

**II-5 ระบบเวชระเบียน**

**i. ผลลัพธ์**

**ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	2563
1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	มากกว่า ร้อยละ 80	65.12	65.31	69.89	76.89	83.28
2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	มากกว่า ร้อยละ 80	65.89	79.59	80.09	80.04	81.76
3. อัตราการสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	0.5	0	0	0	0	0
4. อัตราการออกใบแทนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	0.5	28	32	49	52	42
5. จำนวนครั้งที่นำเวชระเบียนมาใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต	0	367	250	58	54	24

**ii. บริบท**

**ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:**

ปี 2569 ผู้ป่วยนอกปีละ 34,580 ครั้ง	ผู้ป่วยในปีละ 1,248 ราย
ปี 2560 ผู้ป่วยนอกปีละ 34,766 ครั้ง	ผู้ป่วยในปีละ 1,123 ราย
ปี 2561 ผู้ป่วยนอกปีละ 41,256 ครั้ง	ผู้ป่วยในปีละ 1,315 ราย
ปี 2562 ผู้ป่วยนอกปีละ 42,496 ครั้ง	ผู้ป่วยในปีละ 1,479 ราย
ปี 2563 ผู้ป่วยนอกปีละ 30,625 ครั้ง	ผู้ป่วยในปีละ 1,166 ราย

**ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน:**

โรงพยาบาลฟากท่า บริการเวชระเบียนโดยใช้โปรแกรม Hos xP ver.4 โดยมีการปรับปรุงเมื่อ วันที่ 26 มีนาคม 2563 เพื่อใช้บันทึกข้อมูลบริการลงในระบบคอมพิวเตอร์ และพิมพ์สรุปการให้บริการที่จุดสุดท้ายเก็บลงในเล่มเวชระเบียน เพื่อคงไว้ซึ่งข้อมูลการให้บริการในกรณีที่ระบบ Hos xP ver.4 ใช้งานไม่ได้ใช้บันทึก ร่วมกับแบบฟอร์มต่างๆ เวชระเบียนผู้ป่วยสามารถบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนเวชระเบียนผู้ป่วยในส่วนที่เป็นเอกสารให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ ห้องเก็บเวชระเบียนมิดชิดเป็นสัดส่วนจำกัดการเข้าถึงได้โดยง่าย มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผ่านเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

**iii. กระบวนการ**

**II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ**

(1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์:

- โรงพยาบาลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเวชระเบียน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เกษัตริกร และสหวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและเป้าหมายเกี่ยวกับ ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล กำหนดแนวทางการบันทึกเวชระเบียน และควบคุมกำกับ ตรวจสอบประเมินคุณภาพของเวชระเบียน
- การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/ความต้องการ/การไม่ได้ใช้ประโยชน์ของระบบเวชระเบียนเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด และการปรับปรุงพัฒนาระบบที่เกิดขึ้น

เป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน	การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/ความต้องการ/การไม่ได้ใช้ประโยชน์	การปรับปรุงพัฒนาระบบ/การออกแบบเวชระเบียน
เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สหวิชาชีพ ไม่ทราบว่าจะบันทึกการรักษาไว้ที่ส่วนไหนของเวชระเบียน</li> <li>- กรณีผู้ป่วยที่มีบาดแผล/อุบัติเหตุ ไม่มี การระบุตำแหน่งที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดให้สหวิชาชีพลงบันทึกแผนการรักษา การรักษาใน progress note</li> <li>- เพิ่มภาพประกอบการตรวจรักษาใน ส่วนของ admission note</li> </ul>
มีข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวินิจฉัยโรคและวางแผนการดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แพทย์ไม่ได้ระบุความเสี่ยงสำคัญหรือเป้าหมายในการรักษาที่ชัดเจน</li> <li>- ข้อมูลในส่วนของ admission note ยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ เสียเวลาคัดลอก ผิดพลาดง่าย</li> <li>- มีความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกผลการตรวจ LAB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการปรับปรุงเพิ่มการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของ Problem List และ Plan of Management</li> <li>- ประสานองค์กรแพทย์/พยาบาลให้มีการลงบันทึกในส่วน admission note ให้ครบถ้วน ชัดเจนตั้งแต่แรกรับ</li> <li>- พยาบาลมีระบบการแจ้งเตือนเมื่อตรวจพบข้อมูลในส่วนของ admission note ไม่ครบถ้วนทันที</li> <li>- งาน IT ปรับปรุงระบบให้สามารถ print out ในส่วน admission note ออกมาได้เลย ไม่ต้องมาเสียเวลาคัดลอก</li> <li>- ใช้ print out ผล LAB จากระบบ HosXP</li> </ul>
สามารถบอกความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา	ข้อมูลในส่วนของ progress note ยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานองค์กรแพทย์/พยาบาลให้มีการลงบันทึกในส่วน progress note ให้ครบถ้วน ชัดเจนตั้งแต่แรกรับ</li> <li>- แผนกผู้ป่วยในทำกิจกรรมทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกครั้งหลังจำหน่ายผู้ป่วย</li> </ul>
เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากกิจกรรมทบทวนเวชระเบียน พบโอกาสพัฒนาคือ Nurse note ในส่วนของ discharge plan ยังระบุปัญหาไม่ครบถ้วนเพียงพอต่อการวางแผนดูแล ต่อเนื่อง</li> <li>- ทีม COC เยี่ยมบ้านต้องการประเด็นปัญหาที่ชัดเจนสำหรับการวางแผนลงเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน</li> <li>- เสียเวลา/ซ้ำซ้อน ในการคัดลอกใบ ส่งต่อผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้กิจกรรมทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการช่วยค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น</li> <li>- นำข้อมูลในส่วนของ discharge plan สรุปเป็นแบบ บส.1 เป็น เครื่องมือประสานการส่งต่อเยี่ยมบ้าน และแบบส. 2 เป็นการตอบกลับผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</li> <li>- งาน IT พัฒนาระบบสามารถนำ ข้อมูลจากHosXp.เชื่อมต่อข้อมูลไปยัง โปรแกรม thai refer ได้โดยตรง</li> </ul>

