

สรุปประเด็นนิเทศทางการพยาบาล เดือนมกราคม 2563

เรื่อง บันทึกทางการพยาบาล

อายุงานของผู้ถูกนิเทศ

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
Novice (<1 ปี)	2	0.34
Advance Beginner (1-3 ปี)	5	2.15
Competent (>3-6 ปี)	8	7.41
Proficient (>6-10 ปี)	10	15.16
Expert (>10 ปี)	24	74.94
รวม	49	100.00

คำถาม	คำตอบ	จำนวน	ร้อยละ
1. การบันทึกข้อมูลแรกเริ่ม (Initial assessment)			
1.1 การบันทึก การประเมินอาการสำคัญ/เหตุที่ต้องรับไว้ในการดูแล (เป็นการบันทึกอาการสำคัญหรือเหตุผลของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ พร้อมทั้งระบุระยะเวลา/ ความถี่/ ตำแหน่ง/ ระดับความรุนแรง โดยเขียนสั้นๆตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูล และไม่ควรแปลความหมาย)	มี	49	100.00
	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	46	93.88
	-ไม่ระบุ	3	6.12
	ไม่มี	0	0
1.2 มีการบันทึก drug reconcile ซึ่งจะต้องระบุ Last dose ของยาทุกตัว (บันทึกประวัติยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ สอบถามขนาดและวิธีการรับประทานพร้อมบันทึก last dose)	มี	46	93.88
	<input type="checkbox"/> ครบทุกตัว	38	77.55
	<input type="checkbox"/> ไม่ครบ	5	10.20
	-ไม่ระบุ	3	6.12
	ไม่มี	2	4.08
	ไม่ระบุ	1	2.04
1.3 มีการบันทึก drug reconcile ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย	ใช่	45	91.84
	ไม่ใช่	3	6.12
	ไม่ระบุ	1	2.04
1.4 มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (นอกเหนือจากการเจ็บป่วยครั้งนี้เคยเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุ เป็นอะไรมาบ้างหรือไม่ มีการรักษาและผลการรักษาเป็นอย่างไร โดยระบุช่วงเวลา สถานที่ทำการรักษา)	มี	48	97.96
	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	43	87.76
	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน	4	8.16
	-ไม่ระบุ	1	2.04
	ไม่มี	1	2.04
1.5 มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว(การเจ็บป่วยของคนในครอบครัวที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพหรือโรคทางพันธุกรรม โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)	มี	47	95.92
	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	44	89.80
	-ไม่ระบุ	3	6.12
	ไม่มี	1	2.04
	ไม่ระบุ	1	2.04
	มี	49	100.00

คำถาม	คำตอบ	จำนวน	ร้อยละ
1.6 การประเมินความเสี่ยงการคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ/โรคอุบัติใหม่ (มีการซักประวัติผู้ป่วยครบทุกประเด็น ในผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เดินทางกลับจากประเทศแถบตะวันออกกลางและประเทศจีน)	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	32	65.31
	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน	3	6.12
	- ไม่ระบุ	14	28.57
	ไม่มี	0	0
1.7 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	มี	45	91.84
	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง	43	87.76
	- ไม่ระบุ	2	4.08
	ไม่มี	3	6.12
1.8 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก/หกล้ม	มี	49	100.00
	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง	45	91.84
	<input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง	1	2.04
	- ไม่ระบุ	3	6.12
ไม่มี	0	0	
2. แบบฟอร์ม Nursing continuing care and discharge summary			
2.1 การบันทึกการให้ข้อมูลและคำแนะนำในทุกแบบฟอร์มเป็นปัจจุบันสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย	ใช่	44	89.80
	ไม่ใช่	5	10.20
2.2 การบันทึกปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายครบถ้วนและสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย	ใช่	45	91.84
	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	30	61.22
	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน	13	26.53
	- ไม่ระบุ	2	4.08
ไม่ใช่	4	8.16	
2.3 มีการบันทึกการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามกรอบ METHOD	มี	42	85.71
	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	28	57.14
	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน	12	24.49
	- ไม่ระบุ	2	4.08
ไม่มี	7	14.29	
2.4 การลงบันทึกในแบบฟอร์มมีการระบุ ให้คำแนะนำแก่ใคร ชื่อผู้ให้คำแนะนำและวันเดือนปีที่ปฏิบัติทุกข้อ	มี	48	97.96
	<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	27	55.10
	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน	20	40.82
	- ไม่ระบุ	1	2.04
ไม่มี	1	2.04	

ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา

1. การบันทึกประวัติยาที่ได้รับ (drug reconcile) ในโปรแกรม Medication Reconcile

เป็นการบันทึกประวัติยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ ทั้งยาที่มีในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยสอบถามขนาดและวิธีการรับประทาน/ฉีด/พ่นยา **พร้อมบันทึก last dose** เพื่อป้องกันการรับประทานยาซ้ำ และการบริหารยาต่อเนื่อง ที่สำคัญต้องซักประวัติ **ยาต้านเกร็ดเลือดและยาลดไขมัน**

เลือด อาหารเสริม วิตามิน และสมุนไพร เพราะมีผลต่อเลือดหยุดยากขณะและหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้ยาที่ผู้ป่วยรับประทานประจำบางชนิด มีผลต่อการดมยาสลบ เข้าวันผ่าตัดจำเป็นต้องดยาก่อนผ่าตัดตามคำสั่งของวิสัญญีแพทย์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการนิเทศพบว่า

- การบันทึก drug reconcile ยังขาด Last dose
- การลงข้อมูลยาบางครั้งต้องรออนุญาต ญาติ ญาติไม่นำยามาพร้อมผู้ป่วย แจ้งประวัติการได้รับยาไม่ชัดเจน
- ในผู้ป่วยที่นอนรพ.ระยะเวลายาว ข้อมูลใน drug reconcile อาจจะไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก D/C ก่อน และบางครั้งยาจากคลินิก เป็นยาเปลือย ยังไม่ทันได้ส่งให้เภสัชฯ ตรวจสอบ ผู้ป่วย D/C ก่อน

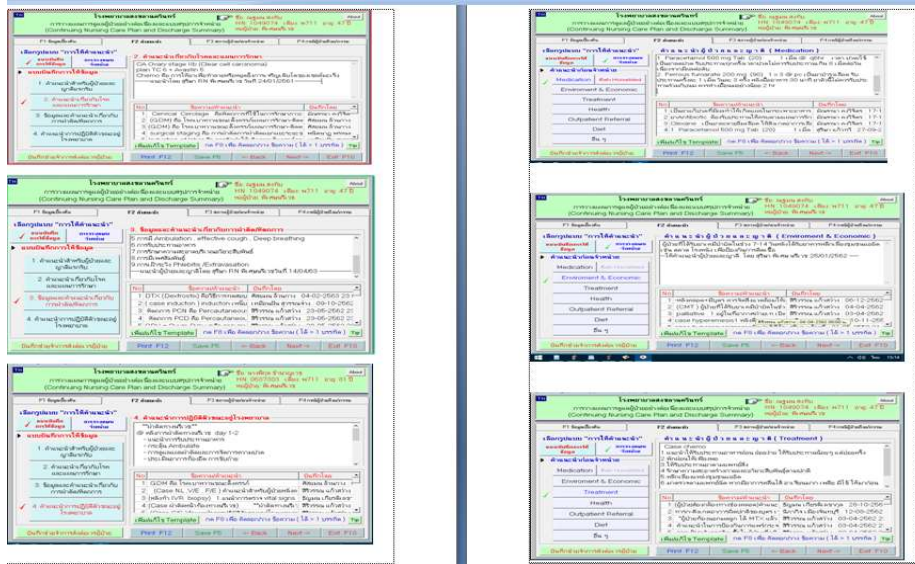
2. การประเมินความเสี่ยงการคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ/โรคอุบัติใหม่ (มีการซักประวัติผู้ป่วยครบทุกประเด็น ในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เดินทางกลับจากประเทศแถบตะวันออกกลางและประเทศจีน)

จากการนิเทศพบว่า

- ทราบเรื่องการคัดกรองข้อมูลผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศแถบตะวันออกกลางและประเทศจีนแต่จำข้อมูลไม่ได้ว่าเฝ้าระวังโรคอะไร
- การประเมินความเสี่ยงการคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ/โรคอุบัติใหม่ มีการซักประวัติผู้ป่วยครบทุกประเด็น ในผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เดินทางกลับจากประเทศแถบตะวันออกกลาง แต่ขาดการสอบถามเรื่องประเทศจีน เนื่องจากเพิ่งเป็นโรคอุบัติการณ์ใหม่ อยากให้มีการเพิ่มเข้าไปใน Template ระบบ HIS เพื่อป้องกันการลืมและเป็นการเน้นย้ำให้มีการสอบถามทุกราย
- มีการซักประวัติและบันทึกความเสี่ยงการคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจ/โรคอุบัติใหม่ใน case ที่เดินทางมาจากประเทศจีนใน kardex จึงแนะนำให้นำมาบันทึกใน Initial assessment ในหัวข้อข้อมูลเพิ่มเติมเฉพาะสาขาไว้ด้วย

