(ร่าง)

คู่มือการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล

(Hospital Survey Manual)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตุลาคม ๒๕๔๔

สารบัญ

ตอนที่ ๑ ปรัชญา จริยธรรม ธรรมะ ของผู้เยี่ยมสำรวจ ๑
๑. ปรัชญาของกระบวนการ HA ๑
๒. จริยธรรมของผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor) ๒
๓. ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ ๓
๔. ธรรมะสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ ๔
๕. บทบาทของผู้เยี่ยมสำรวจ ๕
๖. แนวทางสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ ๕
๗. คุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจ ๖
๘. ที่มาของผู้เยี่ยมสำรวจ ๗
๙. กระบวนการเลือกสรรผู้เยี่ยมสำรวจ ๗
๑๐. การฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติ ๘
๑๑. การธำรงสถานภาพของผู้เยี่ยมสำรวจ ๙
ตอนที่ ๒ การเยี่ยมสำรวจและบทบาทของของผู้เกี่ยวข้อง ๑๐
๑. ลักษณะของการเยี่ยมสำรวจ ๑๐
๒. วิธีคิดพื้นฐานสำหรับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ๑๑
๓. สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ๑๓
๔. บทบาทของโรงพยาบาล ๑๕
๕. บทบาทของ พรพ. ๑๖
๖. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้เยี่ยมสำรวจ ๑๗
๗. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ๑๘
ตอนที่ ๓ กระบวนการเยี่ยมสำรวจ ๒๐
๑. การพบปะครั้งแรกกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ๒๐
๒. การทบทวนเอกสาร ๒๑
๓. แนวทางทั่วไปในการเยี่ยมสำรวจและสัมภาษณ์ ๒๓
๔. แนวทางในการเยี่ยมสำรวจงานคลินิกบริการ ๒๖
แนวทางการเยี่ยมสำรวจหน่วยดูแลผู้ป่วยและทีมสหสาขา (อีกรูปแบบหนึ่ง) ๒๙
๕. การพบปะกับตัวแทนของโรงพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมในแต่ละวัน ๓๒
๖. การประชุมสรุปข้อมูลประจำวัน ๓๓
๗. การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ๓๖
๘. แนวทางสำหรับการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ (exit conference) ๓๗
ตอนที่ ๔ การเขียนรายงาน ๓๙
๑. ความสำคัญของรายงาน ๓๙
๒. องค์ประกอบของรายงาน ๓๙

๓. ลักษณะของรายงานที่ดี ๔๐
๔. การเขียนข้อเสนอแนะ ๔๑
๕. สรุปภาพรวมขององค์กร (Organizational Summary).....๔๑
๖. กระบวนการจัดทำรายงาน..... ๔๒
๗. ข้อพิจารณาและข้อเตือนใจในการเขียนรายงาน..... ๔๒
แบบฟอร์มรายงานการเยี่ยมสำรวจ..... ๔๔
ตัวอย่างรายงาน (สมมติ) ๕๗
ตัวอย่างรายงานของ CCHSA ๖๐
ตอนที่ ๕ ทักษะของผู้เยี่ยมสำรวจ ๖๙
๑.เทคนิคการเก็บข้อมูล.....๖๙
๒. ทักษะการสัมภาษณ์ ๗๑
๓. การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ๘๐
๔. การฟัง ๘๑
๕. การจดบันทึก..... ๘๓
๖. ทักษะการสังเกต..... ๘๔
๗. การบริหารเวลา ๘๕
๘. ทักษะการเป็นโค้ช.....๘๖
ตอนที่ 6 ความมุ่งหมายของมาตรฐานและตัวอย่างคำถาม.....๙๐
บทที่ 1 การนำองค์กร.....๙๐
บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย.....๙๑
บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ ๙๓
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ๙๓
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ๙๕
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ ๙๖
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล..... ๙๗
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป..... ๙๘
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ ๑๐๐
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๑๐๐
บทที่ 11 องค์กรแพทย์..... ๑๐๑
บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล..... ๑๐๑
บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย ๑๐๒
บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร..... ๑๐๒
บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย..... ๑๐๓
บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ๑๐๔
บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา ๑๐๕

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/การดูแลรักษาผู้ป่วย ๑๐๖
บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ๑๐๗
บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ๑๐๗
ภาคผนวก: ตัวอย่างการเยี่ยมสำรวจของ JCAHO ๑๐๙

ตอนที่ ๑ ปรัชญา จริยธรรม ธรรมะ ของผู้เยี่ยมสำรวจ

๑. ปรัชญาของกระบวนการ HA

๑) HA คือกระบวนการเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ

๒) การเรียนรู้สำคัญเกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองในโรงพยาบาล

๓) เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

๔) ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้แทนของ พรพ. เป็นแขกรับเชิญของโรงพยาบาล มิใช่ผู้พิพากษา มิใช่ผู้ตรวจสอบ

๕) การเยี่ยมสำรวจคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลและการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น

๖) ความสำเร็จของการเยี่ยมสำรวจคือความสุขของผู้ได้รับการเยี่ยมสำรวจ แม้ว่ายังมีสิ่งที่จะต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๗) การรับรองคือการให้กำลังในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มิใช่การตัดสินได้ตก

๒. จริยธรรมของผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor)

สถานภาพของผู้เยี่ยมสำรวจ

- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงตระหนักว่าตนเป็นผู้แทนของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงละความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านไว้ที่หน่วยงานของตน

การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี

- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เกี่ยวข้อง (ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ ผู้เยี่ยมสำรวจ)
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงวิพากษ์วิจารณ์ผู้เยี่ยมสำรวจท่านอื่น โรงพยาบาล และ พรพ.
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงรักษาความลับของโรงพยาบาลที่ได้มาระหว่างการเยี่ยมสำรวจ การนำข้อมูลเชิงบวกของโรงพยาบาลไปเผยแพร่ควรได้รับความยินยอมจากโรงพยาบาลก่อน
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงถ่ายภาพ อัดเสียง ถ่ายวิดีโอ ในขณะปฏิบัติหน้าที่

การให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะด้วยความเป็นกลาง
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงเปิดโอกาสให้ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลมีความยืดหยุ่นในการตัดสินใจเลือกทางเลือก ไม่ให้ข้อมูลในเชิงบงการหรือชี้นำว่าต้องทำด้วยวิธีการที่ผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะเพียงอย่างเดียว
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงพิจารณาถึงทรัพยากร ลำดับความสำคัญ และความเป็นไปได้ของการนำข้อเสนอไปปฏิบัติ
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เป็นประโยชน์แก่โรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมสำรวจ มิใช่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เยี่ยมสำรวจ
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรงพยาบาลของผู้เยี่ยมสำรวจ
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าโรงพยาบาลจะได้รับการรับรอง หรือมีโรงพยาบาลใดได้รับการรับรองแล้วโดยที่ยังไม่มีประกาศอย่างเป็นทางการจาก พรพ.

ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาล

- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงแจ้งให้ พรพ.ทราบ หากมีความสัมพันธ์หรือผลประโยชน์เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลที่จะไปเยี่ยมสำรวจ เช่น การให้คำปรึกษาหรือประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไปเยี่ยมสำรวจ ในช่วงเวลา ๒๔ เดือน ก่อนและหลังการเยี่ยมสำรวจ

การไม่เบียดเบียนโรงพยาบาล

- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงใช้สถานะผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อหาผลประโยชน์ส่วนตัว และไม่เรียกร้องความสะดวกอื่นใดในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงเรียกร้องผลประโยชน์ที่ไม่ชอบธรรมหรือไม่เหมาะสมจากโรงพยาบาล
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงรับของฝาก ของที่ระลึก หรือการเลี้ยงต้อนรับในลักษณะที่แสดงความสิ้นเปลือง รวมถึงไม่พึงรับสิ่งตอบแทนซึ่งจะเป็นที่ครหาว่ามีผลต่อการตัดสินใจรับรองคุณภาพ

- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงขอเอกสารหรือตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่ไปให้คำปรึกษา
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงนำเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลของตนไปดูงานในโรงพยาบาลที่ไปเยี่ยมสำรวจ

๓. ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงตระหนักในความสำคัญของข้อมูลในแบบประเมินตนเอง และความเพียรพยายามของโรงพยาบาลในการพัฒนาและสื่อสารให้ผู้เยี่ยมสำรวจทราบผ่านแบบประเมินตนเอง
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงศึกษาข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลในแบบประเมินตนเองล่วงหน้า พร้อมเตรียมประเด็นสำคัญในการเยี่ยมสำรวจ
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและตรงประเด็น
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงแต่งกายสุภาพ เรียบร้อย พร้อมติดป้ายชื่อที่สถาบันจัดให้ทุกครั้ง
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงตรงต่อเวลาหรือไปก่อนเวลานัดหมาย เริ่มต้นเยี่ยมสำรวจหน่วยงานตรงตามเวลาที่กำหนดไว้
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงปิดโทรศัพท์มือถือในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงออกจากโรงพยาบาลในระหว่างเวลาที่คณะผู้เยี่ยมสำรวจยังปฏิบัติงานเพื่อจุดประสงค์ส่วนตัว หรือเชิญบุคคลอื่นมาติดต่อธุรกิจในระหว่างการปฏิบัติงานของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงวางตนเป็นกลาง แสดงออกด้วยความสุภาพเรียบร้อย ไม่ก้าวร้าว
- การขอดูข้อมูลเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ จะต้องขออนุญาตเจ้าของสถานที่ทุกครั้ง ทั้งนี้ต้องเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมสำรวจเท่านั้น
- ผู้เยี่ยมสำรวจไม่พึงนำข้อมูลจากโรงพยาบาลที่เข้าไปเยี่ยมสำรวจไปใช้
- เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจการเยี่ยมสำรวจ พรพ.ขอสงวนสิทธิในการที่จะขอเอกสารทุกชนิดคืนทันที และข้อมูลทุกชิ้นที่ได้รับจากโรงพยาบาล ทางสถาบันขอให้ถือเป็นความลับ
- ผู้เยี่ยมสำรวจพึงยึดหลักการเยี่ยมสำรวจตามแนวทางที่ พรพ.กำหนดไว้ และเป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก และมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ

๔. ธรรมะสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

๔.๑ กัลยาณมิตรธรรม

กัลยาณมิตร คือ บุคคลที่เพียบพร้อมด้วยคุณสมบัติที่จะสั่งสอน แนะนำ ชี้แจง ชักจูง ช่วยบอกช่องทาง หรือเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นดำเนินไปในมรรคาแห่งการฝึกฝนอบรมอย่างถูกต้อง กัลยาณมิตรควรมีคุณสมบัติพื้นฐานดังนี้

๑) น่ารัก (ปิโย) เข้าถึงจิตใจ เป็นกันเอง ชวนให้อยากเข้าไปปรึกษาไต่ถาม

๒) น่าเคารพ (ครุ) ประพฤติสมควรแก่ฐานะ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นที่พึ่งได้และปลอดภัย

๓) น่ายกย่อง (ภาวนีโย) ทรงความรู้และภูมิปัญญา ควรเอาอย่าง

๔) รู้จักพูดให้ได้ผล (วัตตา) พูดเป็น รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ เป็นที่ปรึกษาที่ดี

๕) ทนต่อถ้อยคำ (วจนักขโม) พร้อมที่จะรับฟังคำปรึกษาซักถามแม้จุกจิกหรือล่วงเกิน อดทนฟังได้ ไม่เบื่อหน่าย ไม่เสียอารมณ์ (ถ้าไม่อดทนฟังให้จบจะไม่รู้ว่าเขาคิดอย่างไร)

๖) แถลงเรื่องลึกล้ำได้ (คัมภีรัญจะ กถัง กัตตา) สามารถอธิบายเรื่องยุ่งยากซับซ้อนให้เข้าใจ

๗) ไม่แนะนำในเรื่องเหลวไหล (โนจัฏฐเน นโยชเย)

๔.๒ พรหมวิหาร ๔ ธรรมประจำใจอันประเสริฐ

๑) เมตตา (ความรักใคร่) พวกเราควรจะมีเมตตา ทั้งผู้ที่มารับคำแนะนำจากเรา และให้แผ่เมตตาไปยังผู้มารับบริการด้วย

๒) กรุณา (ความสงสาร) เราอยากให้ผู้มารับบริการได้พ้นจากความทุกข์โดยเร็วที่สุด

๓) มุทิตา (ความยินดี) ควรจะดีใจด้วยกับ รพ. ที่มาตรฐานเขาดีขึ้นตามลำดับ

๔) อุเบกขา (ความวางใจเป็นกลาง) เราไปให้ข้อเสนอแนะให้มาตรฐานเขาดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้นก็ต้องวางใจให้เป็นกลางว่าอีกหน่อยเขาก็ต้องดีขึ้น ไม่ใช่ไปว่าให้เขาเสียหาย

๔.๓ ละอคติ ๔

อคติคือความลำเอียง เป็นสิ่งที่เราควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

๑) ฉันทาคติ ลำเอียงเพราะรัก

๒) โทสาคติ ลำเอียงเพราะชัง

๓) โมหาคติ ลำเอียงเพราะหลงหรือเขลา

๔) ภยาคติ ลำเอียงเพราะความกลัว

๔.๔ อิทธิบาท ๔ คุณธรรมไปสู่ความสำเร็จ

๑) ฉันทะ พอใจในคุณค่าของสิ่งที่เราทำ งานที่มีประโยชน์ต่อมนุษยชาติ

๒) วิริยะ ความพากเพียร

๓) จิตตะ ความเอาใจใส่

๔) วิมังสา ความไตร่ตรอง

๕. บทบาทของผู้เยี่ยมสำรวจ

ผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในสาขาต่างๆ (รวมทั้งด้านการบริหาร) ซึ่งมีอาวุโส ผู้เยี่ยมสำรวจจะเป็นตัวแทนของ พรพ. มีความเข้าใจในนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, หลักการ และเป้าหมายของ พรพ. ในระดับที่สามารถสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจได้

ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจ มีหน้าที่ในการประเมิน, ให้ความรู้ และให้คำปรึกษา

ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้เข้าไปตรวจสอบโรงพยาบาล แต่จะเข้าไปเยี่ยมโรงพยาบาลในลักษณะกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลโดยการรวบรวมหลักฐานข้อมูลต่างๆ และกระตุ้นให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น ด้วยการตั้งคำถามและการให้ข้อมูล

ผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้ความรู้ของตนและความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจที่ได้รับจากการฝึกอบรม เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติ (compliance) ของโรงพยาบาลกับมาตรฐานโรงพยาบาล

โดยการอภิปรายกับผู้นำของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจะนำเสนอสิ่งที่พบเห็นและให้คำปรึกษาเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ดีขึ้น นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น

รายงานซึ่งทีมผู้เยี่ยมสำรวจจัดทำขึ้นจะถูกนำไปใช้ในการตัดสินรับรองโดยคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กระบวนการเยี่ยมสำรวจนี้จะช่วยกระตุ้นให้โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องเห็นคุณค่าของการประเมินตนเองด้วยความสมัครใจและช่วยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ

๖. แนวทางสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

1. **เป็นเสมือนพ่อแม่ที่ช่วยให้ลูกเรียนหนังสือโดยตัวเองไม่รู้เนื้อหา** ไปให้กำลังใจ ชี้แนะวิธีหาคำตอบ แต่ไม่ได้ให้คำตอบ ใช้คำถามเชิงบวกโดยไม่ลงไปในรายละเอียดของปัญหานั้น ไม่กล่าวโทษหรือเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน กระตุ้นให้หาวิธีการที่ดีขึ้นกว่าเดิม กระตุ้นให้วางแผนหรือดำเนินการตามแผนที่วางไว้

2. **ทิ้งภูมิหลังความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของตนเองให้หมด** ควรเข้าไปเหมือนคนที่ไม่รู้เรื่องอะไรเลยในเทคนิคการปฏิบัติงานด้านนั้น แต่เข้าไปตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ทำงานได้ทบทวนว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นดีพอหรือยัง ไม่ควรสอนวิธีการของเรา แต่ควรให้แนวทางพิจารณาวิธีแก้ปัญหาที่รอบด้าน

3. **ทิ้งความสนใจเฉพาะตัวไว้เบื้องหลัง** พึงตระหนักว่าผู้เยี่ยมสำรวจเข้ามาเพื่อประโยชน์ของผู้รับการเยี่ยม ไม่ใช่เพื่อสนองความอยากรู้อยากเห็นของผู้เยี่ยมสำรวจ หากสนใจและต้องการได้ข้อมูลของหน่วยงาน ควรนัดหมายพบกันในภายหลัง

4. **ยึดมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นกรอบในการตั้งคำถามทุกคำถาม** เพื่อให้การทำงานของผู้เยี่ยมสำรวจเป็นมาตรฐานเดียวกัน สื่อสารเข้าใจกับผู้รับการเยี่ยมสำรวจ และครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญครบถ้วน

5. **ไม่เจาะลึกในคำตอบซึ่งควรเป็นหน้าที่ของผู้บริหาร** ผู้เยี่ยมสำรวจควรทำหน้าที่เพียงชี้ให้เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของระบบที่เป็นอยู่อย่างนุ่มนวล เป็นหน้าที่ที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลจะต้องหาคำตอบและตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะมีวิธีการที่หลากหลาย จุดอ่อนที่พบบ่อยก็คือการมีระบบแล้วไม่สามารถพิสูจน์กับตนเอง หรือไม่สามารถแสดงให้ผู้อื่นเห็นว่าโรงพยาบาลมีระบบนั้นอยู่ และระบบนั้นทำงานได้ดี ไม่มีหลักฐานว่าได้ปฏิบัติตามสิ่งที่เล่าให้ฟัง

6. **ใช้ความคิดรวบยอดในการตั้งประเด็น** ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับภาพของหน่วยงานจะได้จาก (1) ข้อมูลการประเมินตนเองที่หน่วยงานส่งให้ (2) พันธกิจของหน่วยงานและโรงพยาบาล (3) การนำเสนอของหน่วยงาน (4) การสังเกตสิ่งที่พบเห็น ในการตั้งประเด็นเพื่อสอบถามนั้นควรประมวลข้อมูลทั้งหมดเข้ามาเชื่อมโยงกัน

๗. คุณสมบัติของผู้เยี่ยมสำรวจ

๑. การศึกษา

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นอย่างน้อยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือการบริหารจัดการ หรือ พฤติกรรมศาสตร์

๒. ประสบการณ์

ผู้เยี่ยมสำรวจต้องมีประสบการณ์การประกอบวิชาชีพในสาขาของตนอย่างน้อย ๑๐ ปี และมีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพหรือให้คำปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างน้อย ๒ ปี

๓. การยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัด

ผู้เยี่ยมสำรวจต้องได้รับการยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัดให้มาปฏิบัติหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจในลักษณะอาสาสมัครอย่างน้อยปีละ ๑๐ วัน โดยจ่ายเงินเดือนเต็ม ทั้งนี้จะต้องขอความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชาก่อนการสมัคร

๔. คุณลักษณะส่วนบุคคล

- **ความสามารถด้านการบริหารจัดการ** ได้แก่ ความมีวินัย, การเตรียมตัว, การบริหารเวลา, การแก้ปัญหา
- **มนุษยสัมพันธ์** ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง, การสร้างบรรยากาศในการสนทนา, การทำงานเป็นทีม, ไวต่อความรู้สึกของผู้คน
- **มีความเข้าใจในพฤติกรรมองค์กร**
- **ความน่าเชื่อถือ** ประวัติการทำงานซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- **สุขภาพ** สมบูรณ์แข็งแรง
- **ความรู้และความมุ่งมั่น** ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
- **ความสามารถในการวิเคราะห์** ได้แก่ การสังเกตและการรวบรวมข้อมูล (objective evidence), การสังเคราะห์ข้อมูล, การคิดแบบวิพากษ์ (critical thinking), การสรุปผลข้อมูลซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- **การสื่อสารและการให้คำปรึกษา** ได้แก่ การสัมภาษณ์, การนำเสนอ, การเขียน, การให้คำปรึกษา, การพูดในที่สาธารณะ
- **พร้อมที่จะปรับตัว** ตามข้อมูลที่ได้รับจากเพื่อนร่วมทีมและจากโรงพยาบาล

๕. การธำรงทักษะและความสามารถ

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องธำรงทักษะและความสามารถอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอด้วยการ

- เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ที่ พรพ.จัดให้ (ผู้เยี่ยมสำรวจจะได้รับคะแนนสะสมวันละ 2 คะแนน
- ร่วมในการประเมินโรงพยาบาลอย่างน้อย ๑๒ วันทำการต่อปี (ผู้เยี่ยมสำรวจจะได้รับคะแนนสะสมวันละ 3 คะแนน)

๘. ที่มาของผู้เยี่ยมสำรวจ

ผู้เยี่ยมสำรวจมีที่มาได้ ๒ ลักษณะดังนี้

๑. ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพ และด้านวิชาชีพ/หรือด้านบริหาร เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางแล้ว

๒. ผู้ที่สั่งสมประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพตามลำดับขั้น จากการเป็นพี่เลี้ยงทีมพัฒนาคุณภาพ, การเป็นผู้ประสานงานคุณภาพ/วิทยากรภายใน, การเป็นวิทยากรของ พรพ., การเป็นที่ปรึกษาให้แก่โรงพยาบาลอื่น

ผู้ที่จะเป็นผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรที่ พรพ.กำหนด และออกฝึกซ้อมปฏิบัติงานในภาคสนาม

๙. กระบวนการเลือกสรรผู้เยี่ยมสำรวจ

กระบวนการเลือกสรรผู้เยี่ยมสำรวจประกอบด้วยขั้นตอน ๔ ขั้นตอน ดังนี้:

๑. การสมัครหรือการเสนอชื่อ

ผู้สมัครหรือผู้ได้รับการเสนอชื่อจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้เยี่ยมสำรวจ แบบฟอร์มใบสมัคร reference form ซึ่งผู้สมัครจะต้องกรอกใบสมัครและส่งให้ พรพ.

๒. การตรวจสอบกับผู้ร่วมงาน

ผู้สมัครจะต้องส่ง reference form ให้ ก) หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชา, ข) เพื่อนร่วมงาน ค) ผู้ใต้บังคับบัญชา ๒ คน ง) บุคคลต่างวงการ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เยี่ยมสำรวจส่งมาให้ พรพ.โดยตรง

๓. การสัมภาษณ์

ผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งมีคุณสมบัติตามใบสมัครเหมาะสม จะได้รับเชิญเข้ารับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเหมาะสมในการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ

๔. การประเมินด้านพฤติกรรมและความรู้

ผู้ที่ผ่านการสัมภาษณ์จะได้รับเชิญเข้าร่วมในโปรแกรมการฝึกอบรมขั้นต้น ซึ่งเป็นการให้ความรู้ด้วยการแสดงบทบาทสมมติ, มีการประเมินความสามารถด้านพฤติกรรมและการ feed back, รวมทั้งการสอบข้อเขียน

ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรแล้วจะผ่านเข้าไปสู่ขั้นตอนการฝึกอบรมและการฝึกปฏิบัติ

๑๐. การฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติ

๑๐.๑ การฝึกอบรม

ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรแล้วจะได้รับการฝึกอบรมในเรื่องต่อไปนี้ก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นฝึกปฏิบัติ:

- คุณภาพ การประกันคุณภาพ (QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)
- การใช้มาตรฐานโรงพยาบาล ในการพัฒนาและประเมินคุณภาพ
- ทักษะในการประเมินคุณภาพ ได้แก่ การสังเกต การตั้งคำถาม การประเมิน การเขียนรายงาน
- ทักษะในการบริหาร ได้แก่ การวางแผน การจัดการ การสื่อสาร

๑๐.๒ การฝึกภาคสนาม

ผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ (Surveyor-in-Training: SiT) คือผู้ที่อยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของ พรพ. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีความเข้าใจแนวคิดและปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) พร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนระบบบริการสุขภาพด้วยความเสียสละ

ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้ที่เข้าไปเยี่ยมสถานบริการสุขภาพในลักษณะของกัลยาณมิตรซึ่งได้รับการเชื้อเชิญให้เข้าไปรับรู้ความพยายามในการพัฒนา ระบบคุณภาพที่มีอยู่ และระดับคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยทักษะพิเศษในการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต สัมภาษณ์และรับฟังด้วยกระบวนการสื่อสารเชิงบวกที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งต้องมีทักษะในการสังเคราะห์ข้อมูลออกมาเป็นความคิดรวบยอด จึงจำเป็นต้องใช้การปฏิบัติงานในภาคสนามเป็นโอกาสในการสร้างเสริมศักยภาพของผู้เยี่ยมสำรวจ

ขั้นตอนของการฝึกภาคสนาม

ผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ อาจจะได้รับการเสนอชื่อโดยผู้น่าเชื่อถือหรืออาสาเข้ามาร่วมกระบวนการด้วยตนเอง ไม่ว่าจะมาด้วยวิธีใด จะต้องยื่นแสดงความจำนงมาที่ พรพ. พรพ.จะจัดโปรแกรมในการพัฒนาศักยภาพเป็น 3 ขั้นตอนก่อนที่จะขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ หรือที่เรียกว่า STAR (See–Try–Act–Register)

ขั้นที่หนึ่ง การร่วมสังเกต (See) เป็นการติดตามผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อสังเกตและบันทึกบทสัมภาษณ์หรือบทสนทนา คำตอบที่ได้รับจากหน่วยงาน รวมทั้งวิธีการอื่นๆ ที่ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ นำสิ่งที่สังเกตและบันทึกไว้มาอภิปรายกับผู้เยี่ยมสำรวจหรือพี่เลี้ยงในช่วงเย็นของแต่ละวัน ควรฝึกที่จะสรุปคำนิยมและข้อเสนอแนะไปด้วยตั้งแต่ขั้นตอนนี้ ในขั้นนี้จะใช้เวลาครั้งแรกเพียงครั้งเดียว

ขั้นที่สอง การทดลองทำ (Try) เป็นการทดลองปฏิบัติการเยี่ยมสำรวจภายใต้การดูแลของผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจจะต้องศึกษาแบบประเมินตนเองของหน่วยงานที่จะเข้าเยี่ยมมาอย่างละเอียดพร้อมทั้งเตรียมคำถามที่สำคัญไว้ล่วงหน้า ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะมอบหมายหน้าที่บางอย่างให้ โดยผู้เยี่ยมสำรวจเข้ามาช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจจะต้องเขียนรายงานและอภิปรายร่วมกับคณะผู้เยี่ยมสำรวจในตอนเย็นของแต่ละวัน ในขั้นนี้อาจจะกินเวลา 1-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับว่าผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจสามารถแสดงให้ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่ามีความเข้าใจในแนวคิดและมาตรฐานของ HA รวมทั้งมีทักษะในการสื่อสารและการสังเคราะห์ดีเพียงใด

ขั้นที่สาม การปฏิบัติหน้าที่ (Act) เป็นการปฏิบัติการเยี่ยมสำรวจอย่างเป็นอิสระร่วมกับคณะผู้เยี่ยมสำรวจ สามารถขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากผู้เยี่ยมสำรวจได้ตลอดเวลา ผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจจะต้องศึกษาแบบประเมินตนเองของหน่วยงานที่จะเข้าเยี่ยมมาอย่างละเอียด พร้อมทั้งเตรียมคำถามที่สำคัญไว้ล่วงหน้า ผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจจะต้องเขียนรายงาน ให้คะแนนระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน และอภิปรายร่วมกับคณะผู้เยี่ยมสำรวจในตอนเย็นของแต่ละวัน หลังจากการปฏิบัติในขั้นนี้อย่างน้อย 2 ครั้งแล้ว ผู้เยี่ยมสำรวจที่ดูแลจะพิจารณาว่าสมควรเสนอชื่อให้คณะกรรมการพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจหรือไม่

สำหรับสักขีพยานซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงซึ่ง พรพ.เชิญเข้ามาร่วมเป็นเกียรติเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในกระบวนการและเกิดความเข้าใจที่ดีนั้น อาจจะทำหน้าที่ทั้งสามลักษณะในครั้งเดียวกันได้ และสามารถได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมสำรวจเช่นเดียวกัน

ผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจจะถูกประเมินและสะท้อนกลับเช่นเดียวกับผู้เยี่ยมสำรวจทั่วไป ผลการประเมินจากการฝึกปฏิบัตินี้จะมีผลต่อการตัดสินใจรับผู้ฝึกประเมินเข้าเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

๑๑. การธำรงสถานภาพของผู้เยี่ยมสำรวจ

ผู้เยี่ยมสำรวจจะธำรงสถานภาพของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจเมื่อ

๑. เป็นผู้เยี่ยมสำรวจเต็มเวลาของ พรพ.ซึ่งปฏิบัติงานเยี่ยมสำรวจไม่ต่ำกว่าปีละ ๗๐ วัน หรือ

๒. เป็นผู้ที่กำลังปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ หรือพ้นจากการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพไม่เกิน ๓ ปี และมีคะแนนสะสมจากการปฏิบัติการเยี่ยมสำรวจไม่ต่ำกว่าปีละ ๔๐ คะแนน

ตอนที่ ๒ การเยี่ยมสำรวจและบทบาทของของผู้เกี่ยวข้อง

การเยี่ยมสำรวจ (survey) คือการสำรวจ รวบรวมข้อมูล ร่อยรอย และหลักฐานอย่างรอบด้าน เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน (performance) ขององค์กร พร้อมทั้งวิเคราะห์ สรุปผลและจัดทำรายงาน

เป้าหมายของการเยี่ยมสำรวจคือ

๑) เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์ของทีม

๒) เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน

๓) เพื่อประเมินจุดแข็งจุดอ่อน และกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา

คณะผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งประกอบด้วยนักบริหาร แพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จะได้รับข้อมูลเบื้องต้นเพื่อช่วยให้ทำความรู้จักกับโรงพยาบาลได้ดีขึ้น เอกสารชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตารางการทำงาน รายงานการเยี่ยมสำรวจ ครั้งที่แล้ว และคำร้องเรียนที่ได้รับ (ในกรณีการเยี่ยมสำรวจ ครั้งต่อๆ มา)

การสรุปผลของการเยี่ยมสำรวจทำโดยสมาชิกของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ทุกคน ซึ่งใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ในเวลาและสถานที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมสำรวจจะเน้นกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร เพื่อตอบคำถามหลักต่อไปนี้:

- มีการจัดระบบงานไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่ (approach)
- มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดไว้หรือไม่ (deployment)
- กระบวนการเหล่านั้นทำได้ดีหรือไม่ (assessment & result) มีความสำเร็จอะไรบ้าง มีปัจจัยเกื้อหนุนอะไร มีการติดตามเครื่องชี้วัดอะไร มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัดอย่างไร ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรเป็นอย่างไร
- โรงพยาบาลกำลังปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนหรือไม่ (continuous improvement) ปัญหาและการแก้ไขที่ได้ดำเนินการไปแล้วมีอะไรบ้าง ปัญหาที่ยังเหลืออยู่และแผนการที่จะดำเนินการต่อไปมีอะไรบ้าง

๑. ลักษณะของการเยี่ยมสำรวจ

การเยี่ยมสำรวจจะมีลักษณะต่อไปนี้:

- **เน้นสหวิชาชีพ** (multidisciplinary focus) การทำงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงานในสาขาและหน่วยงานต่างๆ
- **เป็นการให้ความรู้และให้คำปรึกษา** (educational & consultative) ในทุกแง่มุมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล
- **ปรับให้เข้ากับแต่ละโรงพยาบาล** (tailored to the hospital) ขึ้นกับพันธกิจ ขอบเขตบริการ และประเภทของผู้ป่วย
- **มีปฏิสังสรรค์** (interactive) ผ่านการสัมภาษณ์กับบุคคลและทีมต่างๆ ตลอดการเยี่ยมสำรวจ

- **เน้นการปฏิบัติ** (performanced-oriented) เป็นการเน้นทั้งการปฏิบัติจริง รวมทั้งแผน และนโยบาย
- **คงเส้นคงวา** (consistent) โดยอาศัยแนวทางการเยี่ยมสำรวจที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน
- **ทำงานเป็นทีม** (team-based) ข้อสรุปจะได้จากผลการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ ๒ คนขึ้นไป ซึ่งมาจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง
- **ทำงานโดยมีการวางแผน** (planned) องค์กรผู้สำรวจจะกำหนดตัวบุคคลที่จะประสานงานเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาล ข้อมูลของโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจทำงานได้ดีขึ้น
- **เปิดเผย** (open) มีการสื่อสารสิ่งที่พบตลอดการเยี่ยมสำรวจในแต่ละวัน และขั้นสรุปผล โดยโรงพยาบาลจะได้รับรายงานเบื้องต้นเป็นรายลักษณ์อักษรทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการเยี่ยมสำรวจ

๒. วิธีคิดพื้นฐานสำหรับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

กระบวนการ HA ในประเทศไทยเป็นการเคลื่อนไหวที่อยู่บนปรัชญาของการคิดและมีพฤติกรรมที่ต่างไปจากเดิม เปลี่ยนวิถีการทำงานในโรงพยาบาลจากการเน้นระบบ (system focused) มาเป็นการเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (patient/customer focused)

ประสบการณ์ใหม่

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องเข้าใจว่ากระบวนการ HA เป็นประสบการณ์ใหม่สำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงวิธีคิด พฤติกรรม และวิธีการทำงานในโรงพยาบาล เป็นการเป็นแปลงวัฒนธรมและความเคยชินของผู้คน

การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องยาก

เป็นการยากที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลง และยากที่จะบริหารการเปลี่ยนแปลง แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะก่อให้เกิดผลที่ดีขึ้นก็ตาม ผู้คนมักจะมีความรูสึกพอใจในวิธีทำงานที่เป็นอยู่ และต่อต้านการเปลี่ยนแปลงโดยไม่รู้ตัว เราจะต้องเข้าใจหลักการนี้ และปฏิบัติให้เหมาะสมกับความเป็นจริง

สัมพันธภาพ/อาคันตุกะ

เราในฐานะผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้คนในโรงพยาบาลนับแต่นาทีแรกที่เข้าไปถึงโรงพยาบาล โปรดระลึกไว้เสมอว่าเราเป็นอาคันตุกะผู้มาเยือน

เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลคาดหวังที่จะได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือ และยืนยันว่าสิ่งที่โรงพยาบาลทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่ยอมรับได้

ปรปักษ์

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องระมัดระวังไม่พิพากษา ไม่ดูถูก ไม่โต้เถียง ไม่คัดค้านหรือแสดงความไม่เห็นด้วย ไม่แสดงท่าทีเป็นปรปักษ์ เนื่องเพราะว่าความเป็นผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องไม่ยัดเยียดความเห็นของตนให้แก่ผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่และบอกว่า “ท่านต้องทำอย่างนี้” “ท่านควรมีสิ่งนี้”

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องไม่เปรียบเทียบโรงพยาบาลหนึ่งกับโรงพยาบาลอื่นๆ หรือโรงพยาบาลของเราเอง แต่ละโรงพยาบาลล้วนมีเอกลักษณ์ของตนและแตกต่างกันออกไป

เราในฐานะผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องมีความยืดหยุ่นในแบบแผนของการเยี่ยมสำรวจ และเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมกำหนดการเยี่ยมสำรวจ แม้เมื่อจัดทำตารางและเป็นที่ตกลงกันเรียบร้อยแล้ว เราก็ควรจะมีความยืดหยุ่นพอที่จะรับคำขอปรับเปลี่ยนจากโรงพยาบาล

การประเมินผล

โปรดจำไว้ว่าผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้เข้าไปตรวจสอบหรือประเมินผลงาน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน สิ่งเหล่านี้เป็นหน้าที่ของผู้บริหาร

การเรียนรู้

ผู้เยี่ยมสำรวจเข้ามาในโรงพยาบาลเพื่อมาเรียนรู้ มาเรียนรู้ว่าโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้ในระดับใด กระบวนการนี้ได้ทำแล้วโดยโรงพยาบาลผ่านการประเมินตนเอง

การสังเกต

กระบวนการสังเกตเริ่มตั้งแต่ผู้เยี่ยมสำรวจแตะพื้นโรงพยาบาล ขอให้สังเกตทุกแง่มุมของการเคลื่อนไหว การเข้าถึงบริการต่างๆ พฤติกรรมของผู้คน และสรรพสิ่งที่อยู่รอบตัว

เราควรจะสามารถสัมผัส รับรู้ ได้เห็น ได้ยิน ลิ้มรส และได้กลิ่น ว่าโรงพยาบาลนั้นมีคุณภาพหรือไม่

การสื่อสาร

ผู้เยี่ยมสำรวจจะไม่สื่อสารกับผู้บริหารโรงพยาบาลก่อนหรือหลังการเยี่ยมสำรวจ การสื่อสารกับโรงพยบาลจะกระทำโดย พรพ.เท่านั้น

ผู้เยี่ยมสำรวจจะไม่เลือกว่าตนต้องการไปเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลใด พรพ.จะเป็นผู้กำหนด

โรงพยาบาลมีโอกาสที่จะขอให้ พรพ.เปลี่ยนตัวผู้เยี่ยมสำรวจ การตัดสินใจสุดท้ายว่าจะเปลี่ยนหรือไม่อยู่ที่ พรพ.

โรงพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้เยี่ยมสำรวจ หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจก็จะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินนี้

เกม

หากมองว่ากระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นเสมือนการเล่นเกม เพื่อที่จะเล่นชนะเราต้องเข้าใจกฎกติกาและปฏิบัติตามกฎกติกา

กฎกติกา

กฎกติกาของกระบวนการ HA ระบุไว้ชัดเจนในมาตรฐาน HA และโรงพยาบาลสะท้อนออกมาในแบบประเมินตนเอง

ไม่ว่าเราจะสังเกต พูด ฟัง ในเรื่องใดก็ตาม สิ่งนั้นจะต้องสัมพันธ์กับกฎกติกา คือมาตรฐานและการประเมินตนเอง

ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องทำความคุ้นเคยกับมาตรฐาน HA (รับรู้ด้วยจนพูดออกมาจากใจได้) เข้าใจกระบวนการประเมินตนเอง เพื่อที่จะเล่นเกมได้อย่างยุติธรรม โปรดจำไว้ว่าโรงพยาบาลก็ใช้กฎกติกาเช่นเดียวกับผู้เยี่ยมสำรวจ

๓. สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

๓.๑ การทบทวนเอกสาร

มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจว่า**โรงพยาบาลเน้นความสำคัญในเรื่องอะไร** เอกสารเหล่านี้ประกอบด้วย ทิศทางนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ รายงานผลการประชุม รายงานการวัดและประเมินกิจกรรมต่างๆ รายงานต่อองค์กรแพทย์และคณะกรรมการของโรงพยาบาล รวมทั้งหลักฐานอื่นๆ

การทบทวนเอกสารเป็นกระบวนการเพื่อเตรียมผู้เยี่ยมสำรวจให้พร้อมสำหรับกิจกรรมอื่นๆ จะไม่มีการให้คะแนนระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (compliance) จนกว่าจะได้ประเมินด้วยวิธีอื่นๆ แล้ว

๓.๒ การสัมภาษณ์ผู้นำของโรงพยาบาล

เป็นการสนทนาในเรื่อง**ความร่วมมือของผู้นำระดับสูง**ในการวางแผน การออกแบบ การดำเนินการและการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย อาจจะทำหลังจากรับฟังการนำเสนอข้อมูลของโรงพยาบาลทันที หรือหลังจากการทบทวนเอกสาร หรืออาจจะสัมภาษณ์ในช่วงท้ายสุดเพื่อดูการตอบสนองต่อข้อมูลต่างๆ ที่ผู้เยี่ยมสำรวจได้พบ

ส่วนการสัมภาษณ์เฉพาะเรื่อง เช่น ผู้นำแพทย์ ผู้นำพยาบาล หัวหน้าแผนก จะกระทำหลังจากไปเยี่ยมหน่วยบริการต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลมากขึ้นเสียก่อน

๓.๓ การเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วย และ สัมภาษณ์ทีมนำทางคลินิก

คณะผู้เยี่ยมสำรวจ จะใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่งในการเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วยเพื่อดูการปฏิบัติและผลงานในการให้บริการ การเยี่ยมนี้จะดูว่ากิจกรรมบริการต่างๆ มีการประสานสอดคล้องกันได้ดีเพียงใด รวมทั้งการดูว่ากระบวนการวางแผนและออกแบบได้รับการปฏิบัติและปรับปรุงอย่างไร

การเยี่ยมแต่ละหน่วยจะประกอบด้วยการสนทนากับผู้บริหารของหน่วยและทีมนำทางคลินิก การสนทนากับผู้ป่วย การสังเกตสิ่งแวดล้อม การควบคุมการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ สิทธิผู้ป่วย และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยพร้อมกับทีมสหสาขา

หน่วยบริการผู้ป่วยนี้ได้แก่ ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทันตกรรม หอผู้ป่วย เวชกรรมฟื้นฟู

๓.๔ การสัมภาษณ์ตามระบบงานหรือหน้าที่ (Function Interview)

เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับระบบงานใดระบบงานหนึ่ง เป็นการติดตามประเด็นที่ได้จากการทบทวนเอกสารและประเด็นที่ได้จากการสังเกตในหน่วยบริการผู้ป่วย การสัมภาษณ์นี้อาจจะทำโดยผู้เยี่ยมสำรวจ คนเดียวหรือหลายคน

การสัมภาษณ์เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวของผู้เยี่ยมสำรวจ และเจ้าหน้าที่ซึ่งมีบทบาทในระบบงานที่จะสัมภาษณ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และความเชื่อมโยงกับกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ อื่นๆ การสัมภาษณ์จะครอบคลุมประเด็นเรื่องการวางแผน ออกแบบ ดำเนินการ การวัด การประเมิน และการปรับปรุงระบบงาน และปิดท้ายด้วยการให้ข้อคิดเห็นสรุป

ระบบงานหรือหน้าที่ที่จะมีการสัมภาษณ์ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว(สุขศึกษา), พยาธิวิทยา/พยาธิวิทยาคลินิก, รังสีวิทยา, เภสัชกรรม, โภชนาการ, การผ่าตัดและระงับความรู้สึก, การควบคุมการติด

เชื้อ, การบริหารสารสนเทศ, ทรัพยากรบุคคล, การตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์, ทีมประสานงานกลางพัฒนาคุณภาพ

๓.๕ กิจกรรมประเมินอื่น ๆ

กิจกรรมอื่นๆ เช่น การเยี่ยมหน่วยรับผู้ป่วย การเดินดูรอบๆ บริเวณ การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของการดูแลผู้ป่วย (อาคารและเครื่องมือ) การสัมภาษณ์เกี่ยวกับเวชระเบียน

๓.๖ การสะท้อนข้อมูล (Feedback Session)

การให้คะแนนระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (compliance) จะทำต่อเมื่อได้ไปเยี่ยมหน่วยบริการและสัมภาษณ์ครบแล้ว อย่างไรก็ตามผู้เยี่ยมสำรวจ จะนำสิ่งที่สังเกตพบมาอภิปรายกันในแต่ละวัน และระหว่างการรับประทานอาหารกลางวันกับกลุ่มแพทย์ ผู้เยี่ยมสำรวจ จะต้องสรุปสิ่งที่พบและร่างรายงาน รวมทั้งการตัดสินใจรับรอง และอภิปรายกับทีมผู้นำของโรงพยาบาลก่อนที่จะกลับ

๔. บทบาทของโรงพยาบาล

๑. ติดต่อกับ พรพ.

- แสดงความจำนงว่าพร้อมที่จะให้ พรพ.ส่งผู้แทนเข้าไปเยี่ยมสำรวจ พร้อมแบบประเมินตนเอง
- ตอบสนองและร่วมมือกับ พรพ.ในการเตรียมการที่จำเป็น
- ร่วมกับ พรพ.จัดเตรียมตารางการเยี่ยมสำรวจ

๒. เตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล

การเตรียมตัวเพื่อการเยี่ยมสำรวจคือการแสดงว่าโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามพันธกิจที่ได้กำหนดไว้ และสอดคล้องกับข้อกำหนดในมาตรฐาน ไม่ใช่เป็นการแสดงว่า *"โรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการขององค์กรผู้ประเมิน"* แต่เป็นการแสดงว่า *"โรงพยาบาลได้ทำอะไรบ้างเพื่อให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ"* ขั้นตอนในการเตรียมตัวประกอบด้วย

- ศึกษาข้อมูลทั้งหมดในคู่มือ ได้แก่ มาตรฐาน ความมุ่งหมาย กระบวนการเยี่ยมสำรวจและรับรอง โปรดจำไว้ว่าจะต้องยึดหลักสหสาขา และครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล ไม่จำกัดเฉพาะแผนกใดแผนกหนึ่งหรือสาขาใดสาขาหนึ่ง
- เข้าร่วมสัมมนาและรับเอกสารเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ
- ติดต่อเชื่อมโยงกับบุคคลอื่นซึ่งเพิ่งจะผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ
- วิเคราะห์ว่ามาตรฐานเรื่องใดที่โรงพยาบาลยังทำได้ไม่ดี ถ้ามีจำนวนมากอาจจะต้องจัดอันดับความสำคัญ
- จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงในเรื่องที่มีความสำคัญ ควรมีผู้แทนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ
- จัดการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้มั่นใจว่าทุกคนเข้าใจกระบวนการเยี่ยมสำรวจ
- ซ้อมเยี่ยมสำรวจ อาจจะเป็นการซ้อมโดยเจ้าหน้าที่ภายในเองหรือจากที่ปรึกษาภายนอกก็ได้
- แก้ไขปัญหาซึ่งพบระหว่างการซ้อมเยี่ยมสำรวจ จัดการกับปัญหาที่สำคัญก่อน กำหนดผู้รับผิดชอบและประชุมติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ
- ประชุมเจ้าหน้าที่ก่อนวันเยี่ยมสำรวจ เพื่อทบทวนความคาดหวัง และลดความกังวลของเจ้าหน้าที่

การเตรียมตัวที่ดีคือการนำข้อกำหนดในมาตรฐานเข้าไปใช้ในชีวิตประจำวัน. ด้วยการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง รพ. จะสามารถแก้ปัญหาได้ก่อนที่จะเกิดเรื่องรุนแรง.

๓. จัดเตรียมและส่งเอกสารที่จำเป็นให้แก่ พรพ.และผู้เยี่ยมสำรวจตามกำหนดเวลา

๔. อำนวยความสะดวกในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

- จัดเตรียมห้องประชุมสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ
- จัดหาเอกสารและข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจและ พรพ.
- สนับสนุนการทำงานของผู้เยี่ยมสำรวจตามความเหมาะสม
- จัดทำเอกสารการเงินและการประเมินผล

๕. บทบาทของ พรพ.

เมื่อได้รับความจำนงจากโรงพยาบาล ผู้ประสานงานของ พรพ.มีหน้าที่ดังนี้

๑. ประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลจากแบบประเมินตนเอง พิจารณาว่าควรจัดเป็น Intensive Consultancy Visit (ICV) หรือ Preparation Survey ติดต่อทำความเข้าใจกับโรงพยาบาล กำหนดวันเยี่ยมสำรวจ และแจ้งค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลทราบ

๒. กำหนดตัวผู้เยี่ยมสำรวจ ติดต่อผู้เยี่ยมสำรวจและเตรียมการในสิ่งต่อไปนี้

- แผนการเดินทางและค่าใช้จ่าย
- การสำรองที่พัก
- ปรึกษาหัวหน้าคณะเรื่องกำหนดการเยี่ยมสำรวจและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ
- ส่งแบบประเมินตนเองให้ผู้เยี่ยมสำรวจ
- กำหนดเวลาประชุมของคณะผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมการ
- ยืนยันกำหนดการเดินทางและกำหนดเวลาประชุม

๓. ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อ

- ยืนยันการเตรียมการข้างต้น
- ระบุเอกสารที่โรงพยาบาลจะต้องส่งให้ผู้เยี่ยมสำรวจเพิ่มเติม และที่ต้องจัดเตรียมไว้ที่โรงพยาบาล
- กำหนดเวลาที่จะเดินทางไปถึง
- กำหนดเวลาในการสัมภาษณ์ การให้ความรู้ และการสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ

๔. รับรายงานจากหัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ส่งให้ผู้มีหน้าที่บรรณาธิกรณ์ และส่งให้ผู้เยี่ยมสำรวจให้ความเห็นชอบ ก่อนที่จะส่งให้คณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลพิจารณา

๖. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้เยี่ยมสำรวจ

ผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่รับผิดชอบต่อไปนี้

๑. การเตรียมการก่อนการเยี่ยมสำรวจ

- รับทราบการเตรียมการที่ พรพ.ได้ดำเนินการไปแล้ว
- รับข้อมูลการประเมินตนเองและข้อมูลอื่นๆ ของโรงพยาบาลและทบทวนข้อมูลที่ได้รับอย่างละเอียด
- เตรียมคำถามโดยอาศัยข้อมูลในแบบประเมินตนเองและข้อมูลอื่นๆ ที่ได้รับ
- ยืนยันวิธีการเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักและโรงพยาบาลที่จะเข้าเยี่ยมสำรวจ ค่าโดยสารรถรับจ้างสาธารณะ และการพักแรมระหว่างทาง (ถ้ามี)

๒. เข้าร่วมประชุมคณะผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมการในตอนบ่าย/เย็นของวันก่อนเยี่ยมสำรวจ

- ทำความรู้จักคุ้นเคยระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจ สักขีพยาน และผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ
- อภิปรายข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสาร
- ทบทวนตารางการเยี่ยมสำรวจและบทบาทหน้าที่ของผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคน
- ยืนยันวิธีการเดินทางไปโรงพยาบาลและกลับที่พัก
- ยืนยันกำหนดเวลาออกจากที่พักไปโรงพยาบาล

๓. วันเยี่ยมสำรวจ

- ไปถึงโรงพยาบาลตามกำหนดเวลา
- ร่วมพบปะกับผู้อำนวยการและผู้บริหารระดับสูงเพื่อแนะนำตัว รับฟังข้อมูลสรุปเพิ่มเติมและความคาดหวังของโรงพยาบาล
- ร่วมการเยี่ยมสำรวจและการประชุมสรุปข้อมูลในตอนเย็นของทุกวัน
- เป็นพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำหรือคำอธิบายแก่ผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ
- จัดทำเอกสารรายงานการเยี่ยมสำรวจตามแบบฟอร์มของสถาบัน
- จัดเตรียมและเข้าร่วมการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ
- ส่งรายงานค่าใช้จ่ายในการเดินทางและที่พักให้แก่ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลเพื่อเบิกจ่ายให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจโดยตรง

๔. หลังวันเยี่ยมสำรวจ

- จัดทำเอกสารรายงานในส่วนที่รับผิดชอบให้สมบูรณ์และส่งให้หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจภายในหนึ่งสัปดาห์
- ส่งแบบประเมินผลให้แก่ พรพ. (ประเมินกระบวนการเยี่ยมสำรวจ, ประเมินผู้เยี่ยมสำรวจร่วมคณะ, ประเมินผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ)
- ตรวจสอบและให้ความเห็นชอบต่อรายงานที่ได้รับการบรรณาธิกรณ์จาก พรพ.

๗. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจ

ในการเตรียมการและเข้าเยี่ยมสำรวจ หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจมีบทบาทหน้าที่เพิ่มเติมดังนี้

๑. การเตรียมการก่อนการเยี่ยมสำรวจ

- สื่อสารกับผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่นๆ ในคณะผู้เยี่ยมสำรวจ (ด้วยโทรศัพท์หรือวิธีการอื่นๆ) เพื่อทบทวนตารางกำหนดการเยี่ยม แบ่งความรับผิดชอบในการเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน/ทีมงานต่างๆ

๒. เป็นผู้นำการประชุมคณะผู้เยี่ยมสำรวจในตอนบ่าย/เย็นของวันก่อนเยี่ยมสำรวจ เพื่อทำความรู้จักคุ้นเคยกัน อภิปรายข้อมูลที่ได้รับ ทบทวนตารางการทำงาน บทบาทหน้าที่ วิธีการเดินทางและกำหนดเวลา

๓. วันเยี่ยมสำรวจ

- เป็นผู้นำในการพบกับผู้อำนวยการและผู้บริหารระดับสูงเพื่อแนะนำตัว รับฟังข้อมูลสรุปเพิ่มเติมและความคาดหวังของโรงพยาบาล ชี้แจงแนวทางการทำงานของผู้เยี่ยมสำรวจในประเด็นสำคัญ
- พบกับผู้บริหารระดับสูงหรือผู้ประสานงานของโรงพยาบาลในช่วงเวลาสั้นๆ เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจในแต่ละวัน เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลพึงพอใจกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ
- เป็นผู้นำการประชุมสรุปข้อมูลประจำวันในตอนเย็นของทุกวัน
- รับทราบและตอบสนองความต้องการของสักขีพยานและผู้ฝึกปฏิบัติเยี่ยมสำรวจ
- ร่วมประชุมกับผู้อำนวยการและผู้บริหารระดับสูงก่อนนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจให้โรงพยาบาล ในกรณีที่มีประเด็นที่มีความอ่อนไหว
- เป็นผู้นำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ ในลักษณะที่พูดกับคนที่เรารักมากที่สุด ด้วยความเคารพ สุภาพ จริงใจ
- กำหนดเวลาที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องส่งรายงานให้หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจ

๔. หลังวันเยี่ยมสำรวจ

- จัดทำเอกสารที่หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจต้องทำให้สมบูรณ์
- รอรับเอกสารรายงานจากผู้เยี่ยมสำรวจในส่วนของแต่ละคน
- รวบรวมและเชื่อมโยงเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ส่งให้ พรพ.ภายในสองสัปดาห์หลังการเยี่ยมสำรวจ
- ปรึกษากับเจ้าหน้าที่ของ พรพ.ในกรณีที่มีความไม่สบายใจหรือประเด็นสำคัญที่พบระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

หมายเหตุ

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องไม่รับการมอบหมายงานเยี่ยมสำรวจหากมีโอกาสที่จะเกิดอคติหรือคำครหา เช่น ผู้เยี่ยมสำรวจเคยทำงานในโรงพยาบาลแห่งนั้นมาก่อน หรือผู้เยี่ยมสำรวจมีความสนิทสนมเป็นการส่วนตัวกับผู้บริหารบางคนของโรงพยาบาล หรือผู้เยี่ยมสำรวจเคยให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลนั้นในช่วงเวลา ๒ ปีที่ผ่านมา หากมีกรณีที่ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะมีอคติหรือมีความยากลำบากที่จะรักษาความเป็นกลางในการเยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องแจ้งให้ พรพ.ทราบที่จะไม่รับการมอบหมายงานเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลแห่งนั้น

ตอนที่ ๓ กระบวนการเยี่ยมสำรวจ

๑. การพบปะครั้งแรกกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

๑. **ระยะเวลา** ในการพบปะครั้งแรกระหว่างคณะผู้เยี่ยมสำรวจกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนั้นไม่ควรกินเวลาเกินกว่า ๑ ชั่วโมง และในบางโรงพยาบาลอาจจะใช้เวลาเพียง ๓๐ นาที

๒. **การแนะนำตัว** ในการพบปะครั้งแรก คณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะยังไม่เคยพบทีมงานของโรงพยาบาลมาก่อน ในการพบปะช่วงนี้จึงเป็นโอกาสให้แนะนำตัวกันและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างอบอุ่น

๓. **การนำเสนอข้อมูลสรุป** หลังจากการแนะนำตัวแล้ว ทางโรงพยาบาลอาจจะต้องการนำเสนอข้อมูลสรุปขอโรงพยาบาล การนำเสนอนี้จะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับข้อมูลในแบบประเมินตนเองที่ได้ให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจไปแล้ว

โรงพยาบาลควรใช้โอกาสนี้ให้ข้อมูลแก่ผู้เยี่ยมสำรวจหากมีเหตุการณ์ใหม่ๆ หรือเหตุการณ์สำคัญซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจควรได้รับทราบเพื่อประโยชน์ในการเยี่ยมสำรวจ

๔. **การตั้งคำถาม** หลังจากการนำเสนอของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจอาจแสดงความขอบคุณและให้กำลังใจ หรืออาจตั้งคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่นำเสนอ

ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการขอให้ทีมผู้บริหารขยายความในส่วนที่เป็นความสำเร็จหรือความก้าวหน้าในช่วง ๒-๓ ปี ที่ผ่านมา และอาจจะรวมทั้งความท้าทายหรือความยากลำบากที่ได้เผชิญมา หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะเป็นผู้เริ่มต้นถามผู้นำสูงสุดขององค์กร โดยอ้างถึงข้อมูลที่โรงพยาบาลนำเสนอ อาจจะขอให้อธิบายหรือขยายความ เป็นการ break the ice หลังจากนั้นให้ผู้เยี่ยมสำรวจอื่นๆ ตั้งคำถามโดยเน้นคำถามเพื่อสร้างความกระจ่าง

๕. **การอธิบายกระบวนการเยี่ยมสำรวจ** จากมุมมองของผู้เยี่ยมสำรวจ หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะอธิบายกระบวนการที่จะใช้โดยผู้เยี่ยมสำรวจ เช่น การแบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้เยี่ยมสำรวจ การสุ่มตัวอย่าง วิธีการเยี่ยมสำรวจ จุดเน้นในการเยี่ยมสำรวจ ความคาดหวังในการนำเสนอและตอบคำถามระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

๖. **การรับทราบความคาดหวังของโรงพยาบาล** สิ่งที่ท้าทายของผู้เยี่ยมสำรวจคือความสามารถในการช่วยโรงพยาบาลได้มากกว่ากระบวนการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะต้องถามคำถามเหล่านี้ในการพบปะครั้งแรก “มีเรื่องอะไรเป็นพิเศษหรือไม่ที่ทางโรงพยาบาลประสบปัญหาและเห็นว่าเราอาจจะช่วยได้” “มีปัญหาอะไรที่อยากให้เราพูดคุยกับทีม” ในการถามคำถามเหล่านี้และรับฟังการตอบสนองของโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องยึดมั่นในเป้าหมายว่าเพื่อที่จะปรับปรุงคุณภาพบริการและการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA

๒. การทบทวนเอกสาร

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าผู้เยี่ยมสำรวจรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ หนึ่งในแหล่งข้อมูลคือการทบทวนเอกสาร การทบทวนเอกสารเริ่มต้นด้วยการศึกษาแบบประเมินตนเองและ hospital profile ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์มากที่ช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจเรียนรู้โรงพยาบาลที่จะเข้าเยี่ยมสำรวจ และชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลรับรู้ว่าตนเองปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้เพียงใด เอกสารทั้งคู่นี้เป็นแหล่งข้อมูลที่จะกระตุ้นให้ผู้เยี่ยมสำรวจจัดเตรียมคำถาม

เมื่อเข้าไปถึงโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจะทบทวนเอกสารอื่นๆ เพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

๑. **บันทึกรายงานการประชุม** ของคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบงานหลักขององค์กร (ทรัพยากรบุคล สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย สารสนเทศ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล องค์กรแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล) และทีมนำทางคลินิก

รายงานการประชุมส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ผู้เยี่ยมสำรวจจึงต้องทบทวนคุณภาพของบันทึกรายงานการประชุมว่าสามารถสื่อผลลัพธ์ของการประชุมแก่ผู้เกี่ยวข้อง ระบุการปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดขึ้นและผู้รับผิดชอบได้หรือไม่

ที่สำคัญกว่านั้นก็คือ รายงานการประชุมทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจรับทราบว่าโรงพยาบาลกำลังพยายามแก้ไขปัญหาเรื่องอะไร ประเด็นที่ให้ความสำคัญคือเรื่องอะไร (เช่น ดูว่าทีมนำทางคลินิกให้ความสำคัญกับงานบริการทางคลินิกมากกว่าบริการทั่วไปหรือไม่) และอาจลงลึกถึงกระบวนการที่โรงพยาบาลใช้แก้ปัญหา ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะได้เห็นประเด็นที่จะสัมภาษณ์กับทีมที่เกี่ยวข้อง

๒. **รายงานกิจกรรมติดตามและพัฒนาคุณภาพ** รายงานเหล่านี้ทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจได้ทบทวนกิจกรรมติดตามและพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล รายงานเหล่านี้จะทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจได้รับทราบว่าโรงพยาบาลมีการติดตามเครื่องชี้วัดใดบ้าง และยังเป็นโอกาสให้รับทราบถึงโครงสร้างการรายงานกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาล

๓. **รายงานการบริหารความเสี่ยง** เช่นเดียวกับรายงานการพัฒนาคุณภาพ รายงานเหล่านี้จะช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจได้รับทราบความเสี่ยงต่างๆ ที่โรงพยาบาลติดตามอยู่ ทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อจัดการกับความเสี่ยงได้ดีขึ้น ได้ทราบการเชื่อมโยงของระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง

๔. **คู่มือปฏิบัติงาน** จะเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกตว่ามีคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่หรือไม่ วันที่จัดทำคู่มือและวันที่มีการทบทวนแก้ไขปรับปรุงก็มีความสำคัญเช่นเดียวกันที่จะแสดงให้เห็นว่ามีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน

๕. **เวชระเบียนผู้ป่วย** เป็นเครื่องมือสำหรับการสื่อสารระหว่างสมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพ เวชระเบียนที่ใช้อยู่สามารถช่วยในการสื่อสารเหล่านี้หรือไม่ นี่เป็นคำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องถามตัวเองในขณะที่ทบทวนเอกสารเหล่านี้ ข้อมูลในเวชระเบียนบอกเล่าเรื่องราวการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหรือไม่ ส่วนต่างๆในเวชระเบียนได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์และอ่านง่ายหรือไม่

๖. **แผนยุทธศาสตร์** เป็นเอกสารที่อธิบายให้ผู้เยี่ยมสำรวจทราบเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน ความท้าทาย และโอกาสที่โรงพยาบาลเผชิญอยู่ สื่อให้ทราบว่าโรงพยาบาลจะไปทางไหน จะไปอย่างไร แผนงาน/นโยบาย/กฎระเบียบ ต่างๆ ที่มีอยู่จะนำไปสู่การบรรลุพันธกิจอย่างไร

ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถทบทวนเอกสารเหล่านี้ได้ตลอดเวลาระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ข้อมูลเหล่านี้จะทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจตั้งคำถามสำคัญได้ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

๓. แนวทางทั่วไปในการเยี่ยมสำรวจและสัมภาษณ์

๓.๑ จุดเน้นของการเยี่ยมสำรวจที่พึงเป็น

๑. **เน้นเป้าหมายของมาตรฐานมากกว่ารูปแบบที่ตายตัว** ตั้งคำถามว่ามาตรฐานข้อนี้จะมีประโยชน์อะไรกับผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับประโยชน์ตามเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ เช่น การลงนามยินยอมรับการรักษา เป้าหมายคือผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอและรับทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง การให้ข้อมูลนี้จะให้โดยใคร ให้ในช่วงเวลาใด เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลสามารถจัดระบบของตนเองได้ แต่หากพบว่ามีปัญหาช่องโหว่ในทางปฏิบัติก็อาจจะชี้ให้เห็นได้เช่นกัน

๒. **เน้นผลลัพธ์ควบคู่ไปกับกระบวนการ** พยายามตั้งคำถามโดยเน้นที่ผลลัพธ์ (“ได้ผลอย่างไร” หรือ “เพื่อผลอย่างนี้ หน่วยงานมีวิธีการอย่างไร”) มากกว่าที่จะเน้นเพียงกระบวนการอย่างเดียว (“ทำอย่างไร”)

๓. **เน้นการดูเชิงระบบมากกว่าการดูในรายละเอียด** ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะใช้ประเด็นที่เป็นรูปธรรมบางอย่างซึ่งเป็นความเสี่ยงหรือปัญหาสำคัญในหน่วยงานนั้นขึ้นมาเป็นตัวนำเรื่องหรือตัวเดินเรื่อง แต่จะต้องเชื่อมโยงกลับไปสู่การวิเคราะห์ในเชิงระบบว่ามีความรัดกุมและสมบูรณ์เพียงใด

๔. **เน้นการเชื่อมโยงในเรื่องทิศทางนโยบาย และการประสานในแนวราบ** เช่น การนำทิศทางนโยบายขององค์กรมาแปรเป็นแผนปฏิบัติการ/การปฏิบัติ การนำมาตรการที่กำหนดไว้ในระดับองค์กรมาสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน หรือการประเมินปัญหาในระดับหน่วยงานและนำเสนอต่อผู้บริหาร การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกัน การประสานเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการในระบบเดียวกัน การประสานระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกัน

๕. **เน้นการสังเกตและการรับรู้ในเชิงจิตวิญญาณควบคู่ไปด้วย** เช่น ความสุขที่เกิดขึ้นในทีมงาน ปิติที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ที่ค้นพบความรู้บางอย่างด้วยตนเองจากการร่วมกิจกรรม หรือจากการมีส่วนร่วม ความรู้สึกทนไม่ได้ที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับสิ่งที่ควรจะได้ ความเอื้ออาทรต่อทีมงานหรือหน่วยงานอื่นๆ สีหน้าท่าทางของความตื่นตัวเมื่อพูดคุยเรื่องการพัฒนาคุณภาพ

๖. **เน้นการยืนยันการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมตามข้อมูลที่ได้รับในแบบประเมินตนเอง** มากกว่าการรับฟังคำตอบเชิงทฤษฎี

การสังเกตในสิ่งเหล่านี้จะทำให้สรุปจุดเด่นหรือคำนิยมของหน่วยงานได้ง่ายขึ้น

๓.๒ คำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ควรถามหรือไม่ควรกระทำ

๑. **ไม่ควรถามหาข้อมูลที่มีอยู่แล้วในแบบประเมินตนเอง** การถามหาข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้เตรียมตัวมาอย่างดี และเป็นการเสียเวลาซึ่งมีอยู่น้อย หากจะถามเพื่อยืนยันการกระทำตามที่หน่วยงานได้ตอบไว้ในแบบประเมินตนเอง ควรเตรียมคำถามที่เหมาะสมและก่อให้เกิดคุณค่าแก่หน่วยงาน เช่น “เป้าหมายหรือความคาดหวังของกิจกรรมนี้เป็นอย่างไร ผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหมายหรือไม่ ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้สึกหรือมีเสียงสะท้อนว่าอย่างไร”

๒. **ไม่ควรถามหาข้อมูลตัวเลข ปริมาณงาน ปริมาณเจ้าหน้าที่** ควรเป็นสิ่งที่หาได้จาก hospital profile หรือ unit profile และสามารถขอรายละเอียดได้จากโรงพยาบาลในภายหลัง

๓. **ไม่ควรถามในสิ่งที่เป็นความสนใจส่วนตัวของผู้ถาม เป็นปัญหาในหน่วยงานของผู้ถาม หรือเป็นเรื่องการจัดการภายในของหน่วยงาน** การใช้เวลาเพื่อวัตถุประสงค์นี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่หน่วยงานที่เข้าเยี่ยม และเป็นการเอาเปรียบหน่วยงานดังกล่าว หรืออาจจะตกเป็นเหยื่อของการเมืองภายในองค์กร

๔. **ไม่ควรทำให้หน่วยงานสับสน** คิดว่าสิ่งที่โรงพยาบาลทำมานั้นไม่ถูกต้อง เนื่องจากไม่เหมือนรูปแบบที่ผู้เยี่ยมสำรวจเคยเห็น ผู้เยี่ยมสำรวจควรจะใจกว้าง เปิดใจรับสิ่งที่แตกต่างไปจากที่เคยเห็น และพิจารณาว่าแนวทางนั้นมีจุดแข็ง จุดอ่อนอย่างไร ด้วยใจที่เป็นกลาง

๕. **ไม่ควรมองหาเพื่อจับผิด** ให้ดูเสมือนว่าผู้เยี่ยมสำรวจเก่งกว่าเจ้าของหน่วยงาน ผู้เยี่ยมสำรวจควรมองหาทั้งสิ่งที่ดีและสิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา ผู้เยี่ยมสำรวจจะเรียนรู้ได้มากกว่าจากสิ่งที่ดีๆ ของหน่วยงาน และควรจะตอบแทนหน่วยงานที่เปิดโอกาสให้เราเรียนรู้ด้วยการให้คำชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อทำสิ่งที่ดีๆ นั้นต่อไป

๓.๓ แนวทางการสัมภาษณ์

ผู้เยี่ยมสำรวจควรพยายามสัมภาษณ์ทุกแผนก/หน่วยงาน/ทีม ซึ่งตอบแบบประเมินตนเอง และ/หรือ มีหน้าที่รับผิดชอบมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

ในการสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมสำรวจควรจะ

๑. ใช้เวลาสองสามนาทีแรกในการ**สร้างสัมพันธภาพ**กับผู้ถูกสัมภาษณ์เพื่อลดความกังวล ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างไหลลื่น ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องแนะนำตนเองด้วยวิธีการที่ไม่คุกคามผู้ถูกเยี่ยมสำรวจ การสื่อสารที่ดีทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้นและได้ข้อสรุปที่ถูกต้องมากขึ้น

๒. ให้**เดินไปรอบ ๆ** แผนก/หน่วยงานก่อนที่จะเข้าประชุม จะช่วยลดความเครียดและเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสเห็นผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งพวกเขารอคอยด้วยความกระวนกระวาย

๓. เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่/ทีม ถามคำถาม ในระหว่างการสัมภาษณ์ ควร**ให้เวลา**ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบให้เพียงพอ และรับฟังอย่างตั้งใจ

๔. **แนะนำให้ทีมงาน**

- จับประเด็นคำถามให้ชัดเจน
- จดคำถามไปด้วยเพื่อทบทวนความเข้าใจและตอบได้ครอบคลุม
- นึกถึงมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับคำถามและเป้าหมายของมาตรฐานนั้น
- ตอบตรงประเด็นอย่างกระชับไม่เยิ่นเย้อ
- เสนอตัวอย่างการปฏิบัติจริงที่เป็นรูปธรรมและสัมผัสได้
- กระจายผู้ตอบให้ทั่วถึง ให้ผู้บริหารหรือหัวหน้าทีมเป็นบุคคลสุดท้ายที่จะตอบในแต่ละประเด็น

๔. เริ่มต้นสัมภาษณ์ในเชิงบวกด้วยการขอให้หัวหน้าแผนก/หน่วยงาน/ทีม สรุปสิ่งที่เป็น**จุดแข็ง**ของทีม จากนั้นถาม**คำถามทั่ว ๆ ไป** และอภิปรายกันใน**เรื่องที่ทีมอยากจะปรับปรุง**ให้ดีขึ้น อย่าเพิ่งลงรายละเอียดในช่วงแรกก่อนที่จะมองเห็นภาพรวมของหน่วยงานทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน

๕. ใช้แนวทาง PDCA ในการตั้งคำถามต่อเนื่อง คือ แนวทางการทำงานเป็นอย่างไร, การปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร ครอบคลุมเพียงใด, ผลลัพธ์เป็นอย่างไร, มีแผนที่จะทำอะไรต่อ

๖. กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่แสดงออก**หากไม่เข้าใจคำถาม** หากผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงท่าทีไม่เข้าใจคำถาม ให้ผู้เยี่ยมสำรวจ

- **ปรับเปลี่ยนคำถาม**โดยใช้คำใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น หรือ
- **อธิบายเหตุผล**ของการตั้งคำถามนั้น หรือ
- ขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์**ทวนคำถาม**ด้วยสำนวนของตนเอง และผู้เยี่ยมสำรวจยืนยันว่าใช่สิ่งที่ต้องการทราบหรือไม่

๗. หลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยเรื่องโครงสร้าง (เอกสาร) **ให้เน้นการพูดคุยกันในเรื่องกระบวนการและผลลัพธ์**ที่เกิดขึ้น

๘. **อย่ารีบเปลี่ยนประเด็น**เร็วเกินไป ก่อนที่จะเปลี่ยนประเด็น ควร

- สังเกตสีหน้าท่าทีของทีมผู้ถูกสัมภาษณ์ว่ามีใครต้องการแสดงความเห็นเพิ่มเติมหรือไม่
- สังเกตท่าทีของผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่นว่ามีใครต้องการซักถามในประเด็นนั้นเพิ่มเติมหรือไม่
- ตรวจสอบว่าคำตอบที่ได้รับครอบคลุมเนื้อหาตามที่ควรแล้วหรือไม่ เช่น ครอบคลุม PDCA

๙. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์หรือก่อนที่จะออกจากหน่วยงาน ให้ผู้เยี่ยมสำรวจ**สรุปประเด็นสำคัญ**ที่พบให้แก่หัวหน้าแผนก/ทีม (หรือให้ทีมช่วยกันสรุปว่าได้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้างจากคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจ ก่อนที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะสรุปข้อเสนอแนะให้ทีม) ให้สังเกตว่ามีประเด็นอะไรที่หัวหน้าแผนก/ทีมต้องการ**ทำความกระจ่าง**หรือไม่ การทบทวนสิ่งที่พบเห็นเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้เยี่ยมสำรวจมีสมมติฐานที่ถูกต้องในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

๑๐. ในโรงพยาบาลซึ่งมีทีมนำทางคลินิกหลายทีม ผู้เยี่ยมสำรวจ**ไม่จำเป็นต้องถามให้ครอบคลุมมาตรฐานทุกข้อในแต่ละทีม** ขอให้มั่นใจว่าเมื่อรวมการสัมภาษณ์ทุกทีมเข้าด้วยกันแล้ว จะได้รับข้อมูลครอบคลุมมาตรฐานทุกข้อ ด้วยวิธีนี้จะทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถลงลึกในบางประเด็นได้ และป้องกันการเสียเวลากับข้อมูลที่ซ้ำซ้อนจำนวนมาก

๔. แนวทางในการเยี่ยมสำรวจงานคลินิกบริการ

การเยี่ยมสำรวจซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลที่มีการแบ่งแผนกชัดเจน จะจัดตามสาขาของการให้บริการ (patient service program) โดยในแต่ละสาขาจะแบ่งเวลาเป็น 3 ช่วง คือการพบผู้แทนของทีมในช่วงแรก การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน และการสัมภาษณ์ทีมในช่วงท้าย

๔.๑ การพบผู้แทนของทีมในช่วงแรก

มีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังข้อมูลเพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ในแบบประเมินตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นส่วนที่ทีมได้พัฒนาเพิ่มเติมหลังจากตอบแบบประเมินตนเองแล้ว หรือเป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามคำถามที่ พรพ.ขอมา การสัมภาษณ์ในช่วงนี้ควรเป็นไปเพื่อให้ทราบทิศทางการพัฒนา ผลลัพธ์ที่ทีมภาคภูมิใจ เพื่อจะได้สามารถไป verify ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์ในหน่วยงาน ไม่ควรใช้เวลาในช่วงนี้เกินกว่า 10-15 นาที

๔.๒ การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน

มีวัตถุประสงค์เพื่อ verify ข้อมูลที่ได้รับจากแบบประเมินตนเองและข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติมจากผู้แทนของทีมในช่วงแรก รวมทั้งการสังเกตว่าได้มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพียงใด

เทคนิคต่อไปนี้เป็นสิ่งที่จะช่วยให้เยี่ยมสำรวจได้อย่างเป็นระบบและครบถ้วน

๑. **ติดตามการไหลของกระบวนการหรือการเดินทางของสิ่งที่เคลื่อนไปในกระบวนการ** เช่น การเดินทางของผ้าที่ใช้แล้วไปสู่โรงซักฟอกจนกลับมาที่หอผู้ป่วยใหม่, การเคลื่อนของผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล, การเคลื่อนของสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากผู้ป่วย ไปสู่ขั้นตอนการตรวจในห้องปฏิบัติการ และการส่งรายงานผลกลับมายังหอผู้ป่วย

๒. **สังเกตสิ่งแวดล้อม** โดยอาจใช้สูตร FORCEDIPP (Flow-Order-Risk-Convenient-Equipment-Drug-Infection Control-Patient-Personnel)

Flow	ความสะดวกในการเคลื่อนตัวหรือไหลเวียนของผู้รับบริการ การเคลื่อนย้ายสิ่งของ การจราจร รวมทั้งเส้นทางหนีไฟ
Order	ความเป็นระเบียบเรียบร้อย
Risk	ความเสี่ยงทางด้านโครงสร้างกายภาพ
Convenient	ความสะดวกสบายด้านกายภาพ อุณหภูมิ แสง การถ่ายเทอากาศ
Equipment	การจัดเก็บเครื่องมือ
Drug	สถานที่เก็บและเตรียมยา
Infection Control	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น ขยะ เข็ม
Patient	ความสะดวกสบายของผู้ป่วย
Personnel	สีหน้า อารมณ์ วิธีการทำงานและปฏิสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่

๓. **สัมภาษณ์ผู้ป่วย** โดยอาจใช้สูตร 5I (Information, Informed Consent, Investigation, Identification, Invasive Prep)

Information	ผู้ป่วยได้รับคำบอกเล่าอย่างไรเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและทางเลือก ระยะเวลาและเหตุผลที่ต้องอยู่ รพ.
Informed Consent	ก่อนที่จะลงนามยินยอมรับการรักษา ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง
Investigation	ได้รับการอธิบายผลการตรวจชันสูตรที่สำคัญอย่างไร
Identification	เมื่อจะมีการให้กินยา ฉีดยา เอกซเรย์ ผ่าตัด มีการถามชื่อผู้ป่วยหรือไม่
Invasive Procedure	ได้รับการเตรียมตัวอย่างไรเมื่อจะต้องรับการผ่าตัดหรือทำ invasive procedure

๔. **ใช้สภาพของผู้ป่วยเป็นตัวตั้ง** โดยอาจใช้สูตร C3THER (Care-Communication-Continuity-Team-HRD-Environment&Equipment-Record)

Care	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา บริการพยาบาล และป้องกันความเสี่ยง
Communication	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเป็นที่เข้าใจหรือไม่
Continuity	ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่
Team	มีการนำวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมเข้ามาร่วมดูแลหรือไม่
HRD	ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างมีคุณภาพหรือไม่
Environment	ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย สะดวกสบายหรือไม่
Equipment	มีเครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้งานสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่
Record	บันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้สมบูรณ์หรือไม่

๕. **ใช้เวชระเบียนเป็นตัวตั้ง** โดยการดูบันทึกไปตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย APIREED (Assess-Plan-Implement-Record-Evaluate-Educate-Discharge)

Assessment	การประเมินผู้ป่วยทั้งด้านประวัติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การวินิจฉัยโรคและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
Plan	การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย
Implement	การปฏิบัติตามแผน
Record/Evaluate	การบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สิ่งที่ทำแก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งเหตุผล
Educate	การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
Discharge	การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตัวเองได้

๖. **สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่** โดยอาจใช้สูตร PPHC (Purpose-Process-HRD-CQI)

Purpose	บทบาทต่อการบรรลุหน้าที่หรือเป้าหมายของหน่วยงาน
Process	วิธีการทำงานในกระบวนการที่สำคัญหรือมีความเสี่ยง

HRD	การได้รับโอกาสให้พัฒนาความรู้และทักษะ
CQI	การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

๗. **พิจารณาการเชื่อมโยงของระบบ** ได้แก่ ระบบบริหารความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์, ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบบริหารยา, ระบบสารสนเทศ, ระบบการป้องกันอัคคีภัย, ระบบกำลังคน

๔.๓ การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ (หรือทีมนำทางคลินิก) ในช่วงท้าย

มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- นำปัญหาที่พบระหว่างการเยี่ยมหน่วยงานมาพูดคุยกับทีมนำทางคลินิกว่าได้ตระหนักในปัญหาเหล่านั้นหรือไม่ มีแผนที่จะดำเนินการอย่างไรต่อไป
- สังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในทีม
- กระตุ้นให้เกิดความคิดในการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง โดยการตั้งคำถามที่เน้นเป้าหมายและผลลัพธ์ของงาน (ถามว่าเป้าหมายคืออะไร ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร จะต้องทำอะไรเพิ่มเติมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว) มากกว่าที่จะถามว่ากระบวนการทำงานเป็นอย่างไร (คำถามว่ากระบวนการทำงานเป็นอย่างไร ควรถามในช่วงของการเยี่ยมหน่วยงาน)
- ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนเจตคติในกรณีที่สมาชิกของทีมงานมีความเข้าใจและเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกของทีมได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางที่ควรจะเป็น และให้การสนับสนุนหากสิ่งนั้นสามารถนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ โดยไม่จำเป็นต้องยึดติดกับรูปแบบที่คนอื่นทำอยู่
- เปิดโอกาสให้ทีมสรุปประเด็นที่จะต้องพัฒนาต่อ และทีมผู้เยี่ยมสำรวจเพิ่มเติมในส่วนที่เหลือ
- คาดหวังว่าสมาชิกของทีมนำทางคลินิกจะมาร่วมมากที่สุดในช่วงเวลานี้

แนวทางการเยี่ยมสำรวจหน่วยดูแลผู้ป่วยและทีมสหสาขา (อีกรูปแบบหนึ่ง)

1. สังเกตสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เริ่มเข้าไปในหน่วยงาน

เริ่มด้วยการสังเกต**สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ**ว่ามีความเป็นระเบียบ เป็นสัดส่วน เอื้ออำนวยต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานหรือไม่, มีอะไรที่เป็น**ความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจน** เช่น สิ่งของ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่วางไว้ในที่ที่ไม่ควรจะวาง.

