



ระบบการจัดการรายกรณีกับการจัดการผลลัพธ์
(Case Management and Outcomes Management)
พศ.ดร.อภิญญา จำปามูล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ที่มาของระบบการจัดการรายกรณี (ต่อ)

❑ ผู้มาใช้บริการมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เรื้อรัง โรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดแรงกดดันในการลดค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะบริษัทประกันสุขภาพ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในระบบการเงินการคลังทางด้านสุขภาพ และการจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพต่าง ๆ

❑ ระบบการเงินการคลังทางด้านสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงจากเดิม เป็นระบบการเบิกจ่ายตามบริการโดยตรงจากสถานบริการ **Retrospective-payment system (fee-for-service payment system)** เป็น **Prospective payment system (DRG)** การบริหารจัดการทางด้านสุขภาพ **จาก Individual-based care เป็น population-based care**

ที่มาของระบบการจัดการรายกรณี (ต่อ)

Prospective payment system (DRG) เป็นระบบตกลงราคาล่วงหน้า

- ประเทศไทยเลือกใช้ DRG เป็นวิธีจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลได้รับเงินงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว (DRG Payment) มาก่อนล่วงหน้า ก่อนที่การให้บริการสุขภาพจะเกิดขึ้น
- การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลจะถูกกำหนดในอัตราคงที่ ตลอดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง รพ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่เกินจาก กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ที่ถูกกำหนดไว้

ที่มาของระบบการจัดการรายกรณี (ต่อ)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) : เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นประสิทธิภาพและควบคุมรายจ่ายในอัตราคงที่ (flat rate) ของ USA ในโครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (Medicare) ผู้ที่สังคมต้องเกื้อกูล มีรายได้น้อยและผู้พิการ (Medicaid) และบริษัทประกันสุขภาพ (larger insurance companies)

กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ได้ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในกระบวนการการคลังสาธารณสุข เพื่อทำนายการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล และจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล เริ่มใช้ DRG โดยเฉพาะกับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ตั้งแต่ปี 2541

พัฒนาการของระบบการจัดการรายกรณี

ต้นปี คศ.1900s ระบบการจัดการรายกรณีเริ่มพัฒนาในสหรัฐอเมริกา

ในปี คศ.1920s เริ่มใช้ระบบการจัดการรายกรณีครั้งแรกในงานจิตเวชและงานจิตสังคม

ในปี คศ.1930s พยาบาลชุมชนและนักสังคมสงเคราะห์เริ่มนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการทำงาน และทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีไปด้วย เน้นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งใช้เวลานานและต้องดูแลผู้ป่วยในชุมชน

หลัง World War II ระบบการจัดการรายกรณีได้รับความสนใจมากขึ้น นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นทหารผ่านศึกที่มีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน โดยพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้นำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี

ในปี คศ.1960s ผู้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล (Third party payers) ซึ่งมีบทบาทในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กำหนดให้มีการนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (specific populations)

พัฒนาการของระบบการจัดการรายกรณี (ต่อ)

ทั้งนี้ผู้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล เช่น บริษัทประกันสุขภาพหรือหน่วยงานของรัฐ มีคำถามว่าเงินที่เขาต้องจ่ายนั้นสมเหตุสมผลหรือไม่ คำนวณหรือไม่ หน่วยบริการสุขภาพจึงต้องหันมาทบทวนระบบบริการของตนเอง เน้นรูปแบบบริการที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

ในปี ค.ศ.1980s พยาบาลวิชาชีพได้ขยายบทบาท มาทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยภาวะเฉียบพลัน รุนแรง เน้นการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำ CQI มาใช้พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามการทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณีไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น อาจจะ เป็น นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสภาพ นักให้คำปรึกษาเพื่อบำบัดอาการติดยา เป็นต้น

แนวคิดการจัดการรายกรณี

- ❖ การจัดการรายกรณี อาจมีการใช้คำที่อ้างถึงหลากหลายมาก เช่น care coordination, community support, service coordination, care management เป็นต้น
- ❖ คำจำกัดความมีหลากหลาย รูปแบบการนำไปใช้มีหลายรูปแบบ
- ❖ ไม่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยทุกกรณี

ใช้กับกลุ่มเป้าหมายใด (target populations) ได้บ้าง

1. High volume
2. High risk
3. Complex case
4. High cost
5. Variation ของ Length of stay (LOS) เมื่อเทียบกับ norm หรือ benchmarks
6. Variation ของการปฏิบัติ มีความหลากหลาย
7. ความต้องการของบริษัทประกันสุขภาพ
8. มีโอกาสในการปรับปรุงคุณภาพการดูแล

แนวคิดการจัดการรายกรณี

- การจัดการรายกรณี หมายถึง การจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องจาก ร.พ. ต่อเนื่องไปยังชุมชน โดยมีการออกแบบกระบวนการ จัดเป็นโปรแกรมให้แก่ผู้ป่วย เฉพาะรายตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ใน ชุมชนหรือรักษาต่อในสถานบริการของชุมชน โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วย (coordination of care) มีการจัดการที่ดี และเป็นระบบ การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีเหตุผลและให้เกิดประโยชน์สูงสุด คัดค้าน ในขณะเดียวกันก็ต้องพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวน วันนอนโรงพยาบาล และคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแล



แนวคิดการจัดการรายกรณี (ต่อ)

ผู้จัดการรายกรณีใน USA จะผ่านการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ในการปฏิบัติงานในบทบาทอิสระ ใน
หน้าที่นี่ เรียก Certified Case Manager (CCM) และไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น
อาจจะเป็นนักสังคมสงเคราะห์หรือนักอาชีวบำบัดก็ได้

สำหรับผู้จัดการรายกรณีที่เป็นพยาบาลวิชาชีพนั้น The American Nurses Credentialing
Center (ANCC) : ซึ่งเป็นหน่วยงานย่อยในสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยที่ให้
ประกาศนียบัตร “Case Management Nurse Certification” รับรองคุณสมบัติเมื่อสอบผ่าน
ANCC’s Case Management Nurse Exam

พยาบาลที่สอบผ่านจะใช้คำนำหน้าว่า RN-BC (Registered Nurse – Board Certified).

ลักษณะการทำงานของผู้จัดการรายกรณี



ประโยชน์ของระบบการจัดการรายกรณี

- ✓ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย
 - ✓ ภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกลดลง
 - ✓ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
 - ✓ การสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและทีมผู้ให้การดูแลดีขึ้น
 - ✓ ลดเวลาในการบันทึกเอกสารต่าง ๆ
 - ✓ ลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ใช้บริการ
- ลดความแตกต่างหรือความผันแปรของแนวทางการรักษา
 - ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ
 - ช่วยให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - ช่วยในการตรวจสอบคุณภาพทางคลินิก
 - จัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
 - ส่งเสริมการนำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้ไปเป็นแนวทาง พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้รับบริการ



เป้าหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

“better manager care by predicting high-risk patient needs, intervening to prevent or decrease the number of acute exacerbations of the condition, and continuing to monitor the effect of the intervention overtime.” (Hill, 1997, p. 220).”

เพื่อการจัดการดูแลที่ดีขึ้น โดยทำนายความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง ให้การบำบัดเพื่อแทรกแซงหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ ของโรค ฝ้าระวังและติดตามผลของการให้การบำบัด รักษาพยาบาล ตลอดเวลา

การพัฒนาหลักสูตรการจัดการรายกรณีโรคเรื้อรังในประเทศไทย

- หลักสูตรแรกที่เป็นรูปธรรมของประเทศไทย พัฒนาโดยสภาการพยาบาล โดยสำนักงานประกันสุขภาพจากแห่งชาติ (สปสช) ได้ขอความร่วมมือจากสภาการพยาบาลให้เปิดหลักสูตรและให้การรับรอง พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณการฝึกอบรม ในปี พ.ศ.2554 ถือเป็นหลักสูตรกลางที่วางโครงสร้างรายวิชา และจำนวนหน่วยกิต จัดตั้งคณะทำงานจากสถาบันการศึกษาและสถานบริการพยาบาล ตัวแทนจากทุกภาคของประเทศไทย
- เริ่มต้นเปิดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ระยะเวลา 16 เดือน ทั้งหมด 16 หน่วยกิต เปิด 1 สิงหาคม 2554 ถึง 2 ธันวาคม 2554 ตามด้วยรุ่นที่ 2 ในปี พ.ศ. 2555 และสถาบันการศึกษาพยาบาลในแต่ละภูมิภาค รับไปเปิดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต่อไป

การพัฒนาหลักสูตรการจัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (ต่อ)

- ทั้งสองรุ่นถูกกำหนดให้เป็นการอบรม **“Training for the trainer”** ผู้ถูกคัดเลือกให้เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับผู้เข้ารับการอบรมรุ่นต่อ ๆ ไป จะเรียนเพิ่มเติมควบคู่กันไปภายใต้หลักสูตรเฉพาะทางสาขาการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง โดยเรียนเพิ่มเติมอีก 5 หน่วยกิต
- ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มข.เปิดหลักสูตรรุ่นที่ 1 และ 2 ในปี พ.ศ. 2556- 2557 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของ สปสช เช่นเดียวกัน
- ผู้เข้ารับการอบรมเมื่อสอบผ่านทุกรายวิชา จะได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากสภาการพยาบาล



พิธีมอบประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) รุ่นที่ ๑



๒๕๕๔

ดร.นันทน์ คอนเวนชัน





คณะกรรมการจัดทำคู่มือการเรียนการสอนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล
ผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

