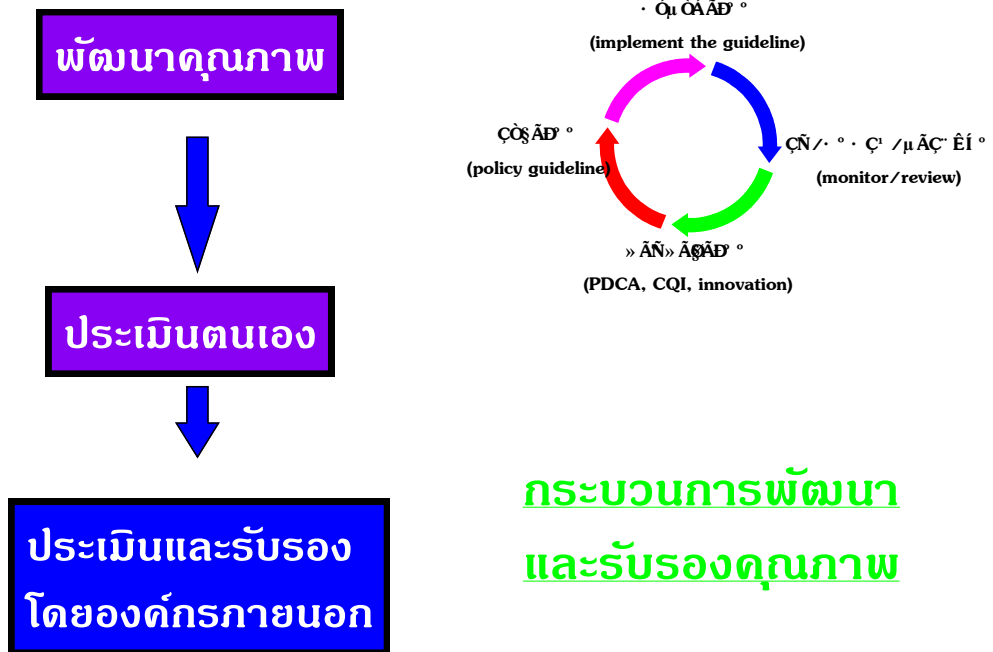

คู่มือแนวทางการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สพร.)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation-HA)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพ**ทั้งองค์กร**อย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ.

ก่อนที่จะขอรับรองคุณภาพจาก สพร. เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องประเมินและพัฒนาคุณภาพตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลมาก่อน.



การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)

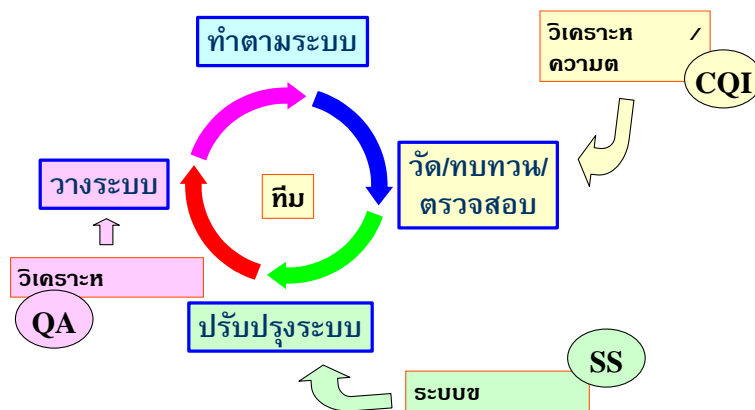
การพัฒนาคุณภาพในที่นี้ คือการจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า. มีการประสานกิจกรรมคุณภาพในลักษณะของการบริหารความเสี่ยง

(risk management-RM), การประกันคุณภาพ (quality assurance-QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continual quality improvement- CQI) เข้าด้วยกัน.

การบริหารความเสี่ยง คือ การค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้น

การประกันคุณภาพ คือ การวางระบบเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีผลลัพธ์ตามที่คาดไว้ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐาน การวัดผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแก้ไขเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาด

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์และองค์ประกอบร่วมของกิจกรรมคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพสำหรับบริการบางประเภทมีรายละเอียดเฉพาะทางด้านเทคนิคสูง สมควรที่จะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขานั้นๆ เข้าไปให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะ เช่น บริการพยาธิวิทยาคลินิก, บริการเภสัชกรรม เป็นต้น.

การประเมินคุณภาพ (Quality Assessment)

การประเมินคุณภาพคือการตรวจสอบระบบงานและสิ่งทีปฏิบัติกับข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งจะทำโดยโรงพยาบาลและโดยผู้ประเมินภายนอก.

การประเมินคุณภาพโดยโรงพยาบาล (self assessment) เป็นการประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ และตรวจสอบความพร้อมที่จะได้รับการประเมินและรับรองจากภายนอก. การประเมินตนเองของโรงพยาบาลควรประเมินโดยทีมที่เกี่ยวข้อง โดยมีทั้งประเมินเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา, การตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริง, การทบทวนแนวคิด (concept) แนวทางปฏิบัติ (document) การปฏิบัติงานจริง (action) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome) เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง, การใช้แบบประเมินตนเองเพื่อบันทึกและวิเคราะห์ระบบงานตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล.

การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก (external survey) มี 2 ขั้นตอน คือการประเมินความพร้อมของ รพ. (presurvey) และการประเมินเพื่อรับรอง (accreditation survey).

การประเมินความพร้อมของ รพ. (presurvey) เป็นการประเมินเพื่อดูว่า รพ. ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วนแล้วหรือไม่ มีประเด็นความเสี่ยงที่ชัดเจนหลงเหลืออยู่หรือไม่. โรงพยาบาลจะขอให้มีการทำ presurvey ต่อเมื่อผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับที่มั่นใจว่าได้มีการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลในประเด็นสำคัญๆ ครบถ้วน. ผลการประเมินในขั้นตอนนี้คือการให้คำแนะนำเพื่อให้ รพ. นำไปปรับปรุง. การประเมินความพร้อมอาจจะทำเป็นระยะๆ หลายครั้ง จนกว่าจะมั่นใจว่า รพ. มีความพร้อมเต็มที่สำหรับการประเมินเพื่อรับรอง.

การประเมินเพื่อรับรอง (accreditation survey) คือการไปรับทราบหลักฐานและความจริง ว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล, ตามในสิ่งที่ระบุไว้ในนโยบาย คู่มือการปฏิบัติงาน คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงจากการประเมินความพร้อม. เครื่องมือสำคัญที่ผู้ประเมินภายนอกจะใช้คือข้อมูลที่โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ซึ่งผู้ประเมินภายนอกจะต้องศึกษาล่วงหน้าก่อนที่จะไปประเมินในพื้นที่.

ข้อสรุปจากการประเมินคือจุดแข็งของโรงพยาบาล, ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ประเมินภายนอกจะต้องแจ้งให้ผู้บริหารโรงพยาบาลทราบ และขอความเห็นชอบจากโรงพยาบาล.

การรับรอง (Certification)

การรับรองโรงพยาบาล คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี ให้ความสำคัญต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย, มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, มีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ.

ผู้ตัดสินให้การรับรองโรงพยาบาล คือคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง สพร.แต่งตั้งขึ้น. คณะกรรมการจะตัดสินโดยพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากผู้ประเมินภายนอก. ลักษณะของการรับรองมีดังนี้

- รับรอง 3 ปี สำหรับโรงพยาบาลที่บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากหรือดีเลิศ เป็นแบบอย่างที่ดี มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.
- รับรอง 2 ปี สำหรับโรงพยาบาลที่บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ไม่มีความเสี่ยงที่ชัดเจน มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.
- ไม่รับรอง สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วน ยังมีความเสี่ยงปรากฏอย่างชัดเจน

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
1. การพัฒนาคุณภาพ		
1.1 การพัฒนาคุณภาพ	ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานใน รพ.	จิตใจที่มุ่งมั่น, การทำงานเป็นทีม, การมีระบบงานที่มุ่งคุณภาพและความปลอดภัยที่จะให้แก่ผู้ป่วยและลูกค้า, การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
1.2 การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	ผู้บริหาร รพ.	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
2. การประเมิน		
2.1 การประเมินตนเอง	ทีมงานพัฒนาคุณภาพ, ทีมผู้ประเมินภายใน	เห็นจุดแข็ง จุดอ่อนของ รพ., เห็นโอกาสพัฒนา, ทราบความก้าวหน้าในการพัฒนา, ทราบความพร้อมในการขอรับรอง
2.2 การประเมินความพร้อม	ทีมผู้ประเมินภายนอก	ระดับความพร้อมในการขอรับรอง, ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
2.3 การประเมินเพื่อรับรอง	ทีมผู้ประเมินภายนอก	ระดับการปฏิบัติตาม <ul style="list-style-type: none"> ● ข้อกำหนดของมาตรฐาน รพ. ● ข้อกำหนดของ รพ. ● ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ● ข้อเสนอแนะจากการประเมินความพร้อม ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
3. การรับรอง รพ.	คณะกรรมการรับรอง รพ. (accreditation committee)	ระดับที่ให้การรับรอง

การประเมินจากภายนอก (External Survey)

เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง, การประเมินจะเน้นกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร เพื่อตอบคำถามต่อไปนี้:

- มีการจัดระบบงานไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่ (approach)
- มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดไว้หรือไม่ (deployment)
- กระบวนการเหล่านั้นทำได้ดีหรือไม่ (result)
- โรงพยาบาลกำลังปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนหรือไม่ (continual improvement)

ลักษณะของการ Survey

(น่าจะ integrate เข้าไปในเนื้อหาของการ survey)

การ survey จะมีลักษณะต่อไปนี้:

- **เน้นสหวิชาชีพ (multidisciplinary focus)** การทำงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงานในสาขาและหน่วยงานต่างๆ.
- **เป็นการให้ความรู้และให้คำปรึกษา (educational & consultative)** ในทุกแง่มุมเกี่ยวกับ performance ของโรงพยาบาล.
- **ปรับให้เข้ากับแต่ละโรงพยาบาล (tailored to the hospital)** ขึ้นกับพันธกิจ ขอบเขตบริการ และประเภทของผู้ป่วย.
- **มีปฏิสัมพันธ์ (interactive)** ผ่านการสัมภาษณ์กับบุคคลและทีมต่างๆ.
- **เน้นการปฏิบัติ (performance-oriented)** เป็นการเน้นทั้งการปฏิบัติจริง รวมทั้งแผนและนโยบาย.
- **คงเส้นคงวา (consistent)** โดยอาศัยแนวทางการ survey ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน.
- **ทำงานเป็นทีม (team-based)** ข้อมูลจะได้จากผลการสังเกตของ surveyor 2 คนขึ้นไป ซึ่งมาจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง.
- **ทำงานโดยมีการวางแผน (planned)** องค์กรผู้สำรวจจะกำหนดตัวบุคคลที่จะประสานงานเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาล ข้อมูลของโรงพยาบาลจะช่วยให้ surveyor ทำงานได้ดีขึ้น.

- **เปิดเผย (open)** มีการสื่อสารสิ่งที่พบตลอดการ survey ในแต่ละวัน และขึ้นสรุปผล และโรงพยาบาลจะได้รับรายงานเบื้องต้นเป็นลายลักษณ์อักษรทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการ survey.

ประเภทของการ Survey

1. การประเมินความพร้อม (Presurvey)

เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบความพร้อมของ รพ. ที่ขอรับการรับรองครั้งแรก และให้คำแนะนำเพื่อให้ รพ. นำไปปรับปรุง. การประเมินความพร้อมอาจจะทำเป็นระยะๆ หลายครั้ง จนกว่าจะมั่นใจว่า รพ. มีความพร้อมเต็มที่สำหรับการประเมินเพื่อรับรอง.