2. ทำความคุ้นเคยกับหน่วยงาน

พบกับหัวหน้าหน่วยงาน และขอให้หัวหน้าหน่วยงาน**แนะนำให้คุ้นเคย**กับสถานที่และ**ทำความรู้จัก**กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวันนั้น.

ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน**สังเกตวิธีการทำงาน และพูดคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง** (โดยหัวหน้าหน่วยไม่ต้องติดตาม) ใช้เวลาในช่วงนี้ประมาณ 45-60 นาที.

3. สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

3.1 สังเกต**สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ** อาจจะให้ผู้ประเมินท่านหนึ่งสมมติตัวเป็นผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่ลองปฏิบัติต่อผู้ประเมินในการรับผู้ป่วย, หรือทำความรู้สึกเหมือนว่าผู้ประเมินเป็นผู้ป่วย เมื่อเข้ามาในหน่วยแล้วจะรู้สึกอย่างไร, มีอะไรที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น บอร์ดให้ข้อมูล แผ่นปลิว ที่พัก การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกนั้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือไม่.

3.2 สังเกต**การจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์**ว่าเป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้โดยง่ายหรือไม่, ปลอดภัยจากการที่ผู้ไม่มีหน้าที่จะนำไปใช้หรือไม่, สะดวกที่จะตรวจสอบและเพิ่มเติมปริมาณให้อยู่ในระดับที่กำหนดไว้หรือไม่.

3.3 สังเกต**ระบบการป้องกันโรคติดเชื้อ**ในโรงพยาบาล, เทคนิคการให้บริการ, การจัดการกับขยะและของใช้ที่ปนเปื้อน.

3.4 สังเกตเรื่อง**การเตรียมและบริหารยา** สถานที่จัดเตรียมยาฉีดและ IV solution มีความสะอาดและปราศจากความพลุกพล่านหรือไม่ มีการเขียนฉลากสำหรับยาที่ผสมใน IV solution หรือไม่.

3.5 สังเกตดู**สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย**ว่าผู้ป่วยมีความสุขสบายหรือไม่, สีหน้าของผู้ป่วยเป็นอย่างไร, อุปกรณ์ที่ใช้อยู่กับผู้ป่วย เช่น น้ำเกลือ ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ มีความเหมาะสมตามหลักวิชาการและมีหลักประกันว่าเป็นการให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์อย่างไร, มีการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่อย่างไร, มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างไร เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว การรัดตรึงผู้ป่วย หรือการใช้เครื่องกั้นข้างเตียง.

4. พูดคุยกับผู้ป่วยและใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย

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

สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้าน อาจจะขอให้ผู้ป่วยเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดตั้งแต่วันแรกที่มา รพ. จนกระทั่งปัจจุบัน โดยยึดมาตรฐาน GEN.8 หรือ INP.8 เป็นแนวทางในการเจาะประเด็น (รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าจะได้กลับบ้านเมื่อใด กลับไปแล้วคาดว่าจะมีปัญหาอะไร และได้มีการเตรียมพร้อมไว้อย่างไร). ถามว่ามีปัญหาอะไรเกี่ยวกับ**การประสานงาน**ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการหรือไม่ พร้อมทั้งตัวอย่างของการประสานงานหรือไม่ประสานงาน.

คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงและใช้สูตร C^3THER เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

Care	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา บริการพยาบาล และป้องกันความเสี่ยง
Communication	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเป็นที่เข้าใจหรือไม่
Continuity	ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่
Team	มีการนำวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมเข้ามาร่วมดูแลหรือไม่
Human Resource	ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างมีคุณภาพหรือไม่
Environment	ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย สะดวกสบายหรือไม่
Equipment	มีเครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้งานสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่
Record	บันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้สมบูรณ์หรือไม่

5. พูดคุยกับเจ้าหน้าที่

พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่พบระหว่างการสังเกตว่ามีหน้าที่ทำอะไรในหน่วยงานนี้, อะไรคือหัวใจของการทำงานที่นี้, หน่วยงานนี้มีเป้าหมายที่จะพัฒนาไปถึงไหน, ตัวเจ้าหน้าที่เองมีบทบาทอะไรที่จะทำให้หน่วยงานไปสู่เป้าหมายนั้นได้, ตัวเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง, ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมอะไรบ้าง (ทั้งด้านวิชาการ และด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ), มีการจัดอบรมภายในหน่วยงานหรือภายในโรงพยาบาลเรื่องอะไรบ้าง, มีกิจกรรมวิชาการที่เรียนรู้ร่วมกันภายในหน่วยงานอะไรบ้าง.

6. ทบทวนเวชระเบียน

คัดเลือกผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (ที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ผู้ป่วยที่ส่งต่อ, ผู้ป่วยที่เสียชีวิต), แล้วขอเวชระเบียนของผู้ป่วยมา**ทบทวนร่วมกับแพทย์และพยาบาล** ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยบ้าง. โดยมีข้อพิจารณาว่า เวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะติดตามความเป็นไปของผู้ป่วยหรือไม่, การสั่งการตรวจรักษาของแพทย์มีหลักฐานประกอบการตัดสินใจหรือไม่, การตัดสินใจนั้นเป็นที่ยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันหรือไม่, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการตอบสนองปัญหาหรือความต้องการอย่างรวดเร็ว ทันการณ์, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าคำสั่งการรักษาของแพทย์ได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องสมบูรณ์โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ เช่น การให้ยา, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามีการประสานงานกันอย่างราบรื่นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ในระหว่างที่สัมภาษณ์ ควรถามหาคู่มือปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ.

7. สนทนากับทีมผู้ให้บริการ (Clinical Lead Team) และหัวหน้าหน่วยงาน

ทีมผู้ประเมิน**สนทนากับทีมผู้ให้บริการ** (Clinical Lead Team **หรือ** Patient Care Team) **และหัวหน้าหน่วยงาน** โดยนำประเด็นต่างๆ ที่พบเห็นในระหว่างการสังเกตร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลมาเป็นตัวตั้งในการสนทนา.

- เริ่มต้นด้วยคำถามว่าอะไรคือ**สิ่งที่ทีมงานภาคภูมิใจ**, เจ้าหน้าที่แต่ละคนเคยได้รับคำชื่นชมจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในลักษณะในบ้าง, สิ่งนั้นคือ**คุณค่า**ของหน่วยงานหรือไม่, คุณค่านั้นถูกระบุไว้ใน**พันธกิจ**ของหน่วยงานหรือไม่, แต่ละคนกำลัง**พยายามทำอะไร**อยู่เพื่อให้บรรลุพันธกิจของหน่วยงาน, สามารถเล่าหรือแสดงหลักฐานให้เห็นเป็น**รูปธรรม**ได้หรือไม่.
- ขอให้ทีมงาน**สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ**ที่ทำมาทั้งหมดในรอบ 1 ปี (เฉพาะชื่อโครงการยังไม่ต้องระบุรายละเอียด), และขอให้ระบุว่าโครงการใดที่มี**ปัญหา**ในการทำมากที่สุด โครงการใดที่ทำ**ยาก**ที่สุด โครงการใดที่**ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับ**มากที่สุด. ผู้ประเมินอาจจะเจาะลึกโครงการบางโครงการก็ได้.
- ขอให้ทีมงานระบุว่าในหน่วยงานนี้มี**ความเสี่ยง**อะไรบ้าง, มี**มาตรการในการป้องกันหรือจัดการ**อย่างไร, มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเป็น**ลายลักษณ์อักษร**ไว้อย่างไร. ผู้ประเมินอาจจะเจาะลึกมาตรการการป้องกันความเสี่ยงบ้างเรื่องก็ได้.
- ขอให้ทีมงานระบุว่ามีการ**ติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ** (quality indicator) อะไรบ้าง. ขอให้นำเสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดเหล่านั้นและการ**ใช้ประโยชน์**จากการติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านั้น, มีเครื่องชี้วัดอะไรที่อยู่ในแผนที่จะติดตาม วางแผนไว้อย่างไร จะมีปัญหาในการเก็บข้อมูลอย่างไร จะนำเครื่องชี้วัดนั้นมาใช้อย่างไร.
- นำประเด็น**ปัญหาคุณภาพ**ที่พบระหว่างการสังเกตขึ้นมาสนทนาว่าทางทีมงาน**เห็น**ปัญหาแต่ละประเด็นนั้นหรือไม่, ได้มี**ความพยายามที่จะปรับปรุง**อย่างไร, สิ่งที่ได้ทำมานั้นเป็นที่พอใจแล้วหรือยัง, มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป, มีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุง, ต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงอย่างไร.
- ไล่ตาม**ข้อคำถามที่เหลือในแบบประเมินตนเอง**ซึ่งยังไม่ได้มีการสนทนา. ทำความเข้าใจกับทีมงานในกรณีที่ทีมงานเข้าใจไม่ตรงกับผู้ประเมิน. พยายาม verify คำตอบให้ได้มากที่สุด.

8. สรุป

สรุปประเด็นสิ่งที่เป็น**จุดแข็ง**ของหน่วยงาน และ**โอกาส**ที่หน่วยงานสามารถพัฒนาได้ในอนาคต (จุดอ่อน) และขอให้หัวหน้าหน่วยงานตอบสนองต่อข้อสรุปของทีมผู้ประเมิน.

๕. การพบปะกับตัวแทนของโรงพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมในแต่ละวัน

สัญญาณอย่างหนึ่งของการเยี่ยมสำรวจที่ประสบความสำเร็จคือทั้งผู้เยี่ยมสำรวจและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกิดความรู้สึกที่ดีจากประสบการณ์การเยี่ยมสำรวจ

วิธีการที่จะสร้างประสบการณ์เชิงบวกดังกล่าวคือการที่ผู้เยี่ยมสำรวจได้พบกับใครสักคน อาจจะเป็นผู้ประสานงานคุณภาพ หรือผู้อำนวยการ เป็นเวลาประมาณ 10 นาที ในตอนเย็นของแต่ละวัน

วัตถุประสงค์ของการพบปะนี้ไม่ใช่เพื่อบอกเล่าในสิ่งที่พบเห็น แต่เพื่อถามว่ากระบวนการเยี่ยมสำรวจที่ผ่านมาเป็นอย่างไรในสายตาของโรงพยาบาล “มีเสียงสะท้อนอะไรบ้างจากทีมที่เราสัมภาษณ์ในวันนี้” “พวกเขามีความรู้สึกที่ดีหรือไม่” “ผู้เยี่ยมสำรวจกดดันและสร้างความหวาดหวั่นให้กับทีมหรือไม่” “เราควรจะเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างเพื่อให้ผู้ถูกเยี่ยมสำรวจยอมรับได้มากขึ้น”

หากสิ่งที่ได้รับสะท้อนนั้นออกมาค่อนข้างบวก ผู้เยี่ยมสำรวจจะมั่นใจที่เดินหน้าต่อในแนวทางที่ทำไว้ แต่ถ้ามีบางสิ่งที่ผู้รับการเยี่ยมสำรวจไม่สบายใจ ทีมผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องรับฟังอย่างระมัดระวังและนำมาพูดคุยกันว่าควรมีการปรับปรุงในวันต่อไปอย่างไร

ในส่วนที่ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ค่อยสบายใจ ก็ควรได้รับการสื่อสารพูดคุยกับผู้แทนของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่

๖. การประชุมสรุปข้อมูลประจำวัน

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องร่วมกันพิจารณาสิ่งที่พบเห็นระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เพื่อสรุปประเด็นสำคัญให้แก่โรงพยาบาล และ พรพ. โดยใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางต่อไปนี้

๖.๑ การสรุปประเด็นในแต่ละทีม

ให้ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละทีม (หากเข้าเยี่ยมร่วมกันเป็นทีม) หรือแต่ละคน สรุปประเด็นสำคัญที่พบทั้งในส่วนที่เป็นด้านบวก และส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนา

ก) ส่วนที่เป็นด้านบวก ให้มองหาสิ่งต่อไปนี้

- พื้นฐานเดิมที่มีส่วนต่อความสำเร็จ เช่น วัฒนธรรมที่มีวินัย รักองค์กร, ความเป็นสถาบันการศึกษา
- ความสำเร็จที่ผ่านมาและได้รับ recognition เช่น การได้รับรางวัลจากองค์กรภายนอก
- ความมุ่งมั่นและเพียรพยายามในการพัฒนา ตลอดจนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น
- การแสดงออกถึงจิตวิญญาณของคุณภาพ ได้แก่ การทำงานด้วยใจ การทำงานเป็นทีม การมุ่งผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- ระบบงานหรือกระบวนการที่วางไว้เป็นอย่างดี รวมทั้งการมีระบบ feed back
- การเชื่อมโยง การบูรณาการ ทั้งในการออกแบบระบบ การปฏิบัติงาน ระบบข้อมูลข่าวสาร
- การมีนวตกรรม
- ผลลัพธ์ของงานที่ออกมาดี

ข) ส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนา ให้พิจารณาว่า

- จุดอ่อนที่พบนั้นเกี่ยวข้องกับระบบงานใด (หรือมาตรฐานเรื่องใด) และวิเคราะห์ต่อไปว่าระบบงานนั้นมีจุดอ่อนอย่างไร
- จุดอ่อนที่พบนั้นเป็น single event (เหตุการณ์เดี่ยว เหตุการณ์เฉพาะตัวบุคคล) หรือ systemic event (เหตุการณ์ที่พบทั่วไปเนื่องจากระบบ) ซึ่งอาจจะต้องขอความเห็นของผู้เยี่ยมสำรวจท่านอื่นด้วย
- จุดอ่อนที่พบนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานที่เป็นหน้าที่หลักอย่างไร
- จุดอ่อนที่พบนั้นเป็นเรื่องเล็กน้อยที่สามารถแก้ไขได้ทันทีในหน่วยงาน (เรื่องเหล่านี้ควรแจ้งให้หน่วยงานทราบ บันทึกไว้ในรายงานของผู้เยี่ยมสำรวจ แต่ไม่ต้องใส่ไว้ในรายงานที่เป็นทางการ) หรือต้องผู้บริหารขององค์กรเข้ามาสนับสนุน หรือเกี่ยวข้องกับทรัพยากรซึ่งอาจจะต้องใช้เวลานานในการแก้ไข (เรื่องเหล่านี้ต้องบรรจุไว้ในรายงานที่เป็นทางการ)

การสรุปในช่วงนี้ให้ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละทีมหรือแต่ละคนทำงานโดยอิสระ และใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที

๖.๒ การรวบรวมความเห็น

ให้หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้นำในการระดมสมองเพื่อนำข้อมูลในข้อ 1 จากผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนมาประมวลเข้าด้วยกันเป็นภาพใหญ่ของโรงพยาบาล

การระดมสมองอาจจะใช้วิธีนำเสนอด้วยวาจา หรือด้วยการเขียนบัตร ควรหลีกเลี่ยงการอภิปรายในช่วงแรก และไม่ควรลงลึกในรายละเอียดจนกว่าจะเห็นภาพทั้งหมด

การระดมสมองอาจจะเรียงลำดับตามหมวดหมู่ในมาตรฐาน หรือเปิดกว้างโดยอิสระก็ได้

๖.๓ การพิจารณารายละเอียดในประเด็นสำคัญ

ให้ที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจ หยิบยกเรื่องที่เป็นประเด็นสำคัญมาพิจารณารายละเอียด โดยพยายามสรุปสิ่งที่ส่วนใหญ่เห็นพ้องกันให้เร็วที่สุด ก่อนที่จะพิจารณาในส่วนที่มีความเห็นแตกต่าง

ในส่วนที่มีความเห็นแตกต่างกัน ให้ดำเนินการดังนี้

- นำเสนอข้อมูลรายละเอียดที่พบเห็นซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน
- วิเคราะห์ตีความสิ่งที่พบเห็น ให้คำนึงถึงความเป็นไปได้ต่างๆ เช่น ความไม่เข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน, การใช้คำในความหมายที่แตกต่างจากผู้เยี่ยมสำรวจหรือที่ใช้อยู่ทั่วไป
- ปรับข้อความที่เป็นข้อสรุปให้ตรงประเด็นที่สุด

๖.๔ การพิจารณาระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน

ในการเยี่ยมสำรวจเพื่อการพิจารณารับรอง (accreditation survey) หรือการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (preparation survey) ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะได้รับการปรับเป็นการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง ให้คณะผู้เยี่ยมสำรวจให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยพิจารณาในส่วนที่แต่ละทีมหรือแต่ละคนรับผิดชอบ นำคะแนนทั้งหมดมาเปรียบเทียบกัน

ก) เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมสำรวจแต่ละวัน ทีมผู้เยี่ยมสำรวจจะร่วมกันให้คะแนนระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง (PCT ประเมินในบทที่ ๙,๑๕–๒๐ เป็นหลัก) โดยอาศัยแนวทางการให้คะแนนที่ พรพ. กำหนดไว้ เริ่มต้นตั้งสมมติฐานว่าหน่วยงาน/ทีมงานปฏิบัติได้ที่ระดับเฉลี่ย คือ คะแนน ๓ จากนั้นให้พิจารณาข้อมูลว่ามีอะไรที่จะทำให้คะแนนนี้ลดลงหรือเพิ่มขึ้น หัวข้อที่ได้คะแนนตั้งแต่ ๔ ขึ้นไป จะต้องเขียนบรรยายจุดเด่นหรือคำนิยมให้ผู้อ่านเห็นภาพ หัวข้อที่ได้รับคะแนนตั้งแต่ ๒ ลงมา จะต้องเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาซึ่งจะถือว่าเป็นข้อเสนอแนะที่จำเป็นต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน หัวข้อที่ได้คะแนน ๓ หรือ ๔ อาจจะเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยก็ได้

ข) ในกรณีที่ทีมเห็นว่าแนวทางการให้คะแนนที่กำหนดไว้ไม่เหมาะสม ให้พิจารณาปรับแนวทางโดยอาศัยความเป็นจริงในทางปฏิบัติเป็นหลัก (เช่น ลำดับขั้นของการพัฒนาตามความยากง่าย, บรรทัดฐานซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติและเป็นที่ยอมรับทั่วไป) แล้วนำเสนอข้อเสนอการปรับนี้ต่อที่ประชุมผู้เยี่ยมสำรวจทั้งหมด ถ้าที่ประชุมเห็นว่าควรมีการปรับแนวทางการให้คะแนน ให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าทีมเยี่ยมสำรวจว่าควรจะนำเสนอให้ พรพ.ทราบก่อนการเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้นหรือหลังจากเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้นแล้ว (พรพ.มีหน้าที่จะต้องนำเสนอแนวทางการปรับคะแนนนี้ให้กับคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ความเห็นชอบอีกครั้งหนึ่ง)

ค) ให้นำคะแนนของทุกทีมมาบันทึกลงในตารางเดียวกันโดยระบุชื่อย่อของบริการไว้ในช่องคะแนนที่ได้รับ พิจารณาแต่ละหัวข้อไปพร้อมกัน ขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจที่ให้คะแนนที่ไม่ใช่ ๓ นำเสนอข้อมูลและเหตุผล เพื่อ standardize วิธีการให้คะแนนของทีมผู้เยี่ยมสำรวจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีคะแนนกระจายกว้าง ควรใช้เวลาอภิปรายข้อมูลให้มากพอ

ง) ในกรณีที่มีการกระจายของคะแนนมาก และไม่อาจหาข้อสรุปได้ในที่ประชุม อาจจะให้มีการไปเยี่ยมหน่วยงานนั้นซ้ำโดยทีมผู้เยี่ยมสำรวจเดิมร่วมกับทีมผู้เยี่ยมสำรวจอื่น และนำข้อคิดเห็นมาเสนอต่อที่ประชุมอีกครั้งหนึ่ง

๖.๕ การปรับแก้รายงานในส่วนของแต่ละคน

ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละทีมหรือแต่ละคนปรับแก้รายงานในส่วนของตนเอง

- ตัดข้อความในรายงานการประเมินตนเองซึ่งไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง
- เพิ่มเติมรายละเอียดให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติเท่าที่พบเห็น เพื่อให้บุคคลที่ไม่ได้มาเยี่ยมสำรวจสามารถมองเห็นภาพของสิ่งที่เกิดขึ้นได้
- สรุปคำนิยมและข้อเสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่เข้าเยี่ยม

๗. การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

เป็นนโยบายของคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่จะให้มีการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยผู้เยี่ยมสำรวจ ในจำนวนที่เป็นสัดส่วนกับจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยถือว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๗.๑ การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง

ก) หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่มอบหมายให้ผู้เยี่ยมสำรวจทบทวนเวชระเบียนตามจำนวนและแบบบันทึกที่กำหนดไว้

ข) จำนวนการสุ่มตัวอย่างเวชระเบียนให้ใช้แนวทางดังนี้

- ใน รพ.ขนาดเล็กที่ไม่มีการแบ่งแผนก ให้สุ่มตรวจเวชระเบียนจำนวน 50 ฉบับ
- ใน รพ.ที่มีการแบ่งแผนก ให้ตรวจเวชระเบียนของแผนกหลักคือ สูตินรีเวช, ศัลยกรรม, อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ แผนกละ ๑๕ ฉบับ เป็นอย่างน้อย หรือ ร้อยละ 1 ของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละแผนกหากมีผู้ป่วยในแต่ละแผนกมากกว่า ๑๕๐๐ รายต่อปี โดยไม่เกิน ๓๐ ฉบับต่อแผนก
- ควรกระจายเวชระเบียนที่จะตรวจสอบให้ครอบคลุมผู้ป่วยหลากหลาย และแพทย์ผู้ให้บริการให้มากที่สุด
    - แผนกศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ ควรครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่ผ่าตัด ไม่ผ่าตัด อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย
    - แผนกสูตินรีเวช ควรครอบคลุมทั้งการคลอดปกติ การช่วยคลอด การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดทางนรีเวช
    - แผนกอายุรกรรมและกุมารเวชกรรม ควรครอบคลุมทั้งผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเรื้อรัง
- การตรวจสอบให้ดูทั้งบันทึกผู้ป่วยนอกและบันทึกผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยรายเดียวกัน

ค) การสุ่มตัวอย่างให้สุ่มตัวอย่างเวชระเบียนในช่วงเวลา ๓ เดือนสุดท้ายก่อนการเยี่ยมสำรวจ โดยให้เจ้าหน้าที่หน่วยเวชระเบียนเป็นผู้สุ่มภายใต้การรับรู้ของผู้เยี่ยมสำรวจ หรือสักขีพยาน หรือผู้แทนของ พรพ.

๗.๒ การทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม

ก) ให้นำแนวทางการทบทวนในข้อ ๗.๑ มาใช้เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลทราบประเด็นที่จะต้องพัฒนาให้ทันก่อนการเยี่ยมสำรวจเพื่อการพิจารณารับรอง

ข) หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจพิจารณาลดจำนวนเวชระเบียนที่จะทบทวน หรือกำหนดให้ทบทวนเฉพาะในประเด็นที่เห็นว่าเป็นปัญหาของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของผู้เยี่ยมสำรวจ

ค) ให้หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจแจ้งผลการทบทวนเวชระเบียนให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลทราบในวันสุดท้าย และเน้นว่าคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับเรื่องนี้สูงมาก

๘. แนวทางสำหรับการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ (exit conference)

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจคือการนำเสนอสิ่งที่สังเกตพบระหว่างการเยี่ยมสำรวจให้แก่โรงพยาบาล สิ่งที่นำเสนอควรจะครอบคลุมทั้งสิ่งที่โรงพยาบาลทำได้ดีแล้ว เช่น การปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ประสบความสำเร็จ และประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลควรเพิ่มระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งความเสี่ยงที่ควรจัดการ

เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะต้องสร้างสมดุลระหว่างสิ่งที่ทำได้ดีแล้วและสิ่งที่ต้องปรับปรุง โดยไม่เน้นแต่เพียงเรื่องที่เป็นจุดด้อยเท่านั้น

ผู้ฟัง

ผู้ฟังจะเป็นใครก็ได้ที่โรงพยาบาลเชิญเข้ามารับฟัง อาจจะจำกัดอยู่เฉพาะทีมผู้บริหารระดับสูง หรือเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจควรถามผู้บริหารของโรงพยาบาลว่าจะมีใครเข้าร่วมรับฟังบางเพื่อให้นำเสนออย่างเหมาะสมแก่ผู้ฟัง

ช่วงเวลา

เป็นกิจกรรมสุดท้ายของกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

ระยะเวลา

ควรพยายามจำกัดให้ใช้เวลาไม่เกิน ๑ ชั่วโมง

กิจกรรม

ก่อนนำเสนอผลสรุป คณะผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้เวลาประมาณ ๒ ชั่วโมงเพื่อจัดเตรียมการนำเสนอ ในช่วงเวลานี้ ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนจะนำบันทึกที่ได้จัดทำไว้ระหว่างการประชุมทีมครั้งก่อนๆ มาสรุปประเด็นสำคัญที่พบ ประเด็นที่ควรให้คำนิยม และประเด็นที่จะต้องพัฒนาหรือปรับปรุงแก้ไขของแต่ละระบบ/ทีม

จากนั้นคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะปรึกษากันถึงวิธีการและลำดับขั้นของการนำเสนอ โดยทั่วไปหัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะเริ่มต้นกล่าวนำถึงวัตถุประสงค์ของของกิจกรรมนี้ จากนั้นหัวหน้าคณะและผู้เยี่ยมสำรวจอื่นๆ จะนำเสนอสิ่งที่ได้จัดเตรียมไว้ ในตอนสุดท้ายหัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะสรุปและกล่าวปิดประชุม

ถ้าผู้เข้าประชุมในช่วงนี้มีจำนวนมาก และมีประเด็นที่ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่าต้องมีการปรับปรุงแก้ไข แต่การกล่าวในที่ประชุมใหญ่จะก่อให้เกิดปัญหาหรือความไม่เข้าใจ ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะขอให้มีการพบปะกับผู้อำนวยการและผู้บริหารระดับสูงก่อนการประชุมใหญ่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้บริหารระดับสูงได้แสดงความเห็นว่าควรนำเสนอต่อที่ประชุมใหญ่อย่างไร ในการพบปะครั้งนี้ผู้เยี่ยมสำรวจจะได้ยืนยันสิ่งที่สังเกตพบ ป้องกันความรู้สึกไม่เป็นมิตรหรือการเสียหน้าที่อาจจะเกิดขึ้น และยืนยันปรัชญาของการทบทวนและประเมินฉันท์กัลยาณมิตร ก่อให้เกิดจิตวิญญาณของความร่วมมือ และเพิ่มความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต่อกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

ข้อแนะนำในการนำเสนอสรุปผลการเยี่ยมสำรวจ

๑. หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้นำเสนอในนามของคณะผู้เยี่ยมสำรวจทุกคน

๒. นำเสนอด้วยความเคารพ สุภาพ จริงใจ เสมือนพูดกับคนที่เรารักมากที่สุด

๓. ระบุว่าสิ่งที่สังเกต คำนิยม และข้อเสนอแนะดังกล่าว สะท้อนเฉพาะหน่วยงาน บุคคล และกระบวนการที่สุ่มเยี่ยมสำรวจเท่านั้น

๔. ให้รายละเอียดเท่าที่เวลาจะอำนวย กล่าวเฉพาะในประเด็นสำคัญ และบอกให้ทราบว่ารายละเอียดจะอยู่ในรายงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร ปรับความคาดหวังของโรงพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดความประหลาดใจกับรายงานที่เป็นทางการ

๕. สรุปการเยี่ยมสำรวจ ไม่มีการถามคำถามหรือขอความเห็น

๖. ส่งมอบเวทีให้กับผู้อำนวยการเพื่อกล่าวปิดประชุม

๗. เมื่อสิ้นสุดการนำเสนอผลสรุป ผู้เยี่ยมสำรวจควรออกจากโรงพยาบาลทันที การสนทนาที่ไม่จำเป็นหลังจากนั้นจะก่อให้เกิดอึดอัดหรือลำบากใจแก่ทั้งสองฝ่าย

ตอนที่ ๔ การเขียนรายงาน

๑. ความสำคัญของรายงาน

รายงานเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการเยี่ยมสำรวจ เป็นเอกสารที่มีคุณค่า ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

ก. คุณค่าต่อโรงพยาบาล

- ☐ หน่วยงานและโรงพยาบาลต้องทำงานหนักเพื่อเตรียมตัวรับการเยี่ยมสำรวจ
- ☐ รายงานเป็นเอกสารที่จะคงอยู่กับโรงพยาบาล
- ☐ รายงานเป็นเอกสารที่สะท้อนความก้าวหน้าในปัจจุบัน
- ☐ รายงานเป็นเอกสารที่จะช่วยวางแผนพัฒนาสำหรับสองสามปีข้างหน้า
- ☐ รายงานช่วยให้หน่วยงานและโรงพยาบาลปรับปรุงคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วย

ข. คุณค่าต่อคณะกรรมการรับรองคุณภาพและ พรพ.

- ☐ เป็นการสื่อสารสิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจพบให้แก่คณะกรรมการรับรองคุณภาพ ซึ่งการตัดสินรับรองของคณะกรรมการจะขึ้นอยู่กับข้อมูลและข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจในรายงาน
- ☐ เป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผนเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไป

ด้วยเหตุที่รายงานมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อโรงพยาบาลและการตัดสินใจรับรอง ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องใช้ความระมัดระวังอย่างมากในการเขียนรายงาน

๒. องค์ประกอบของรายงาน

ผู้เยี่ยมสำรวจได้จดบันทึกข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์และสังเกตระหว่างการเยี่ยมสำรวจมาแล้ว การเขียนรายงานคือการนำข้อมูลและสิ่งที่พบเห็นเหล่านั้นมาประมวลและวิเคราะห์เพื่อให้ได้สารสนเทศที่มีความหมายและเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล คณะกรรมการรับรอง และ พรพ.

ผู้เยี่ยมสำรวจควรเขียนรายงานข้อมูลและสิ่งที่พบเห็นประมาณ 1-2 หน้าสำหรับแต่ละเรื่อง ต่อไปนี้

- ☐ การนำองค์กรและทิศทางนโยบาย
- ☐ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- ☐ การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- ☐ ระบบสารสนเทศ
- ☐ ระบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ☐ การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
- ☐ ทีมนำทางคลินิก (แยกแต่ละทีม)
- ☐ หน่วยงานเฉพาะ

รายงานนี้ประกอบด้วยสิ่งที่สังเกตเห็นระหว่างการเยี่ยมหน่วยงาน การทบทวนเอกสาร การสนทนากับผู้ป่วย ครอบครัว และการสัมภาษณ์ทีมงานของโรงพยาบาล

รายงานแต่ละเรื่องจะประกอบด้วยข้อมูลสามส่วนคือ

1) สิ่งที่พบระหว่างการเยี่ยมสำรวจซึ่งแสดงให้เห็นภาพใหญ่ในเชิงระบบและรูปธรรมของการปฏิบัติ

2) จุดเด่นหรือคำนิยม

3) ข้อแนะนำเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง และสิ่งที่ควรแก้ไขปรับปรุง

ความมุ่งหมายของรายงานนี้ก็เพื่อให้โรงพยาบาลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเยี่ยมสำรวจ แม้ว่ายังมีเรื่องสำคัญที่ต้องแก้ไขปรับปรุงต่อไป ด้วยการกล่าวถึงคำนิยมต่อสิ่งดีๆ ที่พบระหว่างการเยี่ยมสำรวจ และให้ข้อเสนอแนะด้วยท่าทีเชิงบวกและปรารถนาดี

ผู้เยี่ยมสำรวจต้องตระหนักว่า เป้าหมายของการให้ข้อเสนอแนะคือ เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ข้อเสนอแนะควรระบุประเด็นหลักๆ ที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุง ได้แก่ สิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดในมาตรฐาน และความเสี่ยงที่พบเห็น

ข้อเสนอแนะในเรื่องเล็กน้อยจำนวนมากเป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ และอาจจะก่อให้เกิดผลเสียที่โรงพยาบาลต้องเสียเวลาไปดำเนินการกับเรื่องเล็กน้อย แทนที่จะให้ความสำคัญกับเรื่องใหญ่ๆ ข้อเสนอแนะสำหรับแต่ละทีมไม่ควรมีมากกว่า 5 ข้อ

๓. ลักษณะของรายงานที่ดี

รายงานควรจะมีลักษณะต่อไปนี้

1) **สะท้อนมาตรฐาน** HA เนื่องจากตลอดการเยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจได้ทวนสอบระดับการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องระมัดระวังไม่ด่วนสรุปโดยมีข้อมูลไม่สมบูรณ์

2) **แสดงให้เห็นภาพใหญ่ในเชิงระบบที่สมบูรณ์** โดยอาศัยข้อมูลทั้งจากแบบประเมินตนเองร่วมกับสิ่งที่ได้พบ ได้ยินจากการเยี่ยมสำรวจ

- ผู้รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ กิจกรรมหลัก ความถี่ การสื่อสาร/รายงาน
- นโยบาย/มาตรกร/แผน ที่มีความสำคัญ เนื้อหาหลัก วิธีการติดตามความก้าวหน้า
- ความพร้อมของทรัพยากร ความถูกต้องเหมาะสมของการปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเทียบกับเป้าหมายของเรื่องนั้นๆ (input-process-outcome)
- ความครบถ้วนขององค์ประกอบหลักในเรื่องนั้น
- การเชื่อมโยง (ก) เชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้อง (ข) เชื่อมโยงกระบวนการภายในระบบ (ค) การสื่อสารเพื่อสะท้อนความต้องการระหว่างจากผู้รับผลงานให้เจ้าของงาน (ง) การประสานกิจกรรมเพื่อลดความซ้ำซ้อน (จ) การเชื่อมโยงกับแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในชื่อเรียกอื่นๆ (ฉ) การเชื่อมโยงกับงานสร้างเสริมสุขภาพ/กิจกรรมเชิงรุก/การดูแลสุขภาพนอกโรงพยาบาล

3) **แสดงให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติที่ผู้เยี่ยมสำรวจได้พบ ได้ยิน** เพื่อให้ผู้อ่านซึ่งไม่ได้มาร่วมเยี่ยมสำรวจ เกิดความเชื่อมั่นว่าได้มีการปฏิบัติจริง เห็นภาพตัวอย่างของการปฏิบัติ

"มีความพยายามที่จะศึกษาความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ โดยใช้ล่ามสอบถาม การสังเกต และการสนทนากลุ่ม เห็นได้จากการที่ล่ามเข้าไปซักถามญาติผู้ป่วย พบว่าตามตัวเด็กจะมีรอยจ้ำแดงขึ้นตามตัวเพราะมารดาจะดึงเนื้อเด็กเพื่อระบายความร้อน เมื่อสอบถามพบว่าเป็นความเชื่อของมารดาผู้ป่วยที่เชื่อว่าการดึงเนื้อจะทำให้ไข้ลด หลังจากนั้นพยาบาลกับล่ามจะสอนญาติผู้ป่วยถึงวิธีการเช็ดตัวเพื่อลดไข้รวมทั้งสาธิตให้ญาติดูและให้ญาติทำให้ดูเพื่อทวนซ้ำ"

4) **ให้ตัวอย่างที่มีความหมายแก่โรงพยาบาล** ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ตนเข้าไปเยี่ยม (โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดเล็ก) เขียนรายงานและข้อเสนอแนะให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล

5) **สะท้อนจุดแข็งขององค์กร** เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ผู้รับรายงานเกิดความรู้สึกที่ดีต่อโรงพยาบาลของตน ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องระมัดระวังในการสร้างสมดุลระหว่างข้อสังเกตในด้านบวก และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

6) **ใช้ถ้อยคำที่เจ้าหน้าที่ทุกระดับสามารถเข้าใจได้ง่าย** ผู้เยี่ยมสำรวจต้องตระหนักว่ากำลังเขียนรายงานและข้อเสนอแนะซึ่งมีผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ทุกระดับ แม้ผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีระดับการศึกษาไม่สูงนักก็ควรจะทำความเข้าใจได้ว่ารายงานกล่าวถึงอะไร และเสนอให้พวกเขาทำอะไร

๔. การเขียนข้อเสนอแนะ

1) **ให้คำอธิบาย บรรยายสถานการณ์ หรือสิ่งที่พบเห็น ก่อนที่จะถึงข้อเสนอแนะ** เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจที่มาที่ไปหรือเหตุผลของข้อเสนอแนะดังกล่าว

2) ในบางกรณีจะมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือส่วนต่างๆ ของรายงานเหมือนๆ กัน ข้อเสนอแนะเหล่านี้ควร**นำมาเขียนในภาพรวม** เช่น