เป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน	การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/ความต้องการ/การไม่ได้ใช้ประโยชน์	การปรับปรุงพัฒนาระบบ/การออกแบบเวชระเบียน
เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	- ข้อมูลไม่เพียงพอในการทำ RCA	- พัฒนาการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน
เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	- ข้อมูลบางส่วนมีการบันทึกกิจกรรมการรักษาให้กับผู้ป่วย ไม่ครบถ้วนขาดการลงเวลาการทำหัตถการ	- ใช้กิจกรรมทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ส่วน <b>"R: Record"</b> เป็นเครื่องมือในการช่วยตรวจสอบ ค้นหาความครบถ้วนในการบันทึกขณะดูแลผู้ป่วย
เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาเรียนรู้วิจัย	- ข้อมูลไม่เพียงพอในประเด็นที่ต้องการศึกษา เรียนรู้ หรือประกอบในการทำวิจัย	- พัฒนาการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

### (3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

- โรงพยาบาลฟากท่าประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ด้วยวิธีการ ดังต่อไปนี้
  - **การทำกิจกรรมทบทวนเวชระเบียน** ดำเนินการโดยหน่วยงานนั้นๆ คือ IPD OPD ER LR ทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพ และงานคลินิกส่งเสริมป้องกันโรคของกลุ่มงานปฐมภูมิฯ
  - **การ Audit เวชระเบียนทุกวันพุธ** โดยทีม audit เวชระเบียนของรพ.ฟากท่า ซึ่งจะส่งผลให้มีการนำมาปรับปรุงนโยบายและกำกับปฏิบัติตาม **ดังตัวอย่างเช่น**
    - 1) หน่วยงาน IPD ทำกิจกรรมทบทวนเวชระเบียน พบโอกาสพัฒนาคือ Nurse note ในส่วนของ discharge plan ยังระบุปัญหาไม่ครบถ้วนเพียงพอต่อการวางแผนดูแลต่อเนื่อง จึงแก้ไขปัญหาโดยใช้ กิจกรรมทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการช่วยค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้สามารถค้นหาปัญหาได้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ซึ่งสะท้อนผ่านคะแนนประเมินความสมบูรณ์เวชระเบียนส่วน nurse note helpful ดีขึ้นจาก ร้อยละ 81.74 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 82.14 ในปี 2563
    - 2) หน่วยงานทันตกรรม ได้ดำเนินกิจกรรมทบทวนเวชระเบียนของตนเอง พบว่า ขาดการบันทึกในส่วนของยาที่สำคัญที่ส่งผลต่อการหยุดของเลือด ยาที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกระดูกเน่าหลังการถอนฟันหรือผ่าฟันคุด หรือการไม่มีข้อมูลการเกิดข้อผิดพลาด/ภาวะแทรกซ้อนทางทันตกรรมในเวชระเบียน นำไปสู่การปรับแบบ เวชระเบียนของงานทันตกรรม ให้มี check list สำหรับการซักประวัติการรับยา การกำหนดหัวข้อภาวะแทรกซ้อนลงในเวชระเบียน เป็นต้น นำไปสู่ การบันทึกที่ครอบคลุมและครบถ้วนประเด็นสำคัญมากยิ่งขึ้น และผ่านเกณฑ์ประเมินของ TDSA
    - 3) การทำกิจกรรม Audit เวชระเบียน ทีมตรวจสอบพบโอกาสพัฒนาเรื่อง การลงบันทึก progress note ในรูปแบบของ SOAP ในช่วง 3 วันแรกหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ไม่ครบถ้วน ทำให้ประเมินผลการรักษาได้ยากกว่าดีหรือแย่ง นำไปสู่ การพัฒนาระบบการเขียนแบบ SOAP มีการทำตราบีม SOAP ไว้ในเวชระเบียน และพยาบาลมีหน้าที่แจ้งเตือนแพทย์หรือสหวิชาชีพอื่น กรณีลืมบันทึกทันทีหลังการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง ส่งผลให้มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ง่ายต่อการประเมินความคืบหน้าของการดูแลผู้ป่วย คะแนนการประเมิน Progress note เพิ่มขึ้นจาก 79.78 ในปี 2562 เป็น 81.11 ในปี 2563