2. การประเมินเพื่อรับรอง (Accreditation Survey)

2.1 สำหรับ รพ. ที่ขอรับการรับรองครั้งแรก

เป็นการประเมินเมื่อมั่นใจว่า รพ. มีความพร้อมเต็มที่แล้ว. รพ. อาจจะได้คำแนะนำใน 2 ลักษณะ คือ ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปรับปรุง (ข้อเสนอแนะประเภท 1)¹ และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง (ข้อเสนอแนะประเภท 2)². รพ. ที่ได้รับข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปรับปรุงจะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อนจึงจะได้รับการรับรอง.

2.2 สำหรับ รพ. ที่เคยได้รับการรับรองแล้ว

ใช้สำหรับโรงพยาบาลที่เคยได้รับการรับรองมาแล้ว โดยทำทุก 2-3 ปี. โดยทั่วไปจะทำภายในช่วงเวลา 45 วัน ก่อนหรือหลัง วันหมดอายุของการรับรองครั้งก่อน. สถานะการรับรองของโรงพยาบาลเดิมจะยังมีผลอยู่จนกว่าจะมีการตัดสินใจครั้งใหม่.

3. การ Survey ซ้ำเฉพาะเรื่อง (Focused Survey)

ในกรณีที่โรงพยาบาลได้รับข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปรับปรุง (ข้อเสนอแนะประเภท 1) จะมีการติดตามการแก้ไขปรับปรุงของ รพ. ในบางเรื่อง การเขียนรายงานหลังการปรับปรุงแล้วอาจจะเพียงพอ, เรื่องที่สำคัญอาจจะต้องมีการ survey ซ้ำเฉพาะเรื่องนั้น.

4. การ Survey โดยไม่ได้วางแผน (Unscheduled Survey)

เมื่อได้รับทราบว่าจะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือความปลอดภัย จะมีการ survey โดยแจ้งให้โรงพยาบาลทราบล่วงหน้า 24-48 ชั่วโมง.

6. การ Survey เฝ้าระวัง (Surveillance Survey)

¹ ข้อเสนอแนะประเภทที่ 1 คือข้อเสนอแนะซึ่งมีผลต่อการรับรองคุณภาพในครั้งนี้ ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนจึงจะได้รับการรับรอง เปรียบได้กับ Corrective Action Request ของระบบ ISO9000

² ข้อเสนอแนะประเภทที่ 2 คือข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปสู่ความเป็นเลิศ การได้รับข้อเสนอแนะประเภทนี้ไม่มีผลต่อคำตัดสินการรับรอง แต่อาจจะนำมาพิจารณาในการประเมินรอบต่อไปว่าได้นำข้อเสนอแนะเหล่านั้นมาพิจารณาเพียงใด

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้ว จะได้รับการ survey ใฝ่ระวัง ในช่วงเดือนที่ 10-14 หลังจากได้รับรองหรือในช่วงกึ่งกลางของอายุการรับรอง. โรงพยาบาลจะได้รับทราบล่วงหน้า 24-48 ชั่วโมง เป็นการ survey โดยทีม surveyor ในประเด็นสำคัญหรือมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาในภาพรวม.

7. การประเมินเมื่อมีการปรับเปลี่ยน (Verification Survey)

ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นในกรณีต่อไปนี้จะต้องมีการประเมินเพื่อขยายการรับรอง ได้แก่ การมีบริการใหม่, มีการเปลี่ยนสถานะของโรงพยาบาล, การเปลี่ยนเจ้าของ, การเปลี่ยนผู้บริหารระดับสูง (ผู้อำนวยการ, ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์, หัวหน้าพยาบาล), มีการย้ายบริการอย่างน้อย 25% ไปยังสถานที่ใหม่, มีการขยายบริการมากกว่า 25% (จำนวนผู้ป่วย, เครื่องมือ), มีการให้บริการในระดับที่ซับซ้อนขึ้น, มีการรวมตัวกับหน่วยบริการอื่นซึ่งไม่เคยได้รับการรับรอง.

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โรงพยาบาลจะต้องแจ้งให้ทราบภายใน 30 วัน และจะมีการประเมินซ้ำเพื่อยืนยันการรับรองหากอายุการรับรองยังมีเหลือมากกว่า 9 เดือน โดยอายุการรับรองจะไม่ขยายมากกว่าเดิม.

สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการประเมิน

คณะผู้ประเมินซึ่งประกอบด้วยนักบริหาร แพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จะได้รับข้อมูลเบื้องต้นเพื่อช่วยให้ทำความรู้จักกับโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น. เอกสารชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตารางการทำงาน รายงานการประเมินครั้งที่แล้ว และคำร้องเรียนที่ได้รับ (ในกรณีการประเมินครั้งต่อๆ มา).

การประเมินนี้เป็นการสรุปผลโดยสมาชิกของคณะผู้ประเมินทุกคน ซึ่งใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ในเวลาและสถานที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น.

กิจกรรมที่จะเกิดขึ้นระหว่างการประเมินได้แก่ การทบทวนเอกสาร, การสัมภาษณ์ผู้นำของโรงพยาบาล, การเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วยและสนทนากับ Patient Care Team, การสัมภาษณ์ตามระบบงานหรือหน้าที่, กิจกรรมประเมินอื่นๆ และการสะท้อนข้อมูลให้ รพ.

1. การทบทวนเอกสาร (Document Review)

หลังจากเปิดประชุมและนำเสนอข้อมูลภาพรวมแล้ว, คณะผู้ประเมินจะทบทวนเอกสารเพื่อทำความเข้าใจว่าโรงพยาบาลเน้นความสำคัญในเรื่องอะไร. เอกสารเหล่านี้ประกอบด้วย ทิศทางนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, รายงานการประชุมของคณะกรรมการ

ต่างๆ, คู่มือการปฏิบัติงาน, เกณฑ์การตัดสินใจ, แนวทางการออกแบบ/วัด/ปรับปรุง บริการ, รายงานการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดและการนำเสนอผลการพัฒนา, ผลการศึกษาความต้องการของลูกค้า, กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง, งบประมาณ, ผลการตรวจสอบโดยองค์กรภายนอก, ธรรมนูญขององค์กรแพทย์, รายงานการประชุมองค์กรแพทย์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การทบทวนเอกสารเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการประเมิน และเตรียม surveyor ให้พร้อมสำหรับกิจกรรมอื่นๆ. จะไม่มีการให้คะแนน compliance จนกว่าจะได้ประเมินด้วยวิธีอื่นๆ แล้ว.

2. การสัมภาษณ์ผู้นำของโรงพยาบาล (Leadership Interview)

การสัมภาษณ์กระทำหลังจากทบทวนเอกสารแล้ว และก่อนที่จะไปเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วย. เป็นการสนทนาในเรื่องความร่วมมือของผู้นำระดับสูงในการวางแผน การออกแบบ การดำเนินการ และการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย. ส่วนการสัมภาษณ์เฉพาะเรื่อง เช่น ผู้นำแพทย์ ผู้นำพยาบาล หัวหน้าแผนก จะกระทำหลังจากไปเยี่ยมหน่วยบริการต่างๆ ซึ่งทำให้ surveyor มีความรู้เกี่ยวกับ performance ของโรงพยาบาลมากขึ้นเสียก่อน.

3. การเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วย (Patient Care Visit) และ Patient Care Team

ทีม surveyor จะใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่งในการเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วยเพื่อดู performance ในการให้บริการ. การเยี่ยมนี้จะดูว่ากิจกรรมบริการต่างๆ มีการประสานสอดคล้องกันได้ดีเพียงใด รวมทั้งการดูว่ากระบวนการวางแผนและออกแบบได้รับการปฏิบัติและปรับปรุงอย่างไร.

การเยี่ยมแต่ละหน่วยจะประกอบด้วย การสนทนากับผู้บริหารของหน่วยและ Patient Care Team, การสนทนากับผู้ป่วย, การสังเกตสิ่งแวดล้อม การควบคุมการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ สิทธิผู้ป่วย, และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยพร้อมทั้งทีมสหสาขา.

หน่วยบริการผู้ป่วยนี้จะรวมผู้ป่วยนอก, อุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ทันตกรรม, หอผู้ป่วย.

4. การเยี่ยมหน่วยบริการอื่นๆ (Ancillary Service Visit) เวชกรรมฟื้นฟู

เป็นการเยี่ยมคล้ายกับการเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วย หน่วยบริการเหล่านี้ได้แก่ สุขศึกษา, พยาธิวิทยา/พยาธิวิทยาคลินิก, รังสีวิทยา, เภสัชกรรม, โภชนาการ, การผ่าตัดและระับความรู้สึก, หน่วยสนับสนุนบริการอื่นๆ.

4. การสัมภาษณ์ตามระบบงานหรือหน้าที่ (Function Interview)

เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับระบบงานใดระบบงานหนึ่ง. เป็นการติดตามประเด็นที่ได้จากการทบทวน

เอกสารและประเด็นที่ได้จากการสังเกตในหน่วยบริการผู้ป่วย การสัมภาษณ์นี้อาจจะทำโดย surveyor คนเดียวหรือหลายคน.

การสัมภาษณ์เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวของ surveyor และเจ้าหน้าที่ซึ่งมีบทบาทในระบบงานที่จะสัมภาษณ์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และความเชื่อมโยงกับกิจกรรม survey อื่นๆ. การสัมภาษณ์จะครอบคลุมประเด็นเรื่องการวางแผน ออกแบบ ดำเนินการ การวัด การประเมิน และการปรับปรุงระบบงาน และปิดท้ายด้วยการให้ข้อคิดเห็นสรุป.

ระบบงานหรือหน้าที่ที่จะมีการสัมภาษณ์ได้แก่ การควบคุมการติดเชื้อ, การบริหารสารสนเทศ, ทรัพยากรบุคคล, การตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์, ทีมประสานงานกลาง พัฒนาคุณภาพ.

5. กิจกรรมประเมินอื่นๆ

กิจกรรมอื่นๆ เช่น การเดินดูรอบๆ บริเวณ, การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของการดูแลผู้ป่วย (อาคารและเครื่องมือ).

6. การสะท้อนข้อมูล (Feedback Session)

การให้คะแนนผลการประเมินจะทำต่อเมื่อได้ไปเยี่ยมหน่วยบริการและสัมภาษณ์ครบแล้ว. อย่างไรก็ตาม ผู้ประเมินจะนำสิ่งที่สังเกตพบมาอภิปรายกันในแต่ละวัน. ผู้ประเมินจะต้องสรุปสิ่งที่พบและร่างรายงาน และอภิปรายกับทีมผู้นำของโรงพยาบาลก่อนที่จะกลับ.

การเตรียมเพื่อรับการประเมิน

การเตรียมตัวเพื่อรับการประเมินคือการแสดงว่าโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามพันธกิจที่ได้กำหนดไว้ และสอดคล้องกับข้อกำหนดในมาตรฐาน. ไม่ใช่เป็นการแสดงว่า "โรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการขององค์กรผู้ประเมิน" แต่เป็นการแสดงว่า "โรงพยาบาลได้พยายามให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยอย่างไร" ขั้นตอนในการเตรียมตัวประกอบด้วย:

1. **ศึกษาข้อมูลทั้งหมดในคู่มือ** ได้แก่ มาตรฐาน ความมุ่งหมาย กระบวนการ survey และรับรอง โปรดจำไว้ว่าจะต้องยึดหลักสหสาขา และครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล ไม่จำกัดเฉพาะแผนกใดแผนกหนึ่งหรือสาขาใดสาขาหนึ่ง.
2. **เข้าร่วมสัมมนา** และรับเอกสารเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ.
3. **ติดต่อเชื่อมโยงกับบุคคลอื่น**ซึ่งเพิ่งจะผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ.

4. วิเคราะห์ว่ามาตรฐานเรื่องใดที่โรงพยาบาลยังทำได้ไม่ดี ถ้ามีจำนวนมากอาจจะต้องจัดอันดับความสำคัญ.
5. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงในเรื่องที่มีความสำคัญ ควรมีผู้แทนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ.
6. จัดการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้มั่นใจว่าทุกคนเข้าใจกระบวนการ survey.
7. **ซ้อม survey** อาจจะเป็นการซ้อมโดยเจ้าหน้าที่ภายในเองหรือจากที่ปรึกษาภายนอกก็ได้.
8. **แก้ไขปัญหา**ซึ่งพบระหว่างการซ้อม survey จัดการกับปัญหาที่สำคัญก่อน กำหนดผู้รับผิดชอบและประชุมติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ.
9. **ประชุม**เจ้าหน้าที่ก่อนวัน survey เพื่อทบทวนความคาดหวัง และลดความกังวลของเจ้าหน้าที่.

