

ค้นหาคุณทรัพย์จากवेशระเบียน

การทบทวนเวชระเบียน



หัวใจสำคัญของการทบทวนเวชระเบียนคืออะไร ?

เพื่อให้เห็นจุดอ่อนของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการบันทึกให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น



ประเมินความต้องการและการใช้ประโยชน์

พยาบาลอยากรู้ข้อมูลอะไรจากแพทย์
มีอยู่หรือไม่ ตรงไหน

ทีม **HHC** อยากรู้ข้อมูลอะไร เพื่อ
การเชื่อมบ้านต่อ

แพทย์อยากรู้ข้อมูลอะไรจากพยาบาล
มีอยู่หรือไม่ ตรงไหน



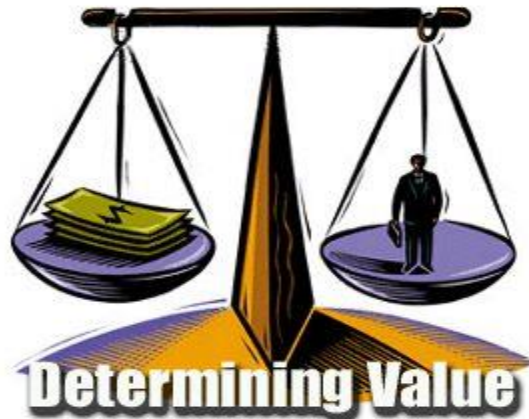
วิชาชีพอื่นๆ ต้องการ
ใช้ข้อมูลอะไร

ถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน
จะรักษาต่อเนื่องได้หรือไม่

ถ้ามีการฟ้องร้อง จะมีข้อมูลอะไรแสดง
ว่าเรารักษาอย่างเต็มที่

ภาระงานมากจะทบทวนได้อย่างไร ?

ยิ่งภาระงานมาก
ยิ่งต้องทบทวนว่า
อะไรคือข้อมูลที่เป็น
จำเป็น



การทบทวนต้องนำมาสู่
ความเข้าใจว่าอะไร
คือข้อมูลที่เป็น
และเป็นประโยชน์

ถ้าไม่มีการทบทวน
จะยิ่งเสียเวลากับเรื่องไม่จำเป็น
ไม่มีโอกาสสร้างคุณค่าใหม่ ๆ
ให้กับผู้รับบริการ

การปรับมุมมองการทบทวนเวชระเบียน

ประเด็นที่ทำได้ดี บอกผลลัพธ์ได้อย่างไร
บทบาททีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยรายนี้

ขั้นตอนใดที่ทำได้ดี มีเทคนิค/อาศัยความรู้ทางวิชาการใดจึงทำได้ดี

ร่วมกันทบทวนในเชิงคุณภาพเพื่อประเมินคุณภาพ
กระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

