

การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ธรรมา ธรรมโรจน์¹, วินัย ตันติยาสวัสดิกุล²
¹ภาควิชาออร์โธปิดิกส์, ²ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Out-patient Record Audit in Srinagarind Hospital

Tala Thammaroj¹, Winai Tantiyasawasdegul²
¹Department of Orthopedic Surgery, ²Department of Surgery,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen Thailand

หลักการและเหตุผล: เวชระเบียนผู้ป่วยเป็นเอกสารบันทึกทางการแพทย์ที่มีประโยชน์และมีความสำคัญหลายประการ เช่น ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การเรียนการสอน การทำวิจัย การวางแผนบริหารโรงพยาบาล รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย แต่ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกยังมีข้อมูลและงานวิจัยน้อยมาก คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาโดยตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก รวมถึงแบบตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ครบถ้วนสมบูรณ์

วัตถุประสงค์: เพื่อรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วัสดุและวิธีการ: ตรวจสอบเวชระเบียนในช่วง 3 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2548 ใช้การสุ่มวิธี Cluster sampling กระจายสุ่มจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกภาควิชาจำนวน 10 ภาควิชาจำนวน 750 ฉบับ แล้วทำการตรวจสอบในแบบตรวจสอบที่ได้พัฒนาขึ้นโดยมีการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกใน 12 ประเด็น รายงานผลเป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ย

รูปแบบการศึกษา: งานวิจัยเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการศึกษา: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

ผลการศึกษา: ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (62.45 %) ถ้าพิจารณาจากผู้ที่มีส่วนต่อความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนจะพบว่าส่วนที่บันทึกโดยแพทย์ (56.82 %) จะได้คะแนนระดับพอใช้และต่ำกว่าส่วนที่บันทึกโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (พยาบาล

Background: Medical record has many useful appliances such as, continuing medical care, medical learning, research, hospital management and legal evidence. Until now, there have had a few medical record audit researches in Thailand. We audit the out-patient record in Srinagarind hospital aiming to be the baseline data and pilot study for our own medical record audit form.

Purpose: To report the result of out-patient record audit in Srinagarind Hospital.

Patients and Methods: In the first three month of 2005, out-patient records (750) were selected by cluster sampling from 10 department of Srinagarind Hospital. All of these records were audit by our own medical record audit form in 12 items. The result of audit were recorded and reported in means score.

Study design: Descriptive study

Setting: Srinagarind Hospital, Khon Kaen, Thailand

Results: The overall quality of out-patient record in Srinagarind hospital was fair (62.45%). The parts of medical record which was done by doctor had a fair rank and lower than the part which was done by non-doctor, nurse and medical record officer. Four of seven items of doctor's part had a fair rank and two had under standard rank, the records about plan of treatment and drug allergy.

Discussion and Conclusion: In Srinagarind Hospital which separated into many departments, there were the different in patient types and demand of each department for their service. These result in variation in out-patient record of the hospital. Every hospital should define the

และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน) และพบว่ามี 4 หัวข้อจาก 7 หัวข้อ การประเมินที่บันทึกโดยแพทย์ได้คะแนนอยู่ในช่วงพอใช้ (50-59%) และ 2 หัวข้อการประเมินอยู่ในขั้นต่ำกว่าเกณฑ์ (<50%) คือ การบันทึกแผนการรักษา และการแพ้ยา

วิจารณ์และสรุปผล: โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีการแบ่งแผนกชัดเจน ทำให้ผู้กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจโรคแตกต่างกัน นอกจากนี้มาตรฐาน และความต้องการของแต่ละแผนกแตกต่างกัน ทำให้มีความผันแปรมากในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ซึ่งต่างจากการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลควรมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของตัวเองโดยอ้างอิงจากสถาบันตรวจสอบต่างๆ ให้แต่ละแผนกรับทราบและปฏิบัติ รวมถึงกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะแพทย์ผู้ถึงข้อบกพร่องเพื่อให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกครบถ้วนและได้มาตรฐานจากการตรวจสอบโดยสถาบันต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ

คำสำคัญ: การตรวจสอบ, เวชระเบียน, แบบฟอร์ม

standard medical record form to all departments. The director of the hospital should stimulated the relevant person who take part in medical record especially doctor about the most common error for the improvement of medical record quality and prompt to qualified by every institutes.

