**การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ**

**ด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD**

**ข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ**

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยส่วนใหญ่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับตำบล ให้บริการสุขภาพประชาชนไทยทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการรักษาโรค โดยเมื่อ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข หรือ เจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ให้บริการประชาชนแต่ละรายเสร็จสิ้นแล้ว ก็จะบันทึกข้อมูลการให้บริการเข้าในระบบข้อมูลของสถานพยาบาล ข้อมูลที่บันทึกไว้นี้ จะนำมาใช้ประโยชน์ได้หลายด้าน

การใช้ประโยชน์จากข้อมูลการให้บริการสุขภาพต่อประชาชน สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ 5 ด้านดังนี้

1. **ใช้เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนอย่างมีคุณภาพ** ข้อมูลที่บันทึกไว้ต้องมีคุณภาพดี เพื่อให้ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง สามารถอ่านข้อมูลเดิมแล้วเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วย คำวินิจฉัยโรคโดยละเอียด และการรักษาครั้งก่อนที่ให้แก่ผู้ป่วย เป็นความรู้พื้นฐานที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นไปได้อย่างมีคุณภาพ ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดของการขาดข้อมูลสำคัญ ลดความเข้าใจผิดในเนื้อหาที่จำเป็น
2. **ใช้เพื่อวิเคราะห์สถานภาพปัญหา** **เพื่อหาโอกาสพัฒนา** หากข้อมูลที่อยู่ในระบบมีคุณภาพดี ก็สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ ค้นหาปัญหาต่างๆที่ และนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาโครงการและกิจกรรมเพื่อพัฒนาให้สถานพยาบาลมีศักยภาพสูงขึ้น ให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีขึ้นได้
3. **ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นข้อมูลอ้างอิงให้ประชาชนนำไปใช้ประโยชน์** ข้อมูลบริการสุขภาพของประชาชนที่เก็บไว้ในสถานพยาบาลจะเป็นแหล่งอ้างอิงในกรณีที่ประชาชนต้องการนำข้อมูลเพื่อไปใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ เช่น ไปเบิกค่าชดเชยการประกันสุขภาพ เป็นหลักฐานในการลาป่วย หรือ ใช้สมัครเรียน ประกอบการเดินทางไปต่างประเทศ ฯลฯ
4. **ใช้เบิกค่ารักษาพยาบาลกลับมาเป็นรายได้ของสถานพยาบาล** โดยกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ที่ขอข้อมูลการให้บริการต่อประชาชนมาที่สถานพยาบาล แล้วจ่ายค่ารักษาพยาบาลกลับมาให้สถานพยาบาลซึ่งถือเป็นรายได้ที่สามารถนำมาชดเชยค่าใช้จ่ายหรือใช้พัฒนาสถานพยาบาลได้
5. **ใช้ส่งรายงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อส่งต่อให้กระทรวงสาธารณสุข** รายงานตัวชี้วัด และผลการดำเนินงานของสถานพยาบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขสามารถใช้ข้อมูลที่สถานพยาบาลรายงาน มาวางแผน พัฒนาการดูแลสุขภาพประชาชนได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องได้

**ความสำคัญของคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ**

ข้อมูลในระบบบริการสุขภาพสามารถใช้ประโยชน์ได้มากมาย โดยเกิดประโยชน์ต่อ ประชาชน สถานพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข จึงถือว่าข้อมูลมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากข้อมูลนี้มีคุณภาพต่ำ เช่น มีข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือมีข้อมูลที่ผิดพลาดจำนวนมาก ก็จะไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตามที่ควรจะเป็น ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ต้องเข้าใจความสำคัญและมีหน้าที่บันทึกข้อมูลให้มีคุณภาพ มีระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และมีกลไกควบคุมคุณภาพข้อมูลให้มีคุณภาพสูงสุด

**ลักษณะของข้อมูลคุณภาพดี**

ข้อมูลคุณภาพดีมีลักษณะที่สำคัญ 4 ลักษณะดังนี้

1. **ครบถ้วน** มีข้อมูลการให้บริการทุกราย มีข้อมูลทุกด้านที่จำเป็น
2. **ถูกต้อง** ไม่มีข้อผิดพลาด เชื่อถือได้
3. **ละเอียด** ไม่กำกวม ชัดเจน แยกแยะประเภทต่างๆได้
4. **ทันสมัย** เป็นข้อมูลปัจจุบัน ส่งมาภายในเวลาที่กำหนด

การจัดการให้ข้อมูลมีคุณภาพดี เป็นหน้าที่ของทีมงานที่กำกับดูแลระบบข้อมูล โดยต้องมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ปีละ 2-4 ครั้ง โดยถ้าตรวจพบว่า ข้อมูลมีปัญหาด้านคุณภาพ ก็ต้องมีกิจกรรมแก้ไขและพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และหากข้อมูลมีคุณภาพดีแล้ว ก็ต้องมีระบบควบคุมคุณภาพให้มีคุณภาพดีอย่างต่อเนื่อง

**แนวทางมาตรฐานในการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ**

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ แบ่งได้ตามลักษณะบริการเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. บริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย
2. บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่สถานพยาบาล ซึ่งอาจเรียกว่า ผู้ป่วย ควรใช้หลักการของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ใน คู่มือแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์ [1] โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ปรับปรุงเพิ่มเติมปี พ.ศ. 2558)

**การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยคราวนั้น**

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจครั้งแรก ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ชื่อสกุล เพศ อายุ ที่อยู่ ของผู้ป่วย วันเวลาที่มารักษา และชื่อผู้รักษา โดยส่วนที่เป็นชื่อผู้รักษาซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว
2. ประวัติความเจ็บป่วย ประกอบด้วย อาการสำคัญ ได้แก่ อาการนำ (chief complaint) ระยะเวลาที่เป็นรายละเอียดของอาการ และการดำเนินโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นสำคัญ และอาจประวัติอดีต ประวัติครอบครัว การทบทวนตามระบบประวัติส่วนตัวที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา ในส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
3. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ซีด เหลือง ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็น และสำคัญ การบันทึกอาจมีรายละเอียดมากน้อยตามความสำคัญของระบบร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
4. การวินิจฉัย/การวินิจฉัยแยกโรค เมื่อบันทึกประวัติ และการตรวจร่างกายแล้ว ต้องควรบันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช้คำย่อ (เช่น DM) ไม่เป็นคำกำกวม (เช่น URI) ต้องไม่ใช้คำบรรยายรหัส ICD เป็นคำวินิจฉัยโรค และ **คำวินิจฉัยโรคต้องบอก ชื่อโรค ชนิดโรคและตำแหน่งที่เป็นโรค**ให้ชัดเจน
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากบันทึกประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยแล้ว บางโรคต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนที่จำเป็นและสำคัญคือ บันทึกการตรวจทั้งหมดที่สั่ง
6. การรักษา ส่วนที่สำคัญคือ การบันทึกการรักษา ซึ่งได้แก่ การผ่าตัด การทำหัตถการ การให้ยาทุกขนาน พร้อมขนาดยา และการให้คำแนะนำ
7. หัตถการและการทำผ่าตัดเล็ก ต้องบันทึกสิ่งที่ตรวจพบระหว่างทำหัตถการ วิธีระงับความรู้สึก และวิธีการทำหัตถการโดยสรุป อาจวาดภาพประกอบ บอกรายละเอียดการทำในแต่ละขั้นตอน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น วัสดุเย็บแผล เป็นต้น

**การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจติดตามหลังได้รับการรักษาไปแล้ว**

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจครั้งแรก ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

1. ประวัติการติดตาม บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม เช่น มาตรวจโรคเบาหวาน บันทึกประวัติ อาการของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย กินเก่ง น้ำหนักลด อาจบันทึกอาการของโรคแทรกซ้อน เช่น อาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการเป็นลม หิว ใจสั่น เหงื่อแตก อาการโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ชาปลายมือ ปลายเท้า บวม ตามัว
2. การตรวจร่างกายที่จำเป็น บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม เช่น มาตรวจโรคความดันโลหิตสูง ควรวัดความดันโลหิต มาล้างแผลหลังการทำแผล ต้องบันทึกลักษณะแผล อาจบันทึกการตรวจร่างกายที่เป็นโรคแทรกซ้อน เช่น วัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นประเมินว่าเกิดไข้จากแผลติดเชื้อหรือไม่
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน อาจบันทึกการแปลผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นว่าผลเป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจระดับ fasting plasma glucose ได้ 135 มก./ดล. HbA1c 8.0% แปลผลว่าระดับการควบคุมยังไม่ได้ตามเป้าหมายคือ FPG < 130 มก./ดล. HbA1c < 7.0% เป็นต้น
4. การวินิจฉัย บันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช้คำย่อ เช่น Hypertension ไม่เขียน HT อาจบันทึกให้สมบูรณ์ โดยบันทึกชนิดความรุนแรง และโรคแทรกซ้อน เช่น บันทึกว่าเป็น Diabetes Mellitus type 2 กลุ่มเสี่ยงต่ำ และมีโรคแทรกซ้อนเป็น Diabetic ulcer left foot
5. การรักษา บันทึกการรักษา เช่น ชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้งการรักษาวิธีอื่น เช่น การแนะนำ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย อาจบันทึกรายละเอียดว่ามีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างไร เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยา เพิ่มหรือลดชนิดของยาใด พร้อมคำแนะนำและอธิบายเหตุผล
6. ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

**การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค**

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วย แต่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค เช่น มารับยาคุมกำเนิด มารับวัคซีนป้องกันโรค มาตรวจคัดกรองโรคแล้วไม่พบว่าเป็นโรค (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ แต่ผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ ให้ใช้หลักการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจรักษาครั้งแรก)

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

1. เหตุผลการมา ให้ระบุประเภทของบริการและรายละเอียด เช่น มารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเข็มที่ 4 มารับยาคุมกำเนิดครั้งแรก มาฝากครรภ์ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เป็นต้น
2. การตรวจร่างกายที่จำเป็น บันทึกตรงตามลักษณะของบริการ เช่น เด็กมารับวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยักเมื่ออายุ 6 เดือน ต้องบันทึกการตรวจร่างกาย และการตรวจพัฒนาการของเด็ก มาฝากครรภ์ ต้องบันทึกรายละเอียดการฝากครรภ์ ตามมาตรฐานการบันทึกข้อมูลผู้มาฝากครรภ์
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน อาจบันทึกการแปลผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นว่าผลเป็นอย่างไร
4. การรักษา บันทึกการให้ยา (ถ้ามี) มีรายละเอียดชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้ง การแนะนำ การดูแล การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และกำหนดนัดครั้งต่อไป
5. ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

**การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน(กระดาษ) และการบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์**

การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนที่เป็นกระดาษ เช่น OPD Card แฟ้มผู้ป่วยหรือ Family Folder เป็นวิธีการที่สะดวก รวดเร็ว สามารถบันทึกให้ตรงตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนด ได้โดยง่าย แต่มีข้อควรระวัง คือ ผู้บันทึกต้องระวังอย่าเขียนหวัด จะทำให้ผู้ที่มาอ่านข้อมูล ไม่สามารถอ่านออกได้

การบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์โดยผ่านโปรแกรมต่างๆ เป็นวิธีการป้องกันปัญหาลายมืออ่านไม่ออกได้ แต่เป็นวิธีการที่ยุ่งยาก ซับซ้อนกว่า บางครั้งต้องเปิดหน้าจอโปรแกรมหลายขั้นตอน และจะทำไม่ได้หากคอมพิวเตอร์เสีย หรือไฟดับ และมีข้อควรระวัง คือ **หากผู้เขียนโปรแกรมไม่เข้าใจแนวทางมาตรฐานและลักษณะของข้อมูลต่างๆ อาจออกแบบโปรแกรมผิดพลาด ทำให้ข้อมูลสำคัญหายไปจากระบบ** เช่น ในอดีตพบว่าผู้เขียนโปรแกรมในประเทศไทยจำนวนมากคิดว่า รหัส ICD ใช้แทนคำวินิจฉัยโรคได้ จึงไม่ทำโปรแกรมให้บันทึกคำวินิจฉัยโรค ผลเสียที่เกิดขึ้นก็คือ คำวินิจฉัยของผู้ป่วยทุกรายไม่มีอยู่ในระบบ ไม่สามารถบอกได้ว่า ครั้งก่อน ผู้ป่วยเคยเป็นโรคอะไร เป็นโรคตำแหน่งไหน มีรายละเอียดของโรคเป็นอย่างไร ต้องดำเนินการแก้ไขโปรแกรม แต่ก็พบว่า ข้อมูลหายไปเป็นจำนวนมากแล้ว

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ควรดำเนินการโดยสม่ำเสมอเป็นระยะ เช่น ดำเนินการทุกๆ 3-4 เดือน ปีละ 3-4 ครั้ง เพื่อวัดคุณภาพข้อมูล ให้รู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอันทำให้เกิดข้อมูลคุณภาพต่ำ เพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพดีขึ้นและพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย สามารถทำได้หลายระดับในระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยสถานพยาบาล เป็นการตรวจสอบของทีมตรวจสอบภายใน ทำโดยการสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้มารับบริการจำนวนหนึ่ง แล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจว่า สถานพยาบาลมีข้อมูลที่มีคุณภาพดี สามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมีคุณภาพ สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาได้
2. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ จังหวัด เป็นการตรวจสอบของทีมตรวจสอบระดับอำเภอ หรือ จังหวัด ทำโดยการสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งมาจากสถานพยาบาลแต่ละแห่ง แล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาสถานพยาบาลที่มีปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูล รู้สถานการณ์คุณภาพข้อมูลในระดับอำเภอ หรือ จังหวัด เพื่อนำไปกำกับ ดูแล ช่วยพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพข้อมูลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยเขตบริการสุขภาพ หรือ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจสอบของทีมตรวจสอบระดับเขตบริการสุขภาพ หรือ กระทรวงสาธารณสุข โดยนำผลการตรวจสอบของจังหวัดมาวิเคราะห์เพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหาคุณภาพข้อมูลในจังหวัดต่างๆ และนำผลการวิเคราะห์มากำหนดมาตรฐาน หรือวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ เพื่อใช้วางแผนดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพในระดับเขตหรือระดับชาติต่อไป

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก**

การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยนอก หมายถึงการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการที่สถานพยาบาลโดยเมื่อสิ้นสุดการบริการแล้ว สามารถกลับออกไปได้โดยไม่ต้องเข้ามานอนในเตียงรับผู้ป่วยของสถานพยาบาล คำว่า ผู้ป่วยนอก ในที่นี้ ครอบคลุมทั้งผู้ที่มารับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย และผู้ที่ไม่เจ็บป่วยแต่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค ทั้งสองกรณี

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกระดับสถานพยาบาล**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกระดับสถานพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยนอก
2. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ
3. การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD
4. การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา

**การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยนอก**

การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยนอก มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **รายละเอียด** |
| จำนวนข้อมูล | สุ่มตัวอย่างให้ได้ 5 % ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด ถ้าผู้ป่วยมีปริมาณมาก อาจลดสัดส่วนเหลือ 3 % แต่อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 40 รายการต่อการตรวจสอบแต่ละครั้ง |
| แหล่งข้อมูลที่ใช้สุ่มตัวอย่าง | สุ่มตัวอย่างจากข้อมูลผู้ป่วยที่มาตรวจแบบผู้ป่วยนอก ที่บันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล เช่น สุ่มตัวอย่างจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD ในระบบ 43 แฟ้ม โดยกำหนดสถานะในฟิลด์ DIAGTYPE เป็น 1 เพื่อเลือกโรคหลักเป็นตัวโยง PID |
| วิธีการสุ่มตัวอย่าง | สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ Stratified Random Sampling |
| รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง | สุ่มตัวอย่างให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีสัดส่วนรหัสโรคหลัก ดังต่อไปนี้  รหัส A,B สัดส่วน ร้อยละ 8  รหัส D50-D89 สัดส่วน ร้อยละ 4  รหัส E สัดส่วน ร้อยละ 4  รหัส I สัดส่วน ร้อยละ 4  รหัส J สัดส่วน ร้อยละ 4  รหัส K สัดส่วน ร้อยละ 4  รหัส M สัดส่วน ร้อยละ 8  รหัส O สัดส่วน ร้อยละ 8  รหัส R สัดส่วน ร้อยละ 8  รหัส S สัดส่วน ร้อยละ 8  รหัส Z สัดส่วน ร้อยละ 20  รหัส อื่นๆ สัดส่วน ร้อยละ 20 |
| การเลือก HN | เมื่อสุ่มตัวอย่างแล้วจะได้รายการรหัสโรคหลักที่มี PID อยู่คู่ ให้นำ PID ไปเปรียบเทียบกับ HN ในแฟ้มที่เก็บข้อมูลผู้ป่วย PERSON เพื่อนำรายงาน HN ไปค้น เอกสารผู้ป่วยเพื่อนำออกมาตรวจสอบต่อไป |

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

**หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **การประเมินคะแนนคุณภาพ** |
| วันเวลาที่มารับบริการ | **คะแนน 0 :** ไม่บันทึกวันหรือเวลาที่มารับบริการ  **คะแนน 1 :** บันทึกวันหรือเวลาที่มารับบริการครบถ้วน |
| อาการสำคัญ CC  (กรณีมารักษาความเจ็บป่วย) หรือ  เหตุผลที่มา (กรณีมารับบริการส่งเสริมสุขภาพ) | **คะแนน 0 :** ไม่บันทึกอาการสำคัญหรือเหตุผลที่มา  **คะแนน 1 :** บันทึกอาการสำคัญแต่ไม่ระบุระยะเวลา หรือบันทึกเหตุผลที่มาแต่ไม่มีความหมายใช้แยกรายละเอียดไม่ได้ เช่น บันทึกว่า “มาตามนัด” หรือ “มารับยาเดิม” ฯลฯ  **คะแนน 2 :** บันทึกอาการสำคัญและระบุระยะเวลา หรือ บันทึกเหตุผลที่มาที่ใช้แยกรายละเอียดได้ เช่น บันทึกว่า มารับวัคซีน OPV, DPT ครั้งที่ 2 |
| ประวัติการเจ็บป่วย | **คะแนน 0 :** ไม่บันทึกประวัติการเจ็บป่วย  **คะแนน 1 :** บันทึกประวัติการเจ็บป่วยเฉพาะประวัติปัจจุบัน  **คะแนน 2 :** บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรคประจำตัวหรือประวัติอดีต  **คะแนน 3 :** บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรคประจำตัวหรือประวัติอดีต และประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ |
| ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจชันสูตร | **คะแนน 0 :** ไม่บันทึกผลการตรวจร่างกาย  **คะแนน 1 :** บันทึกผลการตรวจร่างกายเพียงระบบเดียว  **คะแนน 2 :** บันทึกผลการตรวจร่างกายสองระบบ  **คะแนน 3 :** บันทึกผลการตรวจร่างกายมากกว่าสองระบบแต่ไม่บันทึกผลการตรวจชันสูตร หรือบันทึกสองระบบแต่ไม่มี lab  **คะแนน 4 :** บันทึกผลการตรวจร่างกายมากกว่าสองระบบและมีบันทึกผลการตรวจชันสูตร |

**หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **การประเมินคะแนนคุณภาพ** |
| คำวินิจฉัยโรค | **ไม่ประเมิน NA : กรณีผู้ป่วยไม่มีโรคใดๆอยู่เลย**  **คะแนน 0 :** ไม่บันทึกคำวินิจฉัยโรค หรือ ใช้รหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค หรือใช้คำบรรยายรหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค  **คะแนน 1 :** บันทึกคำวินิจฉัยโรคไม่ครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน  **คะแนน 2 :** บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน แต่มีบางคำกำกวม ขาดรายละเอียดชนิดโรคหรือตำแหน่งโรค  **คะแนน 3 :** บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน รายละเอียดชนิดโรคและตำแหน่งโรคทั้งหมด แต่มีบางคำวินิจฉัยโรคเป็นคำย่อหรืออ่านไม่ออก  **คะแนน 4 :** บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน รายละเอียดชนิดโรคและตำแหน่งโรคทั้งหมด ไม่มีคำวินิจฉัยโรคที่เป็นคำย่อ ลายมืออ่านได้โดยชัดเจน |
| การรักษา | **ไม่ประเมิน NA : กรณีไม่มีการรักษาใดๆ**  **คะแนน 0 :** มีการรักษา แต่ไม่มีการบันทึก หรือบันทึกข้อความที่ไม่มีรายละเอียดเช่น RM , same, ให้ยาเดิม ฯลฯ  **คะแนน 1 :** บันทึกการรักษา แต่ขาดรายละเอียดส่วนใหญ่ เช่น บันทึกชื่อยา แต่ไม่ระบุวิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมด บันทึกการทำหัตถการแต่ไม่มีรายละเอียดการทำหัตถการ  **คะแนน 2 :** บันทึกการรักษา แต่ขาดรายละเอียดปลีกย่อย เช่น บันทึกชื่อยา วิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมดแต่อาจไม่บอกรูปแบบยาว่าเป็นยาเม็ด บันทึกการทำหัตถการมีรายละเอียดการทำหัตถการพอสมควร  **คะแนน 3 :** บันทึกการรักษา โดยมีรายละเอียดทั้งหมด บันทึกชื่อยา วิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมด ขนาด รูปแบบยา บันทึกการทำหัตถการโดยมีรายละเอียดทุกด้าน คือ ขั้นตอนการให้ยาชา การทำผ่าตัด รวมถึงวัสดุเย็บแผล |

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอก**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **รายละเอียด** |
| การให้รหัส ICD  โดยผู้ตรวจสอบ | ผู้ตรวจสอบดูคำวินิจฉัยโรคทั้งหมดที่อยู่ในบันทึกผู้ป่วย แล้วดำเนินการให้รหัสโดย   1. ค้นหาคำหลักตามชื่อโรคจากดรรชนี ICD-10-TM for PCU vol. 1 หรือกรอบแนวทางมาตรฐาน vol. 3 2. ตรวจสอบความเหมาะสมของรหัสจาก Tabular list 3. เติมเลขรหัสให้ครบถ้วนทุกหลัก 4. จัดเรียงลำดับรหัสเป็น รหัสโรคหลัก type =1, รหัสโรคอื่นๆ type = 4 และ รหัสสาเหตุภายนอก type = 5 5. ให้รหัสหัตถการตามหนังสือ ICD-10-TM for PCU vol.2 |
| การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคหลัก | ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคหลักของตนเองกับรหัสโรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบเป็นสัญลักษณ์ดังนี้(เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส)  **สัญลักษณ์ Y :** ให้รหัสโรคหลักถูกต้อง  **สัญลักษณ์ A :** ให้รหัสโรคหลักผิดพลาด  **สัญลักษณ์ B :** มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก  **สัญลักษณ์ C :** รหัสโรคหลักเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค  **สัญลักษณ์ D :** รหัสโรคหลักมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง  **สัญลักษณ์ E :** ใช้สาเหตุภายนอก (V,W,X,Y) เป็นรหัสโรคหลัก  **สัญลักษณ์ F :** รหัสโรคหลักมีตัวเลขมากเกินไป |
| การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคอื่นๆและรหัสสาเหตุภายนอก | ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคที่ไม่ใช่โรคหลักของตนเองกับรหัสที่ไม่ใช่โรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส)  **สัญลักษณ์ Y :** ให้รหัสถูกต้อง  **สัญลักษณ์ A :** ให้รหัสโรคผิดพลาด  **สัญลักษณ์ B :** มีรหัสโรคทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก  **สัญลักษณ์ C :** รหัสเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค  **สัญลักษณ์ D :** รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง  **สัญลักษณ์ F :** รหัสมีตัวเลขมากเกินไป  **สัญลักษณ์ G :** ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ  **สัญลักษณ์ H :** ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ |

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอก (ต่อ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **รายละเอียด** |
| การตรวจสอบคุณภาพ รหัสหัตถการ | ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสหัตถการของตนเองกับรหัสหัตถการของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส)  **สัญลักษณ์ Y :** ให้รหัสถูกต้อง  **สัญลักษณ์ A :** ให้รหัสหัตถการผิดพลาด  **สัญลักษณ์ B :** มีรหัสหัตถการทั้งๆที่ไม่มีการทำหัตถการในบันทึก  **สัญลักษณ์ D :** รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง  **สัญลักษณ์ F :** รหัสมีตัวเลขมากเกินไป  **สัญลักษณ์ G :** ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ  **สัญลักษณ์ H :** ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ |
| การบันทึกผลการตรวจ | ให้ผู้ตรวจสอบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพในตารางบันทึกผล  ดังตัวอย่างในหน้าถัดไป |