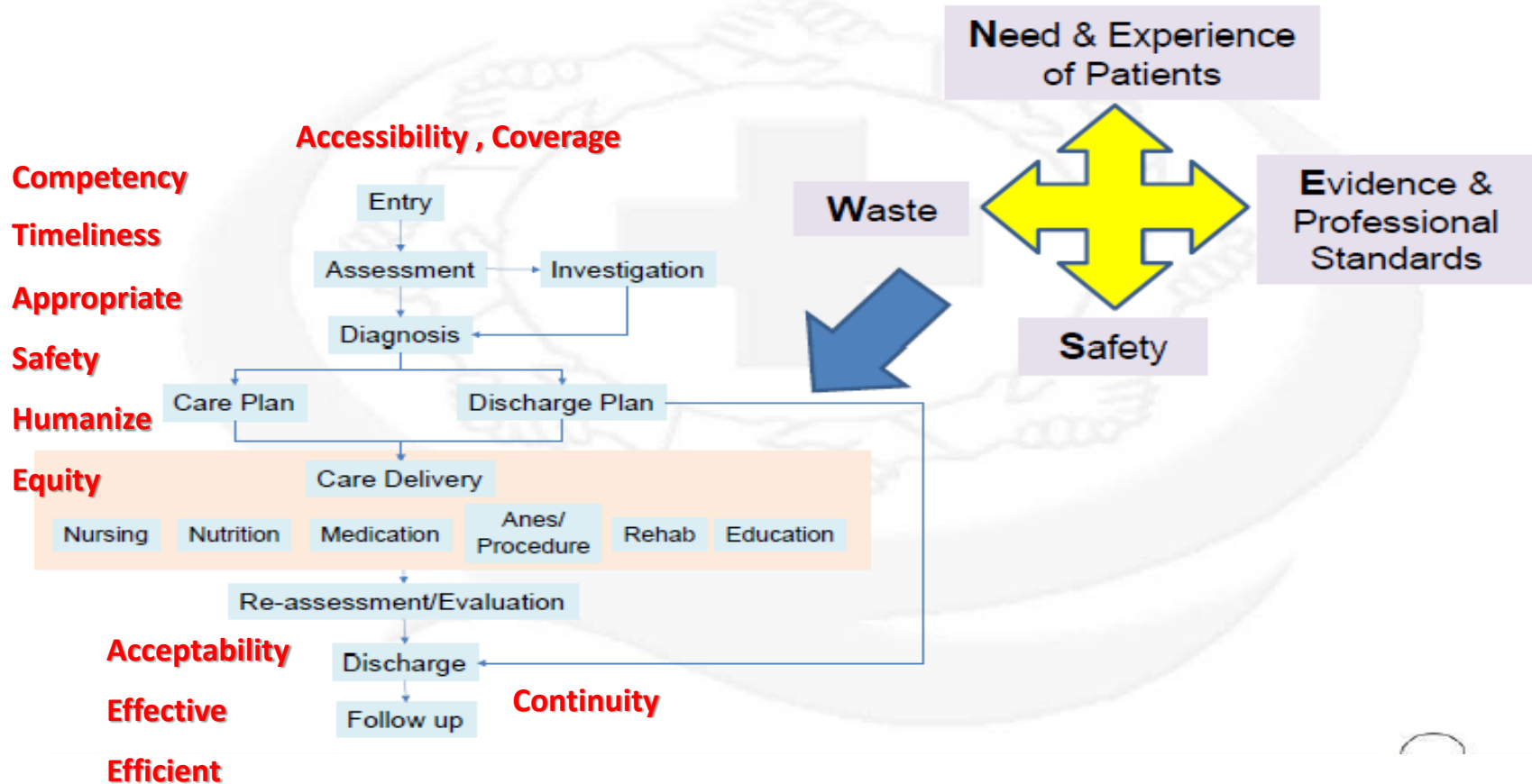


ผลลัพธ์ที่จะให้ดีกว่าเดิม ตั้งเป้าไว้ว่าอย่างไร

จะเพิ่มบทบาทของทีมสหวิชาชีพที่กระบวนการดูแลขั้นตอนใด
หากจะทำให้ดียิ่งขึ้น จะทำอย่างไร หรือ มีอะไรที่จะทำได้ดีกว่าเดิม

มากกว่าการประเมิน
ความสมบูรณ์ของการบันทึก

Opportunity for Quality Improvement



ถ้าต้องการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไปนี้ จากเวชระเบียน จะดูการบันทึกตรงส่วนใด ?

การประเมินที่ครอบคลุม
ปัญหาสำคัญ

การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน
โดยมีข้อมูลสนับสนุน

การกำหนดเป้าหมาย
การดูแลที่ชัดเจน



การเฝ้าระวังอาการ
เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

การให้การดูแลอย่างเหมาะสม
ปลอดภัย ทันเวลา

การเสริมพลังผู้ป่วย
และการสร้างเสริมสุขภาพ

ค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียน



ค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียน

ดูใบสรุป **Chart** ว่าวินิจฉัยอะไร นอน รพ.นานเท่าไร มีการผ่าตัดอะไร
มีการรักษาสำคัญอะไร มีภาวะแทรกซ้อนอะไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

การประเมินแรกรับสอดคล้องกับอาการนำอย่างไร

การสังตรวจ **Lab / X-ray** / การตรวจอื่นๆที่สำคัญ
มีการบันทึกผลหรือไม่ อย่างไร

มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคอะไรบ้าง ในช่วงเวลาใด
ด้วยข้อมูลอะไร

