

How can we get participation from people in the organization?  
 Shall we have time to do it?  
 Will the deficient of health personnels be a problem?  
 Who will help us when we have problems?  
 What will be used as standard?  
 How shall we begin?  
 Should we start at some unit that are ready or start with the whole organization?  
 Who will do the internal assessment?  
 Who will be external auditor?  
 What will be incentives?  
 Where will the national standards come from?  
 How should each hospital (various level of hospital) implement the standards?  
 What are the different between TQM & accreditation?  
 How can we convince the CEO and management team?  
 Is it necessary to have a full time co-ordinators?  
 How can we co-ordinate between hospital in the project?  
 What are different between assessment and inspection?

#### Problems

We have incomplete medical records.  
 Most standards are still structure oriented.  
 The private hospital concerns with the expense increase.  
 The physicians will be afraid of inspection and fault detection.

#### Disagreement

Complete volunteer will not work.  
 Accreditation should not emphasize only on patient care, but also on administration and academics.

1. What should be the methods to motivate the department head to participate willingly and see the important of hospital accreditation?
2. What is the main responsibility of co-ordinators , when will we have the meeting?
3. If we have any problems during implementation, will we consult with a specific consultants or to every consultants?
4. Who should determine the policy? In the development of procedure, should we give opportunities to everyone or call for volunteer, who should be the editor? (a committee or the co-ordinator?), who should approve?
5. Is it necessary that a hospital should complete every standards to be accredited?
6. How can we start build up the teams in the hospital?, how many team?, what should be the component of the team?
7. Could you explain the multidisciplinary team, the meaning and the practice?
8. Tony, how can the consultant team accredit the legal issue?
9. The model and strategy of hospital accreditation in Thailand is not clear.
10. The topic for this seminar is hospital accreditation..But the content and document focus on TQM and reengineering. We should focus on the clinical care e.g. OPD,ER, ward, lab, pharmacy , or people will confuse and can not get start.
11. We should know the technique and tools of quality system e.g. brainstorming, meeting, control chart

12. For Thai culture, bottom up is difficult for success, it should be top down. Starting in some part is a waste of time

13. Training for trainer is important. The consultants should be guranteed bythe MOPH.

- หัวข้อการสัมมนาครั้งนี้เรื่อง Hospital Accreditation แต่เนื้อหาและเอกสารประกอบการสัมมนามุ่งไปทางด้าน TQM และ reengineering organization อยากให้มุ่งเน้นเฉพาะ Accreditation แท้ เช่น งานคลินิกบริการ OPD ER ward ชั้นสูตร พยาธิ เภสัช มิฉะนั้นกลุ่มจะสับสนเริ่มงานไม่ได้
- เรามีมาตรฐานมากมายในโรงพยาบาลที่ทำโดยอาศัยพื้นฐานที่ถูกต้องตามแนวความคิดของ Quality System อยู่มากมาย การที่ให้ทำ Hospital Accreditation นั้น เรารู้ว่าต้องทำอะไรดีอย่างไร แต่เราควรจะทราบเทคนิคและเครื่องมือที่นำมาใช้บ้าง ไม่ทราบว่ามื่ออะไรบ้าง เช่น QCC มี เทคนิค (การระดมสมอง การนำเสนอ การประชุม) มีเครื่องมือ เช่น Pareto, cuase-effect diagram. control chart) เป็นต้น
- ธรรมชาติคนไทย การปล่อยให้ทำด้วยความสมัครใจแบบ bottm up คงยากหน่อยที่จะผลักดันให้ HA เกิด ควรที่จะเป็น top-down ได้ และส่งเสริมจริงจังต่อเนื่อง แบบ total (ทั้งทั้งองค์กร) การให้ทำเฉพาะส่วนอาจทำให้ต้องคอยจับปฎิเสกกระดัง หลายต่อหลายครั้ง ผู้ที่ดูแลระบบ HA เองอาจท้อแท้ ว่าเมื่อไรจะเสร็จสักที โดยไม่มองว่าต้องทำให้ "สำเร็จ" ไม่ใช่แค่ให้เสร็จเป็นพอ
- ควรที่จะต้อง train the trainer ให้เข้าใจตรงกันก่อนเข้าสู่การทำ HA จริงจัง กระทรวงเองมีตรงนี้ใหม่ ควรมีการสอบเพื่อให้มั่นใจว่ารู้จริง เข้าใจจริง มีทักษะ/ทัศนคติจริง พร้อมทั้งจะทำไปปฏิบัติ/เผยแพร่ การปล่อยให้เข้าสู่ระบบโดยให้ไปทำเองเลย นอกจากหลงทางเสียเวลาแล้ว อาจจะไม่มั่นใจได้ว่าเขาเหล่านั้นมีคุณภาพจริงหรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะที่ปรึกษาควรมี Gurantee โดยกระทรวงเช่นเดียวกันด้วย จึงจะถือว่ามีความรู้ความเข้าใจที่แน่นพอ หากคนไม่มีคุณภาพ ระบบจะมีคุณภาพอย่างไรงั้น
- เท่าที่สังเกต ส่วนน้อยที่เข้าใจเรื่อง quality ดีเพียงพอ ควรให้มีการ share idea กันบ้าง หรือ train ให้รู้เป็นแนวทางเดียวกัน จะได้ไปด้วยกันไม่เหลือมล้ำกัน (ตามกันทัน) ในระบบ quality ไม่ใช่เรื่องยากก็จริง แต่เข้าใจไม่ถนัดนัก มี process/priniciples หลากหลายที่ต้องเข้าใจเกี่ยวกับ quality concept อีกมาก การเก็บส่วนดีๆมาใช้ประโยชน์ใน รพ.เป็นเรื่องที่ดี หากรู้ concept ดีพอ แต่อาจเป็นขยะความรู้ก็ได้หากไม่รู้และเดินหลงทาง สุดท้ายต้องรื้อ/ปรับใหม่
- ทำอย่างไรก็ไม่สามารถหาเหตุผลที่ทำให้ medical staff รู้สึกว่านี่คือ benefit ที่ตัวเองจะได้ เพราะ medical staff จะรู้สึกว่าต้องลงทุนมากกว่าสิ่งที่ได้รับ

