

การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน โดยการมีส่วนร่วม ของสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเมืองสรวง

เชียวชาญ สรกุพันธ์*

ดวงเดือน ศรีมาดี*

หยุดกฤษณ์ พาวีรัตน์*

กชวรรณ เทียมวงศ์*

บทคัดย่อ

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาเป็นการสื่อสารระหว่างทีมให้บริการ เป็นการประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยและปัจจุบันใช้ประกอบการจัดสรรงบประมาณในโครงการหลักประกันสุขภาพ. ดังนั้นการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยให้ได้คุณภาพจึงมีความสำคัญมาก ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาสภาพการณ์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในและค้นหาแนวทางพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพผ่านการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้หลักการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก แพทย์ พยาบาล วิชาชีพพยาบาล เกษัตริกร และเจ้าหน้าที่เวชสถิติ รวม ๒๔ คน, การสนทนากลุ่มพยาบาล ๒ กลุ่มๆ ละ ๘ คน และการศึกษาข้อมูลโดยการสุ่มตรวจสอบคุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน ๕๐ ชุด. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์แบบสามเส้า. การศึกษาพบว่าสหวิชาชีพมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียน. สหวิชาชีพที่มีแนวทางบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในชัดเจนคือ แพทย์ พยาบาลและวิชาชีพพยาบาล. คุณภาพการบันทึกอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ ๘๐.๘๑, ความถูกต้องของการบันทึกการวินิจฉัยโรคของแพทย์, ความถูกต้องของการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ให้รหัสอยู่ที่ร้อยละ ๕๘.๐๐ และ ๕๖.๐๐ ตามลำดับ. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน คือ การกำหนดนโยบายให้ชัดเจนจากผู้บริหาร, การสร้างความตระหนักในผู้ที่บันทึก, การปรับปรุงแบบฟอร์มให้เหมาะสม, ร่วมกันจัดทำเกณฑ์ในการบันทึกและนำสู่การปฏิบัติ, มีการประเมินผลการบันทึกและนิเทศติดตาม, จัดประชุมวิชาการเรื่องการบันทึกกระบวนการพยาบาล, จัดหาเอกสารวิชาการเรื่องยาและการพยาบาลไว้ประจำแผนกผู้ป่วยในเพื่ออำนวยความสะดวกในการอ้างอิงของผู้ปฏิบัติงาน.

คำสำคัญ: เวชระเบียน, การประเมิน, การพัฒนา. การบันทึกการวินิจฉัยโรค. สหวิชาชีพ

Abstract

Recording the Development of In-patient Medical Records through Multi-disciplinary Participation at Muangsruang Hospital

Chiaochan Srakooonpun*, Duangdean Sremadee*, Nuthut Pavirut*, Kasawan Teamwong*

*Muangsruang Hospital, Roi Et Province

Medical records serve as a tool for the continuation of patient care, maintaining communication among health team members, providing quality assurance and, at present, using them as a reference for allocation of budgets under the national universal health-care coverage scheme (UC). This study was aimed at exploring the level of quality of the

*โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

medical records and developing good-quality procedures for in-patient records through multidisciplinary participation at Muangruang Hospital. A descriptive study was used, with both qualitative and quantitative methods: in-depth interviews were conducted with doctors, nurses, anesthetic nurses, pharmacists and medical information technicians. Additionally, focus groups were set up with two groups of nurses. Moreover, 50 medical records were randomly sampled and were thoroughly examined. Data were analyzed using several methods, including content analysis, and triangulation techniques. Twenty-four staff members were interviewed and eight nurses joined each focus group. All professional groups realized that medical records are very important. Physicians, nurses and anesthetic nurses had clear guidelines on recording procedures. The recording quality was classified as good in 80.91 percent of the records. The accuracy of the medical records on the diagnoses of physicians and on codifications for diagnoses with procedures were 58 and 56 percent, respectively. The quality of medical records was influenced mainly by a number of factors, including clear policy deployment from executive officers, awareness among stakeholders, appropriate format of the forms, involvement of stakeholders in developing criteria for practical recording, the monitoring and evaluating systems used, the arrangement of a conference related to nursing care records, the availability of technical articles related to pharmaceutical care and nursing care at the ward as references.