ตอบสนองต่อการรักษาอย่างไร การส่งใช้ยาที่สำคัญอะไรบ้าง
บันทึกการให้ยาสะท้อนการให้ที่ถูกต้องหรือไม่ - **Dose**แรก

การใช้ Timeline เพื่อบันทึกเหตุการณ์

เรื่องราวจากมุมมองของผู้ป่วย

ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ รพท. (ก) ด้วยอาการปวดท้อง จุดหน้าอกตรงลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะ จึงสั่งยาให้กลับบ้าน กินยาแล้วยังอาเจียนอยู่ ไปพบแพทย์ตอนเย็น วันรุ่งขึ้น แพทย์ให้น้ำเกลือและนอนดูอาการ 1 คืน วันรุ่งขึ้นให้กลับบ้าน ผู้ป่วยแจ้งว่าตาและตัวเริ่มเหลืองมากขึ้น แพทย์จึงมาดูอาการ สั่งเจาะเลือดไปตรวจและให้น้ำเกลืออยู่ห้องฉุกเฉิน 1 คืน วันต่อมาส่งตัวไปให้แพทย์ตรวจและส่งตรวจอัลตราซาวนด์ พบว่าเป็นโรคตับอักเสบและอาจเป็นนิ่ว รั่วรักษาใน รพ. โดยให้น้ำเกลือตลอด และได้ส่งตรวจอัลตราซาวนด์

อีกครั้ง แพทย์แจ้งว่าเกล็ดเลือดต่ำมากอยู่ที่สามหมื่นกว่า ฉีดยาให้และนอนรักษาต่อ เพื่อดูผลการเพาะเชื้อจากห้องปฏิบัติการ หลังจากนั้นแจ้งว่าจะส่งต่อไปรักษาต่อที่ รพศ.

ผู้ป่วยมาตั้งแต่มิโงม การคัดกรอง ตรวจร่างกายเบื้องต้น

Day 1				Day 2				Day 3				Day 4			Day 12			Day 15/1											
Dx: PU (อุจกเนนไตลันปี 2 วัน)																															
Observe (ปวดท้อง อาเจียน > 10 ครั้ง)																															
Consult Med เรื่องอาการเหลือง -> R/O cirrhosis ส่ง US ฝานา observe ต่อ																															
Dx: CBD Stone with gall stone -> consult Surg																															
Surg: fatty liver with hepatitis (CBD < 8 mm)																															
Dx: Obstructive jaundice (CBD stone) & thrombocytopenia																															
Refer รพศ. for ERCP																															
																Dx CBD stone															
																Admit															
Day 15/1				Day 16/2				Day 17/3				Day 18/4				Day 19/5															
Dx CBD stone Admit (marked jaundice)																															
Dx: GS, R/O GB tumor (จาก USG upper abdomen), รอผล USG ERCP pit 63,000 รอแก้ล้งวันนัด																															
																นัดทำ ERCP อีก 5 วัน, CT อีก 8 วัน															
																ให้ลากลับบ้าน 2 วัน															
																ศป. ไปเข้า รพ เอกชน															

Day 19/1 (เสาร์)				Day 20/2 (อาทิตย์)				Day 22/3				Day 23/4				Day 24/5															
0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-	0-	6-	12-	18-
US: gall stone, dilated prox CBD																															

ERCP: dilated CBD& CHD down to Ampulla of Vater																															

Scope พบว่าเป็นก้อนโคลนและๆ คีบไม่ได้																															
Op: Explore lap, cholecystectomy, explore CBD c T-tube spheterectomy																															
Postop Dx: CBD stone, gall stone, acute cholecystitis																															

