1. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเรื่อง บันทึกถูกต้อง สอดคล้อง ต่อเนื่อง

2. ชื่อเจ้าของผลงาน/หน่วยงาน: นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณและคณะ ตึกเฟื่องฟ้า

3. ความเป็นมา/เหตุผลของการพัฒนา/สาเหตุของปัญหา

บันทึกทางการพยาบาล หมายถึงรายงานต่างๆที่พยาบาลเขียนขึ้นเพื่อสื่อความให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายได้รับทราบถึงอาการที่เปลี่ยนแปลง สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการมากที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางการติดต่อถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยแสดงเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างมีระบบระเบียบ เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย ที่สามารถนำไปใช้วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพสูงสุด ใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบเพื่อการประกันคุณภาพทางการพยาบาล นอกจากนั้น ยังใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายกรณีถูกฟ้องร้องได้อีกด้วย ดังนั้น บุคลากรพยาบาลทุกคนจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของบันทึกทางการพยาบาล มองเห็นคุณค่าของบันทึกทางการพยาบาลว่าเป็นบันทึกทางวิชาชีพ และเป็นสิ่งชี้บ่งถึงคุณภาพของการบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลทุกคนต้องรับผิดชอบและใส่ใจต่อการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง มีความหมายและมีประโยชน์ และใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาลมาใช้ในบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้งด้วย

อย่างไรก็ตามจากการปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า พบว่า บุคลากรพยาบาลบางส่วนยังไม่สามารถเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ ตามเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เนื่องจากพร่องในทักษะการบันทึก ว่าสาระสำคัญทางการพยาบาลที่ต้องบันทึกควรประกอบด้วยอะไรบ้าง พร่องในทักษะการสื่อสารด้วยการเขียน การใช้คำศัพท์เฉพาะ ความสามารถในการสื่อความที่สั้นและเข้าใจง่าย อ่านแล้วเข้าใจตรงกัน และขาดความเข้าใจเรื่องมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งต้องประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล และการบันทึกที่ต้องบ่งชี้ให้เห็นว่ามีการใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการดูแล การดำเนินการตามแผน ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์หลังจากให้การพยาบาล ดังนั้น ทางหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้าจึงได้จัดทำ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เพื่อพัฒนาการเขียนบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลทุกคน เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลที่เขียน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

4. วัตถุประสงค์/เป้าหมายของการพัฒนา

1. เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความ มีการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างเวร ตามกระบวนการพยาบาล และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางการพยาบาลได้
2. เพื่อให้พยาบาลตระหนักในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน

5. กระบวนการ/สรุปเนื้อหาของการพัฒนา

1. ประชุมทีมการพยาบาลตึกเฟื่องฟ้าเพื่อเตรียมการดำเนินการ ค้นหาสาเหตุที่บกพร่องและหาส่วนที่ดีเพื่อเป็นตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

จากการสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาล พบว่ามี ข้อบกพร่องดังนี้

1)ใบซักประวัติรับใหม่ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้ไม่ครบถ้วน การลำดับอาการเจ็บป่วยสับสน เขียนประวัติการเจ็บป่วยทางจิต/การรักษาไม่เรียงลำดับวันเดือนปี ประวัติโรคทางกายไม่ครอบคลุม เช่นระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษา ขาดการให้ลงลายมือชื่อญาติผู้ให้ประวัติ และผู้ซักประวัติ

2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนทั้ง S และ O ยังไม่สอดคล้องกัน

3) การวางแผนการพยาบาล ยังเขียนไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ไม่ลงในรายละเอียดของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

4) การประเมินผลการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล ส่วนใหญ่จะประเมินกิจกรรมการพยาบาลที่ให้มากกว่าประเมินปัญหาทางการพยาบาล และบางครั้งยังพบว่าเป็นเหมือนข้อมูลสนับสนุนทั้ง S และ O มากกว่า