"ผู้เยี่ยมสำรวจพบว่าหน่วยงานจำนวนหนึ่งยังไม่ได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพการบริการและดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานของตน ผู้นำขององค์กรควรชี้นำและสนับสนุนให้หน่วยงานและทีมงานได้จัดทำและติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพที่สำคัญเหล่านี้"

3) ข้อเสนอแนะควร**กล่าวถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุ มากกว่ารายละเอียดว่าจะต้องทำอย่างไร** โรงพยาบาลจะต้องกำหนดวิธีการบรรลุด้วยตนเองตามโครงสร้างและทรัพยากรที่มีอยู่

4) ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้อง**ระมัดระวังการให้ข้อเสนอแนะที่อาจจะก่อให้เกิดค่าใช้จ่าย**จำนวนมากแก่โรงพยาบาล

5) **ข้อเสนอแนะควรเป็นประโยชน์แก่โรงพยาบาล** ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องตระหนักในทิศทางของโรงพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาล

6) **ข้อเสนอแนะต้องไม่ใช่ตัวอย่างจากโรงพยาบาลของผู้เยี่ยมสำรวจ** ยิ่งผู้เยี่ยมสำรวจมีประสบการณ์มากขึ้นเท่าไร ก็จะยิ่งสามารถช่วยโรงพยาบาลได้มากขึ้น เนื่องจากมีโอกาสเห็นการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถนำเสนอความสำเร็จดังกล่าวเพื่อช่วยโรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องเอ่ยชื่อโรงพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องไม่ใช้โรงพยาบาลของตนเองเป็นตัวอย่าง โรงพยาบาลไม่อยากได้ยินว่า "ในโรงพยาบาลของฉัน เราทำกันแบบนี้.." ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องพยายามหลีกเลี่ยงที่จะแสดงออกในลักษณะดังกล่าว

๕. สรุปภาพรวมขององค์กร (Organizational Summary)

หลังจากที่ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนได้เขียนรายงานในส่วนที่ตนไปเยี่ยมสำรวจ และนำข้อมูลหรือข้อสังเกตต่างๆ มาวิเคราะห์ร่วมกันแล้ว หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะเตรียมสรุปย่อผลการเยี่ยมสำรวจทั้งหมด

เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะได้ข้อมูลที่สำคัญครบถ้วน หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะขอข้อคิดเห็นจากผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนในประเด็นหลักๆ ต่อไปนี้

- ☐ ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพ
- ☐ การบริหารทรัพยากร
- ☐ กระบวนการคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง
- ☐ มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
- ☐ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
- ☐ การดูแลผู้ป่วย

๖. กระบวนการจัดทำรายงาน

ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบในการเขียนรายงานส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ตนไปเยี่ยมสำรวจ ในตอนเย็นของทุกวัน ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนจะสรุปข้อมูลและสิ่งที่สังเกตพบ แล้วมาพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกันว่าพบจุดแข็งและจุดอ่อนอะไรในโรงพยาบาล

นอกจากการแบ่งหน้าที่กันเขียนรายงานแล้ว ผู้เยี่ยมสำรวจยังจะต้องแบ่งหน้าที่ในการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่ตนไปเยี่ยมในตอนเย็นของแต่ละวัน จากการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานนี้ ผู้เยี่ยมสำรวจจะทราบว่าได้ถามคำถามที่เหมาะสมเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ต้องการแล้วหรือไม่ หากยังไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ จะได้ปรับแนวคำถามในวันต่อไปได้

ในตอนบ่ายของวันเยี่ยมสำรวจวันสุดท้าย ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนจะจัดทำรายงานในส่วนของตนให้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะเป็นได้ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการสรุปผลการเยี่ยมสำรวจให้แก่องค์กร (exit conference)

หลังจากนั้น ผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนจะต้องจัดทำรายงานและระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนของตนส่งให้หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจในหนึ่งสัปดาห์ หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะรวบรวมเพื่อจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ส่งให้ พรพ.ภายในเวลาไม่เกินสองสัปดาห์หลังจากการเยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้น

รายงานที่ได้รับจากหัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจจะได้รับการบรรณาธิกรณ์โดย พรพ. และส่งให้ผู้เยี่ยมสำรวจทุกท่านให้ความเห็นชอบอีกครั้งหนึ่ง ก่อนที่จะนำเสนอสู่ที่ประชุมคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

๗. ข้อพิจารณาและข้อเตือนใจในการเขียนรายงาน

ผู้เยี่ยมสำรวจได้จดบันทึกรายละเอียดต่างๆ จำนวนมากในระหว่างการเดินเยี่ยมและสัมภาษณ์ จะต้องนำสิ่งเหล่านี้มาตรวจสอบและวิเคราะห์ ด้วยการตั้งคำถามว่าอะไรคือสาเหตุของสิ่งที่พบเห็น แล้ว **วิเคราะห์เชื่อมโยงเพื่ออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านบวกและด้านลบ** ซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ในการเขียนข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ควรพิจารณามีทั้งส่วนที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

๗.๑ ปัจจัยที่เป็นรูปธรรม

โครงสร้าง: องค์กรมีการรวมตัวกันอย่างไร แรงขับเคลื่อนของผู้คนในองค์กรคืออะไร อะไรจูงใจให้คนทำในสิ่งที่ทำอยู่

การนำ การเสริมพลัง: ผู้บริหารในทุกระดับเสริมพลังผู้คนให้ใช้ความคิดสร้างสรรค์และสร้างนวตกรรมอย่างไร

เป้าหมาย: องค์กรมีเป้าหมายอะไร เหมาะกับชุมชนหรือไม่ ทิศทางในอนาคตเป็นอย่างไร มีการนำเสนอไว้ในแผนยุทธศาสตร์อย่างไร

การจัดองค์กร: การจัดองค์กรของโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรแพทย์ การบริหารการพยาบาล งานบริหารเพื่อสนับสนุนบริการ และหน่วยบริการต่างๆ เป็นอย่างไร

โครงสร้างของทีม: มีการจัดโครงสร้างอย่างไร ทีมทำงานร่วมกันอย่างไร มีความสัมพันธ์กับทีมและหน่วยงานอื่นอย่างไร

กระบวนการทำงาน: เป็นไปอย่างมีระบบระเบียบหรือไม่ มีความสับสนหรือการขัดจังหวะหรือไม่

ประสิทธิผล: กิจกรรมที่ทำอยู่ให้ผลที่ต้องการ มีการวัดผลให้เห็นได้

๗.๒ ปัจจัยที่เป็นนามธรรม

ควรพิจารณาปัจจัยที่เป็นนามธรรมด้วยการสัมผัสกับความรู้สึก ความมุ่งมั่น การรับรู้ เจตคติของผู้คน การขอทราบเหตุการณ์ที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการทำงาน

ทิศทาง: มีชัดเจนหรือไม่

แรงจูงใจ: เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และนวตกรรมหรือไม่

การสื่อสาร: ชัดเจน เป็นที่เข้าใจ และครอบคลุมหรือไม่

การตัดสินใจ: มีกระบวนการที่ชัดเจนหรือไม่ เป็นการตัดสินใจในแนวราบหรือแนวดิ่ง

แรงยึดเหนี่ยว: แรงยึดเหนี่ยวในองค์กรมีมากเพียงใด

ความเข้าใจ: ความเข้าใจในปรัชญาของ HA มาตรฐาน และการประเมินตนเอง

ความเห็นร่วม: เจ้าหน้าที่ในองค์กรมีความคิดความเห็นสอดคล้องกันเพียงใด

ความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยง: ระหว่างเป้าหมายระดับต่างๆ ระบบงาน และการจัดบริการต่างๆ

ความพึ่งพากัน: เจ้าหน้าที่ทำงานร่วมกันเป็นทีมและพึ่งพากันและกันเพื่อให้เกิดคุณภาพหรือไม่

ด้วยประเด็นต่างๆ ข้างต้น พิจารณาและค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของหน่วยงานและองค์กร เขียนข้อเสนอแนะเพื่อกระตุ้นให้มีการนำจุดแข็งที่มีอยู่ไปปรับปรุงจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนา

แบบฟอร์มรายงานการเยี่ยมสำรวจ

สรุปภาพรวมของโรงพยาบาล

(ข้อมูลสรุปภาพรวมประเด็นสำคัญที่พบระหว่างการเยี่ยมสำรวจ)

ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพ:

การบริหารทรัพยากร:

กระบวนการคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง:

มาตรฐานและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย:

สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร:

การดูแลผู้ป่วย:

ผลการเยี่ยมสำรวจแต่ละทีม

การนำและการบริหาร

ประเด็นสำคัญที่พบเห็น:

จุดเด่นและคำนิยม:

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง:

สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข:

การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ประเด็นสำคัญที่พบเห็น:

จุดเด่นและคำนิยม:

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง:

สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข:

โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย เครื่องมือ

ประเด็นสำคัญที่พบเห็น:

จุดเด่นและคำนิยม:

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง:

สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข:

ระบบสารสนเทศ

ประเด็นสำคัญที่พบเห็น:

จุดเด่นและคำนิยม:

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง:

สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข:

การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประเด็นสำคัญที่พบเห็น:

จุดเด่นและคำนิยม:

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง:

สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข:

ทีมนำทางคลินิก/ทีมดูแลผู้ป่วย (1-2 หน้าต่อทีม)

ประเด็นสำคัญที่พบเห็น:

จุดเด่นและคำนิยม:

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง:

สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข:

หน่วยบริการ (1-2 หน้าต่อหน่วย)

ประเด็นสำคัญที่พบเห็น:

จุดเด่นและคำนิยม:

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง:

สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข:

รายงานลับเฉพาะของผู้เยี่ยมสำรวจ เสนอต่อ พรพ.

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจบันทึกข้อมูลที่จะให้แก่ พรพ.โดยตรง เป็นข้อมูลเพิ่มเติมที่จะให้คณะกรรมการเพื่อช่วยในการตัดสินใจรับรองหรือไม่รับรอง และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้เยี่ยมสำรวจที่จะเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลแห่งนี้ในอนาคต

ให้หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจเป็นผู้บันทึกในแบบฟอร์มนี้โดยอาศัยข้อมูลจากผู้เยี่ยมสำรวจร่วมคณะ

ชื่อโรงพยาบาล:

วันที่เยี่ยมสำรวจ:

คณะผู้เยี่ยมสำรวจ:

โปรดระบุเจตคติต่อการรับรองคุณภาพ การติดตามระดับคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ และสัมพันธภาพในการทำงานในทีมต่อไปนี้:

ทีมนำระดับสูง

แพทย์

ทันตแพทย์

ผู้บริหารระดับกลาง

พยาบาล

หน่วยงานทางคลินิกอื่นๆ

หน่วยงานบริการสนับสนุน

โปรดระบุว่าโรงพยาบาลตอบสนองต่อข้อเสนอแนะที่ให้ไว้ในการเยี่ยมสำรวจครั้งที่แล้วอย่างไร

ข้อคิดเห็นอื่นๆ

การเยี่ยมสำรวจครั้งนี้มีโอกาสปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ตัวอย่างรายงาน (สมมติ)

บทที่ ๑๐ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การออกแบบระบบ	การนำไปปฏิบัติ	การวัดผล/ผลลัพธ์
๔	๓	๓

ประเด็นสำคัญที่พบ

คณะผู้เยี่ยมสำรวจพบว่าโรงพยาบาลมีการวางระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลไว้ดังนี้

นโยบายและมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จากการทบทวนเอกสารพบว่าโรงพยาบาลมีการวางนโยบาย มาตรการ ในการเฝ้าระวัง การควบคุมการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ การดูแลสุขภาพบุคลากร การสอบสวนโรค ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร

คณะกรรมการและผู้รับผิดชอบ จากการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งพบว่าโรงพยาบาลมีกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนจากกลุ่มงานต่าง ๆ ในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน และมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นเลขานุการ จากการทบทวนบันทึกรายงานการประชุมของคณะกรรมการพบว่าคณะกรรมการมีการประชุมกันทุกเดือน มีการเชิญผู้เชี่ยวชาญ มาให้คำปรึกษาในประเด็นที่จำเป็น และสำคัญเป็นบางครั้ง

จากการสัมภาษณ์ คณะกรรมการได้กล่าวเน้นถึงบทบาทด้าน informative & consultative function โดยอาศัย evidence-based และ prestored data ส่วนการ exert authority นั้นจะทำผ่านผู้อำนวยการซึ่งเป็นประธาน IC ส่วน periphery จะ act ผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ใน ICU และหอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะมีกรรมการ IC เฉพาะในหน่วยงานเหล่านั้น

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล/การสอบสวน จากการทบทวนข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย พบว่ามีการเฝ้าระวังสำหรับหัตถการ/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายสูง ในลักษณะ target surveillance ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด, Ventilator Associated Pneumonia, Intravascular Device Associated Bloodstream Infection

การดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่ จากการทบทวนบันทึกสุขภาพของเจ้าหน้าที่ พบว่ามีระบบการค้นหาและดำเนินการเฝ้าระวัง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับ การคุ้มครอง และป้องกันจากการติดเชื้อในการทำงาน เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค (วัณโรค, ไวรัสตับอักเสบบี, พิษสุนัขบ้า) มีการเฝ้าระวัง และติดตามการเกิดอุบัติเหตุแก่เจ้าหน้าที่ที่ถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด และมีการทำแนวทางปฏิบัติไว้ชัดเจนเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

การเฝ้าระวังการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม จากการสังเกตสิ่งแวดล้อมทั่วไป พบว่ามีการนำมาตรการป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อมไปปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ ที่เตาเผาขยะ ผู้เยี่ยมสำรวจพบว่ามีการติดตั้งระบบ Waste Coupler เพื่อดักจับเขม่า ส่วนระบบบำบัดน้ำเสียซึ่งเป็นระบบบ่อเติม

อากาศ และได้รับผลกระทบจากอุทกภัย ทำให้เครื่องเติมคลอรีนเสียหายนั้น ได้มีความพยายามแก้ไขจนสามารถบำบัดได้ตามปกติ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของน้ำก่อนปล่อยออกจากระบบอย่างสม่ำเสมอ

การส่งเสริมให้ปฏิบัติตามหลัก UP/IP จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน พบว่าผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ได้เข้ารับการอบรมฟื้นฟูเรื่องมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทุกปี มีบันทึกรายงานการสำรวจและสอบถามผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามนโยบาย/มาตรการดังกล่าว

การประเมินผล คณะกรรมการจะมีการติดตามประเมินผลโดยการติดตามเฝ้าระวังเครื่องชี้วัดที่สำคัญ เช่น อุบัติการณ์การเกิดเข็มตำทุก ๑ เดือน อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดทุก ๓ เดือน การปนเปื้อนในการเจาะ hemo C/S ทุก ๑ เดือน การติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ/การติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทุก ๓ เดือน มีการเปรียบเทียบกับ NNIS ของอเมริกาและตั้งเป้าว่าจะปรับปรุงให้ได้เท่าค่าเฉลี่ยของ NNIS

ผลลัพธ์ พบว่าอัตราการเฝ้าระวังเครื่องชี้วัดสำคัญบางตัวจะมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ เช่น อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดโดยรวมลดลง การติดเชื้อที่ยังมีอัตราสูงกว่าเป้าหมายคือ craniotomy (7.6%) และ colectomy (8.7%) สำหรับการผ่าตัดไส้เลื่อนและไส้ติ่ง อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมาย, การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 16.5/1000 ventilator day ซึ่งของ NNIS อยู่ที่ 9.5/1000, Primary Bloodstream Infection 7.1/1000 IV cath day ซึ่งของ NNIS อยู่ที่ 5.1, Needle stick injury ซึ่งได้ข้อมูลจากการสำรวจทุกครึ่งปี พบว่า ลดจาก 0.74 stick/person/year ในปี 1993 เหลือ 0.16 ในปี 2000 หรือจำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ 9, 4, 8, 9, 11, 15, 7 ตามลำดับ โดยที่เมื่อติดตาม 6 เดือนแล้วไม่พบว่ามีใครติดเชื้อ, TB conversion ลดจาก 12.9% ในปี 1996 เหลือ 3.2% ในปี 2000 โดยมีจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ป่วยเป็นวัณโรค 10, 4, 8, 6, 3 รายตามลำดับ

จุดเด่นและคำนิยม

มีการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยอาศัยหลักฐานทางวิชาการมาปรับกระบวนทัศน์ในการทำงาน มีการร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาที่ตรวจสอบ ทำให้ลดการกระทำที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย เช่น ใช้ระบบนิเวศน์ในการกำจัดน้ำเสีย, เลิกการถูกพื้นด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ, เลิกการใช้ spray ฆ่าเชื้อ, เลิกการอบห้องผ่าตัดด้วยฟอร์มาลิน, เลิกการติดแสง UV light ในห้องผ่าตัดและหน่วยจ่ายกลาง, เลิกการวางเพาะเชื้อในห้องผ่าตัด, เลิกการใช้เสื้อกาวน์และเปลี่ยนรองเท้าก่อนเข้าหอผู้ป่วยหนัก, เลิกการใช้น้ำร้อนในการซักเสื้อผ้าผู้ป่วย, ใช้ sterile glove เท่าที่จำเป็นและนำมา recycle, ใช้การ autoclave แทนการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. ควรส่งเสริมให้แพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีบทบาทมากยิ่งขึ้นในการมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๒. ควรพัฒนาให้โรงพยาบาลเป็นศูนย์การเรียนรู้ และพัฒนาต้นแบบระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับชาติ

ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปรับปรุง

ไม่มี

ตัวอย่างรายงานของ CCHSA

สรุป

ขอแสดงความยินดีกับ HOSPITAL A ในความมุ่งมั่นที่จะติดตามและปรับปรุงคุณภาพของการดูแลและบริการที่จัดขึ้น ขอชื่นชมกับทุกพื้นที่และทุกบริการที่ได้เตรียมตัวในการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองทั้งระบบในครั้งที่สอง ซึ่งได้มีการประเมินตนเองด้วยความสมัครใจ การทบทวนในกลุ่มเพื่อน การสัมภาษณ์ทีมและผู้รับบริการ การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และการเยี่ยมหน่วยงาน การเดินสำรวจสถานที่พบว่ามีการบำรุงรักษาอาคารอย่างดี และมีป้ายแสดงที่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่

มีความก้าวหน้าอย่างมากมายนับแต่การเยี่ยมสำรวจครั้งก่อนเมื่อปี 1997 ความสำเร็จที่เกิดขึ้นได้แก่การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การมีส่วนร่วมในการติดตามและพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน การวางแผนรองรับอุบัติภัยหมู่และการป้องกันอัคคีภัย รวมทั้งการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย กระบวนการ informed consent ซึ่งได้จัดทำขึ้นยังจะต้องให้มีการดำเนินการทั่วทั้งเขต ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจครั้งที่แล้วได้รับการไปพิจารณาอย่างเป็นที่น่าพอใจ

การสะท้อนกลับจากผู้รับบริการเป็นไปในเชิงบวกในทุกแง่มุมของการดูแลและบริการ มีการดูแลรักษาอย่างเอื้ออาทรและให้กำลังใจ สิ่งนี้เป็นที่ยืนยันด้วยการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างกว้างขวางใน acute care service ของ Labrador และ Newfoundland

คณะกรรมการได้สะท้อนให้เห็นชุมชนที่องค์กรให้บริการและได้แสดงให้เห็นความร่วมมือผ่านภาคีและองค์กรต่างๆ จำนวนมาก มีความร่วมมือกับคณะกรรมการมณฑลหลายคณะ เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ความสัมพันธ์ระหว่างคณะกรรมการ แพทย์ และผู้บริหาร เป็นไปในเชิงบวก มีการจัดสรรทรัพยากรจำนวนมากเพื่อกิจกรรมคุณภาพด้วยการสนับสนุนการจัดทำ corporate report card และ comprehensive quality plan เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดทำเครื่องชี้วัด แต่ยังจะต้องได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมอีกเพื่อให้เข้าใจกระบวนการทั้งหมด คณะกรรมการจะต้องให้ข้อคิดเห็นแก่ทีมเกี่ยวกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ

ยังคงพบว่ามีความเสี่ยงสำคัญเกี่ยวกับที่ตั้งของอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการตรวจสอบบันทึกอาชญากรรมการการคัดกรองอาสาสมัคร ความเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ความจำเป็นที่จะต้องมีแผนยุทธศาสตร์ที่เป็นทางการ

เป็นที่คาดหวังว่าประสบการณ์ accreditation และรายงานที่แนบมานี้ จะเป็นการช่วยเหลือทีมในความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพ ด้วยการพิจารณาข้อเสนอแนะต่างๆ ในรายงานนี้ HOSPITAL A จะเพิ่มระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานระดับชาติ health system accreditation

บริการผู้ป่วยวิกฤต

ทีมประกอบด้วยกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งมีความมุ่งมั่น และตระหนักในคุณค่าของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อให้การดูแลและการบริการ อย่างไรก็ตามหากปราศจากการมีส่วนร่วมของแพทย์เสียแล้ว ก็ไม่สามารถที่จะดำเนินการในลักษณะบูรณาการได้ การนำผู้รับบริการเข้ามาร่วมในทีมก็จะเป็นประโยชน์สำหรับการทำงานเป็นทีมด้วย จึงขอสนับสนุนการมีส่วนร่วมของแพทย์และการใช้ภาวะผู้นำ

การศึกษาโดยที่ปรึกษาเป็นแหล่งอ้างอิงสำคัญของความต้องการและสถานะสุขภาพในชุมชน บริการที่ให้ได้แก่ continuous cardiac & hemodynamic monitoring, ventilator & postop care สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่ stable ในบางครั้งก็รับผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ บริการนี้มีสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตตะวันตกตอนกลางหรือตะวันออกตอนกลาง การส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการที่ไม่มีในที่นี้ยังเป็นปัญหาสำคัญ การเข้าถึงศูนย์บริการที่อื่นสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการ cardiac catheterization และ vascular care เป็นเรื่องสำคัญมาก ผู้รับบริการได้แสดงความกังวลนี้และเสนอให้แพทย์ ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ได้ร่วมกันพิจารณาปัญหานี้

ได้มีความพยายามที่จะลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และเจ้าหน้าที่ได้พยายามทำให้กระบวนการทำงานกระชับขึ้น การเปลี่ยนแปลงกระบวนการจ่ายยาและการใช้ patient order entry system ซึ่งใช้ได้กับทุกสาขา เป็นตัวอย่างที่ดี ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการรับไว้ผ่านห้องฉุกเฉินจะถูกส่งต่อให้พยาบาลของหน่วยโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน แพทย์เวรจะเป็นผู้จัดลำดับผู้ป่วยที่จะจำหน่ายออกจากหน่วย ศัลยแพทย์เจ้าของไข้จะจัดลำดับผู้ป่วยที่จะจำหน่ายด้วยเช่นกัน ทำให้การย้ายผู้ป่วยจากหน่วยไปยังหอผู้ป่วยได้รับการจัดการอย่างดี ตั้งแต่มีการนำ telemetry monitoring เข้ามาใช้ ทำให้การจำหน่ายและการย้ายผู้ป่วยดีขึ้นมาก

informed consent มีการปฏิบัติตามกฎหมาย การลงนามยินยอมรับการรักษาทำขึ้นเมื่อรับผู้ป่วยไว้ใน รพ. การลงนามยินยอมผ่าตัดทำในสำนักงานของแพทย์และมีบันทึกสิ่งที่ได้สื่อสารกับผู้รับบริการด้วย ประเด็นเรื่อง advanced directive ซึ่งได้เสนอแนะไว้เมื่อการเยี่ยมสำรวจครั้งที่แล้ว ยังเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงต่อไป

ผู้รับบริการและครอบครัวจะได้รับการข้อมูลแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับหน่วยงานและการปฏิบัติตนในหน่วยงานในกรณีที่เป็นไปได้ เอกสารที่จัดทำประกอบด้วยประวัติและการประเมินที่สมบูรณ์ มีความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ในสมาชิกส่วนใหญ่ แพทย์ไม่ได้มีส่วนร่วมในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นทีม ซึ่งควรกระตุ้นให้หาช่องทางสนับสนุนการมีส่วนในการทำงานเป็นทีมเพื่อการดูแลผู้ป่วย

มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีม ซึ่งจะมีการปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการทบทวนเป็นระยะ มีการส่งต่อระหว่างพยาบาลเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่น มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานภายนอก

แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับสุขศึกษาระหว่างที่อยู่ใน รพ. แต่ก็ยังจำเป็นต้องได้รับเพิ่มเติมหลังจำหน่าย จึงควรทำงานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

มี protocol เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอภายในหน่วย ได้แก่ เกณฑ์ในการรับไว้ในหน่วย มีการทบทวนการเสียชีวิตโดยคณะกรรมการศัลยแพทย์และโดยอายุรแพทย์ มีกรอบสำหรับการจัดทำ CPG ทีมต้องการที่จะดำเนินการต่อซึ่งจำเป็นต้องให้แพทย์มีส่วนร่วม สมควรมอบหมายให้มีบุคคลรับผิดชอบเพื่อที่จะรวมทีมเข้ามาจัดทำ integrated care protocol & guideline

ทีมทำงานได้ดีในการติดตามและพัฒนาคุณภาพ ซึ่งผู้นำควรสนับสนุนการจัดทำแผนคุณภาพสำหรับบริการวิกฤต ได้แก่การจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาและการจัดทำเครื่องชี้วัด (ดูข้อเสนอแนะข้อ 8)

เป็นที่น่าชื่นชมในความคิดริเริ่มต่างๆ เช่น การเปลี่ยนเครื่อง monitor ซึ่งน้ำหนักของเครื่องเดิมเป็นปัญหาสำหรับพยาบาล มีการจัดการกับความเสี่ยงต่างๆ ได้ดีและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันความเสี่ยงในเชิงรุก

บริการแม่และเด็ก

การมีส่วนร่วมในลักษณะสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของแพทย์เป็นจุดแข็งของทีม มีการจัดบริการตามความต้องการของชุมชน อุบัติการณ์ของโรคหอบหืดและเบาหวานนำมาซึ่งการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางสำหรับโรคเหล่านี้ มีการจัดคลินิกเคลื่อนที่สำหรับผู้ป่วยเด็กซึ่งต้องการบริการออร์โธปิดิกส์ audiology วจีบำบัด และการรักษาเพดานโหว่

มีการจัดทำ guideline & protocol เพื่อให้มีการดูแลที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ มีการเชื่อมโยงที่ดีระหว่างบริการในสถาบันและบริการในชุมชน รวมทั้งการมีเครือข่ายส่งต่อไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นที่น่าชื่นชมในความพยายามที่จะสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการตลอดสายของการดูแล

มีการดูแลซึ่งเน้นผู้รับบริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่ การให้ความรู้และเยี่ยมชมสถานที่สำรับหญิงมีครรภ์ การทำความคุ้นเคยกับห้องคลอด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม คลินิกก่อนรับไว้ใน รพ. ช่วยให้ข้อมูลที่ดีแก่ผู้ที่ต้องรับการผ่าตัดคลอดหรือผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการผ่าตัด พ่อแม่ได้รับการส่งเสริมให้อยู่ร่วมกับเด็กและจัดที่นอนให้ มีการจัดทำเอกสารให้ข้อมูลที่ควรรู้

มีการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับหัตถการที่จะเกิดขึ้นโดยพยาบาลหรือแพทย์ ก่อนที่ผู้รับบริการจะลงนามยินยอม เอกสารการประเมินและประวัติมีการจัดทำอย่างครอบคลุมและสมบูรณ์ เป็นที่น่ายกย่องสำหรับความร่วมมือเป็นทีมสหวิชาชีพในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนำเอาผู้รับบริการและครอบครัวเข้ามามีส่วน และมีปรากฏเห็นหลักฐานในเอกสารที่ได้รับการทบทวน มีความพยายามในการที่จะใช้ automated & integrated client record โดยที่ปัจจุบันผลการตรวจวินิจฉัยถูกบรรจุเข้าไปอยู่ใน electronic form ในขณะที่การบันทึกความก้าวหน้าในลักษณะสหสาขาและคำสั่งการใช้ยายังคงใช้มืออยู่ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนมีหน้าที่รวบรวมข้อมูลทั้งสองระบบเข้าด้วยกันหลังจากจำหน่าย

มีความเชื่อมโยงอย่างเข้มแข็งกับบริการสุขภาพชุมชนซึ่งคุ้นเคยกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายได้รวมเอาแพทย์ประจำครอบครัวของผู้รับบริการและพยาบาลชุมชนเข้ามาร่วมด้วย มีการให้สุขศึกษาและคำปรึกษาอย่างเข้มข้น มีแผนที่จะจัดทำ VDO เกี่ยวกับการให้ยาทาง epidural

มีหลักฐานว่ามีการใช้ CPG ทีมวางแผนที่จะทำ education round เพื่อส่งเสริมการทบทวนการดูแลว่าเป็นไปตาม evidence หรือไม่ มีความสำเร็จในการจัดทำ family centred care model มีการปรับปรุงสถานที่เพื่อให้มีลักษณะผู้รับบริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากขึ้น นับตั้งแต่การมีคลินิกโรคหอบหืด จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้และการรับไว้รักษาซ้ำด้วยโรคนี้ลดลง

ทีมได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพและเชื่อมโยงลำดับความสำคัญของหน่วยเข้ากับแผนคุณภาพขององค์กร การจัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพกำลังมีความก้าวหน้าขึ้น ทีมได้ทบทวนจำนวนการผ่าตัดคลอดและเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับชาติ ส่งผลให้มีการค้นหาอัตราการผ่าตัดซ้ำ มีการให้ความรู้แก่แพทย์ประจำครอบครัวตามแนวทางของสมาคมสูตินรีแพทย์ ทีมมีแผนที่จะติดตามผลของความพยายามนี้ในระยะต่อไป

การบริหารสารสนเทศ

ทีมผู้รับผิดชอบมีพลังและความตื่นตัวสูงมาก มีสมาชิกซึ่งมาจากสาขาที่หลากหลาย มีความคิดริเริ่มและนวตกรรมเกี่ยวกับการบริหารสารสนเทศมากมาย การมีส่วนร่วมของแพทย์ในทีมนี้เป็นจุดแข็งสำคัญและทำให้ได้รับทราบความต้องการของแพทย์เกี่ยวกับสารสนเทศ

มีการประเมินความต้องการเกี่ยวกับสารสนเทศในระดับองค์กรเสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยระบุถึงความต้องการระยะสั้นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด่านหน้า ผู้บริหาร และแพทย์ ซึ่งเชื่อมโยงกับกระดาษ การสื่อสาร และเทคโนโลยี การประเมินความต้องการนี้ถูกนำไปใช้จัดทำวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ Meditech ทีมสมควรจัดทำแผนระยะยาวซึ่งเชื่อมโยงความต้องการกับระบบ Meditech และเวชระเบียนอิเลคโตรนิค แพทย์จะสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการได้จากระบบ Meditech ถ้ามีการเชื่อมโยงเข้าสู่สำนักงานของแพทย์ แม้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพในชุมชนจะยังไม่ได้เป็นผู้ใช้บริการของระบบ แต่ก็ได้มีส่วนในการให้ความเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่พวกเขาต้องการ

ความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลทางคลินิกกับข้อมูลด้านการบริหารกำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการและจะสำเร็จได้โดยอาศัยระบบ Meditech ข้อมูลจาก CIHI ถูกนำมาใช้เพื่อการเปรียบเทียบและช่วยในการตัดสินใจสำหรับการจัดบริการ ทีมตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดมาตรฐานข้อมูล ซึ่ง HOSPITAL A สมควรสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าว มาตรฐานข้อมูลที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนจะช่วยให้มีการเก็บข้อมูลที่คงเส้นคงวา ถูกต้อง และเชื่อถือได้ ทั่วทั้งเขต

มมีหน้าที่ในการจัดทำเครื่องชี้วัดซึ่งใช้วัดสัมฤทธิผลขององค์กรเกี่ยวกับการบริหารสารสนเทศ ทีมจะทำหน้าที่เป็นศูนย์รวมข้อมูลเพื่อการนี้ กระบวนการนี้จะลดความซ้ำซ้อน ช่วยในการจัดทำเครื่องชี้วัดระหว่างแผนก และเป็นวิธีการที่วิเศษสำหรับองค์กรในการบริหารเครื่องชี้วัดอย่างได้ผล รายงานเหตุการณ์ (occurrence report) ขณะนี้อยู่ในระบบ on line แล้ว ทำให้สามารถติดตามได้ง่ายขึ้น และเป็นตัวอย่างที่ดีของการใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์

นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ทั้งห้าคนซึ่งมุ่งมั่นอุทิศตนให้กับบริการสารสนเทศแล้ว แต่ละแผนกยังมีการมอบหมายให้สมาชิกคนหนึ่งซึ่งมีความชำนาญเพียงพอที่จะช่วยเหลือสมาชิกในแผนกและทำงานร่วมกับทีมสารสนเทศ บริการสารสนเทศมีหน้าที่ดูแลบำรุงรักษาระบบ ฝึกอบรม และให้คำปรึกษา มีการใช้ปรัชญาการฝึกอบรมแบบ just-in-time แม้ว่าจะมีการให้การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับระบบ Meditech วิธีการนี้เป็นโอกาสที่ดีสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วจะสนับสนุนแผนงานริเริ่มของเขตในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกอื่นๆ ระหว่างการจัดวางระบบ

มีนโยบายเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยและการรักษาความลับ มีการตรวจสอบความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอทั่วทั้งเขตเกี่ยวกับผู้ใช้ระบบและการเข้าถึง internet มีนโยบายด้านการให้ข้อมูลข่าวสารสอดคล้องกับแนวทางของประเทศและของมณฑล มีการทำสัญญาจ้างเหมาทำลายเอกสาร ทีมกำลังหาวิธีการเก็บข้อมูลในรูปแบบอิเลคโทรนิค การจัดเก็บและทำลายบันทึกของผู้รับบริการเป็นไปตามแนวทางของกฎหมาย

มีการใช้ทีมนี้เป็นแหล่งทรัพยากรของเขตสำหรับการจัดทำเครื่องชี้วัดในภาพรวม ควรมีการจัดทำเครื่องชี้วัดเฉพาะของทีมเพิ่มเติมจากเครื่องชี้วัดของแผนกสารสนเทศ ทีมจะต้องระมัดระวังในการเลือกลำดับความสำคัญในการพัฒนาซึ่งจะมีผลต่อองค์กรทั้งหมด

มีแผนงานริเริ่มในการพัฒนาคุณภาพจำนวนมาก แต่ที่น่ายกย่องคือการทำหน้าที่เป็นศูนย์รวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำเครื่องชี้วัด การจัดทำมาตรฐาน software และการตรวจสอบการใช้คอมพิวเตอร์ของผู้ใช้อย่างสม่ำเสมอ

อุปกรณ์ของระบบสารสนเทศปัจจุบันอยู่ที่ CNRHC ซึ่งด้านบนเป็นท่อประปาและระบบหล่อเย็น นอกจากนั้นยังมีความจำเป็นต้องมี network closet ในแต่ละชั้นของอาคารเนื่องจากความยาวของเคเบิลไม่เพียงพอ สมควรพิจารณาเคลื่อนย้ายหน่วยงานนี้ไปในที่ปลอดภัยกว่า เรื่องนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่รุนแรงซึ่งจะก่อให้เกิดความเสียหายต่ออุปกรณ์และข้อมูลได้หากมีการรั่วหรือระเบิดของท่อน้ำข้างบน (ดูข้อเสนอแนะข้อ 5)

สรุปข้อเสนอแนะ

HOSPITAL A

(รายงานนี้จะส่งให้ผู้เยี่ยมสำรวจปรับแก้ ชื่อย่อของผู้เยี่ยมสำรวจท้ายหัวข้อคือผู้รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ)

บันทึกสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

นอกเหนือจากข้อเสนอแนะที่ 3 และ 7 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาระดับการรับรองแล้ว เราเสนอว่าข้อเสนอแนะที่ 1, 4, 5, 8, 9 ควรจะรวมเข้าไปด้วย สภาจะขอให้มีการรายงานใน 6 เดือนสำหรับข้อเสนอแนะที่ 3, 4, 5, 9 และรายงานใน 1 ปี สำหรับข้อเสนอแนะที่ 1, 7, 8 ขอให้ท่านยืนยันความเห็นด้วย

บริการสนับสนุน

การบริหารสารสนเทศ -PZ

1. ความรับผิดชอบในเรื่องการบริหารสารสนเทศถูกมอบหมายให้รองประธานคนหนึ่งและทีม การบริหารสารสนเทศมีความสำคัญสูงมากสำหรับองค์กรนี้ และจะต้องนำเข้าไปสู่กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการ จะต้องพิจารณาความต้องการใช้ทรัพยากรไปด้วยในระหว่างการจัดทำแผนระบบสารสนเทศ แผนจะต้องเชื่อมโยงกับทิศทางยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และแผนธุรกิจ รวมทั้งกำหนดช่วงเวลาสำหรับแต่ละองค์ประกอบของแผนระบบสารสนเทศ ดังนั้นจึงเสนอแนะว่าให้พัฒนาและดำเนินการกระบวนการที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการวางแผนบริหารสารสนเทศ (ดูมาตรฐานเรื่องการบริหารสารสนเทศ 1, 1.3, 4, 4.1)

การพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคล –JE

2. ได้มีการระบุองค์ประกอบของแผนยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคลไว้ ได้แก่ การคัดเลือก การธำรง แรงงานสัมพันธ์ การบริหารสิทธิประโยชน์ การบริหารเวลาทำงาน การบริหารเงินทดแทน อาชีวอนามัยและความปลอดภัย การป้องกันการบาดเจ็บง การพัฒนาวิชาชีพ การสื่อสาร และสุขภาวะของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งองค์ประกอบด้านคณะแพทย์ ขอเสนอแนะว่าองค์ประกอบเหล่านี้ควรจะรวมเข้าไว้ในแผนทรัพยากรบุคคลเบ็ดเสร็จซึ่งกำลังจัดทำอยู่ แผนนี้จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับทิศทางยุทธศาสตร์ของ HOSPITAL A (ดูมาตรฐานเรื่องการพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคล 3-3.2)
3. แม้ว่าจะมีการบริหารความเสี่ยงที่ดี แต่มีข้อสังเกตว่าอาสาสมัครไม่ได้ผ่านการตรวจสอบบันทึกอาชญากรรม ดังนั้น จึงเสนอแนะให้มีการจัดทำนโยบายและกระบวนการในระดับเขตพร้อมทั้งนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นหลักประกันว่าอาสาสมัครจะได้รับการตรวจสอบบันทึกอาชญากรรม รวมทั้งกระบวนการที่จะสร้างหลักประกันว่าอาสาสมัครมีคุณภาพ มีความสามารถ ได้รับการปฐมนิเทศ การฝึกอบรม และการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ (ดูมาตรฐานเรื่องการพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคล 9-9.3)

การบริหารสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ –RH

4. CNRHC จะต้องให้ความสำคัญกับเรื่องต่อไปนี้ สถานที่จอดรถสำหรับผู้พิการซึ่งไม่เพียงพอ, สิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการสำหรับผู้ที่ต้องนั่งรถเข็นซึ่งไม่เพียงพอ, ตำแหน่งของโต๊ะลงทะเบียนซึ่งไม่เหมาะสมกับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ ดังนั้นจึงขอเสนอแนะว่าให้

