1. โครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเรื่อง บันทึกอย่างไรให้มีคุณภาพ

2. ชื่อ/หน่วยงาน: นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณและพยาบาลวิชาชีพ ตึกเฟื่องฟ้า

3. เป้าหมาย

1. เพื่อเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. เพื่อให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน

4. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การเขียนบันทึกทางการพยาบาล ในแต่ละเวรเพื่อสื่อความให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายได้รับทราบถึงอาการที่เปลี่ยนแปลง สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างเวร สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการมากที่สุด และเป็นสิ่งชี้บ่งถึงคุณภาพของการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และยังใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายกรณีถูกฟ้องร้องได้

กลุ่มการพยาบาลได้พัฒนาการบันทึกตามหลัก SOAPIE จากการปฏิบัติงานจริงในตึกเฟื่องฟ้า พบว่า พยาบาลบางส่วนยังไม่สามารถเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความตามเกณฑ์ ดังนั้น จึงได้จัดทำ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลที่เขียน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

5. กระบวนการพัฒนา(PDCA)

Plan

- ประชุมทีมพยาบาลเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาคุณภาพระบบบันทึกทางการพยาบาลในตึก สิ่งที่ยังไม่สมบูรณ์ในบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า

1.บันทึกไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะในส่วนของการประเมินแรกรับ เช่น การบันทึก vital sign ไม่ครบ ข้อมูลไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ไม่มีข้อมูลสนับสนุน ข้อวินิจฉัยบางข้อ ข้อวินิจฉัยบาง case ยังไม่ครอบคลุม

2.ไม่มีการปรับข้อวิเคราะห์ปัญหา(A)ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยหรือ ไม่เรียงความสำคัญของปัญหาในผู้ป่วยบางราย

3. การประเมินผลการพยาบาลไม่ได้ประเมินตามปัญหาของผู้ป่วยจะประเมินตามกิจกรรม

4. ขาดความรู้และประสบการณ์ ภาระงานมาก บันทึกไม่ทันเวลา

5. บันทึกอ่านไม่ออก . บางเวรลายมืออ่านยาก มีการใช้ลายเซ็นในบันทึกทางการพยาบาล

-ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกันโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยเล่าสู่กันฟัง แบ่งปันข้อมูล เอาของดีมารวมกัน

-ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน

Do

-ประชุมให้ข้อมูลแก่การพยาบาล โดยชี้แจงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์

-ให้ความรู้เรื่องการบันทึก โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

- ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติในการบันทึกทางการพยาบาล และส่งเสริมให้กำลังใจ

- ในการประเมินแรกรับผู้ป่วย ให้ทำการประเมินแรกรับให้เสร็จสิ้นหลังแรกรับ เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและนำไปวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมมากขึ้น

- เมื่อมีการลงลายมือชื่อ หากเป็นลายเซ็นควร ปั๊มตรายางชื่อที่อ่านออก พร้อมระบุตำแหน่งด้วย และ หากทำการใช้ลายมือชื่อเพียงอย่างเดียวต้องเป็นลายมือชื่อที่อ่านออก และไม่จำเป็นต้องใช้ตรายางปั๊มชื่ออีก

Check

-สุ่มประเมินบันทึกทางการพยาบาลทุกสัปดาห์ ๆละ 5 ราย หลังรับเวรและแจ้งผลกลับให้พยาบาลทุกคนรับทราบผลการสุ่มตรวจทันที เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยผู้นิเทศ หัวหน้าหอผู้ป่วย และรองหน้าหอผู้ป่วย

- กำหนดการสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลทุกคน อย่างต่อเนื่อง 1 ครั้ง / เดือน และบันทึกผลเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในทีมพยาบาล

- มีการแจ้งผลการตรวจให้ทราบทั้งภาพรวมของตึกและแจ้งเป็นรายบุคคล เพื่อให้ปรับปรุงแก้ไขบันทึกทางการพยาบาลของตนเองให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น

- วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และค้นหาโอกาสในการพัฒนาต่อไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

Action

-จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น มีการปรึกษากันภายในทีมในการตัดสินใจวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย และการวางแผนการดูแลของผู้ป่วยบางรายที่อาการไม่เด่นชัดในเรื่องหนึ่งเรื่องใดโดยตรง เพื่อให้มีความถูกต้องมากขึ้น

-วิเคราะห์ผลที่ได้ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ เฉพาะราย เพื่อเป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลต่อไป

-ประเมินผลความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ 2 ครั้ง/ปี

6. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2556

-ร้อยละของการบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 60 ผลการประเมินได้ ร้อยละ 80

ผลการสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้งๆละ 10 แฟ้ม พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นจากการสุ่มตรวจครั้งแรก คือ การเขียน S,O,A,P,E การลงลายมือชื่อชัดเจน การเขียนแผนการพยาบาลครอบคลุมมากขึ้น แต่ข้อมูลสนับสนุนยังไม่ครบถ้วน ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาต่อไป

7. บทเรียนที่ได้รับ/การขยายผล

พยาบาลทุกคนต้องตระหนักถึงความสำคัญและ มองเห็นคุณค่าว่าเป็นบันทึกทางวิชาชีพ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล ต้องรับผิดชอบและใส่ใจต่อการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง มีความหมายและมีประโยชน์ จึงควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเขียนบันทึกทางการพ ยาบาลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องในระดับกลุ่มการพยาบาล

8. การติดต่อกับทีมงาน นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ

<u>เอกสารแนบท้าย</u>

แนวทางการบันทึกตามแนวคิด SOAPIE note คือ

- S (Subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการมักบันทึกในลักษณะคำพูด หรือคำบอกเล่าของผู้รับบริการ
- O (Objective data) คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การตรวจร่างกายและจากเอกสารอื่น ๆ
- A (Analysis) คือการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาว่ายังคงเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาอย่างไรบ้าง
- P (Plan) คือแผนการรักษาพยาบาล
- I (Interventions) คือการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการ
- E (Evaluation) คือ การประเมินผลการพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปฏิบัติการพยาบาล

หลักการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้หลัก 4 C ประกอบด้วย

1. **ความถูกต้อง** (Correct) หมายถึง การบันทึกที่มีความถูกต้องตามความเป็นจริงและความต้องการของผู้ป่วย

a. ถูกต้องตามเกณฑ์การบันทึกตามแบบฟอร์มของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

b. ปัญหาของผู้ป่วยสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน

c. กิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา กระทำอย่างถูกต้อง

d. บันทึกผลการพยาบาลถูกต้อง

e. ระยะเวลา ความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับการปฏิบัติจริง

f. ถูกหลักภาษา

2. **ความครบถ้วน** (Complete) หมายถึงการบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ครอบคลุมและต่อเนื่อง

a. ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยต้องครอบคลุมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

b. ระบุกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ

c. การเขียนยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามกระบวนการพยาบาล

3. **ความชัดเจน** (Clear) หมายถึง การบันทึกข้อมูลด้วยตัวอักษรและตัวเลขที่ชัดเจน อ่านง่าย ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล

a. หากต้องการเปลี่ยนแปลงข้อความให้ขีดฆ่า และลงนามกำกับ

4. **ได้ใจความ** (Concise) หมายถึง การบันทึกที่กะทัดรัด สั้น อ่านแล้วได้ใจความ

a. ตรงประเด็นตามสภาพของผู้ป่วย

b. ต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาล

c. มองเห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการพยาบาล