

การสังเกต Mock Survey โดยผู้เยี่ยมชมสำรวจของ JCI

การเปิดประชุม

หัวหน้าทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจเป็นผู้ดำเนินการในช่วงการเปิดประชุมทั้งหมด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จาก 0745-0800

1. เริ่มด้วยการกล่าวขอบคุณโรงพยาบาลที่เชิญผู้เยี่ยมชมสำรวจมา (Thank you for inviting us) ซึ่งในการทำ mock survey นี้จะมีทั้งการเยี่ยมชมสำรวจและการให้ความรู้ควบคู่ไปด้วย (provide educational service)

2. ขอให้ทีมงานของโรงพยาบาลแนะนำตัว (มีผู้เข้าประชุมใน session performance improvement เพียง 5 คนเท่านั้น) จากนั้นผู้เยี่ยมชมสำรวจแนะนำตัว โดยหัวหน้าทีมแนะนำเป็นคนสุดท้าย (มีการสร้างอารมณ์ขันโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจบางคน) กล่าวตามว่า ยินดีมากที่ทุกท่านมาอยู่ที่นี่ แม้ว่าอาจจะขัดจังหวะการทำงานไปบ้าง (Very please for you to be here, even though there may create some disruption)

3. ขอให้โรงพยาบาลนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลเพื่อเป็นการ orientation ให้แก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ (นำเสนออย่างรวดเร็วในเวลา 2 นาที โดยมี fact sheet ประกอบ)

4. สอบถามว่ามีการเปลี่ยนแปลงตารางการเยี่ยมชมสำรวจอะไรอีกหรือไม่

5. อธิบายหลักเกณฑ์การเยี่ยมชมสำรวจ (มีเอกสารแนวทางอยู่ในมือ)

- ถ้าผู้เยี่ยมชมสำรวจพบในสิ่งที่แตกต่างกัน เราจะอาศัย consensus ในคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- ถ้ามีสิ่งใดที่ถูกถามแล้วโรงพยาบาลเห็นว่าจำเป็นต้องปรับ สามารถปรับเปลี่ยนได้ทันที แต่จะไม่มีผลต่อคะแนน เราจะให้คะแนนตามสิ่งที่พบเห็นครั้งแรก
- การนำเสนอก่อนการสัมภาษณ์ทีมต่างๆ เป็นสิ่งที่ไม่ให้กระทำ (unacceptable for presentation) เนื่องจากใช้เวลามาก และผู้เยี่ยมชมสำรวจมี measurable element ถึง 900 ข้อที่ต้องตรวจสอบ การนำเสนอจะทำได้เฉพาะในช่วงแรกคือ session performance improvement เท่านั้น
- อาจจะมีบางช่วงที่เราถามเจาะลึก (drill down) ด้วยคำถามต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบคลุมมาตรฐานหลายๆ ข้อไปด้วยกัน ไม่ควรแปลความว่าผู้ตอบให้คำตอบที่ไม่ถูกต้อง
- เราไม่ได้ไปเยี่ยมหน่วยงานทุกหน่วยงาน แต่เราอาจจะสัมภาษณ์ทุกคนที่เราพบ แม้ว่าจะไม่ได้เยี่ยมหน่วยงานนั้น

- ในระหว่างการเยี่ยม ทีมงานสามารถถามคำถามกับผู้เยี่ยมสำรวจได้ แต่ขอให้รักษาเวลาประมาณ 5-10 นาทีก่อนที่จะถึงเวลาเยี่ยมหน่วยงานต่อไป ขอให้ escort ทำหน้าที่ผู้รักษาเวลาให้สัญญาณด้วย
- ในส่วนของ document review เป็นการ orientate ผู้เยี่ยมสำรวจว่าเราควรคาดหวังที่จะได้เห็นการปฏิบัติอย่างไร ขอให้หมีเอกสารอยู่ที่ทั้งในที่ทำงานและในห้องที่เราสามารถพบทวนได้ตลอดเวลา