Key words: codification, medical records, multidisciplinary, quality

ภูมิหลังและเหตุผล

การให้บริการแก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลนั้น ต้องทำงานเป็นทีมมีการสื่อสารกันและปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ค้างคืนอย่างต่อเนื่องตลอด ๒๔ ชั่วโมง. ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลตลอดเวลาคือพยาบาล. พยาบาลมีหน้าที่บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล, แพทย์มีหน้าที่บันทึกข้อมูลในส่วนของแพทย์. ถ้ามีการบันทึกข้อมูลได้ดี บันทึกได้เนื้อหาสาระสำคัญ จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูล^(๑). จากคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ๑๐ ประการที่สภาวิชาชีพด้านสุขภาพได้กำหนดให้ทุกวิชาชีพปฏิบัติตามที่ประกาศเป็นแนวปฏิบัติไว้ โดยเฉพาะข้อ ๙ ที่ระบุว่าผู้รับบริการจะได้รับทราบข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนเองเมื่อร้องขอ. ทั้งนี้ข้อมูลจะต้องไม่ไปล่วงละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้อื่นแสดงให้เห็นว่าการบันทึกมีความสำคัญยิ่ง.

โรงพยาบาลเมืองสรวงได้ตระหนักถึงเรื่องการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบกับที่โรงพยาบาลได้พัฒนาคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง. จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลเมืองสรวง^(๒) รายงานว่ามีผู้รับบริการแบบผู้ป่วยใน พุทธศักราช

๒๕๔๘ เหลือ ๑๐ รายต่อวัน, อัตราครองเตียงร้อยละ ๓๓, มีบุคลากรพยาบาลมีจำนวน ๒๗ คน ปฏิบัติงานอยู่ทุกแผนกในโรงพยาบาล, จะมีการหมุนเวียนกันไปปฏิบัติงานนอกเวลาราชการที่ตีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก, มีแพทย์ ๓ คน, เภสัชกร ๒ คน, มีอัตราการโยกย้ายของแพทย์และเภสัชกรสูง. การพัฒนาคุณภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องของกับวิชาชีพที่มีการโยกย้ายสูงจะขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา.

ตีผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองสรวงเป็นตีกรวม ขนาด ๓๐ เตียง ประกอบด้วย เตียงพิเศษ ๔ เตียง เตียงสามัญ ๒๖ เตียง, จัดบริการดูแลต่อเนื่องตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยจัดพยาบาลเป็นเวรผลัด ๓ ผลัดต่อวัน. แพทย์จะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวรเช้าทุกวัน จะตรวจเยี่ยมในเวรป่วยและเวรตึกเมื่อมีรายงานจากพยาบาลเป็นเฉพาะรายเท่านั้น. ดังนั้นระบบการประสานงานระหว่างทีมจึงต้องมีทั้งด้วยวาจาโดยตรงและทางโทรศัพท์ มีการบันทึกลงในเวชระเบียนประจำตัวของผู้ป่วย. ดังนั้นการบันทึกเวชระเบียนจึงมีความสำคัญเพราะบ่งบอกคุณภาพการดูแล เป็นหลักฐานทางกฎหมาย. ปัจจุบันยังเกี่ยวเนื่องถึงค่าชุดเขยต่าง ๆ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้



กับโรงพยาบาล^(๓). จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๔๘^(๔) โดยการสุ่มทุก ๔ เดือน จำนวน ๓ ครั้ง/ปี พบว่าคุณภาพในภาพรวมของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๙๐, ๕๔.๔๐, ๖๘.๖๐ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการบันทึกได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นพอสมควร และทำให้มองเห็นถึงความสมบูรณ์ของเวชระเบียนซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง, ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาสภาพการณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเมืองสรวง.