1. รศ.ดร.ศิริอร สีนทุ	ประธานคณะกรรมการ	มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ.ดร.ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์	คณะกรรมการ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ผศ.ดร.จุฬาลักษณ์ บารมี	คณะกรรมการ	มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ผศ.ดร.สุภาภรณ์ ค้างคอง	คณะกรรมการ	มหาวิทยาลัยบูรพา
5. ผศ.ดร.อภิญา จำปาบุล	คณะกรรมการ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. ดร.วิชุดา เจริญกิจการ	คณะกรรมการ	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. นางกอบกุล สิทธิชัย	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลศิริราช
8. นางจันทร์ฉาย กระจุกดี	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลบ้านโป่ง
9. น.ส. เฉลาศรี เสือโอบ	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
10. นางสาวทัศนีย์ แดขุนทด	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลสกลนคร
11. นางสาวอรสา หิมาภิรักษ์	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลตากสิน
12. นางอรวิภาญจน์ ชัยมงคล	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
13. นางอุไร คำมาก	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมเกียรติ
14. ผศ.ดร.รวมพร คงกำนิต	คณะกรรมการและเลขานุการ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
15. พ.ศ.หญิง พัทธราภรณ์ อุ้นเคจ๊ะ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก



โครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

วิชาการระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพ 2 หน่วยกิต

วิชาการจัดการรายกรณีโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3
หน่วยกิต

วิชาบูรณาการพยาธิสรีรวิทยาและการบำบัดโรคสำหรับผู้ป่วย.....3
หน่วยกิต

โครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) (ต่อ)



วิชาการประเมินภาวะสุขภาพและการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับการ
จัดการรายกรณี **2** หน่วยกิต

วิชาปฏิบัติการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
4 หน่วยกิต

วิชาปฏิบัติการจัดการข้อมูลและพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วย
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง **2** หน่วยกิต



โครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาก่อนคลอดปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง) (ต่อ)

วิชาวิทยาการก้าวหน้าในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี
ปัญหารุนแรงซับซ้อน 1 หน่วยกิต

วิชาหลักการและวิธีการจัดการภาคปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง 2
หน่วยกิต

วิชาปฏิบัติการสอนการพยาบาลเฉพาะทางในคลินิก 2 หน่วยกิต

การประเมินผลการฝึกปฏิบัติเป็น พยาบาล CM DM & HT

- ✓ ไม่เกิดความชำนาญ ต้องใช้ทั้งความรู้ที่มีร่วมกับประสบการณ์และทักษะต่าง ๆ มากมายในการจัดการรายกรณีในแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างและหลากหลาย ใช้สมรรถนะแตกต่างกัน ในการเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องใช้เวลาในการสั่งสมประสบการณ์ เพื่อจะได้เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่สมบูรณ์แบบตามสมรรถนะ
- ✓ ในด้านการจัดการรายกรณี พบว่าในผู้ป่วยเรื้อรังมีปัญหาเรื่องจิตใจ ,อารมณ์และสังคม ซึ่งส่วนใหญ่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี อาจจะลืมนึกถึงเรื่องนี้ จึงอยากให้มองถึงการรักษาแบบองค์รวมมากขึ้น นอกจากการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น อยากให้มองไปถึงด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมด้วย

การประเมินผลการฝึกปฏิบัติเป็น พยาบาล CM DM & HT (ต่อ)

- ✓ ภาพไม่ชัดเจน และต้องทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลวิชาชีพ
คลินิกโรคไม่ติดต่อ ว่า เมื่อมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีแล้ว สามารถจัดการผู้ป่วยกลุ่ม uncontrolled DM & HT ได้ดีขึ้น
- ✓ ในด้านการควบคุมค่าใช้จ่าย ในช่วงที่เริ่มต้น จะมี cost ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นช่วงที่อยู่ในการลงทุน เพื่อป้องกันและคัดกรองภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ในระยะยาว cost ของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจะลดลง เนื่องจากสามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ไม่
ต้องรักษาโรคร่วมร้ายแรงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต



รูปแบบต่าง ๆ ของการจัดการรายกรณี (Finkelman, 2011)

**รูปแบบต่าง ๆ ของการ
จัดการรายกรณี**
(Finkelman, 2011)

- 
- Social case management
 - Primary case management
 - Private case management
 - Telephonic case management
 - Population-based care management
 - Ambulatory care case management
 - Rural care case management

