
รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ
โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เพื่อให้กระบวนการเยี่ยมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขอให้โรงพยาบาลศึกษาเอกสารรายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมนี้ พร้อมทั้งเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อการจัดเตรียมความพร้อมในวันเยี่ยมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. เอกสารรายงานผลการประเมินตนเองและความก้าวหน้าของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเป็นผู้จัดส่งเอกสารรายงานผลการประเมินตนเอง ทั้งในรูปแบบกระดาษและ Electronic file ให้แก่ผู้เยี่ยมสำรวจกระบวนการคุณภาพโดยตรงตามรายการ (เอกสารแนบ A) และจัดส่งเอกสารรายงานผลการประเมินตนเองให้สถาบันเป็น Electronic file (**ขอความร่วมมือในการส่งเอกสารล่วงหน้าก่อนการเยี่ยม 2 สัปดาห์**)

2. การประสานงานทั่วไป

2.1 ขอให้โรงพยาบาลประสานการเดินทางและที่พักของผู้เยี่ยมสำรวจ

2.2 ขอให้โรงพยาบาลจัดสถานที่-อุปกรณ์ และบุคลากร ที่จะอำนวยความสะดวก ดังนี้

2.2.1 เตรียมห้องประชุมขนาดพอเหมาะสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อเป็นห้องทำงาน ตั้งแต่เวลา 08.00-18.00 น. หรือตลอดระยะเวลาการเยี่ยม

2.2.2 Computer & Printer 1 ชุด พร้อมอุปกรณ์เครื่องเขียน และกระดาษ ในห้องทำงานของผู้เยี่ยมสำรวจ

2.2.3 จัดบุคลากร 1 คน เพื่ออำนวยความสะดวกในการค้นหาเอกสารระหว่างการทบทวนเอกสาร (Documentation Review) (เอกสารแนบ B)

2.3 ขอให้โรงพยาบาลจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ ดังนี้

2.3.1 เป็นนากับโรงพยาบาลน้อยที่สุด ควรเป็นอาหารจานเดียว

2.3.2 งดการพาผู้เยี่ยมสำรวจไปรับประทานอาหารนอกโรงพยาบาล เพื่อรักษาเวลาในการเยี่ยมตามกำหนดการที่วางไว้

2.4 ในระหว่างการเยี่ยม ของการบันทึกเทปเสียง ถ่าย VDO และภาพทุกชนิด ยกเว้นการถ่ายภาพนิ่งเท่านั้น

2.5 คณะผู้เยี่ยมสำรวจ ของดรับของที่ระลึกทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นของที่ระลึกในลักษณะใด

2.6 ในกรณีที่ผู้เยี่ยมสำรวจเป็นสุภาพสตรีเดินทางเพียงคนเดียว ขอความกรุณาโรงพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่ สุภาพสตรีร่วมรับ – ส่งในการเดินทางด้วย

3. การทบทวนเอกสาร

ขอให้โรงพยาบาลจัดเตรียมเอกสารต่างๆ (เอกสารแนบ B) ไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็นห้องสำหรับใช้ในการทบทวนข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาในช่วงเช้าและเย็นของแต่ละวัน

4. การนำเสนอของ Opening Conference & Hospital Presentation

ขอให้รักษาเวลาที่กำหนดให้อย่างเคร่งครัด เพื่อประโยชน์ของโรงพยาบาลเอง ควรนำเสนอให้จบภายในเวลา เพื่อให้สามารถเริ่มเยี่ยมหน่วยงานได้ในเวลา 09.30 น.

