

ผลงานการพัฒนาระบบงาน
ประจำปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์
โรงพยาบาลแม่ลาน

๑. ชื่อเรื่อง : พัฒนาคูณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
๒. ผู้จัดทำผลงาน : งานเวชสถิติ กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์
๓. ผู้นำเสนอ : นางสาวมารีนา วาเยะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
๔. ผลงานเรื่องนี้ผ่านการนำเสนอในเวทีใดมาบ้าง :
 - (-) เวทีอำเภอ/คปสอ. เมื่อ.....
 - (-) เวทีระดับจังหวัด เมื่อ.....
 - (-) เวทีระดับประเทศ เมื่อ.....
๕. ประเภทผลงานที่นำเสนอ :
 - Oral ระบุกลุ่มระบบงานสนับสนุน
 - Poster ระบุกลุ่ม.....
 - Hot Short Film / Clip VDO
๖. ลักษณะงานที่นำเสนอครั้งนี้ :
 - ผลงานใหม่
 - ผลงานต่อยอดจากเรื่องเดิม

บทคัดย่อ

ความเป็นมาหรือบริบท :

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และจากการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแม่ลาน พบว่า ผลการตรวจสอบเวชระเบียนตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ ๒๕๖๐ -๒๕๖๑ อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๘๔.๐๐ ลดลงเหลือ ร้อยละ ๗๔.๐๐ ในปี ๒๕๖๑ ซึ่งอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในยังไม่อยู่ในระดับที่ดีตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ ๘๐ สาเหตุเกิดจากการบันทึกในเวชระเบียนของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไม่สมบูรณ์ตามหลักเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียนตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด ดังนั้น จึงได้มีการวางแผนพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในแบบ External audit แยกเป็นราย content จึงได้ทราบปัญหาของแต่ละเกณฑ์ที่ยังไม่สมบูรณ์และพบว่าเวชระเบียนของเราไม่มีแบบฟอร์ม clinical summary ทำให้คะแนนในส่วนนี้ขาดหายไป

คำสำคัญ เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบันและการรักษาซึ่งจัดบันทึกไว้โดยแพทย์ผู้ดูแล เวชระเบียนจะต้องบันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย และควรจะต้องมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะต้องบอกให้ทราบถึงการพิเคราะห์โรคและการดูแลรักษาโรคได้ และต้องเป็นเอกสารที่ถูกต้องครบถ้วน

สาเหตุของปัญหา

“เวชระเบียนเป็นเอกสารที่มีความสำคัญในการบริการทางการแพทย์และเป็นหลักฐานในการเบิกเงินจากกองทุนต่างๆ” การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน จากกองทุนต่างๆจะคำนวณจาก DRG(Diagnosis Releat Group) และแฟ้มผู้ป่วยใน ที่กองทุนจ่ายเงินมาแล้วจะถูกสุ่มตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง โดยทีมแพทย์ผู้ตรวจ เขต ๑๒ สงขลา ภายใต้เงื่อนไขและหลักเกณฑ์ ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หากพบว่าแฟ้มผู้ป่วยในไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทาง รพ. จะถูกเรียกเงินคืน

เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ :

เพื่อให้เวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการตรวจสอบ และใช้เป็นข้อมูลในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

ตัวชี้วัดที่สำคัญ :

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๐

กระบวนการดำเนินงาน/วิธีการ/กระบวนการพัฒนาคุณภาพ :

๑. ประสานทีมไอทีของโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มแบบฟอร์ม clinical summary และดำเนินการป้อนแบบใส่ในเวชระเบียนทุกฉบับ

๒. จัดอบรมแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนโดยเฉพาะเน้นการบันทึกข้อมูลและการซักประวัติผู้รับบริการให้ครอบคลุมตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

๓. การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยทุกๆ๓เดือน และมีการวิเคราะห์ประสานกับทีมนำ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์และถูกต้องมากยิ่งขึ้น

๔. มีคณะกรรมการและคณะทำงานเวชระเบียนหรือทีม DRG ทำการ Audit ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับในทุกอาทิตย์และ ติดตามกำกับ ดูแล ให้มีการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพยิ่งขึ้น

ผลลัพธ์(Results) :

ผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (EXTERNAL AUDIT) ระดับจังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒

ผลการตรวจสอบเวชระเบียน (EXTERNAL)	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในร้อยละ ๘๐	๘๔.๐๐	๗๔.๐๐	๘๒.๑๕

จากรายงานผลการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในถูกสุ่มตรวจปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะเห็นได้ว่าในปี ๒๕๖๒ ได้ร้อยละ ๘๒.๑๕ เพิ่มจากปี ๒๕๖๑ คิดเป็น ร้อยละ ๘.๑๕ เมื่อแยกตามราย Content ทั้ง ๑๒ Content พบว่า Content ที่ ๑ (Discharge summary DX op) ผ่านร้อยละ ๘๐ ทั้ง ๙ เกณฑ์ Content ที่ ๒ (Discharge summary other) ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ทั้ง ๙ เกณฑ์ Content ที่ ๓ (Informed Consent) ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ทั้ง ๙ เกณฑ์ Content ที่ ๔ (History) ไม่ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ในเกณฑ์ที่ ๓, ๕, ๗ และ ๘ Content ที่ ๕ (Physical examination) ไม่ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ในเกณฑ์ที่ ๒, ๕, ๖ และ ๙ Content ที่ ๖ (Progress notes, Doctor's order sheet) ไม่ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ในเกณฑ์ที่ ๑, ๓, ๕, ๖, ๘ และ ๙ Content ที่ ๑๑ (Rehabilitation record) ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ทั้ง ๙ เกณฑ์ Content ที่ ๑๒ (Nurses' note) ไม่ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ในเกณฑ์ที่ ๖, ๘ และ ๙ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ายังต้องมีการปรับปรุงแก้ไขในการบันทึกในแต่ละเกณฑ์ที่ยังไม่สมบูรณ์ใน Content ที่เหลือ เพื่อการพัฒนาในการบันทึกเวชระเบียนที่ดีขึ้นตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนด

การต่อยอดในการพัฒนางานต่อไป :

- ๑. Discharge Summary : Diagnosis, Operation เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
- แนวทางพัฒนา มีการรีเช็คโดยทีม DRG อาทิตย์ละครั้ง และกำลังดำเนินการในส่วน Clinical Summary (เริ่มใช้ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๒)
- ๒. Discharge Summary : Others เนื้อหาอื่นๆของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ
- สิ่งที่ได้ วันเดือนปีและเวลาที่ Admit ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียนแล้ว
- ปัญหา ติดสติ๊กเกอร์ทุกหน้า แต่ยังไม่พบสติ๊กเกอร์ที่ติดมีข้อมูลไม่ครบ คือ อายุ และหน่วยงาน และ AN ในส่วนของห้องฉุกเฉิน
- ๓. Informed Consent บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
- สิ่งที่ได้ มีการระบุรายละเอียดการรักษา ข้อดีข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อน จากพยาบาลบางคน ปฏิบัติงาน ณ ห้องห้องฉุกเฉิน
- ปัญหา แบบฟอร์ม ไม่มีช่องให้ลงชื่อ สกุล ตำแหน่งผู้ให้คำอธิบาย
- แนวทางพัฒนา พัฒนาแบบฟอร์ม ให้มีรายละเอียดตามแนวทางการประเมิน คือ มีช่องผู้ให้คำอธิบาย ลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย หรือปั๊มชื่อสกุลและตำแหน่งของผู้ให้คำอธิบาย
- ๔ .History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
- สิ่งที่ได้ มีการบันทึกการซักประวัติอย่างครอบคลุมมากขึ้น เช่น CC PHI ประวัติแพ้ยา การสูบบุหรี่ วัคซีน ประจำเดือน
- พบปัญหา : แบบฟอร์มไม่มีช่องการบันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่น ๆ (Review of system) ทุกระบบ
- สิ่งที่ต้องพัฒนา : ปรับปรุงแบบฟอร์ม

- สิ่งที่พัฒนา** พัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มและทำที่วัดส่วนสูงติดตั้งจุกชกประวัติ
- ๕. Physical examination : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
- สิ่งที่ได้** ในรายที่ไม่ได้วัดส่วนสูงได้ชักจากคนไข้หรือญาติ ทำให้มีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียน
- พบปัญหา** ปัญหาแบบฟอร์มไม่มีช่องบันทึก (Problem list) และไม่มีที่วัดส่วนสูง
- สิ่งที่พัฒนา** พัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มและทำที่วัดส่วนสูงติดตั้งจุกชกประวัติ
- ๖. Progress notes, Doctor's order sheet : บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
- สิ่งที่ได้** พยาบาลมีการรับออเดอร์ ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง วันที่ เดือน และเวลาทุกครั้ง
- ปัญหา** แพทย์บางคนไม่บันทึก .Progress notes ตามหลัก SOAP และไม่ระบุวันที่ และเวลา
- แนวทางพัฒนา** ในส่วนของแพทย์ได้แจ้งแพทย์บันทึก .Progress notes ตามหลัก SOAP เพื่อประชุมในองค์กรแพทย์
- ๑๐. Labour record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด
- สิ่งที่ได้** ได้มีการปรับปรุงแบบฟอร์มให้มีช่องการระบุ มี หรือ ไม่มี กรณีพบหรือไม่พบประเมินภาวะแทรกซ้อน
- ๑๒. Nurses' note : บันทึกการพยาบาล
- สิ่งที่ได้** -มีการบันทึกv/sได้สอดคล้องกับปัญหา
- กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล คลอบคลุมมากขึ้น
- ระบุชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง ชัดเจนมากขึ้น
- มีการให้ข้อมูลก่อนกลับบ้าน คำแนะนำ มีการบันทึกดูแลต่อเนื่อง
- ปัญหา** อ่านลายมือไม่ออก ตัวหนังสือจาง ,ในเคสที่ใช้ใบ HAD, preesign เอกสารไม่ได้เรียงอยู่ด้วยกันกับNuresNote ทำให้V/Sในเคสที่ได้รับยาHAD และ วิกฤต ทำให้ประเมินไม่ผ่านเนื่องจากหาเอกสารไม่พบ
- ไม่มีข้อมูลส่งเยี่ยมบ้าน เนื่องจากต้องปรีนจาก HHC
- แนวทางพัฒนา** พัฒนาแบบฟอร์มให้ชัดและง่ายต่อการตรวจชาร์ท และการเรียงเรียงชาร์ท