ดำเนินการตามกระบวนการที่จำเป็นเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ รวมทั้งปรับปรุงความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ (ดูมาตรฐานเรื่องการบริหารสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 1, 1.1, 1.3)

5. อุปกรณ์ของระบบสารสนเทศปัจจุบันอยู่ที่ CNRHC ซึ่งอยู่มีท่อน้ำและระบบหล่อเย็นอยู่ด้านบน ขอสนับสนุนแผนการย้ายหน่วยงานและอุปกรณ์เพื่อเป็นหลักประกันความปลอดภัยแก่ทรัพย์สินเหล่านี้ ในระหว่างที่ยังไม่มีการเคลื่อนย้าย เรื่องนี้เป็นความเสี่ยงที่รุนแรงซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงแก่อุปกรณ์และสารสนเทศในกรณีที่มีการระเบิดหรือรั่วของท่อ ดังนั้น จึงขอเสนอแนะให้ดำเนินการพิทักษ์ทรัพย์สินเหล่านี้ (ดูมาตรฐานเรื่องการบริหารสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 1, 1.1, 2, 2.1)

การนำและภาคี

การกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ –BL

6. คณะกรรมการได้จัดทำข้อความอุดมการณ์ร่วมที่ชัดเจน และต้องการกระบวนการที่จะระบุประเด็นเรื่องจริยธรรมและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าไปด้วย ได้มีการจัดทั้งคณะกรมการจริยธรรมซึ่งเป็นที่รับรู้กันแล้ว เป็นโอกาสเหมาะกับเวลาและข้อเสนอแนะให้ HOSPITAL A แสนดงความมุ่งมั่นต่ออุดมการณ์ร่วมโดยการดำเนินการกระบวนการที่ต่อเนื่องเพื่อเป็นหลักประกันว่าประเด็นทางจริยธรรมจะได้รับความใส่ใจในระดับเขตและมีการติดตาม (ดูมาตรฐานเรื่องการกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ 6-6.2)
7. เป็นที่ตระหนักว่าคณะกรรมการมีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วยของ HOSPITAL A ได้มีการดำเนินงานจนบรรลุความสำเร็จในหลายเรื่อง อย่างไรก็ตามการจัดทำทิศทางยุทธศาสตร์ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควรดำเนินควบคู่ไปกับการจัดทำแผนบริหารสารสนเทศและแผนทรัพยากรบุคคล จำเป็นต้องมีการจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษร ให้ความเห็นชอบ และสื่อสารให้รู้ทั่วกันอย่างกว้างขวาง แผนจะต้องให้ทิศทางต่อแผนบริการคุณภาพในระดับองค์กร ดังนั้นจึงขอเสนอแนะว่าให้มีกระบวนการสนับสนุนการจัดทำทิศทางยุทธศาสตร์และการจัดทำแผน (ดูมาตรฐานเรื่องการกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ 9-9.2)
8. คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ และขอชื่นชมกับการจัดทำเครื่องชี้วัด จำเป็นต้องมีความพยายามร่วมกันที่จะก่อให้เกิดกรอบคุณภาพระดับองค์กรซึ่งครอบคลุม corporate report card และ feed back mechanism ทีมจะต้องเชื่อมโยงเครื่องชี้วัดของตนกับขององค์กร ทีมส่วนใหญ่ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการจัดทำและการติดตามเครื่องชี้วัด ดังนั้นจึงขอเสนอแนะว่าคณะกรรมการและผู้บริหารระดับสูงแสดงภาวะผู้นำและสนับสนุนการติดตามและการพัฒนาคุณภาพโดยการให้การฝึกอบรมที่จำเป็น การให้ความเห็นชอบกับกำหนดการรายงาน การให้ความมั่นใจว่าทีมจะได้รับข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของตน (ดูมาตรฐานเรื่องการกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ 12-14.1)

การดำเนินการตามทิศทางยุทธศาสตร์

9. ได้มีการให้ความเห็นชอบกับนโยบาย informed consent ซึ่งจะต้องนำไปดำเนินการและสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ดังนั้นจึงเสนอแนะให้มีกระบวนการเพื่อให้มั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมระหว่างการนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติและมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทั่วทั้งองค์กร นอกจากนั้น HOSPITAL A ควรจัดให้มี

กระบวนการเพื่อการอภิปรายและบริหารในเรื่อง advanced care directive (ดูมาตรฐานเรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ 4-4.3)

10. มีวิธีการที่หลากหลายในการเผยแพร่สารสนเทศทั้งภายในและภายนอก แผนการสื่อสารซึ่งเน้นภาพลักษณ์เชิงบวกขององค์กรภายในเขต การให้ความรู้ชุมชนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และบริการสุขภาพที่มีอยู่อาจจะช่วยเสริมกิจกรรมที่ทำอยู่ ดังนั้นจึงขอเสนอแนะให้ดำเนินการจัดทำแผนการสื่อสารซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติทั้งองค์กรเพื่อประสานการสื่อสารต่างๆ
11. กรอบของรัฐบาลถูกใช้เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนธุรกิจประจำปี มีการจัดทำแผนสำรองในกรณีที่เกิดการสไตรค์และการเปลี่ยนแปลงงบประมาณซึ่งจะต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการและรัฐบาล อย่างไรก็ตามกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนธุรกิจยังไม่เป็นทางการและขึ้นอยู่กับทิศทางของรัฐบาล ดังนั้นจึงข้อเสนอแนะให้ผู้บริหารกำหนด parameter เพื่อการจัดทำแผนธุรกิจและแผนปฏิบัติการอย่างเป็นทางการ parameter เหล่านี้จะต้องสะท้อนทิศทางยุทธศาสตร์ของ HOSPITAL A

ตอนที่ ๕ ทักษะของผู้เยี่ยมสำรวจ

๑.เทคนิคการเก็บข้อมูล

๑.๑ การเก็บข้อมูลที่พึงประสงค์

การเยี่ยมสำรวจคือการค้นหาข้อเท็จจริง เป็นการรวบรวมข้อมูล ร่องรอย หลักฐานต่างๆ และประเมินว่า แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่นั้นยอมรับได้หรือไม่ ได้มีการปฏิบัติตามสิ่งที่เขียนและพูดไว้หรือไม่ การเก็บข้อมูลนี้จะต้องมีความน่าเชื่อถือ ตรงประเด็น และมีประสิทธิภาพ

ก. ความน่าเชื่อถือ

ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องมีทักษะในด้านสังเกตและการประมวลข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จะประเมิน อาจจะต้องใช้ความรู้สึกหรือสัญชาตญาณเข้ามาร่วมด้วย แต่สิ่งที่สัมผัสไม่ได้เหล่านี้หรือสิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจคิดไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินได้ การตัดสินจะต้องขึ้นอยู่กับหลักฐานที่ผู้เยี่ยมสำรวจพยายามค้นหาเพื่อนำมาประกอบการตัดสิน

การเขียนไว้ในคู่มือหรือการบอกเล่าของผู้รับผิดชอบไม่ได้เป็นหลักประกันว่าโรงพยาบาลได้ปฏิบัติตามนั้น จะต้องมีการยืนยันด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น บันทึกในเวชระเบียน การขอให้แสดงให้ดู การสอบถามจากผู้ป่วย

ข. ความตรงประเด็น

ผู้เยี่ยมสำรวจควรจะรู้จุดอ่อนหรือความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยๆในระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน และพยายามค้นหาว่าโรงพยาบาลมีวิธีการปฏิบัติอย่างไรเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้เหล่านี้

ค. ประสิทธิภาพ

ด้วยเวลาที่จำกัดและมีแง่มุมที่ต้องประเมินค่อนข้างมาก ผู้เยี่ยมสำรวจต้องเลือกใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงการสนทนาในประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องหรือได้ประโยชน์น้อย จะต้องมีการวางแผนอย่างดีเพื่อว่าการประเมินนั้นได้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญไว้ทั้งหมด

๑.๒ เทคนิคพื้นฐานในการเก็บข้อมูล

อวัยวะที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้คือ ตา 40%, หู 40% และ ปาก 20%

ปาก ใช้สำหรับตั้งคำถามหรือเริ่มต้นประเด็น

หู ใช้สำหรับฟังคำตอบหรือคำบอกเล่า

ตา ใช้สำหรับสังเกตสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติ การทำให้ดู ตรวจสอบเอกสารและบันทึก

๑.๓ วิธีการได้มาซึ่งข้อมูล

ก. การตั้งคำถาม

การตั้งคำถามและการรับฟังอย่างตั้งใจเป็นเทคนิคการเก็บข้อมูลที่สำคัญมาก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเพราะผู้ตอบจะตอบตามคำถามที่ตั้งขึ้นมา ทำให้ไม่ได้เรื่องราวทั้งหมดที่อยากจะทราบ
การสัมภาษณ์เพื่อการประเมินควรเป็นไปในลักษณะให้ได้ข้อมูลมากที่สุด มากกว่าที่จะเป็นการบีบประเด็นให้แคบ คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามเปิด และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้ตอบอย่างอิสระ ถ้าออกไปจากประเด็นมากเกินไปผู้เยี่ยมสำรวจจึงจะค่อยๆ ดึงเข้ามาอย่างนุ่มนวล

ข. เล่าให้ฟัง ทำให้ดู

วิธีการนี้จะทำให้ผู้เล่าผ่อนคลาย และได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากกว่าการตอบคำถาม แต่ต้องอาศัยการวางแผนล่วงหน้าที่ดี และต้องการการฟังและสังเกตอย่างตั้งใจ

ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ควรขัดจังหวะในขณะที่กำลังมีการเล่าอยู่ เพราะจะทำให้เสียจังหวะของผู้เล่า ข้อมูลบางส่วนจะขาดหายไป หากมีประเด็นที่สงสัยควรจดไว้ถามภายหลัง

ตัวอย่างวิธีการตั้งประเด็น

- ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่าตอนที่จะให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมรับการรักษานั้นทำอย่างไรบ้าง
- กรุณาแสดงวิธีการตรวจสอบเครื่องมือในรถช่วยชีวิตฉุกเฉินให้ดูหน่อย

๒. ทักษะการสัมภาษณ์

๒.๑ แนวคิดทั่วไป

โดยทั่วไป การสัมภาษณ์มีวัตถุประสงค์สองประการคือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเพื่อแปลผลข้อมูลที่ได้รับ

ท่านอาจจะใช้ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ของท่านเพื่อเสริมหรือยืนยันข้อมูลที่ได้รับจากผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่น

การสัมภาษณ์ควรจะมีลักษณะเป็นการสนทนา ซึ่งทั้งสองฝ่ายสามารถพูดคุยกันได้อย่างสบายๆ หน่วยงานที่จะได้รับการเยี่ยมสำรวจได้มีการเตรียมตัวมาเป็นแรมเดือน สมาชิกในหน่วยงานมีความกระตือรือร้นที่จะพบผู้เยี่ยมสำรวจ ดังนั้นท่านจึงต้องรักษากำหนดเวลาให้ดี และไปเยี่ยมสำรวจทุกหน่วยงานที่อยู่ในตารางการเยี่ยม หากมีหน่วยงานและทีมที่ต้องเยี่ยมจำนวนมาก อาจจำเป็นต้องแบ่งทีมเยี่ยมสำรวจกระจายออกไปทำงาน

การวางแผนสัมภาษณ์อย่างรอบคอบจะช่วยให้ท่านมั่นใจว่าสามารถทำงานได้ตามกำหนดเวลา และได้ข้อมูลที่ต้องการ เมื่อท่านอ่านแบบประเมินตนเอง ท่านจะพบว่ามีความไม่สอดคล้องในข้อมูลที่ท่านได้รับ ประเด็นเหล่านั้นคือสิ่งที่ท่านจะนำมาถามในระหว่างการสัมภาษณ์เมื่อเยี่ยมหน่วยงาน การเตรียมการเยี่ยมสำรวจที่ดีจะช่วยให้ท่านรักษาประเด็นได้ และช่วยให้ท่านได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับหน่วยงานนั้น

๒.๒ ข้อตกลงในทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

ทีมจะต้องทำข้อตกลงร่วมกันในประเด็นต่อไปนี้ก่อน

๑. ใครจะเป็นทำหน้าที่สัมภาษณ์ (๑ หรือ ๒ หรือ ทุกคน) และจะลำดับประเด็นในการสัมภาษณ์อย่างไร

๒. ผลลัพธ์ที่ต้องการจากการสัมภาษณ์

๓. จุดเน้นในการสัมภาษณ์ อาจจะเลือกกระบวนการที่สำคัญมา ๑ หรือ ๒ อย่าง หรือสัมภาษณ์กระบวนการแก้ปัญหา

๔. คำถามที่สำคัญ

๕. ผู้รับผิดชอบในการเขียนรายงานการสัมภาษณ์

๒.๓ โครงสร้างของการสัมภาษณ์

นอกเหนือจากการกำหนดเนื้อหาที่จะถาม วิธีการถาม และการตอบสนองต่อคำตอบแล้ว ท่านจะต้องวางแผนและกำหนดโครงสร้างของการสัมภาษณ์ โดยทั่วไป การสนทนาและการตั้งคำถามจะมีแบบแผนต่อไปนี้

ก. การสร้างความคุ้นเคย

การสนทนาสร้างความคุ้นเคยในช่วงเริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เป็นการสร้างสายใยแห่งการสื่อสารและความเชื่อมั่น ควรใช้การสนทนาสั้นๆ ที่เป็นธรรมชาติ ไม่เป็นแบบแผนมากเกินไป

เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง (หากท่านจะต้องไปเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลอื่น ไม่จำเป็นต้องระบุว่าท่านมาจากโรงพยาบาลใด และไม่ควรกล่าวถึงโรงพยาบาลของท่านในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ) คุยในสิ่งที่รื่นรมย์ ขั้นนี้จะใช้เวลาไม่นานนัก แต่จะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกผ่อนคลาย

อธิบายให้ทีมผู้รับการเยี่ยมสำรวจทราบว่าผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ช่วยเหลือทีม และที่สำคัญที่สุดคือต้องการข้อมูลจากสมาชิกของทีมทุกคน มิใช่จากสมาชิกเพียง 1-2 คนเท่านั้น

ข. กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ผู้เยี่ยมสำรวจควรศึกษาความคาดหวังของผู้รับการเยี่ยมสำรวจว่าต้องการอะไร ขณะเดียวกันทำให้ทีมผู้รับการเยี่ยมสำรวจได้รับทราบความคาดหวังของผู้เยี่ยมสำรวจเช่นเดียวกันด้วยการระบุเป้าหมายทั่วไปและเป้าหมายเฉพาะของการเยี่ยมสำรวจอย่างสั้นๆ หากไม่เข้าใจเป้าหมายนี้ให้ชัดเจน อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิด ความอึดอัด หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน แม้ว่าการสนทนาอาจจะดูเครียดบ้างในช่วงแรก แต่ก็ควรจะผ่อนคลายลงหลังจากที่ดำเนินไประยะหนึ่ง

ตัวอย่างเช่น ทีมผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะอธิบายว่าต้องการประเมินระดับการปฏิบัติของหน่วยงานตามมาตรฐาน และจะถามคำถามเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยนี้ และสามารถอธิบายต่อไปด้วยว่าจะดูหลักฐานเพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้ให้ไปแล้ว

ค. สัมภาษณ์

ถามคำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจเตรียมมา และรับฟังประเด็นซึ่งจะนำไปสู่การตั้งคำถามอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะนั้น วิธีการที่ดีในการได้รับข้อมูลคือการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นฉันมิตร

- เน้นการพูดคุยที่ตรงเป้า เน้นในจุดที่สำคัญ
- ไม่เสียเวลาถามเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถตรวจสอบได้จากเอกสารอยู่แล้ว
- มุ่งเน้นที่ลักษณะเฉพาะของบริการหรือกระบวนการที่ประเมิน
- ไม่ควรถามเจาะลึกในสิ่งที่ทีมงานทำได้ดีแล้ว การถามเจาะลึกในสิ่งที่ทีมงานรู้สึกว่าเป็นปัญหาจะเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์มากกว่า
- ให้ทีมอธิบายกลไกการแก้ปัญหา ค้นหาปัญหาอย่างไร ดำเนินการแก้ไขอย่างไร เน้นกระบวนการซึ่งเป็นปัญหาในปัจจุบัน
- รับฟังทุกสิ่งที่สมาชิกของทีมกล่าว แสดงความชื่นชมกับสิ่งที่ทำได้ดี
- เน้นการช่วยเหลือให้ทีมค้นหาคำตอบได้ด้วยตนเองมากกว่าที่จะให้คำตอบจากผู้เยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจต้องทำหน้าที่เป็นโค้ช ผู้วิจารณ์ ครู มีความรู้อย่างดีในด้านทักษะเกี่ยวกับคนและแนวคิดเรื่องกระบวนการ
- สังเกตภาษากายจากสมาชิกในทีมและพยายามค้นหาความจริง
- ย้ำขอข้อเท็จจริงถ้าจำเป็น เช่น ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะถามว่า “คำถามที่ได้ถามไปสองครั้งแล้ว มีความหมายว่า….. ข้อมูลที่ต้องการคือ……”

ง. ยุติการสัมภาษณ์

ก่อนที่จะหมดเวลา ผู้เยี่ยมสำรวจควรยุติสัมภาษณ์ด้วยการกล่าวว่าเวลาได้หมดลงแล้ว ให้ข้อคิดเห็นว่าอะไรเป็นสิ่งที่ดี อะไรคือโอกาสพัฒนา และถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่ามีข้อคิดเห็นหรือข้อมูลอะไรที่อยากจะบอกเล่าให้ทราบ จากนั้นกล่าวขอบคุณและสวัสดี

๒.๔ เทคนิคการตั้งคำถาม

เทคนิคการตั้งคำถามจะมีผลต่อผลลัพธ์ของการสัมภาษณ์

- ตั้งคำถามที่ชัดเจน ด้วยถ้อยคำและลีลาที่เหมาะสม
- รับฟังอย่างตั้งใจ และพยายามทำความเข้าใจคำตอบ
- หาวิธีอภิปรายประเด็นที่น่าสนใจซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์
- รักษาความราบรื่นและต่อเนื่องเมื่อจะเปลี่ยนประเด็น
- ควบคุมการสัมภาษณ์และเวลาที่ใช้

พยายามรักษาความต่อเนื่องระหว่างคำถาม เช่น “คิดว่าเราได้คุยกันในเรื่องนโยบายของการบริหารโปรแกรมแล้ว เรื่องการเงินล่ะเป็นอย่างไร”

ประเด็นที่จะคุยต่อไปไม่จำเป็นต้องต่อเนื่องกับประเด็นก่อน แต่ถ้าเป็นไปได้ ควรเกริ่นนำสั้นๆ เพื่อว่าประเด็นใหม่นั้นจะได้ไม่ก่อให้เกิดการหักมุมในวงสนทนาจนตั้งตัวไม่ทัน มิฉะนั้นการสัมภาษณ์อาจจะสิ้นสุดลงเร็วกว่าที่วางแผนไว้

ท่านอาจจะใช้เทคนิคที่หลากหลายในระหว่างการสัมภาษณ์ อาจจะเป็นผู้สัมภาษณ์ที่ผ่อนคลายซึ่งพูดน้อยและชี้นำน้อย อาจจะเป็นผู้สัมภาษณ์ที่ชี้นำการสนทนาให้ได้คำตอบที่ต้องการ ในระหว่างสุดโต่งสองแบบนี้ควรจะให้มีความโน้มเอียงไปในแบบแรก กล่าวคือชี้แนะแนวทางและทิศทางให้เพียงพอ แล้วฟังให้มากกว่าพูด รอคำตอบและตอบสนอง

- ควรมีความไวและใช้ศิลปะของนักการทูต แสดงความเคารพต่อความเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์ ถ้าจะควบคุมการสนทนาก็อย่าให้เกิดการสะดุด
- อย่าถามคำถามเป็นชุดต่อเนื่องกัน เพราะจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกว่ากำลังถูกปิ้ง
- ถ้าถามคำถามที่เจาะลึกมาก ควรตามด้วยการพูดคุยเบาๆ ก่อนที่จะตั้งคำถามต่อไป มิฉะนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะรู้สึกถูกกดดัน

๒.๕ การควบคุมการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ที่ปราศจากการควบคุมจะใช้เวลานานและไม่ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการ

ในทางตรงข้าม การควบคุมมากเกินไปจะทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่ควรจะได้ ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะมีข้อมูลสำคัญที่จะนำมาสนทนา แต่ไม่ตรงกับคำถามที่ผู้เยี่ยมสำรวจเตรียมไว้ ถ้าผู้เยี่ยมสำรวจพูดมากเกินไปและถามคำถามต่อเนื่องหลายคำถาม ผู้ถูกสัมภาษณ์จะตอบสนองเฉพาะในสิ่งที่ท่านถาม และทำให้ท่านไม่ได้รับข้อมูลที่สำคัญ

เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจต้องการเปลี่ยนประเด็น ผู้เยี่ยมสำรวจจะบอกว่า “คิดว่าผมเข้าใจสิ่งที่เราได้คุยกันมาแล้ว ผมอยากจะขอนำประเด็นใหม่ขึ้นมาคุยกัน” และจากนั้นผู้เยี่ยมสำรวจก็จะเริ่มตั้งคำถามในประเด็นใหม่

การสัมภาษณ์ในอุดมคติจะมีความอบอุ่นและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันฉันมิตร ขณะเดียวกันก็ให้ข้อมูลที่มีหลักฐาน และมีความชัดเจน ท่านควรเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายอย่างอิสระ ขณะเดียวกัน จำกัดการออกนอกประเด็น และกระตุ้นให้นำเสนอข้อเท็จจริงมากกว่าความเห็น

๒.๖ หลักการทั่วไปในการถาม/สัมภาษณ์

ก. คำถามที่ใช้บ่อย

คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิดซึ่งเริ่มต้นด้วย อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน ใคร อะไร ทำไม

การแก้ปัญหา:	ใช้กลยุทธอย่างไรเพื่อให้ได้รับแบบสอบถามกลับมามากๆ ทีมตอบสนองต่อข้อเสนอแนะในแบบสอบถามอย่างไร
การประเมินตนเอง:	ถ้าเลือกได้ อยากจะเปลี่ยนแปลงอะไรในโครงการนี้มากที่สุด
การตรวจสอบ:	มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบในการเยี่ยมสำรวจครั้งที่แล้วอย่างไรบ้าง

ข. ลักษณะคำถาม/วิธีการอื่นๆ

คำถาม/วิธีการอื่นๆที่เป็นไปได้ ได้แก่

ลักษณะ	ตัวอย่าง	ใช้ในกรณี
คำถามตรง	"แต่คุณก็มักจะ.....ใช่ไหม"	ต้องการคำตอบที่ชัดเจนแน่นอน ค้นหาข้อเท็จจริง ดึงการสนทนากลับมาสู่ประเด็น
คำถามเชิงทฤษฎี	"คุณจะทำอย่างไรถ้า....."	ต้องการดูทิศทางของการตอบสนอง
ทำความชัดเจน, เจาะลึก	"ผมยังไม่ค่อยเข้าใจ กรุณาอธิบายตรงนี้เพิ่มเติม....."	ป้องกันการเข้าใจผิด ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม
ความเงียบ		ให้เวลาผู้ตอบ กดดันให้มีการตอบสนอง
สนทนาเชื่อมโยง	(สรุปประเด็นที่ผ่านมา นำไปสู่ประเด็นใหม่)	สร้างความมั่นใจให้ผู้ตอบ ขจัดความเงียบที่ไม่จำเป็น เชื่อมโยงกับคำถามต่อไป

ค. การถามที่ควรหลีกเลี่ยง

ลักษณะ	ผลเสีย
มีคำตอบในตัว	ผู้ตอบรู้ว่าผู้ถามต้องการคำตอบอะไร, เกิดความกดดันโดยไม่จำเป็น
หลอกล่อ	ทำลายความเชื่อมั่น
ไม่ชัดเจน	สร้างความสับสน
คำถามซ้อนคำถาม	สร้างความสับสน, มักจะชี้นำไปในประเด็นที่แคบ
ไม่เข้าประเด็น	เสียเวลา ทำให้ความคิดแตกกระจาย
ถามผิดคน	เสียเวลา เกิดความเครียด/สับสน
ถามความเห็น	เกิดความรู้สึกเชิงลบ ผู้ถูกสัมภาษณ์ปกป้องตนเอง เสียบรรยากาศในการสนทนา

ตัวอย่างการปรับเปลี่ยนจากการถามความเห็นมาเป็นการถามข้อเท็จจริง

ความเห็น	ข้อเท็จจริง
โปรแกรมนี้มีดีอะไรบ้าง	โปรแกรมนี้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างไร
ผู้บริหารมีความบกพร่องอะไรบ้าง	ผู้บริหารสนับสนุนโปรแกรมนี้อย่างไร

ง. ยุทธวิธีในการถาม

ยุทธวิธี	ประโยชน์
สร้างความคิดรวบยอด	วางแผนคำถามเป็นลำดับ, แบ่งแต่ละเรื่องออกเป็นประเด็นย่อย และสำรวจประเด็นย่อยให้รอบด้าน, ไม่ออกนอกประเด็น, สรุปก่อนที่จะเปลี่ยนประเด็น
เปลี่ยนแบบแผน	ผู้เยี่ยมสำรวจไม่เกิดความเบื่อหน่าย, ผู้ตอบคาดเดาไม่ได้
เทคนิคกว้างไปแคบ (Funnel Technique)	ได้คำตอบในภาพกว้างทั้งหมด ทำให้เจาะประเด็นในรายละเอียดเรื่องที่สำคัญต่อไปได้ง่ายขึ้น
เทคนิคแคบไปกว้าง (Inverted Funnel Technique)	เริ่มต้นด้วยรายละเอียดในบางเรื่อง และใช้เพื่อเปิดประเด็นที่กว้างขึ้น ทำให้ได้รับข้อสรุปทั่วไป สามารถตรวจสอบรายละเอียดกับแหล่งข้อมูลอื่นได้
สรุปเป็นระยะ	ช่วยให้ผู้เยี่ยมสำรวจทำความคิดของตนให้ชัดเจน, สร้างความมั่นใจให้ผู้ตอบ, แก้ไขสิ่งที่ไม่ถูกต้อง, เชื่อมโยงกับประเด็นต่อไป
ใช้เวลาเงียบ	รวบรวมความคิด, เขียนบันทึก, ฟังผู้ร่วมทีม, เตรียมถามประเด็นต่อไป

๒.๗ คำถามพื้นฐานในการประเมินกระบวนการในโรงพยาบาล

คำถามหลักจะมีอยู่ ๕ กลุ่มเท่านั้น แต่ในแต่ละกลุ่มจะสามารถถามซอกแซกได้อีกมากมาย คำถามนี้จะใช้ถามตัวเองเป็นการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนก็ได้

๑. หน่วยงานนี้มีหน้าที่อะไร ใครคือกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การดูแล ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มีการจัดโปรแกรมพิเศษอะไรสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้

๒. ผู้ป่วยที่หน่วยงานนี้ให้การดูแลมีความต้องการและคาดหวังอะไร มีกลไกอะไรที่จะรับทราบความต้องการและความคาดหวังเหล่านี้ อะไรคือประเด็นสำคัญของคุณภาพของผู้ป่วยเหล่านี้ มีการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้อย่างไร

๓. โปรดอธิบายกระบวนการ/กรรมวิธีทำงานสำหรับ..... (แล้วแต่ผู้เยี่ยมสำรวจจะถาม) เช่น เมื่อเกิดการติดเชื้อรุนแรงขึ้นจะทำอย่างไร เมื่อเจ้าหน้าที่ถูกเข็มตำจะทำอย่างไร ที่สำคัญก็คือพยายามที่จะประเมินว่าผู้ปฏิบัติเข้าใจเป้าหมายของสิ่งที่ปฏิบัติหรือไม่ และสิ่งที่ทำอยู่นั้นตอบสนองเป้าหมายหรือไม่

๔. หน่วยงานทำได้ดีเพียงใด ใช้อะไรเป็นเครื่องชี้วัด เครื่องชี้วัดนั้นสะท้อนคุณภาพงานหรือไม่ วัดอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ เอาผลจากการวัดไปทำอะไรต่อ

๕. จะทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร มีแผนการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอะไรบ้าง มีโครงการใหม่ๆ อะไรบ้าง ในปีสองปีข้างหน้า เห็นว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่กำลังไปในทิศทางไหน ฯลฯ

๒.๘ การเริ่มต้นประเด็น

ควรเริ่มต้นด้วยรูปธรรมที่สัมผัสได้ และนำไปสู่ประเด็นที่ต้องการทราบ ดังตัวอย่าง

คำถามเริ่มต้น	กระบวนการที่ต้องการประเมิน
ห้องยาเคยรับยาที่ผู้ป่วยนำมาเปลี่ยนหรือไม่	การจัดการกับยาที่มีโอกาสเสื่อมสภาพ
ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องให้การดมยาสลบ และมีประวัติโรคหัวใจ	การปรึกษาระหว่างแพทย์ด้วยกัน
ห้องชันสูตรต้องทำการตรวจซ้ำบ่อยแค่ไหน	ระบบตรวจสอบคุณภาพภายใน
ใครรับผิดชอบเรื่องยาในหอผู้ป่วยนี้	การตรวจสอบยาในหอผู้ป่วยโดยเภสัชกร
แพทย์อ่านบันทึกของพยาบาลบ่อยไหม	คุณค่าของสิ่งที่บันทึก

๒.๙ แนวทางการตั้งคำถามต่อเนื่อง

ขั้นตอน	ตัวอย่าง
1. ศึกษาเป้าหมายของมาตรฐาน (เน้นสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ)	การพัฒนากำลังคนมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย
2. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆ	การอบรมต่างๆมักเป็นการตั้งรับ ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมตามที่มีผู้จัดขึ้น โดยปราศจากการวิเคราะห์ความต้องการของหน่วยงาน
3. หา tracer (กรณีตัวอย่างที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นที่ต้องการซักถาม)	ในปีที่ผ่านมามีการทำ case conference ในเรื่องอะไร การเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยมีอะไรบ้าง
4. ถามว่ามีกระบวนการปฏิบัติในเรื่องนั้นเป็นอย่างไร	มีการนำข้อมูลปัญหาการดูแลที่ยังเป็นจุดอ่อนมาเป็นตัวกำหนดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่อย่างไร
5. ขอดูหลักฐาน	มีรายงานการประชุมบันทึกไว้หรือไม่ มีแผนการอบรมหรือไม่
6. สิ่งที่ทำนั้นดีเพียงใด	มีการประเมินผลการอบรมหรือไม่ ขอดูผลการประเมิน
7. เอกสารคู่มือ	มีคู่มือเกี่ยวกับเรื่องนี้เขียนไว้อย่างไร ขอดูเอกสารคู่มือ
8. สรุปเพื่อปิดประเด็น	

๒.๑๐ การตั้งคำถามที่เน้นเป้าหมาย

ก. ตัวอย่างการปรับจากคำถามเชิงกระบวนการไปสู่คำถามเชิงผลลัพธ์

ถาม 1: *"องค์กรแพทย์ใช้กลยุทธ์ในการสื่อสารอย่างไร ใช้กลยุทธ์ในการชักจูงให้แพทย์เข้ามาร่วมอย่างไร"*

ผล: ทีมงานพยายามอธิบายว่ามีการทำอะไรบ้าง ซึ่งได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น มีการจัดองค์กรแพทย์สัญจรลงไปที่แต่ละกลุ่มงาน ใช้กรณีศึกษาทำให้เห็นความจำเป็นที่ต้องมาช่วยกันทำงานได้รับทราบปัญหาจากแพทย์รุ่นน้องซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้แทนอาจจะไม่ทราบ

ลักษณะของการทำงานยังเป็นการ convince มาร่วมมือ ผลของการสนทนาจะไม่ก่อให้เกิดแรงผลักดันให้อยากทำอะไรเพิ่มขึ้น

คำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา ควรเริ่มด้วยผลลัพธ์ที่ต้องการ แล้วค่อยย้อนกลับมาหากระบวนการ *"องค์กรแพทย์ในสายตาของแพทย์เป็นอย่างไร ทีมคิดว่าองค์กรแพทย์คือใคร คือคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนของแพทย์ หรือคือแพทย์ทั้งหมดของโรงพยาบาล"* คาดหวังว่าจะได้รับคำตอบว่าเป็นแพทย์ทั้งหมดของ

โรงพยาบาล แล้วจึงถามต่อไปว่า *"ถ้าอย่างนั้นมีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้แพทย์เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรแพทย์"* ทำให้ผู้ตอบต้องคิดถึงวิธีการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไกลกว่าการชักจูงแพทย์เข้ามาร่วมในลักษณะ passive อย่างที่เคยทำมา หรือประจักษ์ว่านี่คือโอกาสพัฒนาในลำดับต่อไป

ถาม 2: *"องค์กรแพทย์กำหนดแนวทางการทบทวนภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพอย่างไร"*

ผล: คำตอบคือการบอกเล่าในสิ่งที่ทำมา และมีลักษณะของการ defense ในสิ่งที่ทำอยู่ เช่น

- แต่ละกลุ่มงานมีการทบทวนของตัวเอง และมี interdepartmental conference
- ไม่มีการชี้ดำชี้แดงชัดเจน
- กิจกรรม merge เข้าไปหมด ไม่สามารถแยกออกมาเป็นบทบาทขององค์กรแพทย์ได้

คำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา เริ่มด้วยการคุยที่เป้าหมายก่อน

"ถ้าเอาปัญหาเฉพาะหน้าของโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง โรงพยาบาลควรจะมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบใดบ้าง"

"จากกรณีที่มีเด็กเสียชีวิตและมีการฟ้องร้องโรงพยาบาล เหตุการณ์อย่างนั้นมีโอกาสเกิดขึ้นกับที่นี่หรือไม่ องค์กรแพทย์คิดว่าจะต้องทำอะไร (ก) หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น (ข) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าว"

สองคำถามข้างต้นเป็นคำถามเพื่อกระตุ้นให้ตระหนักในความสำคัญของการทบทวนการดูแลผู้ป่วย "ปริมาณและความถี่ของการทบทวนที่ทำอยู่ เพียงพอหรือไม่ที่จะป้องกันความเสียหายที่น่าจะหลีกเลี่ยงได้ ตรงไหนที่ควรจะเพิ่มให้มากขึ้น"

คำถามนี้เพื่อกระตุ้นให้วางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับเป้าหมายหรือความจำเป็น "ผู้ป่วยกรณีใดบ้างที่จะต้องนำมาสู่การทบทวนระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างแผนก ใครเป็นผู้ตัดสิน ผลการทบทวนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง"

คำตอบที่ได้จากคำถามนี้จะเป็นการยืนยันว่าได้มีการทบทวนระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างแผนกเกิดขึ้นจริงหรือไม่

โดยสรุป การถามเพียงว่า *"คุณทำอย่างไร"* นั้นไม่เพียงพอที่จะประเมินให้ครบวงจร PDCA ต้องถามให้ครบว่า *"คุณทำครอบคลุมหรือยัง" "ผลลัพธ์เป็นอย่างไร" "คุณจะทำอะไรต่อไป"*

ข. ตัวอย่างคำถามเพื่อปรับเปลี่ยนความเข้าใจและเจตคติ

ผู้เยี่ยมสำรวจถามเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรแพทย์ในการดูแลมาตรฐานวิชาชีพ คำตอบที่ได้รับดูเหมือนจะเป็นการ discredit บทบาทหรือความจำเป็นที่ต้องมีองค์กรแพทย์ เช่น

- กิจกรรมการเรียนการสอนที่ดีขึ้น นำไปสู่การควบคุม practice เหมือนโรงเรียนแพทย์
- แต่ละกลุ่มงานสามารถบริหารจัดการในกลุ่มงานของตนเอง
- มาตรฐานองค์กรแพทย์ไม่เหมาะสมกับประเทศไทย เราทำของเราอยู่แล้ว แต่อาจจะไม่เป็นรูปแบบ เมื่อมีปัญหาหัวหน้ากลุ่มงานก็จะเข้าไปพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้อง และเจรจากับทุกฝ่ายเพื่อคลี่คลายปัญหา

สถานการณ์อย่างนี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องใช้เป็นโอกาสในการปรับเปลี่ยนความเข้าใจและเจตคติของผู้ถูกสัมภาษณ์โดยทันที

ตัวอย่างคำถามเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ

"อะไรคือ advantage ของการมีองค์กรแพทย์"

"มีการจำแนกบทบาทขององค์กรแพทย์กับบทบาทของกลุ่มงานอย่างไร"

"มีอะไรที่กลุ่มงานไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยองค์กรแพทย์เข้ามาเสริม"

สองคำถามหลังนี้เท่ากับผู้เยี่ยมสำรวจแสดงการยอมรับบทบาทของกลุ่มงานที่ผู้ตอบพยายามเน้น แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงชี้ให้เห็นความจำเป็นของการมีองค์กรแพทย์

"ทีมงานคิดว่าเราควรใช้มาตรฐาน HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างไร ระหว่าง (ก) พยายามปฏิบัติตามข้อความที่เขียนไว้อย่างเคร่งครัดทุกตัวอักษร กับ (ข) ทำความเข้าใจกับเป้าหมายของมาตรฐาน และหาวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายนั้น"

คาดหวังว่าคำตอบน่าจะเป็นข้อ (ข) และเมื่อผู้เยี่ยมสำรวจให้การรับรองคำตอบนั้น ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องว่าควรใช้มาตรฐานอย่างไร และลดเจตคติที่เป็นลบกับมาตรฐาน

๒.๑๑ ปัญหาในการสื่อสาร

ก. การสื่อสารที่ไม่สมบูรณ์

การสัมภาษณ์เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลสองคนหรือสองฝ่าย การสื่อสารแลกเปลี่ยนจะไม่สมบูรณ์ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

- เจตคติหรือมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจกับทีมดูแลผู้ป่วย
- การตอบสนองที่แตกต่างกัน สมาชิกแต่ละคนอาจจะมีความรู้สึกและตอบสนองต่อคำถามเดียวกันแตกต่างกัน
- การยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง คิดว่ามีคำตอบเดียวที่ถูกต้องและไม่เปิดใจรับแนวคิดอื่น
- สมมติฐานที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอ การประเมินคุณภาพไม่ใช่ศาสตร์ที่สมบูรณ์ เป็นไปไม่ได้ที่จะมีหลักฐานข้อมูลชัดเจนในทุกประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพ และมาตรฐาน ผู้เยี่ยมสำรวจจึงต้องใช้ดุลยพินิจซึ่งจะต้องระมัดระวังว่าจะไม่ใช้ข้อสมมติที่ผิดพลาด ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับมาในตอนเย็นของแต่ละวัน
- การมองในลักษณะที่ง่ายเกินไปในสิ่งที่ตนไม่เข้าใจ ถ้าผู้เยี่ยมสำรวจไม่เข้าใจกระบวนการบางขั้น อาจจะตั้งคำถามเพื่อทำความเข้าใจ หรือขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่นอธิบายให้ฟังในตอนเย็น
- ปัจจัยเหล่านี้อาจจะมีผลต่อการเก็บข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์ บทบาทของผู้เยี่ยมสำรวจคือเรียนรู้ที่จะรับรู้อุปสรรคเหล่านี้ และพยายามลดปัจจัยที่สามารถควบคุมได้

