

## Service profile เวชระเบียน

### 1. บริบท (Context)

วางแผนและออกแบบระบบการบันทึกเวชระเบียน พร้อมทั้งปรับปรุงคุณภาพความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการภายในและภายนอกโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว และทันสมัย เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ปลอดภัย และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

### คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดูแลงานเวชระเบียนเพิ่มขึ้นอีก ๒ คณะกรรมการดังนี้

#### ๑. คณะกรรมการพัฒนาค่า CMI และตรวจสอบเวชระเบียน

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาค่า CMI และตรวจสอบเวชระเบียนอย่างมีประสิทธิภาพ วิเคราะห์การตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อใช้ข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน สมบูรณ์ และทันสมัย และทำให้การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

**บทบาทหน้าที่**

- กำหนดมาตรการ/แนวทาง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนทั้งในคอมพิวเตอร์และเวชระเบียนผู้ป่วย
- ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- ติดตามประเมินผลการตรวจสอบเวชระเบียน รายงานต่อผู้อำนวยการ
- ศึกษาวิเคราะห์ค่า CMI และผู้ป่วยใน รายงานต่อผู้อำนวยการและประสานข้อมูลกับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

#### ๒. คณะทำงานพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้มีประสิทธิภาพ เสริมสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล และมีการวิเคราะห์ต้นทุนบริการ เพื่อใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้และวิเคราะห์ต้นทุนบริการ

### **บทบาทหน้าที่**

- กำหนดมาตรการ/แนวทาง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลทุกประเภทสิทธิ์
- ติดตามประเมินผลการเรียกเก็บตามแนวทางที่กำหนด รายงานต่อผู้อำนวยการ
- ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รายงานต่อผู้อำนวยการและประสานข้อมูลกับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

### ก. หน้าที่และเป้าหมาย

- กำหนดมาตรฐาน และนโยบายสำหรับเวชระเบียนผู้ป่วยครอบคลุมทุกหน่วยงาน
- นำแบบฟอร์มใหม่เข้ามาใช้หรือเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มเดิม

3. พิจารณา นโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับหน่วยเวชระเบียน
4. วิเคราะห์ความครบถ้วนของการบันทึกเวชระเบียน และคุณภาพของการบันทึกรหัส (Medical Audit)
5. มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้
6. มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร และการพัฒนาคุณภาพ
7. กำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติการรักษาความลับของข้อมูล
8. วิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ (SWOT Analysis) เพื่อให้ได้มาซึ่งสารสนเทศประกอบการพิจารณาทำแผน
9. ร่วมกำหนดกลยุทธ์ (SWOT Matrix) กับคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล
10. ร่วมวิเคราะห์การแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติด้วยเครื่องมือ Balanced Scorecard กับคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล
11. จัดทำแผนการเงินการคลังแบบมุ่งเน้นผลงานรองรับกลยุทธ์ได้แก่ (1)แผนงบดำเนินการ (2)แผนงบบุคลากร (3)แผนงบลงทุน (4)แผนบริหารสินทรัพย์
12. วิเคราะห์ความต้องการด้านสารสนเทศประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ และตรวจวิเคราะห์ แผนปฏิบัติการจากผู้รับผิดชอบโครงการให้ถูกต้องตามแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
13. จัดทำข้อเสนอโครงการ (Term of Reference) ในการจัดทำแผนของหน่วยงานในโรงพยาบาลเฉพาะส่วน หน่วยงานย่อยของ OPD และ IPD และรวมถึงหน่วยงานย่อยอื่นๆ ตามโครงสร้างบริหารภายใน
14. สรุปและรวบรวมแผนเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
15. วิเคราะห์และออกแบบการควบคุมกำกับและติดตามผลงานของแต่ละโครงการตามแผนงบประมาณ
16. จัดทำรายงานการควบคุมกำกับและติดตามงานตามแนวทางการบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ทุก 3 เดือน
17. ประสานงานกับคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ และสถานบริการทุกแห่ง
18. หน้าที่อื่นๆ ตามความเหมาะสมและได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล

### ขอบเขตบริการ

1. ผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เกิดความพึงพอใจและประทับใจ
2. ผู้รับบริการมีความปลอดภัย และได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
3. ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ ชุมชนเข้มแข็ง
4. ให้บริการข้อมูลสารสนเทศเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายตลอด 24 ชั่วโมง

### ข. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

#### ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

**ผู้ป่วย** ต้องการให้แผนการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว และทันสมัย เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ปลอดภัย และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

**แพทย์** ต้องการให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ถ้าสงสัยหรือมีปัญหาให้โทรมาสอบถามแพทย์โดยตรง, มีความรวดเร็วในการรายงานแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ, ต้องการให้ดูแลรักษาผู้ป่วยตาม CPG/care map ของรพ.

**เภสัชกร** ต้องการคำสั่งการรักษาที่ถูกต้องและชัดเจน ทั้งด้วยลายมือและระบบ LAN, ช่วยในการวินิจฉัยเรื่องการแพ้ยา, ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีการปฏิบัติตาม LASA, ATB smart use และ High alert drugs

**พยาบาล** ต้องการการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการตัดสินใจในการดูแลรักษาที่ถูกต้อง มีการรายงานค่า Lab. วิกฤติที่เหมาะสม และสามารถติดต่อแพทย์ให้มาดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็ว

**งานชั้นสูง** ต้องการบันทึกการส่งตรวจ มีการประสานงานว่าต้องการ Lab. คำนวณ เคสที่เป็นความลับ เป็นคดี และให้ทาง IT ติดตั้งรหัสผ่านป้องกันการเข้าถึงข้อมูล

**ทีมบริหารความเสี่ยง** ต้องการให้ค้นหาและรายงานความเสี่ยงทางคลินิกมากขึ้น

**ทีมสารสนเทศและเวชระเบียน** การบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว และทันสมัย

**ตำรวจ** ต้องการให้จัดทำประวัติผู้ป่วยคดีปกปิดข้อมูลให้เป็นความลับป้องกันการแก้ไขข้อมูลและเป็นพยานในชั้นศาล

**บริษัทประกันภัย** ต้องการเวชระเบียนที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ถูกต้อง เพื่อใช้เรียกเก็บค่าใช้จ่าย

### ค. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. พัฒนาระบบบริการทั้ง 4 มิติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองได้
3. ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ

ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ปี 2561-2565

ที่	โรค	ครั้ง					คน				
		2561	2562	2563	2564	2565	2561	2562	2563	2564	2565
1	Pneumonia	2264	2026	1101	527	841	945	1114	711	128	641
2	Diarrhora	1232	1001	1053	642	221	1039	869	867	31	207
3	Measles	97	244	16	4	0	74	185	14	0	0
4	D.H.F,DF,DSS	130	775	275	49	18	101	568	212	3	16
5	H. conjunctivitis	302	309	270	197	113	255	260	230	19	104
6	Chickenpox	173	157	83	50	19	153	132	72	0	18
7	Malaria , PV, PF	98	57	15	2	1	61	38	14	0	1
8	Mumps	5	5	1	2	1	5	4	1	0	1
9	Food poisoning	40	20	12	7	6	40	20	11	0	6
10	Covid	-	-	-	201	1742	-	-	-	182	1519

ที่มา : โปรแกรม HOSxP

ตารางที่ 8 สถิติผู้ป่วย 10 อันดับโรคจำนวนผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2561- 2566 (ต.ค.-พ.ย.65)

ที่	โรค	ครั้ง						คน					
		2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.- พ.ย.65)	2561	2562	2563	2564	2565	2566 (ต.ค.- พ.ย.65)
1	HT	12344	13142	12266	10721	8582	2208	3401	3808	3489	3253	2931	1716
2	DM	5618	5852	5709	4898	4559	1169	1357	1275	1256	1199	1289	882
3	Fever	2835	6515	2812	1353	2384	288	2013	4484	2182	1102	2133	277
4	Acute bronchitis	3334	6019	3338	992	617	174	1509	1993	1306	459	469	153
5	Common cold	2674	3844	2628	2582	3794	480	2098	3025	2158	2055	3180	451
6	Dyspepsia	3279	2820	2349	1545	1475	379	1969	1755	1542	1077	1038	326
7	Pneumonia	2264	2026	1101	527	841	228	945	1114	711	128	641	182
8	Asthma	1868	2064	1618	1504	994	227	626	691	516	449	404	159
9	Disease of pulp and Periapical tissues	1987	2191	1900	1159	1019	322	1560	1655	1451	842	698	260
10	Covid	-	-	-	2522	1742	1756	-	-	-	2522	1519	1533

แหล่งข้อมูล : โปรแกรมฐานข้อมูล HOS-xP

ตารางที่ 9 สถิติผู้ป่วย 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2561 - 2565

ที่	โรค	ครั้ง					คน				
		2561	2562	2563	2564	2565	2561	2562	2563	2564	2565
1	Pneumonia	1224	1256	711	379	474	923	955	576	300	395
2	Measles	140	248	11	1	0	137	243	11	1	0
3	Diarrhoea	1062	792	893	499	386	979	752	827	56	363
4	DF,DHF	120	601	254	56	26	120	599	252	149	26
5	Fever	215	463	354	151	114	213	459	348	181	114
6	COPD	327	254	212	297	177	138	125	101	115	104
7	Heart failure	286	306	252	196	158	166	166	125	145	103
8	Urinary tract infection and UTI in pregnancy	165	209	168	159	139	143	190	152	31	128
9	Bacterial infection	222	174	99	31	215	220	171	99	1677	215
10	Covid	-	-	-	1704	2507	-	-	-	1677	2459

แหล่งข้อมูล : โปรแกรมฐานข้อมูล HOSXP

ตารางที่ 10 สถิติการให้บริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหาปีงบประมาณ 2561-2565  
ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก	2561	2562	2563	2564	2565
จำนวนผู้ป่วยนอกรับบริการ (ครั้ง)	122,225	140,186	119,805	138,312	122,152
จำนวนผู้ป่วยนอกรับบริการ (คน)	28,630	31,876	29,296	39,524	37,237
จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน	335	384	328	378	335

ผู้ป่วยใน

	2561	2562	2563	2564	2565
จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (ครั้ง)	5,420	9,147	7,948	7,375	6,982
จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (คน)	6,219	6,910	6,163	6,112	5,851
จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน	62.39	70.50	61.80	92.07	84.29
จำนวนวันนอนรวม	22,773	25,737	22,558	33,608	30,769
วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน (วัน)	4.20	2.81	2.83	5.49	4.40

ผู้ป่วยใน

อัตราครองเตียง

อัตราครองเตียง	2561	2562	2563	2564	2565
เตียงที่ประกาศ(47 เตียง)	132.74	150.02	131.49	195.90	179.35
เตียงระดับ รพ.ชุมชนขนาดกลาง (60 เตียง)	103.98	117.52	103.00	153.46	140.49
เตียงที่ใช้จริง(72 เตียง)	92.92	86.65	97.93	127.88	117.08

ค่า CMI (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์)ของผู้ป่วยในประจำปี 2561-2565

ปีงบประมาณ	2561	2562	2563	2564	2565
CMI	0.52	0.52	0.47	0.51	0.51

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลจากเว็บ CMI @MoPH

รายงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ปีงบประมาณ 2561 – 2565

ส่งต่อ	2561	2562	2563	2564	2565
OPD	3,824	3,822	3,721	3,173	2,999
IPD	529	591	485	524	384

รายงานรับต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น ปีงบประมาณ 2561 – 2565

รับต่อ	2561	2562	2563	2564	2565
OPD	207	95	33	35	3
IPD	1	-	1	39	5
ER	86	156	143	127	125
LR	55	256	352	517	270



รายงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (Refer ER)

ปีงบประมาณ 2562 – 2565

ที่	การวินิจฉัย	ครั้ง				ร้อยละ			
		2562	2563	2564	2565	2562	2563	2564	2565
1	กลุ่มโรคกระดูกและข้อ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ	298	272	223	188	20.43	18.63	17.9	14.92
2	กลุ่มโรคสูติกรรม คลอดปกติ ไม่ได้ และ Severe PIH	171	252	164	215	11.72	17.26	13.22	17.06
3	กลุ่มโรคAppendicitis	55	59	42	50	3.77	4.04	3.38	3.96
4	กลุ่มโรคCVA & Stroke	78	82	65	78	5.34	5.61	5.24	6.19
5	กลุ่มโรคAcute myocardial infection / Non STEMI	72	70	57	51	4.93	4.79	4.59	4.04
6	กลุ่มโรคSepsis / Septic Shock	40	34	12	23	2.74	2.32	0.96	1.82
7	กลุ่มโรคหัวใจอื่นๆ	-	59	46	64	-	4.04	3.70	5.07
8	กลุ่มโรคDHF	74	-	-	-	5.07	-	-	-
9	กลุ่มโรคSevere Pneumonia	-	32	56	64	-	-	4.51	5.07
10	กลุ่มโรคHead injury	23	51	37	63	1.57	3.49	2.98	5.15
11	กลุ่มโรคCHF	96	-	-	-	6.58	-	-	-
12	UTI	-	-	-	-	-	-	-	-
13	กลุ่มโรคไต EFKD	-	19	-	-	-	1.30	-	-
14	Hypertensive	-	-	-	-	-	-	-	-
15	UGIB	-	-	-	-	-	-	-	-
16	Asthma / COPD	-	-	-	19	-	-	-	1.50



สถิติผู้ป่วยนอก Refer 10 อันดับโรคของทีม PCT ประจำปีงบประมาณ 2565 (รายครึ่ง)

ชื่อโรค	Stroke	Stemi	DM	PPH	HT	Covid	Pneumonia	Sepsis	Head Injury	CKD
รหัส ICD 10	I60- I69	I210- I214	E100- E149	O721, O730	I10- I159	U071- U072	J150- J159,J180- J189	A418- A419,P369,R571- R572	S00-S09	N17- N19
Refer OPD	144	64	92	4	99	10	59	19	127	31
ทั้งหมด	444	47	4701	1	8585	3388	840	82	493	781
เฉลี่ย	<b>0.32</b>	<b>1.36</b>	<b>0.01</b>	<b>4</b>	<b>0.01</b>	<b>0.002</b>	<b>0.07</b>	<b>0.23</b>	<b>0.25</b>	<b>0.03</b>

สถิติผู้ป่วยใน Refer 10 อันดับโรคของทีม PCT

ชื่อโรค	Stroke	Stemi	DM	PPH	HT	Covid	Pneumonia	Sepsis	Head Injury	CKD
รหัส ICD 10	I60- I69	I210- I214	E100- E149	O721,O730	I10- I159	U071- U072	J150- J159,J180- J189	A418- A419,P369,R571- R572	S00- S09	N17- N19
Refer IPD	3	9	0	4	0	18	17	19	0	5
ทั้งหมด	35	24	390	6	446	2512	474	19	43	104
เฉลี่ย	<b>0.08</b>	<b>0.37</b>	<b>0</b>	<b>0.66</b>	<b>0</b>	<b>0.007</b>	<b>0.03</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0.04</b>

รายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2561 – 2565

แผนก	2561	2562	2563	2564	2565
<b>OPD</b>	43	24	32	104	31
<b>IPD</b>	11	3	4	9	4

ที่มา : โปรแกรม HOSxP

รายงาน ผู้ป่วยเสียชีวิต แผนกผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2561 – 2565

ที่	การวินิจฉัย	2562	2563	2564	2565
1	Cardiac Arrest / CHF	15	5	4	5
2	Motercycle / Car Accidents	-	-	1	2
3	Stroke	-	-	1	1
4	HT	-	1	1	1
5	GSW / Explosive material	3	6	-	-
6	DM Type 2	3	-	1	4
7	Pneumonia	2	2	2	4
8	COPD	1	2	2	2
9	Dyspnoea	-	-	-	-
10	TB	-	-	-	-
11	Respiratory failure	-	1	-	-
12	Drowning	-	2	1	-
13	Muscle strain	-	2	-	2
14	CKD	2	2	7	2
15	Sepsis	1	1	4	1
16	PV	1	-	-	-
17	Bronchitis	1	-	-	-
18	Asthma	-	-	-	-
19	LGIB	-	-	-	-
20	Covid 19	-	-	1	-
21	Cancer	-	-	2	-
22	Pulmonary Edema	-	-	1	-
23	Necrotising fasciitis	-	-	1	-
24	Urinary tract infection	-	-	1	1
25	Sudden dead	-	-	2	1
26	Paralytic syndrome	-	-	1	-
27	Shizophrenia	-	-	-	1
28	Acute Diarrhoea	-	-	-	2

ที่มา : โปรแกรม HOSxP

รายงาน 10 อันดับโรค ผู้ป่วยเสียชีวิต แผนกผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2561 – 2565

ที่	การวินิจฉัย	2561	2562	2563	2564	2565
1	<b>Pneumonia</b>	2	1	-	-	-
2	<b>Cardiac arrest / CHF</b>	2	-	-	2	-
3	<b>Sepsis</b>	2	-	-	-	-
4	<b>Acute posthaemorrhagic anaemia</b>	-	-	-	-	-
5	<b>Acute myocardial infarction</b>	-	-	-	-	-
6	<b>CA Kidney</b>	-	-	-	-	1
7	<b>AMI</b>	-	-	-	-	-
8	<b>DM Type 2</b>	1	-	-	-	-
9	<b>HIV</b>	1	-	-	-	-
10	<b>COPE with AE</b>	1	-	1	-	-
11	<b>Spinal muscular atrophy and related syndromes</b>	1	-	-	-	-
12	<b>CA Ovary</b>	1	-	-	-	-
13	<b>CA Other</b>	-	-	1	-	-
14	<b>CA Nasopharynx</b>	-	-	1	-	-
15	<b>UTI</b>	-	-	1	-	-
16	<b>CA Bronchus and Lung</b>	-	-	-	1	-
17	<b>Covid</b>	-	-	-	2	4
18	<b>Dyspnoea</b>	-	-	-	-	1
19	<b>Intracranial injury</b>	-	-	-	-	0

ที่มา : โปรแกรม HOSxP

รายงานผู้ป่วยมะเร็งและเนื้องอก (รหัส C00 – D48) ปีงบประมาณ 2561 – 2565

มะเร็งและ เนื้องอก รหัส C00 – D48	ครึ่ง					คน				
	2561	2562	2563	2564	2565	2561	2562	2563	2564	2565
<b>OPD</b>	201	259	207	168		124	138	122	99	129
<b>IPD</b>	44	59	49	20		27	37	32	19	29

สรุปผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจทั้งสิ้น .....40.....แฟ้ม

ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยรวม คิดเป็น ร้อยละ.....91.99.....