6. เปิดโอกาสให้ผู้เยี่ยมสำรวจท่านอื่นได้กล่าวเพิ่มเติม เช่น ผู้เยี่ยมสำรวจที่เป็นแพทย์ กล่าวว่า เราให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของแพทย์เป็นอย่างมาก แต่คนอื่นก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน เราคาดหวังว่าแพทย์จะรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นที่โรงพยาบาลแม้ว่าจะไม่ได้ร่วมกิจกรรมนั้นโดยตรง

Performance Improvement Session (Presentation & Interview)

ช่วงนี้เป็นช่วงเดียวเท่านั้นที่โรงพยาบาลมีโอกาสนำเสนอ โดยให้เวลานำเสนอ 15 นาที และสัมภาษณ์ต่ออีก 45 นาที

การนำเสนอของ รพ.

- กล่าวถึง commitment to quality (guide by value of excellence)
- PI structure ซึ่งแยกเป็นสองส่วนคือ Clinical Practice Improvement Committee (CPIC) สำหรับแพทย์ และ Clinical Excellence Committee (CEC) สำหรับเจ้าหน้าที่อื่นๆ แพทย์จะทำ peer review โดยผ่าน clinical quality council และถ้ามีอะไรผิดปกติจะรายงานให้ CPIC
- Determining improvement priorities (อาศัยองค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เรียนรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นใน whole community, แผนยุทธศาสตร์, ความต้องการของชุมชน, ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีทั้งการสำรวจเชิงรุก และการใช้ข้อมูลจาก RM, ข้อคิดเห็นจากแพทย์และผู้ปฏิบัติงาน, ประเด็นที่ high volume/high risk/problem prone)
- PI Methodology – PSDA model
- CQI education/training (new employee orientation, new manager orientation, Just-in-Time training, QM newsletter, formal CQI course, computer education e.g. control chart training)

- Quality Initiative Example (patient safety, sentinel event RCA, proactive risk prevention, pain, code blue, pneumonia, service excellence, ORYX/core measure
- ORYX indicator (cardiac surgery mortality, general surgery mortality, medical mortality, postop hemorrhage/hematoma)
- Integration of ORYX data & CPI ตัวอย่างเช่น core measure คือ เรื่อง heart failure & pregnancy related complication -> สร้างทีม ให้ความรู้ทีม เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาโอกาสพัฒนา
- Patient safety overview (เริ่มด้วยทีมทบทวนเอกสารต่างๆ เพื่อเรียนรู้, นำเอา FMEA มาประยุกต์ใช้ในปี 1999, ทีมไม่ดูเฉพาะข้อมูลว่าเกิดอะไรขึ้น แต่ดูแบบแผนและแนวโน้ม เพื่อหา failure mode, governing body ทำหน้าที่ oversight, มีการทำ RCA สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแม้จะไม่ได้อยู่ในรายการที่ JC กำหนด, High priority คือการนำระบบสารสนเทศใหม่ที่เรียกว่า Care Connection เพื่อลด error ต่างๆ, current patient safety initiative: medication error, labour & delivery, NI, fall alarm เมื่อผู้ป่วยปีนข้ามไม้กั้นเตียง)
- Team “Pneumonia”
 - Plan: identify & diagnosis, select appropriate ATB, increase timeliness of ATB, use CPG to reduce variation
 - Do: Physician’s standing order to reduce variation, physician education, concurrent chart review, work with ER staff/physician on utilizing standing order/time criteria/ATB timing
 - Study: appropriateness of ATB selection (goal 70%), time to ATB (average baseline 4 hr, system goal 4 hr) นำเสนอด้วย chart
 - Act:
 - Success factor (physician involvement, buy-in at onset, physician standing order, physician champion work with ER physician, concurrent review, weekly feed back

คำถามของผู้เยี่ยมชมสำรวจ

- เกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนด priority ใครเป็นผู้ตัดสินใจ มีการ delegate อย่างไร monitor อย่างไร, quality council เป็นผู้ตัดสินใจหรือไม่ แล้วแผนกต่างๆ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องของตนเองอย่างไร, สรุปว่าแต่ละแผนกจะกำหนด priority 1-2 เรื่องใช้ใหม่ เครื่องชี้วัดของแต่ละแผนกจะ focus ที่ priority ที่กำหนดไว้หรือไม่, และยังมี operational data ที่จะ run department ใช้ใหม่
- How RM tie in the process?
- Could you give us example of management indicator? (US standard require 12 month tract record)
- Some of the project are simple, some are complex, how do you do with this, any training and assistance esp on statistic?
- We hope the process of doing all of this is going better, e.g. involvement of physician in setting priority, data collection; who does that & how?
- You know the culture is changing in a positive way because...?
- How did that go when you use FMEA?
- Pneumonia ใช้ terminology standing order เราได้คุยกันเมื่อวานนี้เรื่องการใช้ CareMap ทีมงานแยกแยะ 2 เรื่องนี้อย่างไร ถามแพทย์อย่างไรว่าจะใช้หรือไม่ใช้ standing order (ตอบ ถ้า disease specific จะเรียกว่า CPG แต่จะไม่ใช้ CPG ถ้าไม่ make different, standing order อาจจะไม่ใช้ disease specific, ใช้กับเรื่องที่คุณนข้าง เป็นมาตรฐาน เช่น weight-based heparin
- What is the process to provide information to medical staff?
- How does environment of care team involve in patient safety?
- When you make a strategic initiative & redesign the service, can you walk us through? (US standard ถ้า redesign service ต้องมี measurable base line data
- Did you identify indicators for those 3 priority areas?

สัมภาษณ์ทีมนำ

อธิบาย: มุ่งเน้น leadership function ในเรื่องคุณภาพ

- มีส่วนในกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างไร มีการรวบรวมข้อมูลข่าวสารมาใช้
อย่างไร ใครเป็นผู้ทำ
- What part or role is the mission be placed in the process?
- ถ้าถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับพันธกิจของ รพ. คิดว่าคำตอบของพวกเขาจะเป็นอย่างไร
(อธิบาย: คาดหวังว่าจะได้ยิน key word ดังที่ทีมนำกล่าวออกมา)
- มีวิธีการในการจัดทำและรับรอง policy & procedure อย่างไร (ตอบ มีคณะกรรมการ
policy & procedure แต่ละแผนกสามารถเริ่มนโยบายได้ และ CEO เป็นผู้รับรองในที่สุด)
- จะมีวิธีพิจารณาอย่างไรว่า policy & procedure เรื่องใดที่ควรจะผ่าน medical board
เรื่องเกี่ยวกับ life saving ต้องเข้า board หรือไม่
- ถ้าดูที่ policy จะรู้ได้อย่างไรว่ามีที่มาจากไหนและใครรับรอง มีการปรับปรุงครั้งสุดท้าย
เมื่อไร (ตอบ มี worksheet ซึ่งจะมีบันทึกว่าใครมี input บ้าง, สรุปย่อ: แสดงว่าการ
ทบทวนจะต้องใช้กระบวนการเดียวกัน)
- ในการพิจารณางบประมาณซึ่งมีการลงทุนกับระบบสารสนเทศสูงถึง \$ 45 ล้าน ใครเป็น
ผู้ตัดสินใจว่าจะใช้เงินเท่านี้ สมาชิกแต่ละคนมีส่วนในการดำเนินการอย่างไร มีลักษณะ
สหสาขาวิชาชีพหรือไม่ ต้องตัดสินใจที่จะ give up บางอย่างหรือไม่
- มีการพิจารณา contract อย่างไร ทบทวนทุกปีหรือไม่ เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมอย่างไร
ตัดสินใจบนพื้นฐานอะไร
- ผู้นำมีส่วนใน Emergency Preparedness Plan อย่างไร ทั้ง internal & external
emergency และ epidemic
- มีการฝึกซ้อมแผนฉุกเฉินครั้งสุดท้ายเมื่อไร
- What is a real life experience? (ตอบ: สามสัปดาห์ก่อน น้ำประปาไม่ไหล 14 ชั่วโมง
ทีมนำมาช่วยกันแก้ปัญหา)
- What are the vulnerabilities in this part of the country? (weather, chemical plant,
transportation, earthquake) What is the most vulnerable?
- In tornado, what would your recovery phase involve?
- Tell me about recruitment & retention of staff, what is your vulnerable area?