ข. อุปสรรคจากผู้สัมภาษณ์

ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะใช้เทคนิคที่หลากหลายในระหว่างการสัมภาษณ์ โดยหลีกเลี่ยงสุดโต่งของการพูดน้อย กับการชี้นำและควบคุมมากเกินไป ควรชี้แนะแนวทางและทิศทางให้เพียงพอ แล้วฟังให้มากกว่าพูด รอคำตอบและตอบสนอง แสดงความเคารพต่อความเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์ ไม่ถามคำถามเป็นชุดต่อเนื่องกัน

ปัญหาจากผู้สัมภาษณ์มีดังนี้

- เตรียมตัวไม่ดี ทำให้ไม่เกิดการตั้งคำถามที่เหมาะสม หรือไม่ได้เตรียมปัญหาที่ต้องการศึกษา
- ด่วนสรุปจากการสังเกตที่ผิวเผิน และชี้นำผู้ถูกสัมภาษณ์ แทนที่จะพยายามรับฟังและทำความเข้าใจอย่างระมัดระวัง หรืออภิปรายกับผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่นเพื่อให้มั่นใจว่าจะได้ข้อสรุปที่เหมือนกัน

- มีความขัดแย้งภายในองค์กร หรือระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจกับผู้รับการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งอาจจะเกิดจากการรับฟังข้อมูลหรือความคิดเห็นของบุคคลอื่นซึ่งไม่ได้ไปเยี่ยมสำรวจ ทำให้เกิดความคิดล่วงหน้าที่อาจจะถูกหรือไม่ถูกก็ได้ และส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เยี่ยมสำรวจ
- เทคนิคการตั้งคำถามที่ไม่ดี เช่น ใช้คำถามปลายปิดอย่างไม่เหมาะสม ตั้งคำถามซึ่งคำตอบจะเป็นประเภท "ใช่" "ไม่ใช่" ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ หรือใช้คำถามว่า "ทำไม" ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกว่าถูกจับผิด
- ไม่ตั้งใจฟังหรือถูกรบกวนด้วยโทรศัพท์มือถือ ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่อยากพูดอะไรต่อ
- การสนทนาที่กระโดดไปกระโดดมา ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตั้งตัวไม่ทัน

ค. อุปสรรคจากผู้ถูกสัมภาษณ์

กระบวนการเยี่ยมสำรวจอาจจะสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ และก่อให้การสร้างกำแพงปกป้องตนเองขึ้น ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะเป็นปัญหาดังนี้

- ไม่เต็มใจให้ข้อมูลเพราะเกรงว่าจะเกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของตน หรือถูกคุกคามจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจ เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจตระหนักว่ามีสถานการณ์อย่างนี้เกิดขึ้น จะต้องให้เวลาในการสร้างความมั่นใจแก่บุคคลนั้น สำคัญมากที่จะบอกให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่ายิ่งผู้เยี่ยมสำรวจได้รับข้อมูลมากเท่าไรผลการเยี่ยมสำรวจก็ยิ่งดีมากขึ้นเท่านั้น
- ให้ข้อมูลเพื่อเอาใจผู้เยี่ยมสำรวจ ทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นความไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งอื่นซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจต้องกล่าวเตือนและให้โอกาสตอบใหม่
- ด้วยมารยาท อาจจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ลังเลที่จะตอบหรือปรับแต่งความคิดก่อนที่จะนำเสนอออกมา
- หากผู้นำของหน่วยงานอาวุโสกว่าผู้เยี่ยมสำรวจ อาจจะเกิดความลำบากใจในการรายงานสิ่งที่จะต้องปรับปรุง
- เกิดการหลงลืมเนื่องจากความกังวล ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะปรับเปลี่ยนคำถาม หรือกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นช่วยตอบ
- ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ได้เตรียมตัวและไม่คุ้นเคยกับการประเมินตนเอง

ค. อุปสรรคด้านสถานการณ์

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารในด้านสถานการณ์ ได้แก่

- ผู้ถูกสัมภาษณ์มีงานยุ่ง
- ไม่อาจทำความกระจ่างในสิ่งที่พูด
- คำศัพท์ที่มีความหมายไม่ตรงกัน
- ขาดการสะท้อนกลับเมื่อไม่ได้รับคำตอบที่ต้องการ
- ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและอายุ
- ข้อสมมติหรือความคาดหวังที่แตกต่างกัน
- สิ่งรบกวนจากภายนอก
- ความกดดันจากเวลาที่จำกัด

การทำลายกำแพงต่อการสื่อสารเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องง่าย สิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะทำได้คือการเปิดใจกว้าง ยอมรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลที่ขัดแย้งกัน การที่ตระหนักในความยากลำบากและอุปสรรคเหล่านี้จะทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจจัดการได้ก่อนที่สิ่งเหล่านั้นจะมาก่อกวนการสัมภาษณ์ เหนือสิ่งอื่นใด ความเมตตา ความเคารพนับถือ และความเปิดใจ ในส่วนของผู้เยี่ยมสำรวจ จะช่วยปลดเปลื้องอุปสรรคแม้ผู้ถูกสัมภาษณ์จะมีท่าทีลังเล

๓. การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด

การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดมี 4 ลักษณะ ดังนี้

๓.๑ ระยะห่างระหว่างบุคคล

ระยะห่างที่เหมาะสมจะแตกต่างกันไปสำหรับแต่ละคน ถ้าท่านนั่งชิดกับผู้ถูกสัมภาษณ์มากเกินไป ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะรู้สึกถูกคุกคาม ถ้าท่านนั่งไกลเกินไป ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจจะรู้สึกว่าท่านไม่ต้องการมีสัมพันธภาพด้วย ในการสองสามนาทีแรกของการสัมภาษณ์ ให้เชิญผู้ถูกสัมภาษณ์นั่งและให้เวลาระยะหนึ่งเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย ในระหว่างนี้อาจจะมีการขยับเก้าอี้เพื่อปรับระยะห่างให้เหมาะสม

พยายามอย่าให้มีสิ่งกีดขวางทางกายภาพขนาดใหญ่ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์

๓.๒ เวลา การหยุด ความเงียบ

เวลาอาจจะสื่อให้ผู้ฟังรับรู้อารมณ์ ถ้าท่านมีความเครียด ท่านอาจจะพูดอย่างเร็ว และสื่อให้ผู้ฟังรับรู้ว่าท่านมีความกังวล ถ้าท่านกังวลเกี่ยวกับเรื่องเวลา ให้วางแผนการสัมภาษณ์ล่วงหน้าและฝึกอบรมกับเพื่อนเพื่อเรียนรู้ที่จะทำให้ตนเองชะลอตนเอง

ถ้าท่านปล่อยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบจนจบ การสอบสนองจะเป็นไปอย่างราบรื่น ให้เรียนรู้ที่จะรอเมื่อผู้ตอบหยุดพูดโดยไม่ขัดจังหวะ ปกติแล้วเมื่อจะจบคำตอบ ผู้ตอบมักจะจบด้วยประโยคที่เรารับรู้โทนเสียงได้ และผู้ตอบจะมองผู้สัมภาษณ์เพื่อดูการตอบสนองในช่วงเวลาสั้นๆ

ความเงียบหมายถึงการใช้ความคิด ผู้สัมภาษณ์อาจจะเชิญชวนให้มีการตอบ แต่อย่าเร่งรัดในทุกครั้งเมื่อเกิดความเงียบ เมื่อท่านรอคำตอบ ท่านสามารถวางแผนการสัมภาษณ์ต่อไป พิจารณาว่าข้อมูลที่ได้รับมีความหมายอย่างไร และเตรียมเจาะในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ขอให้ใช้ความเงียบให้เหมาะสม ช่องว่างที่นานเกินไปจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ และลดปัญหานี้ ควรเตรียมที่จะเข้ามาแรกด้วยคำถามต่อไป หรือให้ความคิดเห็นเมื่อท่านรับรู้ว่าผู้ฟังพร้อมที่จะรับ

๓.๓ กิริยามารยาท ท่าทาง ภาษากาย

เรามักจะชอบคุยกับบางคนซึ่งแสดงให้เห็นว่าฟังเข้าใจและเห็นความสำคัญในสิ่งที่เราพูด ยิ้มให้บ่อยๆ พยักหน้าเพื่อแสดงว่าท่านได้รับรู้ ถ้าไม่สามารถสบสายตาได้ ขอให้เอียงหูข้างหนึ่งไปยังผู้ตอบเล็กน้อย แสดงความเป็นมิตรและความใส่ใจ

ผู้สัมภาษณ์จะต้องไม่แสดงท่าทีคุกคาม หรือสื่อความคิดเชิงลบ ความคิดปฏิเสธ ต่อคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์ หรือต่อตัวผู้ถูกสัมภาษณ์ พยายามแสดงให้เห็นว่าท่านซาบซึ้งในความพยายามของผู้ถูกสัมภาษณ์และเข้าใจความเกี่ยวเนื่องของสิ่งที่ตอบออกมา

๓.๔ น้ำเสียงที่เปลี่ยนแปลง

ความสำคัญไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่พูด แต่อยู่ที่วิธีการพูด น้ำเสียงและช่วงจังหวะการพูดจะช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มั่นใจและสบายใจ การเปลี่ยนแปลงน้ำเสียงอาจจะทำให้การสนทนาหมิ่นเหม่ต่อปัญหา พยายามผ่อนคลายและให้ความอบอุ่น แต่อย่าพูดแบบน้ำท่วมทุ่ง

ความดังของเสียงก็มีผลเช่นกัน การพูดดังเกินไปทำให้ผู้ฟังรู้สึกถูกคุกคาม เสียงที่เบาเกินไปทำให้ผู้ฟังเกิดความเครียดว่าท่านพูดอะไร

ควรเรียนรู้ที่จะฟังทั้งเนื้อหาสาระและน้ำเสียงที่นำเสนอ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกัน

๔. การฟัง

ก. ความสำคัญของการฟัง

การฟังเป็นกระบวนการเชิงรุก ผู้ฟังที่ดีจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้พูด

การฟังเชิงรุกมีความสำคัญด้วยเหตุสามประการ ประการแรกเปิดโอกาสให้ท่านปรับแผนการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่เหลือ เช่น ถ้าท่านรับรู้ว่ามีความลังเลใจที่จะพูดคุยกันเกี่ยวกับแง่มุมใดแง่มุมหนึ่งของหน่วยงาน อาจจะมีปัญหาบางอย่างที่ท่านต้องสำรวจ ประการที่สอง ความรู้สึกของท่านมีความสำคัญมาก ความรู้ต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ผู้ถูกสัมภาษณ์นำเสนอ ความรู้สึกเกี่ยวกับหน่วยงาน และอื่นๆ ความรู้สึกเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการรับฟังถ้อยคำอย่างเดียว แต่เกิดจากการรับฟังว่าผู้พูดต้องการสื่ออะไร ประการที่สาม ท่านจะต้องไม่ปล่อยให้ข้อมูลสำคัญหลุดหายไป

ข. ประโยชน์ของการฟัง

ขอให้พิจารณาการฟังที่ได้ประโยชน์จากเรื่องของโมโม่ต่อไปนี้

โมโม่เป็นเด็กหญิงพเนจรซึ่งไม่รู้หัวนอนปลายเท้า เธอพลัดหลงมาอยู่ที่โรงละครโบราณร้างแห่งหนึ่ง สร้างความแปลกประหลาดให้กับผู้คนแถวนั้น โมโม่เป็นเด็กผอมแห้งตัวเล็ก ผมหยิกหยอยยุ่งเหยิงเหมือนไม่เคยได้สัมผัสหวีหรือกรรไกร กระโปรงกรอมตาตุ่มนั้นทำจากเศษผ้าที่เก็บเอามาเย็บปะกัน เสื้อเก่าๆ ที่ใส่เป็นเสื้อผู้ชายตัวใหญ่ที่ต้องพับแขนขึ้นไว้ เธอไม่อยากตัดปลายแขนเสื้อเพราะเผื่อเอาไว้ใช้ตอนโต เธอไม่ได้เรียนหนังสือและไม่อยากไปอยู่สถานสงเคราะห์ ผู้คนแถบนั้นล้วนเป็นคนจนแต่เอื้อเฟื้อแก่โมโม่เป็นอย่างดี ให้ข้าวปลาอาหารแก่เธอ มีเพื่อนดีๆ มาคุยกับเธอ

ไม่นานชาวบ้านที่นั่นก็พูดว่าโชคดีที่มีโมโม่เข้ามาอยู่ในหมู่บ้าน อยากให้เธออยู่ไปนานๆ และต่างก็แปลกใจว่าเมื่อก่อนนี้ตอนที่โมโม่ยังไม่มานั้น พวกเขาอยู่กันได้อย่างไร ยิ่งเธออยู่นานเท่าไร ก็ยั่งไม่อยากให้จากไป และเกิดความกลัวในใว่าเธออาจต้องจากไปสักวัน

ด้วยเหตุนี้จึงมีคนมาเยี่ยมเยียนโมโม่อยู่เสมอ ไม่ใครก็ใครจะต้องมานั่งอยู่กับเธอและพูดคุยกับเธอด้วยความเอาใจใส่ ใครอยากพบโมโม่แต่มาเองไม่ไหว ก็ให้คนมารับเธอไป ส่วนคนที่ยังไม่เคยคิดจะผ่านมาก็จะได้รับคำแนะนำจากคนอื่นๆ ว่า “ไปหาโมโม่สิ”

คำพูดประโยคนี้เริ่มติดปากผู้คนในละแวกนั้น ที่เคยพูดจากไต่ถามสารทุกข์สุกดิบหรือเคยให้ศีลให้พรอย่างเมื่อก่อน ก็กลายเป็นการพูดกันในทุกโอกาสว่า "ไปหาโมโม่สิ" ที่เป็นเช่นนั้นไม่ใช่เพราะโมโม่จะปราดเปรื่องเรื่องการให้คำแนะนำ หรือมีความเข้าใจในการพูดจาปลอบโยน หรือเชี่ยวชาญในการตัดสินคดีความ ฯลฯ

ความสามารถพิเศษของโมโม่คือการฟังเป็น ท่านอาจจะคิดว่าไม่ใช่สิ่งพิสดารอะไรเลย ใครๆ ก็ฟังเป็นทั้งนั้น นั่นเป็นการเข้าใจผิด มีคนจำนวนนิดเดียวที่ฟังเป็นจริงๆ ความสามารถของโมโม่จึงกลายเป็นสิ่งพิเศษ

พอได้พูดต่อหน้าโมโม่ คนโง่กลับมีความคิดดีๆ ขึ้นมาได้ เธอเพียงแต่นั่งฟังผู้นั้นพูดด้วยความตั้งใจและอย่างเอาใจใส่ ขณะที่เธอมองเขาด้วยนัยน์ตาดำขลับ คนพูดก็จับความคิดขึ้นมาได้ ซึ่งเขาก็ไม่เคยรู้ว่ามันมีอยู่ในหัวสมองของเขา

เมื่อเธอฟังคนที่ดูเหมือนหมดปัญญาหรือว่าลังเลใจ เขาก็คิดขึ้นได้ว่าควรทำอย่างไร แล้วตัดสินใจได้ในทันที แม้แต่คนขี้อายก็กลายเป็นคนกล้า คนไหนเป็นทุกข์กลับรู้สึกสุขใจถ้าได้พูดให้เธอฟัง บางคนน้อยเนื้อต่ำใจว่าตัวไม่มีความหมาย ใครๆ ก็ไม่ให้ความสำคัญ ขณะเที่เล่าให้โมโม่ฟังก็เกิดมีกำลังใจและรู้สึกขึ้นมาได้ว่าเขาเข้าใจผิด เพราะถ้าคิดให้ดี เขาก็มีเอกลักษณ์ มีความสลักสำคัญอันแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

การฟังเปรียบเสมือนจานจำนวนมากซึ่งซ้อนกันและวางอยู่บนแท่นสปริง จานแต่ละใบเปรียบเหมือนความคิดแต่ละอัน เมื่อนำเสนอความคิดออกมาก็เหมือนกับจานใบบนถูกหยิบออก ทำให้จานใบต่อไปขึ้นมาอยู่บนสุด ความคิดที่สามารถใช้การได้จะปรากฏออกมาอย่างต่อเนื่อง ขอเพียงมีใครสักคนยินดีรับฟังความคิดของเรา และอย่าด่วนสรุป

ค. แง่มุมของการรับฟัง

การรับฟังมีแง่มุมสำคัญสามประการคือ

- ความเต็มใจ ท่านจะต้องสนใจในข้อมูลของผู้พูดและยินดีรับฟัง
- ความสามารถในการรับฟัง ได้แก่การจัดระบบข้อมูลเข้าไว้ในความทรงจำ ซึ่งสามารถปรับปรุงได้ด้วยการฝึกฝนในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ
- การเลือกจำข้อมูลที่สำคัญ

ง. ปัญหาในการรับฟัง

สาเหตุที่ผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถรับฟังได้ดีมีดังนี้

- ยุ่งอยู่กับการจดบันทึก
- ขาดสมาธิ เช่น มีความกังวล
- ไม่สนใจในประเด็นที่สัมภาษณ์หรือไม่สนใจผู้ตอบ
- เหนื่อยล้า
- ตัดสินไว้ล่วงหน้า ฟังในสิ่งที่ต้องการรับรู้
- สับสนด้วยอุปสรรคทางภาษา

จ. การแก้ปัญหาการรับฟัง

การปรับปรุงทักษะการฟังทำได้โดย

- ใส่ใจผู้พูดด้วยภาษากาย (การผ่อนคลายและตื่นตัว, เอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย, มองที่ระดับสายตา, ท่าทีเปิดรับ, ยืนในระยะที่เหมาะสม) และสัมผัสทางตา (ด้วยท่าทีนุ่มนวลและไม่นานเกินเกิน 5 วินาที)
- จัดวงรอบของการสื่อสารให้สมบูรณ์ ได้แก่ การเริ่มต้น การตอบสนอง และการสรุป
- เต็มใจที่จะฟังความเห็นจากมุมมองอื่น, สงบเงียบแม้เมื่อถูกโจมตี ไม่โต้แย้ง, ยอมรับในตัวบุคคลที่พูด (แม้จะไม่ยอมรับการกระทำ)
- ทวนคำพูด สรุป ปรับคำพูด การปรับคำพูดสองสามประโยคท้ายของผู้ตอบ เป็นการแสดงว่าผู้สัมภาษณ์ยังให้ความสนใจอยู่ และตอกย้ำความเข้าใจของผู้สัมภาษณ์
- อย่าด่วนตัดสินพิพากษาก่อนที่จะรับรู้เรื่องราวทั้งหมด
- เริ่มสังเกตว่าช่วงไหนที่ไม่ได้ฟัง (จะรู้ตัวเมื่อกลับมาฟังใหม่)
- รับรู้อคติและเจตคติของตนเอง
- เรียนรู้ที่จะใช้เวลาในขณะที่รับฟังให้เป็นประโยชน์ด้วยการทบทวนเนื้อหาที่ได้รับฟังและเชื่อมโยงกับประเด็นที่เกี่ยวข้อง

๕. การจดบันทึก

ผู้เยี่ยมสำรวจจำเป็นต้องจดบันทึก ซึ่งจะนำมาใช้จัดทำรายงานส่งให้หน่วยงานและโรงพยาบาล ในตอนเริ่มต้นสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมสำรวจควรอธิบายให้ทีมทราบว่าท่านจำเป็นต้องจดบันทึกไปด้วย

แม้ว่าการจดบันทึกจะมีความจำเป็น แต่ก็อาจจะส่งผลลบต่อการสื่อสาร **การจดบันทึกมากเกินไปทำให้ท่านขาดความสนใจในการสังเกตและการรับฟัง** ผู้พูดอาจจะรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งเนื่องจากท่านไม่ได้ใส่ใจอย่างเต็มที่ในขณะที่ท่านเขียน ในทางตรงข้าม ถ้าท่านจดบันทึกน้อยเกินไป ผู้ตอบอาจจะรู้สึกว่าท่านให้ความสำคัญกับคำตอบบางอย่างมากกว่าคำตอบอื่นๆ บ่อยครั้งที่ผู้ตอบมักจะคาดหวังว่าท่านจะจดบันทึก และจะรู้สึกสับสนหากท่านไม่ทำ

ท่านสามารถลดปัญหาเหล่านี้ได้ด้วยการอธิบายตั้งแต่เริ่มต้น และจดบันทึกเฉพาะส่วนที่จำเป็นสำหรับการเขียนรายงาน

การใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นสิ่งที่ไม่แนะนำ เนื่องจากการถอดเทปจะต้องใช้เวลานาน แต่ที่สำคัญกว่านั้นก็คือจะทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะพูด

ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นทั้ง specialist และ generalist ในฐานะ specialist ท่านจะต้องมองดูลักษณะเฉพาะของโปรแกรมให้ละเอียดถึงระดับหนึ่ง การเป็น specialist ช่วยให้ท่านนำความเชี่ยวชาญของท่านมาวิเคราะห์แง่มุมเฉพาะของโปรแกรม

ในฐานะ generalist ท่านจะจดบันทึกข้อมูลซึ่งอยู่ชายขอบความเชี่ยวชาญของท่าน แต่จะมีผลต่อประเด็นสำคัญในการรับรอง เช่น นโยบายของโปรแกรมทั่วไป ความพึงพอใจของผู้ป่วย การใช้เครื่องชี้วัด ความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่ ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องมั่นใจว่าจดบันทึกทุกประเด็นแม้ว่าอาจจะสนใจในประเด็นที่ตนเองมีความเชี่ยวชาญอยู่ก็ตาม

บันทึกที่จดควรครอบคลุมเรื่องเฉพาะที่เป็นจุดแข็งของทีม และประเด็นที่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งจะนำมาเป็นข้อเสนอแนะในรายงาน

บางครั้งบันทึกที่ท่านจดไว้อาจจะถูกใช้โดยผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่**จะต้องเขียนให้อ่านออกได้ง่าย และไม่ใช้คำย่อมากเกินไป** ซึ่งจะทำให้ผู้เยี่ยมสำรวจคนอื่นไม่สามารถทำความเข้าใจได้

๖. ทักษะการสังเกต

ในทักษะทั้งหมดที่ต้องการสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ ความสามารถในการสังเกตอย่างรอบคอบมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเข้าไปเยี่ยมสำรวจหน่วยงานต่างๆ ด้วยเวลาที่จำกัด ไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดขององค์กรที่ซับซ้อนเช่นโรงพยาบาลได้ครบถ้วน หน้าที่ของทีมเยี่ยมสำวจคือการรวบรวมข้อมูลที่ได้รับเข้าด้วยกัน ทั้งจากที่ข้อมูลที่ส่งให้ล่วงหน้า จากเอกสารในหน่วยงาน จากการเดินเยี่ยมหน่วยงาน และจากการสัมภาษณ์ทีมงาน เพื่อให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ที่สุดในขณะนั้น เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ ผู้เยี่ยมสำรวจจำเป็นต้องใช้การสังเกตอย่างถี่ถ้วน จะต้องสังเกตสิ่งที่ทำเป็นประจำ เหตุการณ์ผิดปกติ และสภาพแวดล้อมในขณะที่เยี่ยมสำรวจ ขณะเดียวกันต้องมองให้เห็นไกลกว่าสิ่งที่ปรากฏ

ระหว่างการเดินเยี่ยมสำรวจสถานที่ ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้

- ความสะอาดของอาคารสถานที่
- เครื่องมือที่ใช้ทำงาน
- ช่องทางเดินมีความวุ่นวายหรือสามารถผ่านไปได้ง่าย
- วิธีการทำงานปกติประจำและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยที่ดีหรือไม่
- สัญญาณของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี
- สิ่งที่เป็นความเสี่ยงขององค์กร เช่น อุปกรณ์ดับเพลิงอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม
- ความสะอาดและความสะดวกสบายของผู้ป่วย

ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกต

- สมาชิกของทีมมีความสะดวกใจที่จะทำงานร่วมกัน
- สมาชิกของทีมช่วยเหลือกันและกันเมื่อได้รับคำถามที่ยากๆ
- ภาษากายและการมองตาระหว่างผู้ถูกสัมภาษณ์กับผู้สัมภาษณ์ ซึ่งกระตุ้นให้ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามเพิ่มเติมในบางเรื่อง

ในระหว่างการทบทวนเอกสาร ผู้เยี่ยมสำรวจควรสังเกต

- การจดบันทึกนั้นสามารถอ่านได้ง่ายหรือไม่
- มีการจดบันทึกเนื้อหาที่เหมาะสมและเป็นที่ต้องการของทีมหรือไม่
- เอกสารสมบูรณ์หรือไม่

ผู้เยี่ยมสำรวจจะใช้การสังเกตเพื่อ

- ยืนยันข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยงานและโรงพยาบาล ความรู้สึกที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับหรือไม่ เช่น ถ้าทีมบอกว่ามีการใช้ universal precaution พบว่ามีการปฏิบัติจริงต่อผู้ป่วยในขณะให้บริการหรือไม่
- บันทึกข้อมูลใหม่ๆ ซึ่งได้รับในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ

๗. การบริหารเวลา

กำหนดการเยี่ยมสำรวจอาจจะเปลี่ยนไปได้ถ้ามีสิ่งที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ปัจจัยที่คาดเดาได้ยากที่สุดคือมนุษย์ เนื่องจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ ไม่ใช่เพียงการสำรวจข้อมูลหรือการตรวจสอบสถานที่ สิ่งข้อง แม้จะมีแผนการที่วางไว้ดีที่สุดแล้วก็ยังอาจไม่เป็นไปตามแผน ผู้เยี่ยมสำรวจจะต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการจำกัดการอภิปรายหรือการยกเลิกการสัมภาษณ์ แม้จะคิดว่าได้รับฟังข้อมูลมาเพียงพอแล้ว ผู้ที่จะถูกเยี่ยมสำรวจซึ่งถูกยกเลิกไปจะรู้สึกถูกทอดทิ้ง

ในฐานะผู้เยี่ยมสำรวจ จะมีข้อเรียกร้องให้ต้องจัดการเรื่องเวลา และลำดับความสำคัญอาจจะเปลี่ยนไปโดยไม่คาดคิดเมื่อมีข้อมูลใหม่เข้ามา **ความยืดหยุ่นเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด**เพื่อไม่ให้ผู้เยี่ยมสำรวจถูกมองว่าไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับการเยี่ยมหรืออยู่ในระบบระเบียบมากเกินไป อย่างไรก็ตาม **การบริหารเวลาเป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่ง**ของผู้เยี่ยมสำรวจ

ผู้เยี่ยมสำรวจที่ดีจะเดินทางสายกลาง หลีกเลี่ยงการปฏิบัติอย่างสุดขั้ว ขั้วหนึ่งคือการไม่รักษากำหนดการที่วางไว้ด้วยการลงรายละเอียดมากมาย อีกขั้วหนึ่งคือการเคร่งครัดกับกำหนดการจนมองข้ามประเด็นสำคัญบางอย่าง

กลยุทธที่ได้ผลในการบริหารเวลาคือการให้ทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้รับการสัมภาษณ์ ได้รับทราบและคุ้นเคยกับตารางเวลาทำงานของท่านล่วงหน้า และพยายามรักษาเวลาให้เป็นไปตามนั้น

ถ้าท่านพบว่าท่านไม่สามารถปฏิบัติตามกำหนดเวลาที่วางไว้ได้ ท่านควรจะเยี่ยมสำรวจในหน่วยงานนั้นจนครบถ้วน และปรับเปลี่ยนกำหนดเวลาทำงานที่เหลือ ท่านไม่ควรจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าการเยี่ยมหน่วยงานนั้นเป็นไปอย่างผิวเผินหรือไม่เป็นระบบ จะทำให้ผู้รับการเยี่ยมคิดว่าหน่วยงานหรือบริการของตนไม่มีความสำคัญ หรือผู้เยี่ยมสำรวจไม่ให้ความสำคัญ

ก. เคล็ดลับในการบริหารเวลา

ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถบริหารเวลาให้มีประสิทธิภาพขึ้นด้วยการ

1) รวบกิจกรรมสองอย่างหรือมากกว่าเข้าด้วยกัน เช่น สัมภาษณ์หัวหน้าหน่ววยงานในขณะที่เดินสำรวจสถานที่
2) แบ่งทีมเยี่ยมสำรวจไปทำหน้าที่ต่างๆ
3) รวบกิจกรรมให้กระชับ เช่น ขอเดินสำรวจคร่าวๆ แทนที่จะเป็นการดูในรายละเอียด ขอให้นำเสนอภาพรวมมากกว่ารายละเอียด
4) แจ้งให้ผู้รับการสัมภาษณ์ทราบกำหนดเวลาและข้อจำกัดเรื่องเวลา
5) ย่นย่อการเยี่ยมสำรวจโดยจัดลำดับความสำคัญในสิ่งที่ต้องทำ และเลือกทำในสิ่งที่สำคัญที่สุด ขอจุดติดต่อหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม รายงานสิ่งที่ยังไม่ได้กระทำต่อทีมใหญ่และตรวจสอบว่ากลุ่มต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือไม่

ข. การใช้เวลาในการประชุมของทีมผู้เยี่ยมสำรวจ

การประชุมร่วมกันระหว่างการเยี่ยมสำรวจอย่างมีประสิทธิภาพควรปฏิบัติดังนี้

1) ตรงเวลา
2) เตรียมตัวให้พร้อม
3) รักษา กฎ กติกา ให้ประธานเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย

4) รักษาประเด็น อย่าเสียเวลาพูดวนเวียนในหัวข้อที่ตนชอบ
5) ให้ความเห็นอย่างตรงไปตรงมาและเป็นที่เข้าใจง่าย
6) เปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นนำเสนอจนจบก่อนที่จะให้ความเห็น อย่าขัดจังหวะ
7) มุ่งเป้าเพื่อความร่วมมือ
8) อยู่ร่วมประชุมจนจบ

เพื่อช่วยให้ท่านใช้เวลาได้ดีขึ้น ขอให้บันทึกการใช้เวลาจริงระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เฝ้าระวังสถานการณ์ซึ่งท่านใช้เวลามากเกินไป พิจารณาว่าท่านจะเพิ่มประสิทธิภาพในการเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไปได้อย่างไร

ค. การเตรียมตัวเพื่อประหยัดเวลา

การเตรียมตัวเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารเวลาระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยให้ท่านและทีมปฏิบัติตามกำหนดเวลาที่วางไว้ ท่านควรจะ

1) อ่านคู่มือผู้เยี่ยมสำรวจ และทำความคุ้นเคยกับมาตรฐาน
2) ทำความเข้าใจกับบทบาทหน้าที่ของท่านในทีมเยี่ยมสำรวจ
3) ศึกษาแบบประเมินตนเองอย่างละเอียด
4) ศึกษารายงานการเยี่ยมสำรวจครั้งที่แล้ว
5) วางแผนว่าต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มเติม และจะได้จากแหล่งใด
6) ฝึกสัมภาษณ์ถ้าไม่แน่ใจว่าจะรักษาเวลาได้
7) ตรวจสอบกำหนดการเดินทางและการประชุม ทบทวนกำหนดเวลาการเยี่ยมสำรวจ
8) จดบันทึกระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ซึ่งจะช่วยให้จัดทำรายงานได้เร็วขึ้น และแสดงให้ผู้เข้าร่วมเห็นว่าท่านใส่ใจต่อความเห็นของพวกเขาอย่างจริงจัง
9) หลีกเลี่ยงคำถามซึ่งมีคำตอบอยู่แล้วในแบบประเมินตนเอง
10) เตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า แต่ให้มีความยืดหยุ่น
11) เตรียมยุทธศาสตร์ทางเลือกไว้ในใจกรณีที่กำหนดเวลาที่วางไว้ไม่สามารถปฏิบัติได้ทัน

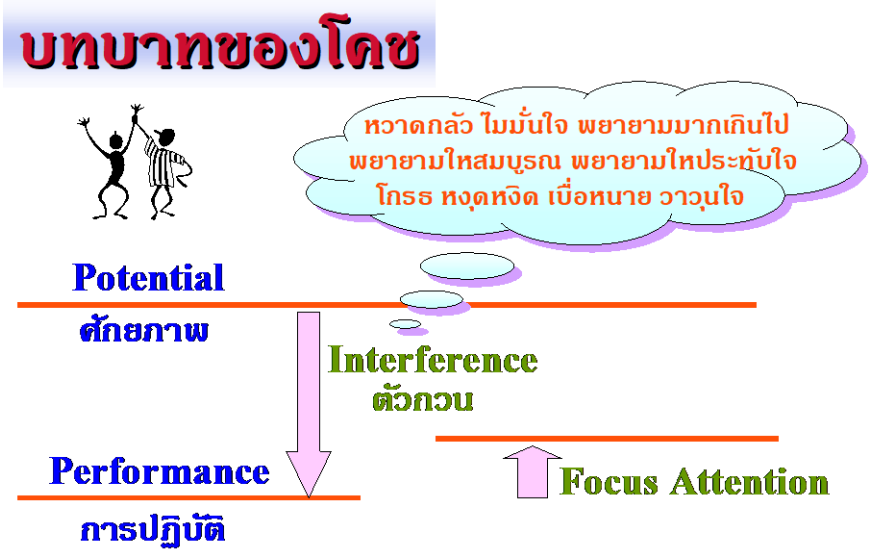
๘. ทักษะการเป็นโค้ช

๘.๑ การโค้ชคืออะไร

การโค้ชคือศิลปะในการช่วยให้ผู้อื่นมีผลงานดีขึ้น ได้เรียนรู้ และได้พัฒนา (art of facilitating the performance, learning & development of another)

การช่วยให้ง่ายขึ้น (facilitating) หมายความว่าผู้ถูกโค้ชมีความสามารถที่จะคิดได้ด้วยตนเอง มองเห็นได้ทะลุปรุโปร่ง มีความคิดสร้างสรรค์

โค้ชต้องไม่คิดว่าตัวเองมีคำตอบที่ถูกต้อง แต่ช่วยให้ผู้ถูกโค้ชสำรวจตรวจสอบ ทำความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่า

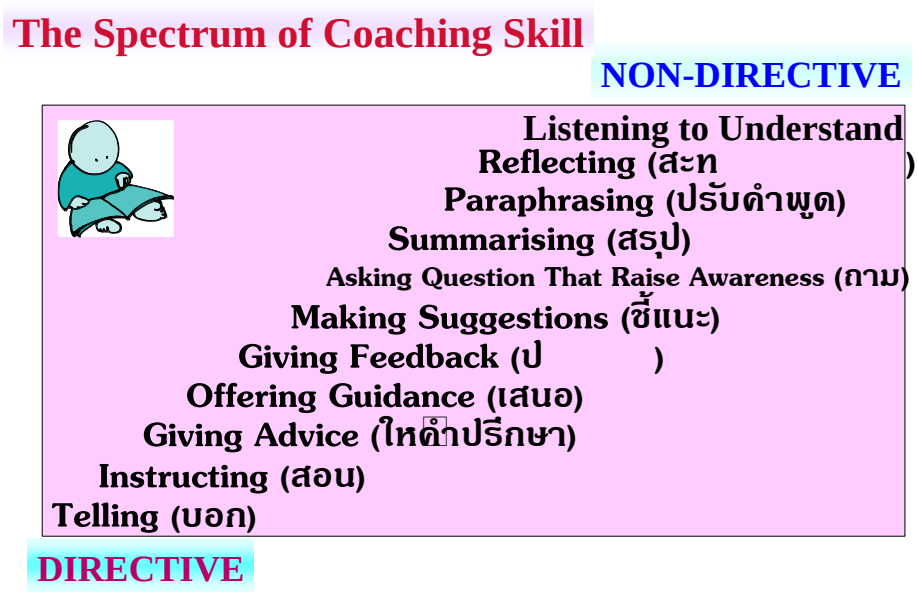


บทบาทของโค้ชคือการมุ่งเน้นความสนใจของผู้ถูกโค้ช เพื่อลดตัวกวนทั้งหลาย ช่วยให้ใช้ศักยภาพในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

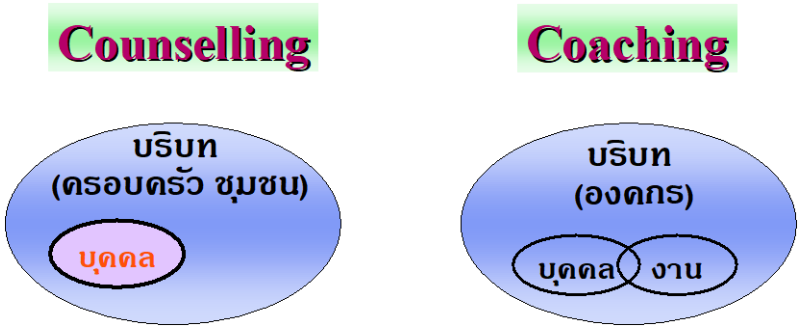
โค้ชที่ดีควรมีลักษณะต่อไปนี้

- เชื่อมั่นในศักยภาพ เคารพปัญญา ความคิดสร้างสรรค์ และญาณทัศนะของผู้อื่น
- ใส่ใจต่อการเรียนรู้มากกว่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
- เปิดโอกาสให้ผู้ถูกโค้ชเป็นผู้ลงมือทำ
- เป็นผู้ฟังที่ดี พยายามทำความเข้าใจกับเอกลักษณ์และความคิดของแต่ละคน
- ใช้ระบบประเมินผลเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ถูกโค้ช

ทักษะการโค้ชมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่การใช้วิธีให้คำตอบ (directive) ไปถึงการกระตุ้นให้คิดหาคำตอบด้วยตนเอง(non-directive)



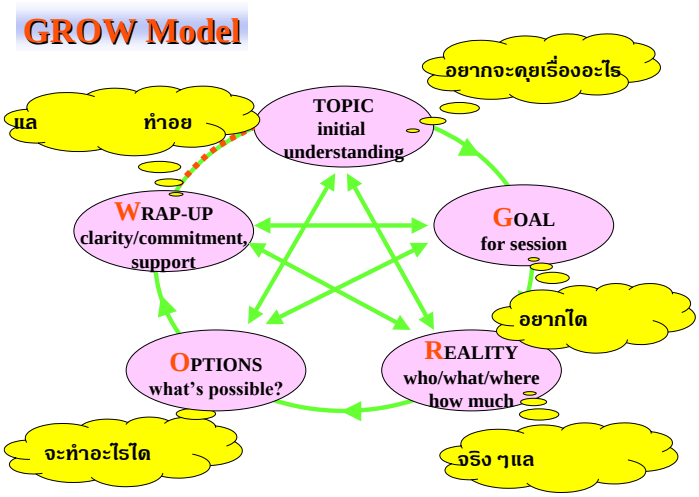
การโค้ชใช้ทักษะที่ใกล้เคียงกับการ counselling มาก สิ่งที่แตกต่างกันคือการโค้ชมีเป้าหมายที่งานและอยู่ในบริบทขององค์กร ในขณะที่ counselling มีเป้าหมายที่พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และมีบริบทที่ครอบครัวและชุมชน



๘.๒ โมเดลในการโค้ช

โมเดลในการโค้ชอย่างง่ายๆ คือ GROW model ได้แก่

- Topic ทำความเข้าใจกับประเด็น เช่น จะคุยกันเรื่องอะไร
- Goal เป้าหมาย อยากจะเห็นผลอะไร
- Reality ข้อเท็จจริง กำลังเกิดอะไรอยู่
- Option มีทางเลือกอะไรที่เป็นไปได้
- Wrap-up สรุปแล้วตัดสินใจจะทำอะไร



