



การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Accreditation (HA)

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

บรรยาย ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

15 สิงหาคม 2540



ประเด็นการพูดคุย

- ทบทวนแนวคิดร่วมสมัย
- หลักการของ Hospital Accreditation
- ขั้นตอนการเตรียมตัวเพื่อ HA
- การจุดประกายโครงการพัฒนาคุณภาพ
- ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

ประเมินตนเอง

- ถ้าญาติของท่านเจ็บป่วย **ฉุกเฉิน** ต้องนำมารักษาที่ รพ.นี้ ท่านมีความมั่นใจว่าญาติของท่านจะได้รับการรักษา อย่าง **เหมาะสม** เพียงใด
- ท่านคิดว่า รพ.ที่ท่านทำงานอยู่ แก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมตามความจำเป็นได้เพียงใด
- ท่านคิดว่า รพ.ที่ท่านทำงานอยู่ทำให้ผู้ป่วยได้รับ **ความพึงพอใจ** เพียงใด
- ท่านคิดว่า รพ.ของท่านสร้างตัวอย่างสำหรับ **คนรุ่นใหม่** ได้ดีเพียงใด



ทำให้ดีขึ้นอีกได้หรือไม่

- ท่านคิดว่าท่านสามารถทำให้ผลลัพธ์และความมั่นใจนั้นสูงขึ้นได้หรือไม่
- ถ้าได้ ท่านจะทำอะไรบ้าง



Hospital Accreditation

คืออะไร

Hospital Accreditation คืออะไร

(โดยพยัญชนะ)

- **Credit** หมายถึงความน่าไว้วางใจ เกียรติยศ
- **Accredit** หมายถึงการให้ความไว้วางใจ ให้ความเชื่อถือ
- **Hospital Accreditation** หมายถึง การประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Hospital Accreditation คืออะไร

(โดยอรรถะ)

- **Hospital Accreditation** คือกลไกกระตุ้นให้เกิด การพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล ร่วมกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษา และการรับรองโดยองค์กรภายนอก
- การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการ แต่จุดสำคัญคือการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

ทำไมต้องมี Hospital Accreditation

- ความรู้ เทคโนโลยี และระบบการให้บริการ มีความซับซ้อนมากขึ้น

ทำไมต้องมี Hospital Accreditation

- ความรู้ เทคโนโลยี และระบบการให้บริการ มีความซับซ้อนมากขึ้น
- ผู้บริโภคไม่รู้ว่า รพ.ใดไว้ใจได้ ต้องอาศัยราคา หรือสภาพภายนอกเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งอาจจะไม่จริง

ทำไมต้องมี Hospital Accreditation

- ❑ ความรู้ เทคโนโลยี และระบบการให้บริการ มีความซับซ้อนมากขึ้น
- ❑ ผู้บริโภคไม่รู้ว่า รพ.ใดไว้ใจได้ ต้องอาศัยราคา หรือสภาพภายนอกเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งอาจจะไม่จริง
- ❑ บางเรื่อง รพ.ก็ทำได้ดี บางเรื่องก็ยังมีปัญหาเพราะ ขาดระบบตรวจสอบที่รัดกุมหรือมีคนส่วนน้อยที่ไม่รับผิดชอบ

ทำไมต้องมี Hospital Accreditation

- ❑ ความรู้ เทคโนโลยี และระบบการให้บริการ มีความซับซ้อนมากขึ้น
- ❑ ผู้บริโภคไม่รู้ว่า รพ.ใดไว้ใจได้ ต้องอาศัยราคา หรือสภาพภายนอกเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งอาจจะไม่จริง
- ❑ บางเรื่อง รพ.ก็ทำได้ดี บางเรื่องก็ยังมีปัญหาเพราะ ขาดระบบตรวจสอบที่รัดกุมหรือมีคนส่วนน้อยที่ไม่รับผิดชอบ
- ❑ มีแนวโน้มที่จะเกิดการฟ้องร้องมากขึ้น

ทำไมต้องมี Hospital Accreditation

- ❑ ความรู้ เทคโนโลยี และระบบการให้บริการ มีความซับซ้อนมากขึ้น
- ❑ ผู้บริโภคไม่รู้ว่า รพ.ใดไว้ใจได้ ต้องอาศัยราคา หรือสภาพภายนอกเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งอาจจะไม่จริง
- ❑ บางเรื่อง รพ.ก็ทำได้ดี บางเรื่องก็ยังมีปัญหาเพราะ ขาดระบบตรวจสอบที่รัดกุมหรือมีคนส่วนน้อยที่ไม่รับผิดชอบ
- ❑ มีแนวโน้มที่จะเกิดการฟ้องร้องมากขึ้น
- ❑ ประชาชนมีความคาดหวังมากขึ้น ต้องการเห็นความโปร่งใสมากขึ้น สังคมเริ่มตั้งข้อสงสัยมากขึ้นว่าสามารถไว้ใจ รพ.และผู้ประกอบวิชาชีพได้เพียงใด