### (4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:

- 1) จากการทบทวนเวชระเบียนของแต่ละหน่วยงาน เช่น จากกิจกรรมทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในซึ่งนำไปสู่การพัฒนา

กระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การใช้ Trigger tool “Hypoglycemia” นำไปสู่การปรับปรุง CPG 1) เรื่องข้อบ่งชี้ในการทำ Serial DTX 2) การกำหนดค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เป็น Critical Warning 3) วิธีการปรับยารักษาโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย เป็นต้น

2) มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา ส่งผลให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 2,332,172.31บาท ในปี 2561 เป็น 4,533,925.19 บาทในปี 2562 และ 5,359,117.90 บาทเป็นต้น

3) เป็นข้อมูลนำเข้าประกอบการจัดทำ ปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลฟากท่า

4) สนับสนุนข้อมูลงานวิชาการ งานวิจัย

#### (5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

- โรงพยาบาลฟากท่าประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน
  - การทำกิจกรรมทบทวนเวชระเบียน** ดำเนินการโดยหน่วยงานนั้นๆ คือ IPD OPD ER LR ทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพ และงานคลินิกส่งเสริมป้องกันโรคของกลุ่มงานปฐมภูมิฯ
  - การ Audit เวชระเบียนทุกวันพุธ** โดยทีม audit เวชระเบียนของรพ.ฟากท่า
  - การประเมินการเข้าถึงข้อมูล และความปลอดภัยของข้อมูล และเวชระเบียน** โดยทีม IM ตามมาตรฐาน “Hospital IT Quality Improvement Framework”

#### II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

##### (1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:

บริบท:ปัจจุบันเวชระเบียนของรพ.ฟากท่า มีทั้งระบบที่เป็นกระดาษ และ electronic file ในปี 2564 รพ.ฟากท่าจะปรับปรุงเป็น Paperless ทั้งหมด

- การป้องกันข้อมูลโดยมี server หลัก 1 เครื่อง และ sever สำรอง 2 เครื่องทำการสำรองข้อมูล รายวัน ช่วงเวลา 24.00 น.
- ระบบ Hos xP มีการใช้ password ในการเข้าโปรแกรม และมีการจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงระบบข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้อง
- มีการจำกัดคนเข้าห้องที่เก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ห้ามผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าค้นเวชระเบียน ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องบัตรคนให้
- ปรับปรุงให้มีห้องเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยเฉพาะ มีการล็อกกุญแจไว้อย่างมิดชิดมีผู้รับผิดชอบกุญแจชัดเจน เป็นสัดส่วนไม่ให้บุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในพื้นที่เก็บ
- มีการทำลายเวชระเบียนที่ขาดการติดต่อเกิน 5 ปี ยกเว้นสิทธิเบิกได้ และผู้ป่วยคดี เพื่อลดความแออัดของเวชระเบียนสามารถเก็บได้เป็นระเบียบ คั่นหาง่าย
- ข้อมูลเวชระเบียน แบบ electronic file ทำงานผ่านโปรแกรม HosXp บนระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลฟากท่า(LAN) ในทุกจุดปฏิบัติงาน กำหนดให้มีรหัสผ่านของผู้ใช้ มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึง มีการเปลี่ยนรหัสผ่านทุกๆ 90 วัน บุคคลภายนอก หรือเจ้าหน้าที่ต่างหน่วยงานห้ามยุ่งเกี่ยวกับข้อมูล ห้ามเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้ใช้ข้อมูล เปิดดูข้อมูลโดยไม่มีเหตุจำเป็น กำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่รักษาความลับของผู้รับบริการตามสิทธิผู้ป่วย
- มีการ back up ข้อมูล ทุก 24 ชั่วโมง Re index เพื่อซ่อมแซมข้อมูลที่เสียหายทุกสัปดาห์ Write ลงแผ่นทุกสัปดาห์ (ป้องกันการแก้ไข) กำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลโดย pass word และเวชระเบียนที่ผ่านการจัดการด้านการเงิน/ออกใบเสร็จแล้ว ไม่สามารถแก้ไขได้ เวชระเบียนผู้ป่วยในนำไปเก็บในห้องเก็บโดยเฉพาะซึ่งมีความมิดชิด ไม่ชื้น ปลอดภัย จากสัตว์กัดแทะ ต่อไปมีแผนว่าจะ SCAN เวชระเบียนผู้ป่วยในลง Computer