ระเบียบวิธีศึกษา

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองสรวง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาครั้งนี้ โดย ๑) ผู้วิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเมืองสรวง, ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙, ๒) ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการสุ่มแบบเจาะจง และเป็นผู้ที่ยินดีให้ข้อมูลปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเมืองสรวง แยกตามการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ การสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ผู้ปฏิบัติ ๒ คน พยาบาล ๑๙ คน เภสัชกร ๑ คน วิทยาลัยพยาบาล ๑ คน และเจ้าหน้าที่เวชสถิติ ๑ คน รวม ๒๔ คน. การสนทนากลุ่มพยาบาล ๒ คน กลุ่ม ๑ ละ ๘ คน รวม ๑๖ คน, ๓) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม, เครื่องบันทึกเสียงและตัวของผู้วิจัยเองถือเป็นเครื่องมือในการวิจัย. ทีมวิจัยได้เตรียมความพร้อมของนักวิจัยด้านความรู้, ความเข้าใจและทักษะในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการจัดประชุมกลุ่มในทีมที่ดำเนินการวิจัยด้วยกัน เพื่อเตรียมความพร้อมของนักวิจัยในขั้นตอนต่าง ๆ คือ การสร้างเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล, ๔) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙ จำนวน ๕๐ ชุด, ใช้วิธีสุ่ม,

และใช้เครื่องมือประกอบการศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในคือ (ก) แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียน, (ข) แบบประเมินคุณภาพเวชระเบียน, (ค) ผู้ตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลเมืองสรวงผู้ซึ่งเคยได้รับการอบรมการตรวจสอบเวชระเบียน และเป็นคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนของจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน ๕ คน.

การวิเคราะห์ข้อมูลของการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์สามเส้าซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาซึ่งเป็นการใส่รหัสและจัดแต่งให้เป็นประโยคที่สมบูรณ์ นำมาจัดกลุ่มข้อมูล โดยใช้โปรแกรมไมโครซอฟท์เอกซ์เซลในส่วนของคุณภาพ. การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในมีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ให้รหัสโรค โดยการใช้ค่าสถิติร้อยละ.

ผลการศึกษา

พบว่าแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของสหวิชาชีพอื่นยังไม่ชัดเจน นอกจากของวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และ วิทยาลัยพยาบาล. แนวทางการบันทึกของแพทย์ คือ ๑) บันทึกก่อนทำประวัติผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล, ๒) บันทึกเมื่อตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยใน, ๓) บันทึกหลังทำหัตถการ, ๔) บันทึกเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย, และ ๕) บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา. แนวทางการบันทึกของพยาบาลคือ ๑) บันทึกทุกรายที่นอนรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน, ๒) บันทึกทุกเวร, ๓) บันทึกแรกรับ, ๔) บันทึกก่อนและหลังทำหัตถการ, ๕) บันทึกเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและ/หรือรายงานแพทย์, ๖) บันทึกเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยทุกประเภท. ในส่วนของวิทยาลัยพยาบาลบันทึกเมื่อมีหัตถการในห้องผ่าตัด.

พบว่าทัศนคติต่อคุณภาพการบันทึกของสหวิชาชีพอยู่ในเกณฑ์ดีสามารถสื่อสารในทีมได้ ดังคำพูดของพยาบาลว่า

“การบันทึกของแพทย์ให้คะแนนค่อนข้างมาก แพทย์ให้การดูแลดี แพทย์จะบันทึกการดูแลดีในความรู้สึกของตนเอง มันสื่อสารกันได้ในทีมบันทึกของแพทย์”.

“ส่วนของพีคิดว่าคุณภาพการบันทึกประมาณร้อยละ ๗๐ บางอย่างเราก็ทำได้ บางอย่างเราก็บันทึกไม่ครบ” และเจ้าหน้าที่เวชสถิติยังกล่าวว่า “ตนเองเพิ่งจะมาลงรหัสโรคและหัตถการเป็นเวลา ๑ เดือนคิดว่าตนเองบันทึกได้ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป”.