4.1. โรงพยาบาลกล่าวต้อนรับผู้เยี่ยมชมสำรวจและแนะนำตัวผู้เข้าร่วมประชุม (ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที)

คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจแนะนำตัว กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมชม (กฎ กติกา มารยาท)

4.2. โรงพยาบาลเสนอภาพรวมผลงานของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ไม่เน้นสถิติหรือข้อมูลตัวเลขที่ส่งให้สถาบัน ที่ซ้ำกับ Hospital Profile)

4.3. ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ กรรมการบริหารโรงพยาบาล และประธานกรรมการชุดต่าง ๆ

5. การนำเสนอของทีมงานต่างๆ

การนำเสนอของทีมงานต่างๆ ไม่เกิน 1 ใน 4 ของเวลาที่จัดไว้ในการสัมภาษณ์ (ประมาณไม่เกิน 15 นาที) ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะขอให้ยุติการนำเสนอเมื่อถึงกำหนดเวลาดังกล่าว

ขอให้จัดเตรียมพิมพ์เอกสาร slide ที่นำเสนอให้แก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจทุกคนที่เข้าสัมภาษณ์ใน session นั้น เพื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจมีโอกาสดูความเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

6. การสัมภาษณ์แต่ละทีม

Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
PCT interview	เป็นการสัมภาษณ์ทีมนำทางคลินิก เพื่อ - นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพของ PCT นั้นๆ เป็นการสรุปและนำเสนอเฉพาะสิ่งที่ไม่ปรากฏในรายงานผลการประเมินตนเอง - ค้นหา ยืนยันในสิ่งที่ยังไม่แน่ชัดใน PCT นั้นๆ หรือยังไม่พบคำตอบจากการเยี่ยมหน่วยงาน - สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้ เพื่อวางแผนการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วย	ประธานทีมนำทางคลินิก เลขาทีม ตัวแทนทีม 3 ท่าน
RM interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อ - นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ	ประธานคณะกรรมการระบบบริหารความเสี่ยง เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน

Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
	ระบบงาน - สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้	
IC interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เพื่อ - นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน - สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาและประเมินติดตามระบบที่วางไว้	ประธานคณะกรรมการระบบ IC เลขาทีม ICN ตัวแทนคณะกรรมการ 2 ท่าน
MSO interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการแพทย์	ประธานคณะกรรมการ MSO เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
NSO interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล	ประธานคณะกรรมการ NSO เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
ENV & Equipment interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	ประธานคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
PTC interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารยา เพื่อ - นำเสนอภาพรวมของการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน - สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อวางแผนในการปรับปรุงพัฒนา	ประธานคณะกรรมการบริหารด้านยา เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน

Session	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
	และประเมินติดตามระบบที่วางไว้	
HRD interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล	ประธานคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
IM interview	เป็นการสัมภาษณ์คณะกรรมการสารสนเทศเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการบริหารจัดการข้อมูล	ประธานคณะกรรมการ IM เลขาทีม ตัวแทนคณะกรรมการ 3 ท่าน
Community interview	เป็นการสัมภาษณ์ตัวแทนชุมชนที่สถานพยาบาลเข้าไปสร้างเสริมสุขภาพ และเสริมพลังชุมชน	ผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน 3 ท่าน
Strategic plan & KPI Monitoring	เป็นการสัมภาษณ์ทีมนำในการบริหารเชิงกลยุทธ์ การติดตามและทบทวนยุทธศาสตร์	ทีมนำ/รองผู้อำนวยการ/ผู้ที่รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์ รวมทั้งบริหารทรัพยากร
Leadership Team	เป็นการสื่อให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจมองเห็นภาพการวางแผนงานของโรงพยาบาล การประสานบริการ (การนำ การบริหาร การประสานบริการ) การสนับสนุนขององค์กรแพทย์และองค์กรพยาบาล การจัดโครงสร้างการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน การส่งไปรักษาต่อและรวมถึงประเด็นอื่นที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะสัมภาษณ์เพิ่มเติม	ผู้บริหารระดับสูง ซึ่งอย่างน้อยประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ผู้บริหารอาวุโส และตัวแทนของทีมต่างๆ
Facilitator Team interview	การสัมภาษณ์ทีมประสานงานของโรงพยาบาล เพื่อประเมินภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล	ทีมพัฒนาคุณภาพ (ทีมประสานงานหลักของโรงพยาบาล)