3. แบบฟอร์ม Nursing continuing care and discharge summary

- 3.1 การบันทึกปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย ครบถ้วนและสอดคล้องกับ ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
- 3.2 การบันทึกการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามกรอบ METHOD
- 3.3 การลงบันทึกในแบบฟอร์มมีการระบุ ให้คำแนะนำแก่ใคร ชื่อผู้ให้คำแนะนำและวันเดือนปีที่ปฏิบัติทุกข้อ



โรงพยาบาลสงขลานครินทร์			
การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและแบบสรุปการจำหน่าย (Continuing Nursing Care Plan and Discharge Summary)		ชื่อ: ณฐมณ สงขรินทร์ HN: 1049074 (เตียง: 7H11) อายุ: 47 ปี หอผู้ป่วย: พิเศษเจาะ	
F1 ชื่อผู้ดูแล	F2 ศัพท์ค้นหา	F3 สถานะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	F4 กรณีผู้ป่วยส่งต่อกรณี
5. ปัญหาที่ค้างดูแลต่อเนื่อง และการวางแผนก่อนออกจาก รพ. - การมารับยาเคมีบำบัดตามนัด - การดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด แสดง Template		6. สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากรพ. Graphics Sheet สัญญาณชีพ T 37 °C R 20 ครั้ง/นาที P 84 ครั้ง/นาที BP 104 / 75 mm.Hg ระดับความรู้สึก <input checked="" type="radio"/> รู้สึกดี <input type="radio"/> สับสน <input type="radio"/> ซึม <input type="radio"/> ไม่รู้สึกตัว <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)	
อุปกรณ์การรักษายาบาลที่ติดตัวกลับ <input checked="" type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> N-G Tube <input type="radio"/> Foley's Cath		<input type="checkbox"/> Ostomy Tube ระบุ: <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ:	
แผล <input checked="" type="radio"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลเย็บ <input type="checkbox"/> ตัดใหม่แล้ว <input type="checkbox"/> ยังไม่ตัดใหม่ <input type="checkbox"/> หมอเคลือบ <input type="radio"/> มี <input type="checkbox"/> แผลเปิด <input type="checkbox"/> ลักษณะแผล:		ระดับความเจ็บปวด *ก่อนรับยา Post op pain:	
แผลกดทับ <input checked="" type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี ลงบันทึกข้อมูล รายละเอียดเกี่ยวกับ "แผลกดทับ"		<input type="checkbox"/> Chronic pain: <input type="checkbox"/> ระบุ:	
Save F5			

จากการนิเทศพบว่า

- การให้คำแนะนำการลงข้อมูลในโปรแกรม METHOD อาจจะเริ่มทำได้ในบางเรื่องในระหว่างที่ admit ไม่จำเป็นต้องรอทำใน case ที่มี plan จำหน่าย เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดูแล และสามารถประเมินผลได้
- บางหอผู้ป่วย มีข้อตกลงกันใน ward ว่าเวรตึกเป็นคนลงข้อมูลและคนทำ d/c เป็นคนให้ข้อมูล เนื่องจากผู้ป่วยที่มา admit ที่ ward เป็นการนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดและพักฟื้นหลังผ่าตัดระยะสั้นๆ
- เนื่องจากระบบการบันทึกโปรแกรม Continuing ถูกออกแบบมาแบบบันทึกทีละไปเรื่อยๆหลังให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ จึงจำเป็นต้องบันทึกชื่อผู้ปฏิบัติ วันเวลา และผู้รับทราบข้อมูล ให้ครบถ้วนเพื่อช่วยในการสื่อสารให้ทีมทราบว่าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในหัวข้อใดมาบ้าง หากมีหัวข้อใดต้องเพิ่มเติมจะได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง
- MICU การแนะนำผู้ป่วยเรื่องการวางแผนจำหน่ายทำได้ไม่ครบเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ D/C จาก ward ส่วนใหญ่เมื่ออาการดีขึ้น มีการย้ายไป ward อื่น หากมีการวางแผนจำหน่ายจะบันทึกไว้ในแบบ form ของ ward ใน Kardex