ทักษะสำคัญของการเป็นโค้ช ได้แก่ การฟัง การสร้างความตระหนัก และการตั้งคำถาม

การสร้างความตระหนัก อาจทำเป็นลำดับขั้นดังนี้

- ขอให้ผู้ถูกโค้ชสังเกต

- ถามว่าสังเกตเห็นอะไร
- ขอให้ระบุประเด็นที่สำคัญที่สุดที่สังเกตเห็น
- ขอให้บอกเล่าความรู้สึกเพิ่มเติม
- ขอให้ระบุสถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างชัดเจน
- ขอให้ประเมินออกมาเป็นตัวเลข (ถ้าเป็นไปได้) ทำซ้ำ และดูความก้าวหน้า

ตอนที่ 6 ความมุ่งหมายของมาตรฐานและตัวอย่างคำถาม

การเยี่ยมสำรวจที่ดีจะต้องมุ่งเน้นไปที่ความมุ่งหมาย (เจตจำนง) ของมาตรฐาน หรือผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติในมาตรฐานแต่ละบท การทำความเข้าใจในความมุ่งหมายของมาตรฐานจะทำให้ยอมรับความหลากหลายในการปฏิบัติ และทำให้กระบวนการเยี่ยมสำรวจเป็นไปอย่างตรงประเด็นยิ่งขึ้น

บทที่ 1 การนำองค์กร

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการนำที่เข้มแข็ง สามารถชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่องค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- โครงสร้างการบริหารปกติในระดับองค์กร (GOV.1) และระดับหน่วยงาน (GEN.2)
- โครงสร้างเสริมเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมคร่อมสายงานต่างๆ (LED.4.2)
- การชี้นำทิศทางนโยบาย การสนับสนุน การติดตาม เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ (GOV.1)
- การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพซึ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (LED.1)
- ผู้นำสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (LED.4)
- การสื่อสาร ประสานงาน แก้ปัญหา ตัดสินใจ ที่มีประสิทธิภาพ (GEN.2.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา
- การเปลี่ยนแปลงนั้นแสดงให้เห็นวัฒนธรรมคุณภาพที่เน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางหรือไม่อย่างไร
- ผู้นำมีบทบาทอย่างไรในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น
- ยังมีการเปลี่ยนแปลงและการสนับสนุนอะไรที่ต้องการให้เกิดขึ้นอีก
- ในหน่วยงานของท่าน ท่านมีความรับผิดชอบอะไร ใครคือผู้ที่กำกับดูแลการตัดสินใจของท่าน เจ้าหน้าที่แต่ละคนในหน่วยงานของท่านทราบความรับผิดชอบและผู้ที่กำกับดูแลหรือไม่ รู้ได้อย่างไร
- ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย และพยาบาลไม่สามารถจัดการได้ จะแก้ไขสถานการณ์นั้นอย่างไร มีระบบอะไรที่จะป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าวขึ้นอีกในอนาคต *(เป็นการถามเพื่อดูว่าผู้บริหารให้การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานอย่างไร)*
- มีการทบทวนคำบรรยายลักษณะงานของเจ้าหน้าที่บ่อยเพียงใด มีกระบวนการปรับเปลี่ยนอย่างไร มีการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบอย่างไร *(เป็นสิ่งสำคัญที่เจ้าหน้าที่จะต้องตระหนักในความรับผิดชอบของตนอยู่ตลอดเวลาและตระหนักว่าจะทำหน้าที่นั้นอย่างไร)*

ข้อคิด

ถ้าแต่ละคนรู้ความรับผิดชอบของตนและผู้ที่เขาจะต้อง accountable นั่นจะบอกเรื่องราวขององค์กรนั้นอย่างมาก ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่รู้สถานะ ไม่รู้ความรับผิดชอบ ไม่รู้ว่าจะรายงานต่อใคร เราจะต้องดูมาตรฐาน GEN.2 ให้มากขึ้น ขอให้ถามใครก็ได้ เมื่อเราพบกับทีมผู้บริหาร ให้ถามหัวหน้าว่าขอให้อธิบายความรับผิดชอบ ท่านรับผิดชอบต่อใคร ท่านสื่อสารอย่างไร **สิ่งที่จะพบในผู้บริหารระดับสูงก็มักจะพบในผู้บริหารระดับล่างลงมาด้วย** ถ้ามีปัญหาการสื่อสารหรือไม่สามารถทำงานร่วมกันในผู้บริหารระดับสูง ก็ไม่สามารถจะทำงานร่วมกันในผู้บริหารระดับล่างได้

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

คำถามว่า ถ้าท่านเป็น ผอ.ท่านจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร จะทำให้ได้รับรู้ความคับข้องใจของผู้ปฏิบัติงาน

job description อาจจะถามว่า supervisor **คาดหวังอะไรจากท่าน นอกเหนือจากที่อยู่ใน** job description

<u>บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย</u>

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีทิศทางนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนซึ่งทุกคนรับรู้/มุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ
- มีความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามทิศทางนโยบายซึ่งสามารถแสดงผลได้

กระบวนการที่สำคัญ

- การจัดทำเป้าหมายร่วมซึ่งแสดงถึงความตระหนักในคุณค่าที่ผู้รับผลงานต้องการ (GOV.2.1, GEN.1.1)
- การจัดทำแผน/กฎระเบียบ/ข้อตกลง/นโยบายเพื่อแปรเป้าหมายร่วมไปสู่การปฏิบัติ (LED.2, GOV.3)
- ความสอดคล้องระหว่างแผนในระดับต่างๆ (LED.2, GEN.1)
- การสื่อสารเพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน (GOV.2.2)
- การปฏิบัติตามแผน/กฎระเบียบ/ข้อตกลง/นโยบาย ด้วยความเข้าใจ (LED.2.2)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือทิศทางนโยบายหรือเป้าหมายที่สำคัญของโรงพยาบาล
- ขอให้อธิบายวิธีการสื่อสารเป้าหมายของโรงพยาบาลและหน่วยงานไปยังเจ้าหน้าที่ *(มีวิธีการสื่อสารได้หลายวิธี ผู้เยี่ยมสำรวจควรมองหาความคิดสร้างสรรค์ของผู้บริหารในการสื่อสารความคิดเหล่านี้ไปยัง*

เจ้าหน้าที่ทุกคน โดยทั่วไป ถ้ามีความคิดสร้างสรรค์ในการสื่อสารเรื่องเป้าหมายหรือพันธกิจสูง ก็จะถูกนำไปใช้ในการสื่อสารอื่นๆ ด้วย)

- ท่านกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์สำหรับหน่วยงานของท่านอย่างไร *(มีความสำคัญที่หัวหน้าหน่วยงานจะได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ถ้าผู้บริหารระดับสูงมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและสื่อสารลงไปยังหัวหน้าหน่วยต่างๆ หัวหน้าหน่วยเหล่านั้นก็จะมีเป้าหมายที่ชัดเจนด้วย)*
- ขอให้ระบุข้อมูลหรือตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว *(คำตอบต่อคำถามนี้จะชี้ให้เห็นว่ามีระบบประกันคุณภาพที่ใช้การได้ดีเพียงใด)*
- อะไรคือความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ
- อะไรที่ความท้าทายที่จะต้องทำให้สำเร็จ
- ขอให้วิเคราะห์ความแตกต่างในการปฏิบัติตามทิศทางนโยบายของหน่วยงานต่างๆ

ข้อคิด

เราควรสนใจว่า รพ.ทำให้ mission ชีวิตอย่างไร สื่อสารให้คนใน รพ.ทราบอย่างไร ผู้คนในองค์กรสนับสนุนพันธกิจอย่างจริงจังเพียงใด ในฐานะ ผู้เยี่ยมสำรวจ ถ้าจะถามว่าอะไรคือพันธกิจ จะไม่ได้ประโยชน์ แต่**ต้องดูว่า รพ.ทำให้พันธกิจนั้นบรรลุได้อย่างไร** ขอให้แสดงให้ดูว่าทำอย่างไร ถ้า รพ.บอกว่าพันธกิจของเราคือการเตรียมผู้ให้บริการจากไม่มีอะไรไปสู่ความเป็นวิชาชีพ ขอให้แสดงให้ดูว่ามีการฝึกอบรมแก่นักเรียนอย่างไร student focus หรือ teacher focus เราใช้คำถามอะไรบ้าง

ถ้าอยากจะรู้ว่าชุมชนรู้สึกต่อ รพ.อย่างไร เราถามเจ้าหน้าที่ว่าชุมชนรู้สึกต่อ รพ. อย่างไร ถ้าตอบว่าดี ท่านรู้ได้อย่างไร มีประสบการณ์อะไรที่จะยืนยันกับตนเองว่าสถานที่ของท่านได้รับการยอบรับจากชุมชนเป็นอย่างดี **อาจจะถามคำถามต่อใครก็ได้ในองค์กร ว่าท่านมีส่วนอย่างไร หรือท่านทำอะไรเพื่อให้องค์กรของท่านประสบความสำเร็จในเป้าหมาย** ในฐานะปัจเจกที่มีความมุ่งมั่น เขาจะรู้เป้าหมายขององค์กร แสดงว่าได้มีการสื่อสารเป้าหมายขององค์กรไปให้เจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

อะไรคือความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.กับสถาบันอื่นๆ สถาบันอื่นมองว่าพันธกิจของ รพ.เป็นอย่างไร เมื่อเราพูดถึงพันธกิจ ให้คุยกับผู้บริหารระดับสูง และขอให้อธิบายว่านำพันธกิจไปปฏิบัติ ไปประสานกับชุมชนอย่างไร **ต้องถามคำถามที่ถูกต้องกับบุคคลที่เหมาะสม** ท่านอาจจะสังเกตว่าเมื่อ ผู้เยี่ยมสำรวจ ไปใน รพ. มีการถามคำถามกับบุคคลต่างๆ ผู้ถูกถามอาจจะไม่เข้าใจคำถาม ขอให้ปรับเปลี่ยนคำถาม **อย่าถามคำถามเสริมมากกว่า 1 คำถาม ให้เปลี่ยนไปถามคำถามต่อไป** เมื่อเข้าไปในหอผู้ป่วย **อย่าคุยกับพยาบาลหรือหมอเพียงคนเดียว** ให้ถามเพียงคำถามเดียว หรือมีคำถามเสริมเพียง 1 คำถาม **เมื่อมีสายตาสงสัย ให้อธิบายว่าทำไมจึงถามคำถามนั้น**

ในเรื่องความรู้สึกเป็นเจ้าของข้อความพันธกิจ ควรจะรวมถึงความเป็นเจ้าของหน่วยงานด้วย ไม่เพียงข้อความพันธกิจเท่านั้น

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีหลักประกันว่าจะมีทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เหมาะสม เพียงพอ และพร้อมใช้งานเพื่อบรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้
- การสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ที่ราบรื่น ทั้งในเชิงรุก (การวางแผน) และเชิงรับ (การแก้ปัญหา)

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนการลงทุนที่เหมาะสม (LED.2.5)
- การจัดสรรและคุ้มครองทรัพยากรที่เหมาะสม (LED.5.1, LED.5.2)
- การบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ (LED.5.3)
- การวางแผนจัดบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในพื้นที่ (LED.2.3)
- ช่องทางหรือกลไกการสื่อสาร/ประสานงานที่เหมาะสม (GEN.2.4)
- การประสานงานในการวางแผน การจัดบริการ การพัฒนาคุณภาพ (LED.3, GEN.2.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลมีการวางแผนเพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าวอย่างไร
- ขอให้ยกตัวอย่างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมซึ่งเกิดจากการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (อาจจะเป็นการจัดบริการใหม่ๆ, การปรับปรุงวิธีการให้บริการที่มีอยู่เดิม, หรือการแก้ปัญหาสำคัญ ก็ได้) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทอย่างไร
- มีผู้ใดเกี่ยวข้องกับการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่าน ถ้ามีความขัดแย้งกับหน่วยงานอื่นจะแก้ปัญหาอย่างไร *(เป็นสิ่งสำคัญที่เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานหนึ่งจะทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น)*
- ขอให้วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการลงทุนและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ส่วนใดที่คิดว่าทำได้ดี ส่วนใดที่คิดว่าสมควรมีการปรับปรุง

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีกำลังคนเพียงพอ (ทั้งด้านจำนวนคนและความรู้ความสามารถ) ที่จะปฏิบัติงานตามพันธกิจขององค์กรและหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล (HUM.1)
- การบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้ได้มาและธำรงไว้ซึ่งกำลังคนที่มีคุณภาพ (HUM.2, GEN.3)
- การพัฒนาความรู้ ทักษะให้เหมาะกับหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคน (HUM.3, GEN.4)
- ระบบแรงจูงใจและระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีคุณภาพ (HUM.5)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- โรงพยาบาลมีจุดแข็งและจุดอ่อนในด้านกำลังคนตรงไหนบ้าง (เช่น วิชาชีพหรือบริการที่มีผู้เชี่ยวชาญสูง วิชาชีพหรือบริการซึ่งขาดแคลนกำลังคน)
- ท่านกำหนดจำนวน คุณสมบัติ และประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ต้องการในหน่วยงานของท่านอย่างไร เพื่อให้ทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้ *(ผู้รับผิดชอบจะต้องเข้าใจความสำคัญของการดูแลด้วยวิชาชีพพยาบาลที่สอดคล้องกับความรุนแรงของผู้ป่วยในหน่วยงานนั้น)*
- ท่านประเมินจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ต้องการโดยสัมพันธ์กับปริมาณงานอย่างไร
- โรงพยาบาลมีวิธีอย่างไรในการจูงใจหรือกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่อยากทำงานอย่างมีคุณภาพ
- สิ่งที่ท่านเน้นในการเขียนรายงานประเมินผลการปฏิบัติงานคืออะไร *(มีความสำคัญว่าหัวหน้างานต้องเข้าใจเป้าหมายของการประเมินผลการปฏิบัติงาน)*
- ในหน่วยงานมีระบบ buddy อย่างไร เมื่อมีเจ้าหน้าที่ใหม่เข้ามามีการสอนและนิเทศงานอย่างไร เจ้าหน้าที่รู้สึกสบายใจกับกระบวนการดังกล่าวหรือไม่
- (ถามผู้บริหาร) โรงพยาบาลมีวิธีการในการส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่อย่างไร
- (ถามเจ้าหน้าที่) ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมเรื่องอะไรบ้าง เป็นความต้องการของตนเองหรือหน่วยงาน ได้รับการกระตุ้นให้มีการพัฒนาตนเองอย่างไร
- (ถามแพทย์) ต้องการให้พยาบาลที่ทำงานร่วมด้วยได้รับการพัฒนาในเรื่องอะไรเพิ่มเติม ได้มีส่วนในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่อื่นอย่างไร
- มีการกำหนดแผนการศึกษาต่อเนื่องอย่างไร ใครเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดเนื้อหา *(ถามเพื่อดูว่าผู้บริหารใส่ใจกับความจำเป็นในการศึกษาต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่อย่างไร)*

ข้อคิด

<u>GEN.3 **การบริหารทรัพยากรบุคคล**</u> ถ้าถามว่ามีคนพอหรือไม่ มักจะได้รับคำตอบว่าไม่พอ หรือไม่พอแต่จัดการได้ ผมชอบถามว่า**ท่านรู้ได้อย่างไรว่าท่านมีเจ้าหน้าที่มากเกินไปในหน่วย** เราต้องค้นหาจากผู้บริหารว่าได้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมหรือไม่ ถ้ามีคนมากไปหรือน้อยเกินไป ผู้บริหารก็ใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสม ระดับที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับผู้บริหาร แต่เราต้องค้นหาว่า supervisor **รู้หรือไม่ว่ามีคนมากไปหรือน้อยไป** มีระบบอะไรที่จะตัดสินว่ามีจำนวนคนเหมาะสม

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการบริหารทรัพยากรบุคคลคือ**การประเมินผล** ทำอย่างไร ถ้าทำปีละครั้งเมื่อหัวหน้ากรอบแบบฟอร์ม ไม่มีประโยชน์ **จะต้องเป็นสิ่งที่ทำอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการเรียนรู้วันแล้ว**

วันเล่า และเมื่อครบปีก็มีสรุป (formalise) สิ่งที่ยากที่สุดของการเป็น supervisor คือการประเมินและการพัฒนาเจ้าหน้าที่ เป็นหน้าที่สำคัญที่สุด และยากที่สุด ดังนั้นเมื่อผู้บริหารเลือก supervisor คนนั้นต้องมีความสามารถที่จะสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

GEN.4 **การพัฒนาทรัพยากรบุคคล** multiplication คือการที่ผู้บริหารสร้างผู้บริหารใหม่เพิ่ม ผู้นำสร้างผู้นำใหม่เพิ่ม supervisor ในหอผู้ป่วยมีหน้าที่พัฒนาการทำงานของตนให้ดีขึ้น และพัฒนาผู้อื่นให้ทำงานดีขึ้น ให้พัฒนาทุกคนทุกระดับในองค์กร ไม่ใช่ว่าให้มารอรับคำสั่งว่าจะให้ทำอะไร ไม่มีชีวิตจิตใจ ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ คนทำความสะอาดต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ที่รับผิดชอบ แต่ตั้งใจที่จะทำทุกอย่างให้ดีที่สุดเพื่อช่วยพยาบาล แพทย์**ให้ทำงานได้ดีที่สุดโดยไม่ต้องบอก จะต้องทำด้วยตนเอง** แต่จะต้องได้รับการฝึกอบรม

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

in service training รพ.ส่วนมากมีการฝึกอบรม และมีครูฝึก ครูฝึกส่วนมากจัดเตรียมหลักสูตร เราอยากจะรู้ว่ามีการจัดเตรียมอย่างไร อะไรคือ need ของผู้เข้ารับการอบรม หากให้การอบรมในสิ่งที่ไม่ตรงความต้องการก็ไม่มีประโยชน์ ความต้องการของผู้รับการอบรมได้รับการสื่อไปยังผู้ให้การอบรมอย่างไร มีการประเมินอย่างไรว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ท่านไม่ต้องบอก รพ.ว่าควรมีการประเมินผล แต่คำถามของท่านจะทำให้ รพ.เห็นว่าการประเมินผลโครงการมีความจำเป็น

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- มีความพร้อมในการดำเนินการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ
- ของเสียจากโรงพยาบาลไม่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม
- เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยทุกแง่มุม

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่พึงพอใจ (ENV.1)
- ระบบการกำจัดของเสียและบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (ENV.2)
- การจัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย (ENV.3)
- การจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ (ENV.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อัตราการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์/ข้อขัดข้อง/ความเสี่ยง เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/สถานที่ เป็นอย่างไร เป็นตัวเลขรายงานที่สมบูรณ์เพียงใด ได้มีความพยายามในการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยอย่างไรบ้าง
- รพ.มีกระบวนการในการสำรวจความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายในจุดต่างๆอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำบ่อยแค่ไหน เมื่อสำรวจแล้วมีการดำเนินการอย่างไรต่อ (ขอดูหลักฐานการสำรวจและการดำเนินการต่อเนื่อง)
- รพ.มีกระบวนการในการรักษาความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อย่างไร เช่น การป้องกันการถูกทำร้ายร่างกาย คนเมาสุรามาอาละวาดในหอผู้ป่วย
- มีระบบรายงานอุบัติการณ์เมื่อเกิดเหตุไม่ปกติซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยอย่างไร *(เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการบันทึก การตรวจสอบ การรายงาน และการป้องกัน)*
- กระบวนการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในหน่วยและระหว่างหน่วยงานเป็นอย่างไร มีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงอย่างไร
- ท่านคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
- มีการซ้อมแผนอัคคีภัยครั้งสุดท้ายเมื่อไร พบปัญหาอะไรจากการฝึกซ้อมครั้งนั้น มีการดำเนินการต่ออย่างไร

ข้อคิด

<u>GEN.6 **สถานที่และสิ่งแวดล้อม**</u> การบริหารความเสี่ยงมีความสำคัญมาก ถาม supervisor ของหน่วยงานว่าค้นหาความเสี่ยงอย่างไร มีกระบวนการในการขจัดความเสี่ยงอย่างไร ให้ถามรวมถึงความเสี่ยงทางอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณด้วย จะทำอะไรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เอาผู้ป่วยไปที่ไหน ไปเยี่ยมที่เก็บศพ ผู้เยี่ยมสำรวจ ควรไปที่ห้องเก็บศพ รพ.ให้ญาติดูศพผู้ป่วยที่ไหน นี่คือความเสี่ยงทางอารมณ์และจิตวิญญาณ เราให้สิ่งแวดล้อมอย่างไรแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ขอเตือนว่าอาจจะช้อคได้

การป้องกันอัคคีภัย **อย่าถามว่ามีแผนหรือไม่ ให้ถามว่าท่านมีส่วนร่วมในการซ้อนแผนอัคคีภัยครั้งสุดท้ายเมื่อไร** ท่านรู้หรือไม่ว่าต้องทำอะไร ท่านจะค้นหาความรู้ได้อย่างไรถ้าไม่รู้ว่าจะทำอะไร **อย่าถามพยาบาลที่ตึกว่าทำแผนป้องกันอุบัติภัยอย่างไร ให้ถามผู้บริหารว่ามีการจัดทำแผนอย่างไร** หน่วยงานภายนอกมีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ เมื่อไฟไหม้ในโรงพยาบาล ตำรวจมีส่วนสำคัญ คนเหล่านั้นมีส่วนในการทำแผนหรือไม่ ถ้าพบว่ามีสิ่งกีดขวางให้บอก supervisor ไม่ต้องบอกผู้บริหาร

เมื่อท่านไปที่ รพ. พยายามเดินจากหอผู้ป่วยหนึ่งไปยังอีกหอผู้ป่วยหนึ่งทางบันได ท่านจะเห็นว่าผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างไร

<u>บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ</u>

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- โรงพยาบาลมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพียงพอเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- ระบบการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือที่เหมาะสม (GEN.7.1)
- การกำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและตรวจสอบระดับความเพียงพอ (GEN.7.2)
- ผู้ใช้เครื่องมือมีความรู้ในการใช้งานและบำรุงรักษา (GEN.7.3)
- ระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น (Gen.7.4)
- ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (GEN.7.5)
- การตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้งาน และการสอบเทียบความเที่ยงตรงสำหรับเครื่องมือที่จำเป็น (GEN.7.6)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- กระบวนการในการสั่งซื้อเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เป็นอย่างไร มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกอย่างไร
- ถ้าเครื่องมือหรือวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ หรือตามแผนการพยาบาล จะทำอย่างไร
- มีการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่รู้จักใช้เครื่องมืออย่างไร
- ท่านจะมั่นใจได้อย่างไรว่าเครื่อง suction และ defibrillator จะใช้การได้เมื่อท่านต้องการใช้รักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน มีระบบการบำรุงรักษาอย่างไร หากเครื่องมือเสียหายใช้การไม่ได้จะทำอย่างไร
- ท่านทราบได้อย่างไรว่าเครื่องมือแต่ละชิ้นใช้การได้หรือไม่ มีระบบอะไรที่จะเป็นหลักประกันว่าเครื่องมือพร้อมที่จะใช้การได้ตลอดเวลา
- มีระบบในการตรวจสอบและเปลี่ยนชิ้นส่วนอะไหล่ของเครื่องมือตามกำหนดเวลา ก่อนที่จะมีการชำรุดเสียหายอย่างไร
- ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการบำรุงรักษาเครื่องมือ หน่วยงานได้รับรายงานจากหน่วยงานหรือบริษัทที่รับผิดชอบหรือไม่

ข้อคิด

GEN.7 **เครื่องมือ**พร้อมที่จะใช้งานหรือไม่ เจ้าหน้าที่รู้วิธีใช้งานหรือไม่ ได้รับการฝึกอบรมหรือไม่ มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันเพื่อให้พร้อมที่จะใช้หรือไม่

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการนำระบบสารสนเทศไปใช้ในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น (IM.1)
- การเชื่อมโยง สังเคราะห์ ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ (IM.2.1, IM.2.2)
- มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้ (IM.2.3)
- บริการเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ (IM.3)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ใครคือผู้รับผลงานของระบบสารสนเทศ ผู้รับผลงานเหล่านั้นมีความต้องการอะไร ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระดับต่างๆ ได้เพียงใด
- ขอให้ยกตัวอย่างการใช้ข้อมูลข่าวสารจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ มีข้อมูลข่าวสารประเภทใดที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ
- ขอให้ยกตัวอย่างการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีลักษณะแตกต่างกัน และการใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงดังกล่าว
- ขอให้ยกตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับหน่วยงานโดยผู้ปฏิบัติงาน และการเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลอย่างไร

<u>บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป</u>

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ระบบงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการที่โรงพยาบาลนำแนวคิด CQI/customer focus มาสู่การปฏิบัติในทุกระดับ และทุกหน่วยงาน

กระบวนการที่สำคัญ

- การทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ (GEN.9.1)
- การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (GEN.9.2.1)
- การมีแนวทางปฏิบัติงานที่จำเป็น และมีการนำไปใช้ (GEN.5)
- การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (GEN.9.2.2)
- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ (GEN.9.2.3-GEN.9.2.6)
- มีการบริหารความเสี่ยงในทุกส่วนขององค์กรและมีการเชื่อมโยงกันเป็นระบบ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา (ในระดับหน่วยงาน)

- ขอให้ยกตัวอย่างความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ชี้ให้เห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และระบุถึงความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง
- ขอให้ยกตัวอย่างการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงระบบงาน
- อะไรคือเครื่องชี้วัดสำคัญของหน่วยงาน มีการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์อย่างไร
- อะไรคือความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน มีแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงและลดความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างไร
- มีกระบวนการในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานอย่างไร ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ อยากจะเปลี่ยนตรงไหน *(ความสำคัญไม่ได้อยู่ที่ปริมาณคู่มือ แต่อยู่ที่ว่ามีการใช้คู่มืออย่างไร มีผลต่อการทำงานอย่างไร)*
- มีการสื่อสารอย่างไรเพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยสบายใจกับแนวทางปฏิบัติที่ได้จัดทำไว้ วิธีการดังกล่าวได้ผลหรือไม่ ถ้าเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยมีความไม่พอใจต่อแนวทางปฏิบัติดังกล่าวจะทำอย่างไร
- มีการประเมินคู่มือปฏิบัติงานอย่างไร *(มีการทบทวนบ่อยเพียงใด มีการทบทวนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือไม่ ระบบการรับรองเป็นอย่างไร มีประโยชน์หรือไม่)*

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา (ในระดับโรงพยาบาล)

- มีการเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในรูปแบบ/ชื่อแรียกต่างๆ อย่างไร
- มีการเชื่อมโยงความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ อย่างไร
- มีการขยายผลหรือใช้ประโยชน์จากความสำเร็จของหน่วยงานหนึ่งไปยังหน่วยงานอื่นๆ อย่างไร
- มีการเชื่อมโยงการแก้ปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันในภาพรวมอย่างไร

ข้อคิด

<u>GEN.5 **คู่มือการปฏิบัติงาน**</u> เมื่อขอดูคู่มืออาจจะหาง่าย หรือหายาก หรืออาจจะเป็นคู่มือเล่มหนาซึ่งท่านอาจจะดึงบางส่วนทิ้งไปแล้วไม่มีใครรู้ เป้าหมายของคู่มือคือเพื่อผู้ปฏิบัติงานจะสามารถทำงานได้เหมือนกัน และทำงานได้ดีขึ้น นั่นคือเป้าหมายของคู่มือ เราทำงานในหอผู้ป่วยนี้อย่างไร เราทำสิ่งเดียวกันหรือไม่ เรารู้ได้อย่างไร ถ้ามีความแตกต่างระหว่างคู่มือกับการปฏิบัติ เราตรวจสอบคู่มืออย่างสม่ำเสมอและดึงเอาสิ่งที่ไม่ได้ปฏิบัติออกไป นำสิ่งที่เป็นปัจจุบันเข้ามาแทน สิ่งต่างๆมีการเปลี่ยนแปลง แต่ถ้าไม่มีการปรับปรุงแสดงว่าไม่ได้มีการนำไปใช้

<u>GEN.9 **กิจกรรมคุณภาพ**</u> **ถ้า รพ.มี** QA program **เราไม่ต้องลงไปในรายละเอียด เพราะมีหน่วยงานภายนอกมาดูแล้ว** ถ้า รพ.ไม่มีหน่วยงานภายนอกมาตรวจสอบ QA program เราต้องลงรายละเอียด แต่ส่วนสำคัญที่สุดคือ ทำไมเราต้องมี QA program **เราจัดทำเครื่องชี้วัด มาตรฐาน อย่างไร เราใช้เครื่องชี้วัดเพื่อปรับปรุงคุณภาพของงานอย่างไร** ถ้า รพ.บอกว่ามี QA และท่านเห็นว่าดี อย่าท้าทายหรือถามคำถามเจาะลึก เพราะท่านไม่ใช่ผู้ตรวจสอบโปรแกรมนั้น

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นในทุกมิติของคุณภาพ (accessibility, appropriateness, acceptability, competency, continuity, effectiveness, efficiency, safety, patient's right)

กระบวนการที่สำคัญ

- การค้นหาโอกาสพัฒนาในงานคลินิกบริการ
- การนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วย (GEN.9.3.1)
- การทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำจุดอ่อนไปปรับปรุง (GEN.9.3.2)
- การปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด CQI ร่วมกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือภาวะทางคลินิก (อาการ/โรค/หัตถการ) ที่มีความซับซ้อนหรือความเสี่ยงมากที่สุดในหน่วยงานนี้ ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวเป็นอย่างไร (มีข้อมูลอะไรที่จะแสดงผลลัพธ์ได้บ้าง) ได้มีแนวทางในการป้องกันปัญหาหรือมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอะไรไปบ้าง
- ขอให้ยกตัวอย่างกิจกรรมการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่ค้นพบ และข้อสรุปเพื่อการปรับปรุงวิธีการทำงาน
- อะไรคือปัญหาที่ต้องการแก้ไขจากการจัดทำ CPG แต่ละเรื่อง เมื่อจัดทำแล้วปัญหาดังกล่าวลดลงไปเพียงใด

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

กระบวนการที่สำคัญ

- นโยบาย กลวิธี มาตรการ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.1, IC.5)
- มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบบทบาทหน้าที่ของตน (IC.2, IC.3)
- การเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.4)
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.6.,1)
- การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (IC.6.2)
- การเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ (IC.6.3)
- การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions และ Isolation Precautions (IC.6.4)

- การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ (IC.6.5)
- การสอบสวนโรค เมื่อพบแนวโน้มของการระบาด หรือเมื่อมีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.6.6)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ปัญหาการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล/หน่วยงาน คืออะไร มีอัตราการติดเชื้อเท่าไร ข้อมูลอัตราการติดเชื้อที่ได้มามีความน่าเชื่อถือและความหมายเพียงใด (การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพเพียงใด)
- มาตรการป้องกันการติดเชื้อใดที่ปฏิบัติตามได้ค่อนข้างยาก มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างไร

บทที่ 11 องค์กรแพทย์

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการจัดระบบเพื่อให้แพทย์ควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- การจัดองค์กรในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน (MED.2)
- การทำหน้าที่ธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- การทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่องค์กรบริหารสูงสุดและทีมผู้บริหาร
- การทำหน้าที่ประสานงานและส่งเสริมความร่วมมือ
- การคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตรากำลัง และการดูแลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน (MED.3)
- การส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน (MED.4)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- องค์กรแพทย์ส่งเสริมให้แพทย์มีส่วนในการพัฒนาคุณภาพงานคลินิกบริการอย่างไร
- องค์กรแพทย์มีกลไกอะไรที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์แต่ละคนนั้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการจัดระบบเพื่อให้พยาบาลควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานและพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

กระบวนการและโครงสร้างที่สำคัญ

- การจัดองค์กรเพื่อปฏิบัติตามพันธกิจที่กำหนดไว้ (NUR.2)
- การจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (NUR.3)
- การเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ (NUR.4)
- การบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (NUR.6)
- การทำหน้าที่ส่งเสริมและประสานความร่วมมือ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- การบริหารการพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทในการประสานและพัฒนาคุณภาพงานคลินิกบริการอย่างไร
- การบริหารการพยาบาลมีกลไกอะไรที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าบริการพยาบาลที่มีอยู่นั้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- มีการให้บริการด้วยความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

กระบวนการที่สำคัญ

- การสร้างความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในเจ้าหน้าที่ทุกคน (ETH.1.1)
- การมีแนวทางปฏิบัติและสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- การสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบสิทธิของตน (ETH.1.2)
- การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ ได้แก่ เด็ก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องแยก/ผูกยึด (ETH.2)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- โรงพยาบาลมีวิธีในการสร้างความตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร
- สิทธิผู้ป่วยในเรื่องใดที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติบ่อยๆ มีแนวทางในการปรับปรุงอย่างไร

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม โดยโรงพยาบาลมีระบบงานที่รัดกุมและเหมาะสม

กระบวนการที่สำคัญ

- มีนโยบายและวิธิปฏิบัติสำหรับกรณีที่เสี่ยงต่อปัญหาจริยธรรม ในเรื่องการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย, การกำหนดและเรียกเก็บค่าบริการ, การประชาสัมพันธ์, การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย, การจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน, การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่มีปัญหา (ETH.3)

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- อะไรคือปัญหาจริยธรรมองค์กรที่เป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวอย่างไร

<u>บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย</u>

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมผู้ให้บริการซึ่งมีการประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด

กระบวนการที่สำคัญ

- การทำงานเป็นทีมในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปรึกษา การให้ข้อมูล
- การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหา

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้างในแผนกนี้ที่การประสานงานระหว่างวิชาชีพมีความสำคัญสูงต่อคุณภาพบริการ มีวิธีการทำงานร่วมกันอย่างไร
- ขอให้เล่ารูปธรรมที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่มีการประสานระหว่างวิชาชีพมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างไร

ข้อคิด

การทำงานเป็นทีม คำถามแรกที่จะถามคือ ท่านเลือกสมาชิกของทีมอย่างไร ใครเป็นบุคคลที่เกี่ยวกับการให้บริการแก่ลูกค้าใน area นั้น เช่น ทีมห้องผ่าตัด มีใครที่เกี่ยวข้องบ้าง ทีมผู้ป่วยในมีใครเกี่ยวข้องบ้าง ทีมผู้ป่วยนอกมีใครเกี่ยวข้องบ้าง และดูว่าผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นได้มีส่วนร่วมอยู่ในทีมหรือไม่

การสื่อสาร ท่านบันทึกกิจกรรมของทีมอย่างไร ถ้าประชุมแล้วไม่มีการบันทึกก็ไม่มีประโยชน์ บันทึกนั้นถูกสื่อสารไปอย่างไร มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานอย่างไร มีการติดตามอย่างไร เพื่อมั่นใจว่าเมื่อมีการตัดสินใจว่าจะทำอะไรแล้ว มีการนำไปปฏิบัติ

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที มีโอกาสให้และรับข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน ทำให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

กระบวนการสำคัญ

- การจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การลงนามยินยอมรับการรักษา
- การระบุตัวผู้ป่วย

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- ท่านจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยอย่างไร วิธีการนั้นใช้การได้ดีเพียงใด เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความเข้าใจตรงกันหรือไม่
- กรุณาอธิบายกระบวนการในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีขั้นตอนที่จะอธิบายผู้ป่วยหรือไมว่าจะเกิดอะไรขึ้น ท่านพอใจกับกระบวนการนั้นเพียงใด
- ในการลงนามยินยอมรับการรักษา มีการให้ข้อมูลอะไรแก่ผู้ป่วย ใครเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว มีการประเมินการรับทราบและเข้าใจข้อมูลดังกล่าวหรือไม่ ได้ผลอย่างไร
- จะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลและกำลังจะทำเข้าห้องผ่าตัด มีการให้ข้อมูลข่าวสารอะไรแก่ผู้ป่วย ใครไปเยี่ยมผู้ป่วย ท่านพูดอะไรกับผู้ป่วย
- มีวิธีการสื่อสาร การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
- ผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆมีส่วนในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างไร
- ถ้าญาติผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย แต่ไม่สามารถมาพบแพทย์ในเวลาทำงานได้ จะมีกระบวนการตอบสนองความต้องการอย่างไร
- ถ้าผู้ป่วยเป็นมะเร็งซึ่งไม่มีทางรักษา ใครมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- (ถามผู้ป่วย) ทำไมคุณจึงมานอนโรงพยาบาล ครั้งสุดท้ายคุณหมอได้บอกอะไรให้ทราบบ้าง นานเท่าไรมาแล้ว พรุ่งนี้คุณจะได้รับการดูแลรักษาอะไร

ข้อคิด

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

แบบยินยอมรับการรักษา การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสาขาต่างๆกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ให้ผู้ป่วยลงนาม ถ้าเสมียนเป็นผู้ให้ลงนาม เสมียนไม่มีหน้าที่ในการให้ informed consent ผู้ป่วยถูก identify อย่างไรโดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิด ทารกได้รับการปกป้องอย่างไร

<u>บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา</u>

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆ อย่างครบถ้วน และมีการวางแผนดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

กระบวนการที่สำคัญ

- การประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกาย
- การตรวจวินิจฉัย (investigation)
- การวินิจฉัยโรค
- การวางแผนดูแลรักษา
- การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด
- การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำ

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- กระบวนการในการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีการทบทวนและบันทึกอย่างไร มีใครเกี่ยวข้องบ้าง แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการให้เตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยและเข้าใจวิธีปฏิบัติใน รพ.หรือไม่
- บริการเอกซเรย์และชันสูตรสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะให้การรักษาในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
- (สัมภาษณ์พร้อมกับการดูเวชระเบียน) ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาและข้อจำกัดอะไรบ้าง ได้นำผลจากการประเมินผู้ป่วยไปใช้ในการวางแผนอะไร มีเป้าหมายการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้อย่างไร

ข้อคิด

การประเมินผู้ป่วยและการวางแผน มีความจำเป็นที่ รพ.จะต้องมีแผนการดูแลผู้ป่วยและมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ใครเป็นผู้ประเมิน ใครมีส่วนในการวางแผน พยาบาลมีสิ่งที่ทำได้มากเพื่อให้มั่นใจว่ามีการบันทึกที่จำเป็นในเวชระเบียน มีข้อมูลที่ควรได้รับการบันทึกก่อนที่จะไปห้องผ่าตัด แพทย์มักจะยุ่งมาก ไม่

ผิดอะไรที่พยาบาลจะเตือนแพทย์ว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้าห้องผ่าตัดแล้ว ยกเว้นข้อกำหนดบางอย่างที่กำหนดไว้ในนโยบายของ รพ.