โดยสรุปก็คือทำเพื่อ
สร้างความเชื่อมั่นให้กับสังคมว่า
รพ.มีระบบการทำงานที่ไวใจได้

ทำอย่างไรสังคมจะเชื่อมั่น

- มีกรอบแนวทางว่าโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นอย่างไร

ทำอย่างไรสังคมจะเชื่อมั่น

- มีกรอบแนวทางว่าโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นอย่างไร
- ผู้นำและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรับกรอบแนวทางนั้นไป **ประเมินและพัฒนาตนเอง**

ทำอย่างไรสังคมจะเชื่อมั่น

- มีกรอบแนวทางว่าโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นอย่างไร
- ผู้นำและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรับกรอบแนวทางนั้นไป ประเมินและพัฒนาตนเอง
- แสดงความโปร่งใสด้วยการให้องค์กรภายนอกไปยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล

วิวัฒนาการ

- เริ่มจากการตรวจรับรองโรงพยาบาลเพื่อเป็น สถานที่ฝึกอบรม ศัลยแพทย์

วิวัฒนาการ

- เริ่มจากการตรวจรับรองโรงพยาบาลเพื่อเป็น สถานที่ฝึกอบรม ศัลยแพทย์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่แพทย์ มาสู่จุดเน้นของการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ

วิวัฒนาการ

- เริ่มจากการตรวจรับรองโรงพยาบาลเพื่อเป็น สถานที่ฝึกอบรม ศัลยแพทย์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่แพทย์ มาสู่จุดเน้นของการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ
- เปลี่ยนจากการเน้นที่โครงสร้างและเอกสาร มาสู่ **กระบวนการ และผลลัพธ์**

วิวัฒนาการ

- เริ่มจากการตรวจรับรองโรงพยาบาลเพื่อเป็น สถานที่ฝึกอบรม ศัลยแพทย์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่แพทย์ มาสู่จุดเน้นของการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ
- เปลี่ยนจากการเน้นที่โครงสร้างและเอกสาร มาสู่ กระบวนการ และผลลัพธ์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน มาสู่การเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง

วิวัฒนาการ

- เริ่มจากการตรวจรับรองโรงพยาบาลเพื่อเป็น สถานที่ฝึกอบรม ศัลยแพทย์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่แพทย์ มาสู่จุดเน้นของการทำงาน ร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ
- เปลี่ยนจากการเน้นที่โครงสร้างและเอกสาร มาสู่ กระบวนการ และผลลัพธ์
- เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน มาสู่การเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง
- เปลี่ยนจากกระบวนการตรวจสอบ มาเป็น**กระบวนการเรียนรู้**

กรอบแนวทาง

- "มาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีกาญจนาภิเษก"
- จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือของนักวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้บริหาร
- โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- บนพื้นฐานของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย

แนวคิดร่วมสมัย

□ ใส่ใจต่อความต้องการของลูกค้า

(Awareness of customer requirement)

แนวคิดร่วมสมัย

- ใส่ใจต่อความต้องการของลูกค้า
(Awareness of customer requirement)
- ปรับปรุงกระบวนการ/วิธีการทำงาน ไม่สิ้นสุด
(Continuous process improvement)

แนวคิดร่วมสมัย

- ใส่ใจต่อความต้องการของลูกค้า
(Awareness of customer requirement)
- ปรับปรุงกระบวนการ/วิธีการทำงาน ไม่สิ้นสุด
(Continuous process improvement)
- เสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงาน (Employee empowerment)

แนวคิดร่วมสมัย

- ใส่ใจต่อความต้องการของลูกค้า
(Awareness of customer requirement)
- ปรับปรุงกระบวนการ/วิธีการทำงาน ไม่สิ้นสุด
(Continuous process improvement)
- เสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงาน (Employee empowerment)
- การนำด้วยอุดมการณ์ (Value-based leadership)

แนวคิดร่วมสมัย

- ใส่ใจต่อความต้องการของลูกค้า
(Awareness of customer requirement)
- ปรับปรุงกระบวนการ/วิธีการทำงาน ไม่สิ้นสุด
(Continuous process improvement)
- เสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงาน (Employee empowerment)
- การนำด้วยอุดมการณ์ (Value-based leadership)
- มาตรฐานวิชาชีพ สมดุลย์ระหว่าง evidence-based และ
ประสบการณ์

มีเพียง**ส่วนน้อย**เท่านั้นที่
ภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าว
เกิดจากความผิดพลาดของ**บุคคล**

ส่วนใหญ่ เกิดจากระบบงานขององค์กร ซึ่ง
สามารถป้องกันได้โดย
การมีระบบตรวจสอบที่ดี (double check)

Bader BS (1992)
Rediscovering Quality

จุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของระบบประกัน คุณภาพ
ที่ทำกันอยู่คือการมุ่งไปค้นหา ความผิดพลาด
ที่ **ตัวบุคคล** เพียงอย่างเดียว

ละเลยกระบวนการซึ่งแวดล้อมผู้ปฏิบัติงาน
สร้างบรรยากาศของความหวาดกลัวและ ความ
เฉื่อยชา