คุณลักษณะที่สำคัญของ การจัดการรายกรณี

- ✓ ประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งใน setting และนอก setting (episode of care)
- ✓ ทำให้เกิดความสำเร็จของคุณภาพเชิงผลลัพธ์และประหยัดค่าใช้จ่าย
- ✓ เจรจาต่อรอง จัดหาเพื่อให้ได้มา ประสานงานบริการพยาบาลและแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- ✓ จัดการแก้ไขหากเกิดความผันแปรเกิดขึ้นในจุดสำคัญระหว่างกระบวนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย
- ✓ ชี้ให้ทีมสุขภาพเห็นปัญหาและแนวทางแก้ไขความผันแปรที่จะมีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น
- ✓ สร้างโอกาสและกลไกหรือระบบเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง



การออกแบบการจัดการรายกรณี

ควรมีกิจกรรมหลักประกอบด้วย (Finkelman, A., 2011; ศิริอร สีนธและคณะ 2556)

1. **Targeting and outreach:** กำหนดว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มใดที่จะสามารถนำระบบการจัดการรายกรณีเข้ามาใช้ได้เหมาะสม
2. **Screening and intake:** เมื่อได้กลุ่มเป้าหมายแล้ว ค้นหา คัดกรอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค จัดการให้เข้าสู่การยืนยันการวินิจฉัยโรคและเข้ามาอยู่ในระบบการจัดการรายกรณี โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ารับบริการ และความต้องการและความจำเป็นในการที่จะต้องใช้ระบบการจัดการรายกรณี
3. **Comprehensive assessment:** ประเมินสถานการณ์ สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยละเอียด ทั้งส่วนที่แข็งแรง และส่วนที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ความต้องการการดูแล และการสนับสนุน การทบทวนความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี การเตรียมให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการออกแบบการจัดการรายกรณี (ต่อ)

4. **Care planning:** พัฒนาแผนการดูแลรายกรณี (Caremap) วัตถุประสงค์ของแผนการดูแล ให้ครอบคลุมการบริการสุขภาพที่จำเป็น เหมาะสม การใช้ทรัพยากรสนับสนุนทุกระบบที่มีอยู่
5. **Service arrangement:** การจัดการรายกรณีตามมาตรฐานบริการสุขภาพ
 - การเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย
 - การจัดการระบบบริการการดูแลครบวงจรทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
 - การให้บริการเชิงรุกเพื่อจัดหาสิ่งสนับสนุน ทรัพยากร ตามความจำเป็น ลดความสูญเปล่าและให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการสุขภาพ ความคุ้มค่า คุ่มทุน
 - การประสานการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายใน ภายนอก เครือข่าย ตามระดับความจำเป็นของปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการออกแบบการจัดการรายกรณี (ต่อ)

- การลดความผันแปร
 - การป้องกัน ควบคุมโรค การกำเริบของโรค ลดความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน เน้นการดูแลต่อเนื่อง
 - การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self –management)
6. **Data management:** การจัดการข้อมูล โดยการสร้างฐานข้อมูลขนาดเล็ก การใช้สถิติเบื้องต้น การนำข้อมูลมาใช้ การวิเคราะห์ความเสี่ยง ความผันแปรในการจัดการการดูแล
7. **Monitoring:** การประเมินผลลัพธ์ระบบการจัดการรายกรณี คุณภาพการบริการ คุณภาพสิ่งสนับสนุน ความพอเพียงของทรัพยากร กำหนดตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ รวมทั้งการบรรลุเป้าหมาย นำเสนอผลลัพธ์การจัดการรายกรณี และคุณภาพการบริการสุขภาพ
8. **Reassessment:** การทบทวนซ้ำเป้าหมายของแผนการดูแล รวมทั้งแผนการดูแลว่าควรจะมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงในส่วนใดบ้าง



บทบาทที่สำคัญของ ผู้จัดการรายกรณี

องค์ประกอบสำคัญของ แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (CareMap หรือ Clinical Pathway)

องค์ประกอบหลักที่สำคัญมีดังนี้

- 1 ระยะเวลาของแผน มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจน
- 2 รายการปัญหา ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการดูแลในแต่ละระยะ ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ เกณฑ์ตัวชี้วัด ระยะสั้น และระยะยาว
- 3 แผนการดูแล ซึ่งมีชื่อเรียก หลากหลาย แตกต่างกันไป เช่น care map, clinical pathway, multidisciplinary action plan (MAP) เป็นต้น
- 4 แบบฟอร์มบันทึกความแปรผันหรือแปรปรวน (a variance record) ที่เบี่ยงเบนจากแนวทางการรักษา มาตรฐานที่วางไว้
- 5 แสดงการใช้ทรัพยากรทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม
- 6 เน้นการประสานการดูแล การสื่อสาร ความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ

กลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย (Target populations)

1. High volume
2. High risk
3. Complex case
4. High cost
5. Variation ของ length of stay (LOS) เมื่อเทียบกับ norm หรือ benchmarks
6. Variation ของการปฏิบัติ มีความหลากหลาย
7. ความต้องการของบริษัทประกันสุขภาพ
8. มีโอกาสในการปรับปรุงคุณภาพการดูแล