##### (2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:

- เพื่อเป้าหมายของการรักษาความลับของเวชระเบียน โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. โรงพยาบาลกำหนดข้อบังคับสำหรับการเข้าถึงเวชระเบียนไว้คือ 1) เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วย 2) เพื่อทบทวนในการดูแลผู้ป่วย 3) เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย หรือทางวิชาการ และ 4) เพื่อใช้ในกระบวนการทางกฎหมาย
2. สำหรับ ระบบ Hos xP มีการกำหนดรหัสผ่านในการเข้าโปรแกรม และมีการจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงระบบข้อมูลเวชระเบียน
3. สำหรับเวชระเบียนที่เป็นกระดาษ มีการจำกัดเจ้าหน้าที่ ที่สามารถเข้าห้องที่เก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้
4. สำหรับการเข้าถึงเวชระเบียนเพื่อทบทวนในการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย หรือทางวิชาการ และการเข้าถึงเพื่อใช้ในกระบวนการทางกฎหมาย ต้องมีการลงทะเบียน/ขอสำเนา ในเวลาราชการเท่านั้น โดย
  - กรณีเยี่ยมภายในรพ.ฟากท่า มีหัวหน้าเจ้าหน้าที่เวชสถิติเป็นผู้อนุมัติ และต้องส่งคืนภายใน 5 วันทำการ
  - กรณีขอสำเนาจากผู้ป่วย มีผู้อำนวยการรพ.ฟากท่า หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้อนุมัติ และจะทำสำเนาเวชระเบียนให้
5. กรณีผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะของโรงพยาบาลฟากท่า ได้แก่ ผู้ป่วย HIV , ผู้ป่วย OSCC
  - กำหนดเป็นเวชระเบียนที่ต้องมีการปกปิด
  - มีตู้เก็บเวชระเบียนเฉพาะ ที่ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้เท่านั้น
  - ในส่วนของการบันทึกในระบบ HosXp จะมีการกำหนด code ในการบันทึกเพื่อไม่เปิดเผยสถานะของผู้ป่วย
  - กรณีผู้ป่วย HIV ผลตรวจ HIV จะมีเฉพาะผู้รับผิดชอบเท่านั้นที่สามารถทราบและเข้าถึงข้อมูลได้ และแจ้งต่อผู้ป่วยเท่านั้น

**ส่งผลให้** ไม่พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาความลับผู้ป่วยเลย

#### (4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

- สำหรับการเข้าถึงเวชระเบียนของตนเองโดยผู้ป่วยนั้น ต้องมีการเขียนคำร้องและแนบเอกสารรับรอง เช่น บัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน เพื่อยืนยันตัวตนของผู้ป่วย หรือกรณีไม่สามารถมาได้ด้วยตนเอง กำหนดให้ต้องเป็นญาติสายตรงเท่านั้น พร้อมเอกสารมอบอำนาจหรือใบมรณะบัตร มายืนยัน โดยมีผู้อำนวยการรพ.ฟากท่า หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้อนุมัติ และจะทำสำเนาเวชระเบียนให้ 1 ชุด