**การกรอกข้อมูลในตารางบันทึกผล :**

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูล

* กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อยู่ใน 1 บรรทัด
* คะแนนเต็ม คือ การรวมคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ถ้ารายการใดผลการประเมินเป็น na ไม่ต้องนำคะแนนเต็มของรายการนั้นมารวม

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส

* กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อาจอยู่ใน 1 หรือ หลาย บรรทัด
* โดยหากข้อมูลผู้ป่วยรายใด มีรหัส ICD มากกว่า 1 รหัส ให้กรอกข้อมูล โดยกำหนดให้รหัส ICD ที่มีอยู่ในข้อมูล1 รหัสอยู่ใน 1 บรรทัดเท่านั้น
* ห้ามกรอกรหัส ICD ที่ต้องการตรวจสอบ มากกว่า 1 รหัสในแต่ละบรรทัด
* การกรอกข้อมูลประเภทรหัสหัตถการ ให้กำหนดประเภทรหัสเป็น P

**Form A1**

**ตารางบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก รหัสสถานพยาบาล \_\_\_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HN | วันที่ | เวลา | วัน/เวลา | CC | ประวัติ | ตรวจร่างกาย | คำวินิจฉัย | การรักษา | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
| 12345678 | 20/01/2015 | 08:30 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 9 | คำวินิจฉัย Myalgia ไม่บอกตำแหน่ง |
| 15789678 | 20/01/2015 | 08:50 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 17 | 14 | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**สรุปผลการตรวจ คะแนนที่ได้ทั้งหมด\_\_\_\_\_\_\_ คะแนนเต็ม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_สัดส่วน \_\_\_\_\_\_\_\_ %**

**ตารางบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยนอก รหัสสถานพยาบาล \_\_\_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HN | วันที่ | เวลา | การวินิจฉัย หรือ เหตุผลที่มารับบริการ | ลำดับ | ประเภท | ICD | AuditICD | ผลการตรวจ | หมายเหตุ |
| 12345678 | 20/01/2015 | 08:30 | Myalgia | 1 | 1 | M79.1 | M79.19 | D | วินิจฉัยโรคไม่บอกตำแหน่ง |
|  |  |  | DM | 2 | 4 | E11.9 | E14.9 | A | ให้รหัสผิด |
| 87654321 | 20/01/2015 | 09:30 | URI | 1 | 1 | J06.9 | J06.9 | C | น่าจะบอกได้ว่าเป็นโรคคออักเสบ |
| 87358321 | 20/01/2015 | 09:45 | -- | 1 | 1 | B83.9 | xx | B | มีรหัสโรคโดยที่ไม่มีคำวินิจฉัย |
| 81448321 | 20/01/2015 | 09:55 | มาฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ | 1 | 1 | Z25.1 | Z25.1 | Y |  |
|  |  |  | Hypertension | 2 | 4 | - | I10 | G | ให้รหัสไม่ครบ |
| 12544678 | 20/01/2015 | 10:30 | Diarrhea | 1 | 1 | A09.99 | A09.9 | F | รหัสมีตัวเลขมากเกินไป |
|  |  |  | -- | 2 | 4 | Z01.3 | - | H | ให้รหัสเกินมา |
| 12545678 | 20/01/2015 | 10:45 | โดนหมากัดที่น่องขาขวา | 1 | 1 | W54 | S81.8 | E | ใช้สาเหตุภายนอกเป็นรหัสโรคหลัก |
|  |  |  | -- | 2 | 5 | - | W54.99 | G | ให้รหัสไม่ครบ |
|  |  |  | ล้างแผลที่น่องขวา | 3 | P | - | 900-80-70 | G | ให้รหัสไม่ครบ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**สรุปผลการตรวจ Error A \_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ E\_\_\_\_\_F\_\_\_\_\_G\_\_\_\_\_H\_\_\_\_ จำนวนรหัสที่ผิด\_\_\_\_\_\_ รหัสทั้งหมด\_\_\_\_\_\_\_\_ผิดพลาด\_\_\_\_\_\_ %**

**การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา**

ผู้ตรวจสอบควรจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และ แนวทางการแก้ปัญหา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

**รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และ คุณภาพการให้รหัส**

สถานพยาบาล …………

วันที่ตรวจสอบ …10 เมษายน 2558…. ช่วงระยะเวลาของข้อมูลที่ตรวจสอบ ม.ค.- มี.ค. 2558

สุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 40 คน มีรหัส ICD ทั้งหมด 68 รหัส

**ผลการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล**

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพข้อมูล

คุณภาพเฉลี่ยโดยรวม 65.27 %

คุณภาพการบันทึกวันเวลา 75 %

คุณภาพการบันทึกอาการสำคัญ 92.25 %

คุณภาพการบันทึกประวัติ 72.35 %

คุณภาพการบันทึกตรวจร่างกาย 37.5 %

คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัยโรค 52.5 %

คุณภาพการบันทึกการรักษา 85.17 %

**ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD**

**ให้รหัสถูกต้อง 47.5 %**

**ให้รหัสผิด 52.5 %**

**ลักษณะความผิดพลาด**

A ให้รหัสผิดพลาด 12.5 %

B มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวนิจฉัยโรคในบันทึก 20 %

C รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม 2.0 %

D ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง 4.5 %

E ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก 5.5 %

F รหัสมีตัวเลขมากเกินไป 0 %

G ให้รหัสไม่ครบ 3.5 %

H ให้รหัสมากเกิน 4.5 %

**สรุปปัญหา**

ปัญหาที่พบบ่อยคือ การไม่บันทึกคำวินิฉจัยโรคแต่ใส่รหัสไปเลย การให้รหัสผิดพลาด และ การใช้รหัสสาเหตุภายนอกเป็นรหัสโรคหลัก

**สาเหตุ**

สาเหตุหลัก มาจากการไม่บันทึกคำวินิจฉัย เพราะบางครั้งผู้ตรวจรักษาไม่วินิจฉัยโรค

วิธีการให้รหัสผิดพลาด ใช้โปรแกรมในการค้นหารหัส ICD ไม่ใช้คู่มือมาตรฐาน

การขาดความรู้และความชำนาญในการให้รหัส

**การแก้ปัญหา**

1. ควรวางระบบควบคุมให้ผู้ตรวจรักษาโรคทุกคน ต้องบันทึกคำวินิจฉัยโรค
2. กำหนดมาตรฐาน ห้ามค้นหารหัส ICD จากโปรแกรม
3. อบรมเพิ่มความรู้ความชำนาญด้านการให้รหัส ICD

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน**

การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยใน หมายถึงการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล คำว่า ผู้ป่วยใน ในที่นี้ ครอบคลุมทั้งผู้ที่มารับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย และผู้ที่มาคลอดปกติ รวมถึงเด็กแรกคลอดปกติ ทุกกรณี

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน ระดับสถานพยาบาล**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน ระดับสถานพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยใน
2. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ
3. การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD
4. การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา

**การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยใน**

การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยใน มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **รายละเอียด** |
| จำนวนข้อมูล | สุ่มตัวอย่างให้ได้ 5 % ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด ถ้าผู้ป่วยมีปริมาณมาก อาจลดสัดส่วนเหลือ 3 % แต่อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 40 รายการต่อการตรวจสอบแต่ละครั้ง |
| แหล่งข้อมูลที่ใช้สุ่มตัวอย่าง | สุ่มตัวอย่างจากข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาเป็นผู้ป่วยใน ที่บันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล เช่น สุ่มตัวอย่างจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_IPD ในระบบ 43 แฟ้ม โดยกำหนดสถานะในฟิลด์ DIAGTYPE เป็น 1 เพื่อเลือกโรคหลักเป็นตัวโยง AN |
| วิธีการสุ่มตัวอย่าง | สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ Stratified Random Sampling |
| รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง | สุ่มตัวอย่างให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีสัดส่วนรหัสโรคหลัก ดังต่อไปนี้  รหัส A,B สัดส่วน ร้อยละ 10  รหัส C สัดส่วน ร้อยละ 10  รหัส I สัดส่วน ร้อยละ 10  รหัส J สัดส่วน ร้อยละ 10  รหัส K สัดส่วน ร้อยละ 10  รหัส M สัดส่วน ร้อยละ 5  รหัส N สัดส่วน ร้อยละ 5  รหัส O สัดส่วน ร้อยละ 10 ไม่รวม O80.0 – O80.9  รหัส P สัดส่วน ร้อยละ 10  รหัส S สัดส่วน ร้อยละ 10  รหัส อื่นๆ สัดส่วน ร้อยละ 10 ไม่รวม Z38.0 – Z38.9 |
| การเลือก AN | เมื่อสุ่มตัวอย่างแล้วจะได้รายการรหัสโรคหลักที่มี AN อยู่คู่ ให้นำรายการ AN ทั้งหมดไปค้น เอกสารผู้ป่วยเพื่อนำออกมาตรวจสอบต่อไป |

|  |  |
| --- | --- |
| รายการเอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ | 1. Discharge Summary 2. บันทึกประวัติ และ การตรวจร่างกาย 3. Progress Note 4. บันทึกการผ่าตัด (ถ้ามี) 5. บันทึกการคลอด (ถ้ามี) 6. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ถ้ามี) 7. ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (ถ้ามี) 8. รหัส ICD ทั้งหมดที่บันทึกไว้ใน AN นี้ (อาจดีงจากโปรแกรมส่งข้อมูลเบิกเงิน) |

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

**หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **การประเมินคะแนนคุณภาพ** |
| Discharge Summary  ส่วนของแพทย์ | **คะแนน 1 :** ไม่บันทึกโรคหลักหรือสรุปโรคหลักมากกว่า 1 โรค  หรือบันทึกโรคแทรกเป็นโรคหลัก  **คะแนน 2 :** บันทึกโรคร่วม โรคแทรก ไม่ครบ ไม่ระบุกลไกการบาดเจ็บ บันทึกหัตถการและการผ่าตัดไม่ครบ  **คะแนน 3 :** บันทึกโรคและหัตถการครบ แต่ขาดรายละเอียด  **คะแนน 4 :** บันทึกโรคและหัตถการครบถ้วน ถูกต้อง รายละเอียดดี |
| Discharge Summary  ส่วนอื่น | **คะแนน 0 :** ไม่เลขประจำตัวประชาชน ขาดข้อมูลสำคัญ  **คะแนน 1 :** บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน แต่ขาดข้อมูลบางเรื่อง  **คะแนน 2 :** บันทึกข้อมูลครบถ้วน แต่ขาดรายละเอียดบางเรื่อง  **คะแนน 3 :** บันทึกได้ครบถ้วน มีรายละเอียดทุกช่อง |

**หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **การประเมินคะแนนคุณภาพ** |
| ประวัติการเจ็บป่วย | **คะแนน 0 :** ไม่บันทึกประวัติการเจ็บป่วย  **คะแนน 1 :** บันทึกประวัติการเจ็บป่วยเฉพาะอาการสำคัญ  **คะแนน 2 :** บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งอาการสำคัญและประวัติปัจจุบัน แต่ประวัติอื่นๆไม่ครบถ้วน  **คะแนน 3 :** บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรคประจำตัวหรือประวัติอดีต และประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แต่ขาด Review of System  **คะแนน 4:** บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรคประจำตัวหรือประวัติอดีต และประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึง Review of System |
| ผลการตรวจร่างกาย | **คะแนน 0 :** ไม่บันทึกผลการตรวจร่างกาย  **คะแนน 1 :** บันทึกผลการตรวจร่างกายเพียงระบบเดียว  **คะแนน 2 :** บันทึกผลการตรวจร่างกายหลายระบบแต่ไม่ครบทั้งหมดที่จำเป็น  **คะแนน 3 :** บันทึกผลการตรวจร่างกายครบทุกระบบที่จำเป็น  **คะแนน 4 :** บันทึกผลการตรวจร่างกายครบทุกระบบโดยละเอียด |
| Progress Note | **คะแนน 0 :** ไม่บันทึก Progress Note  **คะแนน 1 :** มีการบันทึกเล็กน้อย ไม่ได้มาตรฐาน SOAP  **คะแนน 2 :** มีการบันทึกใน 3 วันแรก วันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ และ วันจำหน่าย แต่มีรายละเอียดน้อย  **คะแนน 3 :** มีการบันทึกใน 3 วันแรก วันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ และ วันจำหน่าย มีรายละเอียดมาก แต่ไม่ครบ SOAP  **คะแนน 4 :** มีการบันทึกใน 3 วันแรก วันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ และ วันจำหน่าย มีรายละเอียดมาก ครบ SOAP ทุกด้าน |

**หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)**

|  |  |
| --- | --- |
| บันทึกการผ่าตัด | **ไม่ประเมิน NA : กรณีไม่มีการผ่าตัดใดๆ**  **คะแนน 0 :** ไม่บันทึก  **คะแนน 1 :** บันทึกเฉพาะชื่อการผ่าตัด  **คะแนน 2 :** บันทึกชื่อการผ่าตัดและมีรายละเอียดพอสมควร  **คะแนน 3 :** บันทึกชื่อการผ่าตัดและมีรายละเอียดมาก  **คะแนน 4 :** บันทึกชื่อการผ่าตัดและมีรายละเอียดมากครบทุกประเด็นสำคัญ มีภาพประกอบ |
| บันทึกการคลอด | **ไม่ประเมิน NA : กรณีไม่มีการผ่าตัดใดๆ**  **คะแนน 0 :** ไม่บันทึก  **คะแนน 1 :** บันทึกเฉพาะชื่อวิธีการคลอด  **คะแนน 2 :** บันทึกวิธีการคลอดและมีรายละเอียดพอสมควร  **คะแนน 3 :** บันทึกวิธีการคลอดและมีรายละเอียดมาก  **คะแนน 4 :** บันทึกวิธีการคลอดและมีรายละเอียดมากครบทุกประเด็นสำคัญ มีภาพประกอบ |
| Nurses’ Note | **คะแนน 0 :** ไม่บันทึก Nurses’ Note  **คะแนน 1 :** มีการบันทึกเล็กน้อย ไม่ครบทุกเวรที่กำหนด  **คะแนน 2 :** บันทึกครบทุกเวรที่กำหนด แต่มีรายละเอียดน้อย  **คะแนน 3 :** บันทึกครบทุกเวรที่กำหนด มีรายละเอียดมาก  **คะแนน 4 :** บันทึกครบทุกเวรที่กำหนด มีรายละเอียดมาก ครบ SOAPE ทุกด้าน |

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยใน**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **รายละเอียด** |
| การให้รหัส ICD  โดยผู้ตรวจสอบ | ผู้ตรวจสอบดูคำวินิจฉัยโรคทั้งหมดที่อยู่ใน Discharge Summary แล้วดำเนินการให้รหัสโดย   1. ค้นหาคำหลักตามชื่อโรคจากดรรชนี ICD-10-TM vol.2 2. ตรวจสอบความเหมาะสมของรหัสจาก Tabular list 3. เติมเลขรหัสให้ครบถ้วนทุกหลัก 4. จัดเรียงลำดับรหัสเป็น รหัสโรคหลัก type =1, รหัสโรคร่วม type = 2 รหัสโรคแทรก type=3 รหัสโรคอื่น type=4 และ รหัสสาเหตุภายนอก type = 5 5. ให้รหัสหัตถการตามหนังสือ ICD-10-TM for PCU vol.3 |
| การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคหลัก | ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคหลักของตนเองกับรหัสโรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส)  **สัญลักษณ์ Y :** ให้รหัสโรคหลักถูกต้อง  **สัญลักษณ์ A :** ให้รหัสโรคหลักผิดพลาด  **สัญลักษณ์ B :** มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก  **สัญลักษณ์ C :** รหัสโรคหลักเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค  **สัญลักษณ์ D :** รหัสโรคหลักมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง  **สัญลักษณ์ E :** ใช้สาเหตุภายนอก (V,W,X,Y) เป็นรหัสโรคหลัก  **สัญลักษณ์ F :** รหัสโรคหลักมีตัวเลขมากเกินไป |
| การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคอื่นๆที่ไม่ใช่โรคหลักและรหัสสาเหตุภายนอก | ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคที่ไม่ใช่โรคหลักของตนเองกับรหัสที่ไม่ใช่โรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส)  **สัญลักษณ์ Y :** ให้รหัสถูกต้อง  **สัญลักษณ์ A :** ให้รหัสโรคผิดพลาด  **สัญลักษณ์ B :** มีรหัสโรคทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก  **สัญลักษณ์ C :** รหัสเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค  **สัญลักษณ์ D :** รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง  **สัญลักษณ์ F :** รหัสมีตัวเลขมากเกินไป  **สัญลักษณ์ G :** ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ  **สัญลักษณ์ H :** ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ |

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยใน (ต่อ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **หัวข้อ** | **รายละเอียด** |
| การตรวจสอบคุณภาพ รหัสหัตถการ | ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสหัตถการของตนเองกับรหัสหัตถการของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส)  **สัญลักษณ์ Y :** ให้รหัสถูกต้อง  **สัญลักษณ์ A :** ให้รหัสหัตถการผิดพลาด  **สัญลักษณ์ B :** มีรหัสหัตถการทั้งๆที่ไม่มีการทำหัตถการในบันทึก  **สัญลักษณ์ D :** รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง  **สัญลักษณ์ F :** รหัสมีตัวเลขมากเกินไป  **สัญลักษณ์ G :** ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ  **สัญลักษณ์ H :** ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ |
| การบันทึกผลการตรวจ | ใผู้ตรวจสอบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพในตารางบันทึกผล  ดังตัวอย่างในหน้าถัดไป |

**การกรอกข้อมูลในตารางบันทึกผล :**

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูล

* กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อยู่ใน 1 บรรทัด
* คะแนนเต็ม คือ การรวมคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ถ้ารายการใดผลการประเมินเป็น na ไม่ต้องนำคะแนนเต็มของรายการนั้นมารวม

\* DS1 = Discharge Summary ส่วนอื่น, DS2 = Discharge Summary ส่วนของแพทย์, Hx = บันทึกประวัติ, PE = บันทึกการตรวจร่างกาย, Progress = Progress Note, Op = บันทึกการผ่าตัด, OB = บันทึกการคลอด, Nurse = Nurses’ Note

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส

* กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อาจอยู่ใน 1 หรือ หลาย บรรทัด
* โดยหากข้อมูลผู้ป่วยรายใด มีรหัส ICD มากกว่า 1 รหัส ให้กรอกข้อมูล โดยกำหนดให้รหัส ICD ที่มีอยู่ในข้อมูล1 รหัสอยู่ใน 1 บรรทัดเท่านั้น
* ห้ามกรอกรหัส ICD ที่ต้องการตรวจสอบ มากกว่า 1 รหัสในแต่ละบรรทัด
* การกรอกข้อมูลประเภทรหัสหัตถการ ให้กำหนดประเภทรหัสเป็น P

**ตารางบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน รหัสสถานพยาบาล \_\_\_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AN | วันที่จำหน่าย | DS 1 | DS 2 | Hx | PE | Progress | Op | OB | Nurse | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
| 58000015 | 20/01/2015 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | na | 3 | 27 | 15 | บันทึกการผ่าตัด มีข้อมูลบรรทัดเดียว |
| 58000024 | 20/01/2015 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | na | 2 | 3 | 27 | 16 | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**สรุปผลการตรวจ คะแนนที่ได้ทั้งหมด\_\_\_\_\_\_\_ คะแนนเต็ม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_สัดส่วน \_\_\_\_\_\_\_\_ %**

**Form A3**

**ตารางบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยใน รหัสสถานพยาบาล \_\_\_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AN | วันที่จำหน่าย | การวินิจฉัย หรือ เหตุผลที่มารับบริการ | ลำดับ | ประเภท | ICD | AuditICD | ผลการตรววจ | หมายเหตุ |
| 58000015 | 20/01/2015 | Empyema gall bladder | 1 | 1 | K81.1 | K80.0 | A | ให้รหัสผิด |
|  |  | Gall stones | 2 | 2 | K80.1 | - | H | ให้รหัสเกินมา |
|  |  | DM | 3 | 2 | E11.9 | E14.9 | A | ให้รหัสผิด |
|  |  | Cholecystectomy | 4 | P | 426-21-00 | 426-21-19 | A | ให้รหัสผิด |
| 81448321 | 20/01/2015 | Normal delivery | 1 | 1 | O80.9 | O70.1 | A | ให้รหัสผิด |
|  |  | Second degree perineal tear | 2 | 4 | O70.1 | O80.9 | A | ให้รหัสผิด |
|  |  | -- | 2 | 4 | - | Z37.0 | G | ให้รหัสไม่ครบ |
|  |  | Assisted delivery with episiotomy | 1 | 1 | 526-54-01 | 526-54-01 | Y |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**สรุปผลการตรวจ Error A \_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ E\_\_\_\_\_F\_\_\_\_\_G\_\_\_\_\_H\_\_\_\_ จำนวนรหัสที่ผิด\_\_\_\_\_\_ รหัสทั้งหมด\_\_\_\_\_\_\_\_ผิดพลาด\_\_\_\_\_\_ %**

**การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา**

ผู้ตรวจสอบควรจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และ แนวทางการแก้ปัญหา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

**รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และ คุณภาพการให้รหัสผู้ป่วยใน**

สถานพยาบาล …………

วันที่ตรวจสอบ …10 เมษายน 2558…. ช่วงระยะเวลาของข้อมูลที่ตรวจสอบ ม.ค.- มี.ค. 2558

สุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 40 คน มีรหัส ICD ทั้งหมด 112 รหัส

**ผลการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล**

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพข้อมูล

คุณภาพเฉลี่ยโดยรวม 75.27 %

คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนของแพทย์ 85.75 %

คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนอื่น 95.0 %

คุณภาพการบันทึกประวัติ 72.35 %

คุณภาพการบันทึกตรวจร่างกาย 67.5 %

คุณภาพการบันทึก Progess Note 52.5 %

คุณภาพการบันทึก Operative Note 85.17 %

คุณภาพการบันทึก Labour Record 95.0 %

คุณภาพการบันทึก Nurses’ Note 87.25 %

**ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD**

**ให้รหัสถูกต้อง 67.5 %**

**ให้รหัสผิด 32.5 %**

**ลักษณะความผิดพลาด**

A ให้รหัสผิดพลาด 12.5 %

B มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวนิจฉัยโรคในบันทึก 0 %

C รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม 2.0 %

D ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง 4.5 %

E ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก 5.5 %

F รหัสมีตัวเลขมากเกินไป 0 %

G ให้รหัสไม่ครบ 3.5 %

H ให้รหัสมากเกิน 4.5 %

**สรุปปัญหา**

ปัญหาที่พบบ่อยคือ แพทย์วินิจฉัยโรคร่วม และ โรคแทรกไม่ครบ คำวินิจฉัยโรคบางคำยังขาดรายละเอียด การให้รหัสยังผิดพลาดในรายที่สลับซับซ้อน

**สาเหตุ**

สาเหตุหลัก มาจาก แพทย์ไม่สรุปโรคที่ไม่ได้อยู่สาขาวิชาที่ตนเองชำนาญ

วิธีการให้รหัสผิดพลาด ไม่ได้ตรวจสอบ Standard Coding Guideline

การขาดความรู้และความชำนาญในการให้รหัส

**การแก้ปัญหา**

1. มีระบบตรวจสอบและส่งเวชระเบียนให้แพทย์ทบทวน
2. กำหนดมาตรฐาน ให้ตรวจสอบแนวทางการให้รหัสใน Standard Coding Guideline
3. อบรมเพิ่มความรู้ความชำนาญด้านการให้รหัส ICD

**การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในศูนย์ข้อมูล**

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในศูนย์ข้อมูลจะดำเนินงานในระดับจังหวัด โดยผู้ดูแลคุณภาพข้อมูลระดับจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ และเป็นเรื่องที่ควรดำเนินการโดยสม่ำเสมอเป็นระยะ เช่น ดำเนินการทุกๆ 3-4 เดือน ปีละ 3-4 ครั้ง เพื่อวัดคุณภาพข้อมูล ให้รู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอันทำให้เกิดข้อมูลคุณภาพต่ำ เพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพดีขึ้นและพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้านรหัส ICD ในศูนย์ข้อมูล มักจะต้องดำเนินการโดยใช้คอมพิวเตอร์วิเคราะห์รหัส ICD ที่อยู่ในแฟ้มข้อมูลซึ่งส่งมาจากสถานพยาบาลต่างๆ โดยควรตรวจสอบตามกฏเกณฑ์ของ ICD ดังนี้

1. กฏการใช้รหัส ICD ให้ถูกต้องตามบริบทผู้ป่วย
2. กฎการใช้รหัสตามแนวทางมาตรฐาน ICD-10-TM vol. 3
3. กฎการไม่ใช้รหัสที่ไม่สมควรใช้

**A. กฎการใช้รหัส ICD ให้ถูกต้องตามบริบทผู้ป่วย**

เป็นการตรวจสอบตามกฎการใช้รหัส ICD ในผู้ป่วยเพศชายและหญิงตามมาตรฐานของ ICD-10 [2] ดังรายละเอียดต่อไปนี้

A1. รหัส ICD ที่ใช้ได้กับผู้ป่วย **ชาย** เท่านั้น ได้แก่รหัส

B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5

A2. รหัส ICD ที่ใช้ได้กับผู้ป่วย **หญิง** เท่านั้น ได้แก่รหัส

A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.-, D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z36, Z39.-, Z43.7, Z87.5, Z97.5

การตรวจสอบทำได้โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตรวจรายการรหัสที่ผิดเพศ แล้วคำนวณ จัดทำรายงานออกมาเป็น จำนวนหรือสัดส่วนการให้รหัสผิดเพศ

**B. กฎการใช้รหัส ICD ให้ตามแนวทางมาตรฐาน ICD-10-TM vol. 3**

เป็นการตรวจสอบตามกฎการใช้รหัส ICD ตามแนวทางการบันทึกข้อมูลบริการ คำวินิจฉัยโรคและการให้รหัส ICD-10-TM for PCU vol.3 [3] ใช้ตรวจสอบการให้รหัสผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **กฎ** | **รายละเอียดการตรวจสอบและรายงานผล** |
| B1 : การให้รหัสผู้ที่มารับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยเป็น **ผู้ป่วยนอก** จะต้องไม่มีรหัส Z เป็นรหัสโรคอื่นๆร่วม ยกเว้น Z12.0-Z12.9 และ Z13.0-Z13.9 | ตรวจสอบผู้ป่วยนอกทุกรายที่มีรหัสโรคหลักอยู่ในหมวด A-T จะต้องไม่มีการใช้รหัส Z ร่วมด้วยในการมารับบริการครั้งนี้ ยกเว้น Z12.0-Z12.9 และ Z13.0 – Z13.9 **ที่ไม่เป็นการคัดกรองระบบเดียวกับโรคหลัก**  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |
| B2 : ห้ามใช้รหัส V,W,X,Y เป็นรหัสโรคหลัก | ตรวจสอบผู้ป่วยทุกรายที่มีรหัสโรคหลักอยู่ในหมวด V,W,X,Y  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |
| B3 : การให้รหัส S และ T ในผู้ป่วยรายใด ต้องให้รหัสสาเหตุภายนอกร่วมด้วยเสมอ | ตรวจสอบผู้ป่วยทุกรายที่มีการให้รหัสในหมวด S,T ต้องมีการให้รหัส V,W,X,Y ร่วมด้วยอย่างน้อยหนึ่งรหัสเสมอ  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |
| B4 : การให้รหัส **ผู้ป่วยนอก** ที่มารับวัคซีนป้องกันโรค ไม่ต้องใส่รหัสการตรวจร่างกาย การตรวจสุขภาพ | ตรวจสอบผู้ป่วยทุกรายที่มีการให้รหัสในหมวด Z23.0-Z27.9 ต้องไม่มีการให้รหัส Z00.0-Z00.9, Z01.0-Z01.9, Z02.0-Z02.9 ร่วมด้วย  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |

**B. กฎการใช้รหัส ICD ให้ตามแนวทางมาตรฐาน ICD-10-TM vol. 3 (ต่อ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **กฎ** | **รายละเอียดการตรวจสอบและรายงานผล** |
| B5 : การฉีดยา พ่นยา เหน็บยา และการบริหารยาเข้าสู่ร่างกายรูปแบบต่างๆ ไม่ต้องให้รหัส | ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส 901-81-70, 903-81-70,  908-81-70 หรือไม่  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |
| B6 : การให้รหัส Z76.8 ใช้กับผู้ป่วยที่มาขอรับยาหรือรับอุปกรณ์โดยไม่เป็นโรค~~เหตุ~~ ห้ามใช้รหัส Z76.8 ร่วมกับรหัสอื่น | ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส Z76.8 ร่วมกับรหัสอื่นในการให้บริการครั้งนั้นหรือไม่  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |
| B7 : การให้รหัส O80.0-O84.9 เป็นโรคหลัก ต้องไม่มีรหัส O ตัวอื่นร่วมอยู่ในการรักษาครั้งนี้ | ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส O80.0-O84.9 ร่วมกับรหัส O ตัวอื่นในการให้บริการครั้งนั้นหรือไม่  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |
| B8 : ห้ามใช้รหัส T31.0-T31.9 ซึ่งเป็นรหัสบอกเปอร์เซ็นต์การเกิดแผลไหม้เป็นรหัสโรคหลัก | ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส T31.0-T31.9 เป็นรหัสโรคหลักในผู้ป่วยรายใดหรือไม่  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |
| B9 : การให้รหัส V00-Y34 ต้องให้รหัสรวม 5 ตัวอักษรเสมอ | ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส V00-Y34 โดยใส่ตัวเลขไม่ครบห้าตัวอักษรหรือไม่  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |
| B10 : การให้รหัส Z47.0-Z47.9 และ Z48.0 – Z48.9 ต้องไม่ใช้ร่วมกับรหัสกลุ่ม S หรือ T ในการรักษาครั้งนี้ | ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส Z47.0-Z47.9, Z48.0-Z48.9 ร่วมกับรหัสกลุ่ม S หรือ T ในการให้บริการครั้งนั้นหรือไม่  รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด |

**C. กฎการไม่ใช้รหัส ICD ที่ไม่สมควรใช้**

รหัส ICD หลายตัวจัดเป็นรหัสที่ไม่สมควรนำมาใช้ในประเทศไทย เพราะเป็นรหัสที่บ่งชี้ถึงความด้อยคุณภาพในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ พยาบาล และความด้อยคุณภาพของผู้ให้รหัส เช่น รหัสที่จัดกลุ่มโรคเป็นโรคที่ไม่รู้ว่าเกิดขึ้นที่ส่วนใดของร่างกาย หรือ เป็นรหัสกลุ่มโรคกำกวม ซึ่งไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ในประเทศใน รายการรหัส ICD ที่ไม่สมควรใช้ ได้แก่รหัสต่อไปนี้

C1 : รหัส ICD ที่เป็นรหัสแสดงความด้อยคุณภาพของสถานพยาบาล

J06.9, D22.9, L02.9, L03.9, T07, T14.0-T14.9, Z34.9

การตรวจสอบทำได้โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตรวจรายการรหัสที่เป็นรหัสแสดงความด้อยคุณภาพของสถานพยาบาลตามกฎ C1 แล้วคำนวณ จัดทำรายงานออกมาเป็น จำนวนหรือสัดส่วนการให้รหัสด้อยคุณภาพ

**การกรอกข้อมูลในตารางบันทึกผลการตรวจสอบตามกฎ :**

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ตามกฎ ณ Data Center

* กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ การตรวจสอบกฎ 1 ข้อ อยู่ใน 1 บรรทัด
* คำนวนสัดส่วนความผิดพลาด จากจำนวน case ที่ผิดพลาด หารด้วยจำนวน case ทั้งหมด แสดงผลเป็นร้อยละ

ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการให้รหัส ICD ตามกฎระหว่างสถานพยาบาล

* กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ คะแนนคุณภาพสถานพยาบาล 1 แห่ง อยู่ใน 1 บรรทัด
* ใช้เพื่อเปรียบคุณภาพข้อมูลในแต่ละสถานพยาบาล และติดตาม กำกับดูแลต่อไป

**Form B1**

**ตารางแสดงผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ตามกฏ ณ Data Center จังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ช่วงวันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| รหัสสถานพยาบาล | กฎที่ตรวจสอบ | จำนวน case ที่พบ | จำนวน case ทั้งหมด | สัดส่วน (%) | หมายเหตุ |
| 22222 | A1 | 25 | 1000 | 2.5 |  |
|  | A2 | 0 | 1000 | 0 |  |
|  | B1 | 12 | 1000 | 1.2 |  |
|  | B2 | 120 | 1000 | 12.0 |  |
|  | B3 | 267 | 1000 | 26.7 |  |
|  | B4 | 0 | 1000 | 0 |  |
|  | B5 | 430 | 1000 | 43.0 |  |
|  | B6 | 0 | 100 | 0 |  |
|  | B7 | 57 | 1000 | 5.7 |  |
|  | B8 | 0 | 1000 | 0 |  |
|  | B9 | 87 | 1000 | 8.7 |  |
|  | B10 | 235 | 1000 | 23.5 |  |
|  | C1 | 217 | 1000 | 21.7 |  |
| 22223 | A1 |  |  |  |  |
|  | A2 |  |  |  |  |
|  | B1 |  |  |  |  |
|  | B2 |  |  |  |  |
|  | B3 |  |  |  |  |
|  | B4 |  |  |  |  |
|  | B5 |  |  |  |  |

**Form B2**

**ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการให้รหัส ICD ตามกฏระหว่างสถานพยาบาลจังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ช่วงวันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| รหัสสถานพยาบาล | จำนวน case ที่ผิด | จำนวน case ทั้งหมด | สัดส่วน (%) | หมายเหตุ |
| 22222 | 576 | 1000 | 57.6 |  |
| 22223 | 234 | 1000 | 23.4 |  |
| 22224 | 120 | 1000 | 12.0 |  |
| 22225 | 765 | 1000 | 76.5 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Form B3**

**ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกข้อมูลการให้บริการ และคุณภาพการให้รหัส ICD ของสถานพยาบาล**

**ในแต่ละอำเภอ จังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ช่วงวันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| อำเภอ | คะแนนคุณภาพ  การบันทึกข้อมูล | จำนวน case ที่ให้รหัสผิด | จำนวน case ทั้งหมด | สัดส่วน ICD ที่ผิด (%) | หมายเหตุ |
| 1 | 45.75 | 576 | 1000 | 57.6 |  |
| 2 | 78.5 | 234 | 1000 | 23.4 |  |
| 3 | 62.5 | 120 | 1000 | 12.0 |  |
| 4 | 37.25 | 765 | 1000 | 76.5 |  |
| 5 | 85.0 | 100 | 1000 | 10.0 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Form C1**

**ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกข้อมูลการให้บริการ และคุณภาพการให้รหัส ICD ของสถานพยาบาล**

**ในแต่ละ จังหวัด เขตสุขภาพ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ช่วงวันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| จังหวัด | คะแนนคุณภาพ  การบันทึกข้อมูล | จำนวน case ที่ให้รหัสผิด | จำนวน case ทั้งหมด | สัดส่วน ICD ที่ผิด (%) | หมายเหตุ |
| 1 | 45.75 | 5760 | 10000 | 57.6 |  |
| 2 | 78.5 | 2340 | 10000 | 23.4 |  |
| 3 | 62.5 | 1200 | 10000 | 12.0 |  |
| 4 | 37.25 | 7650 | 10000 | 76.5 |  |
| 5 | 85.0 | 1000 | 10000 | 10.0 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**กลไกควบคุมคุณภาพข้อมูลการให้บริการและรหัส ICD**