หมวด	Content of medical record	จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจ	ร้อยละความสมบูรณ์
1	Discharge summary : Dx.,OP.	40	8.65
2	Discharge summary : other	40	6.95
3	Informed consent	40	8.5
4	History	40	9
5	Physical exam	40	6.8
6	Progress note	40	7.2
7	Consultation record	-	-
8	Anaesthetic record	-	-
9	Operative note	-	-
10	Labour record	-	-
11	Rehabilitation record	-	-
12	Nurses' note helpful	40	8.05
<b>Overall</b>		<b>40</b>	<b>91.99</b>

การให้คะแนนของเกณฑ์อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้
---	-------------

> 85	5
>75-84	4
>65-74	3
>55-64	2
>45-54	1
<=45	0

### สรุปสิ่งที่ควรพัฒนาในการบันทึกเวชระเบียน

Informed consent เกณฑ์ข้อ 4 ไม่ได้ระบุว่าป็นมารดา, ไม่ลงชื่อผู้ป่วย, ไม่ลงชื่อพยาน, ไม่ระบุผู้ป่วยมากคนเดียว

Nurses' note เกณฑ์ข้อ 9 ใบสั่งยาไม่ทราบว่าเป็นใคร

### ระเบียบวิธีปฏิบัติการจัดการสารสนเทศ เรื่องเวชระเบียน

#### 1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลทราบถึง แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริการ  
 ด้านงานเวชระเบียนและนำไปปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

#### 2. นโยบาย

-ไม่มี

#### 3. ขอบเขต

นโยบายนี้ใช้เป็นคู่มือในการบริการด้านเวชระเบียนของแพทย์ พยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล

#### 4. นิยาม

4.1 เวชระเบียน หมายถึง แบบบันทึกข้อมูลประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วยและการตรวจรักษาทั้งที่เป็นเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์  
 นิกส์ของผู้ป่วยแต่ละราย ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล

4.2 Vital sign หมายถึง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ การหายใจ การเต้นของหัวใจและความดันโลหิต

4.3 Discharge Summary หมายถึง บันทึกสรุปการรักษาของผู้ป่วยในครั้งนั้น

4.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง แพทย์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

#### 5. หน้าที่และความรับผิดชอบ

เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมผู้ให้การรักษาในโรงพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติตามนโยบาย

#### 6. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

เวชระเบียนเป็นเอกสารที่มีความสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์ มีประโยชน์ในการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็น  
 เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นแหล่งข้อมูลในการประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นข้อมูลที่บันทึกใน  
 เวชระเบียนจึงต้องสมบูรณ์ ถูกต้อง ทันเวลา มีเจ้าหน้าที่ค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง และมีนโยบายดังนี้

6.1 การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน

ผู้มีสิทธิบันทึกเวชระเบียน มีดังนี้

ผู้มีสิทธิบันทึกในแฟ้ม	การบันทึก	การเข้าถึง	แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึก
------------------------	-----------	------------	---------------------------



1. แพทย์ , ทันตแพทย์			OPD Card, Admission record, Order sheet, ใบการระบุตำแหน่งที่ผ่าตัด, ใบ refer, ใบ D/C

วิชาชีพและผู้มีสิทธิ์บันทึก	การบันทึก	การเข้าถึง	แบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึก
1. แพทย์ , ทันตแพทย์ (ต่อ)	/	/	summary, OPD summary, ใบ Consent Form, ใบ Multidisciplinary problem risk, Routine of newborn , Hemodialysis flow chart, Operative Note, summary of labour, Form treatment Dental, Anesthesia Record, Recovery room record, Pre anesthesia evaluation & preparation
2. พยาบาล	/	/	OPD Card, Nurse Note, ใบการส่งมอบการดูแลผู้ป่วย, การทวนสอบก่อนผ่าตัด, แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มใบคัดกรอง, แบบประเมินผู้ป่วย OPD/ER, ใบ Refer, ใบ Consent Form, ใบ Multidisciplinary problem risk, แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ, แบบประเมินผู้ป่วย 8 ชั่วโมง, Pre anesthesia evaluation, แบบบันทึกก่อนผ่าตัด, แบบประเมินความพร้อม, Routine of newborn,

			Hemodialysis flow chart, แบบการทวนสอบก่อนผ่าตัด, Medication reconciliation, แบบบันทึก การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ ตำแหน่งผ่าตัด, แบบบันทึก การเฝ้าระวังติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใช้ สายสวนปัสสาวะ
3. เภสัชกร	/	/	บันทึกการแพ้ยา, Medication reconciliation, Medication Administration Record, Multidisciplinary problem risk และส่วนที่เกี่ยวข้องกับยา
4. นักโภชนาการ ,โภชนาการ	/	/	บันทึกในเอกสารของนัก โภชนาการ
5. นักกายภาพบำบัด	/	/	บันทึกใน Physical Therapy, PTD Treatment, แบบประเมินผู้ป่วยกายภาพ บำบัด, ใบ Multidisciplinary problem risk, แบบประเมิน ความพร้อม
6. เจ้าหน้าที่ห้องบัตร	/	/	บันทึกในส่วนข้อมูล ประวัติผู้ป่วยทั่วไป (ใบ ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่)
7. พนักงานเวชสถิติ	/	/	บันทึกรหัสโรค ในระบบ คอมพิวเตอร์
8. นักเทคนิคการแพทย์	/	/	บันทึกใบรายงานผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ
9. รังสีแพทย์	/	/	บันทึกในใบรายงานผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

10. นักรังสีการแพทย์	/	/	บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายภาพรังสี
11. ผู้ช่วยเหลือคนไข้	/	/	Vital Sign ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาล
12. เจ้าหน้าที่ admit	/	/	ประวัติการรักษาพยาบาล , บันทึกใบยินยอมการรักษาพยาบาล
13. เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี	/	/	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเบิกค่ารักษาพยาบาล

โรงพยาบาลมีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการประเมินและรักษาในโรงพยาบาล โดยมีตัวบ่งชี้ในการสืบค้นซึ่งเป็นเอกลักษณ์สำหรับผู้ป่วย โดยใช้ชื่อ-สกุล และ HN ซึ่งแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยมีสารสนเทศเพียงพอเพื่อระบุตัวผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค เหตุผลของการดูแลรักษา บันทึกการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของการรักษา โดยรายละเอียดข้อมูลที่บันทึก มีดังนี้

## 6.2 การบันทึกเวชระเบียน

โดยบันทึกในส่วนที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ต้องบันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน/ดำด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจน เข้าใจได้หรือใช้การพิมพ์ระบบคอมพิวเตอร์ ยกเว้น กรณีดังต่อไปนี้ให้ใช้ปากกาสีแดง