จำหน่าย																															

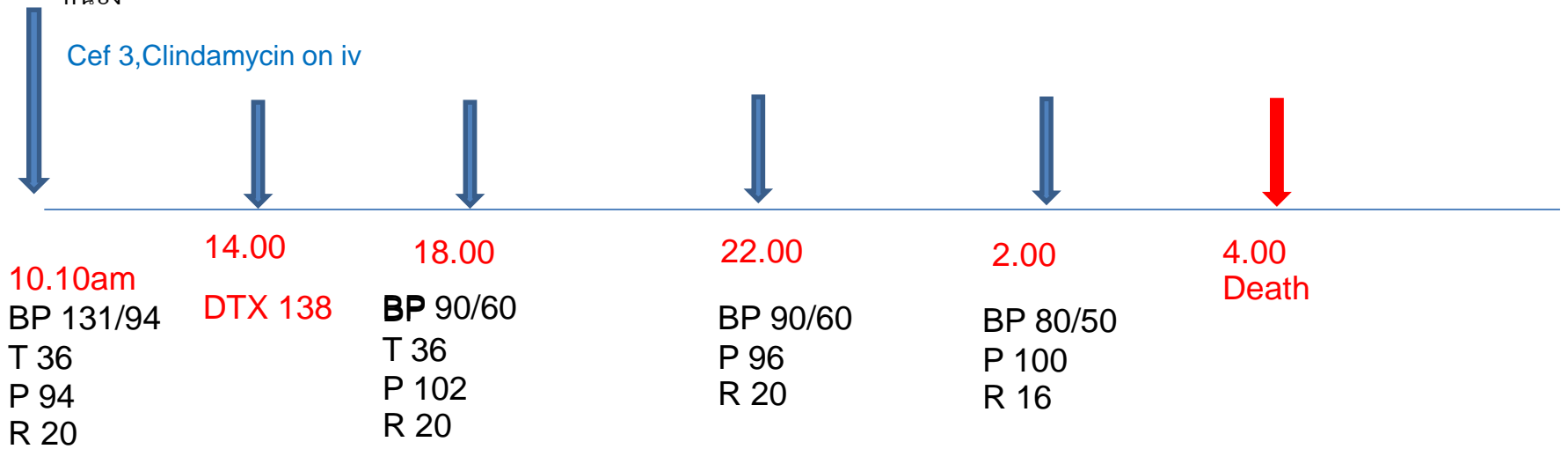
ผู้ป่วยอายุ 92 ปี มี underlying HT & Heart disease