Roberts JS & PM Schyve (1990)
The Quality Letter

หลักการของ Hospital Accreditation

- เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ
- การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเอง ร่วมกับการทบทวนผลการประเมินโดยผู้อื่น
- คุณภาพไม่ได้ขึ้นกับทรัพยากรเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการร่วมมือกันทำงานเป็นทีม
- การรับรองมีลักษณะพลวัต เป็นการรับรองว่าวันนี้ดีกว่าเมื่อวาน และกำลังก้าวไปในทิศทางที่ถูกต้อง
- เห็นความต้องการร่วมสำหรับทุกภาค ทุกระดับ

เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ

- **ง่าย** (สำหรับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน)
- **มัน** (ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขและสนุกกับงาน ได้รับการ empower เพื่อแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง)
- **ดี** (ไม่มีปัญหา ลูกค้าพอใจ ได้มาตรฐาน)
- **เห็นตัวเอง** (มีระบบ monitoring & feedback)
- **โปร่งใส** (พร้อมที่จะให้คนภายนอกมาดู)

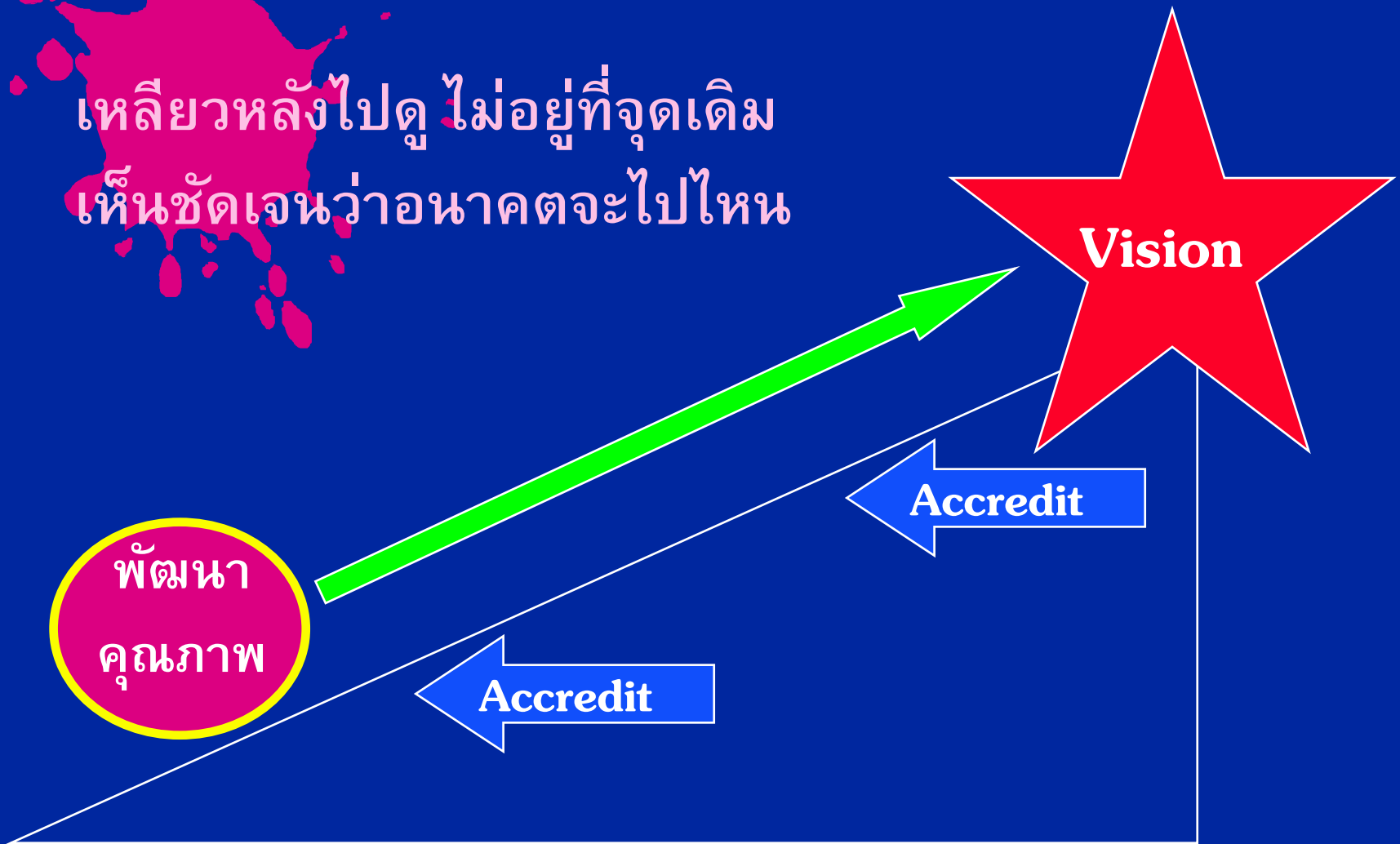


Hospital Accreditation

เห็นการพัฒนาอะไร

รับรองอะไร

เหลียวหลังไปดู ไม่อยู่ที่จุดเดิม
เห็นชัดเจนว่าอนาคตจะไปไหน



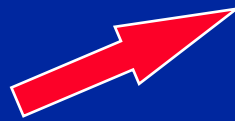
มีทิศทางร่วมกัน



พัฒนาคน



กำหนดมาตรฐาน
วิธีปฏิบัติงาน



ทำตามมาตรฐาน



ตรวจสอบและ
ปรับปรุงตนเอง



องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบภายใน

Hospital Accreditation รับรองว่า โรงพยาบาล

- มี ความมุ่งมั่น ต่อการพัฒนาคุณภาพ
- มี กระบวนการทำงาน ที่เป็นมาตรฐาน
- มี ระบบตรวจสอบตนเอง ที่น่าเชื่อถือ
- มี การบริหารงาน ที่เป็นระบบ/ทำงานเป็นทีม
- มี กำลังคน สถานที่ เครื่องมือ เหมาะสม

แนวทางการประเมิน

- มาตรฐานข้อนี้มี เป้าหมาย อะไร
- เรา ปฏิบัติอย่างไร เพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น
- การปฏิบัตินั้นมี จุดแข็ง อย่างไร
- การปฏิบัตินั้นมี จุดอ่อน อย่างไร
- ข้อมูล สันับสนุนความสำเร็จของสิ่งที่ปฏิบัติ
- จะ ปรับปรุง ให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร

GEN.1 พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์

- ❑ พันธกิจ ปรัชญา ขอบเขตการจัดบริการเภสัชกรรม สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล
- ❑ มีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่เป็นไปได้/วัดได้
- ❑ เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมกำหนด เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ
- ❑ มีการศึกษาความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าเพื่อนำมาสู่การกำหนดพันธกิจ....
- ❑ มีการสื่อสารพันธกิจ ไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ❑ เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจเป้าหมายของบริการเภสัชกรรม และทราบบทบาทของตนเอง

GEN.4/HUM.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- ❑ มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- ❑ มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ
- ❑ เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้า ประจําการ
- ❑ มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจําการอย่างสม่ำเสมอ
- ❑ มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการ เปลี่ยนพฤติกรรมและผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วย