### 1. ฟอรัมปรอท บันทึกดังนี้

- บันทึกสัญญาณ Pulse
- รวม fluid intake-output 3 เวน
- ระบุเหตุการณ์จาก OR
- บันทึกวันผ่าตัดเป็นกากบาท และบันทึกวันหลังผ่าตัดเป็นตัวเลข
- บันทึกสถานะผู้ป่วย Dead
- บันทึกชนิดของเลือดหรือสารประกอบเลือดและหมายเลขของถุงที่ให้
- บันทึกวันคลอดปกติเป็นกากบาทสีแดง
- บันทึกวันหลังคลอดปกติเป็นตัวเลข

### 2. Order Sheet บันทึกดังนี้

- พยาบาลบันทึก ชื่อ/ตำแหน่ง และวัน-เวลา ในการรับ order แพทย์
- การทำสัญญาณ order ที่ทำแล้วจาก OPD หรือ ER ใช้ปากกาแดงหรือน้ำเงิน

### 3. ใบบันทึกการให้ยา/สารน้ำทางหลอดเลือด

### 4. ขีดและเขียน off ยาหรือ treatment

### 5. ใบ recovery room การให้เลือดและสารประกอบของเลือด ทำสัญญาณเป็นหยดน้ำสีแดง

6. บันทึกการถ่ายภาพและส่งภาพรังสีเข้าไปในระบบ Picture Archiving and communication System (PACS) ด้วยการประทับตราอย่างสีแดงว่า “PACS”

6.2.1 การบันทึกเวชระเบียนในแต่ละครั้ง กำหนดให้มีชื่อของผู้บันทึก (สามารถระบุตัวบุคคลได้) ดังนี้

-กรณีแพทย์ การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก กำหนดให้

1. มีลายเซ็น พร้อมเขียนเลข ว. หรือ
2. มีลายเซ็น และประทับตราปั๊มชื่อ-สกุล และเลข ว.ของแพทย์

-กรณีพยาบาลและสาขาอื่นๆ ให้เขียนชื่อจริงที่อ่านออกและระบุตำแหน่ง

6.2.2 การลงวัน เดือน ปี ให้ใช้เลขอารบิกหรือเลขไทย เดือนใช้เป็นตัวเลขหรือภาษาเขียน

(ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ) ตัวเต็มหรือตัวย่อของเดือน ปี พ.ศ./ค.ศ. ตัวเต็ม 4 หลัก หรือตัวย่อ 2 หลัก ดังนี้

3/3/58 03/03/58 3 มี.ค.58 3 มี.ค.2558 3 มีนาคม 2558

3 มีค 58 3 มีค 2558 3 Mar 2014 3 March 2014

6.2.3 การบันทึกเวลาทุกครั้งในกรณีดังต่อไปนี้

1. เวลามาถึงและออกจากห้องฉุกเฉิน
2. เวลาเข้าห้องผ่าตัด
3. เวลาเริ่มและสิ้นสุดการพักฟื้น
4. เวลาในการสั่งยา
5. เวลาในการรับคำสั่งการรักษา
6. เวลาในการบริหารยา

โดยบันทึกเวลาเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เป็นเลขอารบิกหรือเลขไทย ดังนี้ 9 หรือ 9.00 หรือ

09.00 หรือ 9.00 น. หรือ 09.00 น. หรือ 9:00 หรือ 09:00 หรือ 9:00 น. หรือ 09:00 น.

6.2.4 เวชระเบียนผู้ป่วยที่ฉุกเฉิน ต้องประกอบด้วยข้อมูลอย่างน้อยดังนี้

1. เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงและออกจากห้องฉุกเฉิน
2. ข้อมูลสรุปเมื่อสิ้นสุดการรักษา
3. สภาพของผู้ป่วย ณ เวลาที่จำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน
4. คำแนะนำในการนัดติดตาม เพื่อการดูแลในครั้งต่อไป

6.2.5 กรณีที่การบันทึกไม่เกี่ยวข้อง ให้ใช้เครื่องหมาย – ห้ามเว้นว่างโดยไม่สื่อสารอะไร

6.3 แนวทางการแก้ไขข้อมูลที่บันทึกแล้ว

6.3.1 การแก้ไขข้อมูลในส่วนบันทึกทางการแพทย์ ผู้ที่บันทึกข้อความนั้นๆ จึงมีสิทธิที่จะแก้ไข

6.3.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

-กรณีมีการขีดฆ่า เขียนย้ำ ผู้แก้ไขจะต้องมีการเซ็นชื่อกำกับ

-ห้ามแก้ไขข้อมูลโดยการใช้ป้ายาลบคำผิด

-ในระบบ electronic หากมีการแก้ไขข้อมูล จะต้องมีการใส่รหัสผ่านทุกครั้ง ใน

การแก้และบันทึกข้อมูลนั้นๆ

6.3.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติบุคคลของผู้ป่วย ให้ดำเนินการโดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบงาน

เวชระเบียนเท่านั้น โดยตรวจสอบหลักฐานประกอบการแก้ไขตามความประสงค์ของผู้แก้ไข และขีด

ฆ่าข้อความที่ผิดในประวัติการรักษาผู้ป่วยและแก้ไขในระบบคอมพิวเตอร์ให้เป็นปัจจุบัน

#### 6.4 การเก็บรักษาและทำลายเวชระเบียน

การเก็บรักษาเวชระเบียนมี 2 รูปแบบ คือ

##### 6.4.1 ระบบเอกสาร

##### 6.4.2 ระบบ electronic medical record

##### 6.4.1 ระบบเอกสาร

1. การจัดเก็บเอกสารในเวชระเบียนต้องเป็นเอกสารฉบับจริงเท่านั้น
2. มีการดูแลรักษาเล่มเวชระเบียนและเอกสารในเล่มเวชระเบียนให้มีสภาพครบถ้วนสมบูรณ์

3. สภาพแวดล้อมของสถานที่จัดเก็บเวชระเบียน มีการทำความสะอาดและทำกิจกรรม 5ส.

