



**ผลงานวิเคราะห์
ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

**นางฐิติารีย์ สอนจินดา
พนักงานปฏิบัติงานทั่วไปชำนาญงาน**

**หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลทันตกรรม
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**



ผลงานวิเคราะห์

ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โดย

นางฐิตารีย์ สอนจันดา

พนักงานปฏิบัติงานทั่วไป ชำนาญงาน

หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลทันตกรรม

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2569

คำนำ

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่ให้การ รักษาทางทันตกรรมแก่ประชาชนทั่วไป โดยในแต่ละวันมีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก การบริหารจัดการระบบเวชระเบียนผู้ป่วย การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ระบบงานเวชระเบียนเป็นปัจจัย สำคัญในการพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพ การมีระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพอย่าง มีคุณภาพ เป็นสิ่งที่น่าสนใจเป็นหลักฐานทางการแพทย์ ใช้สื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่าง ทีมสุขภาพให้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้นำระบบ สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในระบบบริการเวชระเบียนแล้ว และมีการบันทึกเวชระเบียนอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้งานบริการและดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้จัดทำจึงได้นำข้อมูลการบันทึก เวชระเบียนในระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรงพยาบาลทันตกรรม (DHIS) มาวิเคราะห์ เพื่อให้แน่ใจว่าการบันทึกข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุด ในการดูแลผู้ป่วย และหาแนวทางในการพัฒนาให้ระบบการบันทึกมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อ ความต้องการของผู้เข้ารับบริการอย่างแท้จริง ให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว มีคุณภาพ และรักษาอย่าง ต่อเนื่อง

คู่มือฉบับนี้ประกอบด้วย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบ ปัญหาและ อุปสรรคที่พบ ผลการวิเคราะห์ ตลอดจนสรุปและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการบันทึกเวช ระเบียนในอนาคตผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้ จะเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสามารถนำไปศึกษาและ ปรับปรุงพัฒนาการบันทึกได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการ ดูแลผู้ป่วยและเป็นหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือในด้านต่างๆ

ฐิตารีย์ สอนจินดา

พนักงานปฏิบัติงานทั่วไป ชำนาญงาน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญภาพ	ง
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ขอบเขตของการวิเคราะห์งาน	2
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
1.5 นิยามคำศัพท์	3
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิเคราะห์/วิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	4
2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับหลักการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	7
2.3 แนวคิด ทฤษฎีคุณภาพ	8
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิเคราะห์	
3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์	10
3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิเคราะห์	10
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	11
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและแปรข้อมูล	11
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์	
4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	13
4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	14
4.3 สรุปผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยรวม	15
บทที่ 5 สรุปผลผลการวิเคราะห์อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิเคราะห์	16
5.2 อภิปรายผล	16
5.3 ปัญหาและข้อเสนอแนะ	17
บรรณานุกรม	20
ภาคผนวก	21

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 องค์ประกอบหลักที่ใช้ในการตรวจสอบและเกณฑ์การให้คะแนน	6
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ จำแนกตามเพศ	13
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ จำแนกตามอายุ	14
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	14
ตารางที่ 5 สรุปผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยรวม	15

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	32
ภาพที่ 2 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน	33

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการทางทันตกรรมแบบครบวงจร ครอบคลุมการให้บริการทันตกรรมทั่วไปและทันตกรรมเฉพาะทางชั้นสูงทุกสาขาแก่ประชาชนทุกช่วงวัยและทุกสิทธิการรักษา โดยมีพันธกิจในการสนับสนุนให้บริการทางทันตกรรมที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย ควบคู่กับบทบาทในการเป็นแหล่งผลิตบัณฑิตทันตแพทย์ที่มีคุณธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลากว่าสี่ศตวรรษ

นอกจากภารกิจด้านการเรียนการสอนแล้ว โรงพยาบาลทันตกรรมยังเป็นแหล่งอบรมและพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาทันตแพทย์ ทันตแพทย์ และบุคลากรทางทันตกรรม ให้มีความรู้ความเข้าใจในวิชาชีพ รวมถึงตระหนักถึงความแตกต่างของบริบทสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของการให้บริการรักษาทางทันตกรรม เพื่อให้สามารถให้การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักวิชาชีพ ทั้งนี้ โรงพยาบาลทันตกรรมได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation : HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการข้อมูลเวชระเบียน ดูแลรักษาฐานข้อมูลเวชระเบียนทางทันตกรรม ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน รวมถึงการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารเบิกจ่ายและการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวได้ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขั้นที่ 3 (Hospital accreditation: HA)

โรงพยาบาลทันตกรรม มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบการบริการสุขภาพทางทันตกรรมให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน เนื่องจากระบบเวชระเบียนเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพการบริการสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพ ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

เวชระเบียน (Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้ในการบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบคลุมข้อมูลระดับบุคคล ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพทย์ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสีวิทยา การบันทึกการรักษาพยาบาล การทำหัตถการ การปรึกษาแพทย์ การส่งต่อ การยินยอมรับการรักษา ตลอดจนเอกสารอื่นๆที่สถานพยาบาลกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียน รวมถึงเวชระเบียนในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : ERM) ซึ่งมีการนำมาใช้เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน

การบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนั้นจะช่วยคุ้มครองผู้ให้บริการในกรณีเกิดข้อร้องเรียนหรือการฟ้องร้องทางการแพทย์ จากการตรวจเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของโรงพยาบาลทันตกรรม พบว่าการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในบางส่วนยังขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ และมีความหลากหลายรูปแบบการบันทึก โรงพยาบาลทันตกรรมจึงได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อ

พัฒนาเวชระเบียนและจัดทำแนวทางการบันทึกเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้การบันทึกมีมาตรฐานเดียวกัน ครบถ้วน และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกันในทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงานทั่วไป และดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จึงดำเนินการศึกษาการประเมินความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปรับปรุงกระบวนการทำงาน พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านเวชระเบียน และสนับสนุนการพัฒนาหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและองค์กร

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1.2.2 เพื่อประเมินระดับความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจำแนกตามคลินิก

1.2.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนระหว่างคลินิกต่างๆ

1.2.4 เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจำแนกตามองค์ประกอบของเวชระเบียน

1.2.5 เพื่อระบุประเด็นปัญหาและข้อบกพร่องของการบันทึกเวชระเบียนที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

1.3 ขอบเขตการวิเคราะห์งาน

1.3.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากร

เวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1.3.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษามุ่งเน้นการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์การประเมินประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษาและการตรวจเพื่อการวินิจฉัย การตรวจติดตาม การบันทึกหัตถการ และการบันทึกการรับทราบข้อมูลและการยินยอมรับการรักษา

ทั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากระบบเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรงพยาบาลทันตกรรม(DHIS) โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปีพ.ศ. 2568 จำนวน 80 ราย

1.4 ประโยชน์ที่จะได้รับ

1.4.1 สามารถประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4.2 ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลการรักษาให้ต่อเนื่อง สนับสนุนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ในการวิจัยและพัฒนา

1.4.3 ได้แนวทางในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1.5 นิยามคำศัพท์