การเตรียมตัวที่ดีคือการนำข้อกำหนดในมาตรฐานเข้าไปใช้ในชีวิตประจำวัน. ด้วยการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง รพ. จะสามารถแก้ปัญหาได้ก่อนที่จะเกิดเรื่องรุนแรง.

การสื่อสารระหว่างสพร. กับโรงพยาบาล

เวลา	เหตุการณ์	คำอธิบาย	กิจกรรมของ รพ.
6 เดือนก่อนวัน survey	ส่งคำขอ/แบบฟอร์มให้ รพ.		
1 เดือนหลังได้รับแบบฟอร์ม	ส่งคำขอและแบบสอบถามเพื่อการวางแผน survey ให้ สพร.		เจ้าหน้าที่ รพ. อย่างน้อย 1 คน กรอกแบบสอบถาม
3 เดือนก่อนวัน survey	สพร. ส่งแบบประเมินตนเองให้ รพ.		
2 เดือนก่อนวัน survey	รพ. ส่งแบบประเมินตนเองที่ประเมินแล้วให้ สพร.		ทีมพัฒนาคุณภาพแต่ละทีมเป็นผู้ประเมิน
6 สัปดาห์ก่อนวัน survey	สพร. ส่ง invoice และวันชำระเงินให้ รพ.		แจ้งให้ฝ่ายการเงินของ รพ. ดำเนินการ
6 สัปดาห์ก่อนวัน survey	สพร. ส่งกำหนดการ survey ให้ รพ. และประวัติ surveyor		

ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับกำหนดการ	ปรับกำหนดการ และ คำยืนยันการรับหรือ ปฏิเสธ surveyor	อาจจะติดต่อกันโดย โทรศัพท์หรือโทรสาร	เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 1 คน จะต้องทบทวน กำหนดการ พิจารณา ความเหมาะสม ความ สะดวก
2 สัปดาห์ก่อนวัน survey	กำหนดการ survey และ เอกสารประกอบ	รพ.จะได้รับกำหนดการ survey	รพ.จะต้องใส่ชื่อเจ้าหน้าที่ ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมใน แต่ละช่วงของกำหนดการ รวมทั้งสถานที่ประชุม
2 สัปดาห์ก่อนวัน survey	รวบรวมข้อมูล	รพ.จะต้องรวบรวม เอกสารและบันทึกต่างๆที่ จำเป็นสำหรับการ ทบทวนของ surveyor	ระยะเวลาที่ใช้ขึ้นกับ ระบบการเก็บข้อมูลของ รพ.
วัน survey	Survey	อย่างน้อย 2 วัน	เจ้าหน้าที่ที่ถูกกำหนดตัว ไว้จะต้องเข้าร่วมกิจกรรม
7 สัปดาห์หลัง survey	ตัดสินระดับการรับรอง	รพ.จะได้รับรายงานการ ตัดสินและรายงานฉบับ ละเอียด	
1, 6 เดือนหลัง survey หรือมากกว่า	Monitoring	รพ.ส่วนมากจะได้ ข้อเสนอแนะประเภท 1 ซึ่ง จะต้องมีการ survey เฉพาะเรื่องหรือต้องส่ง รายงาน	จะต้องเตรียมตั้งแต่การ survey สิ้นสุด รายงาน ฉบับละเอียดจะบ่งบอก ว่าต้องทำอะไรบ้าง
ทุก 2 เดือน	จดหมายข่าวจาก สพร.	เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การปรับปรุงมาตรฐาน การให้คะแนน วิธีการ ปฏิบัติ	
11-13 เดือนหลัง survey	Surveillance survey	ทุก รพ.ที่ได้รับการรับรอง	ไม่มีการเตรียมตัว เป็น การสร้างหลักประกันว่า รพ.จะปฏิบัติตาม มาตรฐานตลอดวงรอบ ของการรับรอง

รายละเอียดในการประเมินจากภายนอก (External Survey)

ตอนที่ 1 การเริ่มต้น

1.1 แนะนำตัว (Opening Conference)

คืออะไร	เป็นการพบกันระหว่างบุคคลสำคัญของ รพ. กับทีม surveyor ในวันแรก
เป้าหมาย	แนะนำตัว surveyor ให้กับบุคคลสำคัญของ รพ. และปรับกำหนดการ survey เป็นครั้งสุดท้าย
สถานที่	ตามที่ รพ. กำหนด
เวลา	0830 ของวันแรก
ผู้เข้าร่วม	ผู้อำนวยการ, ผู้ประสานงานการ survey, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ. กำหนด (กรรมการบริหารและแพทย์ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วม)
เกิดอะไร	ผู้นำทีม survey ต้องเริ่มให้ตรงเวลา หลังจากแนะนำตัวกันแล้ว ให้พิจารณาปรับกำหนดการ survey ถ้าจำเป็น
เอกสารที่ใช้	กำหนดการ survey
เคล็ดลับ	- เวลาที่มีความสำคัญมาก ขอให้เริ่มทันทีเมื่อถึงเวลา - เตรียมที่จะพูดคุยเรื่องการปรับกำหนดการถ้าจำเป็น - ผู้นำทีม survey จะเป็นทรัพยากรที่เป็นประโยชน์สำหรับ รพ. ที่จะช่วยทำความเข้าใจในข้อสงสัยต่างๆ
ข้อควรรู้	รพ. ไม่ต้องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตบริการ เพราะทีม survey จะได้รับข้อมูลมาก่อนแล้วและในขั้นตอนการทบทวนเอกสาร

1.2 การนำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ

(Quality Improvement Overview Presentation)

คืออะไร	เป็นการทำให้ทีม surveyor เห็นภาพแนวทางการพัฒนาคุณภาพของ รพ. ให้บริบทสำหรับกิจกรรม survey ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ
เป้าหมาย	ให้โอกาส รพ. ในการอธิบายปรัชญาและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ, อธิบายเหตุผลที่ใช้แนวทางดังกล่าว, บรรยายว่ามีการปรับแนวทางนั้นให้เข้ากับพันธกิจ วิสัยทัศน์ ขอบเขตบริการ และวัฒนธรรมของ รพ. อย่างไร
สถานที่	ตามที่ รพ. กำหนด
เวลา	หลังจากแนะนำตัว ก่อนทบทวนเอกสาร ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที
ผู้เข้าร่วม	ผู้นำเสนอ
เกิดอะไร	ผู้นำทีม surveyor จะเกริ่นนำเป้าหมายของการนำเสนอ จากนั้นเจ้าหน้าที่ของ รพ. จะบรรยายปรัชญาและเหตุผลของการใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพ, ผู้รับผิดชอบในการประสานงาน, ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประสานงานกับผู้บริหารระดับสูง, การวัดผลคุณภาพ, กิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะ, วิธีการปรับปรุงและเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, สรุปผลการพัฒนาที่เห็นชัดเจน
เอกสารที่ใช้	แผนภูมิแสดงโครงสร้างของคณะกรรมการหรือกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และสายการติดต่อสื่อสาร
เคล็ดลับ	การใช้ flowchart หรือแผนภูมิอาจจะช่วยให้อธิบายกิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ง่ายขึ้น
ข้อควรรู้	-กิจกรรมนี้เป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมอื่นๆของการ survey -surveyor จะยังไม่มีเวลาอ่านเอกสารละเอียดในระหว่างการนำเสนอ -ไม่จำเป็นต้องให้คณะกรรมการ รพ. หรือบุคคลอื่นซึ่งไม่ได้นำเสนอเข้าร่วมประชุม

ตอนที่ 2 การประเมิน

2.1.1 การทบทวนเอกสาร

คืออะไร	เป็นกิจกรรมการประเมินอันดับแรก
เป้าหมาย	เพื่อให้ surveyor ได้ทราบภาพรวมและบริการที่สำคัญของ รพ., เป็นการเตรียมการสำหรับกิจกรรมที่จะตามมา, และค้นหาประเด็นที่จะเจาะลึกต่อไป
สถานที่	ห้องที่จัดไว้เป็นสำนักงานสำหรับ surveyor จำเป็นต้องมีโต๊ะประชุมขนาดใหญ่เพื่อวางเอกสาร
เวลา	ในวันแรกหลังจากการนำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ
ผู้เข้าร่วม	ผู้ประสานงานการ survey หรือผู้ที่มีความคุ้นเคยกับเอกสารที่รวบรวมมา ซึ่งสามารถให้คำแนะนำแก่ surveyor ได้ว่าเอกสารใดอยู่ตรงไหน
เกิดอะไร	<ul style="list-style-type: none">-รพ.ควรจัดเตรียมเอกสารไว้เป็นกลุ่มตามระบบงานต่างๆ โดยมีเอกสารพื้นฐานตามข้อกำหนดในมาตรฐาน รวมทั้งธรรมนูญขององค์กรแพทย์/โรงพยาบาล-หัวหน้าทีม surveyor จะถามผู้ประสานงานเกี่ยวกับวิธีจัดระบบเอกสาร ถามหาเอกสารบางเรื่อง ขอให้ชี้แจงหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อต้องการ ส่วนใหญ่จะดูกันเอง-surveyors แต่ละคนจะอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องกับส่วนที่ตนเองต้องรับผิดชอบ จดบันทึกไว้ข้างอิงภายหลัง ระบุว่าต้องการเอกสารอะไรเพิ่มเติม และแลกเปลี่ยนข้อสังเกตกับ surveyor อื่นๆ-เมื่อสิ้นสุดการทบทวนทีมจะกำหนดหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ผู้นำ ประเด็นที่จะต้องดูเป็นพิเศษในระหว่างการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย ระบุเอกสารที่ต้องการเพิ่มเติม และเอกสารที่ต้องการทบทวนเพิ่มเติมในตอนเย็น รวมทั้งอธิบายกระบวนการทบทวนเวชระเบียนเพื่อจัดเตรียม
เอกสารที่ใช้	รายงานการประชุมของคณะกรรมการต่างๆ, คู่มือการปฏิบัติงาน, เกณฑ์การตัดสินใจ, แนวทางการออกแบบ/วัด/ปรับปรุง บริการ, รายงานการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดและการนำเสนอผลการพัฒนา, ผลการศึกษาความต้องการของลูกค้า, กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง, พันธกิจ/วิสัยทัศน์/แผนยุทธศาสตร์, งบประมาณ, ผลการตรวจสอบโดยองค์กรภายนอก, ธรรมนูญองค์กรแพทย์, รายงานการประชุมองค์กรแพทย์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
ข้อควรรู้	Surveyor อาจจะต้องการดูเอกสารบางอย่างต่อในช่วงกลางคืน แต่จะไม่ขอเอกสารเฉพาะของผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่รายใดรายหนึ่ง และจะไม่นำออกไปหาก รพ.ไม่อนุญาต

2.1.2 การสัมภาษณ์ผู้นำ (Leadership Interview)