- อยากได้วิธี approach medical staff หลายๆแบบ
- จะมีวิธีใดในการจูงใจให้ผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าแผนก ให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ และเห็นความสำคัญของการทำ Hospital Accreditation
- ผู้ประสานงานหลักมีหน้าที่ทำอะไรบ้าง และต้องมาร่วมประชุมเมื่อไรบ้าง
- หากมีปัญหาในการดำเนินการ จะมีการกำหนดให้ รพ.แต่ละแห่งมีที่ปรึกษาประจำ หรือให้เรียนปรึกษาทุกท่านได้
- เอกสาร "บันทึกเหตุการณ์" ใช้บันทึกตอนไหน
- ใครควรเป็นผู้กำหนด policy การจัดทำ procedure ควรเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ทำหรือใช้ลักษณะอาสาสมัคร และใครจะเป็นผู้ edit (ควรแต่งตั้งเป็นคณะทำงานหรือเป็นหน้าที่ของผู้ประสานงานหลัก ใครเป็นผู้ลงนามรับรอง
- โรงพยาบาลจำเป็นต้องจัดทำให้มีครบทุกมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ จึงจะได้รับการ Accreditation
- การเตรียมทีมในโรงพยาบาลควรเริ่มต้นอย่างไร และทีมควรประกอบด้วยใครบ้าง จำนวนเท่าไรจึงจะเหมาะสม
- จะต้องเดินทางไปต่างประเทศช่วงใด
- การเตรียมบุคคลเพื่อให้มารับการเรียนรู้ร่วมกัน ควรกำหนดไว้ รพ.ละกี่คน และคุณลักษณะควรเป็นคนอย่างไร
- ที่ปรึกษาจะไป accredit ในเรื่องทางกฎหมายอย่างไร
- ในมาตรฐานได้กล่าวถึงการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ แต่ยังไม่ได้รับคำอธิบายจากท่านวิทยากร เห็นว่าเรื่องนี้สำคัญมาก
- ถ้ากลับไปมาปัญหาเรื่อง wording ต่างๆ ทางผู้ประสานงานจะปรึกษาใครได้
- รูปแบบ กลวิธีของ Hospital Accreditation ที่จะดำเนินการในประเทศไทยยังไม่ชัดเจน
- กลุ่มที่ควรเพิ่มเติมคือ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ รังสีเทคนิค ชูรการ พัสดู
- 
-