หมายเหตุ การจัดทีมเข้ารับการสัมภาษณ์

- จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมสัมภาษณ์ควรอยู่ระหว่าง 7-10 คน และไม่ควรให้ผู้สังเกตการณ์เข้าร่วมในการสัมภาษณ์ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสัมภาษณ์ PCT ซึ่งมักจะมีผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์มากเกินไป ทำให้การสัมภาษณ์ไม่เกิดประโยชน์ มีการรบกวนสมาธิในระหว่างการสนทนา)
- ถ้าจำเป็นต้องมีผู้สังเกตการณ์จากภายนอกต้องแจ้งให้สถาบันทราบ

7. การเยี่ยมหน่วยงาน

	เป้าหมาย
Trace Patient Care	เป็นการสุม่เยี่ยมสำรวจหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้โรค/ผู้ป่วย ในการตามรอยเพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น OPD, ER, IPD, OR, LR, ICU, ทันตกรรม, X-ray, Lab เป็นต้น
Trace ระบบ RM	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง เพื่อตามรอยการ นำระบบบริหารความเสี่ยงลงสู่การปฏิบัติ
Trace ระบบ IC	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วย/การทำหัตถการ เพื่อประเมินระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยใช้โรค/ผู้ป่วยในการตามรอย
Trace การทำงานกับชุมชน	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานที่ทำงานร่วมกับชุมชน และการเข้าเยี่ยมชมเครือข่าย ชมรม PCU ในชุมชนที่โรงพยาบาลสนับสนุน หรือ empower ให้มีการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
Trace ระบบยา	เป็นการสุม่เยี่ยมสำรวจหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านยาและ medication error เพื่อตามรอยการนำระบบที่วางไว้สู่การปฏิบัติ
Trace ENV & Equipment	เป็นการเยี่ยมสำรวจสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ทั้งทางด้านโครงสร้าง การจัดการทางกายภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ
Trace HRD	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานและสุม่สัมภาษณ์บุคลากรที่หน่วยงานเพื่อตามรอยระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล
Trace IM	เป็นการสุม่เยี่ยมหน่วยงานเพื่อตามรอยการจัดการด้านสารสนเทศ

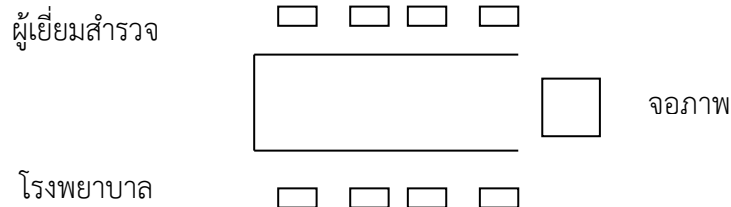
หมายเหตุ แนวทางสำหรับผู้รับการเยี่ยม (หน่วยงาน)

- ใช้เวลา 5 นาทีแรกนำเสนอผลลัพธ์ของงานที่ทีมภาคภูมิใจมากที่สุด เช่น “ลดความผิดพลาดในการให้ยา” “ให้การดูแลทางด้านจิตใจแก่เด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดและให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลกัน”
- หากมีข้อมูลตัวเลขแสดงผลลัพธ์ได้ยิ่งดี แต่ถ้าไม่มีก็ไม่เป็นไร
- ไม่ต้องนำเสนอรายละเอียดวิธีการพัฒนาในช่วงนี้
- เมื่อผู้เยี่ยมสำรวจถาม ให้จับประเด็นคำถามให้ชัดเจน (ควรจดประเด็นคำถามไปด้วย เพื่อทบทวนความเข้าใจ และเพื่อจะได้ตอบได้ครอบคลุม)