มหาวิทยาลัย	หมายความว่า	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะ	หมายความว่า	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โรงพยาบาลทันตกรรม	หมายความว่า	โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
หน่วยเวชระเบียนและสถิติ เวชระเบียน	หมายความว่า	หน่วยงานที่ให้บริการด้านเวชระเบียน เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้ในการบันทึกและเก็บรวบรวมประวัติของผู้ป่วย
ผู้ป่วยนอกทั่วไป	หมายความว่า	ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากบันทึกการตรวจรักษาในvisit ที่ต้องการตรวจ
ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	หมายความว่า	การที่เวชระเบียนมีการบันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วนตามมาตรฐานวิชาชีพ เกณฑ์ที่กำหนด โดยหน่วยงานกำกับดูแล(เช่น สปสช.และ สรพ.) และนโยบายของโรงพยาบาล
ตรวจสอบเวชระเบียน	หมายความว่า	กระบวนการทบทวน ประเมิน และตรวจคุณภาพ ความครบถ้วน และความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนตามเกณฑ์ที่กำหนด
เกณฑ์การประเมิน	หมายความว่า	รายการตรวจสอบที่ใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินว่า การบันทึกข้อมูลส่วนใดครบถ้วนหรือไม่ เช่น การลงวันเดือนปีและเวลา, การบันทึกตามรูปแบบ,การลงลายมือชื่อแพทย์

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิเคราะห์/วิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนจากฐานข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลจากการบันทึกเวชระเบียนในระบบเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรงพยาบาลทันตกรรม(Dentel Information System : DHIS) ประจำปี พ.ศ. 2568

ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ และสนับสนุนการอภิปรายผลการศึกษา โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับหลักการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

2.3 แนวคิด และทฤษฎีคุณภาพ

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

2.1.1 ความหมายของความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (Medical Record Completeness) หมายถึง การที่เวชระเบียนมีบันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วนทุกส่วนตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานวิชาชีพและเกณฑ์ที่หน่วยงานที่กำหนด เพื่อให้ข้อมูลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การบริหารจัดการ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนไม่ได้หมายถึงแค่การมีเอกสารครบทุกแผ่นเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงคุณภาพของข้อมูลที่บันทึกไว้ โดยสามารถพิจารณาได้จากแนวคิดสำคัญ ดังนี้

1. ความถูกต้องของข้อมูล (Data Accuracy) ข้อมูลที่บันทึกต้องตรงกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่มีความคลาดเคลื่อนหรือขัดแย้งกัน

2. ความครบถ้วนของรายการข้อมูล (Data Completeness) เป็นการบันทึกข้อมูลสำคัญที่จำเป็นทั้งหมดตามแบบฟอร์มหรือโครงสร้างที่กำหนดไว้ครบถ้วนตามมาตรฐานวิชาชีพและเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ประวัติผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การตรวจร่างกาย ผลการทดลอง/ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค แผนการรักษาและผลการรักษา คำสั่งการรักษาของแพทย์

3. ความทันเวลา (Timeliness) การบันทึกข้อมูลต้องทำอย่างต่อเนื่องและทันท่วงทีตามลำดับเวลาที่ใช้ในการดูแลรักษา เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันและสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจทางการแพทย์ได้รวดเร็ว

4. ความชัดเจนและอ่านง่าย (Clarity and Legibility) ลายมือหรือการบันทึกต้องอ่านเข้าใจได้ง่าย และระบุตัวตนผู้บันทึกได้อย่างชัดเจน

5. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ข้อมูลที่บันทึกต้องมีความน่าเชื่อถือ สามารถใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ทั้งในทางการแพทย์และทางกฎหมาย

2.1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในด้านทันตกรรม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทางทันตกรรมมีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากการรักษาทาง

ทันตกรรมมีความซับซ้อนและแตกต่างจากการรักษาโรคทั่วไป โดยสามารถจำแนกปัจจัยได้เป็น 2 ด้านหลักได้แก่

1) ปัจจัยด้านเนื้อหาและการบันทึกข้อมูลทางทันตกรรม

ความซับซ้อนของการบันทึกแผนภูมิฟัน (Odontogram)

การบันทึกสภาพฟันเดิม การรักษาที่ดำเนินการ และแผนการรักษา จำเป็นต้องใช้สัญลักษณ์เฉพาะ หากไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจน อาจทำให้การความคลาดเคลื่อนหรือบันทึกไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ประเภทของหัตถทางทันตกรรม

หัตถการแต่ละประเภทมีลักษณะและความต่อเนื่องของการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความสม่ำเสมอของการบันทึกข้อมูล เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน หรือการรักษาคลองรากฟัน

การบันทึกประวัติทางการแพทย์และยา

ผู้ป่วยทางทันตกรรมอาจมีโรคประจำตัวหรือใช้ยาบางชนิดที่ส่งผลต่อการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งจำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลดังกล่าวอย่างครบถ้วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การบันทึกภาพถ่ายรังสีและผลการวิเคราะห์

ต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกผลการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีให้ตรงกับบริเวณที่กำลังจะรักษา

การบันทึกใบแสดงความยินยอม (Informed Consent)

เป็นองค์ประกอบสำคัญทั้งในด้านจริยธรรมและกฎหมาย โดยเฉพาะในหัตถการที่มีความเสี่ยงหรือซับซ้อน

2) ปัจจัยด้านบุคลากรและระบบการทำงาน

ความรู้และความตระหนักของทันตบุคลากร

ทันตบุคลากรบางส่วนอาจขาดความตระหนักถึงความสำคัญของเวชระเบียนในมิติด้านกฎหมายและนิติเวช

การใช้งานระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (ERM)

หากระบบยังไม่รองรับความซับซ้อนของข้อมูลทางทันตกรรม อาจส่งผลให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน

ภาระงานและข้อจำกัดด้านเวลา

ภาระงานที่สูงอาจทำให้การบันทึกข้อมูลล่าช้าหรือไม่ครบถ้วน

มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

การมีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จะช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอของการบันทึก

การฝึกอบรมและการกำกับติดตาม

การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง และการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit) จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการบันทึกที่มีคุณภาพ

2.1.3 เกณฑ์การวิเคราะห์ความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

การประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ใช้การให้คะแนนตามองค์ประกอบสำคัญของเวชระเบียน โดยอ้างอิงมาตรฐานงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวถูกนำมาจัดทำเป็นแบบตรวจสอบ เพื่อคำนวณ ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

องค์ประกอบหลักที่ใช้ในการตรวจสอบและเกณฑ์การให้คะแนน

หัวข้อหลัก	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน
1.ข้อมูลผู้ป่วย (Patient's Profile)	<p>ต้องครบถ้วนในทุกแผ่น</p> <p>1.1 ชื่อ - นามสกุล, เพศ, อายุ(หรือวันเดือนปีเกิด)ต้องถูกต้องและครบถ้วน</p> <p>1.2 มีการระบุ HN (Hospital Number) หรือ NMD HN (ในบางหน่วยงาน)ในทุกแผ่นที่มีการบันทึกข้อมูล</p> <p>1.3 มีการระบุสิทธิการรักษาปัจจุบัน</p> <p>1.4 มีข้อมูลติดต่อญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ พร้อมความสัมพันธ์ (กรณีจำเป็น)</p> <p>1.5 มีบันทึกประวัติการแพ้ยาอื่นๆอย่างชัดเจน (กรณีไม่แพ้ ต้องระบุว่า”ไม่แพ้”)</p> <p>1.6 มีการลงนามของผู้บันทึกพร้อมวันและเวลาที่บันทึกข้อมูลแรกรับ</p>
2.ประวัติการเจ็บป่วย (History)	<p>ต้องสัมพันธ์กับอาการที่มา</p> <p>2.1 มีอาการสำคัญ (Chief Complaint - CC) มีการบันทึกอาการนำ ระยะเวลาที่เป็น และรายละเอียดของอาการ</p> <p>2.2 มีประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of Present lines - HPI)</p> <p>2.3 มีประวัติทางการแพทย์และทันตกรรมที่สำคัญ (Medical & Dental History) และมีการอัปเดตทุกปีทุกครั้งที่มา</p> <p>2.4 สำหรับผู้ป่วยที่มาติดตามอาการ (Follow up) ต้องมีการบันทึกเหตุผลหรือความจำเป็นในการมาตรวจครั้งนั้น</p>
3.การตรวจร่างกายและการวินิจฉัย /ตรวจฟัน (Physical Examination / Diagnosis)	<p>ต้องสอดคล้องกับปัญหา</p> <p>3.1 มีการบันทึก Vital Signs (BP, PR) ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>3.2 มีการบันทึกผลการตรวจช่องปาก/ตรวจฟัน บน Odontogram (แผนภูมิฟัน) อย่างชัดเจน</p> <p>3.3 มีการบันทึกผลการตรวจทางรังสีวิทยา (X - ray findings) หรือผลการสืบค้นอื่นๆ (ถ้ามี)</p> <p>3.4 มีการระบุตำแหน่งของฟันหรือบริเวณที่เป็นโรค / ปัญหาอย่างชัดเจน</p>