แผลที่นิ้วเท้า

บวม และมี

หนอง

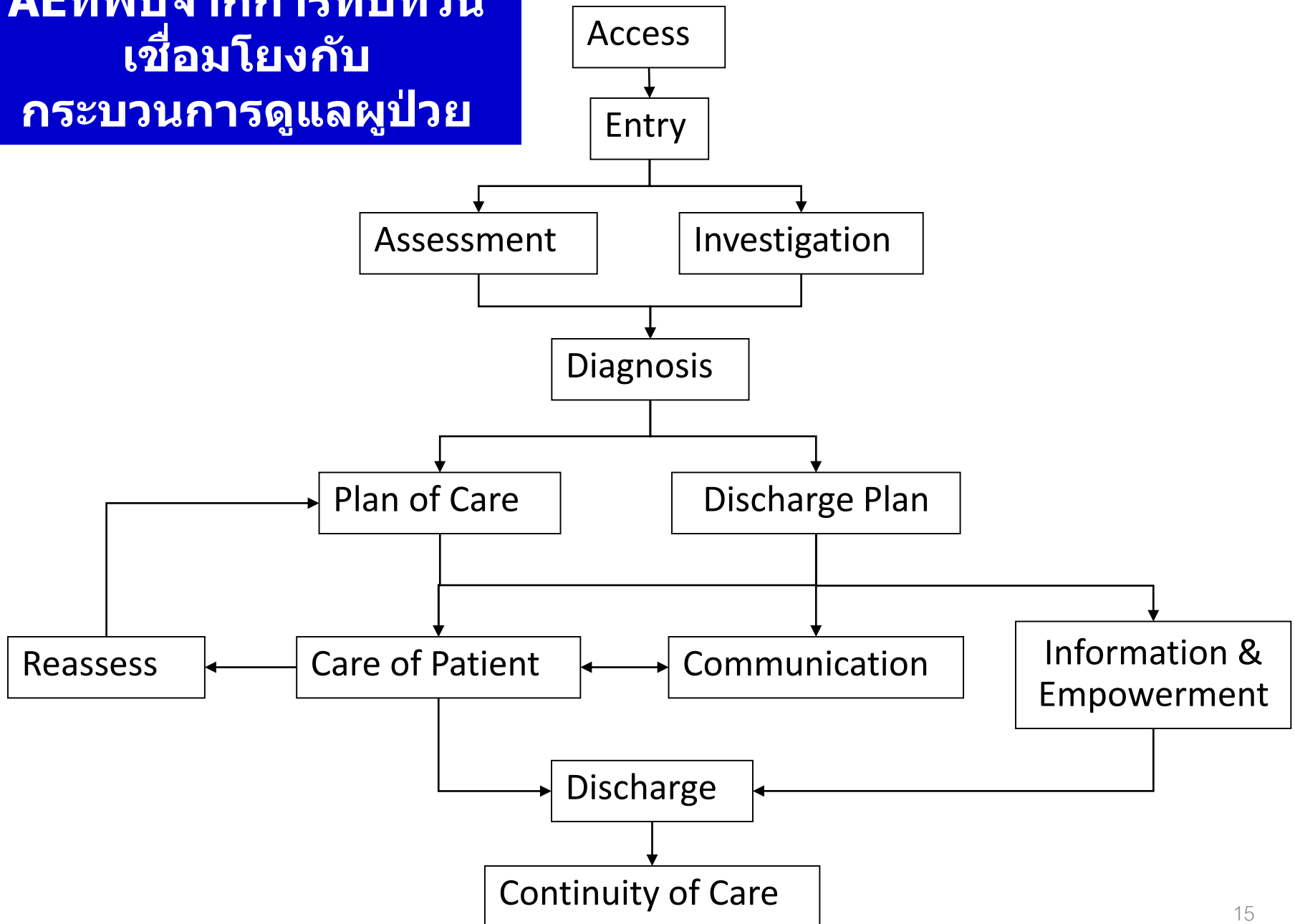
Cef 3, Clindamycin on iv



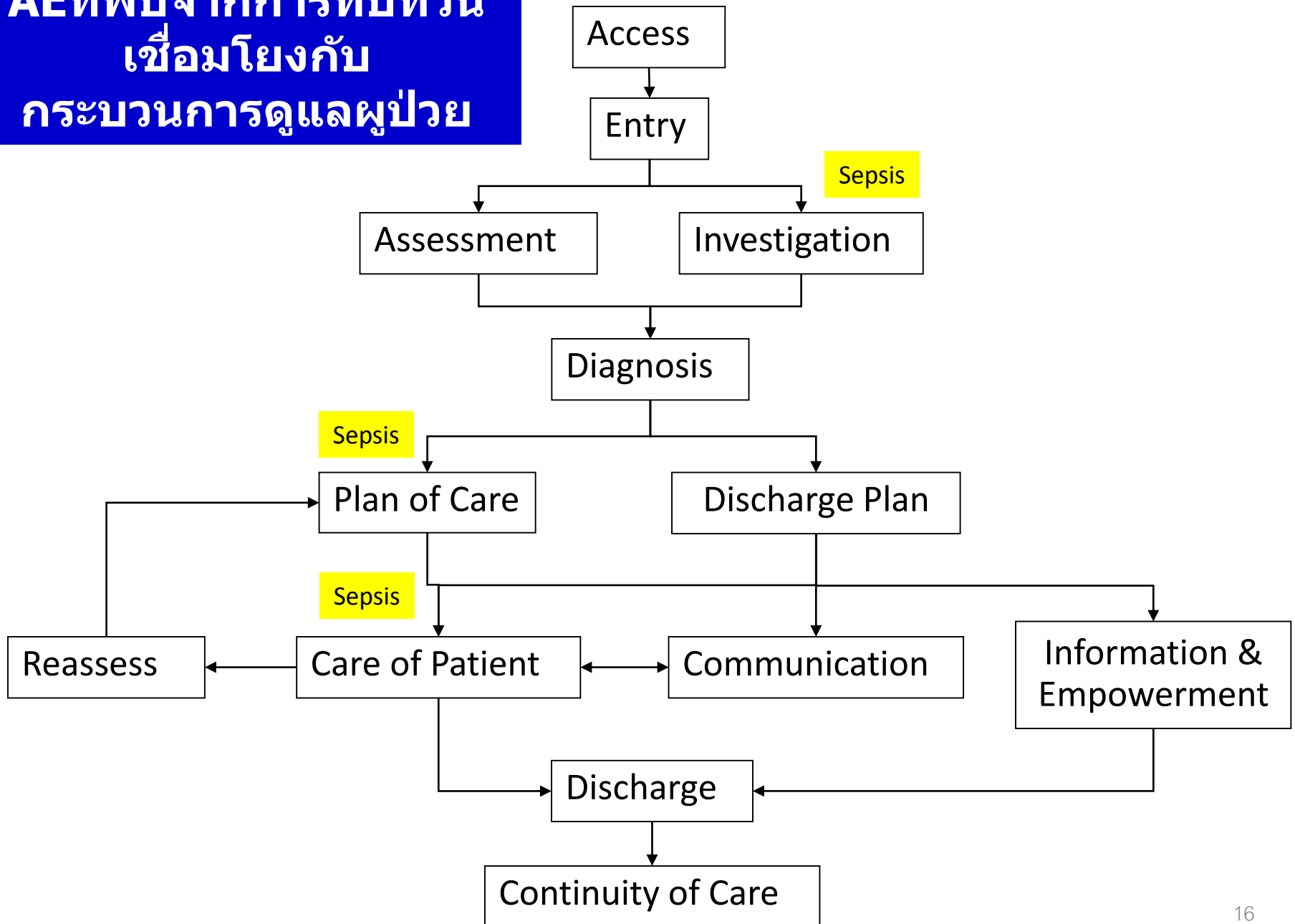
กิจกรรม

ทบทวนवेशระเบียนที่นำมา หา^{ั้}ขั้นตอนที่พบ **AE**

**AEที่พบจากการทบทวน
เชื่อมโยงกับ
กระบวนการดูแลผู้ป่วย**



AEที่พบจากการทบทวน เชื่อมโยงกับ กระบวนการดูแลผู้ป่วย



Clinical Tracer Highlight

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า / ผิดพลาด
- การวางแผนการรักษาล่าช้า / ผิดพลาด
- การให้การดูแลรักษาไม่ทันเวลา

3. เป้าหมายการพัฒนา

- วินิจฉัย **sepsis** ได้ถูกต้องรวดเร็วและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น
- วางแผนการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ (ผู้ป่วยได้รับยา **ATB** ในเวลา **60** นาที, ได้รับการ **resuscitation** ตาม **guideline**)
- ลดอัตรา **unplan refer** ผู้ป่วย **sepsis**
- ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย **sepsis**

Clinical Tracer Highlight

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การประเมินและวินิจฉัย :

- การใช้ เครื่องมือ **qSOFA / SOS score** คัดแยกผู้ป่วย **sepsis** ให้อย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว และ **SOS score** ในตึกผู้ป่วยใน
- การฝึกอบรมแพทย์ใหม่ และพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่ได้จัดทำไว้
- ใช้เครื่องมือ **SOFA score** และ **SOS score** ประเมินความรุนแรงเพื่อวางแผนการรักษาหรือ **consult for refer** ผู้ป่วย **sepsis** ที่ห้องฉุกเฉิน , ตึกผู้ป่วยใน
- กำหนดให้มีการใช้เครื่องมือ **SOS score** ในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

Clinical Tracer Highlight

การวางแผนการดูแลรักษา

- จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย **Sepsis** เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะ **volume overload**
- มีแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย **Sepsis** ชัดเจนตามมาตรฐาน

การตามรอยครั้งที่ **1** วันที่ **20** พย. **2559**

- พบมีผู้ป่วย **sepsis** ได้รับสารน้ำไม่เป็นไปตาม **guideline** ที่กำหนด สาเหตุจาก **guideline** ที่เขียนไว้ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ
- การแก้ไข : ปรับ **guideline** ให้มีความชัดเจนขึ้น โดยกำหนดให้สารน้ำ **1000 – 1500 cc** ใน **1** ชม .แรก

จากกลุ่มผู้ป่วยรายคน สู่ภาพรวมของการดูแลผู้ป่วย