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบบันทึกทางการแพทย์

- ต้องการให้มีแบบฟอร์มที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ ward
- อยากให้มีการ Pop up ว่ายังมีข้อมูลที่จำเป็นยังไม่ครบถ้วน เมื่อเข้ามาในโปรแกรม
- การซักประวัติเรื่องราวได้เฉลี่ย/เดือน ไม่ควรซักถาม บางครั้งผู้ป่วยไม่พึงพอใจ
- ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องและวางแผน ข้ำซ้อนกับคำแนะนำก่อนจำหน่าย ควรยกเลิกที่ใดที่หนึ่งออก

การซ้กประวัติการเดินทางมาจากประเทศจีน ควรให้แบบ template มาจากส่วนกลางในระบบ HIS
แผนการพัฒนา

1. ปรับปรุงคู่มือประกอบการนิเทศบันทึกทางการแพทย์ให้หอผู้ป่วยเพื่อให้ HW/แกนนำ/รองHW ใช้เป็นแนวทางในการ Audit chart
2. พบปะHW พร้อมแกนนำบันทึกทางการแพทย์แต่ละ ward
>> แนะนำคู่มือประกอบการนิเทศบันทึกทางการแพทย์
>> นำประเด็นที่ได้จากการนิเทศของผดก, HW, การ round มาเรียนรู้ร่วมกัน
>> ร่วมแลกเปลี่ยนและรับฟังประเด็นปัญหาการบันทึกทางการแพทย์แต่ละ ward
3. ให้แกนนำและบุคลากรในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และทบทวนระบบบันทึกทางการแพทย์โดยการ Audit chart ตามแบบฟอร์ม
4. ปรับปรุงโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์ร่วมกับ IT

.....
นางสาวมณฑนา คงวิจิตร
นางนารี ปานทอง
ผู้รายงาน

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ข้อ 1.2 มีการบันทึก drug reconcile ซึ่งจะต้องระบุ Last dose ของยาทุกตัว (บันทึกประวัติยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ สอบถามขนาดและวิธีการรับประทานพร้อมบันทึก last dose)
: ครบทุกตัว ร้อยละ 77.55
: ประสานงานกับฝ่ายเภสัชกรรม ขอให้ verify ยาให้เร็วขึ้น
: การนิเทศครั้งต่อไป ต้องเพิ่มรายละเอียด เช่น reconcile ครบ แต่ verify ไม่ครบ
2. ข้อ 1.6 การประเมินความเสี่ยงการคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ/โรคอุบัติใหม่ (มีการซ้กประวัติผู้ป่วยครบทุกประเด็น ในผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เดินทางกลับจากประเทศแถบตะวันออกกลางและประเทศจีน)
: ประเมินครบถ้วน ร้อยละ 65.31 ไม่ระบุ ร้อยละ 28.57 ต้องหาสาเหตุว่าคืออะไร/สำคัญหรือไม่ เพื่อนำมาแก้ปัญหาได้ตรงจุด
3. ข้อ 2.2 การบันทึกปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายครบถ้วนและสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
: ครบถ้วนร้อยละ 61.22 ไม่ครบถ้วนร้อยละ 26.53
: ไม่ครบถ้วน และสอดคล้องกับปัญหา คืออะไร
: การนิเทศครั้งต่อไป ให้ระบุการเก็บข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่ plan D/C
: ข้อดี ข้อมูลเป็น evidence ทำให้รู้ว่ามีปัญหาการบันทึกแบบฟอร์ม nursing continuing care and discharge summary
: ข้อด้อย คำถามไม่ชัดเจน การวิเคราะห์ข้อมูลไม่เจาะลึกที่จะนำมาพัฒนาได้
4. อายุงานของผู้ถูกนิเทศ อาจสัมพันธ์กับการบันทึกไม่ครบถ้วน
5. การซ้กประวัติเรื่องรายได้เฉลี่ย/เดือน ไม่ควรซ้กถาม บางครั้งผู้ป่วยไม่พึงพอใจ
: อาจปรับคำถามเป็น เรื่อง สิทธิการรักษา เพื่อให้คำแนะนำกรณีที่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล
6. ข้อ 2.4 การลงบันทึกในแบบฟอร์มมีการระบุ ให้คำแนะนำแก่ใคร ชื่อผู้ให้คำแนะนำและวันเดือนปีที่ปฏิบัติทุกข้อ

: ครบถ้วน ร้อยละ 55.10 ไม่ครบถ้วน ร้อยละ 40.82

: การนิเทศครั้งต่อไป ต้องออกแบบคำถามและการเก็บข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น