

การประเมินความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียน โรงพยาบาลสตูล

ปิยวรรณ เสรีพงศ์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์บริการและสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสตูล : ผู้จัดทำ
แหล่งข้อมูล : ไอลดา อังสุภาณิช เวชระเบียนโรงพยาบาลสตูล

ความสำคัญของเวชระเบียน

เวชระเบียนทางการแพทย์ คือการบันทึกรายงานทางการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงเอกสารอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละครั้ง

☒ ความสำคัญในการบริการทางการแพทย์ของเวชระเบียน ☒

- ☞ เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ☞ เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาและวิจัย
- ☞ เป็นแหล่งในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์
- ☞ เป็นวิธีในการประเมินคุณภาพของการรักษา
- ☞ เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข
- ☞ เป็นหลักฐานในการเบิกเงินจากกองทุนต่าง
- ☞ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย



ปัญหาที่ส่งผลทำให้การบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

จากกิจกรรมของกลุ่มงานยุทธศาสตร์บริการและสารสนเทศทางการแพทย์ร่วมกับกลุ่มการพยาบาลในการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนพบปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

หมวดที่ 1 Discharge summary

- ❖ ใช้ตัวย่อในการสรุปและสรุปด้วยลายมือที่ไม่สามารถอ่านออกได้
- ❖ ไม่มีการบันทึกเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการในห้องผ่าตัด
- ❖ ไม่มีการระบุ นามสกุลและเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หมวดที่ 2 Discharge summary

- ❖ ไม่มีข้อมูลเวลาที่ discharge จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลและจำนวนวันที่ลากลับบ้าน

หมวดที่ 3 Informed consent

- ❖ ไม่มีลายมือชื่อของพยานฝ่ายผู้ป่วยโดยต้องระบุชื่อ นามสกุลและควา มสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีมาคนเดียวต้องระบุว่ามาคนเดียว
- ❖ ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดเหตุผลหรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษา
- ❖ ไม่มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษา
- ❖ ไม่มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

หมวดที่ 4 History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

- ❖ ไม่มีการบันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว
- ❖ ไม่มีการบันทึก Past illness ที่สำคัญ กรณีไม่มี Past illness ต้องระบุว่าไม่มี
- ❖ ไม่มีบันทึกประวัติอื่น ๆ ในส่วนของ Family history, Personal history, Social history กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน กรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
- ❖ บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่น ๆ (review of system) ไม่ครบทุกระบบ
- ❖ ไม่ระบุแหล่งที่มาข้อมูลเช่นจากผู้ป่วยหรือญาติหรือประวัติเก่าหรือเอกสารใบส่งต่อ



หมวดที่ 5 Physical examination : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

❖ ไม่มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Problem list) การสรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) การบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ Admit ครั้งนี้ กรณีบันทึกว่า Admit ไม่ผ่านเกณฑ์ ต้องระบุ Admit for..... (Close observe, Operation)

หมวดที่ 6 Progress note, Doctor order sheet

- ❖ ไม่มีการลงวันเดือนปีและเวลาทุกครั้งที่บันทึก Progress note
- ❖ ไม่มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรกและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้รักษาหรือมีการทำ Procedure และเนื้อหาไม่ครอบคลุม S-O-A-P
- ❖ ไม่มีการบันทึกการแปลผล Investigate ที่สำคัญ
- ❖ ไม่มีการลงวันเดือนปีและ เวลาพร้อมลงนามกำกับในใบ คำสั่งการรักษา ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา

หมวดที่ 7 Consultation record

❖ ไม่มีบันทึก วัน เดือน ปีและเวลาที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

หมวดที่ 8 Anesthetic record

❖ มีการบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชม. และหลังการผ่าตัด 24 ชม.โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการไต่ยาระดับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ ไม่พบปัญหา

หมวดที่ 9 Operative notes

- ❖ การบันทึกข้อมูลหลังทำหัตถการต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้นไม่สามารถใช้ SAME หรือเครื่องหมายปีกกา
- ❖ ไม่มีการบันทึกภาวะแทรกซ้อนและจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ ไม่มี

หมวดที่ 10 Labour record

❖ การประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องระบุ ไม่มี

หมวดที่ 11 Rehabilitation record

❖ ไม่มีบันทึกรายละเอียดการให้ Home programหรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือแผนการดูแลต่อเนื่อง



หมวดที่ 12 Nurse note

❁ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน ต้องระบุนาการและ/หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูลความรู้ และ/หรือการฝึกทักษะที่จำเป็น กิจกรรมการให้ข้อมูล /ความรู้ บันทักข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความก้าวหน้าในการเรียนรู้

❁ การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ต้องบันทึกระเภทการจำหน่าย ระบุวันเดือนปี และเวลาที่ จำหน่าย ระบุนาการ อาการแสดงรวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลก่อน จำหน่ายกรณีถึงแก่กรรม มีบันทึกรกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม และ Psycho support ญาติ หรือ ดูแลช่วยเหลือญาติ

❁ การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ดังนี้ แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ระหว่างการดูแลโดยบันทึก ชัดเจนในแต่ละ เหตุการณ์ เวลาในการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ เวลาที่จำหน่าย และมีการบันทึกทางการพยาบาล ต่อเนืองทุกวันทุกเวร

แนวทางการแก้ไข

- ❁ ประชุมชี้แจงองค์กรแพทย์และกลุ่มการพยาบาล
- ❁ บูรณาการแบบฟอร์ม Clinical summary note + discharge order เพื่อเพิ่มคุณภาพและลดภาระ งาน
- ❁ ปรับปรุง ฟอร์ม progress note ของแผนกสูตินรีเวชกรรม , แผนกศัลยกรรม เริ่มใช้ 16 มกราคม 2560
- ❁ ปรับปรุง ใบปรึกษาผู้ป่วยระหว่างแผนก กำหนดให้ทุกแผนกใช้แบบฟอร์มเดียวกันทั้งหมด ยกเว้นแผนกกายภาพบำบัดใช้แบบฟอร์มเดิม
- ❁ ปรับปรุงแบบฟอร์ม Inform consent และให้แพทย์/ทันตแพทย์เป็นผู้ลงนามผู้ให้คำอธิบายการ บอนโรงพยาบาลและการทำหัตถการ
- ❁ ประสานโปรแกรมเมอร์ ปรับปรุงแบบฟอร์ม การซักประวัติ และตรวจร่างกายในโปรแกรม HosXP
- ❁ Re-Audit ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน โดยทีมตรวจสอบเวชระเบียนเชิงคุณภาพ ของโรงพยาบาล