- ❑ มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้

GEN.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

- มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติ ที่ดี (มีส่วนร่วม มีระบบ รับรอง มีการทบทวน)
- มีนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่จำเป็น
- เจ้าหน้าที่รับทราบ เข้าใจ ปฏิบัติตาม
- มีการประเมินสม่ำเสมอ

GEN.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพ

(quality monitoring & improvement)

ของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม
และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

GEN.9.1 การทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาคุณภาพ

หน่วยบริการหรือหน่วยงานทุกหน่วย

มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน

ทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ

ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

GEN.9.2.1 วิเคราะห์ลูกค้า

วิเคราะห์ ความต้องการและความคาดหวัง
ของ ผู้ป่วย และ ลูกค้า
หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ
หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



GEN.9.2.2 ข้อมูล

ติดตามศึกษา **ข้อมูลและสถิติ**

ซึ่งเป็น **เครื่องชี้วัด**ผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

GEN.9.2.3 จัดลำดับความสำคัญ

เลือก กิจกรรม หรือ

กระบวนการ ดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ

มาประเมินและปรับปรุง

GEN.9.2.4 พัฒนา

แก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ

โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์

เห็นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการ

ค้นหา สาเหตุต้นตอ

ตัดสินใจบนพื้นฐานของ ข้อมูลและข้อเท็จจริง

ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ แสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ

GEN.9.3.1 evidence-based guideline

มีกระบวนการที่จะนำความรู้
ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (scientific evidence)
มาเป็นพื้นฐานในการกำหนด
แนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วย (clinical practice
guideline)

GEN.9.3.2 clinical review

มีกิจกรรม ทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย
(clinical review) อย่างสม่ำเสมอ
เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไป **ปรับปรุง**



ขั้นตอนการเตรียมตัวสำหรับ Hospital Accreditation

๕ ขั้นตอนการเตรียมตัว

- ทบทวนโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
- กำหนดตัวผู้ประสานงานคุณภาพ
- วิเคราะห์บรรยากาศองค์กร/เสียงจากลูกค้า
- กำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ร่วม แผนยุทธศาสตร์
- วางแผนฝึกอบรม
- จัดตั้งทีมพัฒนา
- วางระบบสนับสนุนทีมพัฒนา
- ทีมประเมินและพัฒนาตนเอง
- เขียนเอกสารคู่มือการปฏิบัติงาน
- ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง



จุดประกายโครงการพัฒนาคุณภาพ (ค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนา)



ที่มาของโครงการ

- จากผู้ป่วยและลูกค้า
- จากการวิเคราะห์กระบวนการประจำวัน
- จากเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์
- จากระบบ monitoring

ที่มาของโครงการ

□ จากผู้ป่วยและลูกค้า

□ ตั้งรับ

- คำร้องเรียน

- สำนวจความพึงพอใจ

□ เชิงรุก

- วัดรอยเท้า (Benchmarking)