กลไกควบคุมคุณภาพข้อมูล คือ ระบบที่ใช้วัด ติดตาม และเฝ้าระวังคุณภาพข้อมูล โดยเริ่มที่การวัดให้รู้สถานการณ์คุณภาพข้อมูล เพื่อที่จะได้นำมาค้นหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขปัญหาคุณภาพข้อมูล หลังจากนั้น ก็ควรติดตามดูว่า คุณภาพข้อมูลดีขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือไม่ หากไม่ดีขึ้น ก็คงต้องหาทางแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม จนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีคุณภาพดีขึ้นในระดับที่พอใจ จึงค่อยเปลี่ยนรูปแบบเป็นการเฝ้าระวังต่อไป ดังภาพด้านล่าง

ข้อมูลจากสถานพยาบาลต่างๆ

กระบวนการตรวจสอบคุณภาพ

วัดคะแนนคุณภาพของสถานพยาบาล ประเมินสถานการณ์

**คะแนนคุณภาพ**

**ได้เกณฑ์ดี** ?

ไม่ผ่าน

ผ่าน

ค้นหาสาเหตุของปัญหา

กำหนดกระบวนการแก้ไขปัญหา

ดำเนินการแก้ไขปัญหา

คลังข้อมูล

ที่มีข้อมูลเชื่อถือได้

กระบวนการเฝ้าระวัง

ติดตามคุณภาพ

ให้มีคุณภาพดีอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์

และใช้ประโยชน์ได้



การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมและป้องกันโรค



C:\Program Files\Microsoft Office\MEDIA\CAGCAT10\j0235319.wmf **ภาพที่ 1 กลไกควบคุมคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพและ ICD**

ในการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศไทย ควรจัดให้มีกลไกควบคุมคุณภาพ ตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขตบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข โดยกลไกในแต่ละระดับ มีหน้าที่รับผิดชอบที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **กลไกควบคุมคุณภาพข้อมูลระดับ** | **หน้าที่รับผิดชอบ** |
| อำเภอ | วัดคุณภาพข้อมูลที่มาจากสถานพยาบาลในแต่ละตำบล ประเมินสถานการณ์ ร่วมกับสถานพยาบาลหาทางแก้ไขปัญหาคุณภาพที่พบ ติดตามตรวจสอบและแก้ไขซ้ำ จนกว่าจะแก้ปัญหาคุณภาพข้อมูลได้ |
| จังหวัด | รับตัวเลขแสดงคุณภาพข้อมูลจากอำเภอต่างๆเพื่อประเมินสถานการณ์ในแต่ละอำเภอ อาจต้องจัดทีมเข้าตรวจเยี่ยมประเมินและให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาคุณภาพข้อมูลในสถานพยาบาล ติดตามตรวจสอบและแก้ไขซ้ำ จนกระทั่งทุกอำเภอมีระดับคุณภาพข้อมูลที่ดี แล้วจัดระบบเฝ้าระวัง |
| เขตบริการสุขภาพ | รับตัวเลขแสดงคุณภาพข้อมูลจากจังหวัดต่างๆเพื่อประเมินสถานการณ์ในแต่ละจังหวัด สนับสนุนทรัพยากร วิทยากร ผู้ชำนาญเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ติดตามตรวจสอบและแก้ไขซ้ำ จนกระทั่งทุกจังหวัดมีระดับคุณภาพข้อมูลที่ดี แล้วจัดระบบเฝ้าระวัง |
| กระทรวงสาธารณสุข | รับตัวเลขแสดงคุณภาพข้อมูลจากเขตบริการสุขภาพต่างๆเพื่อประเมินสถานการณ์ในแต่ละเขต สนับสนุนทรัพยากร วิทยากร ผู้ชำนาญเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ติดตามตรวจสอบและแก้ไขซ้ำ จนกระทั่งทุกเขตบริการสุขภาพมีระดับคุณภาพข้อมูลที่ดี แล้วจัดระบบเฝ้าระวัง กำหนดมาตรฐานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูลและการให้รหัสอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนคู่มือและเครื่องมือเพื่อใช้ในการตรวจสอบและกำกับดูแลคุณภาพข้อมูล |

**ข้อควรระวังการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากรหัส ICD**

ในปัจจุบันมีการนำข้อมูลรหัส ICD ไปใช้ประโยชน์หลายด้าน เช่น มีการสืบค้นข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามรหัส ICD เป็นนำไปคำนวณตัวชี้วัดต่างๆ เช่น ตัวชี้วัด Service Plan ตัวชี้วัด KPI ของสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม หากผู้กำหนดวิธีสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากรหัส ICD ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องในการให้รหัสโดยสถานพยาบาล แล้วไปกำหนดวิธีสืบค้นที่ผิดพลาด จะทำให้ได้ผลการคำนวณตัวชี้วัดต่างๆเหล่านี้ผิดพลาดไปด้วย และถ้านำตัวชี้วัดต่างๆเหล่านี้ไปใช้กำกับตรวจสอบ หรือวางแผนแก้ไขปัญหา ก็จะทำให้เกิดผลเสียหายต่อส่วนรวมได้

ขอแนะนำให้ผู้ที่ต้องการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตามรหัส ICD ศึกษารายละเอียดดังต่อไปนี้ ก่อนกำหนดรหัสที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มใดๆ

1. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น สถานพยาบาลมีการบันทึกอาการสำคัญ ประวัติ ตรวจร่างกายอย่างไร ใช้คำวินิจฉัยโรคอย่างไรได้บ้าง
2. มีกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้คำวินิจฉัยโรคอย่างไร เช่น กฎเกณฑ์การบันทึกข้อมูลสำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ [3]
3. มีกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้รหัส ICD อย่างไร เช่น แนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ (Standard Coding Guideline) [4]
4. กลุ่มรหัส ICD เหล่านี้ มีบริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เป็นหญิงตั้งครรภ์หรือเด็กแรกเกิดหรือไม่ ควรเพื่อการดึงข้อมูลจาก รหัส O หรือ P ด้วยหรือไม่
5. ทดลองดึงข้อมูลตามที่กำหนดจากฐานข้อมูลในจังหวัดใดจังหวัดหนึ่ง แล้วลองเปรียบเทียบกับข้อมูลที่คาดการณ์ ว่าได้จำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกับที่คาดการณ์หรือไม่ หากได้จำนวนไม่ใกล้เคียง ควรทบทวน รหัสที่กำหนดในการดึงข้อมูลใหม่

**บรรณานุกรม**

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนสำหรับแพทย์.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2555
2. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, volume 2. 2nd ed. Geneva: The Organization; 2004. 177 p.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการบันทึกข้อมูลบริการ คำวินิจฉัยโรค และการให้รหัส บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๑๐ ฉบับประเทศไทย สำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ICD-10-TM for PCU vol. 3.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2555
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Thai Modification, Volume 5, Standard Coding Guideline**. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2557

**ภาคผนวก ก**

ตัวอย่างการประเมินคุณภาพเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยใน

##### DISCHARGE SUMMARY

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Poor = 1(ไม่บันทึกโรคหลัก)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **- -** |
| **Co-morbidity** | **- -** |
| **Complications** | **- -** |
| **Other diagnosis** | Normal Labour |
| **External causes** | - - |

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Poor = 1 (สรุปโรคหลักมากกว่า 1 โรค)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **DM with HT with COPD with CRF** |
| **Co-morbidity** | **- -** |
| **Complications** | **- -** |
| **Other diagnosis** | - - |
| **External causes** | - - |

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Poor = 1(บันทึกโรคแทรกแทนโรคหลัก)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **Postoperative acute tubular necrosis** |
| **Co-morbidity** | **Asymptomatic gall stones(Admit for cholecystectomy)** |
| **Complications** | **- -** |
| **Other diagnosis** | - - |
| **External causes** | - - |

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Fair = 2(ไม่ระบุกลไกการบาดเจ็บ)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **Fracture left femur** |
| **Co-morbidity** | **- -** |
| **Complications** | **- -** |
| **Other diagnosis** | - - |
| **External causes** | - - |

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Fair = 2

##### (บันทึกโรคร่วมไม่ครบ เช่น ผู้ป่วยเป็นเบาหวานแต่แพทย์ไม่บันทึกเบาหวานเป็นโรคร่วม)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **Senile cataract left eye** |
| **Co-morbidity** | **- -** |
| **Complications** | **- -** |
| **Other diagnosis** |  |

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Fair = 2

##### (บันทึกโรคร่วมผิดที่ เช่น ผู้ป่วยเป็นเบาหวานแต่แพทย์ไม่บันทึกเบาหวานเป็นโรคร่วม กลับไปบันทึกไว้ในช่องโรคอื่นๆ)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **Senile cataract left eye** |
| **Co-morbidity** | **- -** |
| **Complications** | **- -** |
| **Other diagnosis** | DM |
| **External causes** | - - |

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Fair = 2

##### (บันทึกหัตถการไม่ครบ เช่น ผู้ป่วยได้รับการทำ Tracheostomy แพทย์กลับไม่บันทึก)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **Subdural hematoma left frontoparietal area** |
| **Co-morbidity** | **Fracture left clavicle** |
| **Complications** | **Aspirated pneumonia both lungs** |
| **Other diagnosis** | - - |
| **External causes** | ขับมอเตอร์ไซด์ชนเสาไฟฟ้า ขณะกลับจากทำงาน |
| **Main op/proc.** | Drainage subdural hematoma |
| **Add. procedure** | - - |

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Good = 3

##### (บันทึกโรคและหัตถการครบ แต่ขาดรายละเอียด เช่น ไม่บอกตำแหน่งที่เป็นโรค ไม่บอกชนิดย่อยของโรค ไม่บอกกลไกการบาดเจ็บโดยละเอียด)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **Subdural hematoma** |
| **Co-morbidity** | **Fracture clavicle** |
| **Complications** | **Aspirated pneumonia** |
| **Other diagnosis** | - - |
| **External causes** | ขับมอเตอร์ไซด์ชนเสาไฟฟ้า |
| **Main op/proc.** | Drainage subdural hematoma |
| **Add. procedure** | Tracheostomy |

##### ตัวอย่าง Discharge Summary คะแนน Excellent = 4

##### (บันทึกโรคและหัตถการครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียด หาที่ติไม่ได้)

|  |  |
| --- | --- |
| **Main condition** | **Subdural hematoma left frontoparietal area** |
| **Co-morbidity** | **Fracture sternal end of left clavicle** |
| **Complications** | **Staphylococcal aspirated pneumonia both lungs** |
| **Other diagnosis** | - - |
| **External causes** | ขับมอเตอร์ไซด์ชนเสาไฟฟ้า ขณะกลับจากทำงาน ไม่ใส่หมวกกันน็อค |
| **Main op/proc.** | Drainage subdural hematoma left frontoparieal |
| **Add. procedure** | Tracheostomy, On ventilators 1 week |

##### HISTORY

##### ตัวอย่าง History คะแนน Poor = 1(บันทึกเพียงแค่อาการสำคัญ)

|  |  |
| --- | --- |
| Chief complaint | **ปวดท้อง 6 ชั่วโมง** |
| Present illnesses | - - |
| Past History | **- -** |
| Personal and social history | **- -** |
| Family history | **- -** |
| Review of system | **- -** |

##### ตัวอย่าง History คะแนน Fair = 2

##### (บันทึกอาการสำคัญประวัติปัจจุบันและประวัติอื่นๆ ไม่ครบถ้วน)

|  |  |
| --- | --- |
| Chief complaint | **ปวดท้อง 6 ชั่วโมง** |
| Present illnesses | 6 ชม. PTA เริ่มปวดท้องบริเวณกลางท้อง ปวดจุกๆ มีคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน ไม่มีท้องเสีย กินยาธาตุน้ำขาวไม่ดีขึ้น จึงมารพ. |
| Past History | **- -** |
| Personal and social history | **- -** |
| Family history | **- -** |
| Review of system | **- -** |

##### ตัวอย่าง History คะแนน Fair = 2

##### (บันทึกอาการสำคัญประวัติปัจจุบันและประวัติอื่นๆ ไม่ครบถ้วน)

|  |  |
| --- | --- |
| Chief complaint | **ปวดท้อง 6 ชั่วโมง** |
| Present illnesses | ไม่อาเจียน ไม่มีท้องเสีย กินยาธาตุน้ำขาวไม่ดีขึ้น ปวดมากขึ้นเรื่อยๆจึงมารพ. |
| Past History | **- -** |
| Personal and social history | **ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่** |
| Family history | **- -** |
| Review of system | **- -** |