- 5) ควรเชื่อมโยงประเด็นคำถามกับมาตรฐาน HA และนึกถึงเป้าหมายของมาตรฐานไปด้วยในระหว่างคิดคำตอบ
 - 6) ควรตอบให้ตรงประเด็นอย่างกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ
 - 7) ควรนำเสนอตัวอย่างของการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและสัมผัสได้ บอกเล่าถึงสิ่งที่ทำในชีวิตประจำวันอย่าตอบคำถามตามทฤษฎีซึ่งยังไม่ได้นำมาปฏิบัติ
 - 8) ควรตอบให้ครบ PDCA คือ แนวทางการทำงานเป็นอย่างไร การปฏิบัติจริงเป็นอย่างไร ครอบคลุมเพียงใด ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีแผนที่จะทำอะไรต่อ
 - 9) ควรกระจายผู้ตอบให้ทั่วถึงโดยให้ผู้ปฏิบัติที่รู้เรื่องดีที่สุดเป็นผู้เริ่มต้นตอบและสมาชิกที่เหลือช่วยกันเพิ่มเติมให้สมบูรณ์
 - 10) ผู้บริหารหรือหัวหน้าทีมควรเป็นบุคคลสุดท้ายที่จะตอบในประเด็นนั้น
 - 11) ถ้าฟังคำถามไม่เข้าใจ อย่าลังเลที่จะถามผู้เยี่ยมสำรวจกลับ ด้วยการ (ก) ขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจตั้งคำถามใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น หรือ (ข) ขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจอธิบายเหตุผลของการตั้งคำถามนั้น หรือ (ค) ทวนคำถามด้วยสำนวนของเราเองและขอให้ผู้เยี่ยมสำรวจยืนยันว่าใช้สิ่งที่ผู้เยี่ยมสำรวจต้องการทราบหรือไม่
 - 12) อย่าตอบคำถามโดยที่ยังไม่เข้าใจว่าผู้ถามต้องการอะไร
 - 13) หากต้องการตอบคำถามที่ผ่านมาแล้ว และผู้เยี่ยมสำรวจได้ตั้งประเด็นใหม่แล้ว ควรรอจนการพูดคุยในประเด็นใหม่สิ้นสุดลง แล้วค่อยย้อนกลับไปตอบคำถามเดิมโดยระบุให้ชัดเจนว่าเป็นการตอบต่อคำถามอะไร
 - 14) เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ขอให้ทีมช่วยกันสรุปว่าได้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้างจากคำถามของผู้เยี่ยมสำรวจ ก่อนที่จะให้ผู้เยี่ยมสำรวจสรุปข้อเสนอแนะให้ทีม
8. Daily Briefing: เป็นการสรุปประเด็นที่พบจากการเยี่ยมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมผู้บริหารและทีมนำในวันที่ผ่านมาเพื่อทำความเข้าใจ
 9. ผู้เยี่ยมสำรวจพบผู้บริหาร: คณะผู้เยี่ยมสำรวจเข้าพบผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการของโรงพยาบาล เพื่อแจ้งผลการเยี่ยมทั้งหมดรวมทั้งสิ่งที่พบเห็น แล้วร่วมพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นสิ่งที่ sensitive ซึ่งจะมีผลต่อผู้ปฏิบัติมากหากนำเสนอในตอน exit
 10. Education Session: เป็นการแลกเปลี่ยนแนวคิด เครื่องมือคุณภาพที่สำคัญกับทีมของโรงพยาบาล
 11. Surveyor Meeting: เป็นการประชุมของทีมผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อสรุปประเด็นที่เป็นจุดเด่น และโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล
 12. Exit Conference: เป็นการสรุปประเด็นจากการเยี่ยมทั้งหมดเพื่อให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาต่อไป โดยผู้ที่เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้บริหารของโรงพยาบาล และผู้แทนของทีมต่างๆ

13. การจัดที่นั่งใน session ต่างๆ

ขอให้จัดโต๊ะประชุมในลักษณะ วงรี หรือ ตัวยู เพื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจ และโรงพยาบาลนั่งในลักษณะ Face to Face ดังรูป แต่ไม่ใช่ลักษณะ Classroom



14. ความเข้าใจในกระบวนการเยี่ยม

เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความคาดหวังที่ถูกต้องต่อกระบวนการเยี่ยมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทางสถาบันจึงขอสรุปประเด็นที่มักจะทำให้เกิดความเข้าใจที่สับสนไว้ ดังนี้