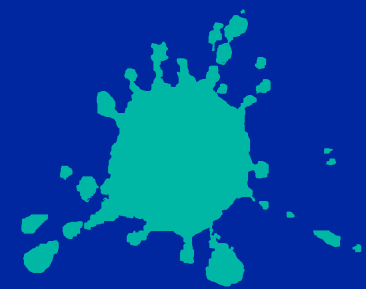
- ค้นหาความเห็น/ความต้องการใหม่ของลูกค้า

- สันทนากลุ่ม/พูดคุย

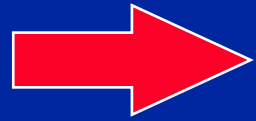


ที่มาของโครงการ

- จากผู้ป่วยและลูกค้า
- จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานประจำวัน
 - กระบวนการหลัก
 - กระบวนการสนับสนุน



การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วย



- ❑ จัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- ❑ ให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็น
- ❑ ลงนามยินยอมรับการรักษา
- ❑ การป้องกันการตรวจรักษาผู้ป่วยผิดราย
- ❑ การพิจารณาส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่น



การแลกเปลี่ยนข้อมูล



- ผู้ป่วยมีโอกาสนำข้อมูลครบถ้วน
- ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

- ❑ ชักประวัติ ประเมินร่างกาย จิตใจ ความต้องการ ความคาดหวัง ข้อจำกัด
- ❑ ตรวจวินิจฉัยในเวลาที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น
- ❑ ให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในเวลาเร็วที่สุด
- ❑ วางแผนดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม สมาชิกทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ



กระบวนการดูแลรักษา



- ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาทันทีทันทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- ให้การดูแลรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบ
- จัดระบบเพื่อการดูแลรักษาที่ปลอดภัย
- ปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม
- ประเมินผลผลการดูแลรักษาเป็นระยะ



การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย



- บันทึกข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน ในเวลาที่เหมาะสม



ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา

- ประสานงานและส่งต่อข้อมูล
- ติดตามผู้ป่วยซึ่งต้องรับการศึกษาซ้ำหรือ ศึกษาเพิ่มเติม
- ติดตามผู้ป่วยที่ขาดการมาตรวจตามนัด

ที่มาของโครงการ

- จากผู้ป่วยและลูกค้า
- จากการวิเคราะห์กระบวนการประจำวัน
- จากเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์
 - พันธกิจ (Mission)
 - ยุทธศาสตร์ (Strategies)
 - เป้าประสงค์ (Goals)
 - เครื่องชี้วัด (Indicators)

ที่มาของโครงการ

- จากผู้ป่วยและลูกค้ำ
- จากการวิเคราะห์กระบวนการประจำวัน
- จากเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์
- **จากระบบ monitoring**
 - Outcome (Morbidity, Mortality, Functional, LOS, etc.)
 - Process (Practice variation, Timeliness, Compliance)

เกณฑ์คัดเลือกโครงการ/ วางระบบ monitor

- ปริมาณมาก
- ค่าใช้จ่ายสูง
- มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหามาก
- มีความหลากหลายในการปฏิบัติ
- เป็นสิ่งที่ผู้ปวยและลูกค้ำให้ความสำคัญ

ตัวอย่างการเริ่มด้วยระบบ monitor

- ไล่ตั้งเป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยที่สุด
- ทีมต้องการทราบว่ามีโอกาสพัฒนาตรงไหน
- ทีมกำหนดตัวชี้วัด:
 - เวลารอดอยผ่าตัด
 - อัตราการส่งชิ้นเนื้อตรวจ
 - อัตราผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นบวก
 - มูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ
 - วันนอนโรงพยาบาล

ตัวอย่างการเริ่มด้วยระบบ monitor

- จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน พบว่า วันนอนเฉลี่ย 4 วัน UCL 9 วัน
- ได้นำเวชระเบียนของผู้ป่วยที่นอนนานเกินกว่า 9 วันมาทบทวน
- พบว่าส่วนใหญ่เป็น Ruptured Appendicitis และมีเวลารอคอยผ่าตัดนาน

ตัวอย่างการเริ่มด้วยระบบ monitor

- เมื่อวิเคราะห์ต่อไปพบว่าผู้ป่วยที่รอผ่าตัดนาน มักจะเกิดจากปรึกษาอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์
- ทีมได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัย และ ปรึกษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง เพื่อให้ แพทย์เวรฉุกเฉินใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ

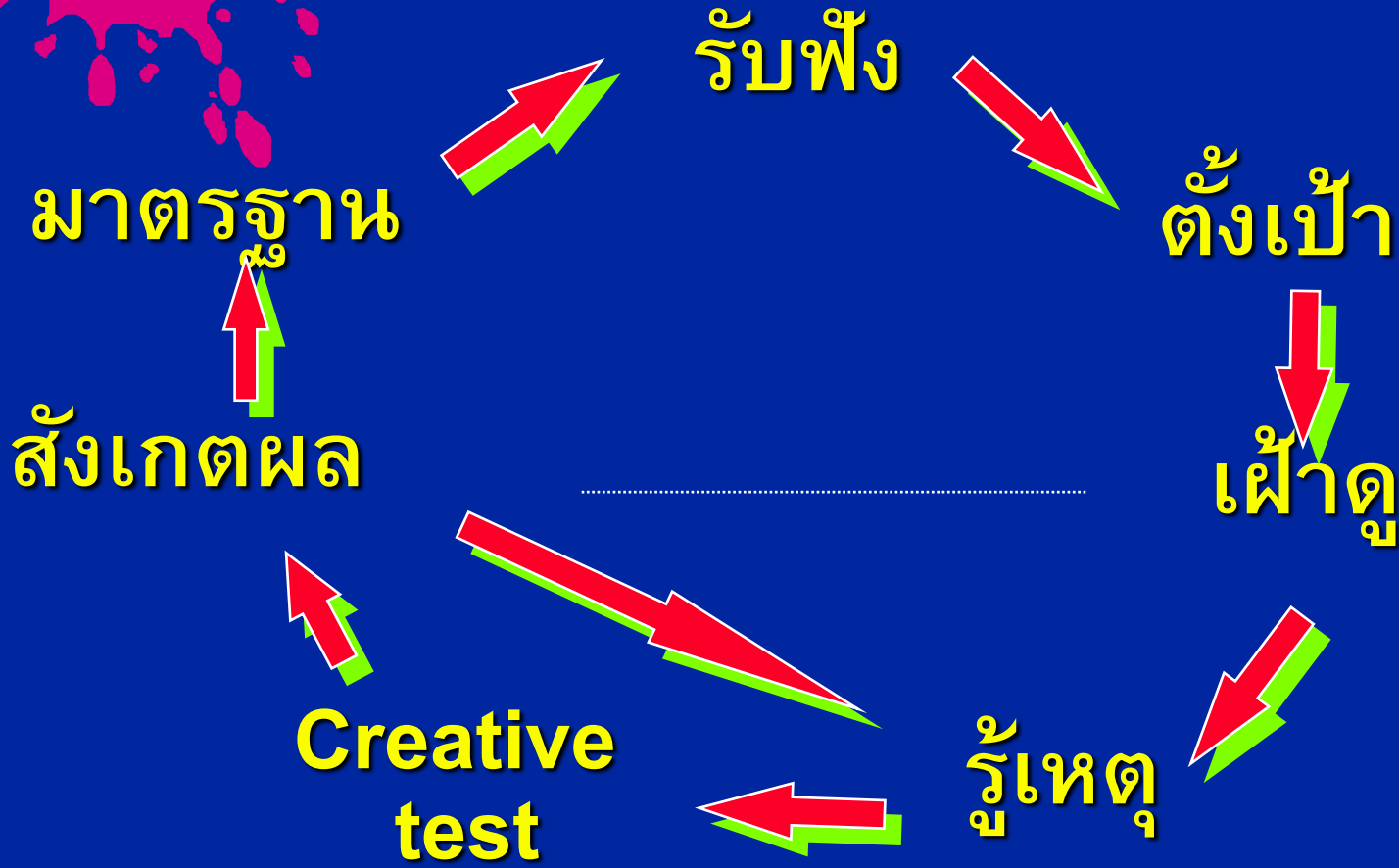


ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพ

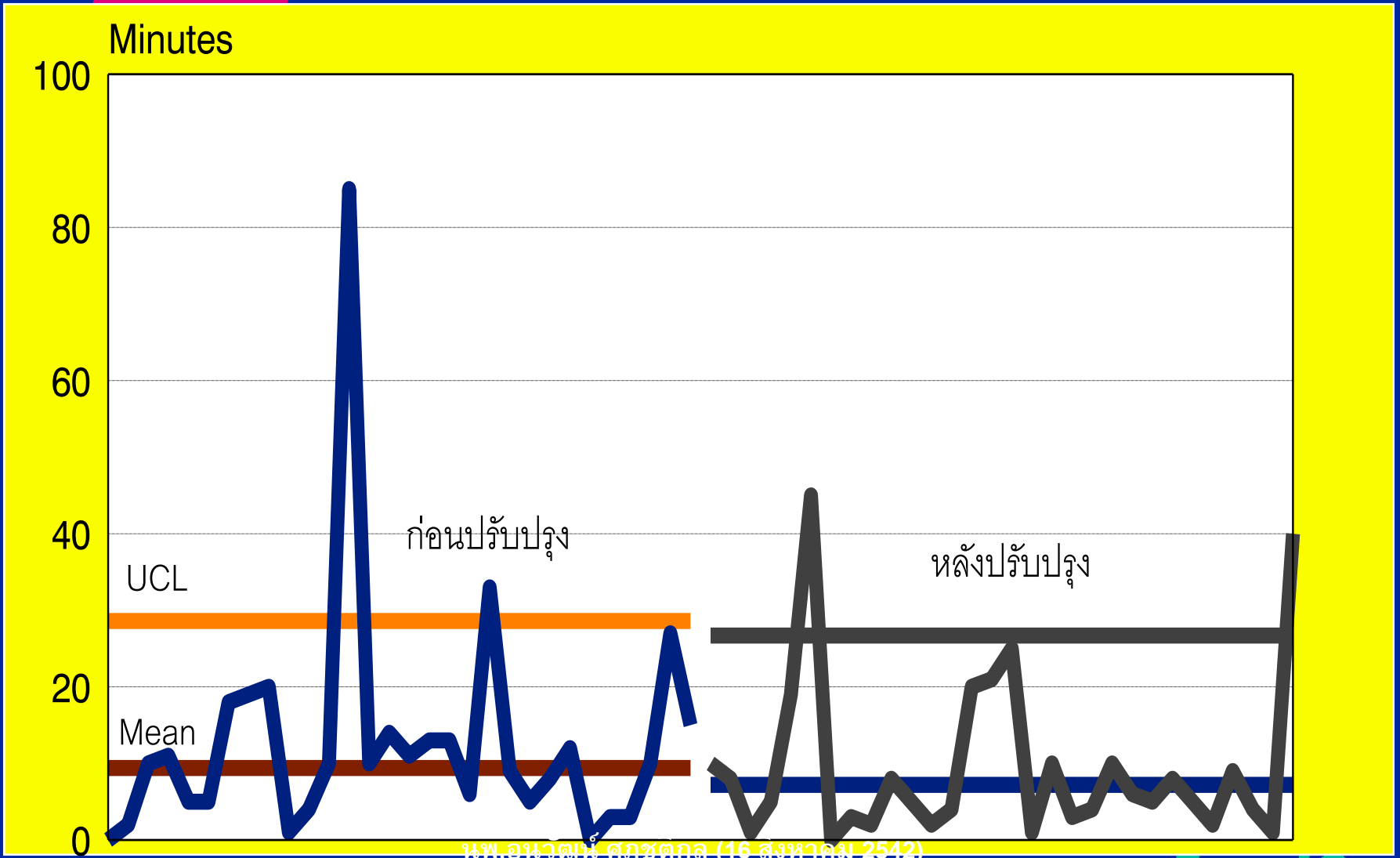
คำถามเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