ในหน่วยงาน รวมทั้งมีการป้องกันอัคคีภัยโดยติดตั้งถังดับเพลิงแบบก๊าซในหน่วยงาน มี alarm fire และมีการจัดส่งเจ้าหน้าที่อบรมการฝึกซ้อมอัคคีภัยสม่ำเสมอทุกปี

4. การจัดเก็บ เก็บไว้ในที่ที่ปลอดภัย โดยได้มีการแยกจัดเก็บชัดเจน และมีการล็อคประตูห้อง ให้เข้า-ออกได้เฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้อง ป้องกันการโดนทำลายและน้ำท่วมถึง

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วย เอกสารทั่วไป ระยะเวลาการจัดเก็บ 5 ปี

##### 6.4.2 ระบบ electronic medical record

1. ระบบ electronic medical record เป็นระบบการบันทึกข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งระบบสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

2. งานศูนย์ข้อมูล รับผิดชอบสำรองข้อมูล electronic medical record และเก็บ file สำรองให้ปลอดภัยบน external hard disk

3. เมื่อมีเหตุทำให้ข้อมูลในระบบ electronic medical record สูญหาย จะมีการสำรองข้อมูลและสามารถจัดการกับเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสามารถบริการได้อย่างต่อเนื่อง

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วย เอกสารทั่วไป ระยะเวลาจัดเก็บ 5 ปี

#### 6.5 การขอข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย

1. กรณีผู้ป่วยมาดำเนินการด้วยตนเอง จะต้องลงลายมือชื่อผู้ขอข้อมูล ในหนังสือขอประวัติการรักษาและแนบสำเนาบัตรประชาชน หรือเอกสารที่หน่วยงานราชการออกให้พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2. กรณีคู่สมรส บุตร ซึ่งเป็นญาติสายตรง สามารถขอให้เปิดเผยข้อมูล โดยแนบสำเนาบัตรประชาชน หรือเอกสารที่หน่วยงานราชการออกให้พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

3. กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาดำเนินการด้วยตนเอง ต้องมีหนังสือให้ความยินยอมจากผู้ป่วยโดยแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือเอกสารที่หน่วยงานราชการออกให้ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

4. กรณีบิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 20 ปี

บริบูรณ์ ผู้ปกครองทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองในการลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล แนบสำเนาบัตรประชาชนหรือเอกสารที่หน่วยงานราชการออกให้ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

5. กรณีหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายต้องมีเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรจากหน่วยงานที่ขอ

6. กรณีที่ผู้ป่วยรักษาในสถานพยาบาลอื่น ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถลงนามให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง

เนื่องจากอาการเจ็บป่วย ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือเอกสารที่หน่วยงานราชการออกให้ของผู้กระทำการแทนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

6.6 การทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน (ทบทวนเวชระเบียนสม่ำเสมอโดยคณะกรรมการเวชระเบียนและสารสนเทศ)

โรงพยาบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการเวชระเบียนและสารสนเทศ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแฟ้ม

เวชระเบียน และมีการกำหนดให้มีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและเป้าหมายที่กำหนด โดยการทบทวนทั้งขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่และทบทวนย้อนหลังเมื่อจำเป็น โดยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ที่ได้รับสิทธิ์ในการบันทึก เน้นเรื่องการบันทึกในเวลาที่กำหนด การอ่านออกได้ และความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

7. ข้อควรระวัง/ข้อแนะนำ/สังเกตเพิ่มเติม

-ไม่มี

8. การเฝ้าติดตามและการวัดกระบวนการ/การบริการ

8.1 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน Closed/Opened เป้าหมาย >80%

9. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

-ไม่มี

10. แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง

-ไม่มี

### **Sentinel Event ของทีมความเสี่ยง (ทีม RM)**

เหตุการณ์ที่เฝ้ามองเป็นเหตุการณ์ที่ต้องรายงานทันทีและบันทึกรายงานอุบัติการณ์ภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่เหตุการณ์ดังต่อไปนี้

1. มารดาเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากการเจ็บครรภ์และการคลอดบุตร
2. การลักตัวเด็กหรือส่งมอบทารกแก่มารดาผิดคน
3. ให้อาหาร ให้เลือด ผิดคน ผิดชนิด ผิดกลุ่ม แล้วเกิดปฏิกิริยารุนแรง
4. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หรือถูกฆ่า ขณะอยู่ในโรงพยาบาล
5. เจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุการณ์สถานการณ์ความไม่สงบ
6. อคติภัยในโรงพยาบาล
7. ระบบ LAN , คอมพิวเตอร์ใช้งานไม่ได้ทั้งระบบ

### **สิทธิผู้ป่วย**

- มีการยึดถือคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย 10 ประการ
  1. สิทธิพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ
  2. ไม่เลือกปฏิบัติ
  3. ได้รับข้อมูลเพียงพอ ชัดเจน

4. ได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อเสี่ยง
5. ทราบชื่อให้บริการ
6. ขอความเห็นที่สอง
7. ปกปิดข้อมูล
8. การเข้าร่วมวิจัย
9. ข้อมูลในเวชระเบียน
10. การใช้สิทธิแทน

## 5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คณะกรรมการจัดการความรู้และสารสนเทศ ทีม KMIT โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ได้จัดทำโครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ดังนี้

- การออกแบบฟอร์มรายงานต่างๆ
- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิต
- การออกรายงานการตายเคสผู้ป่วยใน
- การยกเลิก Admit
- การทำ Admit กรณีมีใบ Refer
- การยกเลิก Discharge
- การแก้ไขข้อมูล Discharge
- การแก้ไขข้อมูล Refer
- การยกเลิก Refer
- การดูรายงานของ HOSxP
- รายงาน ๔๓ เพิ่ม
- การดูประเภทสิทธิ์ต่างๆ
- เอกสารหลักฐานสิทธิ์ในกรณีต่างๆ
- การให้รหัสโรค ICD-10 TM, ICD-9 cm
- รหัสโรคที่พบบ่อย
- สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ
- ตัวอย่างที่ใช้สากล
- รหัสที่ยกเลิก
- วินิจฉัยที่ไม่ควรให้
- การแบ่งระยะของโรคเรื้อรังใน Version 5
- การบันทึกข้อมูล ICD-10, ICD-9 cm ใน โปรแกรม HOSxP
- ปัญหาที่พบและแนวทางการพัฒนาจากการตรวจสอบเวชระเบียน