5) แบบบันทึกความก้าวหน้าและการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ยังขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพในขณะรับใหม่ ที่ต้องทำการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับญาติตั้งแต่แรกรับ ส่วนใหญ่จะเขียนเฉพาะพยาบาลหรือเมื่อเกิดปัญหาการดูแลร่วมกัน

6) แบบประเมิน HoNOS ยังมีความแตกต่างในการตัดสินใจให้ค่าคะแนนแต่ละหมวดขึ้นกับทักษะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน บางรายไม่ประเมินก่อนย้ายตึกหรือรับย้าย

7) การลงลายมือชื่อ ลายมือของพยาบาลบางคนยังอ่านได้ไม่ชัดเจน บางคนยังติดการเซ็นชื่อหวัดๆแบบเดิมอยู่ทำให้อ่านยากว่าเป็นลายมือของผู้ใด

8) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรับใหม่ยังไม่ครบถ้วน เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง สัญญาณชีพ เป็นต้น มีการใช้น้ำยาลบคำผิดเมื่อเขียนผิดซึ่งเป็นข้อห้ามใช้

9) การลงลายมือชื่อผู้รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ในใบ order แพทย์ เขียนไม่ชัดเจน บางรายไม่เขียนวันเดือนปี เวลาที่รับ order

2. พยาบาลทุกคนรับทราบแนวทางการสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาลที่ ผู้นิเทศ และหัวหน้าตึก ร่วมกันกำหนดไว้ ดังนี้ 1)แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล 4)Medication Record 5) แบบบันทึกความก้าวหน้าและการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ 6) แบบประเมินสุขภาพความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย(HoNOS) 7) การลงลายมือชื่อ 8) การเซ็นรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ 9) ฟอร์มปรอท 10) คำรับรองยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา 11)ใบประเมินอื่นๆ(ถ้ามี)

3. กำหนดการสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลทุกคน 1 ครั้ง / เดือน โดยผู้นิเทศและหัวหน้าหอผู้ป่วย

4. กำหนดให้มีการสุ่มตรวจโดยพยาบาลเจ้าของไข้ และบันทึกผลเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในทีมพยาบาล 1 ครั้ง

5. มีการสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยหัวหน้าตึก สัปดาห์ละ 2 ครั้งหลังรับเวรและแจ้งผลกลับให้พยาบาลทุกคนรับทราบผลการสุ่มตรวจทันที เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

6. มีการแจ้งผลการตรวจให้ทราบทั้งภาพรวมของตึกและแจ้งเป็นรายบุคคล เพื่อให้ปรับปรุงแก้ไขบันทึกทางการพยาบาลของตนเองให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น

7. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น มีการปรึกษากันภายในทีมในการตัดสินใจกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยบางรายที่อาการไม่เด่นชัดในเรื่องหนึ่งเรื่องใดโดยตรง เพื่อให้มีความถูกต้องมากขึ้น

8. มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการศึกษาค้นคว้าในแต่ละประเด็นเพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในทีมพยาบาล

6.มีการนำหลักฐานทางวิชาการมาประกอบการพัฒนา

-คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553

7.ตัวชี้วัดของการพัฒนาพร้อมทั้งผลลัพธ์ที่ได้

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2555

-ร้อยละของการบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 60 ผลการประเมินได้ร้อยละ 80

ผลการสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาล เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้งๆละ 10 แฟ้ม พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นจากการสุ่มตรวจครั้งแรก คือ ใบซักประวัติผู้ป่วยรับใหม่ บันทึกครบถ้วน การลงลายมือชื่อชัดเจน ไม่มีการใช้น้ำยาลบคำผิด การเขียนแผนการพยาบาลครอบคลุมมากขึ้น แต่ข้อมูลสนับสนุนในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลยังไม่ครบถ้วน การลงวันเดือนปีเริ่มต้นและวันสิ้นสุดยังไม่ครบถ้วน ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาต่อไป

8.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

-จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วนทั้งภายในและภายนอกตึก (ระดับกลุ่มการพยาบาล)

9.ตัวแทนหน่วยงาน/ผู้ประสานงาน นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