- เราทำสิ่งที่ทำอยู่ไปทำไม
- เราทำได้ดีหรือไม่ วัดได้อย่างไร
- เราจะปรับปรุงสิ่งที่ทำอยู่ให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ขั้นตอนการปรับปรุง



Waiting Time for Screening



ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

Plan

1. หาโอกาสพัฒนา
2. ทำความเข้าใจระบบ
3. ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน
4. วิเคราะห์สาเหตุ
5. วิเคราะห์ทางเลือก

Do

6. ทดลองทางเลือก

Check 7. ศึกษาผล

Act

8. ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน
9. วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

1. การหาโอกาสพัฒนา เรื่องอะไรที่สมควรได้รับการหยิบยกมาปรับปรุง และใครควรมีส่วนร่วม

หน่วยงานของเรามีไว้เพื่ออะไร

ลูกค้ามีความต้องการอะไร

อะไรเป็นกระบวนการหลักเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า

มีปัญหาหรือโอกาสพัฒนาอะไร

อะไรที่เราเห็น อะไรเป็นอาการ อะไรเป็นตัวปัญหา

ลองพูดถึงปัญหา/โอกาสด้วยข้อความอื่น ๆ

ทำไมต้องแก้ปัญหา/พัฒนาเรื่องนี้

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว มีทางเลือกอื่นหรือไม่

สรุปหลังการอภิปราย

ปรับปรุงโอกาสพัฒนาหลังจากได้ข้อมูลเบื้องต้น

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

1. การหาโอกาสพัฒนา

คำถามเพื่อการปรับปรุงระบบงานขั้นต้น

อะไรที่ต้องทำซ้ำซ้อน

อะไรที่เกิดความผิดพลาดบ่อย ๆ

อะไรที่เกิดความสูญเปล่า

อะไรที่ยุ่งยากเกินจำเป็น

อะไรที่เสี่ยง

ต่อการสูญเสียทรัพย์สิน

เสียชื่อเสียง

ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

1. การหาโอกาสพัฒนา

กำหนดองค์ประกอบของทีมให้เหมาะสม

ให้มีตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

รวมทั้งผู้มีอำนาจดำเนินการเปลี่ยนแปลงในเรื่องนั้น ๆ

ถ้าเริ่มต้นจากภายในหน่วยงาน

ถ้าเป็นเรื่องของคนอื่น

->

ระบบข้อเสนอแนะ

ถ้าเป็นเรื่องร่วมกับคนอื่น

->

cross-functional team

ถ้าเป็นเรื่องของเราคนเดียว

->

ดำเนินการต่อ

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

2. ทำความเข้าใจระบบ

กระบวนการทำงานของระบบเป็นอย่างไร วัตถุประสงค์สำเร็จได้อย่างไร

ทบทวนความคาดหวัง (ของลูกค้า&ของเรา), ระบบสะท้อนข้อมูล

เขียนแผนภูมิกระบวนการทำงาน

ปรับปรุงกระบวนการให้กระชับถ้าเห็นโอกาส

กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ

กำหนดวัตถุประสงค์โครงการ

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

3. ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน ผลการทำงานของระบบในปัจจุบัน เป็นอย่างไร

