การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

1. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เรื่อง บันทึกนั้นสำคัญอย่างไร?
2. ชื่อเจ้าของผลงาน/หน่วยงาน คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
3. ความเป็นมา/เหตุผลของการพัฒนา/สาเหตุของปัญหา

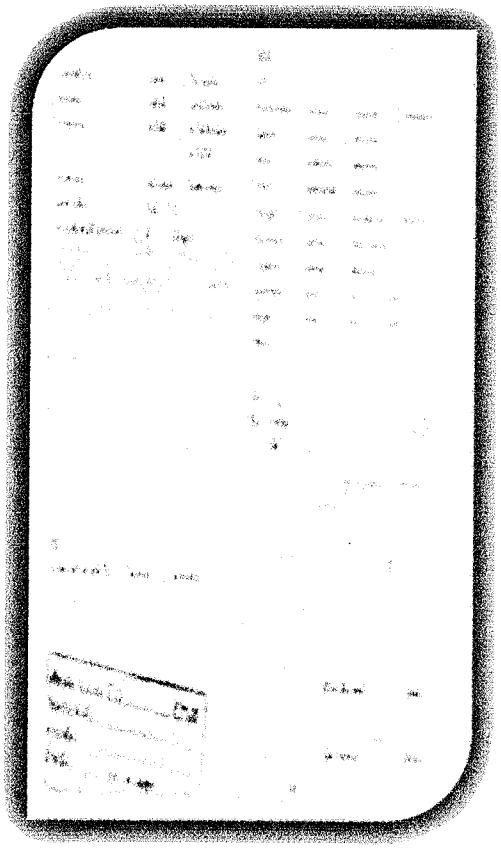
การบันทึกเวชระเบียนมีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยและประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า ที่ผ่านมาพบว่าคะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในภาพรวมผ่านเกณฑ์ แต่เมื่อมีการตรวจประเมินลงไปในรายละเอียดของแต่ละวิชาชีพ ผลคะแนนในบางส่วนยังตกเกณฑ์ ซึ่งส่งผลต่อคะแนนการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในภาพรวมของโรงพยาบาล และในปี 2555 ที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีการตรวจเวชระเบียนไขว้หน่วยงาน ซึ่งผลคะแนนที่ได้มานั้นยังไม่เป็นที่พึงพอใจ และข้อเสนอแนะในบางส่วนที่ได้รับมาเป็นข้อเสนอแนะที่สามารถแก้ไขได้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการบันทึกข้อมูลของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีความครบถ้วน คระกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนจึงได้ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมโยงกันต่อไป

4. วัตถุประสงค์/เป้าหมายของการพัฒนา
   - 4.1 เพื่อให้การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนมีความครบถ้วน สมบูรณ์
   - 4.2 เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลรักษาผู้ป่วย
   - 4.3 เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการใช้ข้อมูลร่วมกัน
   - 4.4 เพื่อให้ตรงตามเกณฑ์การทบทวนความสมบูรณ์ของกรมสุขภาพจิต
5. กระบวนการ/สรุปเนื้อหาของการพัฒนา
   - 5.1 จัดประชุมคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
   - 5.2 ได้ข้อตกลงร่วมกัน โดยการทำบันทึกแจ้งเวียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การใช้ระบบ grand round และการให้คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนซึ่งอยู่ในหน่วยงานต่างๆช่วยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดทั้งการจัดประชุมการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียนให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบร่วมกัน
   - 5.3 ประเมินผลการดำเนินงานจากการตรวจประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนและการปฏิบัติงานจริง
6. มีการนำหลักฐานทางวิชาการมาประกอบการพัฒนา

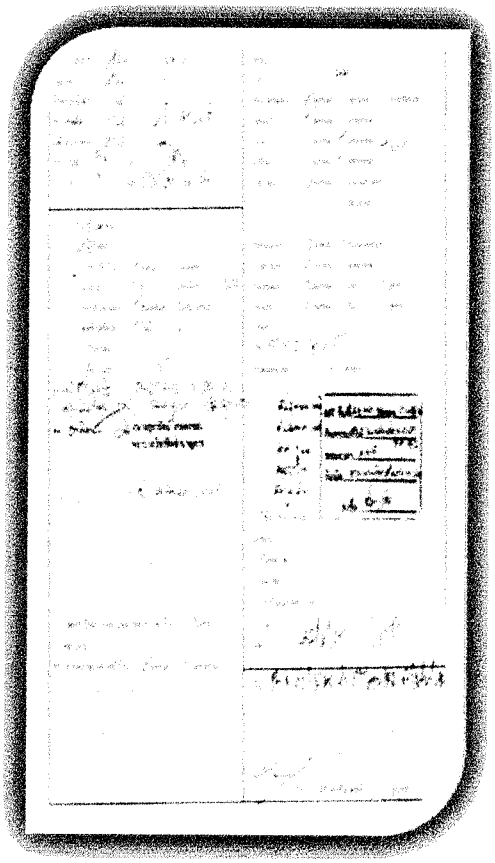
   -
7. ตัวชี้วัดในการพัฒนาพร้อมทั้งผลลัพธ์ที่ได้
   - 7.1 ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียนได้ครบถ้วนสมบูรณ์เพิ่มขึ้น โดยประเมินผลจาก
     - 7.1.1 การปรับใบตรวจรักษาผู้ป่วยให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยร่วมกัน โดยการสำรวจความต้องการของผู้ใช้เวชระเบียน และพัฒนาปรับปรุงใบตรวจรักษา ทดลองนำมาปรับใช้ และนำมาใช้ในปัจจุบัน ซึ่งพบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในใบตรวจ

รักษาแบบใหม่ที่เอื้อประโยชน์ต่อการบันทึกเวชระเบียนของผู้เกี่ยวข้องให้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น ตลอดทั้งสามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อไป

การเปรียบเทียบใบตรวจรักษาแบบเดิมและแบบใหม่ที่ใช้ในปัจจุบัน



ใบตรวจรักษาแบบเดิม

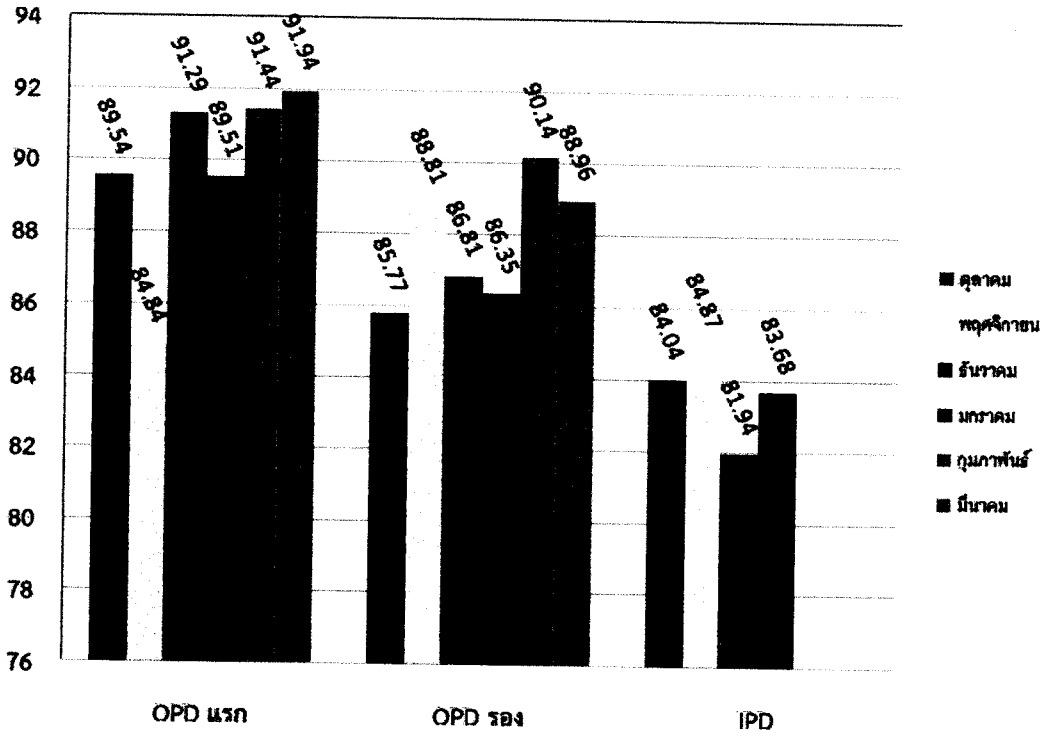


ใบตรวจรักษาแบบใหม่

7.2 คะแนนการตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ผลคะแนน	ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม
ผู้ป่วยนอก ครั้งแรก	89.54	84.84	91.29	89.51	91.44	91.94
ผู้ป่วยนอก ครั้งรอง	85.77	88.81	86.81	86.35	90.14	88.96
ผู้ป่วยใน	84.04	84.87	81.94	83.68		

กราฟแสดงความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกครั้งแรก ครั้งรอง และผู้ป่วยใน



8. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง
   - ติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน
   - เปรียบเทียบผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา
   - จัดเวทีสื่อสารเชื่อมโยง
9. ตัวแทนหน่วยงานประจำบอร์ดหรือผู้ประสานงาน
   นางไพลิน ปรัชญคุปต์/แพทย์หญิงสิริกุล ทุ่งวชิรกุล