หัวข้อหลัก	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน
4. การรักษาและการสืบค้นเพิ่มเติม (Treatment/Investigation)	<p>ต้องชัดเจนและเป็นไปตามมาตรฐาน</p> <p>4.1 มีการสรุปผลการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) โดยไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นสากล และไม่ใช้รหัส ICD เป็นคำวินิจฉัย</p> <p>4.2 มีแผนการรักษา (Treatment Plan) ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับการวินิจฉัย</p> <p>4.3 มีการบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's Order) และการให้ยา</p> <p>4.4 มีการบันทึกการให้ข้อมูลและการเซ็นยินยอมรับการรักษา (Informed Consent) สำหรับหัตถการที่มีความเสี่ยงหรือซับซ้อน</p>
5. การติดตามอาการและการลงนาม (Follow-up and Signature)	<p>ต้องมีการติดตามต่อเนื่อง</p> <p>5.1 มีการติดตามผลการรักษาและบันทึกความก้าวหน้าของอาการ (Progress Note) หรือบันทึกรายละเอียดการรักษาที่ทำในแต่ละครั้ง</p> <p>5.2 มีการลงนามของทันตแพทย์ผู้รักษา หรือระบุตัวตนได้ (ชื่อ-สกุล หรือเลขที่ใบประกอบฯ) ในทุกครั้งที่ให้บริการ</p>

2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับหลักการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

การวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน เป็นกระบวนการประเมินว่าการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์มีความครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ เพื่อให้ข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

แนวคิดหลักในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1. การยึดตามมาตรฐาน (Standard-based Approach) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลกับเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยงานกำกับดูแล และนโยบายภายในโรงพยาบาล ซึ่งเกณฑ์เหล่านี้จะระบุว่ารายการใดบ้างที่จำเป็นต้องมีในเวชระเบียน (เช่น ประวัติผู้ป่วย, ผลการตรวจร่างกาย, แผนการรักษา, ลายมือชื่อแพทย์)

2. ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การใช้งาน (Fitness for Purpose) แนวคิดนี้เน้นว่าความสมบูรณ์ของข้อมูลควรเพียงพอต่อการใช้งานในบริบทต่างๆ ได้แก่

2.1 การดูแลผู้ป่วย ข้อมูลต้องครบถ้วนเพื่อให้แพทย์คนอื่นสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้โดยไม่เกิดข้อผิดพลาด

2.2 การบริหารและการเงิน ข้อมูลต้องครบถ้วนเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (เช่นระบบ DRGs) และการวางแผนทรัพยากร

2.3 ด้านกฎหมาย ข้อมูลต้องถูกต้องและครบถ้วนเพื่อใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายหากเกิดข้อพิพาท

2.4 การวิจัยและพัฒนาคุณภาพ ข้อมูลต้องเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติและการศึกษาทางการแพทย์

3. การวัดในหลายมิติ (Multi-dimensional Measurement) ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนไม่ได้วัดแค่ว่ามีเอกสารครบทุกหน้า แต่ครอบคลุมมิติอื่นๆด้วย

3.1 ความถูกต้อง (Accuracy) ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงหรือไม่

- 3.2 ความทันเวลา (Timeliness) ข้อมูลถูกบันทึกทันทีหรือตามเวลาที่กำหนดหรือไม่
- 3.3 ความชัดเจน (Clarity) และความอ่านง่าย (Legibility) ข้อมูลสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่ายเพียงใด
- 3.4 ความต่อเนื่อง (Continuity) การบันทึกมีความต่อเนื่องตามลำดับเหตุการณ์หรือไม่

4. การประเมินเชิงคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Analysis)

- 4.1 เชิงปริมาณ การนับจำนวนข้อมูลที่ขาดหายไป คิดเป็นร้อยละความสมบูรณ์
- 4.2 เชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ความไม่สอดคล้องหรือความไม่สมเหตุสมผลของข้อมูลที่บันทึกไว้

วิธีการวิเคราะห์โดยทั่วไป

โดยทั่วไป การวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนจะดำเนินการผ่านกระบวนการที่เรียกว่า การตรวจสอบเวชระเบียน (Medical Record Audit) ซึ่งมีขั้นตอนหลักดังนี้

1. การกำหนดเกณฑ์การประเมิน สร้างรายการตรวจสอบ(Checklist) ตามมาตรฐานที่กำหนด
2. การสุ่มตัวอย่างเวชระเบียน เลือกเวชระเบียนจำนวนหนึ่งมาเป็นตัวแทนในการประเมิน
3. การเก็บข้อมูล ใช้แบบตรวจสอบรายการที่เตรียมไว้ เพื่อประเมินความครบถ้วนของแต่ละรายการในเวชระเบียนที่สุ่มมา
4. การวิเคราะห์ผล คำนวณเปอร์เซ็นต์ความสมบูรณ์โดยรวมหรือจำแนกตามรายการที่มีปัญหาที่สุด
5. การสรุปผลและเสนอแนะแนวทางแก้ไข นำเสนอผลการวิเคราะห์ให้ผู้บริหารหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการทำงานต่อไป

2.3 แนวคิด ทฤษฎีคุณภาพ

2.3.1 ความหมายของคุณภาพ

จูราน (Juran, 1988) อ้างถึงใน วราภรณ์ อาวีชานกร, 2558) คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมระหว่างผลิตภัณฑ์กับการใช้งานของผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ หรือผู้มารับบริการ ซึ่งการจัดการคุณภาพระหว่างจะประกอบด้วย การวางแผน การควบคุม และการปรับปรุงคุณภาพ

ครอสบี (Crosby, 1979) อ้างถึงใน วราภรณ์ อาวีชานกร, 2558) คุณภาพ หมายถึงการทำได้ตามข้อกำหนด (Conformance Requirements) และเป็นผู้ที่กล่าวว่า คุณภาพไม่มีค่าใช้จ่าย (Quality) และให้ความสำคัญกับการสร้างวัฒนธรรมและการดำเนินงานที่ความบกพร่องเป็นศูนย์ (Zero Defect) โดยเขาเสนอว่า องค์กรจะต้องปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งจะครอบคลุมการใช้เครื่องจักรและอุปกรณ์ ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดข้อบกพร่อง และความผิดพลาดในการดำเนินงานลงจนหมดไปจากองค์กร

นิตยา เงินประเสริฐศรี (2555) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพ หมายถึง การพัฒนาออกแบบ การลงมือผลิตรวมทั้ง การนำเสนอสินค้าและบริการที่มีประโยชน์สูงสุด และเป็นที่พึงพอใจของลูกค้าโดยสม่ำเสมอ

ปรียาวดี (2556) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพเป็นแนวทางหนึ่งที่องค์กรจะสามารถรักษาส่วนแบ่งการตลาดเอาไว้ได้ องค์กรทุกองค์กรควรเร่งพัฒนาคุณภาพของสินค้าและบริการของตน สินค้าและบริการที่ไม่มีคุณภาพจะไม่สามารถอยู่ได้ในระยะยาวเนื่องจากไม่สามารถดึงดูดและสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าได้

