- (4) มีข้อ (3) และมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาโดยองค์การบริหารสูงสุด
- (5) มีข้อ (4) และองค์การบริหารสูงสุดมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม

2. There is culture in continuous improvement of the quality system in order to respond to the need of internal and external customers (LED.1)

- (1) รับทราบความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานจากคำร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา
- (2) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานด้วยแบบสอบถาม, จำกัดกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา, ตอบสนองความต้องการได้ในเรื่องต่างๆ
- (3) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานด้วยการสัมภาษณ์กลุ่ม, ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายครบถ้วน, มีการจัดลำดับความสำคัญของผู้รับผลงาน, สามารถตอบสนองความต้องการที่สำคัญได้
- (4) มีข้อ (3) และมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- (5) มีข้อ (4) และการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญในใจของทุกคน

3. Leaders at all level commit and support QI activity to become reality (CQI) (GOV.1.8, LED.4)

- (1) ผู้บริหารระดับสูงให้นโยบาย และให้แต่ละหน่วยงานดำเนินการ
- (2) ผู้บริหารสนับสนุนการฝึกอบรม CQI⁹ และสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินการ
- (3) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนให้การให้โอกาส, วางแผนประสานและสนับสนุน, ให้คำปรึกษา, ช่วยจัดอุปสรรค, ติดตามให้กำลังใจสม่ำเสมอ
- (4) มีการเชื่อมโยง CQI กับ QA และ RM, มีกลไกสนับสนุนให้เกิด CQI ระหว่างหน่วยงาน
- (5) ผู้นำทุกระดับเป็นตัวอย่างที่ดีของการนำ CQI มาใช้ปรับปรุงระบบงาน

Step & progress of improvement

4. There is organisational structure that supports QI⁹

- (1) มีสำนักงานคุณภาพและทีมประสานงาน/สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
- (2) มีข้อ (1) และมีทีมในระดับโรงพยาบาล⁷, ทีมในด้านระบบงานที่จำเป็น⁸
- (3) มีข้อ (2) และมีทีมในด้านคลินิกซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง⁸
- (4) มีข้อ (3) และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมต่างๆ, มี facilitator เพียงพอที่จะให้ความช่วยเหลือทุกหน่วยงาน
- (5) เป็นตัวอย่างที่ดีของโครงสร้างองค์กรสำหรับการพัฒนาคุณภาพ

5. There is a change in management system¹⁰ in order to promote continuous quality improvement

- (1) ใช้การจริงจังด้วยรางวัลเป็นครั้งคราว
- (2) นำการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ประเมินผล
- (3) มีการปรับระบบบริหารของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อส่งเสริม CQI
- (4) มีข้อ (3) และมีการใช้นวัตกรรมทางการบริหารเพื่อส่งเสริม CQI
- (5) มีระบบบริหารที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริม CQI

6. The outcomes of leadership activity

- (1) Status quo
- (2) เริ่มมีความพยายามในการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างองค์กรพร้อมที่จะรองรับการเปลี่ยนแปลง Quality structure ready for change
- (3) Quality structure implementing change โครงสร้างองค์กรเป็นกลไกผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการนำมีประสิทธิภาพ¹¹
- (4) Effective leadership and a clear customer focus
- (5) Very effective leadership

Thai HA Self Assessment (2007)

1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

การตัดสินใจและการกระทำของผู้นำระดับสูง ที่ชี้นำและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดีในด้านความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาและเรียนรู้ ได้แก่...

ข. การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

จากการทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ผู้นำระดับสูงระบุจุดเน้นการดำเนินงานที่จำเป็น และระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าวไว้ดังนี้...

จากการประเมินผลลัพธ์ของการนำ (การสื่อสาร การให้รางวัล การยกย่องชมเชย) ที่มีต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย คุณภาพและความปลอดภัย การมีผลงานที่ดี การบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร พบว่า...

Guided statement





Thai HA Self Assessment (2011)

1-1 การนำองค์กร

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: สัมฤทธิ์ผล ประสิทธิภาพ วัฒนธรรมองค์กร นำด้วยวิสัยทัศน์

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2549	2550	2551	2552	2553
พฤติกรรมที่มีจริยธรรม						
ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแล						
ความรับผิดชอบต่อต้นทุนการเงิน						
การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ						
การปฏิบัติตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ						

บริษัท:

วิสัยทัศน์:

คำนิยาม:

กระบวนการ:

วิสัยทัศน์และคำนิยาม:

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:

•

บทบาทของผู้นำในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาและบริหารงานที่เกิดขึ้น:

•

บทบาทของผู้นำในการสร้างวัฒนธรรม ความปลอดภัยและบริหารงานที่เกิดขึ้น:

•

การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

จุดเน้นขององค์กร และวิธีการสื่อสาร เติบโตถึง จุดใจให้น้ำจุดเน้นดังกล่าว ไปสู่การปฏิบัติ:

•

การกำกับดูแลกิจการ

การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอนี้จากระบบกำกับดูแลกิจการ:

•

การปรับปรุงระบบการนำ และ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

•

พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

บทเรียนในการตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

•

บทเรียนในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม

•

บทเรียนในการกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

•

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

•

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
01 ผู้นำระดับสูงมีน้ำใจ		•
02 การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี		•
03 การสื่อสาร ให้อำนาจตัดสินใจ จุดใจ เน้นที่การปฏิบัติ		•
04 ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ		•
05 ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม		•

Group Discussion



- How can we demonstrate or convince people on benefit of the standards?
- How should we design the self assessment to encourage improvement?
- How should we design the scoring guideline?
- How should a hospital implement a good sequence of approach: quality tool, context, principle, standards, tangible experience?