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์ทีมผู้นำระดับสูงของ รพ.
เป้าหมาย	เพื่อประเมินการสื่อสารระหว่างผู้นำระดับสูง, ประเมินการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ, ประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน, ชักถามประเด็นที่ได้จากการทบทวนเอกสาร, และค้นหาประเด็นที่จะมุ่งเน้นในการ survey
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	ในวันแรกหลังจากรับฟังการนำเสนอภาพรวมของการพัฒนาและการทบทวนเอกสาร ก่อนที่จะดำเนินกิจกรรม survey อื่นๆ
ผู้เข้าร่วม	ผอ., รอง ผอ., ประธานหรือผู้แทนกรรมการ รพ., ประธานแพทย์, หัวหน้าพยาบาล, ผู้ประสานงานคุณภาพ, เจ้าหน้าที่อาวุโสอื่นที่ผอ.กำหนด
เกิดอะไร	ผู้นำทีม survey จะเป็นผู้เริ่มต้นสัมภาษณ์ ทุกคนจะมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้เห็นว่าไม่มีองค์ประกอบใดสำคัญกว่าอันอื่น
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	ตรวจสอบข้อมูลสัมภาษณ์ก่อนวันจริง, จำกัดผู้เข้าประชุมให้น้อยที่สุด, ให้นับว่าผู้นำอาวุโสวางแผนงานร่วมกันอย่างไรในการให้บริการและการบริหาร
ข้อควรรู้	อย่ามุ่งหวังว่าจะได้รับข้อเสนอแนะจาก surveyor ในขั้นตอนนี้, คำตอบในขั้นตอนนี้ surveyor จะนำไปประกอบกับข้อมูลอื่นๆเพื่อประเมินระดับคะแนน

2.2 การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย (Visit to Patient Care Settings)

คืออะไร	เป็นการเยี่ยมจุดที่ให้การดูแลผู้ป่วย
เป้าหมาย	เพื่อศึกษาการนำ การพัฒนาคุณภาพ และการร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ
สถานที่	จุดที่ให้การดูแลผู้ป่วย
เวลา	ตามกำหนดการ
ผู้เข้าร่วม	หัวหน้าหน่วย, ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องทุกวิชาชีพ
เกิดอะไร	<ul style="list-style-type: none">-หัวหน้าหน่วยงานแนะนำให้รู้จักหน่วยงาน ขอบเขตและปริมาณบริการ-การสังเกตดูบรรยากาศของการดูแลผู้ป่วย-การสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว-การประชุมร่วมกับ Patient Care Team และทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ใกล้จะจำหน่าย
เอกสารที่ใช้	เวชระเบียนผู้ป่วยที่กำลังดูแลรักษาอยู่
เคล็ดลับ	<ul style="list-style-type: none">-การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการทุกวิชาชีพมีความจำเป็นมาก-การทบทวนเวชระเบียนจะเน้นเวลาที่ลงบันทึก, การประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน-อย่าเลือกผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ให้ surveyor เป็นผู้เลือกเอง-surveyor จะไม่ดูเอกสารคู่มือจำนวนมาก แต่อาจจะขอดูในบางเรื่องหลังจากการสนทนา-ให้เตรียมการที่จะสนทนาเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่กำลังทำหรือจะทำ
ข้อควรรู้	ในขณะที่ไปเยี่ยมหน่วยหนึ่งก็จะสนทนาถึงบริการอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย, สิ่งที่ได้จากการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยจะกลายเป็นจุดเน้นในการสัมภาษณ์ระบบงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยดูแลผู้ป่วยที่มีการเยี่ยม

บริการผู้ป่วยนอก, บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, บริการผู้ป่วยใน

2.3 การสัมภาษณ์ตามระบบงาน/หน้าที่ (Function Interviews)

2.3.1 การให้ความรู้/สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์บุคคลซึ่งรับผิดชอบในการวางแผน ออกแบบ กำหนดเนื้อหา ดำเนินการ และประเมินผล แผนงานการให้ความรู้/สุขศึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
เป้าหมาย	เพื่อประเมินว่า รพ.วางแผนและจัดบริการให้ความรู้/สุขศึกษา ได้สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพียงใด
สถานที่	ที่หน่วยงานรับผิดชอบเรื่องการให้ความรู้/สุขศึกษา
เวลา	ในวันที่ 3, เฉพาะ รพ.ที่ใช้เวลา survey ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป
ผู้เข้าร่วม	นักสุขศึกษา, ประธานคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง, เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ รพ.กำหนด, surveyor ที่เป็นนักบริหาร
เกิดอะไร	Surveyor จะถามเกี่ยวกับการวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรสำหรับบริการสุขศึกษา, การค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว, การมีส่วนร่วมของ หน่วยงานต่างๆในการจัดบริการสุขศึกษา, การจัดลำดับความสำคัญงานที่ต้องทำ
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	ประเด็นเรื่องสุขศึกษาอาจจะถูกหยิบยกมาคุยระหว่างการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย, การสัมภาษณ์ผู้นำและการสัมภาษณ์ระบบงานอื่นๆด้วย

2.3.2 การสัมภาษณ์การควบคุมการติดเชื้อ

คืออะไร	เป็นการประเมินว่ามีการประสานกิจกรรมการควบคุมการติดเชื้อใน รพ.อย่างไร
เป้าหมาย	เพื่อประเมินกระบวนการที่ใช้ในการจัดทำแผนควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวัง , การลดอัตราการติดเชื้อ, การพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง, การพัฒนาคุณภาพ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	ในช่วงบ่ายวันที่ 2 หลังจากที่ surveyor ได้รับข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร, การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย
ผู้เข้าร่วม	ผู้รับผิดชอบแผนงานควบคุมการติดเชื้อ, เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการนำไปปฏิบัติ, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ.กำหนด, surveyor ที่เป็นพยาบาล
เกิดอะไร	ประเด็นที่จะพูดคุยกันได้แก่ การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมการติดเชื้อ, การบริหารสารสนเทศ เช่น คำจำกัดความข้อมูล รหัส การจัดกลุ่ม, กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
เอกสารที่ใช้	รายงานการประชุมคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อใน รพ., รายงานการเฝ้าระวัง , บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
เคล็ดลับ	เตรียมนำเสนอวิธีการเฝ้าระวังที่มีอยู่ เหตุผลที่เลือก ความครอบคลุม มาตรการควบคุมที่ใช้ และการพัฒนาที่เกิดขึ้น
ข้อควรรู้	

2.3.3 การสัมภาษณ์การบริหารระบบสารสนเทศ (Information Management Interview))

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยง การบริหาร และการใช้สารสนเทศ โรงพยาบาล
เป้าหมาย	เพื่อประเมินกระบวนการวางแผนและแนวทางการบริหารระบบสารสนเทศ, การ ประเมินความต้องการใช้สารสนเทศและแผนที่จะตอบสนองความต้องการ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	เมื่อไรก็ได้ ใน รพ.ที่มีเวลา survey 2 วันจะรวมอยู่ในการวางแผนและการจัดสรร ทรัพยากร
ผู้เข้าร่วม	หน.หน่วยสารสนเทศ, หน.เวชระเบียน, บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง, surveyor ที่เป็นนัก บริหาร
เกิดอะไร	Surveyor จะทำประเด็นที่พบจากการทบทวนเอกสาร การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย และการสัมภาษณ์ผู้นำ มาสนทนากับผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	-อย่าให้ความสนใจแต่เรื่องคอมพิวเตอร์จนละเลยสารสนเทศประเภทอื่นๆ และ การประมวลข้อมูลเป็นภาพรวม -นำผู้ที่รู้เรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลทางการเงิน การใช้ทรัพยากร และคลินิก เข้า มาร่วมด้วย
ข้อควรรู้	

2.3.4 การสัมภาษณ์ด้านทรัพยากรบุคคล

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
เป้าหมาย	เพื่อทบทวนแนวทางการกำหนดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่, การปฐมนิเทศ ผูกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่, กระบวนการจัดหาเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย, การประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่ของผู้ที่ไม่มี clinical privilege, ประเด็นที่เป็นปัญหาซึ่งค้นพบจากกิจกรรม survey อื่นๆ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด, ควรมีสถานที่เพียงพอสำหรับการทบทวนเอกสาร
เวลา	มักจะเป็นช่วงบ่ายของวันก่อนวันสุดท้ายของการ survey
ผู้เข้าร่วม	หน.หน่วยบริหารบุคคล, ผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการผูกอบรม, นักวิชาการที่ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ.กำหนด, surveyor ขึ้นกับเวลาและจำนวน surveyor อาจจะเป็นทุกคน หรือเฉพาะนักบริหารกับพยาบาล หรือเฉพาะพยาบาล
เกิดอะไร	เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการผูกอบรมเจ้าหน้าที่ การจัดหาเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพให้เพียงพอ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน
เอกสารที่ใช้	รายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในภาพรวม และแฟ้มประวัติเจ้าหน้าที่ซึ่ง surveyor จะกำหนดให้หลังจากการทบทวนเอกสารและการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	-Surveyor จะต้องการทราบว่า รพ.ใช้มาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้เพื่อการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างไร -การสัมภาษณ์นี้ไม่ได้มุ่งเน้นที่แผนกบุคคล แต่เป็นการดูภาพรวมของการจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลของ รพ.

2.3.5 สัมภาษณ์ทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ

คืออะไร	เป็นกิจกรรมประเมินอันดับสุดท้าย มุ่งเน้นที่มาตรฐานการนำและการพัฒนาคุณภาพของ รพ.
เป้าหมาย	เพื่อทบทวนว่า รพ.มีการจัดลำดับความสำคัญของการวัด และการพัฒนาคุณภาพอย่างไร กิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ผลเพียงใด มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างไร กิจกรรมที่ทำสะท้อนแนวทางการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมอย่างไร แพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างไร
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	เข้าวันสุดท้ายของการ survey หลังจากกิจกรรมอื่นๆเสร็จสิ้น
ผู้เข้าร่วม	สมาชิกของทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ, ผู้ประสานงานคุณภาพ, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ.กำหนด, surveyor ทุกคน
เกิดอะไร	ทบทวนว่ามาตรฐานที่เกี่ยวข้องทุกข้อได้รับการประเมิน ให้คำแนะนำแก่ทีมถ้ามีเวลา
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	-Surveyor จะช่วยให้ รพ.สามารถเปลี่ยนจาก QA และ QI มาสู่ PI โดยการค้นหาโอกาสที่จะสามารถขยายความพยายามในการพัฒนาได้ระหว่างสาขาและหน่วยงานต่างๆ -Surveyor ได้เริ่มทำความคุ้นเคยกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพตั้งแต่รับฟังภาพรวมในวันแรก สืบต่อมาถึงการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์และการเยี่ยมชมหน่วยดูแลผู้ป่วย

2.4 การสัมภาษณ์ผู้นำ

2.4.1 ผู้อำนวยการ/การวางแผนยุทธศาสตร์และการจัดสรรทรัพยากร

คืออะไร	เป็นการพบกับผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การบริหาร การวางแผนยุทธศาสตร์และการจัดสรรทรัพยากร
เป้าหมาย	เพื่อประเมินบทบาทของผู้นำในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ และการจัดสรรทรัพยากร, เพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่ององค์การบริหารสูงสุดและเรื่องการบริหาร
สถานที่	ตามที่ รพ. กำหนด
เวลา	ในช่วงท้ายของการ survey หลังจากที่ยื่นมอบหมายให้ผู้ช่วยและเดินดูอาคาร สถานที่แล้ว เพื่อให้ surveyor มีความคุ้นเคยกับ รพ. ในภาพรวม
ผู้เข้าร่วม	ผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการ, หัวหน้าการเงิน, เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ. กำหนด, surveyor ที่เป็นนักบริหาร
เกิดอะไร	เป็นการสนทนาในประเด็นเรื่องการวางแผนยุทธศาสตร์ การจัดสรรทรัพยากร และการวางแผนลงทุน รวมทั้งประเด็นเรื่องจริยธรรม การบริหารสารสนเทศ องค์การบริหารสูงสุด และการบริหารอื่นๆ
เอกสารที่ใช้	สรุปงบประมาณประจำปี รวมทั้งคำขอเกี่ยวกับระดับเจ้าหน้าที่จากแผนกต่างๆ
เคล็ดลับ	การทำแผนยุทธศาสตร์ควรพิจารณาประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับด้วย
ข้อควรรู้	การสัมภาษณ์นี้จะเน้นที่การจัดทำงบประมาณในภาพรวม และกระบวนการรับรอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การจัดสรรทรัพยากร เฉพาะเรื่องจะถูกหยิบยกมาพูดคุยในส่วนย่อยแต่ละส่วนแล้ว

2.4.2 การสัมภาษณ์การนำองค์กรแพทย์ (Medical Staff Leadership Interview)