- เก็บข้อมูลอะไร อย่างไร เท่าไร ที่ไหน เมื่อไร บ่อยเท่าไร ใครเก็บ
- ใช้แบบเก็บข้อมูลอะไร
- เก็บข้อมูลนำมาสร้าง control chart
- วิเคราะห์ stability ของระบบ
- ขจัดสาเหตุพิเศษของ variation

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

4. วิเคราะห์สาเหตุ อะไรคือสาเหตุที่แท้จริงของความด้อยคุณภาพหรือความผันผวน (variation)

วิเคราะห์ข้อมูล มีปัญหาที่ไหน กับใคร เมื่อไร สิ่งใด
ระดมสมอง จัดกลุ่มความคิด ใช้แผนภูมิช่วย
ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงด้วยคำถาม **ทำไม** หลาย ๆ ครั้ง
เก็บข้อมูลสนับสนุน
จัดลำดับความสำคัญของสาเหตุ
อาจจะวิเคราะห์สาเหตุของสาเหตุต่อ

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

5. วิเคราะห์ทางเลือก

อะไรคือทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับปรุงคุณภาพ

ทบทวนความต้องการและเป้าหมาย

กำหนดเกณฑ์พิจารณา และน้ำหนักของเกณฑ์

วิเคราะห์ข้อจำกัด

ระดมสมองสร้างทางเลือกสำหรับแต่ละสาเหตุที่เลือกไว้

ประเมินทางเลือก

เลือกทางเลือกที่เหมาะสม

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

5. วิเคราะห์ทางเลือก

คำถามเพื่อประเมินทางเลือก

อะไรเป็นคำตอบซึ่งจัดการกับปัญหาที่เป็นรากเหง้า

อะไรเป็นคำตอบที่ง่ายที่สุดในการนำมาปฏิบัติและดำรงไว้

การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่จะค่อย ๆ ทำเป็นขั้นตอนได้หรือไม่

คำตอบใดเพิ่มงานในระบบมากที่สุด คำตอบใดเพิ่มงานน้อยที่สุด

ข้อเสีย ผลกระทบทางลบ จุดอ่อน ของแต่ละทางเลือก การป้องกัน

จัดลำดับด้วยวิธี **Criteria rating technique**

คำตอบที่ดีที่สุดสามารถนำมาใช้ร่วมกันหรือพร้อม ๆ กันได้หรือไม่

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

6. ทดลองทางเลือก

- จะเตรียมการอย่างไรเพื่อดำเนินการทดลองโดยราบรื่น
- ทำแผน เริ่มไหนขอบเขตจำกัด (ใคร ทำอะไร เมื่อไร)
- สื่อให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องรู้ และรับข้อเสนอมาปรับปรุง
- ฝึกอบรม
- วิเคราะห์แรงหนุน แรงต้าน หาวิธีลดแรงต้าน
- กำหนดวิธีการติดตามความก้าวหน้า
- ดำเนินการทดสอบ
- เก็บข้อมูลผลการทดสอบ

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

7. ศึกษาผล

เราได้เรียนรู้อะไรจากการทดลอง

วิเคราะห์ข้อมูลตัวเลข

สาเหตุของปัญหาลดลงหรือไม่

ระดับของปัญหาลดลงหรือไม่

ระบบดีขึ้นหรือไม่

วิเคราะห์ผลที่ไม่ใช่ตัวเลข

ผลกระทบต่อบุคคล

ผลกระทบต่อระบบอื่น

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

8. ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน

จะขยายผลการปรับปรุงอย่างไร จะทำให้ยั่งยืนได้อย่างไร

เขียนมาตรฐานสำหรับระบบงานใหม่

วัตถุประสงค์ เครื่องชี้วัดคุณภาพ

แผนภูมิกระบวนการทำงาน ผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน

วิธีการตรวจสอบ

กำหนดแผนการดำเนินงานตามมาตรฐานใหม่ และฝึกอบรม

ดำเนินงาน ตรวจสอบ รับข้อมูล แก้ปัญหา

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

9. วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องนี้ยังมีอะไรให้ปรับปรุงได้อีก

จัดทำเอกสารแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

มีงานอะไรที่ทีมจะต้องทำอีก

มีอะไรเป็นอุปสรรค แก้ไขอย่างไร จะเสนออะไรให้ผู้บริหาร

จะนำไปใช้ปรับปรุงในส่วนอื่นขององค์กรอย่างไร

กำหนดเรื่องที่จะปรับปรุงลำดับต่อไป

จัดทำแผนและข้อเสนอแนะ

เขียนรายงานฉบับสมบูรณ์

การคิดด้วยหมวกสีต่าง ๆ

- สีขาว เป็นกลาง ใช้ข้อมูล/ข้อเท็จจริง
- สีแดง อารมณ์ ความเดือดดาล
- สีม่วง มองในทางลบ ชี้ให้เห็นอุปสรรค
- สีเหลือง มองในทางบวก ผลักดันให้เกิด
- สีเขียว แตกหน่อ ใช้ความคิดสร้างสรรค์
- สีฟ้า จัดระบบคิด สรุปความเห็น