- ถ้าถามเจ้าหน้าที่ว่าทำไมมาทำงานที่นี่ ทำไมยังอยู่ที่นี่ คิดว่าจะได้รับคำตอบอย่างไร
- แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นอย่างไร มีการ identify educational need อย่างไร (แนะนำ อย่าลืมเรื่อง new technology ด้วย)
- CME ของแพทย์เป็นอย่างไร
- ทีมคุณภาพได้กล่าวถึงเรื่อง root cause analysis มีการสื่อสารข้อมูลและเชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ ขององค์กรอย่างไรเพื่อให้มีการนำไปปฏิบัติ
- เกี่ยวกับเรื่องสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว เราจะเห็นหลักฐานได้อย่างไร (how would we see evidence) ว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของตน มีความเข้าใจ
- มีเอกสารอะไรเป็นหลักฐานว่าท่านได้อธิบายและผู้ป่วยตกลงยอมรับการรักษา
- มีใบยินยอมรับการรักษาที่เฉพาะสำหรับแต่ละ procedure หรือไม่ เรื่องนี้มีการระบุไว้ใน procedure หรือไม่
- How do you know what kind of job are you doing, do you do a good job, what is the review process?
- How do you ensure that uniform care process occurred?

ลงท้ายการสัมภาษณ์ด้วยการถามว่า “มีคำถามอะไรอยากจะถามเราบ้าง” ทุกครั้ง

สัมภาษณ์พยาธิวิทยา

- ถ้ามีการส่ง lab ค่วน เช่น cardiac enzyme จะได้รับผลในเวลาเท่าไร (อธิบาย: เมื่อไปที่ ward จะไปถามยืนยัน)
- จะรู้ได้อย่างไรว่าผลการตรวจส่งกลับไปในเวลาเท่าไร (เทคนิคเขียนอธิบายวิธีการลดระยะเวลาการทำ lab ด้วยการใช้หลอดพลาสติกและใช้วิธี high speed centrifuge เพื่อแยก plasma โดยไม่ต้องรอให้เลือด clot ทำให้สามารถตรวจได้เร็วขึ้น ผู้เยี่ยมสำรวจอธิบายว่า JC สนใจสิ่งเหล่านี้มากกว่าเรื่องวิชาการหรือการวิจัยของแพทย์ เป็นการเอาปัญหาที่พบมาแก้และตอบสนองความต้องการได้)
- ใครเป็นผู้รับผิดชอบ QA การทำ blood gas (อธิบาย: การตรวจ blood gas มักทำโดย respiratory therapist ซึ่งไม่ค่อยเข้าใจเท่ากับนักเทคนิคการแพทย์ ควรมีนักเทคนิคการแพทย์ไปดูแล, ถ้าตอบว่าไปดูบ้าง จะไม่ชัดเจนเท่ากับตอบว่าไปดูด้วยความถี่เท่าไร)