##### ตัวอย่าง History คะแนน Fair = 2

##### (บันทึกอาการสำคัญประวัติปัจจุบันและประวัติอื่นๆ ไม่ครบถ้วน)

|  |  |
| --- | --- |
| Chief complaint | **ปวดท้อง 6 ชั่วโมง** |
| Present illnesses | ไม่อาเจียน ไม่มีท้องเสีย ปวดมากขึ้นเรื่อยๆจึงมารพ. |
| Past History | **ปฏิเสธ TB, DM, HT** |
| Personal and social history | **- -** |
| Family history | **ไม่มีโรคทางกรรมพันธุ์** |
| Review of system | **- -** |

##### ตัวอย่าง History คะแนน Good = 3

##### (บันทึกประวัติครบถ้วนทุกข้อ ขาด Review of system)

|  |  |
| --- | --- |
| Chief complaint | **ปวดท้อง 6 ชั่วโมง** |
| Present illnesses | 6 ชม. PTA เริ่มปวดท้องบริเวณกลางท้อง ปวดจุกๆ ไม่ร้าวไปที่ไหน มีคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน ไม่มีท้องเสีย กินยาธาตุน้ำขาวไม่ดีขึ้น จึงนอนพักอยู่ที่บ้าน  1 ชม. PTA อาการปวดท้องมากขึ้น ตำแหน่งที่ปวดย้ายมาที่ท้องน้อยด้านขวาล่าง เริ่มมีไข้ ไม่หนาวสั่น จึงมารพ. |
| Past History | **ปกติสบายดี ไม่มีโรคประจำตัว**  **ปฏิเสธ TB, DM, HT, Heart disease** |
| Personal and social history | **อาชีพขับรถรับจ้าง ทำงานเวลากลางคืนเป็นส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย** |
| Family history | **ไม่มีโรคทางกรรมพันธุ์ บิดามารดา ยังมีชีวิตอยู่สบายดี แต่งงานแล้ว มีบุตร 2 คน อายุ 7 ปี และ 5 ปี เรียนโรงเรียนอนุบาล ภรรยาทำงานบริษัทรับจ้างทำความสะอาด ทุกคนแข็งแรงดี** |
| Review of system | **- -** |

##### ตัวอย่าง History คะแนน Excellent = 4

##### (บันทึกประวัติครบถ้วนทุกข้อมีรายละเอียดสมบูรณ์ รวม Review of system)

|  |  |
| --- | --- |
| Chief complaint | **ปวดท้อง 6 ชั่วโมง** |
| Present illnesses | 6 ชม. PTA เริ่มปวดท้องบริเวณกลางท้อง ปวดจุกๆ ไม่ร้าวไปที่ไหน มีคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน ไม่มีท้องเสีย กินยาธาตุน้ำขาวไม่ดีขึ้น จึงนอนพักอยู่ที่บ้าน  1 ชม. PTA อาการปวดท้องมากขึ้น ตำแหน่งที่ปวดย้ายมาที่ท้องน้อยด้านขวาล่าง เริ่มมีไข้ ไม่หนาวสั่น จึงมารพ. |
| Past History | **ปกติสบายดี ไม่มีโรคประจำตัว**  **ปฏิเสธ TB, DM, HT, Heart disease** |
| Personal and social history | **อาชีพขับรถรับจ้าง ทำงานเวลากลางคืนเป็นส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย** |
| Family history | **ไม่มีโรคทางกรรมพันธุ์ บิดามารดา ยังมีชีวิตอยู่สบายดี แต่งงานแล้ว มีบุตร 2 คน อายุ 7 ปี และ 5 ปี เรียนโรงเรียนอนุบาล ภรรยาทำงานบริษัทรับจ้างทำความสะอาด ทุกคนแข็งแรงดี** |
| Review of system  Review of system**(ต่อ)** | **HEENT – ตามองเห็นดี ไม่มีอาการเคือง หูได้ยินชัดเจน จมูกได้กลิ่นดี ไม่มีน้ำมูกไหลบ่อยๆ ไม่เจ็บคอ ไม่มีอาการปวดเสียวฟัน**  **Chest – หายใจได้สะดวก ไม่เคยมีอาการหอบเหนื่อย มีไอเป็นเสมหะบ้างในตอนเช้าๆ**  **Heart – ไม่รู้สึกใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดจังหวะ**  **Abdomen – ไม่รู้สึกท้องอืด ไม่เคยคลำได้ก้อนในท้อง ไม่เคยมีอาการปวดท้องเรื้อรัง**  **Extremity – แขนขาขยับได้สะดวกดี ไม่เคยปวดข้อ ข้อไม่บวม**  **Skin – ไม่มีผื่นผิวหนัง ไม่คัน**  **Neuro – ไม่ปวดศีรษะบ่อยๆ ไม่มีอาการแขนขาชาหรืออ่อนแรง** |

##### PHYSICAL EXAMINATION

##### ตัวอย่าง Physical examination คะแนน Poor = 1(ตรวจเฉพาะอวัยวะที่มีอาการนำ)

|  |  |
| --- | --- |
| Vital signs | - - |
| General appearance | - - |
| HEENT | - - |
| Chest and heart | - - |
| Abdomen | soft, not distended, tender and guarding at right lower quadrant, no rebound tenderness |
| Extremity | - - |
| Neurosigns | - - |
| Other specify organs | - - |

##### ตัวอย่าง Physical examination คะแนน Fair = 2(ตรวจไม่ครบทุกอวัยวะ)

|  |  |
| --- | --- |
| Vital signs | - - |
| General appearance | good consciousness, normal built |
| HEENT | not pale , no jaundice |
| Chest and heart | - - |
| Abdomen | soft, not distended, tender and guarding at right lower quadrant, no rebound tenderness |
| Extremity | - - |
| Neurosigns | - - |
| Other specify organs | - - |

##### ตัวอย่าง Physical examination คะแนน Good = 3(ตรวจครบทุกอวัยวะที่จำเป็น)

|  |  |
| --- | --- |
| Vital signs | BT 37.9 C, PR 80/min RR 20/min BP 120/70 |
| General appearance | good consciousness, normal built |
| HEENT | not pale , no jaundice |
| Chest and heart | clear breath sound, normal S1S2 no murmur |
| Abdomen | soft, not distended, tender and guarding at right lower quadrant, no rebound tenderness |
| Extremity | not edema, no deformity |
| Neurosigns | - - |
| Other specify organs | PR – tender right side, no mass, no rectal shelf |

##### ตัวอย่าง Physical examination คะแนน Excellent = 4

##### (ตรวจครบทุกอวัยวะโดยละเอียด)

|  |  |
| --- | --- |
| Vital signs | BT 37.9 C, PR 80/min RR 20/min BP 120/70 |
| General appearance | good consciousness, normal built  febrile, acutely ill, not toxic |
| HEENT | not pale , no jaundice  dirty sclera, no opaque lens  phyrynx – not injected  trachea in midline, no cervical nodes enlargement |
| Chest and heart | round and slim contour of thorax  clear breath sound both lungs,  PMI at 5th ICS mid clavicular line,  normal S1S2 no murmur |
| Abdomen | bowel sound - decreased  soft, not distended, tender and guarding at right lower quadrant, no rebound tenderness |
| Extremity | not edema, no deformity |
| Neurosigns | good consciousness  Cranial nerve 2 – pupil 3 mm both react to light  clear fundus, no papilledema  CN 3, 4, 6 – no limitation of eye movement  CN 5,7– intact sensation of face, no facial palsy  CN 8 – no hearing loss  CN 9,10 – gag reflex intact  CN 11 – no torticollis  CN 12 – no deviation of tongue on protusion  Motor – motor power grade 5 on all extremities  Sensory- intact propioception, touch, pain sensation  Reflex – 2+ all  Cerebellar signs – intact finger to nose test, no dysarthria, Romberg’s test - WNL |
| Other specify organs | PR – tender right side, no mass, no rectal shelf |

##### PROGRESS NOTE

##### ตัวอย่าง Progress notes คะแนน Poor = 1(มีบันทึก แต่ไม่ได้มาตรฐาน)

|  |  |
| --- | --- |
| Post admit day 1 | 11 มกราคม 2546  บ่นเวียนหัว  BP 110/80  Plan : same |
| Post admit day 2 | 12 มกราคม 2546  เวียนหัวน้อยลง หลับได้  Plan : same |
| Post admit day 3 | **- -** |
| Operation day | **- -** |
| Day with major events | **- -** |
| Discharge day | **- -** |

##### ตัวอย่าง Progress notes คะแนน Fair = 2

##### (มีบันทึกครบทุกวันที่กำหนด แต่ไม่มีรายละเอียด )

|  |  |
| --- | --- |
| Post admit day 1 | 11 มกราคม 2546  บ่นเวียนหัว  BP 110/80  Plan : same |
| Post admit day 2 | 12 มกราคม 2546  เวียนหัวน้อยลง หลับได้  Plan : same |
| Post admit day 3 | 13 มกราคม 2546  same |
| Operation day | - - |
| Day with major events | - - |
| Discharge day | 14 มกราคม 2546  กินอาหารได้ หายเวียนหัว ขอกลับบ้าน  Discharge ได้  HM : Paracet x 20 นัด 1 week |

##### ตัวอย่าง Progress notes คะแนน Good = 3

##### (มีบันทึกครบทุกวันที่กำหนด มีรายละเอียดมากพอสมควร )

|  |  |
| --- | --- |
| Post admit day 1 | 11 มกราคม 2546  ยังมีไข้ต่ำๆ ไม่ปวดหัว ปวดท้องน้อยลง  BT 37.8 C, PR 88/min BP 110/80  Abdomen –tender and moderate guarding at upper abdomen, bowel sound decreased, no mass, no rebound tenderness  Dx : Improved acute pancreatitis  Plan : NPO ต่อ |
| Post admit day 2 | 12 มกราคม 2546  ไข้ลดลง อาการปวดท้องดีขึ้นมาก  BT 37.5 C, PR 80/min BP 120/80  Abdomen –tender and mild guarding at upper abdomen, bowel sound normal, no mass, no rebound tenderness  Dx : Acute edematous pancreatitis  Plan : off NG tube, try liquid diet |
| Post admit day 3 | 13 มกราคม 2546  หายปวดท้องแล้ว ไม่รู้สึกมีไข้ กินโจ๊กแล้วไม่ปวดท้อง  BT 37.0 C, PR 100/min BP 120/70  Abdomen – soft, not tender, bowel sound normal, no mass, no guarding  Dx : Resolved pancreatitis  Plan : try soft diet, ถ้ากินได้ดี Discharge |
| Operation day | - - |
| Day with major events | - - |
| Discharge day | 14 มกราคม 2546  กินอาหารได้ หายปวดท้อง ขอกลับบ้าน  Discharge ได้  HM : Paracet x 20 นัด นัด follow –up 1 week ที่ OPD ศัลยกรรม |

##### ตัวอย่าง Progress notes คะแนน Excellent = 4

##### (มีบันทึกครบทุกวันที่กำหนด มีรายละเอียดครอบคลุม S-O-A-P )

|  |  |
| --- | --- |
| Post admit day 1 | 11 มกราคม 2546  S : ยังมีไข้ต่ำๆ ไม่ปวดหัว ปวดท้องน้อยลง  O : BT 37.8 C, PR 88/min BP 110/80  Abdomen –tender and moderate guarding at upper abdomen,  bowel sound decreased, no mass, no rebound tenderness  A : Sign หน้าท้องลดลงกว่าเมื่อวานนี้, ไข้ไม่ขึ้นแสดงว่าการอักเสบ  ไม่ลุกลามมากขึ้น แสดงให้เห็นภาวะ Improved acute  pancreatitis น่าจะเป็นชนิด Edematous pancreatitis  Plan : NPO ต่อ เพื่อ ลดการหลั่งน้ำย่อยของตับอ่อน  ระวังภาวะ Electrolyte imbalance  ขอตรวจ Ultrasound pancreas พรุ่งนี้ เพื่อยืนยันว่าเป็น  Edematous pancreatitis จริง |
| Post admit day 2 | 12 มกราคม 2546  S : ไข้ลดลง อาการปวดท้องดีขึ้นมาก  O : BT 37.5 C, PR 80/min BP 120/80  Abdomen –tender and mild guarding at upper abdomen,  bowel sound normal, no mass, no rebound tenderness  Ultrasound : Edematous head of pancreas  Dx : Acute edematous pancreatitis อาการดีขึ้น แสดงว่าตอบสนอง  ต่อการรักษาได้อย่างดี ลำไส้เริ่มทำงานได้  Plan : off NG tube, try liquid diet หากรับประทานได้ plan  discharge |
| Post admit day 3 | 13 มกราคม 2546  S : หายปวดท้องแล้ว ไม่รู้สึกมีไข้ กินโจ๊กแล้วไม่ปวดท้อง  O : BT 37.0 C, PR 100/min BP 120/70  Abdomen – soft, not tender, bowel sound normal, no mass,  no guarding  A : Dx : Resolved pancreatitis หายแล้ว  Plan : try soft diet, ถ้ากินได้ดี Discharge |
| Operation day | - - |
| Discharge day | 14 มกราคม 2546  S : กินอาหารได้ หายปวดท้อง ขอกลับบ้าน  O : Afebrile, Abdomen – soft, not tender  A : Resolved pancreatitis  P : Discharge ได้ อธิบายการปฏิบัติตัวระยะพักฟื้นกับผู้ป่วย  HM : Paracet x 20 นัด นัด follow –up 1 week ที่ OPD ศัลยกรรม |