พบว่าแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกในเวชระเบียนสหวิชาชีพมองเห็นว่ามีความสำคัญทุกแบบฟอร์ม. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยแบบฟอร์มที่บันทึกโดยแพทย์ ได้แก่ ใบสั่งการรักษา/การดำเนินโรค, ประวัติการป่วยและการตรวจร่างกาย, บันทึกการผ่าตัด, สรุปการวินิจฉัยโรค และการผ่าตัด. แบบฟอร์มบันทึกโดยพยาบาลได้แก่ ๑) แบบรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ๒) แบบฟอร์มสรุปยาประจำวัน, ๓) แบบประเมินสภาพแรกรับ, ๔) แบบฟอร์มอุณหภูมิตั้ง, ๕) แบบฟอร์มผลห้องปฏิบัติการ, ๖) แบบบันทึกทางการพยาบาล, ๗) ใบยินยอม/ไม่ยินยอมให้ทำการรักษา, ๘) แบบบันทึกการให้ยาผู้ป่วยแบบวันเดียวและแบบต่อเนื่อง, ๙) แบบบันทึกแผนการพยาบาล, ๑๐) แบบฟอร์มคาร์เด็กซ์, ๑๑) แบบฟอร์มบันทึกแผนการจำหน่าย, ๑๒) แบบบันทึกการคลอด แบบฟอร์มบันทึกโดยวิสัญญีพยาบาลได้แก่แบบฟอร์มการให้การ

รับความรู้สึก. แบบฟอร์มที่ไม่มีใช้ในโรงพยาบาลคือ แบบฟอร์มส่งปรึกษา และแบบฟอร์มการฟื้นฟูสภาพ. ในกรณีที่มีการปรึกษาศึกษาซึ่งจะลงบันทึกในแบบฟอร์มการดำเนินโรค.

ในเรื่องของคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน พบว่าร้อยละ ๘๐.๙๑ อยู่ในเกณฑ์ดี และจากการประเมินแบบฟอร์มที่ได้คะแนนมากที่สุดเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ๓ ลำดับ คือ ๑) แบบฟอร์มการรับความรู้สึก เท่ากับแบบฟอร์มการคลอด, ๒) แบบฟอร์มจำหน่ายผู้ป่วยและอื่น ๆ, และ ๓) แบบฟอร์มประวัติการป่วย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐, ๙๕.๓๓ และ ๘๖.๐๐ ตามลำดับ. รายละเอียดแสดงในตารางที่ ๑ พบว่าคุณภาพการบันทึกโรคการวินิจฉัยโรคของแพทย์มีความถูกต้องเพียงร้อยละ ๕๘.๐๐ ดังแสดงในตารางที่ ๒ และการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการของผู้ถอดรหัสมีความถูกต้องร้อยละ ๕๖.๐๐ ดังแสดงในตารางที่ ๓.

พบว่าปัญหาในการบันทึกเวชระเบียนของพยาบาลคือการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมองค์รวมจะครอบคลุมด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ในด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณไม่ค่อยได้บันทึก บางครั้งปฏิบัติการพยาบาลแล้วไม่ได้บันทึก.

ตารางที่ ๑ คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในแยกรายแบบฟอร์ม และคุณภาพโดยรวม

| แบบฟอร์มเวชระเบียน | ค่าคะแนนต่อแฟ้ม | จำนวนแฟ้ม | คะแนนเต็ม | ทำได้จริง | ร้อยละ |
|---|-----------------|-----------|-----------|-----------|--------|
| สรุปการจำหน่ายการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด* | ๔ | ๕๐ | ๒๐๐ | ๑๔๖ | ๗๓.๐๐ |
| สรุปการจำหน่ายอื่น ๆ* | ๓ | ๕๐ | ๑๕๐ | ๑๔๓ | ๙๕.๓๓ |
| ใบยินยอม* | ๔ | ๕๐ | ๒๐๐ | ๑๗๑ | ๘๕.๕๐ |
| ประวัติ* | ๔ | ๕๐ | ๒๐๐ | ๑๗๒ | ๘๖.๐๐ |
| การตรวจร่างกาย* | ๔ | ๕๐ | ๒๐๐ | ๑๕๕ | ๗๗.๕๐ |
| การดำเนินโรค* | ๔ | ๕๐ | ๒๐๐ | ๑๔๐ | ๗๐.๐๐ |
| บันทึกพยาบาล | ๔ | ๕๐ | ๒๐๐ | ๑๖๑ | ๘๐.๕๐ |
| บันทึกการผ่าตัด | ๔ | ๑ | ๔ | ๑ | ๒๕.๐๐ |
| บันทึกการรับความรู้สึก | ๔ | ๑ | ๔ | ๔ | ๑๐๐.๐๐ |
| บันทึกการคลอด | ๓ | ๓ | ๙ | ๙ | ๑๐๐.๐๐ |
| บันทึกการปรึกษา | ๔ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| บันทึกการฟื้นฟูสภาพ | ๔ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| รวม | | ๕๐ | ๑,๓๖๗ | ๑,๑๐๖ | ๘๐.๕๑ |