- ถ้าผลการตรวจที่ไม่แรงด่วนออกมาและพบว่าผลลัพธ์ผิดปกติ จะมีการเตือนอย่างไร
- ในการตรวจ surgical specimen จะมั่นใจได้อย่างไรในคุณภาพของการตรวจ และมั่นใจอย่างไรว่าผู้ป่วยได้รับทราบผล (ตอบ: มีการทำ CPC มี documented policy ว่าถ้าเป็นการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก จะต้องมีพยาธิแพทย์ 2 คนมาอ่านผลร่วมกัน อธิบาย: ถ้าตอบว่ามี documented policy จะ assume ว่ามีและไม่จำเป็นต้องขอเอกสาร)
- ถึงขยะ biohazard ใครเป็นผู้เก็บขยะไปทิ้ง มีการแยกวิธีการจากขยะทั่วไปหรือไม่
- จะรู้ได้อย่างไรว่าเครื่อง centrifuge นี้ผ่าน QA จากหน่วยงานหรือไม่
- ใครเป็นผู้ตัดสินใจหากจะต้องซื้อเครื่องมือใหม่
- เมื่อมีการซื้อเครื่องมือใหม่เข้ามา ใครเป็นผู้เช็ค
- ใครเป็นผู้ประเมิน competency ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ จะดูบันทึกได้ที่ไหน ที่งานทรัพยากรบุคคลจะมีบันทึกหรือไม่ จะรู้ได้อย่างไรว่ามีการประเมินทุกปี มีการ keep tract หรือไม่
- จะรู้ได้อย่างไรว่า specimen นี้เป็นของผู้ป่วยที่ต้องการตรวจ
- มีการสลับ specimen หรือไม่ (มี ที่หน่วยฉุกเฉินซึ่งพยาบาลเป็นผู้เจาะเลือด)
- มีวิธีการประเมินอย่างไรว่าแพทย์ส่งตรวจ lab เหมาะสมหรือไม่
- ที่หอผู้ป่วยมีการตรวจ lab อะไรบ้าง ใครรับผิดชอบในการฝึกอบรม และ calibrate

อธิบาย

- ในการทบทวนเอกสารจะดูรายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหาร เพื่อดูว่ามีปัญหาอะไร เช่น mis-match จะ focus คำถามกับเรื่องนี้ รวมทั้งขอดูรายงานเก่าด้วย ถ้าของเดิมมีปัญหา แล้วครั้งใหม่ยังไม่แก้ไข อาจจะได้ conditioned accreditation

สัมภาษณ์ GI Lab (หน่วยงานที่ให้ conscious sedation)

- หน่วยงานนี้ทำอะไรบ้าง
- ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายก่อนทำการตรวจหรือไม่ ใครเป็นผู้ตรวจ

- ผู้ที่ปฏิบัติงานที่นี่มี competency อะไรบ้าง ถ้าผมจะขอทำ endoscopy จะรู้ได้อย่างไรว่าให้ทำได้หรือไม่ (อาจจะขอชื่อแพทย์ที่ทำหัตถการเพื่อไปตรวจสอบว่าได้รับ privilege หรือไม่)
- ผู้ป่วยได้รับยาหรือไม่ ยาประเภทใด มีการ monitor ผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างไร (อธิบาย: กฎของ JC ถ้าให้ conscious sedation ต้อง monitor oxymetry, BP, HR ทุก 10 นาที)
- ผู้ป่วยหลัง recover แล้วไปอยู่ที่ไหน จะจำหน่ายอย่างไร พยาบาลสามารถจำหน่ายจาก RR ได้หรือไม่ (อธิบาย: การให้พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วเป็นผู้จำหน่ายได้ตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาตามแพทย์มาดู)
- การจำหน่ายผู้ป่วยจาก RR มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างไร (มีแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยอ่านและลงนาม) (อธิบาย: ผู้ป่วยมักจะไม่คิดว่าใครบอกอะไร การมีนโยบายให้โทรศัพท์ตามภายใน 24 ชั่วโมงจะช่วยลดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ biggest error rate คือเรื่องยา) ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยฟังภาษาอังกฤษไม่รู้เรื่อง
- จะทำอย่างไรถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น postop pneumonia จะรู้ได้อย่างไร
- มีการเก็บยาไว้ในรถเข็นหรือไม่ ในที่ที่เด็กเข้าไปได้มีการเก็บยาไว้โดยไม่ลือคกุกญแจหรือไม่
- จะรู้ได้อย่างไรว่ายานหมดอายุหรือยัง
- ถ้าผู้ป่วยเด็กต้องทำ defib ใครจะเป็นผู้ทำ
- มีการเช็คเครื่อง defib บ่อยแค่ไหน
- ใครเป็นผู้ให้ยาใน GI lab มีเกณฑ์หรือไม่ว่าจะให้ยามากเท่าไร (แนะนำ: การทำ list of normal range of medication ช่วยให้งานได้ง่ายขึ้น พยาบาลจะรู้ว่าเมื่อไรที่จะมี potential for problem ถ้าปล่อยแพทย์ แพทย์จะให้ยาไปเรื่อยโดยไม่สนใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น)
- มีการใช้ narcotic บ่อยเพียงใด มีการ monitor หรือไม่ว่าผู้ที่สั่งใช้เป็นใคร มีเหตุผลที่เหมาะสมหรือไม่ (อธิบาย: JC ไม่สนใจว่าใช้มากเท่าไร ขอให้เหตุผลสอดคล้องกับนโยบายของ รพ.)
- เก็บ narcotic ไว้ที่ใด ถ้าใช้ MO ที่เบิกมาไม่หมด จะทำอย่างไร (แนะนำ: ต้องมีบันทึกว่าได้เททิ้งหรือกำจัดโดยพยาบาลลงชื่อ 2 คนร่วมกัน)

- เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ มีกระบวนการ credential อย่างไร, มีการปฐมนิเทศอย่างไร เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ที่จะทำหัตถการมี competency ที่จะทำงานด้วยตนเอง
- เสื่อตะกั่ว ใครเป็นผู้ดูแลว่าเสื่อเหล่านี้สามารถป้องกันรังสีได้ (แนะนำ: ควรให้แผนกรังสีเอาไปตรวจสอบปีละครั้ง และมีหมายเลขให้ trace ได้)
- ใครเป็นผู้ดูแลเครื่องมือนี้ รู้ได้อย่างไรที่มีการตรวจสอบครั้งสุดท้ายเมื่อไร (แนะนำ: ควรมี sticker ติดเพื่อให้ผู้ใช้ตรวจสอบได้ง่าย)
- ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยมี minor เช่น rash ตามใครมาดู บันทึกอะไรในเวชระเบียน เมื่อตัดสินใจว่าไม่ใช่ ADR มีระบบอย่างไรที่จะบอกแพทย์ (อธิบาย: เมื่อเกิดเหตุการณ์ ควรจะให้เภสัชกรมาดูแลบันทึกข้อมูลรวมทั้งบททวนเวชระเบียน บันทึกในเวชระเบียนว่าอย่าเพิ่งให้ยาตัวนี้ รอเข้ากรรมกรพิจารณา 90% มักไม่ใช่ ADR ต้องมีระบบไปแก้ไขเวชระเบียนว่าสามารถใช้ยาตัวนี้ได้หากไม่ใช่ ADR)

สัมภาษณ์ Cath Lab

- How do you get the work done here?
- เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีระดับการศึกษาอะไรบ้าง, มีการฝึกอบรมต่อเนื่องอย่างไร
- How would I know that everyone working here has competency?
- แพทย์ที่จะมาทำ procedure ที่นี้มาได้อย่างไร (อาจจะขอรายชื่อแพทย์ไป cross check กับ confidentiality file)
- มีการใช้ยาประเภทใดบ้าง
- มีการพัฒนาคุณภาพเรื่องอะไรบ้าง
- มีการบันทึกผลของการตรวจอย่างไร ใช้เวลาเท่าไรผลการตรวจจึงจะเข้าไปอยู่ในเวชระเบียน
- ใครเป็นผู้ดูแลเรื่องคุณภาพของฟิล์ม ใครดูแลเรื่องประกันคุณภาพของเครื่องมือ

สัมภาษณ์ทีมสารสนเทศ

- How do you approach the whole program of information management?