##### OPERATIVE NOTE

##### ตัวอย่าง Operative note คะแนน Poor = 1(บันทึกเฉพาะชื่อการผ่าตัด)

|  |  |
| --- | --- |
| Pre-op diagnosis | Acute appendicitis |
| Post-op diagnosis | - - |
| Incision | - - |
| Findings | - - |
| Procedures | Appendectomy was done |
| Picture | - - |
| Complication or blood loss | - - |
| Other informations | - - |

##### ตัวอย่าง Operative note คะแนน Fair = 2

##### (มีชื่อการผ่าตัดและรายละเอียดมากพอสมควร)

|  |  |
| --- | --- |
| Pre-op diagnosis | Acute appendicitis |
| Post-op diagnosis | Acute appendicitis |
| Incision | - - |
| Findings | Acute inflamed appendix |
| Procedures | External oblique sheath opened.  Internal oblique muscle splitted, peritoneal opened. Appendix was identified.  Mesoappendix was ligated and divided.  Appendicial stump was closed by double ligation technique.  Peritoneal cavity was cleaned.  Abdominal wall was closed. |
| Picture | - - |
| Complication or blood loss | - - |
| Other informations | - - |

##### ตัวอย่าง Operative note คะแนน Good = 3, Excellent = 4

##### (มีชื่อการผ่าตัดและรายละเอียดมากพอสมควร หากมีภาพประกอบชัดเจนจะเข้าเกณฑ์ดีมาก)

|  |  |
| --- | --- |
| Pre-op diagnosis | Acute appendicitis |
| Post-op diagnosis | Acute appendicitis |
| Incision | McBurney gridiron |
| Findings | Moderate amount of serous fluid in peritoneal cavity.  Acute inflamed appendix, preileal type with mild degree mesentery adherance |
| Procedures | Gridiron incision was made.  External oblique sheath opened longitudinally.  Internal oblique muscle splitted by blunt dissection, peritoneal opened.  The cecum was elevated out of abomen. Appendix was identified.  Mesoappendix was ligated and divided with silk 3/0.  Appendicial stump was closed by double ligation technique with silk 2/0 after stump mucosa destroyed by electrocauterization.  Peritoneal cavity was cleaned by gauze swab until dried off.  Abdominal wall was closed in two layer, external oblique layer by Dexon 3/0.  Skin was closed interruptly with Nylon 3/0. |
| Picture | **หากมีภาพประกอบที่ชัดเจน อาจประเมินเข้าเกณฑ์ Excellent** |
| Complication or blood loss | No immediate post-op complication.  Estimated blood loss 50 ml |
| Other informations | - - |

##### ตัวอย่าง Nurses’ notes คะแนน Good = 3

##### (มีบันทึกครบทุกเวรที่กำหนด มีรายละเอียดช่วยการวินิจฉัย การรักษา )

|  |  |
| --- | --- |
| Admit day 1 | 11 มกราคม 2546(16-24 น.)  รับใหม่จาก ER at 16.20 น. มาโดยรถนอนพร้อมญาติและจนท. ญาติให้ประวัติว่ามีไข้ ไอ ปวดตามข้อ ปวดหลัง เป็นมา 1 วัน เมื่อเช้าไปโรงพยาบาล….ได้ยามากิน อาการไม่ดีขึ้นจึงขอมารักษาต่อ แรกรับเด็กรู้สึกตัวดี ท่าทางอ่อนเพลีย มีไข้สูง 39 C, PR=108/min  RR = 32/min, BP = 110/60 mmHg แนะนำญาติเช็ดตัวลดไข้ ให้ยา Para(500) หลังให้ยาไข้ลงเล็กน้อย ขาขวา On LLC ไว้ ญาติบอกว่าหกล้ม แพทย์ที่รพ. …..ใส่เฝือกให้ มี HL ส่ง Lab ให้รอผล แนะนำญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รับฟังดี on O2 cannula ไว้ Run EKG ได้ รอแพทย์ดู หลังรับไว้ rest ได้บ้าง รับประทานอาหารได้น้อย ดูแลให้ยาตาม Rx, observe ต่อ |
| Admit day 2 | 12 มกราคม 2546(0-8 น.)  ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง เหนื่อย อ่อนเพลีย on O2 cannula 5 litre/min บ่นปวดตามร่างกาย มีไข้สูงเช็ดตัวลดไข้ ให้ Paracetamol หลังได้ไข้ลดลง On heparin lock ไว้ ให้ยาช่วยแพทย์ในการรักษา เบิกอาหารจืดให้ Record I/O ไว้ Urine สีเหลืองปนส้ม ในเวรพักผ่อนได้ |

##### ตัวอย่าง Nurses’ notes คะแนน Excellent = 4

##### (มีบันทึกครบทุกเวรที่กำหนด มีรายละเอียดช่วยการวินิจฉัย การรักษา มี S-O-A-P-E )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันเดือนปี/เวลา | ปัญหา | บันทึก |
| 11 ม.ค.2546  11.00 น.  12 ม.ค. 2546  11.30 น. | A1 : อุณหภูมิร่างกายสูง เนื่องจากสูญเสียน้ำทางอุจจาระและได้รับน้ำไม่เพียงพอ | S1 : เวียนศีรษะ หน้ามืดไปหมด ไม่รู้ว่ากลางวันหรือ  กลางคืน รู้สึกร้อนๆ หนาวๆ ไม่สบาย ปวดท้อง  ถ่ายบ่อย หิวน้ำมาก ตอนนี้ไม่รู้อยู่ที่ไหน “ช่วยด้วย”  O1 : กระสับกระส่าย ตอบไม่ตรงคำถาม ไม่รู้เวลา สถาน  ที่ ผิวหนังซูบซีด ริมฝีปากแห้ง กระบอกตาลึก Skin  turgor = poor ถ่ายอุจจาระ 4-5 ครั้งใน 30 นาที  ถ่ายปัสสาวะสีเข้ม ประมาณ 50 ซี.ซี. T = 39.8°C  PR = 100 ครั้ง/นาที, RR = 32 ครั้ง/นาที  BP = 90/60 มม.ปรอท  P1 : ดูแลการได้รับ 5% D/NSS IV 50 หยด/นาที ดูแล  ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์และทวารหนักหลัง  ถ่ายทุกครั้ง เช็ดตัวลดไข้แบบ Tepid sponge กระตุ้น  ให้ดื่มน้ำ ORS > 3000 ซีซี/วัน ติดตามผลการ  ตรวจทางห้องทดลองได้แก่ ผลการตรวจเกลือแร่  อุจจาระและปัสสาวะ  E1 (S2) : รู้สึกตัวดี แต่ยังมีซ๊ม ริมฝีปากแห้งอยู่ อ่อน  เพลีย ซึด  E1 (O2) : T = 38.8° C PR = 90 ครั้ง/นาที, RR =  30 ครั้ง/นาที, BP = 100/70 มม.ปรอท |
| 12 ม.ค. 2546  12.30 น. | A2: อุณหภูมิร่างกายลดลงจากการได้รับน้ำทดแทนเพียงพอ ช่วยให้เกิดการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ จะช่วยพาความร้อนออกทางผิวหนังได้ดียิ่งขึ้น ผลการตรวจอุจจาระปกติ ดังนั้น การถ่ายเหลวครั้งนี้ อาจเกิดจากอาหารเป็นพิษหรือ สาเหตุอื่นๆที่ไม่ใช่การติดเชื้อทางเดินอาหาร การสูญเสียน้ำ ทำให้เกิดภาวะเบี่ยงเบนของสมดุลอิเล็คโตรลัยท์เล็กน้อย และยังไม่มีผลกระทบต่อไป | S2 : ปัสสาวะได้เอง ประมาณ 60 ซีซี ยังมีถ่ายอุจจาระอีก  4-5 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง  ผลการตรวจ Stool culture = no growth, no rbc  ผลการตรวจ Electrolyte Na = 130 mMol/L,  K = 3.2 mMol/L, Cl = 104 mMol/L,  HCO3 = 19 mMol/L ผลการตรวจหน้าที่ของไต  BUN = 18 mg/dl, Cr = 0.6 mg/dl  P2 : ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลเดิม และซักประวัติ  เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ก่อนมา โรง  พยาบาลและประวัติครอบครัว  E2 : T = 38° C, P = 88 ครั้ง/นาที,  R = 28 ครั้ง/นาที, BP = 110/70 มม. ปรอท  พักผ่อนได้มากขึ้น ปวดท้องน้อยลง ดื่ม ORS ได้  300 ml  สายใจ RN |

**ภาคผนวก ข**

แบบฟอร์มต่างๆที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและ ICD

**Form A1**

**ตารางบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก รหัสสถานพยาบาล \_\_\_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HN | วันที่ | เวลา | วัน/เวลา | CC | ประวัติ | ตรวจร่างกาย | คำวินิจฉัย | การรักษา | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**สรุปผลการตรวจ คะแนนที่ได้ทั้งหมด\_\_\_\_\_\_\_ คะแนนเต็ม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_สัดส่วน \_\_\_\_\_\_\_\_ %**

**Form A2**

**ตารางบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยใน รหัสสถานพยาบาล \_\_\_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AN | วันที่จำหน่าย | การวินิจฉัย หรือ เหตุผลที่มารับบริการ | ลำดับ | ประเภท | ICD | AuditICD | ผลการตรววจ | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**สรุปผลการตรวจ Error A \_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ E\_\_\_\_\_F\_\_\_\_\_G\_\_\_\_\_H\_\_\_\_ จำนวนรหัสที่ผิด\_\_\_\_\_\_ รหัสทั้งหมด\_\_\_\_\_\_\_\_ผิดพลาด\_\_\_\_\_\_ %**

**Form B1**

**ตารางแสดงผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ตามกฏ ณ Data Center จังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ช่วงวันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| รหัสสถานพยาบาล | กฎที่ตรวจสอบ | จำนวน case ที่พบ | จำนวน case ทั้งหมด | สัดส่วน (%) | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Form B2**

**ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการให้รหัส ICD ตามกฏระหว่างสถานพยาบาลจังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ช่วงวันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตรวจโดย\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| รหัสสถานพยาบาล | จำนวน case ที่ผิด | จำนวน case ทั้งหมด | สัดส่วน (%) | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Form B3**

**ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกข้อมูลการให้บริการ และคุณภาพการให้รหัส ICD ของสถานพยาบาล**

**ในแต่ละอำเภอ จังหวัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ช่วงวันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| อำเภอ | คะแนนคุณภาพ  การบันทึกข้อมูล | จำนวน case ที่ให้รหัสผิด | จำนวน case ทั้งหมด | สัดส่วน ICD ที่ผิด (%) | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Form C1**

**ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกข้อมูลการให้บริการ และคุณภาพการให้รหัส ICD ของสถานพยาบาล**

**ในแต่ละ จังหวัด เขตสุขภาพ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ช่วงวันที่\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| จังหวัด | คะแนนคุณภาพ  การบันทึกข้อมูล | จำนวน case ที่ให้รหัสผิด | จำนวน case ทั้งหมด | สัดส่วน ICD ที่ผิด (%) | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |