

การประเมิน **Focu charting:**

มุมมองเชิงมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย



พยาบาล ดร. ยุวดี เกตลัมพันธ์

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ผู้ช่วยคณบดี ด้านพัฒนาคุณภาพ



หัวข้อ



- มาตรฐานการพยาบาลส่วนที่เกี่ยวข้องกับบันทึก
- เกณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)
- **Focus Charting** กับมาตรฐานการพยาบาล
- การบันทึกกับประเด็น ด้านกฎหมาย

หมวดที่ 1 มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและ การผดุงครรภ์



มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงาน และกระบวนการให้บริการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์

ข้อกำหนดที่ 3.3 ระบบการบริหารการพยาบาล สนับสนุนการใช้
กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

3.3.2 การสนับสนุนการใช้ระบบการบันทึกรายงานทางการพยาบาลที่
สามารถสะท้อนการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีคุณภาพ ชัดเจน กระชับ
ตรงปัญหาสำคัญ โดยแบบบันทึกได้ผ่านกระบวนการพัฒนาที่เชื่อถือได้
และได้รับการยอมรับจากองค์กรพยาบาล เช่น

การสนับสนุนการใช้ระบบการบันทึก



- 1) ออกแบบการบันทึกและรายงานทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน **ง่ายและ** ง่ายและ
เอื้อต่อการใช้กระบวนการพยาบาลและสามารถสะท้อนคุณภาพการ
พยาบาลรายบุคคล
- 2) การบันทึกและรายงานทางการแพทย์สามารถแสดงถึงข้อมูลการ
ประเมินภาวะสุขภาพในประเด็นสำคัญ ปัญหาและความต้องการ
ครอบคลุมองค์รวมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการและครอบครัว บ่งชี้ความ
ผิดปกติของภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนได้อย่างรวดเร็วและชัดเจน รวมทั้ง
มีข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับบริการก่อนย้ายหรือจำหน่ายที่
ต้องการการสื่อสารให้กับทีมการพยาบาล ทีมสหสาขา ระหว่าง
หน่วยงาน/โรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ

การสนับสนุนการใช้ระบบการบันทึก



3) กำหนดแนวทางบันทึกการพยาบาล เหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย/
ผู้รับบริการ ปัญหาความต้องการการดูแลความสามารถในการดูแล
ตนเอง ข้อจำกัดของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ครอบคลุมองค์รวมของผู้ป่วย/
ผู้รับบริการ บันทึกทางและรายงานทางการพยาบาลมีความชัดเจน มี
ข้อมูลความเข้าใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ครอบครัว/ญาติ
ต่อคำแนะนำที่ได้รับเพียงพอต่อการประเมินคุณภาพและสามารถเป็น
หลักฐานทางกฎหมาย

4) มีระบบการประเมินผลการบันทึกและรายงานทางการพยาบาลด้าน
ปริมาณและด้านคุณภาพ เพื่อใช้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนา

หมวดที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์



❖ มาตรฐานที่ 5 การบันทึก และการรายงาน

❖ ข้อกำหนดที่ 5.1 ระบบการบันทึกและรายงาน

❖ ข้อกำหนดที่ 5.2 การพัฒนาระบบการบันทึกการพยาบาลและการรายงาน

❖ หมายถึง ระบบบันทึกและรายงานทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ครอบคลุมประเด็นสำคัญเพื่อใช้ในการสื่อสารภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เป้าหมาย และแผนการดูแลที่เชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพสะท้อนคุณภาพ ผลการปฏิบัติงาน การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย/ผู้รับบริการแสดงศาสตร์ ศิลปะและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติ เป็นหลักฐานทางกฎหมายและเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพ ตามนโยบายและแนวปฏิบัติที่องค์กรพยาบาลกำหนด พยาบาลวิชาชีพในทุกหน่วยบริการพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนด ประเมิน และวิเคราะห์การใช้ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของระบบการบันทึกและรายงานทางการพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Nurses' note

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)



เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่
หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์
(อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อาการที่มา ประวัติการเจ็บป่วย
อดีตและปัจจุบัน, และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการให้ยา, สารน้ำ, การให้เลือด, ฟอร์มปรอท
และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้อง
ครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของการวินิจฉัยทางการ
พยาบาลและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่
สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

Nurses' note

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)



เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล

Nurses' note

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)



เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษา
ของแพทย์

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย
และลงลายมือชื่อผู้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 9 การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) อย่างน้อยการนัด
ตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care

หมายเหตุ

บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีลายมือ
ชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ



- ❖ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะขาดหายไปหรือไม่ได้รับความสนใจหรือละเลย
- ❖ บันทึกไม่ครบกระบวนการพยาบาล **5** ขั้นตอน โดย ขาดขั้นตอน การวางแผน

แผลเปลี่ยน



ผู้ป่วย สูงอายุมีแผล PU ระดับ 2

A: แผลที่ก้นกบ ระดับสอง skin รอบแผลปกติ ไม่ปวด มีเสบนเล็กน้อย

D: PU ระดับ 2

Plan: Dressing keep moist ทา cream บริเวณปุ่มกระดูก เปลี่ยนทำทุก 2 ชั่วโมง ทำนอนตะแคง 30 องศา ส่งเสริมอาหาร HP

I: clean แผลด้วย NSS ปิดด้วย แผ่นปิดแผล X keep 3 วันถ้ายัง intact ทา ปุ่มกระดูกและรอบแผลด้วย ครีม Y turn on position left 30 องศา lateral และเปลี่ยนทำ ทุก 2 ชั่วโมง

E: ผู้ป่วยบอกขบใจและสบายตัวขึ้น(แสดงว่าแผลไม่ถูกกดจึงสบายตัวขึ้น)

กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน



ประเมินแรกรับและประเมินซ้ำ

Assessment

Step 1

A



Step 2

ให้การวินิจฉัย/ระบุปัญหา

Nursing Diagnosis

D



Step 3

วางแผนการพยาบาล

Planning

Outcomes

Interventions

ผลลัพธ์
ที่คาดหวัง

การปฏิบัติที่จะทำ
เพื่อให้ได้ผล
ตามเป้าหมาย

12

การประเมินผล/
ผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

Evaluation

Step 5

E



Step 4

I + P

Implementation

การปฏิบัติที่ได้ทำแล้ว และจะทำ





- ❖ การฟ้องร้องส่วนใหญ่มีสาเหตุจาก
 - บันทึกไม่มีคุณภาพ
 - ไม่น่าเชื่อถือ
 - ไม่บันทึกเรื่องสำคัญ



- ❖ บันทึกข้อเท็จจริง (factual)
- ❖ ข้อมูลตามสภาพที่เห็น ได้ยิน รู้สึก ได้กลิ่น สามารถวัดหรือสังเกตได้ (objective data)
- ❖ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้รับบริการพูด (subjective data)
- ❖ ต้องสะท้อนข้อมูลหรือการวัดที่ถูกต้อง ชัดเจน (accurate)
- ❖ มีความสมบูรณ์ (complete)
- ❖ เป็นปัจจุบัน (current)
- ❖ ทำอย่างเป็นระบบเป็นลำดับ (organized)

แนวทางการบันทึกให้น่าเชื่อถือ



- ❖ การแก้ไขข้อความที่บันทึกหลังจากบันทึกแล้ว ให้ขีดเส้นตรงทับบนข้อความที่บันทึกทันทีและลงลายชื่อกำกับ
- ❖ ไม่ลบข้อความที่บันทึกไว้แล้ว
- ❖ ไม่บันทึกจากความคิดเห็น ให้บันทึกตาม **fact** ที่ได้จากการสังเกตด้วย สัมผัสต่างๆ เช่น เห็น ได้ยิน ได้กลิ่น
- ❖ ถ้าพบอาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ไม่ใช่เพียงแต่บันทึกต้องรายงานแพทย์ด้วย และให้ความช่วยเหลือก่อนถ้าแพทย์ไม่มา และถ้าแพทย์ยังไม่มาขอช่วยเหลือจากผู้ตรวจการ ซึ่งต้องพยายามตามแพทย์และถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ให้รายงานยังผู้บริหารระดับสูงภายหลัง
- ❖ สุกท้าย อย่าพยายามปิดบังสิ่งที่เกิดขึ้น



บันทึก

- ❖ วัน เวลา ที่บันทึก
- ❖ ชื่อผู้ป่วยและเลขประจำตัวผู้ป่วยใน chart
- ❖ ลงลายมือชื่อทุกครั้งที่ chart
- ❖ การเว้นที่ว่างหรือลืมนบันทึกอาจส่งผลกระทบต่อความหมาย
- ❖ ถ้าบันทึกไม่ถูกต้องหลังจากบันทึกไปจนจบ แล้วให้บันทึกสิ่งที่ถูกต้องอย่าพยายามไปบันทึกบริเวณที่บันทึกไม่ถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก
- ❖ อย่าบันทึกให้คนอื่น ถ้าจำเป็นให้ใส่ชื่อผู้ที่บันทึกแทนและลงลายมือชื่อท่าน

กระบวนการบันทึก ทำเมื่อไร



- ❖ ทำควบคู่ไปกับกระบวนการดูแล (ทำไปบันทึกไป)
- ❖ ทำหลังกระบวนการดูแลสิ้นสุดลง
- ❖ **แต่ไม่บันทึกล่วงหน้าก่อน action**



- ❖ สะท้อนกระบวนการพยาบาล ทั้ง 5 ขั้นตอน แต่ปรับรูปแบบและเน้นเนื้อหาที่สำคัญมากกว่ายึดติดให้ครบตามแบบฟอร์มที่เคยปฏิบัติ
- ❖ เน้นประเด็นสำคัญ ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น



Thank You !

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

และ

ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล

กรุณาส่งใบประเมินผลและรับของที่ระลึก