คืออะไร

เป้าหมาย	เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของแพทย์ในการให้บริการ การบริหารองค์กร การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติตามมาตรฐาน
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	วันเดียวกับการประชุมร่วมกับแพทย์
ผู้เข้าร่วม	ประธานแพทย์, ผอ.แพทย์, ผู้ประสานงานแพทย์, แพทย์หัวหน้าแผนกต่างๆ, แพทย์ที่รับผิดชอบกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ.กำหนด, surveyor ที่เป็นแพทย์
เกิดอะไร	surveyor จะใช้ประเด็นที่พบระหว่างการทบทวนเอกสาร, การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย และการสัมภาษณ์จาก surveyor ทุกคน มาสนทนา
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	ประเด็นเรื่องการบริหารระบบสารสนเทศ การไหลเวียนของข้อมูลข่าวสาร และความต่อเนื่องในการดูแลจะถูกหยิบยกขึ้นมาพูดคุยด้วย
ข้อควรรู้	

2.4.3 การสัมภาษณ์การนำบริการพยาบาล (Nursing Leadership Interview)

คืออะไร

เป้าหมาย เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการให้บริการ การบริหารองค์กร การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติตามมาตรฐาน

สถานที่ ตามที่ รพ.กำหนด

เวลา ในช่วงครึ่งหลังของการ survey เพื่อให้ surveyor ได้พบประเด็นที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนเอกสารและการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย จะมีเฉพาะ รพ.ที่มีวัน survey ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปเท่านั้น

ผู้เข้าร่วม ผู้บริหารการพยาบาล, หัวหน้าหน่วยงานด้านการพยาบาล, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ. กำหนด, surveyor ที่เป็นพยาบาล

เกิดอะไร surveyor จะใช้ประเด็นที่พบระหว่างการทบทวนเอกสาร, การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย และการสัมภาษณ์จาก surveyor ทุกคน มาสนทนา

เอกสารที่ใช้ ไม่มี

เคล็ดลับ

ข้อควรระวัง กิจกรรมนี้เป็นการประเมิน ไม่ใช่การให้คำแนะนำ อย่างไรก็ตามอาจจะมีการให้คำแนะนำได้ถ้ามีเวลา

2.5 กิจกรรมประเมินอื่นๆ

2.5.1 การตรวจเยี่ยมอาคารสถานที่

คืออะไร

เป้าหมาย - เพื่อให้ surveyor เกิดความคุ้นเคยกับแผนงานด้านความปลอดภัย การกำจัดของเสีย ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน และระบบสาธารณูปโภค ก่อนที่จะไปทบทวนเอกสารเรื่องสิ่งแวดล้อมของการดูแลผู้ป่วย
- เพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และไม่ต้องการการเยี่ยมชมอย่างเป็นทางการ

สถานที่

เวลา ในช่วงต้นๆของการ survey ก่อนการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และการสัมภาษณ์การวางแผน/จัดสรรงบประมาณ

ผู้เข้าร่วม หน.หน่วยอาคารสถานที่, เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย, วิศวกร, เจ้าหน้าที่อื่นที่รพ.กำหนด, surveyor ที่เป็นแพทย์และพยาบาล

เกิดอะไร เป็นการตรวจเยี่ยมตามบัญชีรายการที่กำหนดไว้

เอกสารที่ใช้ ไม่มี

เคล็ดลับ ถาม surveyor ว่าต้องการบันไดและไฟส่องที่จุดใดบ้าง และให้เตรียมกุญแจสำหรับเปิดประตูที่ล็อคไว้ให้พร้อม

ข้อควรรู้ -Surveyor อาจจะให้ รพ.ทดลองซ้อมปฏิบัติเมื่อเกิดไฟไหม้ หรืออาจจะขอให้ทดสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้า
-Surveyor จะเลือกทางออกอย่างน้อย 2 ทางต่ออาคารเพื่อตรวจว่าสามารถออกจากส่วนที่สูงที่สุดของอาคารไปสู่ภายนอกอาคารได้

บริเวณที่อยู่ในรายการตรวจเยี่ยม

- ความปลอดภัยแก่ชีวิต (ลักษณะโครงสร้าง, ทางออกฉุกเฉิน, โครงสร้างที่แยกไฟและควัน, ระบบสัญญาณเตือนเหตุเพลิงไหม้)
- เครื่องกำเนิดไฟฟ้าฉุกเฉิน (ทดสอบการใช้งาน)
- หน่วยรับผู้ป่วย (ถ้าไม่มีในรายการตรวจเยี่ยมเฉพาะ)
- หน่วยเภสัชกรรม (ถ้าไม่มีในรายการตรวจเยี่ยมเฉพาะ)
- จุดรับสินค้าและคลังพัสดุ
- ห้องกำเนิดไอน้ำ
- โรงซักฟอก
- โรงครัว
- ห้องเก็บทรัพย์สินของเจ้าหน้าที่
- ห้องเก็บผ้าสะอาดและผ้าเปื้อน
- ห้องเก็บออกซิเจน
- ห้องเก็บเครื่องมือ

2.5.2 การเยี่ยมชมบริการเภสัชกรรม

คืออะไร	
เป้าหมาย	-เพื่อประเมินกระบวนการจัดเตรียมยา รวมทั้ง chemotherapeutic agent และ parenteral nutrition -เพื่อประเมินการเข้าถึงเภสัชสนเทศ
สถานที่	ในหน่วยบริการเภสัชกรรม
เวลา	ในวันที่ 2 ของการ survey หรือเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจเยี่ยมอาคารสถานที่ หากเป็นการ survey 2 วัน จะมีการเยี่ยมชมก่อนการสัมภาษณ์ระบบการให้ยาและระบบการดูแลผู้ป่วย
ผู้เข้าร่วม	หัวหน้าหน่วยเภสัชกรรม, เจ้าหน้าที่อื่นที่หัวหน้าหน่วยกำหนด, surveyor ที่เป็นนักบริหารหรือพยาบาล
เกิดอะไร	Surveyor จะตรวจสอบการจัดเตรียมยา การเก็บและกระจายยา การใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง เช่น laminar flow hoods
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	หน่วยบริการเภสัชกรรมที่แยกอยู่ตามจุดต่างๆ จะได้รับการทบทวนในฐานะส่วนหนึ่งของหน่วยดูแลผู้ป่วย

2.5.3 การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

คืออะไร

เป้าหมาย เพื่อประเมินการจัดการและการปรับปรุงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

สถานที่ ห้องซึ่งเป็นที่เก็บของเอกสารเหล่านี้, ห้องทำงานของวิศวกร

เวลา ในช่วงหลังของการ survey หลังจากที่ได้ตรวจเยี่ยมสถานที่ และการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่

ผู้เข้าร่วม หัวหน้าหน่วยอาคารสถานที่, ผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัย, คณะกรรมการความปลอดภัย, ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ, surveyor ที่เป็นนักบริหารหรือพยาบาล

เกิดอะไร Surveyor จะกล่าวถึงขอบเขตและเป้าหมายของการทบทวนและปรึกษาวิธีการทบทวนที่มีประสิทธิภาพที่สุด จากนั้นให้นำเสนอเอกสารที่เกี่ยวข้อง

เอกสารที่ใช้ ตามรายการที่กำหนดไว้

เคล็ดลับ Surveyor อาจจะจดบันทึกหมายเลขเครื่องมือแพทย์ระหว่างการไปเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย ให้เตรียมหลักฐานการบำรุงรักษา การทดสอบ และการตรวจสอบเครื่องมือทุกชิ้น

ข้อควรรู้

2.5.4 การสัมภาษณ์ระบบเวชระเบียน

คืออะไร	
เป้าหมาย	
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	หลังจากที่ surveyor ได้เยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งแล้ว
ผู้เข้าร่วม	ผู้มีหน้าที่ทบทวนเวชระเบียน, ผู้แทนจากฝ่ายบริหาร, เจ้าหน้าที่บริหารระบบสารสนเทศ, ผู้แทนแพทย์, ผู้แทนพยาบาล, ผู้รับผิดชอบคุณภาพของเวชระเบียน, surveyor ที่เป็นแพทย์และพยาบาล
เกิดอะไร	-หลังจากการทบทวนเอกสารแล้ว เจ้าหน้าที่จะถูกขอให้ทำ closed medical record review -ในการสัมภาษณ์นี้ surveyor จะทบทวนเวชระเบียนเพื่อดูว่ามีปัญหาอะไร มีกิจกรรมหรือยุทธวิธีจัดการกับปัญหาดังกล่าวอย่างไร มีข้อมูลที่แสดงว่ายุทธวิธีนั้นได้ผลหรือไม่
เอกสารที่ใช้	ผลการทบทวนเวชระเบียนที่ รพ.ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	ผลลัพธ์ของการทบทวนอาจจะเป็นประเด็นที่จะต้องมีการสนทนาในการสัมภาษณ์ ผู้นำ และทีมประสานงานการพัฒนาคุณภาพ, การนำเสนอในที่ประชุมสรุปประจำวัน, การนำข้อมูลไปสรุปรวมกับข้อมูลอื่นๆ และการรายงานสรุปในชั้นตอนสุดท้าย

ตอนที่ 3 กิจกรรม Survey อื่นๆ

3.1 การสรุปผลประจำวัน (Daily Briefing)

คืออะไร	เป็นการให้ข้อมูล feedback แก่ผู้นำของ รพ. เพื่อให้เกิดความเข้าใจกระบวนการ survey ได้ดีขึ้น
เป้าหมาย	เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ surveyor สังเกตพบโดยทั่วไปในวันที่ผ่านมา, ระบุประเด็นที่ surveyor จะเจาะลึกต่อไป, เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบว่าอาจจะมีข้อมูลบางอย่างที่ surveyor เข้าใจไม่ถูกต้อง, และเพื่อทบทวนกำหนดการในวันที่เหลือ
สถานที่	ตามที่ รพ. กำหนด
เวลา	ในตอนเช้าของแต่ละวัน ยกเว้นวันแรก
ผู้เข้าร่วม	ผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการ, ประธานกรรมการ รพ., ประธานแพทย์, หัวหน้าพยาบาล, ผู้ประสานงานคุณภาพ, เจ้าหน้าที่อื่นที่ ผอ. กำหนด, surveyor ทุกคน
เกิดอะไร	นำเสนอประเด็นสำคัญที่พบเห็นในวันที่ผ่านมา และย้ำว่าการสรุปผลจะทำต่อเมื่อได้ทำกิจกรรมต่างๆครบถ้วนแล้ว
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	เริ่มให้ตรงเวลา, เป็นโอกาสที่ รพ. จะนำประเด็นที่กังวลเสนอให้ surveyor ทราบ, ควรจำกัดจำนวนผู้เข้าประชุมให้มีน้อยที่สุด, เจ้าหน้าที่ควรสังเกตว่ามีข้อมูลใดที่ surveyor อาจจะไม่ได้รับทราบหรือไม่ได้นำเสนอ
ข้อควรรู้	

3.2 การประชุมร่วมกับแพทย์ (Medical Staff Conference)

คืออะไร	เป็นการพบปะกับแพทย์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นสิ่งที่ รพ.สามารถเลือกได้ว่าจะให้มีหรือไม่
เป้าหมาย	เพื่อให้ feedback แก่คณะแพทย์, ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่คณะแพทย์, อภิปรายในประเด็นที่คณะแพทย์สนใจ (หากมีเวลา)
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด ส่วนมากจะเป็นสถานที่ที่จะรับประทานอาหารกลางวันด้วยกัน
เวลา	หลังจากที่ surveyor ที่เป็นแพทย์ได้ไปเยี่ยมหน่วยงานที่แพทย์ทำงาน และหลังจากการสัมภาษณ์การนำขององค์กรแพทย์ จำกัดเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง กิจกรรมนี้อาจจะไม่จำเป็นเพราะแพทย์จะเข้าร่วมการ survey ในกิจกรรมการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว
ผู้เข้าร่วม	ประธานแพทย์, ผอ.แพทย์, แพทย์หัวหน้าแผนก, ผู้ประสานงานแพทย์, สมาชิกขององค์กรแพทย์
เกิดอะไร	-รพ.จะเป็นผู้กำหนดประเด็นที่ต้องการให้มีการสนทนา -การสนทนาเริ่มด้วยการแนะนำ สพร. และพันธกิจ บทบาทของแพทย์ในการจัดทำและรับรองมาตรฐานและเครื่องชี้วัด -การ feedback สิ่งที่พบเห็นให้กับคณะแพทย์
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	-Surveyor จะเน้นประเด็นที่เป็นจุดอ่อนของคณะแพทย์และแนวทางในการปรับปรุง -หากจะต้องเลือกเข้าเพียงรายการเดียว ขอให้เลือกเข้าประชุมในการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย
ข้อควรรู้	