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2556) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพ หมายถึง การจัดกระบวนการทำงานต่างๆให้มีคุณภาพ เริ่มตั้งแต่การออกแบบไปจนถึงการผลิตและการส่งมอบสินค้าที่มีคุณภาพให้แก่ลูกค้า หัวใจสำคัญของการจัดการคุณภาพอยู่ที่การจัดกระบวนการต่างๆ เพื่อให้ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 การจัดการคุณภาพ

2.3.2.1 แนวคิดการจัดการคุณภาพ (Demings Circle หรือ PDCA- Plan- Do- Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงานอย่างมีระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่องหมุนเวียนไปเรื่อยๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นโดยตลอด แนวคิดนี้ผู้ที่นำมาเผยแพร่ที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นคนแรกคือ Dr.Deming เมื่อ ค.ศ.1950 โดยแนวคิดการจัดการนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

- 1) การจัดทำและวางแผน คือ การทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน หัวข้อควบคุม(Control Point) แล้วกำหนดกิจกรรมหรือกระบวนการต่างๆที่ต้องการปรับปรุงโดยตั้งเป้าหมายที่ต้องกาจะบรรลุ พร้อมทั้งกำหนดวิธีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย
- 2) การปฏิบัติตามแผน (Do) คือการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้และเฝ้าติดตามความคืบหน้า เก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือผลลัพธ์นั้นๆ
- 3) การติดตามประเมินผล (Check) คือการตรวจสอบว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามวิธีการทำงานตามมาตรฐานหรือไม่ และตรวจสอบค่าวัดต่างๆว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและยังอยู่ในเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่
- 4) การกำหนดมาตรการปรับปรุงแก้ไข สิ่งที่ทำให้ไม่เป็นไปตามแผน (Act) คือ การปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น หรือปรับมาตรฐานการทำงานใหม่

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิเคราะห์

การศึกษาวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียน และฐานข้อมูลระบบโรงพยาบาลทันตกรรม (Dental Hospital Information System : DHIS) ในช่วงเดือน พฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2568 การดำเนินการวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

- 3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์
- 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิเคราะห์
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ได้จากการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้หลักการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 1 ตามแนวทางของ Health Care Financing Administration (HCFA, USA) ซึ่งเหมาะสมสำหรับกรณีที่มีจำนวนเวชระเบียนจำนวนมาก ในช่วงระยะเวลาศึกษา มีผู้ป่วยนอกเข้ามาใช้บริการจำนวนทั้งสิ้น 8,000 ราย คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย โดยเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรงพยาบาล ทันตกรรม(Dental Hospital Information System : DHIS) ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเวชระเบียนจาก 8 คลินิก ได้แก่

1. คลินิกคลินิกบำบัดความเจ็บปวดใบหน้าและขากรรไกร (OMFP)
2. คลินิกปริทันตวิทยา (Perio)
3. คลินิกทันตกรรมบูรณะ (Oper)
4. คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก (Pedo)
5. คลินิกทันตกรรมผู้ป่วยนอก (OPD)
6. คลินิกศัลยศาสตร์ช่องปากและขากรรไกร (OS)
7. คลินิกทันตกรรมพิเศษ (SP)
8. คลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ (GSC)

โดยสุ่มเวชระเบียนจากแต่ละคลินิกจำนวนคลินิกละ 10 ราย

3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิเคราะห์

3.2.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีการบันทึกข้อมูลไว้แล้วในระบบเวชระเบียน และฐานข้อมูลโรงพยาบาลทันตกรรม (Dental Hospital Information System : DHIS) ของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2568 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ร้อยละ 1 (HCFA, USA) ได้กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจำนวน 80 ราย จากนั้นทำการสุ่มเลือกคลินิกเป้าหมายจำนวน 8 คลินิก และสุ่มผู้รับบริการจากแต่ละคลินิกคลินิกละ 10 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

3.2.2 การกำหนดเกณฑ์การประเมิน

การประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนใช้แบบประเมินตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2563 ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ได้แก่

- ข้อมูลผู้ป่วย
- ประวัติการเจ็บป่วย
- การตรวจร่างกายและการวินิจฉัย
- การรักษาและการตรวจเพื่อการวินิจฉัย
- การติดตามผลการรักษา
- การลงนามของผู้ให้บริการ

3.2.3 การตรวจสอบและให้คะแนน

ผู้ตรวจสอบดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนตัวอย่างแต่ละฉบับตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้ระบบการให้คะแนนตามแบบตรวจสอบ (เช่น ข้อละ 1 คะแนน) และบันทึกผลการตรวจสอบในแบบฟอร์มที่จัดเตรียมไว้

3.2.4 การสรุปผลและวิเคราะห์ปัญหา

ผลการตรวจสอบเวชระเบียนนำมารวบรวมเพื่อคำนวณอัตราความสมบูรณ์ในรูปของการบันทึกเวชระเบียนในรูปแบบร้อยละ วิเคราะห์จุดอ่อน ปัญหา และรายการที่มีอัตราความสมบูรณ์ต่ำ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

3.2.5 การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานด้านเวชระเบียน การให้ความรู้แก่และสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทางการแพทย์และทันตกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

3.2.6 นำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อผู้บริหาร

ผลการศึกษาวิเคราะห์ถูกนำเสนอแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลทันตกรรม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลคือ แบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Completeness Checklist) ซึ่งพัฒนาตามแนวทางมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของเวชระเบียน เช่น ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจและการวินิจฉัย การรักษา การทำหัตถการ และการให้ข้อมูลและความยินยอม รวมถึงการลงนามของผู้เกี่ยวข้อง

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, SD) รวมทั้งการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน

ด้วย Z-test Statistic โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง นอกจากนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสรุปปัญหา และเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรงพยาบาลทันตกรรม (Dental Hospital Information System : DHIS) ในช่วงเวลาเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ 1 ตามแนวทางของ Health Care Financing Administration (HCFA, USA) ซึ่งเหมาะสมสำหรับกรณีที่มีเวชระเบียนจำนวนมาก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 80 แฟ้ม การประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนดำเนินการตามแนวทางการบันทึกและการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2563 ผลการวิเคราะห์นำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
- 4.3 สรุปผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=80)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	43.8
หญิง	45	56.3
รวม	80	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจำนวน 80 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ			
ช่วงอายุ 0-15 ปี	12	37.55	24.04
ช่วงอายุ 16-25 ปี	9		
ช่วงอายุ 26-35 ปี	23		
ช่วงอายุ 36-45 ปี	6		
ช่วงอายุ 46-55 ปี	5		
ช่วงอายุ 56-65 ปี	9		
ช่วงอายุ 66-75 ปี	13		
ช่วงอายุ > 75 ปี	3		
รวม	80	37.55	24.04

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 4-95 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.55 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.04) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 66-75 ปี สะท้อนให้เห็นว่าผู้รับบริการของโรงพยาบาลทันตกรรมมีความหลากหลายด้านช่วงอายุ ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ

4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

คลินิก	ร้อยละความสมบูรณ์เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
OPD	95.57	3.61
GSC	95.57	7.26
OS	90.18	14.68
SP	86.49	9.06
OMFP	84.56	10.90
Perio	83.55	11.85
Oper	82.12	4.44
Pedo	68.75	11.13
รวม	85.85	12.38

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยรวมพบว่า มีค่าเฉลี่ยความสมบูรณ์ร้อยละ 85.85 โดยมีค่าต่ำสุดร้อยละ 54.55 และค่าสูงสุดร้อยละ 100 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.38) เมื่อพิจารณาแยกตามคลินิกพบว่า

- คลินิกทันตกรรมผู้ป่วยนอก (OPD) และคลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ (GSC) มีร้อยละความสมบูรณ์สูงสุดเฉลี่ยร้อยละ 95.57