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/การดูแลรักษาผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคคลที่เหมาะสม และมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ

กระบวนการที่สำคัญ

- การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- การดูแลรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบตามความเหมาะสม (การรักษา life/limb/function การรักษาเพื่อทุเลาอาการ การดูแลความสุขสบาย ยา อาหาร หัตถการ การป้องกันการติดเชื้อ)
- การจัดระบบเพื่อให้การดูแลรักษาที่ปลอดภัย
- การปฏิบัติตามแผนโดยบุคคลที่เหมาะสม
- การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและข้อพึงปฏิบัติ
- การประเมินผลเป็นระยะเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- หน่วยงานของท่านมีการเตรียมการเพื่อจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอย่างไร มีการทบทวนตรวจสอบความพร้อมในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างไร
- หน่วยงานของท่านมีกระบวนการในการรักษาเพื่อทุเลาอาการอย่างไร เช่น อาการปวดหลังผ่าตัด เป็นที่พอใจของผู้ป่วยหรือไม่
- ท่านสามารถให้ความอบอุ่นทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยได้ดีเพียงใด แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยพอใจหรือไม่ ท่านคิดว่าจะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างไร ท่านจะให้คะแนนตัวเองเท่าไร
- มีมาตรการอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่ายาที่เก็บไว้ในหอผู้ป่วยจะไม่เสื่อมสภาพหรือไม่หมดอายุ
- หน่วยงานของท่านมีมาตรการในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้ออย่างไร อัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยนี้เป็นเท่าไร ท่านพอใจกับระดับที่เป็นอยู่หรือไม่ มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไร
- หากผู้ป่วยตกเตียงจะทำอย่างไร ท่านมีวิธีการในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างไร
- กระบวนการในการประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษาเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ มีการทบทวนตรวจสอบความทันท่วงทีในการประเมินนี้อย่างไร

ข้อคิด

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

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยแต่ละคนมีบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน
- การออกแบบบันทึก
- แนวทางปฏิบัติในการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน
- การบันทึก
- การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนา

- เป้าหมายของเวชระเบียนคืออะไร ข้อมูลที่บันทึกไว้เพียงพอสำหรับเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่
- ถ้ามีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ท่านคิดว่าเวชระเบียนโดยทั่วไปมีข้อมูลเพียงพอที่จะยืนยันว่าท่านให้การดูแลอย่างมีคุณภาพหรือไม่
- เราสามารถดูแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา จากเวชระเบียนได้หรือไม่
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคหรือแผนการรักษา จะสามารถหาคำอธิบายจากบันทึกเวชระเบียนได้หรือไม่
- แพทย์คาดหวังอะไรจากบันทึกของพยาบาล พยาบาลคาดหวังอะไรจากบันทึกของแพทย์ มีการปรับบันทึกของแต่ละวิชาชีพเพื่อให้วิชาชีพได้ใช้ประโยชน์อย่างไร
- ข้อมูลที่อยู่ในเวชระเบียนเพียงพอหรือไม่สำหรับการประเมินคุณภาพของการดูแลรักษา

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

ความมุ่งหมายของมาตรฐาน

- ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

กระบวนการที่สำคัญ

- การวางแผนผู้ป่วย
- การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นการพัฒนาต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยกลุ่มได้บ้างที่จะได้รับประโยชน์จากการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยมาถึง รพ. มีการเตรียมตัวผู้ป่วยดังกล่าวอย่างไร
- มีการค้นหาปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างไร ปัญหาอะไรที่พบบ่อย เมื่อพบแล้วมีวิธีการดำเนินการอย่างไร

ภาคผนวก: ตัวอย่างการเยี่ยมสำรวจของ JCAHO

กำหนดการ survey แบบ 3 วันโดย surveyor 3 คน

วันที่ 1		
Surveyor **ทุกคน**		
0830-0845 เปิดประชุม (ผู้อำนวยการ, ผู้ประสานงาน)		
0845-0915 นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (ผู้นำระดับสูง, สมาชิกสภาคุณภาพหรือทีมประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, ผู้จัดการ/ผู้ประสานงานคุณภาพ)		
0915-1100 ทบทวนเอกสาร (เจ้าหน้าที่ รพ.ซึ่งคุ้นเคยกับเอกสาร)		
1100-1200 สัมภาษณ์ผู้นำ (ผู้อำนวยการ, ประธานกรรมการ รพ., ประธานแพทย์, หัวหน้าพยาบาล, ผู้จัดการ/ผู้ประสานงานคุณภาพ)		
1200-1300 อาหารกลางวัน		
แพทย์	**พยาบาล**	**นักบริหาร**
1300-1500 เยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย 1 (หัวหน้าหน่วย และทีมสหสาขา)		1300-1400 เยี่ยมหน่วยเวช.ฟื้นฟู (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, หน.หน่วยบริการทุกหน่วย, พยาบาลฟื้นฟู)
1500-1600 เยี่ยมหน่วยวิสัญญี (หัวหน้าหน่วย และสาขาอื่นที่ให้บริการผู้ป่วยในหน่วยนั้น)		1400-1600 ดูอาคารสถานที่ (หน.หน่วยอาคาร, ผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัย, หน.วิศวกร; ให้หน.โภชนาการ, บรรณารักษ์ และหน.เภสัช อยู่ที่หน่วยของตนเอง
Surveyor **ทุกคน**		
1600-1630 ประชุมสรุปภายในทีม survey		

วันที่ 2		
Surveyor **ทุกคน**		
0800-0830 สรุปประจำวัน (ผู้อำนวยการ, ผู้ประสานงาน, ประธานแพทย์, หัวหน้าพยาบาล, ผู้จัดการ/ผู้ประสานงานคุณภาพ)		
แพทย์	**พยาบาล**	**นักบริหาร**
0830-1030 เยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย 2 (หัวหน้าหน่วย และทีมสหสาขา)		0830-1000 เอกสารสิ่งแวดล้อม (เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย, วิศวกร, ประธานกรรมการความปลอดภัย)
1030-1115 สัมภาษณ์ Medical Staff Credential (ประธานแพทย์, ผอ.แพทย์, ผู้แทนแพทย์)	1030-1115 การควบคุมการติดเชื้อ (ผู้ประสานงานควบคุมการติดเชื้อ, ตัวแทนองค์กรแพทย์)	1000-1100 สัมภาษณ์ระบบการวางแผนและการจัดสรรทรัพยากร (ผอ., รอง ผอ., จนท.การเงิน, จนท.แผน, ผู้ประสานงานคุณภาพ)
1115-1200 สัมภาษณ์การนำองค์กรแพทย์ (ประธานแพทย์, ผอ.แพทย์, ผู้ประสานงานแพทย์, แพทย์ซึ่งรับผิดชอบกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, ผู้ประสานงานคุณภาพ)	1115-1200 การนำพยาบาล	1100-1200 ระบบสารสนเทศ
1200-1300 อาหารกลางวันร่วมกับคณะแพทย์	1200-1300 อาหารกลางวัน	
แพทย์ และ พยาบาล		**นักบริหาร**
1300-1500 เยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย 3 (หัวหน้าหน่วย และทีมสหสาขา)		1300-1500 เยี่ยมหน่วยเภสัชกรรม
1500-1600 เยี่ยมหน่วยพยาธิ (หัวหน้าหน่วยและทีม	1500-1600 เยี่ยมหน่วยอุบัติเหตุ (แพทย์และพยาบาลหัวหน้าหน่วยและทีม)	1500-1600 เยี่ยมหน่วยสังคมสงเคราะห์/เวชกรรมสังคม
Surveyor **ทุกคน**		
1600-1630 ประชุมสรุปภายในทีม survey		

<table>
<tr><th colspan="3">วันที่ 3</th></tr>
<tr><td colspan="3">Surveyor ทุกคน</td></tr>
<tr><td colspan="3">0800-0830 สรุปประจำวัน (ผู้อำนวยการ, ผู้ประสานงาน, ประธานแพทย์, หัวหน้าพยาบาล, ผู้จัดการ/ผู้ประสานงานคุณภาพ)</td></tr>
<tr><td>แพทย์</td><td>พยาบาล</td><td>นักบริหาร</td></tr>
<tr><td colspan="2">0830-0930 สัมภาษณ์ระบบเวชระเบียน (หน.เวชระเบียน, วิชาชีพที่บันทึกเวชระเบียน, กก.เวชระเบียน)</td><td>เยี่ยมหน่วยสุขศึกษา</td></tr>
<tr><td>0930-1030 เยี่ยมหน่วยรังสีวิทยา</td><td colspan="2">0930-1030 สัมภาษณ์ระบบทรัพยากรบุคคล (หน.แผนกบุคคล, หน.หน่วยฝึกอบรม, ผู้ที่มีความรู้ด้านการประเมินความสามารถของพยาบาล)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Surveyor ทุกคน</td></tr>
<tr><td colspan="3">1030-1200 สัมภาษณ์ทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ (สมาชิกสภาคุณภาพหรือทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ, ผู้จัดการ/ผู้ประสานงานคุณภาพ)</td></tr>
<tr><td colspan="3">1200-1300 อาหารกลางวัน</td></tr>
<tr><td colspan="3">1300-1500 ประชุมสรุปภายในทีม survey</td></tr>
<tr><td colspan="3">1515-1615 สรุปผลให้แก่ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ, ประธานกก.รพ., ประธานแพทย์, หัวหน้าพยาบาล, ผู้จัดการ/ผู้ประสานงานคุณภาพ)</td></tr>
</table>

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	-เวลามีความสำคัญมาก ขอให้เริ่มทันทีเมื่อถึงเวลา -เตรียมที่จะพูดคุยเรื่องการปรับกำหนดการถ้าจำเป็น -ผู้นำทีม survey จะเป็นทรัพยากรที่เป็นประโยชน์สำหรับ รพ. ที่จะช่วยทำความกระจ่างในข้อสงสัยต่างๆ
ข้อควรรู้	รพ.ไม่ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตบริการ เพราะทีม survey จะได้รับข้อมูลมาก่อนแล้วและในขั้นตอนการทบทวนเอกสาร

1.2 การนำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ
(Performance 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, วิธีการปรับจาก QA มาเป็น PI, สรุปผลการพัฒนาที่เห็นชัดเจน
เอกสารที่ใช้	แผนภูมิแสดงโครงสร้างของคณะกรรมการหรือกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และสายการติดต่อสื่อสาร
เคล็ดลับ	การใช้ flowchart หรือแผนภูมิอาจจะช่วยให้อธิบายกิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ง่ายขึ้น
ข้อควรรู้	-กิจกรรมนี้เป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมอื่นๆ ของการ 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	-รพ.ควรจัดเตรียมเอกสารไว้เป็นกลุ่มตามระบบงานต่างๆ โดยมีเอกสารพื้นฐานตามข้อกำหนดในมาตรฐาน รวมทั้งธรรมนูญขององค์กรแพทย์/โรงพยาบาล -หัวหน้าทีม surveyor จะถามผู้ประสานงานเกี่ยวกับวิธีจัดระบบเอกสาร ถามหาเอกสารบางเรื่อง ขอให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อต้องการ ส่วนใหญ่จะดูกันเอง -surveyors แต่ละคนจะอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องกับส่วนที่ตนเองต้องรับผิดชอบ จดบันทึกไว้อ้างอิงภายหลัง 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, ซักถามประเด็นที่ได้จากการทบทวนเอกสาร, 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 ทุกคนจะมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันเพื่อให้เห็นว่าไม่มีองค์ประกอบใดสำคัญกว่าอันอื่น
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	ควรลองซ้อมสัมภาษณ์ก่อนวันจริง, จำกัดผู้เข้าประชุมให้น้อยที่สุด, ให้เน้นว่าผู้นำอาวุโสวางแผนงานร่วมกันอย่างไรในการให้บริการและการบริหาร
ข้อควรรู้	อย่ามุ่งหวังว่าจะได้รับข้อแนะนำจาก surveyor ในขั้นตอนนี้, คำตอบในขั้นตอนนี้ surveyor จะนำไปประกอบกับข้อมูลอื่นๆ เพื่อประเมินระดับคะแนน

2.2 **การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย** (Visit to Patient Care Settings)

คืออะไร	เป็นการเยี่ยมจุดที่ให้การดูแลผู้ป่วย
เป้าหมาย	เพื่อศึกษาการนำ การพัฒนาคุณภาพ และการร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ
สถานที่	จุดที่ให้การดูแลผู้ป่วย
เวลา	ตามกำหนดการ
ผู้เข้าร่วม	หัวหน้าหน่วย, ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องทุกวิชาชีพ
เกิดอะไร	-หัวหน้าหน่วยงานแนะนำให้รู้จักหน่วยงาน ขอบเขตและปริมาณบริการ -การสังเกตดูบรรยากาศของการดูแลผู้ป่วย -การประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่และทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ใกล้จะจำหน่าย -การสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว
เอกสารที่ใช้	เวชระเบียนผู้ป่วยที่กำลังดูแลรักษาอยู่
เคล็ดลับ	-การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการทุกวิชาชีพมีความจำเป็นมาก -การทบทวนเวชระเบียนจะเน้นเวลาที่ลงบันทึก, การประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน -อย่าเลือกผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ให้ surveyor เป็นผู้เลือกเอง -surveyor จะไม่ดูเอกสารคู่มือจำนวนมาก แต่อาจจะขอดูในบางเรื่องหลังจากการสนทนา -ให้เตรียมการที่จะสนทนาเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่กำลังทำหรือจะทำ
ข้อควรรู้	ในขณะที่ไปเยี่ยมหน่วยหนึ่งก็จะสนทนาถึงบริการอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย, สิ่งที่พบจากการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยจะกลายเป็นจุดเน้นในการสัมภาษณ์ระบบงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยดูแลผู้ป่วยที่มีการเยี่ยม

ผู้ป่วยนอก

บริการวิสัญญี

บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

บริการรังสีวิทยา

บริการผู้ป่วยใน

บริการพยาธิวิทยา

บริการเวชกรรมฟื้นฟู

2.3 **การสัมภาษณ์ตามระบบงาน/หน้าที่** (Function Interviews)

ระบบงาน/หน้าที่ ที่จะมีการสัมภาษณ์

การให้ความรู้/สุขศึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

จริยธรรม

ความต่อเนื่องของการดูแล

การใช้ยา

โภชนาการ

การระงับความรู้สึก การผ่าตัด และหัตถการที่ invasive

การควบคุมการติดเชื้อ

การบริหารสารสนเทศ

ทรัพยากรบุคคล

Medical staff credential

ระบบการดูแลผู้ป่วย

ทีมพัฒนาคุณภาพ

ทีมประสานงานการพัฒนาคุณภาพ

2.3.1 การให้ความรู้/สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์บุคคลซึ่งรับผิดชอบในการวางแผน ออกแบบ กำหนดเนื้อหา ดำเนินการและประเมินผล แผนงานการให้ความรู้/สุขศึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
เป้าหมาย	เพื่อประเมินว่า รพ.วางแผนและจัดบริการให้ความรู้/สุขศึกษา ได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพียงใด
สถานที่	ที่หน่วยงานรับผิดชอบเรื่องการให้ความรู้/สุขศึกษา
เวลา	ในวันแรกหรือวันที่ 2, จะมีเฉพาะ รพ.ที่ใช้เวลา survey ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป
ผู้เข้าร่วม	นักสุขศึกษา, ประธานคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง, เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ รพ.กำหนด, surveyor ที่เป็นนักบริหาร
เกิดอะไร	Surveyor จะถามเกี่ยวกับการวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรสำหรับบริการสุขศึกษา, การค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว, การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆในการจัดบริการสุขศึกษา, การจัดลำดับความสำคัญงานที่ต้องทำ
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	ประเด็นเรื่องสุขศึกษาอาจจะถูกหยิบยกมาคุยระหว่างการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย, การสัมภาษณ์ผู้นำและการสัมภาษณ์ระบบงานอื่นๆด้วย

2.3.2 **การสัมภาษณ์ด้านจริยธรรม** (Ethics Interview)

คืออะไร	เป็นการประเมินว่า รพ. ให้ความสนใจกับประเด็นจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการให้บริการเพียงใด
เป้าหมาย	เพื่อประเมินความใส่ใจต่อประเด็นจริยธรรม, การปฏิบัติตามมาตรฐานด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	จะแยกสัมภาษณ์เฉพาะ รพ.ที่ใช้เวลา survey ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป ถ้าเวลาน้อยกว่านี้จะรวมไว้กับการสัมภาษณ์การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร, การสัมภาษณ์ผู้นำ, การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย
ผู้เข้าร่วม	เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง, ผู้แทนผู้ป่วย
เกิดอะไร	Surveyor จะถามเกี่ยวกับกระบวนการที่ใช้เกี่ยวกับประเด็นด้านจริยธรรม, การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ, การจัดการกับความขัดแย้งในด้านวัฒนธรรม/ศาสนาของผู้ให้บริการ, การวัด ประเมิน และปรับปรุงกระบวนการด้านจริยธรรม
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	ถ้ามีคณะกรรมการจริยธรรม ควรให้กรรมการคนสำคัญเข้าร่วมด้วย, ถ้าไม่มีกรรมการ ควรให้เจ้าหน้าที่ซึ่งรู้เรื่องดีและสามารถเล่ากระบวนการทำงานในเรื่องนี้ได้มาเข้าร่วม
ข้อควรรู้	

2.3.3 **การสัมภาษณ์ความต่อเนื่องในการดูแล** (Continuum of Care Interview)

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์บุคคลซึ่งรับผิดชอบการให้บริการต่อเนื่อง
เป้าหมาย	เพื่อประเมินว่า รพ.วางแผนและให้บริการต่อเนื่องอย่างไร เป็นตัวเสริมการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน และกิจกรรมอื่นๆ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	ในเช้าวันที่ 2 เฉพาะ รพ.ที่มีเวลา survey ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป, ถ้าเวลาน้อยกว่านี้จะรวมเข้ากับการทบทวนเอกสาร, การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย, การสัมภาษณ์ผู้นำ, การสัมภาษณ์ระบบการดูแลผู้ป่วย
ผู้เข้าร่วม	ผู้แทนจากฝ่ายบริหารซึ่งจะต้องให้การสนับสนุน, ผู้แทนแพทย์และพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายและการประสานงาน, นักสังคมสงเคราะห์, ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำ clinical pathway (ถ้ามีการใช้), ผู้แทนจากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง, surveyor ที่เป็นพยาบาล
เกิดอะไร	ประเด็นที่จะพูดคุยกันได้แก่ นโยบาย/วิธีปฏิบัติ/หลักเกณฑ์ ที่ใช้ในการดูแลต่อเนื่อง, ปัญหาในการนำไปปฏิบัติ, การปฏิบัติตามมาตรฐาน, กิจกรรมพัฒนา
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	-พิจารณากระบวนการประเมินผู้ป่วย การให้ความรู้ การวางแผนจำหน่าย และการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายที่มีอยู่ -เตรียมนำเสนอการดูแลผู้ป่วยที่ต้องผ่านไปในจุดบริการต่างๆ เช่น จากหน่วยอุบัติเหตุ ไปหอผู้ป่วยวิกฤติ จนกลับบ้าน มีหลักประกันว่าจะมีการสื่อสารที่ดีระหว่างจุดบริการต่างๆอย่างไร ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างไร -
ข้อควรรู้	

2.3.4 การสัมภาษณ์การใช้ยา/การดูแลด้านโภชนาการ

คืออะไร	Surveyor ทั้ง 3 คน จะประเมิน performance ของ รพ. ในเรื่องการใช้ยาและการดูแลด้านโภชนาการ (ทั้งทางหลอดเลือดและทางปาก)
เป้าหมาย	เพื่อประเมินการสื่อสารระหว่างผู้เกี่ยวข้องในการใช้ยาและการดูแลด้านโภชนาการ, กระบวนการในการให้อาหารทางหลอดเลือดหรือทางสายยาง, กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	ในวันที่ 2 เฉพาะ รพ.ที่มีเวลา survey ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป, ถ้าเวลาน้อยกว่านี้จะรวมอยู่ในการสัมภาษณ์ระบบการดูแลผู้ป่วย
ผู้เข้าร่วม	หน.หน่วยโภชนาการ, แพทย์ที่เกี่ยวข้อง, หน.หน่วยเภสัชกรรม, เจ้าหน้าที่ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทบทวนการใช้ยา, ประธานกรรมการและกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ. กำหนด, surveyor ทุกคน
เกิดอะไร	ประเด็นที่จะพูดคุยกันได้แก่ สิ่งที่เกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลด้านโภชนาการ, ประเด็นที่พบจากการทบทวนเอกสารและการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย, ความพยายามในการประเมินและปรับปรุงการใช้ยาและการดูแลด้านโภชนาการ, ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง
เอกสารที่ใช้	ไม่มี (surveyor ได้ดูในขั้นตอนการทบทวนเอกสารและจากเวชระเบียนแล้ว)
เคล็ดลับ	แม้มาตรฐานจะไม่ได้กำหนดไว้ว่าจะต้องมีคณะกรรมการอะไรบ้าง แต่ รพ.ควรจะให้ผู้แทนของคณะกรรมการที่มีอยู่มาเข้าร่วม เช่น กก.ทบทวนการใช้ยาต้านจุลชีพ, กก.ควบคุมการใช้ยาทดลอง
ข้อควรรู้	

2.3.5 การสัมภาษณ์การระงับความรู้สึก การผ่าตัด และหัตถการที่ invasive

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์ผู้แทนที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก การผ่าตัด และหัตถการที่ invasive อื่นๆ
เป้าหมาย	เพื่อประเมิน performance ของการผ่าตัดและหัตถการที่ invasive
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด จุดเน้นคือ uniform performance ของการดูแลผู้ป่วย
เวลา	เฉพาะ รพ.ที่มีเวลา survey ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป หลังจากที่ได้ไปเยี่ยมห้องผ่าตัดและจุดที่มีการทำหัตถการที่ invasive หอผู้ป่วยศัลยกรรม, ถ้าเวลาน้อยกว่านี้จะรวมอยู่ในการสัมภาษณ์ระบบการดูแลผู้ป่วย
ผู้เข้าร่วม	หน.แผนกวิสัญญี, หน.แผนกศัลยกรรม, หน.ห้องผ่าตัด, หน.ห้องพักฟื้น, หน.หน่วย endoscope, เจ้าหน้าที่ invasive radiology, หน.หน่วยเภสัชกรรม, เจ้าหน้าที่ในจุดที่มีการให้บริการระงับความรู้สึก, เจ้าหน้าที่อื่นๆที่ รพ.กำหนด, surveyor ที่เป็นแพทย์และพยาบาล
เกิดอะไร	Surveyor จะเป็นผู้เลือกประเด็นจากกิจกรรมการ surveyor ที่ผ่านมาก่อนหน้านี้
เอกสารที่ใช้	ไม่มี (surveyor ได้ดูในขั้นตอนการทบทวนเอกสารแล้ว)
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	

2.3.6 การสัมภาษณ์การควบคุมการติดเชื้อ

คืออะไร	เป็นการประเมินว่ามีการประสานกิจกรรมการควบคุมการติดเชื้อใน รพ.อย่างไร
เป้าหมาย	เพื่อประเมินกระบวนการที่ใช้ในการจัดทำแผนควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวัง, การลดอัตราการติดเชื้อ, การพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง, การพัฒนาคุณภาพ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	**ในช่วงท้ายของการ survey** หลังจากที่ surveyor ได้รับข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร, การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย
ผู้เข้าร่วม	ผู้รับผิดชอบแผนงานควบคุมการติดเชื้อ, เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการนำแผนไปปฏิบัติ, 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	

2.3.7 การสัมภาษณ์การบริหารระบบสารสนเทศ

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยง การบริหาร และการใช้สารสนเทศโรงพยาบาล
เป้าหมาย	เพื่อประเมินกระบวนการวางแผนและแนวทางการบริหารระบบสารสนเทศ, การประเมินความต้องการใช้สารสนเทศและแผนที่จะตอบสนองความต้องการ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	เมื่อไรก็ได้ ใน รพ.ที่มีเวลา survey 2 วันจะรวมอยู่ในการวางแผนและการจัดสรรทรัพยากร
ผู้เข้าร่วม	หน.หน่วยสารสนเทศ, หน.เวชระเบียน, บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง, surveyor ที่เป็นนักบริหาร
เกิดอะไร	Surveyor จะทำประเด็นที่พบจากการทบทวนเอกสาร การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย และการสัมภาษณ์ผู้นำ มาสนทนากับผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของ รพ.
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	-อย่าให้ความสนใจแต่เรื่องคอมพิวเตอร์จนละเลยสารสนเทศประเภทอื่นๆ และการประมวลข้อมูลเป็นภาพรวม -นำผู้ที่รู้เรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลทางด้านการเงิน การใช้ทรัพยากร และคลินิก เข้ามาร่วมด้วย
ข้อควรรู้	

2.3.8 การสัมภาษณ์ด้านทรัพยากรบุคคล

คืออะไร	เป็นการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
เป้าหมาย	เพื่อทบทวนแนวทางการกำหนดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่, การปฐมนิเทศ ฝึกอบรม ให้แก่เจ้าหน้าที่, กระบวนการจัดหาเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย, การประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่ของผู้ที่ไม่มี clinical privilege, ประเด็นที่เป็นปัญหาซึ่งค้นพบจากกิจกรรม survey อื่นๆ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด, ควรมีสถานที่เพียงพอสำหรับการทบทวนเอกสาร
เวลา	**มักจะเป็นช่วงบ่ายของวันก่อนวันสุดท้าย**ของการ survey
ผู้เข้าร่วม	หน.หน่วยบริหารบุคคล, ผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการฝึกอบรม, นักวิชาการที่ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ.กำหนด, surveyor ขึ้นกับเวลาและจำนวน surveyor อาจจะเป็นทุกคน หรือเฉพาะแพทย์กับพยาบาล หรือเฉพาะพยาบาล
เกิดอะไร	เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ การจัดหาเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพให้เพียงพอและการประเมินผลการปฏิบัติงาน
เอกสารที่ใช้	รายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในภาพรวม และแฟ้มประวัติเจ้าหน้าที่ซึ่ง surveyor จะกำหนดให้หลังจากการทบทวนเอกสารและการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	-Surveyor จะต้องการทราบว่า รพ.ใช้มาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้เพื่อการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างไร -การสัมภาษณ์นี้ไม่ได้มุ่งเน้นที่แผนกบุคคล แต่เป็นการดูภาพรวมของการจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลของ รพ.

2.3.9 Medical Staff Credential Interview

คืออะไร	เป็นการทบทวน credential file ของแพทย์บางคน
เป้าหมาย	เพื่อประเมินกระบวนการ credentials review และการกำหนด clinical privilege
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	**ตอนท้ายของการ survey** ก่อนที่จะสัมภาษณ์การนำองค์กรแพทย์
ผู้เข้าร่วม	ประธานแพทย์, ผอ.แพทย์, ผู้ประสานงานแพทย์, ผู้แทน กก. credentials, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ. กำหนด, surveyor ที่เป็นแพทย์
เกิดอะไร	Surveyor จะเลือกรายชื่อแพทย์หรือกลุ่มแพทย์ที่จะขอทบทวนเพื่อให้จัดเตรียมแฟ้มข้อมูล
เอกสารที่ใช้	Credential file ของแพทย์
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	การชี้บ่งแฟ้มของแพทย์คนใดไม่ได้หมายความว่าแพทย์คนนั้นมีปัญหา เป็นเพียงการให้โอกาส surveyor ในการประเมินกระบวนการ credential & privilege

2.3.10 การสัมภาษณ์ระบบดูแลผู้ป่วย

คืออะไร	เป็นการที่ surveyor เลือกประเด็นสำคัญที่พบระหว่างการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย ขึ้นมาสนทนากับผู้รับผิดชอบ
เป้าหมาย	เพื่อสนทนาในประเด็นที่ยังไม่มีคำตอบเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย และกระบวนการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ, เพื่อสรุปสิ่งที่พบเกี่ยวกับการวัด การประเมิน และการปรับปรุงคุณภาพ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	หลังจากที่ได้ไปเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยครบแล้ว ก่อนที่จะสัมภาษณ์ทีมผู้ประสานงานคุณภาพ
ผู้เข้าร่วม	หน.แผนกวิสัญญีและศัลยกรรม, หน.หน่วยเภสัชกรรม, หน.หน่วยโภชนาการ, ประธานกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา, ผู้แทนฝ่ายบริหาร, ผู้แทนพยาบาล, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ.กำหนด, surveyor ทุกคน
เกิดอะไร	อาจจะใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นฐานในการพูดคุยประเด็นที่ยังไม่มีข้อสรุป, อภิปรายระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ขึ้นกับสิ่งที่ surveyor พบ
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	สำหรับการ survey ที่ใช้เวลา 2 และ 3 วัน การสัมภาษณ์นี้จะทดแทนการสัมภาษณ์อื่น เช่น การใช้ยาและการดูแลด้านโภชนาการ ความต่อเนื่องของการดูแล

2.3.11 การสัมภาษณ์ทีมพัฒนาคุณภาพ

คืออะไร	
เป้าหมาย	เพื่อศึกษาการทำงานของทีมสหวิชาชีพซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	ในช่วงท้ายของการ survey ก่อนการสัมภาษณ์ทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ
ผู้เข้าร่วม	สมาชิกของทีมพัฒนาคุณภาพที่ได้รับเลือก, เจ้าหน้าที่อื่นที่รพ.กำหนด, surveyor 1 คนต่อ 1 ทีม
เกิดอะไร	-ผู้ประสานงานของ รพ.จะเป็นผู้เลือกทีม ให้มีทั้งทีมที่อยู่ในขั้นเริ่มต้น ที่ดำเนินการไปครึ่งหนึ่งของโครงการ และที่ทำเสร็จแล้วหรือใกล้เสร็จ -ทีมพัฒนาคุณภาพจะนำเสนอโครงการ ความจำเป็น การเลือกสมาชิกของทีมและการฝึกอบรม ความคืบหน้าของการทำงาน และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิด
เอกสารที่ใช้	เอกสารความก้าวหน้าของทีมพัฒนาคุณภาพ
เคล็ดลับ	-ในการระบุชื่อโครงการพัฒนาคุณภาพในแบบสอบถามก่อน survey ให้ระบุโครงการที่จะมีผลต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย -สมาชิกของทีมควรรับรู้โครงการทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ -นำเสนอภาพแผนภูมิที่ทีมได้จัดทำขึ้นระหว่างการทำโครงการ
ข้อควรรู้	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้จะช่วยกำหนดประเด็นในการสัมภาษณ์ทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ และเข้าใจว่า รพ.มีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างไร

2.3.12 **สัมภาษณ์ทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ**

คืออะไร	เป็นกิจกรรมประเมินอันสุดท้าย มุ่งเน้นที่มาตรฐานการนำและการพัฒนาคุณภาพของ รพ.
เป้าหมาย	เพื่อทบทวนว่า รพ.มีการจัดลำดับความสำคัญของการวัด และการพัฒนาคุณภาพอย่างไร กิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ผลเพียงใด มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างไร กิจกรรมที่ทำสะท้อนแนวทางการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมอย่างไร แพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างไร
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	เช้าวันสุดท้ายของการ 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 การสัมภาษณ์และการเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย

2.4 การสัมภาษณ์ผู้นำ

2.4.1 ผู้อำนวยการ/การวางแผนยุทธศาสตร์และการจัดสรรทรัพยากร

คืออะไร	เป็นการพบกับผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การบริหารการวางแผนยุทธศาสตร์และการจัดสรรทรัพยากร
เป้าหมาย	เพื่อประเมินบทบาทของผู้นำในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ และการจัดสรรทรัพยากร, เพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่ององค์กรบริหารสูงสุดและเรื่องการบริหาร
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	**ในช่วงท้ายของการ** survey หลังจากที่เยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วยและเดินดูอาคารสถานที่แล้ว เพื่อให้ surveyor มีความคุ้นเคยกับ รพ.ในภาพรวม
ผู้เข้าร่วม	ผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการ, หัวหน้าการเงิน, เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ.กำหนด, surveyor ที่เป็นนักบริหาร
เกิดอะไร	เป็นการสนทนาในประเด็นเรื่องการวางแผนยุทธศาสตร์ การจัดสรรทรัพยากร และการวางแผนลงทุน รวมทั้งประเด็นเรื่องจริยธรรม การบริหารสารสนเทศ องค์กรบริหารสูงสุด และการบริหารอื่นๆ
เอกสารที่ใช้	สรุปงบประมาณประจำปี รวมทั้งคำขอเกี่ยวกับระดับเจ้าหน้าที่จากแผนกต่างๆ
เคล็ดลับ	การทำแผนยุทธศาสตร์ควรพิจารณาประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับด้วย
ข้อควรรู้	การสัมภาษณ์นี้จะเน้นที่การจัดทำงบประมาณในภาพรวม และกระบวนการรับรอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวกับการวางแผน การจัดสรรทรัพยากรเฉพาะเรื่องจะถูกหยิบยกมาพูดคุยในส่วนย่อยแต่ละส่วนแล้ว

2.4.2 **การสัมภาษณ์การนำองค์กรแพทย์** (Medical Staff Leadership Interview)

คืออะไร

เป้าหมาย	เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของแพทย์ในการให้บริการ การบริหารองค์กร การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติตามมาตรฐาน
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	วันเดียวกับการสัมภาษณ์ medical staff credential และการประชุมร่วมกับแพทย์
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	
ข้อควรรู้	กิจกรรมนี้เป็นการประเมิน ไม่ใช่การให้คำแนะนำ อย่างไรก็ตามอาจจะมีการให้คำแนะนำได้ถ้ามีเวลา

2.4.4 **การสัมภาษณ์หัวหน้าแผนก** (Hospital Department Directors Interview)

คืออะไร

เป้าหมาย	เพื่อประเมินความรับผิดชอบของหัวหน้าแผนกต่างๆ บทบาทของแผนกต่างๆในการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพ
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด
เวลา	ในวันที่ 2 หรือ 3
ผู้เข้าร่วม	หัวหน้าแผนกรับผู้ป่วย, อาคารสถานที่, การเงิน, รักษาความสะอาด, ทรัพยากรบุคคล, ควบคุมการติดเชื้อ, พยาบาล, โภชนาการ, พัฒนาคุณภาพ, เภสัชกรรม, พัสดุ, สังคมสงเคราะห์, surveyor ที่เป็นนักบริหาร (ไม่ต้องมีแพทย์เข้าร่วม)
เกิดอะไร	surveyor จะใช้ประเด็นที่พบระหว่างการทบทวนเอกสาร, การเยี่ยมหน่วยดูแลผู้ป่วย และการสัมภาษณ์จาก surveyor ทุกคน มาสนทนา
เอกสารที่ใช้	ไม่มี
เคล็ดลับ	-หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วยควรเข้าร่วมเพื่อให้ surveyor เห็นภาพว่าผู้นำมีความรับผิดชอบต่องานขององค์กรร่วมกันอย่างไร -หัวหน้าหน่วยงานจะต้องพร้อมที่จะนำเสนอการนำมาตรฐานเรื่องการนำไปปฏิบัติ

ข้อควรรู้

2.5 กิจกรรมประเมินอื่นๆ

2.5.1 การตรวจเยี่ยมอาคารสถานที่

คืออะไร	
เป้าหมาย	-เพื่อให้ surveyor เกิดความคุ้นเคยกับแผนงานด้านความปลอดภัย การกำจัดของเสีย ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน และระบบสาธารณูปโภค ก่อนที่จะไปทบทวนเอกสารเรื่องสิ่งแวดล้อมของการดูแลผู้ป่วย -เพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และไม่ต้องการการเยี่ยมอย่างเป็นทางการ
สถานที่	
เวลา	ในช่วงต้นๆของการ survey ก่อนการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และการสัมภาษณ์การวางแผน/จัดสรรงบประมาณ
ผู้เข้าร่วม	หน.หน่วยอาคารสถานที่, เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย, วิศวกร, เจ้าหน้าที่อื่นที่ รพ.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 การเยี่ยมบริการเภสัชกรรม

คืออะไร	
เป้าหมาย	-เพื่อประเมินกระบวนการจัดเตรียมยารวมทั้ง chemotherapeutic agent และ parenteral nutrition -เพื่อประเมินการเข้าถึงเภสัชสนเทศ
สถานที่	ในหน่วยบริการเภสัชกรรม
เวลา	ในวันที่ 2 ของการ survey หรือเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจเยี่ยมอาคารสถานที่หากเป็นการ survey 2 วัน จะมีการเยี่ยมก่อนการสัมภาษณ์ระบบการให้ยาและระบบการดูแลผู้ป่วย
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	ผลลัพธ์ของการทบทวนอาจจะเป็นประเด็นที่จะต้องมีการสนทนาในการสัมภาษณ์ผู้นำ และทีมประสานงานการพัฒนาคุณภาพ, การนำเสนอในที่ประชุมสรุปประจำวัน, การนำข้อมูลไปสรุปรวมกับข้อมูลอื่นๆ และการรายงานสรุปในขั้นตอนสุดท้าย

ตอนที่ 3 กิจกรรม Survey อื่นๆ

3.1 การสรุปผลประจำวัน (Daily Briefing)[1]

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 เวลา 0815-0845
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	

[1] พรพ.ได้ทดลองทำกิจกรรมนี้ และเห็นว่าไม่เป็นประโยชน์จึงได้ตัดออกไปแล้ว

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 JCAHO 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.ได้มีโอกาสร่วมเสนอข้อมูลเหล่านั้น
สถานที่	ตามที่ รพ.กำหนด อาจจะเป็นภายใน รพ. หรือสถานที่ใกล้เคียง
เวลา	ในช่วงต้นๆของการ survey มักจะเป็นบ่ายวันแรก
ผู้เข้าร่วม	ผู้แทนของ รพ., บุคคลที่ได้รับทราบประกาศเชิญชวนและต้องการให้ข้อมูล
เกิดอะไร	-รพ.จะต้องประกาศให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และผ่านสื่อต่างๆ ก่อนวัน survey 4 สัปดาห์ และผู้ที่ต้องการให้ข้อมูลจะต้องแจ้งให้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนวัน survey ไม่น้อยกว่า 5 วัน -ระยะเวลาที่ใช้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ไม่ได้เป็น interactive meeting แต่เป็นการรับข้อมูลด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร
เอกสารที่ใช้	
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	

3.4 การประชุมทีม Survey

คืออะไร	
เป้าหมาย	เพื่อแลกเปลี่ยนสิ่งที่ surveyor แต่ละคนได้พบมา, วิเคราะห์แนวโน้ม แบบแผน, เปลี่ยนแปลงกำหนดการ, กำหนดประเด็นที่ต้องการการเจาะลึกเพิ่มเติม
สถานที่	ในห้องสำหรับการทบทวนเอกสารซึ่งเป็นที่ทำงานของ surveyor
เวลา	ทุกวันยกเว้นวันสุดท้าย เวลา 1600
ผู้เข้าร่วม	Surveyor ทุกคน
เกิดอะไร	ถ้าจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการ หรือต้องไปเยี่ยมหน่วยงานบางหน่วยซ้ำ หัวหน้าทีม surveyor จะอธิบายเหตุผลให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบ และจัดหาเวลาที่เหมาะสม
เอกสารที่ใช้	เอกสารที่ใช้ในการทบทวนเอกสาร
เคล็ดลับ	
ข้อควรรู้	กิจกรรมนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับการทำงานเป็นทีมของ 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)[2]

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	-ข้อมูลขณะนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น รพ.จะได้รับรายงานที่เป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในภายหลัง -รพ.อาจจะอัดเทปไว้เพื่อทบทวนประเด็นที่ได้พูดคุยกัน

[2] ประสบการณ์ในประเทศไทยจะไม่สามารถจำกัดจำนวนผู้เข้าประชุมได้ ทางโรงพยาบาลต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ได้รับทราบด้วย จึงต้องจัดแยกเป็นสอง session คือการพบกับผู้บริหารโดยเฉพาะเพื่อคุยในประเด็นที่มีความอ่อนไหว กับการรายงานผลให้ที่ประชุมใหญ่ได้รับทราบ