3.3 การสัมภาษณ์ข้อมูลจากประชาชน (Public Information Interview)

คืออะไร

เป้าหมาย เพื่อเปิดโอกาสให้ใครก็ตามที่มีข้อมูลเกี่ยวกับ performance ของ รพ. ได้มีโอกาส
ร่วมเสนอข้อมูลเหล่านั้น

สถานที่ ตามที่ รพ. กำหนด อาจจะเป็นภายใน รพ. หรือสถานที่ใกล้เคียง

เวลา ในช่วงต้นๆของการ survey มักจะเป็นบ่ายวันแรก

ผู้เข้าร่วม ผู้แทนของ รพ., บุคคลที่ได้รับทราบประกาศเชิญชวนและต้องการให้ข้อมูล

เกิดอะไร
-รพ. จะต้องประกาศให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และผ่านสื่อต่างๆ ก่อนวัน
survey 4 สัปดาห์ และผู้ที่ต้องการให้ข้อมูลจะต้องแจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์
อักษรก่อนวัน survey ไม่น้อยกว่า 5 วัน
-ระยะเวลาที่ใช้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ไม่ได้เป็น interactive meeting แต่เป็นการรับ
ข้อมูลด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร

เอกสารที่ใช้

เคล็ดลับ

ข้อควรรู้

3.4 การประชุมทีม Survey

คืออะไร	
เป้าหมาย	เพื่อแลกเปลี่ยนสิ่งที่ surveyor แต่ละคนได้พบมา, วิเคราะห์แนวโน้ม แบบแผน, เปลี่ยนแปลงกำหนดการ, กำหนดประเด็นที่ต้องการการเจาะลึกเพิ่มเติม
สถานที่	ในห้องสำหรับการทบทวนเอกสารซึ่งเป็นที่ทำงานของ surveyor
เวลา	ทุกวันยกเว้นวันสุดท้าย เวลา 1700
ผู้เข้าร่วม	Surveyor ทุกคน
เกิดอะไร	ถ้าจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการ หรือต้องไปเยี่ยมหน่วยงานบางหน่วย ซ้ำ หัวหน้าทีม surveyor จะอธิบายเหตุผลให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับทราบ และจัดหาเวลา ที่เหมาะสม
เอกสารที่ใช้	เอกสารที่ใช้ในการทบทวนเอกสาร
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	กิจกรรมนี้เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการทำงานเป็นทีมของ surveyor

ตอนที่ 4 สิ้นสุดการ Survey

4.1 การประชุมเพื่อสรุปผลการ Survey

คืออะไร	
เป้าหมาย	เพื่อรวบรวมสิ่งที่พบเห็นมาสู่การประเมินคะแนน และเขียนข้อเสนอแนะ
สถานที่	ในห้องสำหรับการทบทวนเอกสารซึ่งเป็นที่ทำงานของ surveyor
เวลา	ในบ่ายวันสุดท้าย ก่อนที่จะสรุปให้ผู้นำรับทราบ
ผู้เข้าร่วม	Surveyor ทุกคน
เกิดอะไร	Surveyor แต่ละคนจะบันทึกข้อมูลสิ่งค้นพบเข้าในคอมพิวเตอร์ของตน และรวบรวมเข้าเป็นของทีม, ทบทวนคะแนน และเขียนสรุปสิ่งที่พบเห็นเพื่อหาความเห็นร่วมของทีม, พิมพ์รายงานเบื้องต้นเพื่อแจกจ่ายให้กับผู้นำ และเตรียมการสรุปผลให้ผู้นำ
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	-หาก surveyor บางคนไม่สามารถมาทำงานพร้อมกับผู้อื่นได้ อาจจะมาทำงานก่อนและส่งผลการ survey ให้กับหัวหน้าทีมก่อนการประชุมสรุป

4.2 การนำเสนอผลสรุปให้แก่ผู้นำ (Leadership Exit Conference)

คืออะไร	
เป้าหมาย	เพื่อนำเสนอผลการ survey ให้แก่ผู้นำระดับสูง และเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างที่พบจากการ survey
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	เป็นกิจกรรมท้ายสุดของการ survey
ผู้เข้าร่วม	ผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการ, ประธานกรรมการ รพ., ประธานแพทย์, ผู้อำนวยการแพทย์, หัวหน้าพยาบาล, ผู้ประสานงานคุณภาพ, เจ้าหน้าที่อาวุโสที่ผอ.กำหนด
เกิดอะไร	-ผู้นำทีมจะนำเสนอวัตถุประสงค์ของการประชุม และรายงานเบื้องต้น ผลของสิ่งที่พบต่อระดับของการรับรอง -เจ้าหน้าที่ของ รพ.สามารถให้ข้อคิดเห็นและตั้งคำถามได้อย่างเต็มที่
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	ควรจำกัดจำนวนผู้เข้าประชุมให้น้อยที่สุดเพื่อให้ได้มีโอกาสอภิปรายอย่างตรงไปตรงมา
ข้อควรรู้	-ข้อมูลขณะนี้ เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น รพ.จะได้รับรายงานที่เป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในภายหลัง -รพ.อาจจะอัดเทปไว้เพื่อทบทวนประเด็นที่ได้พูดคุยกัน

แนวทางการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยและ PCT

แนวทางทั่วไป

หลักเกณฑ์ในการตัดสินใจ

- สมาชิกในหน่วยงานมีความมุ่งมั่นและมีรูปธรรมของการปฏิบัติ
- มีคำอธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ทำนั้นมีผลต่อคุณภาพ
- มีความยั่งยืนของการปฏิบัติ หรือทำเป็นปกติวิสัย
- สมาชิกส่วนใหญ่เข้าร่วมในกิจกรรมในข้อนั้น (มากกว่า 50%)

การเลือกว่าจะถามคำถามข้อใด

- ถามให้ได้ประเด็นที่เป็นหัวใจของมาตรฐานข้อนั้น หรือมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชัดเจน
- ถามในข้อที่สงสัยว่าจะไม่ได้ปฏิบัติตามที่ตอบในแบบประเมินตนเอง

การดูกระบวนการทำงาน/กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- สังเกตสิ่งแวดล้อม วิธีการปฏิบัติ สิ่งปรากฏอยู่กับตัวผู้ป่วย
- ถามผู้ป่วยในทุกเรื่องที่สามารถถามได้
- ดูผู้ป่วยที่น่าสนใจ แล้วนำเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนั้นไปทบทวนร่วมกับเจ้าหน้าที่
- สนทนากับเจ้าหน้าที่และขอดูหลักฐานยืนยัน ในการสนทนาให้พยายามตั้งคำถามและฟัง หลีกเลี่ยงการให้คำแนะนำ

แนวทางเพื่อการประหยัดเวลาและมีบรรยากาศที่ดี

- ไม่ต้องให้มีการนำเสนอ แต่อาจจะมีการแนะนำตัวให้คุ้นเคยกันก่อน
- เตรียมคำถามให้พร้อม ในช่วงต้นของการพูดคุยไม่ควรถามไล่ตามแบบสอบถาม
- เริ่มจากเนื้อหาของ GEN.1 ไป GEN.9 GEN.8 GEN.5 แล้วจึงไล่ส่วนที่เหลือ

ประเด็นที่จะไป survey ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย

- ตามมาตรฐาน GEN.1-GEN.9
- การบันทึกเวชระเบียน
- การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- บริการเภสัชกรรม
- โครงสร้างทางกายภาพและความปลอดภัย
- สิทธิผู้ป่วย

แนวทางและคำถามในการตรวจเยี่ยมในแต่ละหน่วยงาน

1. สังเกตสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เริ่มเข้าไปในหน่วยงาน

เริ่มด้วยการสังเกตสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพว่ามีความเป็นระเบียบ เป็นสัดส่วน เอื้ออำนวยต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย/ลูกค้า หรือไม่ มีอะไรที่เป็นความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจน เช่น สิ่งของ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่วางไว้ในที่ที่ไม่ควรจะวาง

2. ทำความคุ้นเคยกับหน่วยงาน

พบกับหัวหน้าหน่วยงาน และขอให้หัวหน้าหน่วยงานแนะนำให้คุ้นเคยกับสถานที่ และทำความรู้จักกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวันนั้น

ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานสังเกตวิธีการทำงาน และพูดคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง (โดยหัวหน้าหน่วยไม่ต้องติดตาม) ใช้เวลาในช่วงนี้ประมาณ 45-60 นาที

3. สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

3.1 สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ อาจจะให้ surveyor ท่านหนึ่งสมมติตัวเป็นผู้ป่วย และให้เจ้าหน้าที่ลองปฏิบัติต่อ surveyor ในการรับผู้ป่วย หรือทำความรู้สึกเหมือนว่า surveyor เป็นผู้ป่วย เมื่อเข้ามาในหน่วยแล้วจะรู้สึกอย่างไร มีอะไรที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น บอร์ดให้ข้อมูล แผ่นปลิว ที่พัก การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกนั้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือไม่

3.2 สังเกตการจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ว่าเป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้ โดยง่ายหรือไม่, ปลอดภัยจากการที่ผู้ไม่มีหน้าที่จะนำไปใช้หรือไม่, สะดวกที่จะตรวจสอบ และเพิ่มเติมปริมาณให้อยู่ในระดับที่กำหนดไว้หรือไม่

3.3 สังเกตระบบการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, เทคนิคการให้บริการ, การจัดการกับขยะและของใช้ที่ปนเปื้อน

3.4 สังเกตเรื่องการเตรียมและบริหารยา สถานที่จัดเตรียมยาฉีดและ iv solution มีความสะอาดและปราศจากความพลุกพล่านหรือไม่ มีการเขียนฉลากสำหรับยาที่ผสมใน iv solution หรือไม่

3.5 สังเกตดูสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสุขสบายหรือไม่, สีหน้าของผู้ป่วยเป็นอย่างไร, อุปกรณ์ที่ใช้อยู่กับผู้ป่วย เช่น น้ำเกลือ ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ มีความเหมาะสมตามหลักวิชาการและมีหลักประกันว่าเป็นการให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์อย่างไร, มีการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่อย่างไร, มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างไร เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว, การรัดตึงผู้ป่วยหรือการใช้เครื่องกั้นข้างเตียง

4. พูดคุยกับผู้ป่วย

พูดคุยกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (3-5 คน ทั้งที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ที่เตรียมตัวจะผ่าตัดและที่ผ่าตัดแล้ว) ว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อการนอน รพ. ครั้งนี้, ได้รับข้อมูลอะไรบ้างจากแพทย์และพยาบาล, มีข้อมูลอะไรที่อยากจะทราบเพิ่มเติม, ก่อนที่จะลงนามยินยอมรับการรักษาได้รับข้อมูลอะไรบ้าง, มีข้อเสนอแนะอะไรสำหรับ รพ.

สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้าน อาจจะขอให้ผู้ป่วยเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดตั้งแต่วันแรกที่มา รพ. จนกระทั่งปัจจุบัน โดยยึดมาตรฐาน GEN.8 หรือ INP.8 เป็นแนวทางในการเจาะประเด็น (รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าจะได้กลับบ้านเมื่อใดกลับไปแล้วคาดว่าจะมีปัญหาอะไร และได้มีการเตรียมพร้อมไว้อย่างไร) ถามว่ามีปัญหาอะไรเกี่ยวกับการประสานงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการหรือไม่ พร้อมทั้งตัวอย่างของการประสานงานหรือไม่ประสานงาน

5. พูดคุยกับเจ้าหน้าที่

พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่พบระหว่างการเดินทางว่ามีหน้าที่ทำอะไรในหน่วยงานนี้ อะไรคือหัวใจของการทำงานที่นี่ หน่วยงานนี้มีเป้าหมายที่จะพัฒนาไปถึงไหน ตัวเจ้าหน้าที่เองมีบทบาทอะไรที่จะทำให้หน่วยงานไปสู่เป้าหมายนั้นได้ ตัวเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมอะไรบ้าง (ทั้งด้านวิชาการ และด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ) มีการจัดอบรมภายในหน่วยงานหรือภายในโรงพยาบาลเรื่องอะไรบ้าง มีกิจกรรมวิชาการที่เรียนรู้ร่วมกันภายในหน่วยงานอะไรบ้าง

6. ทบทวนเวชระเบียน

คัดเลือกผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (ที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ผู้ป่วยที่ส่งต่อ, ผู้ป่วยที่เสียชีวิต) แล้วขอเวชระเบียนของผู้ป่วย **ทบทวนเวชระเบียนร่วมกับแพทย์และพยาบาล** ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยบ้าง โดยมีข้อพิจารณาว่าเวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะติดตามความเป็นไปของผู้ป่วยหรือไม่, การสั่งการตรวจรักษาของแพทย์มีหลักฐานประกอบการตัดสินใจหรือไม่, การตัดสินใจนั้นเป็นที่ยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันหรือไม่, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการตอบสนองปัญหาหรือความต้องการอย่างรวดเร็ว ทันการณ์, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าคำสั่งการรักษาของแพทย์ได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องสมบูรณ์โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ เช่น การให้ยา, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการประสานงานกันอย่างราบรื่นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ในระหว่างที่สัมภาษณ์ ควรถามหาคู่มือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ

7. สนทนากับทีมผู้ให้บริการและหัวหน้าหน่วยงาน

ทีม surveyor สนทนากับทีมผู้ให้บริการและหัวหน้าหน่วยงาน โดยนำประเด็นต่างๆที่พบเห็นในระหว่างการสังเกตร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลมาเป็นตัวตั้งในการสนทนา

- เริ่มต้นด้วยคำถามว่าอะไรคือ**สิ่งที่ทีมงานภาคภูมิใจ** เจ้าหน้าที่แต่ละคนเคยได้รับคำชื่นชมจากผู้ป่วย/ลูกค้าในลักษณะในบ้าง สิ่งนั้นคือ**คุณค่า**ของหน่วยงานหรือไม่ คุณค่านั้นถูกระบุไว้ใน**พันธกิจ**ของหน่วยงานหรือไม่ แต่ละคนกำลังพยายาม**ทำอะไร**อยู่เพื่อให้บรรลุพันธกิจของหน่วยงาน สามารถเล่าหรือแสดงหลักฐานให้เห็นเป็น**รูปธรรม**ได้หรือไม่
- ขอให้ทีมงาน**สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ**ที่ทำมาทั้งหมดในรอบ 1 ปี (เฉพาะชื่อโครงการ ยังไม่ต้องระบุรายละเอียด) และขอให้ระบุว่าโครงการใดที่มี**ปัญหา**ในการทำมากที่สุด โครงการใดที่**ทำยากที่สุด** โครงการใดที่**ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด** surveyor อาจจะเจาะลึกโครงการบางโครงการก็ได้
- ขอให้ทีมงานระบุว่าในหน่วยงานนี้**มีความเสี่ยง**อะไรบ้าง และมี**มาตรการในการป้องกันหรือจัดการ**อย่างไร มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเป็น**ลายลักษณ์อักษร**ไว้หรือไม่ surveyor อาจจะเจาะลึกมาตรการการป้องกันความเสี่ยงบ้างเรื่องก็ได้
- ขอให้ทีมงานระบุว่ามีการติดตาม **indicator** อะไรบ้าง ขอให้นำเสนอ **indicator** เหล่านั้น และการ**ใช้ประโยชน์**จากการติดตาม **indicator** เหล่านั้น มี **indicator** อะไรที่อยู่ในแผนที่จะติดตาม วางแผนไว้อย่างไร จะมี**ปัญหา**ในการเก็บข้อมูลอย่างไร จะนำ **indicator** นั้นมาใช้ได้อย่างไร
- นำประเด็น**ปัญหาคุณภาพ**ที่พบระหว่างการสังเกตขึ้นมาสนทนาว่าทางทีมงาน**เห็นปัญหา**แต่ละประเด็นนั้นหรือไม่ ได้**มีความพยายามที่จะปรับปรุง**อย่างไร สิ่งที่ได้ทำมานั้นเป็นที่พอใจแล้วหรือยัง มี**แผนที่จะปรับปรุง**อย่างไรต่อไป มีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุง ต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงอย่างไร
- ไล่ตาม**ข้อคำถามที่เหลือ**ในแบบประเมินตนเองซึ่งยังไม่ได้มีการสนทนา ทำความเข้าใจกับทีมงานในกรณีที่ทีมงานเข้าใจไม่ตรงกับ surveyor พยายาม **verify** คำตอบให้ได้มากที่สุด

8. สรุป

สรุปประเด็นสิ่งที่เป็น**จุดแข็ง**ของหน่วยงาน และ**โอกาส**ที่หน่วยงานสามารถพัฒนาได้ในอนาคต (จุดอ่อน) และขอให้หัวหน้าหน่วยงานตอบสนองต่อข้อสรุปของทีม surveyor

แนวทางการตั้งคำถามตามมาตรฐานทั่วไป

- ถามคำถามที่ถูกต้องกับบุคคลที่เหมาะสม
- ถ้าผู้ถูกถามอาจจะไม่เข้าใจคำถาม ขอให้ปรับเปลี่ยนคำถาม
- อย่าถามคำถามเสริมมากกว่า 1 คำถาม ให้เปลี่ยนไปถามคำถามต่อไปเมื่อมีสายตาสงสัย ให้อธิบายว่าทำไมจึงถามคำถามนั้น
- เมื่อเข้าไปในหอผู้ป่วย อย่าคุยกับพยาบาลหรือหมอเพียงคนเดียว ให้ถามเพียงคำถามเดียว หรือมีคำถามเสริมเพียง 1 คำถาม แล้วไปถามคนอื่นต่อไป

GEN.1 พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ รพ.ทำให้ mission มีชีวิตอย่างไร
สื่อสารให้คนใน รพ.ทราบอย่างไร ผู้คนในองค์กรสนับสนุนพันธกิจอย่างจริงจังเพียงใด ถ้าจะถามว่าอะไรคือพันธกิจ จะไม่ได้ประโยชน์ แต่**ต้องดูว่า รพ.ทำให้พันธกิจนั้นบรรลุได้อย่างไร** ขอให้แสดงให้ดูว่าทำอะไร ถ้า รพ.บอกว่าพันธกิจของเราคือการเตรียมผู้ให้บริการจากไม่มีอะไรไปสู่ความเป็นวิชาชีพ ขอให้แสดงให้ดูว่ามีกรอบแก่นักเรียนอย่างไร student focus หรือ teacher focus

ถ้าอยากจะรู้ว่าชุมชนรู้สึกต่อ รพ.อย่างไร เราถามเจ้าหน้าที่ว่าชุมชนรู้สึกต่อ รพ.อย่างไร ถ้าตอบว่าดี ท่านรู้ได้อย่างไร มีประสบการณ์อะไรที่จะยืนยันกับตนเองว่าโรงพยาบาลได้รับการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างดี

อาจจะถามคำถามต่อใครก็ได้ในองค์กรว่า **“ท่านมีส่วนอย่างไร หรือท่านทำอะไรเพื่อให้องค์กรของท่านประสบความสำเร็จในเป้าหมาย”** ในฐานะปัจเจกที่มีความมุ่งมั่น เขาจะรู้เป้าหมายขององค์กร แสดงว่าได้มีการสื่อสารเป้าหมายขององค์กรไปให้เจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

อะไรคือความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.กับสถาบันอื่นๆ สถาบันอื่นมองว่าพันธกิจของ รพ.เป็นอย่างไร เมื่อเราพูดถึงพันธกิจ ให้คุยกับผู้บริหารระดับสูง และขอให้อธิบายว่านำพันธกิจไปปฏิบัติ ไปประสานกับชุมชนอย่างไร

ควรถามถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของของพันธกิจและความรู้สึกเป็นเจ้าของหน่วยงาน

GEN.2 เรื่องการจัดองค์กรและการบริหาร ถ้าแต่ละคนรู้ความรับผิดชอบของตนและผู้ที่เขาจะต้อง accountable นั้นจะบอกเรื่องราวขององค์กรนั้นอย่างมาก ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่รู้สถานะ ไม่รู้ความรับผิดชอบ ไม่รู้ว่าจะรายงานต่อใคร เราจะต้องดูมาตรฐานข้อ 2 ให้มากขึ้น ขอให้ถามใครก็ได้

เมื่อเราพบกับทีมผู้บริหาร ให้ถามหัวหน้าว่าขอให้อธิบายความรับผิดชอบ ท่านรับผิดชอบต่อใคร ท่านสื่อสารอย่างไร **สิ่งที่จะพบในผู้บริหารระดับสูงก็มักจะพบใน**

ผู้บริหารระดับล่างลงมาด้วย ถ้ามีปัญหาการสื่อสารหรือไม่สามารถทำงานร่วมกันในผู้บริหารระดับสูง ก็ไม่สามารถจะทำงานร่วมกันในผู้บริหารระดับล่างได้

เมื่อต้องการจะค้นหาความสามารถของ supervisor **อย่าถามว่าท่านมีความสามารถหรือไม่ แต่ให้ถามว่าท่านเตรียมตัวหรือ รพ.เตรียมท่านอย่างไรในการทำหน้าที่นี้** ให้อธิบายว่าเตรียมอย่างไร อธิบายว่ามีการเลือกสรรผู้คนมาอย่างไร มีความเชี่ยวชาญอย่างไร บ่อยครั้งที่เรามีผู้คนที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดี แต่ทำงานในสิ่งที่ตนเองไม่ได้รับการฝึกอบรม กระบวนการเลือกสรรเป็นอย่างไร เมื่อเราถามหัวหน้าพยาบาลว่ามีการเลือก supervisor หรือหัวหน้าตึกอย่างไร ต้องได้รับการฝึกอบรมอะไรหรือไม่ มีการให้การฝึกอบรมอะไร

คำถามว่า ถ้าท่านเป็น ผอ.ท่านจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร จะทำให้ได้รับรู้ความคับข้องใจของผู้ปฏิบัติงาน

ในเรื่อง job description อาจจะมีถามว่า supervisor **คาดหวังอะไรจากท่านนอกเหนือจากที่อยู่ใน job description**

GEN.3 การบริหารทรัพยากรบุคคล ถ้าถามว่ามีคนพอหรือไม่ มักจะได้รับคำตอบว่าไม่พอ หรือไม่พอแต่จัดการได้ ควรถามว่า**ท่านรู้ได้อย่างไรว่าท่านมีเจ้าหน้าที่มากเกินไปในหน่วย** เราต้องค้นหาจากผู้บริหารว่าได้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมหรือไม่ ถ้ามีคนมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ผู้บริหารก็ใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสม ระดับที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับผู้บริหาร แต่เราต้องค้นหาว่า supervisor **รู้หรือไม่ว่ามีคนมากเกินไปหรือน้อยไป** มีระบบอะไรที่จะตัดสินว่ามีจำนวนคนเหมาะสม