- รองลงมาได้แก่ คลินิกศัลยกรรมช่องปากและขากรรไกร (OS) และคลินิกทันตกรรมพิเศษ (SP) คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก (Pedo) มีร้อยละความสมบูรณ์ต่ำที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 68.75

- คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก (Pedo) มีร้อยละความสมบูรณ์ต่ำที่สุด เท่ากับร้อยละ 68.75

4.3 สรุปผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยรวม

ตารางที่ 4 สรุปผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

หมวด	Content of medical record	จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจ	ร้อยละความสมบูรณ์
1	Patient's Profile	80	94.93
2	History	80	83.48
3	Physical Examination / Diagnosis	80	79.64
4	Treatment/Investigation	80	88.10
5	Follow-up ครั้งที่ 1	NA	NA
6	Follow-up ครั้งที่ 2	NA	NA
7	Follow-up ครั้งที่ 3	NA	NA
8	Operative note	NA	NA
9	Informed consent	NA	NA
10	Rehabilitation	NA	NA
	Overall		86.54

การให้คะแนนของเกณฑ์อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้
>85	5
>75-84	4
>65-74	3
>55-64	2
>45-54	1
<=45	0

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 86.54 ซึ่งอยู่ในระดับดีตามเกณฑ์การให้คะแนนอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน เมื่อพิจารณาแยกตามหมวดพบว่า

- หมวดข้อมูลผู้ป่วย (Patient's Profile) มีความสมบูรณ์สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.93
- หมวดการรักษาและการสืบค้นเพิ่มเติม (Treatment/Investigation) มีความสมบูรณ์ร้อยละ 88.10
- หมวดประวัติการเจ็บป่วย (History) และหมวดการตรวจร่างกายและการวินิจฉัย () มีความสมบูรณ์

ต่ำกว่าหมวดอื่น โดยมีร้อยละ 83.48 และ 79.64 ตามลำดับ

หมวดที่มีความสมบูรณ์ต่ำและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่

1. การตรวจร่างกายและการวินิจฉัย พบปัญหาการไม่บันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs) ได้แก่ ความดันโลหิต(BP) และชีพจร(PR) ตามความจำเป็น รวมถึงการไม่บันทึกผลการตรวจทางรังสีวิทยา (X-ray findings) ในบางกรณี

2. ประวัติการเจ็บป่วย พบการขาดการบันทึกอาการสำคัญ (Chief Complaint - CC) และรายละเอียดของอาการนำในบางเวชระเบียน

บทที่ 5

สรุปผลการวิเคราะห์ อภิปรายผล ปัญหาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวិเคราะห์ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนรวมถึงการพัฒนาพัฒนาการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การศึกษาวิเคราะห์ครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในระบบข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรงพยาบาลทันตกรรม (DHIS) ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) โดยใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกตามคู่มือตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) พ.ศ. 2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.1 สรุปผลการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย เป็นเพศหญิง 45 ราย และเพศชาย 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 และ 43.8 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 37.55 ปี โดยอายุน้อยที่สุดคือ 4 ปี และอายุมากที่สุดคือ 95 ปี

ผลการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยรวมพบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 85.85 โดยมีค่าต่ำสุดร้อยละ 54.55 และค่าสูงสุดร้อยละ 100 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.38) ซึ่งสะท้อนว่าการบันทึกเวชระเบียนโดยรวมอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาแยกตามคลินิกพบว่า คลินิกทันตกรรมผู้ป่วยนอก (OPD) และคลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ (GSC) มีร้อยละความสมบูรณ์สูงสุดเท่ากันคือ ร้อยละ 95.57 ขณะที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก (Pedo) มีร้อยละความสมบูรณ์ต่ำที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 68.75

เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบของเวชระเบียนพบว่า หมวดข้อมูลผู้ป่วย (Patient's Profile) มีความสมบูรณ์สูงสุด ส่วนหมวดที่ยังมีความสมบูรณ์ต่ำและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่

1. หมวดการตรวจร่างกายและการวินิจฉัย (Physical Examination / Diagnosis) มีอัตราความสมบูรณ์ร้อยละ 79.64
2. หมวดประวัติการเจ็บป่วย (History) มีอัตราความสมบูรณ์ร้อยละ 83.48

5.2 อภิปรายผล

ผลการประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยรวม พบว่า มีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 86.54 ซึ่งอยู่ในระดับดีตามเกณฑ์การให้คะแนนอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (> 85 ได้คะแนนระดับสูงสุด) แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลทันตกรรมมีระบบและแนวทางการบันทึกเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพและบุคลากรส่วนใหญ่สามารถบันทึกข้อมูลได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ยังพบประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะเมื่อพิจารณา

แยกตามคลินิก พบว่า คลินิกทันตกรรมผู้ป่วยนอก (OPD) และคลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ (GSC) มีความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนสูงที่สุด (ร้อยละ 95.57) ซึ่งอาจสะท้อนถึงระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเป็นมาตรฐาน มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และมีรูปแบบการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน ในขณะที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก (Pedo) มีความสมบูรณ์ต่ำกว่าคลินิกอื่น (ร้อยละ 68.75) ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยเด็กเช่น อายุ การให้ความร่วมมือในการรักษา รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการ ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลบางรายการไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของเวชระเบียนพบว่า หมวดข้อมูลประวัติผู้ป่วยมีความสมบูรณ์สูง แสดงถึงความเข้มแข็งของระบบการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ขณะที่หมวดการตรวจร่างกายและการวินิจฉัย รวมถึงหมวดประวัติการเจ็บป่วย มีความสมบูรณ์ต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรเป็น โดยพบปัญหาการขาดการบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต (BP) และชีพจร (PR) รวมถึงการไม่บันทึกผลการตรวจทางรังสีวิทยา (X-ray findings) และการไม่ระบุอาการสำคัญ (Chief complaint) และอาการนำในหมวดประวัติการเจ็บป่วย อาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและการวางแผนการรักษาผู้ป่วย

ผลการศึกษาวเคราะห์นี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนที่ระบุว่า การบันทึกข้อมูลทางคลินิกอย่างครบถ้วนและเป็นระบบ มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ความถูกต้องในการวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการใช้เวชระเบียนเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ควรมุ่งเน้นการส่งเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และการกำหนดมาตรฐานการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนและสม่ำเสมอในทุกคลินิก

จากผลการวิเคราะห์และอภิปรายผลดังกล่าว คณะกรรมการเวชระเบียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น การจัดอบรมทบทวนแนวทางการบันทึกเวชระเบียน การปรับปรุงแบบฟอร์มให้เอื้อต่อการบันทึกข้อมูลสำคัญ และการกำหนดเป้าหมายเพิ่มอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลที่ยังบกพร่อง เพื่อยกระดับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง

5.3 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์พบว่า ประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมคือ

1. การบันทึกเวชระเบียนถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยของทุกโรงพยาบาลและยังแสดงถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาล และที่สำคัญยังเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

2. การบันทึกการตรวจร่างกายและการวินิจฉัย ซึ่งพบการขาดการบันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs) ได้แก่ความดันโลหิต (BP) และชีพจร (PR) รวมถึงผลการตรวจทางรังสีวิทยา (X-ray findings)

3. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า บางเวชระเบียนไม่มีการระบุอาการสำคัญ (Chief Complaint) และอาการนำ

5.3.1 ปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์

จากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น พบประเด็นปัญหาที่สำคัญดังนี้

1. การบันทึกการตรวจร่างกายและการวินิจฉัยยังไม่ครบถ้วน

พบว่าเวชระเบียนบางฉบับขาดการบันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs) ได้แก่ ความดันโลหิต (Blood Pressure: BP) และชีพจร (Pulse Rate: PR) รวมถึงไม่มีการบันทึกผลการตรวจทางรังสีวิทยา (X-ray findings) ส่งผลให้อัตราความสมบูรณ์ของหมวดดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน

2. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยไม่สมบูรณ์

พบว่าเวชระเบียนบางฉบับไม่มีการบันทึกอาการที่สำคัญ (Chief Complaint: CC) และอาการนำ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ส่งผลต่อความต่อเนื่องและคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย

3. ความไม่สม่ำเสมอของการบันทึกข้อมูลระหว่างคลินิก

จากการวิเคราะห์พบว่า ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนมีความแตกต่างกันระหว่างคลินิก โดยเฉพาะคลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการกำหนดมาตรฐานการบันทึกให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

เพื่อยกระดับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาดังนี้

1. นำเสนอการวิเคราะห์ต่อผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบาย แนวทาง และมาตรการในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ
2. จัดอบรมและทบทวนแนวทางการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นรายการข้อมูลสำคัญ ได้แก่ สัญญาณชีพ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย อาการสำคัญ และผลการตรวจทางรังสีวิทยา เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ตรงกัน
3. ปรับปรุงแบบฟอร์มและระบบการบันทึกเวชระเบียนให้เอื้อต่อการบันทึกข้อมูลสำคัญอย่างครบถ้วน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและป้องกันการตกหล่นของข้อมูลที่จำเป็น
4. กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดด้านคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน เช่น การเพิ่มอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกสัญญาณชีพจากร้อยละ 79 เป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ภายในระยะเวลา 3 เดือน พร้อมติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
5. ส่งเสริมการตรวจสอบและประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยคณะกรรมการเวชระเบียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงกระบวนการทำงาน และพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาลทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงาน การจัดอบรมหรือทบทวนแนวทางการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องแก่บุคลากรทางการแพทย์ การปรับปรุงแบบฟอร์มเวชระเบียนให้มีช่องบันทึกข้อมูลสำคัญอย่างชัดเจน และการกำหนดเป้าหมายเพิ่มอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลสำคัญ เช่น การบันทึก Vital Signs จากร้อยละ 79 เป็นร้อยละ 90 ภายในระยะเวลา 3 เดือน เพื่อยกระดับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.3.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิเคราะห์ครั้งต่อไป

- 1) ควรจัดให้มีการทบทวนความรู้แก่คณะกรรมการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน
- 2) ควรศึกษาวิเคราะห์โดยแยกตามคลินิกการเรียนการสอน และแยกตามผู้บันทึก เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียนได้อย่างชัดเจน
- 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนในกระบวนการศึกษาวิเคราะห์และเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิเคราะห์ด้วย
- 4) ผลักดันให้ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกัน
- 5) คณะกรรมการเวชระเบียนควรจัดกิจกรรมและกลไกการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมอย่างบูรณาการ

บรรณานุกรม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2563).แนวทางการพัฒนางานบริการในโรงพยาบาล.กรุงเทพฯ:
กระทรวงสาธารณสุข.

จตุพร กลมปิ่น,และคณะ.(2562).การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรายงานความสมบูรณ์ของการสรุป
เวชระเบียนผู้ป่วยใน.โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.กรุงเทพฯ:คณะสังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน.โรงพยาบาลโยธธ.(2564).รายงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโยธธ.
โยธธ: งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโยธธ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน).(2563).คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวช
ระเบียน(Medical Record Audit Guideline). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การ
มหาชน).

ภาคผนวก

คุณภาพของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐาน

(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2563)

การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ที่ครบถ้วน และสามารถสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาให้แก่ทีมสุขภาพใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพเวชระเบียน โดยเป็นระบบตรวจสอบละเอียดวิเคราะห์เวชระเบียนเชิงคุณภาพ มีลักษณะที่สำคัญคือ สะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของทีมผู้ให้บริการ เทียบกับมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดี ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วยงานที่ให้บริการ เช่นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การตรวจสอบเวชระเบียนเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ดังเช่นในระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ HA (Hospital accreditation) ได้กำหนดกิจกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน เป็นกิจกรรมหลักอันหนึ่งที่ทุกโรงพยาบาลต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น เพราะการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนจะเป็นเสมือนการส่องกระจกดูตัวเอง เพื่อหาจุดบกพร่อง นำไปดำเนินการแก้ไขให้ดีขึ้น และการนำผลตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน เป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันได้ว่าผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆจะได้รับบริการที่ดี และมีคุณภาพอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้

การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพและใช้สำหรับสื่อสารข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ หลักฐานทางกฎหมาย ในด้านกองทุน ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยสะท้อนการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนได้รับบริการเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ

ตั้งแต่ปี 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำการพัฒนาระบบการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยจัดทำคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน หรือ Medical Record Audit Guideline (MRA) ฉบับแรกปี 2553 และฉบับปรับปรุงปี 2557 สำหรับตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยได้รับความร่วมมือจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)และสภาการพยาบาล

ในปี 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองเพื่อปรับปรุงคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนหรือ (Medical Record Audit Guideline) ร่วมกับผู้แทนจากหน่วยบริการ หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งผู้ตรวจสอบเวชระเบียนทั้ง 3 กองทุน เพื่อให้คู่มือดังกล่าวมีความสมบูรณ์ ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

1. แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1. เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2. การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3. แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD)

2. การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

2.1) ศึกษาเกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนในส่วนที่ 1 และการการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินในส่วนที่ 2 อย่างละเอียด

2.2) การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง โดยการแบ่งการตรวจ ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทั่วไป/ฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อในแต่ละเรื่อง

2.1 เรื่องที่ต้องประเมินทุกรายการ 5 เรื่อง ได้แก่

2.1.1 Patient's profile

2.1.2 History

2.1.3 Physical examination / Diagnosis

2.1.4 Treatment / investigation

2.1.5 Follow up (เฉพาะกรณีโรคเรื้อรัง และกรณีโรคทั่วไปที่แพทย์นัดมารักษาต่อเนื่อง)

2.2 เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง ได้แก่

2.2.1 Operative note

2.2.2 Informed consent

2.3.) ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมิน (ส่วนที่ 1) และการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (ส่วนที่ 2) โดยใช้ Medical Record Audit Form (OPD/ER) (ส่วนที่ 3)

2.4.) รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ในแต่ละเรื่อง (content)

2.5.) รวมคะแนนในส่วนของคุณค่าคะแนนเต็ม (full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (sum score) ทุกเรื่อง (content)

2.6.) ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

3. เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

โดยการให้คะแนนประเมินละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่า เป็นส่วนที่ บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยการใส่ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย หรือผู้แทนผู้ป่วยลงบันทึกไว้ในคำร้องขอมิเวชระเบียนในการมารับบริการ

1. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบ (ชื่อและนามสกุล) ตามระบบการจัดการของหน่วยงานบริการหรือโรงพยาบาลนั้น

2. กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับ (ชื่อ และนามสกุล) หากไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
3. กรณีที่เขียนหรือแก้ไขด้วยดินสอจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อ เช่น นาย นาง) HN และอายุ หรือวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย

- กรณีไม่ทราบวันเดือนปีเกิดอนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ. ได้
- กรณีไม่ทราบว่าผู้ป่วยเคยเป็นใครและไม่สามารถสืบค้นได้มีระบุ “ชายหรือหญิงไม่ทราบชื่อ”

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนผู้ป่วย หรือเลขที่ต่างดาว

- กรณีคนต่างดาวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ มีระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- กรณีชาวต่างชาติ มีระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวให้ระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกันกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บ้านเดียวกัน หรือ บดก.
- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ มีระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ หรือ “ปฏิเสธ” การแพ้ยา/แพ้อื่นๆ หรือมีข้อความที่สื่อความหมายว่าได้มีการชักประวัติแพ้ยาและประวัติการแพ้ อื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล ชื่อ และนามสกุลผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้าของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา

- กรณีเวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้าที่ส่งให้ตรวจสอบ
- กรณีเป็นเวชระเบียนฉบับจริงต้องมีข้อมูล ชื่อ นามสกุล และ HN ในทุกแผ่น

2. History: ประวัติการเจ็บป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ใช้ข้อมูลในส่วนของการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของโดย

- แพทย์
- พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก present illness ในส่วนของอาการแสดงและการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชเรื้อรัง ที่เคยรักษาที่อื่นมาก่อน)

- กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนมีระบุ “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
- กรณีซักประวัติไม่ได้มีระบุ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก underlying disease โรคทางกายหรือทางจิตและการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

- กรณีที่ไม่มี underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบ underlying disease หรือไม่มีการรักษา

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (past illness) และหรือ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ

(1) Family history หรือ Personal history หรือ Social history หรือประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้

(2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11- 60 ปี ต้องมีบันทึกประวัติประจำเดือน

(3) กรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี ต้องมีบันทึกประวัติ vaccination และ growth development

(4) กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติดหรือการสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และ ระยะเวลาที่ใช้

- กรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” มีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้” ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

-กรณีที่มีการบันทึก present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

3. Physical examination/Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจร่างกายของ

- แพทย์
- พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint มีบันทึกการรายงานผลสิ่งที่ตรวจพบปกติหรือผิดปกติ

- กรณีไม่มีความจำเป็นต้องตรวจให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการตรวจสภาพจิตที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยบันทึกการตรวจระบบ ดังนี้

- (1) General appearance and psychomotor หรือ
- (2) Mood and affect หรือ
- (3) Speech or thought หรือ
- (4) Perception

- กรณีไม่สามารถประเมินตามระบบดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย มีระบุไว้ว่า “ไม่สามารถประเมินได้”

- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการตรวจสภาพจิตที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยบันทึกการตรวจระบบ ดังนี้

- (1) Sensorium and cognition หรือ
- (2) Judgment and insight

- กรณีไม่สามารถประเมินตามระบบดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย มีระบุไว้ว่า “ไม่สามารถประเมินได้”

- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุเป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึก pulse rate, respiration rate, temperature และ blood pressure ทุกสาย –

กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึก blood pressure ให้ผู้ตรวจประเมินระบุเป็น NA - กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุเป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกน้ำหนักทุกราย กรณีที่ชั่งน้ำหนักไม่ได้ต้องระบุเหตุผล และมีการบันทึกส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
- 2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการวางแผนการรักษา เช่น ค่า BMI

(Body Mass Index) เป็นต้น

- กรณีญาติรับยาแทน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุมตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) บันทึกรับการวินิจฉัยเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่บันทึกคำวินิจฉัยเป็นรหัส ICD-10 และไม่บันทึกเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10: “F20.8 Other schizophrenia” “F31.9 Bipolar affective disorder, unspecified” เป็นต้น) เพียงอย่างเดียว (หากจะใช้ตัวอย่างใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 และ DSM-5 เท่านั้น) และ
- 2) ในผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน มีการวินิจฉัยโรคหรือการสรุปการวินิจฉัยโรคขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย
- 3) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับผลการซักประวัติ หรือผลการตรวจร่างกาย หรือประวัติการรักษาในครั้งก่อน เช่น major depressive disorder เป็นต้น

4. Treatment/investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยการใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษา หรือการตรวจเพื่อการวินิจฉัยของ

- แพทย์
- พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจ อาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้

- กรณีที่เป็น standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น
- กรณีที่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยและไม่มีผลการตรวจ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- กรณีที่ไม่มีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ หรือมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย

แต่ไม่มีผลการตรวจ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในข้อนี้

- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องมีระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยาการทำหัตถการการบำบัดรักษาทางจิตเวช (การบำบัดทางจิตสังคม กิจกรรมบำบัด ฯลฯ) (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับ ผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่สั่งจ่าย หรือจำนวนวันที่สั่งจ่าย

- กรณีไม่มีการสั่งยา ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือภาวะการเจ็บป่วย หรือการปฏิบัติตัว หรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับ ผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา

- กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์ต่างแผนก ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมาติดตามการรักษา

- กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบ ในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

- กรณี คำสั่งแพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์ หรือบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการส่งใข่ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

5. Follow up: การตรวจติดตาม

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจติดตามที่บันทึก ใน visit ที่ต้องการตรวจ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic case)

- กรณี follow up ต่ำกว่า 5 ครั้ง ใช้ visit ที่ 1, 2, 3 ในการตรวจประเมิน

- กรณี follow up ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ใช้ visit ที่ 1, 3, 5 ในการตรวจประเมิน

กรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป (General case)

- ใช้ visit ที่แพทย์นัดมาตรวจซ้ำ หรือมาตรวจรักษาต่อเนื่อง ในการตรวจประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง และหรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คำ คำ เคาะ ฟัง)

- กรณีญาติรับยาแทนให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (evaluation) หรือ สรุปปัญหาที่เกิดขึ้น และมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (treatment)

- กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่งและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจทางรังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ใน visit ครั้งก่อนหน้าได้

- กรณีที่เป็น standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น

- กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

- กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ หรือกรณีมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในข้อนี้

- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมาติดตามการรักษา ครั้งต่อไป

- กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึก ข้อมูลของแพทย์ หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่ สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

- กรณี รศ.แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์ หรือบันทึกผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการส่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการระบุเหตุผลการใช้ยา

6. Operative note: บันทึกการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1) เอกสารบันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึก ข้อมูลการทำผ่าตัด หรือหัตถการของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการครั้งนั้น โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ

2) ตำแหน่งที่บันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ มีแนวทางในการพิจารณา ดังนี้

2.1 ใน OPD card ใน visit ที่เข้ารับการรักษา หรือ

2.2 แบบฟอร์มการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ

2.3 ส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของ operative note

3) ในกรณีที่มี operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

4) กรณีเอกสารบันทึกการทำผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป หรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการ ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้

5) กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก รวมทั้งแพทย์ผู้ทำหัตถการ

6) แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้นใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้ 6.1) กรณีที่หัตถการนั้นเป็น major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด

6.2) กรณีที่หัตถการนั้นเป็น non OR procedure ที่ effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึงห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ ดังตาราง

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non-OR procedure (effected Thai DRGs)
สถานที่ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (operative findings)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (operative procedures)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (post-operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจต้องมีการติดตามผล pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผล pathology” หรือ “รอผลชิ้นเนื้อ”

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

1) กรณีผู้บันทึกการผ่าตัด หรือหัตถการนั้นเป็นผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลปะของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

2) กรณีเป็น operative note แบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก แพทย์ผู้ทำหัตถการ รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

7. Informed consent: บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

(1) บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ซึ่งอาจอยู่ใน OPD Card หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึก informed consent ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษาในครั้งนั้น

(2) ในกรณีทำหัตถการ ที่เป็น major - minor OR procedure ที่มีผลต่อ DRGs ต้องมี informed consent

เกณฑ์การประเมิน (7ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้น สมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

(1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็น อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็น ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

(2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุ วัน เดือน ปี และเวลาที่ รับทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือด ส่งตรวจที่เป็น ความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา(counseling)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกระบุ วัน เดือน ปีและเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

4. การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. Missing หมายถึง เอกสารที่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่อง(content) นั้นๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ ตรวจสอบบางส่วนของเวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ “M” (missing)

2. NA หมายถึง เอกสารที่ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่อง (content) นั้นๆ ใน visit ที่ตรวจสอบ เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ได้แก่ follow up, operative note, informed consent ให้ระบุ “NA”