หมายเหตุ *แบบฟอร์มเวชระเบียนผู้ป่วยที่ต้องมีทุกชุด



ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละคุณภาพการบันทึกโรคของแพทย์

| ผลการทบทวน | ราย | ร้อยละ |
|---|-----|--------|
| ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและหัตถการในแผ่นสรุป | ๒๕ | ๕๘.๐๐ |
| มีโรคหรือ ภาวะปรกติที่อาจนับเป็นโรคหลักที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า | ๑ | ๒.๐๐ |
| ๑ ทำให้การวินิจฉัยหลักของแพทย์ และผู้ตรวจสอบไม่ตรงกัน : ซึ่งถูกทั้งคู่ | | |
| ไม่มีการสรุปการวินิจฉัยหลัก | ๐ | ๐.๐๐ |
| การวินิจฉัยหลักที่สรุปไว้ไม่ถูกต้อง | ๔ | ๘.๐๐ |
| การเขียนการวินิจฉัยหลักที่ไม่จำเพาะ | ๖ | ๑๒.๐๐ |
| โรคร่วมหรือโรคแทรกที่ถูกต้องในแผ่นสรุป สามารถนำมาเป็นการวินิจฉัยหลักได้ | ๑ | ๒.๐๐ |
| การวินิจฉัยอื่น ไม่สรุป/ไม่ครบ | ๕ | ๑๐.๐๐ |
| การวินิจฉัยอื่น ไม่ถูกต้อง | ๑ | ๒.๐๐ |
| การวินิจฉัยอื่น ไม่จำเพาะ | ๔ | ๘.๐๐ |
| การวินิจฉัยอื่นมากเกินไป | ๓ | ๖.๐๐ |
| การทำหัตถการไม่สรุปหรือไม่ครบ หมายถึง non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG | ๐ | ๐ |
| หัตถการไม่ถูกต้องหมายถึง non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG | ๐ | ๐ |
| หัตถการไม่จำเพาะ หมายถึง non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG | ๐ | ๐ |
| มีการสรุปว่ามี การผ่าตัด โดยไม่มีหลักฐาน | ๐ | ๐ |
| หัตถการไม่ถูกต้องหมายถึง non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG | ๐ | ๐ |
| หัตถการไม่จำเพาะ หมายถึง non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG | ๐ | ๐ |
| มีการสรุปว่ามี การผ่าตัด โดยไม่มีหลักฐาน | ๐ | ๐ |
| ลายมืออ่านไม่ออก เขียนไม่ชัด | ๐ | ๐ |
| เขียนกำวม เขียนใช้คำย่อที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลายโดยทั่วไป | ๐ | ๐ |

หมายเหตุ : พบความผิดพลาดได้มากกว่า ๑ รายการต่อชุด

ในบางแบบฟอร์มการบันทึกบางที่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล. บางรายการบันทึกบาดแผลของผู้ป่วยในรายที่ได้รับอุบัติเหตุส่วนมากจะบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเท่านั้น ขาดการบันทึกในส่วนของเวชระเบียนผู้ป่วยใน. บางที่การบันทึกไม่ชัดเจน ลายมืออ่านยาก บางที่ไม่บันทึกการประเมินผลการพยาบาลพบว่า มีอุปสรรคในการบันทึกของพยาบาลคือ การมีภาระงานมาก จำนวนผู้ป่วยในมากทำให้รีบทำงานให้เสร็จในแต่ละเวรก่อนการส่งเวรให้กับเวรต่อไป ทำให้การบันทึกจึงไม่ครอบคลุม. พยาบาลบางคนไม่ทราบเกณฑ์การให้คะแนนในการบันทึกคุณภาพเวชระเบียน. บางคนบอกว่าแบบฟอร์มในการบันทึกมีจำนวนมากเกินไป. บางคนขาดความชำนาญในการบันทึกเพราะนาน ๆ ครั้งจะหมุนเวียนเข้าไปปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วย