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการบริหารทรัพยากรบุคคลคือ**การประเมินผล** ทำอย่างไร ถ้าทำปีละครั้งเมื่อหัวหน้ากรอบแบบฟอร์ม ไม่มีประโยชน์ **จะต้องเป็นสิ่งที่ทำอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการเรียนรู้วันแล้ววันเล่า และเมื่อครบปีก็มีสรุป (formalise)** สิ่งที่ยากที่สุดของการเป็น supervisor คือการประเมินและการพัฒนาเจ้าหน้าที่ เป็นหน้าที่สำคัญที่สุด และยากที่สุด ดังนั้นเมื่อผู้บริหารเลือก supervisor คนนั้นต้องมีความสามารถที่จะสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

GEN.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล multiplication คือการที่ผู้บริหารสร้างผู้บริหารใหม่เพิ่ม ผู้นำสร้างผู้นำใหม่เพิ่ม supervisor ในหอผู้ป่วยมีหน้าที่พัฒนาการทำงานของตนให้ดีขึ้น และพัฒนาผู้อื่นให้ทำงานดีขึ้น ให้พัฒนาทุกคนทุกระดับในองค์กร ไม่ใช่ทำให้มารอรับคำสั่งว่าจะให้ทำอะไร ไม่มีชีวิตจิตใจ ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ คนทำความสะดวกต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ที่รับผิดชอบ แต่ตั้งใจที่จะทำทุกอย่างให้ดี

ที่สุดเพื่อช่วยพยาบาล แพทย์ให้ทำงานได้ดีที่สุดโดยไม่ต้องบอก จะต้องทำด้วยตนเอง แต่จะต้องได้รับการฝึกอบรม

ในฐานะ surveyor เราไม่ต้องการหาว่า รพ.ทำอะไร แต่ต้องการกระตุ้น รพ.ว่าจะสามารถใช้คนที่มีอยู่ได้มากขึ้นหากให้การฝึกอบรมที่ดี ไม่มีอะไรจะขัดใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานเท่ากับการไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร หรือไม่รู้ว่าจะไรอยู่ที่ไหน การปฐมนิเทศของ รพ.เป็นอย่างไร ไม่ใช่เพียงการประชุมเพียง 2-3 วัน แต่มีการติดตามอย่างไรว่าได้นำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ ถ้าการปฐมนิเทศนั้นเหมาะสม ท่านก็ต้องทราบ

in service training รพ.ส่วนมากมีการฝึกอบรม และมีครูฝึก ครูฝึกส่วนมากจัดเตรียมหลักสูตร เราอยากจะได้ว่าการจัดเตรียมอย่างไร อะไรคือ need ของผู้เข้ารับการอบรม หากให้การอบรมในสิ่งที่ไม่ตรงความต้องการก็ไม่มีประโยชน์ ความต้องการของผู้รับการอบรมได้รับการสื่อไปยังผู้ให้การอบรมอย่างไร มีการประเมินอย่างไรว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ คำถามเหล่านี้จะทำให้ รพ.เห็นว่าการประเมินผลโครงการมีความจำเป็น

GEN.5 คู่มือการปฏิบัติงาน เมื่อขอคู่มืออาจจะหาง่าย หรือหายาก หรืออาจจะเป็นคู่มือเล่มหนา ซึ่งท่านอาจจะดึงบางส่วนทิ้งไปแล้วไม่มีใครรู้ เป้าหมายของคู่มือคือเพื่อผู้ปฏิบัติงานจะสามารถทำงานได้เหมือนกัน และทำงานได้ดีขึ้น นั่นคือเป้าหมายของคู่มือ เราทำงานในหอผู้ป่วยได้อย่างไร เราทำสิ่งเดียวกันหรือไม่ เรารู้ได้อย่างไร ถ้ามีความแตกต่างระหว่างคู่มือกับการปฏิบัติ เราตรวจสอบคู่มืออย่างสม่ำเสมอและดึงเอาสิ่งที่ไม่ได้ปฏิบัติออกไป นำสิ่งที่เป็นปัจจุบันเข้ามาแทน สิ่งต่างๆมีการเปลี่ยนแปลง แต่ถ้าไม่มีการปรับปรุงแสดงว่าไม่ได้มีการนำไปใช้

GEN.6 สถานที่และสิ่งแวดล้อม การบริหารความเสี่ยงมีความสำคัญมาก ถ้า supervisor ของหน่วยงานว่าค้นหาความเสี่ยงอย่างไร มีกระบวนการในการจัดการความเสี่ยงอย่างไร ให้ถามรวมถึงความเสี่ยงทางอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณด้วย จะทำอะไรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เอาผู้ป่วยไปที่ไหน ไปเยี่ยมที่เก็บศพ surveyor ควรไปที่ห้องเก็บศพ รพ.ให้ญาติดูศพผู้ป่วยที่ไหน นี่คือนิสัยทางอารมณ์และจิตวิญญาณ เราให้สิ่งแวดล้อมอย่างไรแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ขอเตือนว่าอาจจะช็อคได้

การป้องกันอัคคีภัย อย่าถามว่ามีแผนหรือไม่ ให้ถามว่าท่านมีส่วนร่วมในการ **ซ้อมแผนอัคคีภัยครั้งสุดท้ายเมื่อไร** ท่านรู้หรือไม่ว่าต้องทำอะไร ท่านจะค้นหาความรู้ได้อย่างไรถ้าไม่รู้อะไรจะทำอะไร **อย่าถามพยาบาลที่ตึกว่าทำแผนป้องกันอัคคีภัยอย่างไร** ให้ถามผู้บริหารว่ามีการจัดทำแผนอย่างไร หน่วยงานภายนอกมีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ เมื่อไฟไหม้ในรพ. ตำรวจมีส่วนสำคัญ คนเหล่านั้นมีส่วนร่วมในการทำแผนหรือไม่ ถ้าพบว่ามีสิ่งกีดขวางให้บอก supervisor ไม่ต้องบอกผู้บริหาร

GEN.7 เครื่องมือพร้อมที่จะใช้งานหรือไม่ เจ้าหน้าที่รู้วิธีใช้งานหรือไม่ ได้รับการฝึกอบรมหรือไม่ มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันเพื่อให้พร้อมที่จะใช้หรือไม่

เมื่อท่านไปที่ รพ. พยายามเดินจากหอผู้ป่วยหนึ่งไปยังอีกหอผู้ป่วยหนึ่งทางบันได ท่านจะเห็นว่าผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างไร

GEN.8 กระบวนการทำงาน การทำงานเป็นทีม คำถามแรกที่จะถามคือ ท่านเลือกสมาชิกของทีมอย่างไร ใครเป็นบุคคลที่เกี่ยวกับการให้บริการแก่ลูกค้าใน area นั้น เช่น ทีมห้องผ่าตัด มีใครที่เกี่ยวข้องบ้าง ทีมผู้ป่วยในมีใครเกี่ยวข้องบ้าง ทีมผู้ป่วยนอกมีใครเกี่ยวข้องบ้าง และคิดว่าผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นได้มีส่วนร่วมอยู่ในทีมหรือไม่

การสื่อสาร ท่านบันทึกกิจกรรมของทีมอย่างไร ถ้าประชุมแล้วไม่มีการบันทึกก็ไม่มีประโยชน์ บันทึกนั้นถูกสื่อสารไปอย่างไร มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานอย่างไร มีการติดตามอย่างไร เพื่อมั่นใจว่าเมื่อมีการตัดสินใจว่าจะทำอะไรแล้ว มีการนำไปปฏิบัติ

การเตรียมลูกค้า โดยปกติเจ้าหน้าที่ของ รพ. **ถ้ารู้ว่าจะเตรียมจำหน่ายอย่างไร ก็รู้ว่าจะเตรียมรับอย่างไร** ถ้าถามเรื่องการรับจะตอบง่าย ขอให้ถามคำถามหลังก่อน ถ้าไม่มีการเตรียมจำหน่ายอย่างเป็นระบบค่อยมาถามเรื่องการเตรียมรับ

แบบยินยอมรับการรักษา การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสาขาต่างๆกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ให้ผู้ป่วยลงนาม ถ้าเสมียนเป็นผู้ให้ลงนาม เสมียนไม่มีหน้าที่ในการให้ informed consent ผู้ป่วยถูก identify อย่างไรโดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิด ทารกได้รับการปกป้องอย่างไร

การแลกเปลี่ยนข้อมูล

การประเมินผู้ป่วยและการวางแผน มีความจำเป็นที่ รพ.จะต้องมีแผนการดูแลผู้ป่วยและมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ใครเป็นผู้ประเมิน ใครมีส่วนในการวางแผน พยาบาลมีสิ่งทำได้มากเพื่อให้มั่นใจว่าการบันทึกที่จำเป็นในเวชระเบียน มีข้อมูลที่ควรได้รับการบันทึกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด แพทย์มักจะยุ่งมาก ไม่ผิดอะไรที่พยาบาลจะเตือนแพทย์ว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้าห้องผ่าตัดแล้ว ยกเว้นข้อกำหนดบางอย่างที่กำหนดไว้ในนโยบายของ รพ.

กระบวนการดูแลผู้ป่วย **เราต้องเตรียมคำถามจำนวนมาก และถามผู้คนในหอผู้ป่วย** ท่านมีคำถามเหล่านั้นในใจอยู่แล้ว เมื่อท่านเดินผ่านไป รพ. ท่านสามารถถามคำถามเหล่านี้ได้ ถ้าผู้ป่วยเป็นลมริมทางเดิน จะทำอย่างไร

GEN.9 กิจกรรมคุณภาพ ถ้า รพ.มี QA program **เราไม่ต้องลงไป** รายละเอียด เพราะมีหน่วยงานภายนอกมาดูแลแล้ว ถ้า รพ.ไม่มีหน่วยงานภายนอกมาตรวจสอบ QA program เราต้องลงรายละเอียด แต่ส่วนสำคัญที่สุดคือ ทำไมเราต้องมี QA

program เราจัดทำเครื่องชี้วัด มาตรฐาน อย่างไร เราใช้เครื่องชี้วัดเพื่อปรับปรุงคุณภาพของงานอย่างไร ถ้า รพ.บอกว่ามี QA และท่านเห็นว่าดี อย่าทำทนายหรือถามคำถามเจาะลึก เพราะท่านไม่ใช่ผู้ตรวจสอบโปรแกรมนี้

แนวทางในการใช้ดุลยพินิจ

เมื่อพบปัญหาเกิดขึ้นควรพิจารณาว่า พบที่เพียงบางจุด (isolated case) หรือพบทั่วไป (systemic) เป็นสิ่งที่ผู้รับผิดชอบสามารถจัดการได้เองหรือไม่ ถ้าพบเพียงบางจุดและผู้รับผิดชอบสามารถจัดการได้ก็ควรบอกให้ผู้รับทราบ ไม่ควรนำไปบอกให้ผู้บริหาร เพราะผู้รับผิดชอบอาจจะถูกตำหนิหรือลงโทษ โดยไม่สมควร เรื่องที่จะบอกให้ผู้บริหารทราบควรเป็นเรื่องที่เกิดจากปัญหาของระบบ หรือผู้รับผิดชอบไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

เมื่อ performance ของ รพ.ยังห่างไกลจากเป้าหมาย surveyor แต่มีแผนที่จะดำเนินการแล้ว surveyor อาจจะกระตุ้นให้ดำเนินการต่อตามแผนที่วางไว้หรือให้ประเมินว่ามีวิธีการที่ดีกว่าหรือไม่ surveyor อาจจะให้ข้อมูลความสำเร็จในที่อื่น

ไม่ควรถามสิ่งที่เป็นหน้าที่ของผู้บริหาร แต่ควรถามในสิ่งที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติ ไม่ควรถามคำถามที่มีลักษณะกล่าวโทษหน่วยงานหรือเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน ควรถามว่ามีกระบวนการอะไรที่จะค้นหาปัญหาหรือความผิดพลาด มีการรายงานหรือการจัดการอย่างไร

เราสามารถถามคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพ ถามว่า aware เกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่ surveyor ต้องการรู้ผลของการประเมินโดยองค์กรอื่น ต้องการรู้ข้อเสนอแนะและอยากทราบว่าได้มีการทำอะไรไป แต่ surveyor ไม่อยู่ในฐานะที่จะตรวจสอบมาตรฐานวิชาชีพ

cross reference