#### II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

##### (1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด

- โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด ดังนี้
  - 1.มีการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกวันพุธ ซึ่งจะทำให้ทราบว่า การบันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอที่ตอบสนองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ พร้อมนำเสนอโอกาสพัฒนาที่ค้นพบโดยทีมเวชระเบียนต่อ ทีม PCT องค์กรแพทย์/พยาบาล **ในทุกเดือน** เพื่อหารือในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการในการแก้ไขโอกาสพัฒนาที่ค้นพบ
  - 2.กำหนดให้หน่วยงานทำกิจกรรมทบทวนเวชระเบียน เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา และพัฒนาปรับปรุงโดยหน่วยงาน ซึ่งกรณีหน่วยงานต้องปรับปรุงแบบฟอร์ม ต้องขออนุมัติต่อทีมเวชระเบียนก่อนเสมอ

##### (2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):

- จากข้อมูลความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปี 2559-2563 พบว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 64.53 , 60.08, 71.23 และ 83.28 ตามลำดับ ในปี 2560จึงมีการจัดตั้งทีมสารสนเทศและเวชระเบียน มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ลงข้อมูลให้ครบถ้วน และปรับปรุงระบบเวชระเบียนใน Hos.xP เพื่อความครอบคลุมของการบันทึก มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกวันพุธของสัปดาห์ และนำผลการตรวจสอบต่อทีมเวชระเบียน และจุดบกพร่องที่ต้องแก้ไขผลการตรวจคืนข้อมูลให้หน่วยงานรับทราบ ร่วมกับ ทีม IT โรงพยาบาล ในการ ตั้ง pop up และการลงข้อมูลให้ครบถ้วนก่อน save ทุกครั้ง มีการพัฒนาความรู้โดยการส่งแพทย์ พยาบาล และเวชสถิติ เข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับเวชระเบียน แต่งตั้งตัวแทนของหน่วยงานในการเป็นคณะกรรมการเวชระเบียน ทำให้คุณภาพปี 2563 ( external audit) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.28

- จากผลการประเมินความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน ในปี 2559-2563 พบว่าคะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนร้อยละ 58.65 , 76.03 ,80.31,81.76 ในปี 2563 ช่วง ต.ค.2562 - มิ.ย.2563 พบคะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนต่ำใน ส่วน progress note ของแพทย์ได้ร้อยละ 63.89 และ ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในส่วนของการบันทึก nurse note ร้อยละ 50.22 จากการตรวจสอบพบว่าแพทย์ไม่เขียน progress note ใน 3 วันแรก และไม่ลงลายมือชื่อในใบบันทึกการ ชักประวัติโดยแพทย์ทำให้ไม่ได้คะแนน ดังนั้นทีมเวชระเบียนจึงมีการประสานงานไปยังองค์กรแพทย์ ในการเขียน progress note ของแพทย์ในรูปแบบ ของ SOAP อย่างน้อย 3 วันแรกและเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ในรายที่เป็น ผู้ป่วย รศ. หน่วยงานต้องให้ แพทย์ เขียนข้อมูลให้ครบ และเซ็นรับทราบภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อใช้สื่อสารในการดูแล ผู้ป่วย และให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้งในใบ progress note ในส่วนของ nurse note มีการปรับปรุงโดย เขียน แบบ focus charting เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย และมีการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา มีการประเมินผลหลังจากการให้ การพยาบาล และมีการวางแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งต่อ ทีม COC และ รพ. ส่งผลให้ คะแนนความ สมบูรณ์ของเวชระเบียนส่วน progress note และ nurse note ทั้งปี ของ 2563 เพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 81.11 และ ร้อยละ 82.14 ตามลำดับ

#### iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ทุกวันพุธของสัปดาห์
- การทบทวนการสรุปการวินิจฉัยโรคให้รหัสโรคโดยทีมเวชระเบียน มีแพทย์ Auditor เขตร่วมตรวจสอบ
- การปรับปรุงระบบเวชระเบียนใน HosxP. เกิดความครอบคลุมในการบันทึก

#### v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
50. ระบบบริหารเวชระเบียน	3.5	L I	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีแผนการนำข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในเข้าเก็บรักษา ในระบบคอมพิวเตอร์(Scan) เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ทันเวลา ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
51. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก	3.5	L I	<ul style="list-style-type: none"> <li>● พัฒนาการออกแบบบันทึกเวชระเบียนที่ เอื้อต่อการ บันทึกร่วมกันและปรับปรุงความสมบูรณ์และความ ถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนให้มีข้อมูลเพียงพอ สำหรับสื่อสารและการดูแลต่อเนื่อง</li> </ul>