ใน, ขาดการนิเทศติดตามประเมินผลการบันทึกทางการแพทย์ทางโรงพยาบาล, ขาดเอกสารเชิงวิชาการในการอ้างอิง ดังคำพูดของพยาบาลว่า “ช่วงนี้หมอมามาใหม่ จะเข้าไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในบ่อย มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา/เพิ่มเติมแผนการรักษาพยาบาลจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เวลาที่จะใช้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์จึงมีน้อย.... รีบ ๆ เขียนให้ครบทุก chart เพื่อให้ทันสรุปส่งเวร”.

“บันทึกบาดแผลคนไข้จะลงในบัตรผู้ป่วยนอก ว่าแผลกว้างเท่านี้ ยาวเท่านี้เย็บกี่เข็ม แต่ในเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่มีการบันทึกไว้.... หลังจากแพทย์สรุปเพิ่ม จำหน่ายแล้วเก็บบัตรผู้ป่วยนอกเข้าช่องไปแล้ว เวชระเบียนผู้ป่วยในก็สื่อความหมายเรื่องบาดแผลไม่ได้เพราะไม่ลงบันทึกเอาไว้”.

ตารางที่ ๓ คุณภาพการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ออกรหัส

| ผลการทบทวน | ราย | ร้อยละ |
|--|-----|--------|
| ไม่มีความหมายที่แตกต่างเกี่ยวกับรหัส | ๒๘ | ๕๖.๐๐ |
| ให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักผิด (รวมถึงการให้รหัสผิด 4 th - 5 th digit) | ๔ | ๘.๐๐ |
| ให้รหัสการวินิจฉัยโรคอื่นผิด (รวมถึงการให้รหัสผิด 4 th - 5 th digit) | ๔ | ๘.๐๐ |
| รหัสโรคร่วมหรือโรคแทรกที่ผู้ออกรหัสใส่เพิ่มให้ไม่ถูกต้อง | ๐ | ๐ |
| รหัสหัตถการที่ผู้ออกรหัสใส่เพิ่มให้ไม่ถูกต้อง | ๐ | ๐ |
| มีรหัสไม่ครบทั้ง ๆ ที่มีการวินิจฉัยโรคหลักในแผ่นสรุปจำหน่ายผู้ป่วย | ๐ | ๐ |
| มีรหัสไม่ครบทั้ง ๆ ที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกในแผ่นสรุปจำหน่ายผู้ป่วย | ๐ | ๐ |
| มีรหัสไม่ครบทั้ง ๆ ที่มีหัตถการในแผ่นสรุปจำหน่ายผู้ป่วย | ๐ | ๐ |
| มีการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก และโรคร่วมหรือโรคแทรกถูกต้อง แต่ผู้ออกรหัสเรียงลำดับให้ไม่ถูกต้อง | ๐ | ๐ |
| มีสรุปการผ่าตัดหัตถการที่มีรายละเอียดครบถ้วนถูกต้องแต่ผู้ออกรหัสให้รหัสผิดพลาด | ๐ | ๐ |
| รหัสของผู้ตรวจสอบ และผู้ลงรหัส ต่างกันเนื่องจากการวินิจฉัยโรค / หัตถการของผู้ตรวจสอบและแพทย์ ต่างกัน | ๑๕ | ๓๐.๐๐ |
| แพทย์ใส่การวินิจฉัยโรค / หัตถการไม่ครบและผู้ออกรหัสไม่ได้ใส่เพิ่มให้ | ๕ | ๑๐.๐๐ |
| การวินิจฉัยโรค / หัตถการ ในแผ่นสรุป ไม่ถูกต้องผู้ออกรหัส แก้ไขเพิ่มเติมให้ถูก | ๐ | ๐ |
| การวินิจฉัยโรคหรือหัตถการในแผ่นสรุป ไม่ถูกลำดับรหัส แก้ไขเพิ่มเติมให้ถูก | ๐ | ๐ |
| การวินิจฉัยโรคหรือหัตถการในแผ่นสรุป ไม่ครบรหัส แก้ไขเพิ่มเติมให้ถูกต้อง | ๑ | ๒.๐๐ |
| ปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้รหัสของผู้ออกรหัสและผู้ตรวจสอบการบันทึกต่างกันไปกระทบ | ๐ | ๐ |

หมายเหตุ : พบความผิดพลาดได้มากกว่า ๑ รายการต่อชุด

“การทำงานหนังสืออ้างอิงไม่ค่อยมี ไม่เหมือนกับสมัยที่เราเรียน เราจะมีไว้ศึกษาเยอะ” แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า “ผมเคยเปิดดูรายงานพยาบาลบางที่จะขาดตรงประเมินผล”.

พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการเขียนบันทึกของแพทย์ คือ ส่วนบันทึกการดำเนินโรค ส่วนมากไม่มีการเขียนทุกวันใน ๑-๓ วันแรก และการบันทึก S, O, A, P ยังไม่ชัดเจน.

ดังคำพูดของแพทย์ท่านหนึ่งว่า “การบันทึกการดำเนินโรค บางที่รีบๆ ก็ไม่ได้เขียนทุกวัน”.

แนวทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหา/อุปสรรค การทำงานแบบสหวิชาชีพมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. ด้านนโยบายผู้บริหารต้องประกาศให้ชัดเจน มีการนิเทศติดตามและประเมินผล.

๒. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ มีดังนี้

๒.๑ ปรับปรุงแบบฟอร์ม เช่น แบบประเมินสมรรถนะแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์.

๒.๒ ทำตารางหอผู้ป่วยใน และทำตารางชื่อแพทย์ ที่เข้าไปตรวจเยี่ยมที่แผนก.

๒.๓ จัดหาหนังสือเกี่ยวกับเรื่องยาและการพยาบาลต่าง ๆ ไว้ที่แผนกผู้ป่วยในเพื่อสะดวกต่อการค้นคว้าอ้างอิง.

๓. ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติ ต้องตระหนักในการบันทึกของวิชาชีพ ตั้งใจเขียนบันทึกให้เรียบร้อย บันทึกในสิ่งที่ได้ปฏิบัติ.

๔. ด้านกระบวนการดังนี้

๔.๑ แต่งตั้งทีมในการสร้างเกณฑ์การบันทึก โดยในขั้นต่ำแต่ละวิชาชีพต้องมีเกณฑ์ขั้นต่ำที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้.

๔.๒ จัดประชุมวิชาการการบันทึกทางการแพทย์ให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติ.

๔.๓ สื่อสารเกณฑ์/แนวทางบันทึกที่ร่วมกันจัด



ทำสู่การปฏิบัติ.

วิจารณ์

ทัศนคติของสหวิชาชีพต่อการบันทึกเวชระเบียนค่อนข้างดี โดยส่วนใหญ่คิดว่าการบันทึกมีประโยชน์เพื่อการสื่อสารทางการแพทย์ เป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยเพราะเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการรักษา ใช้ประโยชน์ในการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และส่งผลต่อการพัฒนาการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล.