Key words: audit, medical record, form

ศรีนครินทร์เวชสาร 2549; 21(2): 130-7 • Srinagarind Med J 2006; 21(2): 130-7

บทนำ

เวชระเบียนผู้ป่วยเป็นเอกสารบันทึกทางการแพทย์ที่มีประโยชน์ และมีความสำคัญหลายประการ เช่น ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การเรียนการสอน การทำวิจัย การวางแผนบริหารโรงพยาบาล รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย¹⁻³ ในอดีตการนำเวชระเบียนผู้ป่วยมาเพื่อใช้ประโยชน์ดังกล่าวมีน้อยมาก สืบเนื่องจากปัญหาหลายประการ เช่น เวชระเบียนหายหาไม่พบ ข้อมูลที่บันทึกไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ เพราะบันทึกไม่ละเอียดพอ บันทึกผิด หรือไม่บันทึกเลย^{4, 5} แม้ว่าปัญหานี้จะเป็นที่ทราบกันดี แต่ก็หาผู้สนใจเข้าไปแก้ปัญหาได้น้อยมาก จึงทำให้ปัญหาเรื่องเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่วนมากในประเทศไทยเป็นเรื่องที่ยากแก่การแก้ไข

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้มีการพัฒนาและวิจัยเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนมาโดยตลอด โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบันทึกเวชระเบียนทางการแพทย์เป็นหน่วยงานหลัก แต่ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกยังมีข้อมูลและงานวิจัยน้อยมาก ทางคณะกรรมการฯ ได้เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการวิจัยและพัฒนา ระบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกคณะผู้วิจัยจึงได้ทำแบบตรวจสอบ

เวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยพัฒนาจากแบบตรวจสอบเวชระเบียนของแพทย์สภาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สถาบันพัฒนาและรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)⁶ และได้ทำการศึกษาโดยนำมาใช้ตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก รวมถึงแบบตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ครบถ้วนสมบูรณ์ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มวิธี Cluster sampling กระจายสุ่มจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกภาควิชาจำนวน 10 ภาควิชา จำนวน 750 ฉบับ ตามสัดส่วนของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในแต่ละภาควิชาดังนี้

จำนวนประชากร

$$N = Z^2pq/d^2$$

$$P = 0.3395 (33.95 \% *)$$

* ที่มา: เปอร์เซ็นต์ความผิดพลาดของเวชระเบียนที่ตรวจพบจากข้อมูลจากรายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตุลาคม 2546

$$q = 1-p = 0.6605$$

$$d = 10\% \text{ of } P \text{ (maximum permissable error} = 0.1 * P)$$

$$= 0.1 * 0.3395$$

$N = 747.39$ หรือประมาณ 750 ตัวอย่าง
โดยจำนวนเวชระเบียนได้แบ่งตามจำนวนผู้ป่วยนอกของแต่ละภาควิชาดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนเวชระเบียนที่สุ่มตรวจแยกตามภาควิชา

ภาควิชา/หน่วยงาน	ร้อยละ*	จำนวน
เวชศาสตร์ทั่วไป	8.35	89
อายุรศาสตร์	16.88	180
ศัลยศาสตร์	8.40	90
นรีเวชวิทยา	4.77	50
กุมารเวชศาสตร์	6.64	70
จักษุวิทยา	6.88	71
หูคอจมูก	7.05	75
ออร์โธปิดิกส์	5.17	60
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3.12	33
จิตเวช	3.06	32
รวม	70.66**	750

* ข้อมูลจากหน่วยเวชสถิติปี 2545

** ยกเว้น คลินิกหมัน ผ่ากรดมรี คลินิกสุขภาพเด็กดี รังสีวิทยา ตรวจนอกเวลา และอื่นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ฝ่ายเวชระเบียนจะทำการสุ่มเวชระเบียนตามจำนวนที่กำหนด โดยกำหนดการประเมินการบันทึกเวชระเบียนในการมาตรวจครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยที่มาตรวจในห้องตรวจโรคของภาควิชาต่างๆ ถ้าผู้ป่วยมาตรวจหลายครั้งก็จะตรวจสอบเฉพาะครั้งสุดท้ายแล้วทำการตรวจสอบในแบบบันทึกที่ได้พัฒนาขึ้น ดังตารางที่ 2 โดยมีผู้ที่ทำการตรวจสอบเวชระเบียน ได้แก่ ผศ.นพ.ธรา ธรรมโรจน์, ผศ.นพ.วินัย ตันติยาสวัสดิกุล, ผศ.พญ.สุรัตน์ เจียรณมงคล และ รศ.พจนวิชัย อภินิเวศ

สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติของการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive statistic) โดยโปรแกรม Microsoft Excel วิเคราะห์ข้อมูลในรูปความถี่และร้อยละ โดยผู้ตรวจสอบจะให้คะแนนในแต่ละหัวข้อที่ประเมินทั้งหมด 12 หัวข้อ ดังตารางที่ 2 แล้วจึงนำมาหาค่าเฉลี่ย โดยถ้าได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 อยู่ในขั้นดีมาก ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 70-80 อยู่ในขั้นดี ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 60-69 อยู่ในขั้นปานกลาง ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 50-59 อยู่ในขั้นพอใช้ แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 50 ถือว่าอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์

ผลการศึกษา

ผลสรุปการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในภาพรวม (รูปที่ 1)

คะแนนเฉลี่ยของเวชระเบียนจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกของ 10 หน่วยงาน ได้ 62.45% ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (60-69%) โดยในการประเมินได้แยกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มาคลอดออกมาเนื่องจากเป็นระบบที่ไม่เหมือนกับการทำงานของห้องตรวจผู้ป่วยนอกปกติ โดยผู้ป่วยที่มาคลอดจะมายื่นบัตรที่ห้องตรวจฉุกเฉินจึงมีเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แต่ผู้ป่วยจะถูกส่งไปห้องคลอดโดยไม่ผ่านการตรวจจากแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินจึงไม่มีการบันทึกการตรวจมีแต่บันทึกสรุปเมื่อออกจากโรงพยาบาล (คำอธิบายจากภาควิชาสูติศาสตร์)

- หัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนระดับดีมาก (>80%) คือ การบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (91.52%) การบันทึกแผนกและวันที่ (92.19%) ซึ่งจัดเป็นงานทั่วไป และทำโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียน และฝ่ายการพยาบาล

- หัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนระดับดี (70-80%) คือ การบันทึกการให้ยา (79.92%) และการบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ (75.66%)

ตารางที่ 2 Out-patient Record Audit Form (OPD-KKU V1)

Clinical Audit											
ข้อมูลผู้ป่วย	ประวัติและตรวจร่างกาย ³		การวินิจฉัย ⁴	การรักษา ⁵		แผนการรักษา คำแนะนำ ติดตามผล ⁶	การปรึกษา และการส่ง ต่อ ⁷	ภาวะ แทรกซ้อนและ การแพ้ยา ⁸	แผนก และวันที่ ⁹	วันนัด ผู้ป่วย ¹⁰	Lab ¹¹
	ผู้ป่วยใหม่	ผู้ป่วยรักษา ต่อเนื่อง		ยา	หัตถการ						
0	ไม่มีใบปะหน้า	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก
NA	ไม่มีใบปะหน้า	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่ได้ใช้ยา NA	ไม่มีบันทึก	ไม่ได้ส่ง ปรึกษา(NA)	ไม่มีประวัติ การแพ้ยา(NA)	ไม่มีบันทึก	ไม่มีบันทึก	ไม่ได้นัด ผู้ป่วย (NA)	ไม่ได้ ส่งตรวจ(NA)
Poor	มีข้อมูลในใบปะหน้า ไม่ครบถ้วน	มีเฉพาะ อาการสำคัญ	มีบันทึก ปัญหาเป็น ครั้งคราว	*	มีบันทึก แต่ไม่มี รายการ	*	*	*	ไม่ครบถ้วน	บันทึกไม่ ครบถ้วน	มีการบันทึก ด้วยลายมือ แต่ไม่มีใบ lab
Fair	มีข้อมูลในใบปะหน้า ครบถ้วน แต่ไม่ไปต่อ ไม่ครบถ้วน	มีบันทึกประวัติ แต่ไม่มี PE	มีการบันทึก ปัญหาทุกครั้ง แต่ไม่มีกรสรุป	บันทึกโดย การอ้างอิง	มีคำสั่ง แต่ไม่มี รายละเอียด	มีบันทึก ว่ามี หรือไม่มีกร ติดตามการรักษา	มีการบันทึก ในใบปะหน้า	*	*	*	*
Good	ข้อมูลครบถ้วน มีครบถ้วน	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	มีการบันทึก ครบถ้วน	มีบันทึก แต่ไม่ครบถ้วน	มีคำสั่งและ รายละเอียด	มีการบันทึก แผนการรักษา หรือคำแนะนำ (บางครั้ง)	มีการบันทึก ในใบปะหน้าพร้อม รายละเอียด	มีการบันทึก ครบถ้วน	*	บันทึก ครบถ้วน	มีใบ lab ติดใน แบบฟอร์ม เรียบร้อยแล้ว
Excellent	-	มีครบถ้วน	ดูแลโดยแพทย์ คนเดียว	บันทึก ครบถ้วน	มีบันทึก ความยินยอม จากผู้ป่วย	มีการบันทึก แผนการรักษา และคำแนะนำ (ทุกครั้ง)	มีการบันทึก ที่ใบปะหน้า ร่วมด้วย	-	-	-	-
Score											
Totalscore											