- Is there a written plan for meeting information need? Who develop that plan? Is it the changed or updated, when was the last update?
- ขอบทราบบ policy & procedure เกี่ยวกับระยะเวลาการคงเก็บข้อมูล, confidentiality & security ทั้งในส่วนที่เป็นเอกสารและอีเล็คทรอนิกส์ ทั้งข้อมูลด้านคลินิกและข้อมูลด้านการเงิน
- ในกรณีที่ policy อยู่ในคอมพิวเตอร์ ถ้าผมไม่เก่งเรื่องคอมพิวเตอร์ ผมจะรู้เกี่ยวกับ policy ได้อย่างไร
- มีการ monitor เรื่อง confidentiality & security อย่างไร รู้ได้อย่างไรว่ามีใครให้ password คนอื่นไปใช้หรือไม่ มีการเข้าไปดูข้อมูลโดยบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตเมื่อไร
- ใครเป็นผู้กำหนดและ monitor ว่าบุคคลที่เหมาะสมเป็นผู้บันทึกในเวชระเบียน
- ช่วยบอกและแสดงหลักฐานว่าได้ contribute ข้อมูลให้กับใครบ้าง
- ในกรณีที่ส่งรายงานให้หน่วยงานภายนอก ได้รับข้อมูลเปรียบเทียบกับกลับมาบ้างหรือไม่ (เพื่อทำให้เราเข้าใจความหมายของข้อมูลของเรามากขึ้น)
- ใช้ข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างไร
- มีหลักประกันอะไรว่ามีการวิเคราะห์ข้อมูล ใครเป็นผู้กำกับดูแล
- ในการเก็บข้อมูล มีการฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูลอย่างไร มีการ validate ข้อมูลอย่างไร

คำแนะนำ

- ในการเก็บข้อมูล รพ.ควรเริ่มด้วยการถามว่า จะเก็บข้อมูลอะไรบ้าง เพราะเหตุใด ต้องใช้ energy แค่ไหน
- บางครั้งพบว่าเรามีข้อมูลที่สามารถใช้ได้มากกว่าที่คาดคิด
- มาตรฐานเรื่องนี้ไม่ใช่ technology driven สามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์
- ระวังเรื่อง security สำหรับผู้ที่สิ้นสุดการทำงานซึ่งอาจจะมีป้ายชื่ออยู่และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้
- สำหรับ international standard รอบแรกจะตรวจเวชระเบียนภายใน 30 วัน รอบที่สองจะตรวจเวชระเบียนภายใน 4 เดือน และรอบต่อไปจะตรวจเวชระเบียนภายใน 1 ปี

สรุปหลักการในการสัมภาษณ์ของผู้เยี่ยมชมสำรวจ

คำถามทั่วไป

- What is the process?
- What is the risk points in that process
- How do you minimize those risks?

ถ้ามีการเปลี่ยน process จะทำให้ risk point เปลี่ยนไปด้วย

คำแนะนำ

- ไม่ควรมีอะไรอยู่ใต้ sink น้ำ ยกเว้นถังขยะ
- ไม่ควรทิ้งเข็มไว้ทั่วไป (ยกเว้นถ้ามีคนดูอยู่ตลอดเวลา)
- ห้องน้ำซึ่ง lock ได้จากข้างใน และกรอบวงกบเป็นไม้ เป็นอันตรายมากหากผู้ป่วย lock แล้วเกิดหมดสติไป อาจจะไม่เสียชีวิตได้ หากพยาบาลหากุญแจไม่ได้

หลักการ convergent validity คือการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง policy & procedure, การสัมภาษณ์ และการสังเกต ถ้าพบว่าทุกอย่างสอดคล้องกัน จะผ่านไป ถือว่า meet standard แต่ถ้าพบว่ามีความขัดแย้งกัน จะเจาะลึกในเรื่องนั้น