## ทีม KMIT ROUND หน่วยงาน กระบวนการ / ตรวจสอบ / ติดตาม / แจ้งปัญหาที่พบ

1. ระบบการส่ง Chart , OPD Card ให้ทันเวลาวันต่อวัน และตรวจใบนำส่งให้ตรงกัน
2. ระบบการตาม Chart Admit จากแผนกต่างๆ
3. ระบบการติดตามใบชั้นสูตรจากแพทย์
4. ระบบข้อความเตือนกรณี ม.41 เคสกันห้องโรงพยาบาล , ข้อความเตือนแพทย์ในเคสที่พบใหม่ๆ
5. ระบบตรวจสอบการบันทึกรหัสโรค ICD 10 TM , รหัสหัตถการ ICD 9 cm , ดับเบิลเช็คการให้รหัสโรค
6. ระบบการป้องกันและแก้ปัญหา OPD Card ผิดคน , การระบุตัวผู้ป่วย , การทวนชื่อซ้ำ , การถ่ายรูป , การแก้ Admit
7. การเพิ่มช่องทางการให้ความรู้เรื่องสิทธิ์ / การอธิบายข้อมูลเรื่องสิทธิ์ให้กับผู้รับบริการ
8. การป้องกันการเข้าถึงข้อมูลใน HOSxP , รหัส Password , การขอและการให้ข้อมูลผู้ป่วย
9. สํารวจการใช้คอมพิวเตอร์ในหน่วยงานที่ใช้อยู่มีกี่เครื่อง , ยังไม่พอใช้หรือยังไม่มีกี่เครื่อง
10. การบันทึกระบบนัด ดูวันที่นัด , วันหยุดราชการที่นัด , คลินิก , กรุณามาติดต่อที่ , Lab ที่นัดเจาะ , แพทย์ผู้นัด , ผู้เขียนใบนัด , หมายเหตุ , การส่ง Lab ล่วงหน้าทำเป็นไหม
11. ดูใบ Summary สิ่งที่ไม่ค่อยบันทึก วันที่จำหน่าย (D/C) , จำนวนวันที่จำหน่าย (LOS) , สถานที่จำหน่าย , ประเภทที่จำหน่าย , ชื่อแพทย์ที่จำหน่าย
12. วิธีการส่ง Chart ที่จำหน่ายคืนห้องบัตร ให้แนบใบ D/C Summary แนบบนหน้า Chart ก่อนส่งโดยไม่ต้องแนบใน OPD Card
13. การแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์งาน/ข้อมูล ใน Line , FACEBOOK , Internet , Intranet
14. การจัดอบรมส่วนขาด (สำรวจส่วนขาด KMIT )
15. IT พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน , การสำรองข้อมูล , การใช้ระบบ Manual
16. การคิดตัวชี้วัดใน Intranet ให้เป็นปัจจุบัน

**5.1** สรุประบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

### **ปัญหา/โอกาสพัฒนา**

โครงการที่จัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ แต่ละแผนกจะส่งตัวแทนมาเข้ารับการอบรม ทำให้การไปถ่ายทอดต่อไม่ทั่วถึง

### **การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง**

ทางคณะกรรมการจึงได้จัดอบรมแบ่งเป็น 2 รุ่น สลับกับเจ้าหน้าที่เก่าและได้แขวนไฟล์ที่อบรมใน Intranet เพื่อให้ผู้ที่สนใจเข้าไปศึกษาข้อมูลการอบรมที่ได้จัดไปแล้วสามารถดูย้อนหลังได้

### **ผลลัพธ์**



เจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลสามารถเข้าใจระบบงานในการบันทึกข้อมูลและการแก้ปัญหาเบื้องต้นเวลาที่โปรแกรม HOSxP ชัดข้อง หรือการเข้าไปแก้ไขข้อมูลการทำ Admit หรือทำDischarge ได้ สามารถเข้าใจฐานข้อมูล โปรแกรม และสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์

#### เป้าหมาย

เพื่อให้ฐานข้อมูลโรงพยาบาลที่ส่งออก มีคุณภาพ และทำให้โรงพยาบาลได้รายรับเพิ่มขึ้นเต็มเม็ดเต็มหน่วย และมีคณะกรรมการวิเคราะห์ต้นทุนและจัดเก็บรายได้ คอยติดตามการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ทุกเดือนอีกทางหนึ่ง

## ทบทวน12กิจกรรม

### การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์: 1) ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม 2) ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกัน

ปัญหา 3) เพิ่มความไวในการรับรู้และการตอบสนองโดยทีมงาน

	เริ่มต้น	พอใช้	ดี	ดีมาก	ดีเยี่ยม
การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียน	มีการทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียน โดยหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการร้องเรียนสูง	มีการทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนโดยหน่วยงานส่วนใหญ่เป็นประจำ	-มีระบบอำนวยความสะดวกในการรับฟัง เช่น รับฟังทุกรูปแบบ, เจ้าหน้าที่ช่วยจดบันทึก -มีการสรุปของความคิดเห็น/คำร้องเรียน จากหน่วยงานต่างๆ มาเป็นภาพรวมของ รพ. จัดกลุ่มและจัดลำดับความสำคัญ	มีระบบรับฟังที่ proactive เช่น การสนทนากลุ่ม การรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชน	
ความครอบคลุม	หน่วยงาน: หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น OPD ER LR การตอบสนอง: เรื่องที่มีผลกระทบสูง เช่น เสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน	หน่วยงาน: หน่วยงานสำคัญ (คลินิกบริการ ) การตอบสนอง: เรื่องที่มีความสำคัญจำนวนหนึ่ง	หน่วยงาน: ทุกหน่วยงาน การตอบสนอง: เรื่องที่มีความสำคัญส่วนใหญ่	หน่วยงาน: ทุกหน่วยงาน การตอบสนอง: ทุกเรื่อง	
การวางแผนทางป้องกัน	มีการปรับปรุงบริการทั่วไปเพื่อลดความไม่พึงพอใจ	มีการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจากการวิเคราะห์สาเหตุที่ชัดเจน	มีการปรับปรุงแนวทางดูแลผู้ป่วยโดยวิเคราะห์ root cause ร่วมกับการใช้ข้อมูลวิชาการ	-มีการประสานการป้องกันอย่างเป็นระบบในระดับ รพ. -มีการประเมินประสิทธิภาพของการป้องกัน	
การสื่อสาร	สื่อสารด้วยการแจ้งให้ทราบแบบทางเดียว	กระบวนการ: สื่อสารด้วยการพูดคุยทำความเข้าใจ ผลลัพธ์: มีความเข้าใจบางส่วน	ผลลัพธ์: ผู้เกี่ยวข้องสามารถระบุปัญหาที่สำคัญและแนวทางป้องกันได้	มีการสื่อสารเพื่อให้มีการปรับปรุงในระดับกว้าง	มีการประเมินผลของการสื่อสาร
การปฏิบัติ	มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหา	มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก/ข้อเตือนใจ/แบบบันทึก เพื่อให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง	มีหลักการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์คำร้องเรียนมีแนวโน้มลดลง	