หมายเหตุ คะแนนเต็มสูงสุดคือ 43 คะแนน โดยคะแนนในประวัติและตรวจร่างกายให้แยกเลยว่าเป็นผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยติดตามแล้วประเมินข้อคือ 21 คะแนน โดยลบส่วนที่เป็น NA ออก ของคะแนน 0 ถ้าไม่ได้ทำ หรือไม่จำเป็นต้องมีในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกกรายให้ใส่ NA และไม่ต้องนำมาคำนวณเป็นคะแนนรวม

ผู้ประเมิน Clinical audit.....รศ.ทศ.....ครั้งที่.....

- หัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนระดับปานกลาง (60-69%) คือ การบันทึกวันนัดผู้ป่วย

- หัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนระดับพอใช้ (50-59%) คือ หัวข้อการบันทึกประวัติและการตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การบันทึกหัตถการ การรักษาและการส่งต่อ

- หัวข้อที่ไม่ผ่านการประเมิน (<50%) คือ การวัดสัญญาณแสดงชีพ (vital signs) และการบันทึกการแพ้ยา ผลสรุปในแต่ละหัวข้อของการประเมิน (กรุณาดูเกณฑ์การประเมินในตารางที่ 2 ประกอบ)

1. การบันทึกข้อมูลทั่วไป หรือข้อมูลระบุตัวผู้ป่วย

เป็นส่วนที่จัดทำและบันทึกโดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียน (ใบปะหน้า) และฝ่ายการพยาบาล (ใบต่อ) โดยในใบต่อจะต้องมีอย่างน้อย ชื่อ นามสกุล และ HN เพื่อป้องกันความสับสนเวลาที่เวชระเบียนหลุดออกจากกันซึ่งเกือบทุกห้องตรวจจะทำให้ครบถ้วน และมักใช้สติ๊กเกอร์แปะที่ใบต่อ ข้อบกพร่องมักพบในกรณีที่ไม่มีสติ๊กเกอร์แปะก็จะเขียนเฉพาะ HN โดยไม่ได้ใสื่อนามสกุลผู้ป่วย

2. การบันทึกสัญญาณแสดงชีพ (vital signs)

เป็นหัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนต่ำที่สุด เนื่องจากการบันทึกสัญญาณแสดงชีพได้ถูกจัดไว้ในเกณฑ์มาตรฐานของ HA และแพทย์สภาเพื่อการคัดกรอง และจัดลำดับความเร่งด่วนของการให้บริการผู้ป่วยแต่ห้องตรวจมักจะมองข้ามโดยแต่ละห้องตรวจก็จะบันทึกตามความจำเป็นดังนี้

- ห้องตรวจ/หน่วยงานที่ได้คะแนนดีมาก โดยมีการบันทึกสัญญาณแสดงชีพครบ คือ คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ และ CVT เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

- ห้องตรวจ/หน่วยงานที่ได้คะแนนดี และปานกลาง ไม่มี

- ห้องตรวจ/หน่วยงานที่ได้คะแนนพอใช้ เช่น ห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไป และห้องตรวจศัลยกรรม ซึ่งจะมีการบ่มตราเพื่อการบันทึกสัญญาณแสดงชีพบางอย่าง เช่น BP, P เป็นต้น

- ห้องตรวจ/หน่วยงานที่เหลือนับไม่ผ่านการประเมินในหัวข้อนี้โดยบางห้องตรวจมีการบ่มตราเพื่อบันทึกสัญญาณชีพบางอย่าง แต่มักไม่มีการบันทึกจริง ส่วนห้องตรวจอื่นไม่มีการบันทึกเลย เช่น ORTHO, EYE, ENT และ PM&R

3. การบันทึกประวัติและการตรวจร่างกาย

เป็นส่วนที่บันทึกโดยแพทย์ทั้งหมด พบว่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (60-69%) เฉลี่ยประมาณ 2.6 คะแนน แสดงว่าแพทย์มีการบันทึกประวัติเป็นส่วนใหญ่ แต่มักบันทึกการตรวจร่างกายเฉพาะส่วน หรือไม่บันทึกการตรวจร่างกายสำหรับผู้ป่วยใหม่ ส่วนผู้ป่วยที่มาปรึกษาต่อเนื่องแพทย์จะบันทึกการเปลี่ยนแปลงเกือบทุกครั้ง แต่จะมีการสรุปปัญหาผู้ป่วยเพียงบางราย ในส่วนนี้ผู้ป่วยที่มาตลอดจะได้คะแนนน้อยเนื่องจากปัญหาข้างต้น

4. การบันทึกการวินิจฉัย

มีหน่วยงานที่ได้คะแนนระดับปานกลาง (60-69%) คือ ENT, EYE, GYN, MED, PM&R และ PED นอกนั้นอยู่ในระดับพอใช้โดยปัญหาที่พบบ่อย คือ

- แพทย์ไม่เขียนการวินิจฉัย

- แพทย์เขียนการวินิจฉัยกำกวม เช่น อ่านไม่ออก การใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน หรือวินิจฉัยไม่ครบ เป็นต้น

ในเกณฑ์การประเมินหัวข้อนี้จะได้คะแนนเต็มในกรณีที่มีการลงรหัสโรคด้วยซึ่งถือเป็นมาตรฐานสูงสุดสำหรับการวินิจฉัย

5. การบันทึกการส่งยา

ส่วนใหญ่จะได้คะแนนระดับใกล้เคียงกัน คือ ในระดับดี โดยมี 3 หน่วยงานที่ได้คะแนนระดับดีมาก คือ ENT, PM&R, SURG และ PED ปัญหาที่พบบ่อย คือ ลายมืออ่านไม่ออก เขียนวิธีการบริหารยาไม่ชัดเจน หรือ การส่งยาโดยวิธีการอ้างอิง (remedication)

6. การบันทึกการทำหัตถการกับผู้ป่วย

มาตรฐานการบันทึกหัตถการใด ๆ กับผู้ป่วยควรมีการบันทึกคำยินยอมผู้ป่วย พร้อมพยาน แม้ว่าจะเป็นหัตถการเล็กน้อย เช่น การทำ phenol block, การทำ fine needle aspiration ซึ่งบางครั้งพบว่าไม่มีกรบันทึก หรือบางครั้งใช้พยานที่เป็นพยาบาลซึ่งควรให้มีพยานฝ่ายผู้ป่วยรับทราบด้วย

7. การบันทึกแผนการรักษา คำแนะนำ หรือการติดตามการรักษา

เป็นส่วนที่ได้คะแนนไม่ดี และหลายหน่วยงานไม่ผ่านการประเมิน (<50%) เนื่องจากแพทย์ไม่ค่อยบันทึกแผนการรักษาหรือคำแนะนำ ซึ่งควรมีการบันทึกทุกราย เพื่อการรักษาต่อเนื่องในกรณีที่เปลี่ยนแพทย์ที่ดูแล แม้ในกรณีผู้ป่วยใหม่ที่ไม่จำเป็นต้องติดตามการรักษา ก็ควรบันทึกเหตุผลหรือคำแนะนำด้วย

8. การบันทึกการส่งปรึกษาต่างแผนก

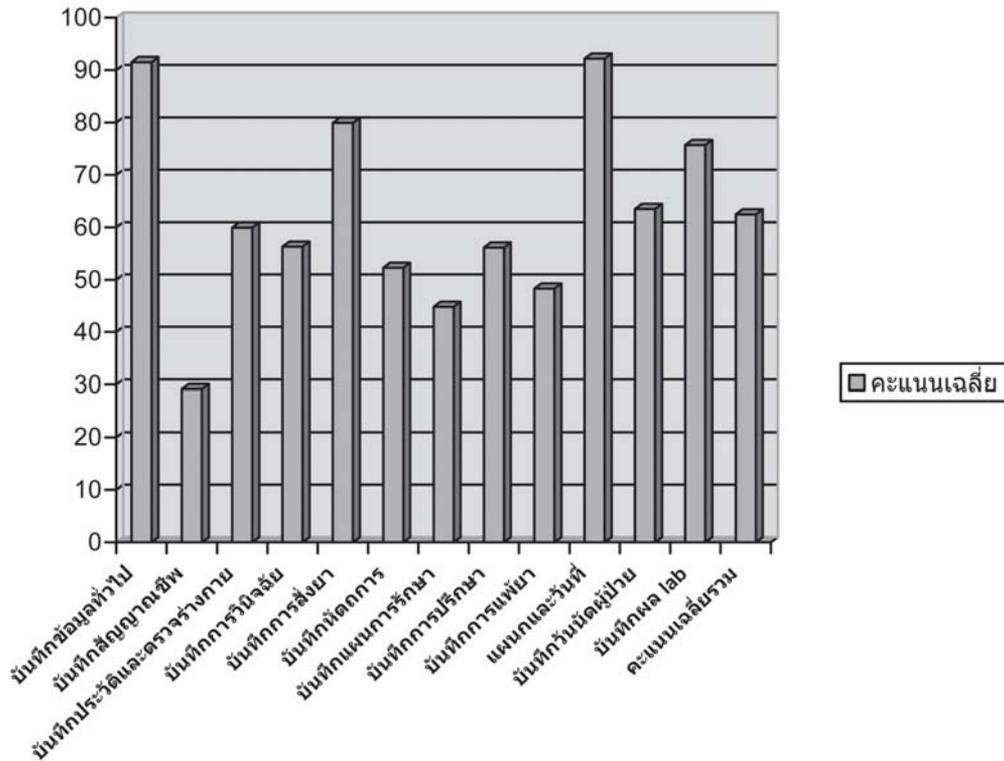
ส่วนใหญ่ได้คะแนนระดับพอใช้ (50-59%) คือ ระดับคะแนน 2 แสดงว่าแพทย์มักเขียนส่งปรึกษาแต่ไม่ระบุเหตุผลของการปรึกษาที่ชัดเจน

9. การบันทึกการแพ้ยา

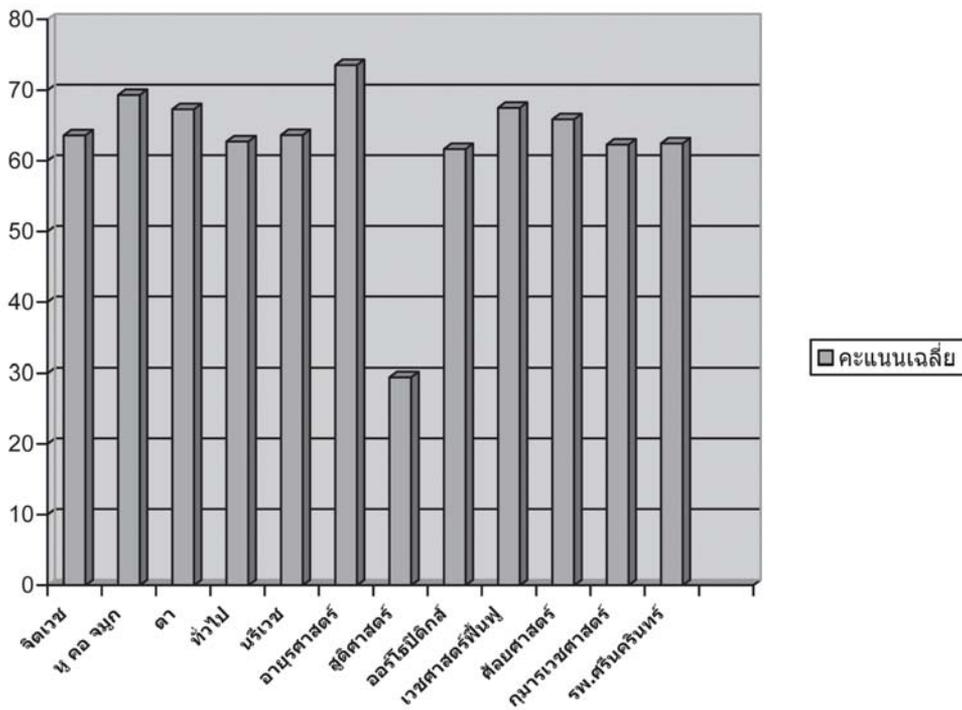
ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา ควรมีการบันทึกในประวัติ และในใบปะหน้าเพื่อการสังเกตได้ชัดเจน ส่วนใหญ่จะได้คะแนน NA คือ ไม่มีการประเมินเพราะไม่พบว่ามีการแพ้ยา

