

ชื่อเรื่อง Team Good record

จัดทำผลงาน งานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ลาน จ.ปัตตานี

ผู้นำเสนอ นางมัสนานี สาแมเน็ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผลงานเรื่องนี้ไม่เคยผ่านการนำเสนอ

ประเภทผลงานที่นำเสนอ oral presentation กลุ่มระบบงานสนับสนุน

ผลงานที่นำเสนอเรื่องนี้เป็นผลงานใหม่

บทคัดย่อ

1.ความเป็นมาหรือบริบท

จากการตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์ ปี 2553 มีอัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์ตามหลักกระบวนการพยาบาล ดังนี้ Assessment = 75%, Planning = 77% Implementation = 76% ,Evaluation = 75% และการประเมินตามแนวทางการบันทึกทางการแพทย์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ = 72% ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย > 80% ส่วนใหญ่ บันทึกทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมวินิจฉัยทางการแพทย์ ไม่ได้บันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชนิดอาหารและปริมาณที่ผู้ป่วยรับประทาน อาการทางจิตใจและอารมณ์ การติดตามผลการพยาบาลที่ต่อเนื่องตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย สาเหตุเกิดจาก ขาดทักษะประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามอาการแสดง และผลการตรวจวินิจฉัย ไม่มีแนวทางการพยาบาลและแนวทางการบันทึกการพยาบาลที่ชัดเจนตรงกัน ไม่มีความรู้และทักษะในการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยที่ชัดเจน งานหอผู้ป่วยในจึงได้จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยแรกรับ การประเมินกอลูกเพื่อมาวางแผนการพยาบาล จัดทำข้อวินิจฉัยทางการแพทย์รายโรคเพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกให้ครอบคลุม จัดทำแบบฟอร์มการบันทึกอาหารผู้ป่วยในแต่ละเวร จัดอบรมการบันทึกทางการแพทย์ตามแบบ สปสช. ฝึกทักษะการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และมีการติดตามผลการบันทึกทางการแพทย์เป็นรายเดือน ในปี 2554 พบว่า การบันทึกทางการแพทย์ยังไม่สมบูรณ์และมีข้อร้องเรียนจากองค์กรแพทย์ในประเด็นการสื่อสารและบันทึกข้อมูลไม่ชัดเจนตามแผนการรักษา ไม่มีการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยหลังให้การบริบาลยา ไม่มีการรายงานผลขั้นสูตรและอาการเปลี่ยนแปลง และจากการค้นหาสาเหตุเพิ่มเติม พบว่า พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการมอบหมายงานเป็นรายบุคคลในการดูแลผู้ป่วย แนวทางการรายงานแพทย์ไม่ชัดเจน ประเมินปัญหาและแนวทางการพยาบาลรายโรคไม่ตรงกัน ไม่มีความรู้ในการเฝ้าระวังการใช้ยาที่พบบ่อยและยาที่มีความเสี่ยงสูง แบบฟอร์มในการบันทึกการพยาบาลมีหลายชนิดใน chart เกิดภาระในการบันทึกที่เพิ่มขึ้น รวมถึงไม่ได้การส่งต่อและบันทึกข้อมูลการรายงานแพทย์ ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นในการให้การพยาบาลต่อเนื่องด้วยทำให้การบันทึกทางการแพทย์และการรับส่งเวร ไม่มีความชัดเจนและไม่มีข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ทำให้ทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพไม่ทราบถึงผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังจากให้การดูแลรักษาส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแลรักษาและให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ งานหอผู้ป่วยในจึงได้พัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ โดยจัดทำแบบฟอร์มการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และแนวทางการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์รายโรคต่อเนื่อง เช้า บ่าย ดึก แนวทางการรายงานแพทย์และการบันทึกให้มีความชัดเจนตรงกัน นิเทศการบันทึกทางการแพทย์เป็นรายบุคคล รวมถึงประสานงานกับเภสัชกร ร่วมจัดทำแนวทางการบันทึกผลการประเมินหลังบริหารยา สารน้ำ ประสานงานสุขภาพจิตในการบันทึกผลการประเมินและการรักษาพยาบาลด้านสุขภาพจิต เพื่อให้มีความสอดคล้องกันสำหรับพยาบาลในการบันทึกและมีความ

ชัดเจนสามารถสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลให้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์ขึ้น

2.เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสมบูรณ์
- 2.2 เพื่อให้ทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพได้รับข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลที่ชัดเจนครอบคลุม
- 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

3.ประเด็นสำคัญของเรื่องที่ต้องดำเนินการ

- 3.1 การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 3.2 การสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจนครอบคลุม
- 3.3 การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ องค์กรร่วม

4.ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- 4.1 อัตราความสมบูรณ์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล > 80%
- 4.2 อัตราความสมบูรณ์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามหลักของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ >80%
- 4.3 ทีมการดูแลและรักษาพยาบาลพึงพอใจในการได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจน

5.กระบวนการดำเนินงาน/วิธีการ/กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

- 5.1 จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยรายโรคที่เป็นปัญหาโดยจัดทำ CNPG ร่วมกับกลุ่มการพยาบาล
- 5.2 จัดทำข้อวินิจฉัยและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคในหอผู้ป่วยใน
- 5.3 กำหนดการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่ชัดเจนและจัดระบบการติดตามการบันทึกเป็นรายบุคคล
- 5.4 ปรับแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นรายโรค บันทึกตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เพิ่มเติมในส่วนที่ไม่มีในแบบฟอร์มและมีการส่งต่อข้อมูลเป็นรายเวร เข้า บ่าย ดึก
- 5.5 จัดทำ KM บันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นรายโรค ในหอผู้ป่วยในทุกเดือน
- 5.6 กำหนดแนวทางในการรับส่งเวร แนวทางการรายงานแพทย์และการบันทึกที่ตรงกัน
- 5.7 ประสานทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ให้ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจนตรงกัน
เภสัชกรในการบันทึกการติดตามการใช้ยา ทีมสุขภาพจิตในการบันทึกการประเมินอาการทางสุขภาพจิต เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์นำมาใช้ในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องกัน
- 5.8 ทีมพยาบาลตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลร่วมกันระหว่าง pre conference ในแต่ละเวร
- 5.9 หัวหน้าเวรตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกเวร และหัวหน้าหอผู้ป่วยในตรวจสอบ chart และให้คำชี้แจงการบันทึกให้สมบูรณ์กับพยาบาลเป็นรายบุคคล ก่อนส่งให้เวชสถิติ
- 5.10 ให้อาจารย์ นิสิต of good record ทุก 3 เดือน เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

6.ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด/ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556 (ต.ค.55-มี.ค.56)
อัตราความสมบูรณ์ของบันทึก ทางการพยาบาล APIE	> 80%	75.75	76.25	81	90
- Assessment	> 80%	75	78	81	90
- Planning	> 80%	76	76	81	90
-Implementation	> 80%	77	76	82	90
- Evaluation	> 80%	75	75	80	90
อัตราความสมบูรณ์บันทึก ทางการพยาบาล (สปสช.)	> 80%	73	72	78	92.25

7.การต่อยอดในการพัฒนางานต่อไป

- 7.1 จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แนวทางการพยาบาลในกลุ่มอาการอื่นๆที่พบบ่อย
- 7.2 จัดทำแนวทางการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลที่ต่อเนื่อง โดยพี่คูน้อง น้องคูพี่ เพื่อนคูเพื่อน ช่วยกันดู
- 7.3 จัดทำแผนให้พยาบาลแต่ละคนตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลเป็นรายเดือน คนละ 10 ฉบับเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาการบันทึกให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น