คุณสมบัติผู้จัดการรายกรณี (CMSA, 2002)

1. การสื่อสารด้วยวาจาและการเขียนอย่างมีประสิทธิภาพ
2. การสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
3. การมีทักษะในการเจรจาต่อรอง
4. การมีความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการจัดการการเงิน ผู้ประกันตน
5. การตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับการเห็นดียินยอมจากผู้ป่วย
6. การใส่ใจ มีความสามารถในการดูแลเชิงวัฒนธรรม
7. การปกปิดความลับผู้ป่วย
8. การให้ความเคารพความเป็นส่วนตัว
9. การมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการวิเคราะห์

คุณสมบัติผู้จัดการรายกรณี (ต่อ)

10. การมีความสามารถในการวางแผนและจัดการงานอย่างมีประสิทธิภาพ
11. การส่งเสริมความสามารถ การรับรู้ต่อพลังอำนาจในตัวผู้ป่วย
12. การมีความรู้ในการหาแหล่งสนับสนุนทั้งที่เป็นงบประมาณและไม่ใช้ตัวเงิน
13. การมีความสามารถในการให้การพยาบาล
14. การมีความรอบรู้ในระบบสุขภาพและระบบการเงินการคลัง
15. มีความสามารถนำการเปลี่ยนแปลง และประเมินผลลัพธ์ของงานอย่างต่อเนื่อง
16. การมีความรู้เรื่องมาตรฐานทางคลินิกและผลลัพธ์



สมรรถนะของ ผู้จัดการรายกรณี



สมรรถนะที่สำคัญของผู้จัดการรายกรณีครอบคลุมในด้าน Expert, clinical, administrative, managerial, and interpersonal skills

1. ความชำนาญทางคลินิก
2. การวางแผนการจำหน่าย
3. กาวะผู้นำ
4. การสื่อสารสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
5. ความไวเชิงวัฒนธรรม
6. การสอนและให้คำปรึกษา
7. การเจรจาต่อรอง
8. การติดต่ออย่างมีวิจารณญาณ
9. การตัดสินใจ
10. การแสดงออกอย่างเหมาะสม
11. การสร้างเครือข่าย
12. การพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ



สมรรถนะที่สำคัญของผู้จัดการรายกรณี (ต่อ)

13. การประสานการดูแล (Care coordination)

14. การจัดการและปรับปรุงคุณภาพ (Quality management & improvement)

15. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology)

การใช้คอมพิวเตอร์ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสืบค้นข้อมูล การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

16. การเงินการบัญชี (Finance & accounting)

สิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ กฎเกณฑ์การเบิกจ่ายเงิน ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษา การประเมินผลลัพธ์ด้านการเงิน การศึกษาและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การประหยัดค่าใช้จ่าย (cost-saving)

สมรรถนะที่สำคัญของผู้จัดการรายกรณี (ต่อ)

17. การบริหารการบริการ (Utilization management)

- การประเมินความต้องการในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (medical necessity)
- การจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ให้คุ้มค่า คุ้มทุน
- การทบทวนความจำเป็นของการใช้บริการทางการแพทย์ (Utilization review) ให้เป็นไปตามสัญญา (contract) และความต้องการของผู้จ่ายเงิน (payer) การบริการที่มาก/น้อยกว่า
- ที่ควรจะเป็น
- การจัดระดับความจำเป็นในการดูแล การใช้ทรัพยากรเพื่อการวินิจฉัยต่าง ๆ การใช้ยาเกี่ยวกับโรค การใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์
- การเฝ้าติดตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย



ผลลัพธ์การจัดการรายกรณี

ผลลัพธ์การดูแลทางด้านสุขภาพ หมายถึง

- ☐ ผลสุดท้ายของการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพหรือผลของการทำกิจกรรม ตามหน้าที่ หรือการใช้กระบวนการต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย (The end results of medical care or The end result of process, treatment, or intervention) ผลลัพธ์การดูแลทางด้านสุขภาพ ถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่เป็นที่คาดหวังสูงสุดและบอกได้ถึงประสิทธิภาพ และคุณภาพของการบริการพยาบาล
- ☐ การวัดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพเป็นข้อกำหนดหนึ่งขององค์กรรับรองคุณภาพจากภายนอก
- ☐ การวัดผลลัพธ์จะช่วยให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันผลลัพธ์ของกระบวนการให้บริการที่เป็นรูปธรรม และยังช่วยให้เข้าใจถึงองค์ประกอบเชิงโครงสร้างและกระบวนการดูแลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพ

1. **ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ (Patient outcomes)** ได้แก่ พฤติกรรมการตอบสนองความรู้สึกรู้สึกของผู้ใช้บริการที่มีต่อผู้ให้บริการ การได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแล อาการดีขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเต็มศักยภาพเท่าที่จะทำได้ การที่สามารถคงไว้ซึ่งความผาสุกหรือสภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. **ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Provider outcomes)** เกี่ยวเนื่องกับคุณภาพการดูแล ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นภายหลังการให้การรักษายาบาล เช่น อาการ อาการแสดงต่างๆ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความร่วมมือในการรักษายาบาล รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้วย

ผลลัพธ์การจัดการรายกรณี (ต่อ)

3. ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payer outcomes) ได้แก้ค่าใช้จ่ายในการดูแล

การเกิดความพิการ หรือภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ ระยะเวลาวัน

นอนในโรงพยาบาล การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากบริการ

ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ผลลัพธ์เหล่านี้จะนำมาสู่การปรับปรุงแบบแผนการดูแล โดยเฉพาะ

เพื่อการเพิ่มคุณภาพและการลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

ผลลัพธ์การจัดการรายกรณี (ต่อ)

3. ผลลัพธ์ด้านผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payer outcomes) ได้แก้ค่าใช้จ่ายในการดูแล

การเกิดความพิการ หรือภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ ระยะเวลาวัน

นอนในโรงพยาบาล การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากบริการ

ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ผลลัพธ์เหล่านี้จะนำมาสู่การปรับปรุงแบบแผนการดูแล โดยเฉพาะ

เพื่อการเพิ่มคุณภาพและการลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

ตัวอย่างผลลัพธ์การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1. ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายผู้ป่วย เช่น ค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาส ค่าเสียเวลา ค่าใช้จ่ายของ รพ
2. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล
 - 2.1 ผลลัพธ์เฉพาะทางคลินิก
 - 2.2 ผลลัพธ์ทั่วไป (generic outcomes) เช่น number of admission/year, re-admission, re-visit, LOS, HRQoL, perceived health status , incidence/prevalence ของโรคลดลง
 - 2.3 ผลลัพธ์เชิงคุณค่า เช่น best practice
 - 2.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการ

ผลลัพธ์ทางคลินิกการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน

Clinical process measures

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Patient examined feet daily: baseline- Patient examined feet daily: ending | <ul style="list-style-type: none">- Nurse performed foot exam- Eye exam performed |
|---|--|

Outcome measures

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Body mass index- HemoglobinA_{1c} (HbA_{1c})- Fasting blood glucose level- medication type and dose- Episodes of severe hyperglycemia | <ul style="list-style-type: none">- body weight- blood pressure- Lipid levels- Patient perceived health status |
|---|---|

ผลลัพธ์ทางคลินิกการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหอบหืด

1. ค่าเฉลี่ยวันนอน รพ (mean length of stay)
2. Peak expiratory flow rate (PEFR) L/min
3. การเปลี่ยนจากการใช้ hand held nebulizer มาเป็น metered-dose inhaler
4. การใช้ steroid ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการรับใหม่
5. การเปลี่ยนการใช้ steroid ทาง Intravenous มาใช้การให้ steroid ทางปากในระหว่างนอนรักษาตัวใน รพ
6. การใช้ theophylline หรือ aminophylline
7. การใช้ยาปฏิชีวนะ
8. การรับไว้ใน ICU

ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ป่วย



ควรครอบคลุมข้อคำถามประเด็นดังต่อไปนี้

1. การยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วย
2. การทำงานเป็นทีมของบุคลากร
3. การให้ข้อมูลการดูแลรักษาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
4. การแสดงความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
5. การแสดงถึงความเข้าใจในความคิดของผู้ป่วย
6. การใส่ใจในความต้องการของผู้ป่วย
7. คุณภาพของข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย ความน่าเชื่อถือ
8. ความเหมาะสมของแผนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ
9. ผลลัพธ์การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ
10. การประสานการดูแลภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
11. คำแนะนำในแผนการจำหน่ายมีความชัดเจน



เครื่องมือสำคัญที่ใช้ (Technology Tool) สำหรับการจัดการรายกรณี

Clinical Pathway



ใช้เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยทดแทน nursing care plan (Hill, M., 1998).