ผู้เยี่ยมสำรวจมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้มาทำอะไร
เรามาในฐานะ generalist ซึ่งมีความรู้เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	เราไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในด้านเทคนิค
เรามาด้วยหมวกสามใบ คือตัวแทนของผู้รับบริการ ผู้รู้เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และผู้แทนของวิชาชีพที่ให้บริการ	เราไม่ได้มาประเมินทางวิชาชีพในเชิงลึก
เรามาเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล	เราไม่ได้มาตัดสินผิดถูก หรือมาจับผิด
เรามาเพื่อวิเคราะห์ระบบงานในภาพรวม	เราไม่ได้มาเพื่อประเมินการทำงานของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน
เรามาเพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลเห็นตัวเอง เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของตัวเอง ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น	เราไม่ได้บ่งการว่าโรงพยาบาลจะต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้
เราพยายามใช้เทคนิคการโค้ชแบบ non-directive คือ ตั้งคำถามเพื่อให้ทีมงานคิดหาคำตอบด้วยตัวเอง	เราจะไม่ใช้เทคนิคแบบ directive หรือให้คำตอบตรงๆ แก่ทีมงาน ยกเว้นแต่จะเป็นการยกตัวอย่างเพื่อให้ทีมงานคิดต่อไปได้
เราต้องการคำตอบที่เป็นรูปธรรมซึ่งสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติจริง คือ ทีมงานทำอะไร ทำได้ครอบคลุมเพียงใด ทำแล้วได้ผลอย่างไรและจะทำอะไรต่อไป	เราไม่ต้องการคำตอบเชิงทฤษฎี ซึ่งไม่ได้มีการปฏิบัติจริง

ผู้เยี่ยมสำรวจมาทำอะไร	ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้มาทำอะไร
เรามาเพื่อชื่นชมและให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีอยู่แล้ว แต่อาจจะใช้เวลาพูดคุยในส่วนนี้ไม่มากนัก เพราะได้ข้อมูลจากรายงานผลการประเมินตนเองมาส่วนหนึ่งแล้ว	เราไม่ได้ละเลยสิ่งที่ทีมงานทำได้ดีแล้ว แต่การใช้เวลาพูดคุยเพื่อหาโอกาสพัฒนาจะได้ประโยชน์แก่โรงพยาบาลมากกว่า
เราต้องการให้ทีมงานมีกำลังใจที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้ข้อเสนอแนะต่างๆ	เราไม่ต้องการให้ทีมงานหมดกำลังใจในการพัฒนาคุณภาพ

15. ภายหลังการเยี่ยม

15.1. ขอให้โรงพยาบาลดำเนินการสรุป “แบบสอบถามความคิดเห็นกระบวนการเยี่ยม แบบ Online”

ในภาพรวมของโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน

<http://goo.gl/h1Lj6n> (แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการเยี่ยม)



<http://goo.gl/x1PH2D> (แบบสอบถามความเห็นต่อผู้เยี่ยม/ที่ปรึกษา)



และขอความร่วมมือตอบกลับมายังสถาบันภายใน 1 สัปดาห์ หลังการเยี่ยม โรงพยาบาลละ 1 การตอบแบบสอบถาม (ทั้งนี้ผู้ประสานงานได้ดำเนินการส่ง link แบบสอบถามให้ในการประสานทาง E-mail ด้วย)

15.2. ทางสถาบันจะจัดส่งสรุปรายงานผลการเยี่ยมให้ภายใน **ประมาณ 10 สัปดาห์**

15.3. การยืนยันการส่งค่าใช้จ่ายในการเข้าเยี่ยมให้แก่ทางสถาบัน กรุณาศึกษารายละเอียดจากใบแจ้งรายการจ่ายเงิน



รายละเอียดการเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจ

SD-ACD-004-02

หน้า 9 จาก 11

การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม Pre-survey (PS)	เอกสารสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจ การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ Accreditation Survey (AS)	การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ Re-accreditation Survey (RS)
<u>เอกสารที่ต้องนำส่งในรูปแบบ paper และ Electronic file (CD, e-mail)</u> 1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล) 2. รายงานผลการประเมินตนเอง SAR 2019 / SAR 2020 (ประกาศใช้ 1 เม.ย.63) 3. Service profile PCT และ clinical tracer (เอกสาร PowerPoint) 4. Service profile หน่วยงาน เตรียมไว้ที่โรงพยาบาลในห้องทำงานคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ	<u>เอกสารที่ต้องนำส่งในรูปแบบ paper และ Electronic file (CD, e-mail)</u> 1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล) 2. รายงานผลการประเมินตนเอง SAR 2019 / SAR 2020 (ประกาศใช้ 1 เม.ย.63) 3. Service profile PCT และ clinical tracer 4. Service profile หน่วยงาน เตรียมไว้ที่โรงพยาบาลในห้องทำงานคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ 5. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของสถานพยาบาล ใช้เกณฑ์ของ สปสช. 6. รายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพ (ให้เป็นไปตาม SD-ACD-013-01 ขั้นตอนในการเยี่ยมชมสำรวจ และเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจขั้นที่ 3) - เกสซ์กรรม (กรณีโรงพยาบาล 90 เตียงขึ้นไป) - เทคนิคการแพทย์ (กรณีโรงพยาบาล 30 เตียงขึ้นไป) - ไตเทียม - ทันตกรรม (ถ้ามี)	<u>เอกสารที่ต้องนำส่งในรูปแบบ paper และ Electronic file (CD, e-mail)</u> 1. Hospital Profile (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล) 2. รายงานผลการประเมินตนเอง SAR 2019 / SAR 2020 (ประกาศใช้ 1 เม.ย.63) 3. Service profile PCT และ clinical tracer 4. Service profile หน่วยงาน เตรียมไว้ที่โรงพยาบาลในห้องทำงานคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ 5. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของสถานพยาบาล ใช้เกณฑ์ของ สปสช. 6. รายงานการขอรับรองจากสภาวิชาชีพ (ให้เป็นไปตาม SD-ACD-013-01 ขั้นตอนในการเยี่ยมชมสำรวจ และเอกสารที่ต้องจัดเตรียมเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจขั้นที่ 3) - เกสซ์กรรม (กรณีโรงพยาบาลภาครัฐขนาดใหญ่ (ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน) สำหรับสถานพยาบาลอื่นจะแจ้งเป็นรายกรณี) - เทคนิคการแพทย์ (กรณีโรงพยาบาล 30 เตียงขึ้นไป) - ไตเทียม - ทันตกรรม (ถ้ามี)

หมายเหตุ ที่อยู่สำหรับการส่งเอกสารอยู่ใน “เอกสารแนบ A-1



การทบทวนเอกสารในการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพ (Documentation Review)

ในช่วง Documentation Review ขอให้โรงพยาบาลได้จัดเตรียมเอกสารไว้ ณ ห้องที่จัดเตรียมเป็นห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ ดังรายการต่อไปนี้

1. พันธกิจ วิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์
2. รายงานการประชุมของคณะกรรมการต่างๆ และทีมนำทางคลินิก (ช่วง 1 – 2 ปี)
3. ผลการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ / ผู้ให้บริการ / ชุมชน และผู้รับผลงานอื่น
4. รายงานผลการเยี่ยมสำรวจโดยองค์กรภายนอก หรือรายงานผลการเยี่ยมของผู้เยี่ยมสำรวจ
5. รายงานการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัด และการนำเสนอผลการพัฒนา
6. รายงานอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนต่างๆ (Incident Report) การทำ root cause analysis, การพัฒนาที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยง (รายปี/รายไตรมาส)
7. การตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย
8. ข้อระเบียบ / ธรรมนูญองค์กรแพทย์
9. แบบประเมินระดับหน่วยงานทุกหน่วยงาน (Service Profile)

หมายเหตุ : กรณี PS การจัดเตรียมเอกสาร ให้จัดเตรียมตามข้อ 1 – 6

กรณี AS/RS การจัดเตรียมเอกสาร ให้จัดเตรียมตามข้อ 1 – 9

การทบทวนเวชระเบียน

(การจัดเตรียมเวชระเบียนเพื่อการทบทวน แบ่งเป็นสองกลุ่ม (กรณีขอรับการเยี่ยมสำรวจ))

1. การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน (ทบทวนเชิงคุณภาพ) ขอให้จัดเตรียมเวชระเบียนให้ทบทวนในห้องทำงานของคณะผู้เยี่ยมสำรวจ โดยมีแนวทางการจัดเตรียมเวชระเบียน ดังนี้
 - 1.1. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยไว้ 3 โรคต่อแผนก โรคละ 3 ฉบับ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
 - 1.2. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีวันนอนนานที่สุดมา 5 ฉบับ
 - 1.3. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสาขาสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สาขาละ 10 ฉบับ
 - 1.4. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้า ICU โดยมีได้วางแผน 10 ฉบับ
 - 1.5. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ส่งต่อ โดยมีได้วางแผน 10 ฉบับ
 - 1.6. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 10 ฉบับ
2. รายงานสรุปผลการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สะท้อนการพัฒนาคุณภาพ
 - 2.1. แสดงตัวอย่างการนำผลการทบทวนที่นำมาปรับปรุงระบบอย่างเป็นรูปธรรม และระบุหน่วยงาน/ระบบที่เกี่ยวข้อง (ในผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ)
 - 2.2. แสดงผลลัพธ์ภายหลังจากการทบทวนที่ได้ โดยเห็นความสัมพันธ์กันทั้งกระบวนการและผลลัพธ์



Session: Strategic Plan & KPI Monitoring Interview

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเรียนรู้วิธีการในการจัดทำแผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และการจัดทำแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล
2. เพื่อเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในการนำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ
3. เพื่อเรียนรู้วิธีการติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งการนำข้อมูลต่างๆ มาวิเคราะห์

ผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้อำนวยการ และผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบกลยุทธ์หลักๆ

ผู้ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลติดตามผลการดำเนินงาน จำนวนไม่เกิน 7 คน

ลักษณะกิจกรรม

1. นำเสนอข้อมูลสรุปในลักษณะตารางสรุปตามตัวอย่าง
2. นำเสนอประสบการณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้เพื่อการวางแผนกลยุทธ์และการวิเคราะห์แปลความหมายข้อมูลที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุวัตถุประสงค์
3. การนำเสนอแผนพัฒนาสำหรับอนาคตจากข้อมูลที่ติดตาม
4. การแลกเปลี่ยนบทเรียนและข้อคิดเห็นกับผู้เยี่ยมสำรวจ

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

เนื้อหามาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

1. I-1 การนำ
2. I-2 การวางแผนกลยุทธ์
3. I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้
4. IV ผลการดำเนินการ

ตัวอย่างตารางสรุปแผนยุทธศาสตร์และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

Strategies & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Changes	HR & Education plan	Key Performance Measures	Present performance	Projected performance

ตัวอย่างการสรุปข้อมูลอย่างย่อ

Strategies & Strategic Challenges	ST Objectives	LT Goals	Key Tactics & Action Plans	Changes	HR & Education Plans	Key Performance Measures	Past Perf. 2004 Results	Performance Projections 2005	2010	Proj. Comp.
CE: Achieve excellent patient outcomes SC1 SC2	Medicare mortality at CS top 15%, Recognized by Leapfrog as safe environment, Exceed national standards for core indicators	Top 100 hospital, 5 stars for targeted areas, Third party recognition for patient safety	Decrease VAP, Optimize Medicare mortality & morbidity, Optimize core indicator performance, Build CPOE, Optimize communication among providers	Hospitalists admitting ortho patients. Medical management for adult patients w/ chronic diabetes & HF.	SBAR education. Fill CPOE team positions.	Medicare mortality VAP Patient falls Skin ulcers SIP Core measures (AMI, HF, pneumonia) Hand washing	7.1-2 7.1-11 7.1-12 7.1-13 7.1-10 7.1-7, 7.1-8, 7.1-9 7.5-6			+ + + + + + +