3. การบันทึกคะแนน

3.1 กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน

3.2 กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน

3.4 กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเกณฑ์ข้อที่ระบุ NA ได้หรือกรณีไม่มีข้อมูลในเกณฑ์ที่ระบุให้มี NA ได้ให้

NA

4. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall findings)

4.1 Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการ ทบทวน

4.2 No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน

4.3 Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุ รายละเอียดของปัญหานั้น

5. การรวมคะแนน

5.1 Sum score: รวมคะแนนเต็มจากตรวจสอบ

หมายเหตุ หัวข้อเรื่อง(content) ที่เป็น missing จะได้คะแนนในเกณฑ์ทุกข้อ = 0 คะแนน

5.2 Full score: รวมคะแนนเต็มจาก content ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)

5.2.1 ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (general case) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency case) คะแนนเต็มต้องไม่ น้อยกว่า 14 คะแนน (ใน content ที่ 1 - 4 อาจมีกรณี NA จำนวน 14 เกณฑ์)

5.2.2 ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (chronic case) กรณีที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง คะแนน เต็มต้องไม่น้อยกว่า 18 คะแนน (ใน content ของ follow up อาจมีกรณี NA จำนวน 3 เกณฑ์)

5.2.3 การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (sum score) ไปแปลผล ควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ควรจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน Medical Record Audit Form (OPD/ER)



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode Hname..... HN PID

General case Diagnosis Visit Date

Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง.....

Diagnosis..... 1st Visit Date.....

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ได้แก่ Follow up, ECT/Psychosocial intervention, Informed consent, Rehabilitation record เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ให้กักบาท ในช่อง NA

การบันทึกช่อง Missing: กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้กักบาทในช่อง Missing

การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน (3) กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก/ไม่มีข้อมูลในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ NA

No	Contents	NA	Missing	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่มคะแนน	หักคะแนน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)														
3	Physical examination/Diagnosis														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 2/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3...../...../.....														
6	Operative note*														
7	Informed consent														
8	Rehabilitation record														

คะแนนเต็ม (Full score) รวม.....คะแนน (คะแนนเต็ม ไม่น้อยกว่า 14 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน : General case)
(คะแนนเต็ม ไม่น้อยกว่า 18 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

คะแนนที่ได้ (Sum score) รวม.....คะแนน

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม

Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ) (....) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
(....) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

หมายเหตุ Operative note* กรณีผู้ป่วยจิตเวช ใช้ประเมินคุณภาพการบันทึก ECT/Psychosocial intervention

Audit by..... Audit Date

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



คำสั่งคณะทันตแพทยศาสตร์

ที่ 107 /2568

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทันตกรรม (Hospital Accreditation)

ด้วยโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายสร้างระบบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผู้มาเยือน และบุคลากรให้เป็นไปตามมาตรฐานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านทันตกรรม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด บังเกิดผลดีต่อทางราชการ

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2558 จึงขอแต่งตั้งให้ผู้ดำรงตำแหน่งและมีรายชื่อต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทันตกรรม(Hospital Accreditation) ประกอบด้วย

7. คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศและเวชระเบียน (IM)

- | | | |
|--|--|----------------------|
| 1. รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลทันตกรรม | | เป็นประธานกรรมการ |
| 2. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | | เป็นรองประธานกรรมการ |
| 3. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนากิจการโรงพยาบาล | | เป็นรองประธานกรรมการ |
| 4. หัวหน้างานคลินิกทันตกรรม | | เป็นกรรมการ |
| 5. หัวหน้าหน่วยหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัด | | เป็นกรรมการ |
| 6. หัวหน้าหน่วยเภสัชกรรมและพัฒนาคุณภาพ | | เป็นกรรมการ |
| 7. รองศาสตราจารย์เพ็ญศรี โปธิภักดี | | เป็นกรรมการ |
| 8. รองศาสตราจารย์อรอุมา อังวรวงค์ | | เป็นกรรมการ |
| 9. รองศาสตราจารย์อิตารัตน์ อังวรวงค์ | | เป็นกรรมการ |
| 10. รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ ลิ้มมณฑล | | เป็นกรรมการ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิริพงศ์ สิทธิสมวงศ์ | | เป็นกรรมการ |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพรรณิการ์ เรืองศรี | | เป็นกรรมการ |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อมรรัตน์ มโนสุดประสิทธิ์ | | เป็นกรรมการ |
| 14. ทันตแพทย์อิตติสรค์ ฤๅชา | | เป็นกรรมการ |
| 15. นางอุไร คำสวาท | | เป็นกรรมการ |

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ต่อ)

16. นางสุจิตรา	คงกั๊ก	เป็นกรรมการ
19. นางสาวณัฐริกา	กองทอง	เป็นกรรมการ
20. นางศุภร์สวัสดิ์	แสนประเสริฐ	เป็นกรรมการ
21. หัวหน้าหน่วยเวชระเบียนและสถิติ		เป็นกรรมการและเลขานุการ
22. นายจักรวาล	ศรีพิมพ์มาตย์	เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทหน้าที่

1. กำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนและ ประเมินคุณภาพตามมาตรฐานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
2. กำหนดนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนดำเนินงานที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและ สารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน
3. ดำเนินการตรวจสอบ และประเมินคุณภาพความสมบูรณ์ของเวชระเบียนตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนด
4. ติดตามและเฝ้าระวังความผิดพลาดอันเกิดจากการบันทึกทางเวชระเบียนของหน่วยงานทางบุคลากร ในแต่ละจุดบริการ
5. พัฒนาความรู้ของบุคลากรในแต่ละจุดบริการให้มีความรู้ด้านคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนที่เป็น ปัจจุบันและมีความครบถ้วน ถูกต้อง ตามแนวทาง/มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน

คำสั่งใดที่ขัดหรือแย้งกับคำสั่งนี้ให้ใช้คำสั่งนี้แทน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568

(ผศ.ดร.ทพ.อชิรวุฒ สุพรรณภัสช์)
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์



แบบคำขอรับรองรายงานผลงานวิเคราะห์

ข้าพเจ้านางฐิตารีย์ สอนจันดา ตำแหน่ง พนักงานปฏิบัติงานทั่วไป ระดับชำนาญงาน สังกัดหน่วย
เวชระเบียนและสถิติ งานอำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการจัดทำผลงาน เรื่องการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผลงานวิเคราะห์ดังกล่าว มี
ประโยชน์ต่อโรงพยาบาลทันตกรรม ได้แนวทางในการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน แนวทางในการพัฒนาการ
ติดตามผลการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเต็มประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ ได้มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ในเว็บไซต์คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตั้งแต่วันที่.....เดือนพ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(นางฐิตารีย์ สอนจันดา)

ตำแหน่ง พนักงานปฏิบัติงานทั่วไป ระดับชำนาญงาน

(ลงชื่อ).....

(อ.ดร.ทพ.ธีรพันธ์ สอสกุล)

ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลทันตกรรม



ประวัติผู้วิเคราะห์

1. ชื่อ- นามสกุล (ภาษาไทย) นางฐิตารีย์ สอนจันดา
2. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. Titalee Sonjunda
3. ตำแหน่ง พนักงานปฏิบัติงานทั่วไป ชำนาญงาน
4. สังกัด หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. โทรศัพท์ 0-4334-8312 ต่อ 45225
6. โทรศัพท์มือถือ : 084-5168032 E – mail : booson@kku.ac.th
7. ประวัติการศึกษา
 - 7.1 ปริญญาตรี สาขาการจัดการทั่วไป 2544 สถาบันราชภัฏเลย
 - 7.2 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาการบัญชี 2540 โรงเรียนขอนแก่นบริหารธุรกิจ
 - 7.3 ประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ 2530 มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผลงาน
 - 8.1 คู่มือปฏิบัติงานเรื่อง การลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 8.2 การวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