องค์ประกอบสำคัญ (key components)

- 1 timeline
- 2 an index of problems or issues with affiliated intermediate goals and short and long-term outcome criteria
- 3 clinical pathways
- 4 a variance record



กระบวนการพัฒนา Clinical pathways

1. เลือกทีมสหสาขา
2. กำหนดมาตรฐานเรื่องระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่คาดหวัง การตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำหัตถการทางคลินิกต่าง ๆ
3. ทบทวนตัวอย่าง pathways ของสถาบันอื่น ๆ
4. ออกแบบฟอร์มของ pathway กำหนดเนื้อหาที่บรรจุใน pathways ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ระยะเวลาบนโรงพยาบาล และกำหนดกรอบเวลาเรื่องกิจกรรมการรักษา ว่าควรเกิดในเวลาใด ทีมสหสาขามีส่วนร่วมในการกำหนดเนื้อหาโดย มีการค้นคว้างานวิจัย การทบทวนวรรณกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากงานวิจัย ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง ศึกษาการรักษาที่เป็นปัจจุบัน การเทียบเคียง มาตรฐานการดูแลต่าง ๆ
5. เลือกการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดและมีความแตกต่างกันในการปฏิบัติน้อยที่สุด โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุน



กระบวนการพัฒนา Clinical pathways

6. ออกแบบ variance tracking form ที่จะลงบันทึกอย่างไร
7. การขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ
8. จัดอบรมให้ความรู้ สร้างความเข้าใจในการพัฒนาและนำไปใช้
9. ทดลองใช้ pathway (pilot test) ปรับเปลี่ยนหากจำเป็นก่อนนำไปใช้จริง
10. เมื่อทดลองใช้เป็นระยะเวลา 3-6 เดือน แล้วเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง นำ pathways เข้าสู่กระบวนการให้ความเห็นชอบในการนำไปใช้อย่างเป็นทางการจากคณะกรรมการโครงการพัฒนา pathways
11. นำไปใช้จริง
12. ติดตามดู variance และวิเคราะห์หาสาเหตุ
13. ประเมินผลการใช้ pathways ในภาพรวม

เนื้อหาหลักของ Clinical pathways ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) เข้ามาไว้ในความดูแล การประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ
2. การใช้ทรัพยากรสุขภาพ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา อยู่ภายใต้ระบบการประกันสุขภาพแบบใด หรือผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
3. การประสานงานแจ้งทีมสุขภาพเมื่อรับผู้ป่วยมาไว้ในความดูแล
4. ปัญหาการดูแลที่เกิดขึ้นกับปัญหาที่คาดการณ์ไว้ว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น
5. การรักษา กิจกรรมการดูแลเพื่อรักษาและเพื่อการป้องกัน หักการต่าง ๆ
6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ
7. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

8. การส่งปรึกษาทีมสุขภาพ
9. การสังเกตอาการที่จำเป็น
10. การกำหนดระยะเวลาอนโรงพยาบาลไว้ล่วงหน้า (Predetermined LOS)
11. ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
12. ตัวชี้วัดสำคัญที่เกี่ยวข้อง
13. ยาที่ได้รับ
14. กิจกรรมของผู้ป่วย
15. โภชนาการ อาหารที่ผู้ป่วยได้รับ
16. การให้สารน้ำ สารละลายทางหลอดเลือดดำ
17. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ
18. การติดตามบันทึกความแปรปรวน
19. การมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจนแก่บุคลากรสุขภาพที่อยู่ในทีมการดูแล
20. แผนการจำหน่ายผู้ป่วย วันที่เริ่มต้นในการวางแผนการจำหน่าย การประสานการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย



การติดตามความแปรปรวน

ความแปรปรวน

Variance = แปรปรวนหรือแปรผัน

Variance tracking หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวม จัดการ และ วิเคราะห์ข้อมูล การเบี่ยงเบน (deviations)

จาก CareMap ช่วยให้เกิดการป้อนกลับเข้าสู่ระบบ เกิดการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผู้จัดการรายกรณี และบุคลากรทุกกลุ่มต่าง ๆ ในทีมจะต้องมีการติดตามดูกิจกรรมการดูแลที่สำคัญ ที่ไม่เป็นไป

ตามแผน และผลลัพธ์เกิดก่อนเวลา หรือเกิดช้ากว่าเวลาที่ถูกกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ลงบันทึกใน

variance tracking form ที่ออกแบบไว้

แบบฟอร์มบันทึกความแปรปรวน (Variance Tracing Form)

- ✓ มีความตรงของเนื้อหา
- ✓ มีความเที่ยงของการลงบันทึก (coding) ก่อนในการนำไปใช้ ต้องหา inter-rater reliability ก่อน
- ✓ ง่ายต่อผู้ปฏิบัติงานในคลินิกถ้าลงข้อมูลมากก็จะซ้ำซ้อนกับในแฟ้มเวชระเบียน เป็นภาระกับผู้ปฏิบัติ
- ✓ สำคัญที่ต้องปรากฏในแบบฟอร์มได้แก่
 - ✓ เป้าหมายสำคัญในการดูแล
 - ✓ เหตุการณ์สำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการดูแล (key activities or key events)
 - ✓ ผลลัพธ์สุดท้ายของการดูแล อย่างน้อย LOS, cost of care, satisfaction

แบบฟอร์มบันทึกความแปรปรวน (ต่อ)