จากการทบทวนการประเมินบันทึกสรูป พบว่าไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและหัตถการในแผนสรูป ซึ่งมีความสมบูรณ์ของการบันทึกร้อยละ ๕๘ อาจมองเชื่อมโยงไปที่การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกในส่วนของการดำเนินโรคของแพทย์ที่มีความสมบูรณ์ร้อยละ ๗๐. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเวชระเบียนบางส่วนไม่มีการบันทึกข้อมูลที่เอื้อต่อการตัดสินใจในการเขียนสรูปการวินิจฉัยโรค และยังพบข้อผิดพลาดจากการเขียนสรูปการวินิจฉัยโรคหลักที่ไม่จำเพาะคิดเป็นร้อยละ ๑๒ พบว่ามีการวินิจฉัยอื่น ๆ ที่ไม่สรูป/ไม่ครบคิดเป็นร้อยละ ๑๐, พบว่ามีการวินิจฉัยที่ไม่จำเพาะร้อยละ ๘, และสรูปการวินิจฉัยอื่นมากเกินไปร้อยละ ๖ แสดงให้เห็นว่ายังต้องมีการพัฒนาในส่วนของการประเมินบทสรูป ซึ่งจะช่วยให้ข้อผิดพลาดในการบันทึกการวินิจฉัยโรคของแพทย์ให้ลดลงได้ และต้องพัฒนาการบันทึกการดำเนินโรคให้มีคุณภาพมากขึ้นเพื่อเอื้อต่อการสรูปวินิจฉัยโรคของแพทย์. จากการทบทวนการประเมินรหัสโรค พบว่าสรูปได้ถูกต้องไม่มีข้อแตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสของผู้ออกรหัสกับผู้ตรวจสอบร้อยละ ๕๖ พบความผิดพลาดของการให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักผิด และการให้รหัสการวินิจฉัยโรคอื่นผิดคิดเป็นร้อยละ ๘ ซึ่งก่อนที่จะมีการศึกษาครั้งนี้โรงพยาบาลเมืองสรวงมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยในเป็นผู้ลงรหัสโรคและหัตถการ ซึ่งอาจจะไม่เชี่ยวชาญในการให้รหัสโรค. แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาปรับปรุงโดยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่เวชสถิติที่ผ่านการอบรมและเรียนรู้เกี่ยวกับการลง

รหัสโรคและหัตถการ ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินการในส่วนนี้มาแล้วเป็นเวลา ๑ เดือน คาดว่าความผิดพลาดในการลงรหัสโรคและหัตถการน่าจะลดลง.

แนวทางเพื่อการแก้ไขและพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนเริ่มที่ทุกวิชาชีพต้องตระหนักในเรื่องการบันทึกเวชระเบียนแสวงหาความรู้ในการบันทึกตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ. ผู้บริหารตระหนักและให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายไว้ให้ชัดเจน มีการนิเทศติดตามดูแลอยู่เสมอ และยังคงต้องปรับปรุงแบบฟอร์มบางฟอร์มเพื่อความเหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ การจัดเวทิตินข้อมูลให้กับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเมืองสรวง เสนอแนะให้สหวิชาชีพพร้อมกันจัดทำเกณฑ์การบันทึกของแต่ละวิชาชีพให้เป็นมาตรฐานแล้วนำสู่การปฏิบัติ และเสนอแนะให้มีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ.

กิตติกรรมประกาศ

ดร. นายแพทย์ สุธีร์ รัตนมงคล อาจารย์ประจำศูนย์แพทยเวชศรัทธา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน์ประสานมิตร จังหวัดนครนายกได้ให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเมืองสรวงทุกคนได้ให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้โดยตลอด.

เอกสารอ้างอิง

๑. สุธีร์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : นิเวศพัฒนา; ๒๕๔๐.
๒. โรงพยาบาลเมืองสรวง. รายงานประจำปีโรงพยาบาลเมืองสรวงปี ๒๕๔๘. [ม.ป.ท. : ม.ป.พ.]; ๒๕๔๘.
๓. วรษา เปาอินทร์. การพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนและการพัฒนาคุณภาพการให้รหัสโรค. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๖.
๔. โรงพยาบาลเมืองสรวง. รายงานการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ปี ๒๕๔๘. [ม.ป.ท. : ม.ป.พ.]; ๒๕๔๘.

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

๑. ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม ๑. นครราชสีมา เจริญมา
เกิดตั้ง; ๒๕๔๘.
๒. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๖.
๓. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่
๕. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๖.
๔. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล. ขอนแก่น
: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท; ๒๕๔๖.
๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการตรวจสอบ
คุณภาพการให้รหัสโรค และเวชระเบียน. ขอนแก่น : เพ็ญพรินดี
จำกัด; ๒๕๔๗.