## 5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วย ผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด

	เริ่มต้น	พอใช้	ดี	ดีมาก	ดีเยี่ยม
การค้นหาความเสี่ยง	เริ่มต้นเรียนรู้ที่จะค้นหาความเสี่ยง	ใช้วิธีการค้นหาความเสี่ยงหลายๆ วิธี (สำรวจ ทบทวนปัญหาที่เคยเกิด ติดตามการไหลเวียน ฯลฯ)	-สามารถค้นหาความเสี่ยงสำคัญได้ครอบคลุม (ทั้งด้านกายภาพ กระบวนการทำงาน การดูแลผู้ป่วย)	มีระบบค้นหาและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	
ความครอบคลุม	หน่วยงาน: บางหน่วยที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงาน: บางหน่วย กลุ่มผู้ป่วย: กลุ่มที่เสี่ยงสูง กระบวนการ: ที่เสี่ยงสูง	หน่วยงาน: บางหน่วย กลุ่มผู้ป่วย: ทุกกลุ่มที่เสี่ยง กระบวนการ: กระบวนการสำคัญ	หน่วยงาน: ทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง	ระบบงาน: ทุกระบบ และพิจารณาอย่างเชื่อมโยง
การวางแผนทางป้องกัน	เลือกความเสี่ยงสำคัญมาหาแนวทางป้องกัน	มีการกำหนดแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญได้ประมาณครึ่งหนึ่ง	มีการวิเคราะห์ root cause ของความเสี่ยงสำคัญส่วนใหญ่และวางแผนทางป้องกันโดยทิมสหสาขาวิชาชีพ	-มีการประสานการป้องกันอย่างเป็นระบบในระดับรพ.	-มีการประเมินประสิทธิภาพของการป้องกัน
การสื่อสาร	สื่อสารด้วยการแจ้งให้ทราบแบบทางเดียว	กระบวนการ: สื่อสารด้วยการพูดคุยทำความเข้าใจ ผลลัพธ์: มีความเข้าใจบางส่วน	ผลลัพธ์: ผู้เกี่ยวข้องสามารถระบุปัญหาที่สำคัญและแนวทางป้องกันได้	มีการสื่อสารเพื่อให้มีการปรับปรุงในระดับกว้าง	มีการประเมินผลของการสื่อสาร
การปฏิบัติ	มีการกำหนดแนวทางป้องกันความเสี่ยง	มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับแนวทางที่วางไว้	มีหลักฐานการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน	มีผลลัพธ์	ผลลัพธ์ของสถิติอุบัติการณ์ (ซึ่งข้อมูลน่าเชื่อถือ) ลดลง

ผลการค้นและและป้องกัน

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
<p>เวชระเบียน</p>	<p>ความเสี่ยงโปรแกรมด้าน CRM ระดับ C เรื่องระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง                      ตัวผู้ป่วยผิดคน จึงแจ้งไปยัง ER ทางห้อง ER จึง Identify ซ้ำกับผู้ป่วยอีกครั้ง ปรากฏว่าผิดคนจริง จึงทำการย้ายโอนข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง</p>	<p><u>1.เจ้าหน้าที่/บุคลากร</u>                      ออกแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ห้องบัตรในกรณีผู้ป่วยไม่ได้นำบัตรประชาชนมาด้วย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ให้ญาติกรอกแบบฟอร์ม</li> <li>2.ค้นหาในโปรแกรม HosXP เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ญาติให้มา</li> <li>3.ทวนข้อมูลกับญาติผู้ป่วย</li> <li>4.เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและญาติเซ็นรับทราบข้อมูลถูกต้อง</li> </ol> <p><u>2.การสื่อสาร</u></p> <p>1.ออกแบบฟอร์มให้ญาติกรอก สำหรับกรณีที่ไม่มีบัตรประชาชนเพื่อเป็นหลักฐานและระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง</p> <p>โดยมีข้อมูลดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ชื่อ-สกุล</li> <li>2.อายุ/วันเกิด</li> <li>3.บิดา/มารดา</li> <li>4.ที่อยู่</li> <li>5.รูปถ่าย</li> </ol> <p><u>3.อุปกรณ์</u></p> <p>2.ญาติที่แจ้งอันดับแรกควรเป็นญาติสายตรง</p> <p>ใช้โปรแกรม HosXP เป็นอันดับแรกในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้นำบัตรประชาชนมาด้วย</p> <p>- เขียน Note แจ้งเตือนผู้ป่วยที่มีชื่อ-สกุลเหมือนกัน</p>

9. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนสำหรับการสื่อสารระหว่างการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

	เริ่มต้น	พอใช้	ดี	ดีมาก	ดีเยี่ยม
การทำกิจกรรม	มีการทบทวนปีละครั้ง	มีการกำหนดประเด็นในการทบทวนชัดเจน มีการทบทวนทุก 6 เดือน	มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินเวชระเบียนที่เหมาะสม มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 4 เดือน	มีการทบทวนคุณภาพของการบันทึกควบคู่ไปด้วย	มีการทบทวนทันทีใน Case ที่มีปัญหา โดยทีมสหวิชาชีพ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกราย	ครอบคลุม 2-5%	ครอบคลุม >5% ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน กระจายในผู้ประกอบวิชาชีพทุกคน	ครอบคลุม > 5% ของเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก กระจายในผู้ประกอบวิชาชีพทุกคน	
การปรับปรุง		มีการปรับปรุงการบันทึก	มีการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการปรับปรุงที่ชัดเจน	มีการปรับปรุงการบันทึกอย่างต่อเนื่อง	
การสื่อสาร	สื่อสารด้วยการแจ้งให้ทราบแบบทางเดียว	กระบวนการ: สื่อสารด้วยการพูดคุยทำความเข้าใจ ผลลัพธ์: มีความเข้าใจบางส่วน	ผลลัพธ์: ผู้เกี่ยวข้องสามารถระบุจุดอ่อนเป้าหมาย และแนวทางการปรับปรุง	มีการสื่อสารเพื่อให้มีการปรับปรุงในระดับกว้าง	มีการประเมินผลของการสื่อสาร
การปฏิบัติ	มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน	มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก/ปรับปรุงแบบบันทึก เพื่อให้มีการปฏิบัติ	ความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนมีแนวโน้มที่ดีขึ้น	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอยู่ในระดับดี	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอยู่ในระดับดีมากติดต่อกัน