- ✓ การลงบันทึก จะกระทำโดยบุคลากรทุกกลุ่ม เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เป็นต้น
- ✓ ชุดคำสั่งการรักษาควรจะมีพิมพ์ไว้เป็นเบื้องต้นก่อนเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติเมื่อรับผู้ป่วยเข้ามา พยาบาล CM และแพทย์ผู้ทำการรักษาจะร่วมกันดูว่า คำสั่งใดของการรักษาจะตัดออกหรือเพิ่มขึ้น ให้สอดคล้องกับสภาวะโรคหรืออาการ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย
- ✓ กิจกรรมสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ควรมีการเน้นหรือลงสีให้เห็นเด่นชัด เน้นข้อความหรือ สัญลักษณ์ให้สังเกตเห็นได้ง่าย เพื่อย้ำเตือนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ลืมลงบันทึกสิ่งที่เบี่ยงเบนจากกิจกรรมสำคัญนั้น

การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ต่อ)

1. Concurrent analysis แก้ไขปัญหาทันทีขณะที่แผนการดูแลกำลังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง
2. Retrospective analysis กลับมาทบทวนข้อมูลภายหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นต้องมีทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม (aggregated data) เพื่อดูแนวโน้มของการเกิดปัญหา และสามารถแยก outliers ได้ ทำให้เกิดการปรับกิจกรรมการดูแลให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเหล่านี้ได้

ตัวอย่าง Variance

1. แพทย์ผู้รักษาไม่รับโทรศัพท์รายงานอาการผู้ป่วย
2. ผู้จัดการรายกรณีไม่ทำตามแผนการดูแลในเวลาที่กำหนดไว้
3. ให้ยาผู้ป่วยผิด
4. บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ เพราะกิจกรรม หรือหัตถการบางอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ และความรู้ไม่เพียงพอ
5. อ่านคำสั่งการรักษาผิด
6. ไม่รายงานผล lab ในเวลาอันควร

ตัวอย่างแบบฟอร์มบันทึกความแปรปรวน

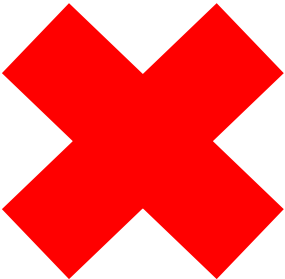
แบบบันทึกความแปรปรวน โรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยเด็กเล็ก กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

ชื่อ/สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....วันที่รับไว้.....วันจำหน่าย.....
รวมวันรักษา.....วัน สาเหตุความแปรปรวน 1.จากผู้ป่วย 2.จากบุคลากร 3.จากระบบการทำงาน

[illegible]

ตัวอย่างแบบฟอร์มสรุปความแปรปรวนที่ลงบันทึกข้อมูลในเชิงตำหนิในบางรายการซึ่งอาจจะมีผลทางกฎหมาย

รหัส	ค่าใช้จ่าย (บาท)	วันนอน (วัน)	ความแปรปรวน	การแก้ไข
Pn.1	1,650	2	ผู้จัดการรายกรณี/สหสาขาวิชาชีพ บางสาขาไม่เข้าใจบทบาทและ แผนการดูแลผู้ป่วย	อธิบายทำความเข้าใจ บทบาทและแผนการดูแล ผู้ป่วย
Pn.2	13,587	14	มีโรคประจำตัวคือหืด การรักษาไม่ สม่ำเสมอ/ไม่ได้ติดตามเยี่ยมหลัง จำหน่าย	ส่งพบพยาบาลผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณีโรคหืด/ นัดเข้าคลินิกโรคหืด
Pn.3	4,921	4	ผู้ป่วยมีเสมหะจำนวนมาก มารดา ไม่มั่นใจในการใช้น้ำเกลือหยอด จมูก	ให้ความรู้ สอนและฝึก ทักษะการใช้น้ำเกลือ หยอดจมูกแก่มารดา
Pn.4	5,069	5	มีภาวะชักจากไข้สูง	สอนมารดาเช็ดตัวลดไข้
Pn.5	2,065	2	มีผู้ป่วยจำนวนมาก มีภาระงานมาก ไม่ได้ให้คำแนะนำผู้ดูแลหลักๆใน วันแรกตามแผน	ให้คำแนะนำในวันที่ 2 และจัดอัตรากำลังเพิ่มใน วันต่อไป
Pn.6	2,132	2	-	-
Pn.7	6,775	7	Re-admission	ให้คำแนะนำการปฏิบัติ ในการดูแลเพื่อป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ ส่งต่อ พยาบาลเยี่ยมบ้าน นัด ตรวจติดตาม 1 สัปดาห์
Pn.8	2,580	3	-	-
Pn9	1,930	3	-	-
Pn10	2,903	3	-	-



**ดูตัวอย่าง CareMap หรือ Clinical Pathway
ของเอกสารประกอบการอบรม**



Thank you!