10. การบันทึกแผนกและวันที่

ส่วนใหญ่เป็นงานของฝ่ายการพยาบาลซึ่งคะแนนอยู่ในระดับดีมาก (>80%) ยกเว้นในผู้ป่วยที่มาตลอด เนื่องจากผู้ป่วยผ่านห้องตรวจฉุกเฉินและส่วนใหญ่มีการบ่มตราสรุปการรักษาโดยไม่มีแผนกตรวจชัดเจน



รูปที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละของคะแนนเต็มในแต่ละหัวข้อที่ได้รับการประเมินของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจสอบของโรงพยาบาลศรีนครินทร์



รูปที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละของคะแนนเต็มของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจสอบของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ แยกเป็นภาควิชา

11. การบันทึกวันนัดผู้ป่วย

เกือบทั้งหมดได้คะแนนระดับปานกลาง ยกเว้น GP, OB และ SURG ซึ่งในแผนกเวชปฏิบัติทั่วไปมักเป็นผู้ป่วยใหม่ที่มาตรวจครั้งเดียวจึงมักไม่มีการติดตามการรักษา อย่างไรก็ตามควรมีการบันทึกว่าไม่ได้นัด และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างไร

12. การบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนใหญ่ได้คะแนนระดับปานกลาง (60-69%) มี 3 หน่วยงานที่ได้คะแนนระดับดีมาก คือ ENT, EYE และ PM&R ซึ่งทั้งหมดมักเป็นการตรวจภายในห้องตรวจผู้ป่วยนอกเองเช่น การตรวจตา การตรวจ EMG ซึ่งมีแบบฟอร์มชัดเจน มีการบันทึกผล และการแปลผลที่ครบถ้วน ส่วนหน่วยงานอื่นมักเป็นการส่งตรวจที่ส่วนกลาง ซึ่งบางครั้งไม่มีใบ lab หรือมีแต่ติดไม่เรียบร้อย บางครั้งติดผิดคน เป็นต้น

วิจารณ์และสรุปผล

ปัจจุบันมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนากระบวนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะเวชระเบียนผู้ป่วยในหลายประการ เช่น ความก้าวหน้าของระบบบันทึกข้อมูล การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการดูแลรักษาตัวเองมากขึ้น การที่รัฐบาลได้มีนโยบายให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะการวิจัยโรคตามระบบ International classification of Disease and Related Health Problems (ICD) มาใช้เพื่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามระบบ Diagnosis Related Group (DRG)⁷⁻¹⁰

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นโดยเฉพาะนโยบายเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามระบบ DRG ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยค่อนข้างมาก ก่อให้เกิดความสนใจและการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นอย่างมากในทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ รวมถึงโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้มีการพัฒนาและวิจัยเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียนมาโดยตลอด ซึ่งการทบทวนเวชระเบียนที่เป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อหาหลักฐานยืนยันประโยชน์ที่จะได้จากเวชระเบียนในระยะที่การทบทวนเวชระเบียนยังไม่เป็นพฤติกรรมปกติของระบบสาธารณสุขไทย การดำเนินงานยังอยู่ในระยะเริ่มต้น โดยการหารูปแบบการทบทวนเวชระเบียนครั้งนี้ เน้นเป้าหมายที่การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเนื่องจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเป็นกิจกรรมที่ยังไม่ได้ทำอย่างเป็นระบบนัก ทางคณะผู้วิจัยจึงค้นหารูปแบบที่เหมาะสมในการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (62.45 %) ถ้าพิจารณาจากผู้ที่มีส่วนต่อ

ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนจะพบว่าส่วนที่บันทึกโดยแพทย์ (56.82 %) จะได้คะแนนระดับพอใช้ และต่ำกว่าส่วนที่บันทึกโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (พยาบาล และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน) โดยพบว่ามี 4 หัวข้อจาก 7 หัวข้อการประเมินที่บันทึกโดยแพทย์ได้คะแนนอยู่ในช่วงพอใช้ (50-59%) และ 2 หัวข้อการประเมินอยู่ในขั้นต่ำกว่าเกณฑ์ (<50%) คือ การบันทึกแผนการรักษา และการแพ้ยา ดังนั้นในส่วนของบุคลากรทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ควรปรับปรุงการบันทึกของแพทย์ ส่วนในฝ่ายบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์มี 1 หัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การบันทึกสัญญาณชีพ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์แพทย์สภา และสถาบันพัฒนาและรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล โดยความบกพร่องจุดนี้มักพบในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจอย่างชัดเจน ในบางห้องตรวจที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความรุนแรงของโรคน้อย เช่น ห้องตรวจแผนกออโรโธปิดิกส์ ห้องตรวจแผนกตา และห้องตรวจแผนกหูคอจมูก จึงมักไม่มีการตรวจสัญญาณชีพเพื่อลดงานของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลควรพิจารณาในความเหมาะสมในประเด็นดังกล่าว

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการแบ่งแผนกชัดเจนทำให้ผู้กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจโรคแตกต่างกัน นอกจากนั้นมาตรฐานและความต้องการของแต่ละแผนกแตกต่างกันทำให้มีความผันแปรมากในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ซึ่งต่างจากการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในในแผนกที่ผู้ป่วยมีโรคไม่รุนแรงก็มักจะไม่มีการบันทึกสัญญาณชีพ เช่น ออโรโธปิดิกส์ ตา และหูคอจมูก ซึ่งต่างกับห้องตรวจหัวใจและหลอดเลือดที่จำเป็นต้องตรวจทุกราย บางแผนกต้องมีการบันทึกประวัติอย่างละเอียด แต่จะบันทึกการตรวจร่างกายน้อย เช่น แผนกจิตเวช ซึ่งต่างกับแผนกอายุรศาสตร์ที่ต้องบันทึกทั้งประวัติและการตรวจร่างกาย เป็นต้น โดยความแตกต่างเหล่านี้พบน้อยในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนกชัดเจน จึงทำให้การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีความผันแปรและกำหนดมาตรฐานลำบาก ถึงแม้ผลการตรวจสอบในภาพรวมจะดูว่าแต่ละแผนกจะได้คะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ดังรูปที่ 2) แต่ควรต้องดูในรายละเอียดว่าแต่ละแผนกมีความบกพร่องที่จุดใดซึ่งมักจะแตกต่างกัน โดยทางโรงพยาบาลควรมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของตัวเองโดยอ้างอิงจากสถาบันตรวจสอบต่างๆ ให้แต่ละแผนกรับทราบและปฏิบัติ รวมถึงกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะแพทย์รู้ถึงข้อบกพร่องเพื่อให้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกครบถ้วนและได้มาตรฐานจากการตรวจสอบโดยสถาบันต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ภูฐานพันธ์, ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล. การสรุปรายงานผู้ป่วย ใน: ปัญหาเรื่องจริงที่แพทย์ละเลย. สารศิริราช 2542;51:571-7.
2. ศุภสิทธิ์ พรธนาอุโณทัย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูป ระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: หจก.สุรสีห์กราฟฟิค, 2544.
3. กองโรงพยาบาลภูมิภาค. คู่มือแนวทางการตรวจสอบคุณภาพ เวชระเบียน กองโรงพยาบาลภูมิภาค. นนทบุรี: สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
4. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. เวชระเบียน. สารศิริราช 2543;52: 628-37.
5. วินัย ตันติยาสวัสดิกุล, รำพรรณ ภัทรนิตย์, บุปผา ขอบใช้, จินตนา บุญจันทร์. การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (รอกการตีพิมพ์)
6. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA. เพิ่มข้อมูลจาก <http://www.ha.or.th>; 2544.
7. วีระ อิงคภาสกร. ระบบทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย: ฐานของ คุณภาพบริการเวชกรรมในประเทศไทย. วารสารวิชาการ สาธารณสุข 2544;10:42-53.
8. ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล, วิทยา ภูฐานพันธ์, ศันสนา วุฒิวรพร. การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม: ประสบการณ์จากศิริราช. สารศิริราช 2545;54:204-10.
9. ยาวลักษณ์ จันแดง. การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรดิตต์. วารสารโรงพยาบาล อุดรดิตต์ 2541;13:68-72.

