|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **6.โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด 111** | **1. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ 40)** |
| **คำนิยาม**  | การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ โรงพยาบาลที่มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค (ตาม Service plan ที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการดังนี้1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้
	1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสาขาใดจำนวนเท่าไร)
	2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน(ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสังกัดใดจำนวนเท่าไร)
	3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน
	4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัวตามบริบท
	5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย Codeine, Morphine, Oral Immediate Release (MoIR), Morphine, Oral Controlled Release (MoCR) และ Morphine, injectable (MoINJ)

(1.3-1.5 ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มี)1. มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค และได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ทุกกลุ่มอายุ (0-15 ปี และมากกว่า 15 ปี) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ (<http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf>) คือ
	1. กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯหน้า10-18)
	2. กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ(Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯหน้า 19-25)
	3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต (แนวทางฯหน้า 26-32)
	4. โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯหน้า33-43)
	5. ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯหน้า76-80)

**ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care(สำหรับข้อ 2.1-2.4** **กรณีที่ยังไม่นำ Palliative care ลงสู่ service plan แต่ละกลุ่มโรค อนุโลมให้ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัยและให้บริการทั้ง 5 กลุ่มโรคได้)** 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น

- การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ3. สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น4. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา6. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่7. น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา8. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง9. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล10. Serum albumin < 2.5 mg/dl3. มีระบบการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าร้อยละ 60)4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (‎1986)‎. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf>) และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ อย่างเหมาะสมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) <http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf> โดยมีระบบบริหารจัดการยา Opioids เพื่อบรรเทาอาการต่างๆครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 60)6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคอง อาสาสมัคร และอุปกรณ์การการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือแพทย์แผนไทย (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มีจำนวน) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปีงบประมาณ 2563** | **ปีงบประมาณ 2564** | **ปีงบประมาณ 2565** |
| ร้อยละ 40 | ร้อยละ 45 | ร้อยละ 50 |

 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่นอาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทุกระดับ ( ระดับ A,S,M,F ) ทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลทุกระดับ ( ระดับ A,S,M,F ) ทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานี |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid Medication ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, CKD และ วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด**  | **(A/B) x 100**  |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ประเมินทุก 3 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมินผล** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เกณฑ์การประเมิน | ระดับ1 | ระดับ2 | ระดับ3 | ระดับ4 | ระดับ5 |
| ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ(ร้อยละ40) | <10 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | ≥40 |

 |
| **วิธีการประเมินผล :** | 1. การดึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนโรงพยาบาล หรือข้อมูล 43 แฟ้ม ตามรหัส ICD 10 และรหัสยากลุ่ม Strong Opioids หรือจัดเก็บข้อมูลจากศูนย์ PC และหน่วยเยี่ยมบ้าน2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตรวจสอบข้อมูลในภาพรวม (รายอำเภอ รายตำบล รายสถานพยาบาล) และหน่วยงานบริการ (รพศ รพท. รพช และ รพ.สต.) และผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย3. ทีมนิเทศของจังหวัด ทำการสำรวจและประเมินสถานบริการสุขภาพของรัฐตามเกณฑ์ และสรุปผลการประเมิน |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf3.NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016ที่ <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf>4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558ที่ http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/035. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. ที่ [http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access](http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf%20%28access) April 2014)6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรมการแพทย์7. World Health Organization. (‎1986)‎. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf>8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care <http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf> |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ** |
| **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication  | ราย | NA | NA |  64.40 |

 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /****ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี1. นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 084-5149485 E-mail : piyadatung@gmail.com2. นางสาวดวงฤดี ศรีนวล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน  โทร 089-5444459 E- mail : srinual1401@gmail.com3. นางประภัสสร งานรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 086-8520796 E- mail : nuaor09@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล****(ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี1. นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 084-5149485 E-mail : piyadatung@gmail.com2. นางสาวดวงฤดี ศรีนวล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน  โทร 089-5444459 E- mail : srinual1401@gmail.com3. นางประภัสสร งานรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 086-8520796 E- mail : nuaor09@gmail.com |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **6.โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด 112, 113** | **1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)****(ร้อยละ 100)****2. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานPalliative care ระดับ 4 ขึ้นไป (ร้อยละ 100)** |
| **คำนิยาม**  |  การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแล แบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่  1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke  3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบําบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อ ประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต  4. Pulmonary and Heart Disease  5. Multiple Trauma Patient  6. Infectious Disease HIV/AIDS  7. Pediatric  8. Aging /Dementia  โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เขาสู่ภาวะ Palliative Care ดังนี้  1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจําวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ร้อยละ 50 หรือ - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น  2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสําคัญ  3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก ุ  4. Terminal Delirium  5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง,Serum albumin < 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง  6. Persistent Hypercalcemia  7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจําปีงบประมาณ 2561: 125 | Page  8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่  9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง  10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย:** โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอน  การประเมินผล)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** |
| * ขั้นตอนที่ 2

 2.1, 2.2 (1) และ 2.3 (1)* ขั้นตอนที่ 3
* ขั้นตอนที่ 4

4.1(1) และ 4.2 (1)* ขั้นตอนที่ 5

5.1(1) และ 5.2(1) | * ขั้นตอนที่ 2

2.1, 2.2 (2) และ 2.3 (2)* ขั้นตอนที่ 3
* ขั้นตอนที่ 4

4.1(2) และ 4.2(2)* ขั้นตอนที่ 5

5.1(2) และ 5.2(2) | * ขั้นตอนที่ 2

2.1, 2.2 (3) และ 2.3 (3)* ขั้นตอนที่ 3
* ขั้นตอนที่ 4

4.1(3) และ 4.2(3)* ขั้นตอนที่ 5

5.1(3) และ 5.2(3) | * ขั้นตอนที่ 2

2.1, 2.2 (4) และ 2.3 (4)* ขั้นตอนที่ 3
* ขั้นตอนที่ 4

4.1(4) และ 4.2(4)* ขั้นตอนที่ 5

5.1(4) และ 5.2(4) |

 |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระ สุดท้าย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลา ของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิต ที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทุกระดับ ( ระดับ A,S,M,F ) ทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลทุกระดับ ( ระดับ A,S,M,F ) ทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานี |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จํานวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดําเนินการผ่านระดับความสําเร็จ ตามขั้นตอนที่กําหนดในวิธีการประเมินผล |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จํานวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานี |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด**  | **(A/B) x 100**  |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ประเมินทุก 3 เดือน |
| **วิธีการประเมินผล :** | ขั้นตอนที่ 1  **1.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1**  - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง - มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care  - มีการกําหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสําคัญ ของโรงพยาบาล  **โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3**  - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง  - มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสําคัญของ โรงพยาบาล  **1.2โรงพยาบาลระดับ A, S, M1**  - มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งใน กลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลา โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3  - มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการ อบรมหลักสูตร Palliative Care  1.3กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care ≥ ร้อยละ 50  1.4 มีระบบบริการ หรือ Function การทํางาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน  1.5โรงพยาบาลระดับ A, S, M1  - มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication≥ ร้อยละ 30 ของจํานวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Careและมีการจัดการดูแลแบบ การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บําบัด สมาธิบําบัด กดจุดบําบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น  **โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3** - มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication≥ ร้อยละ 20 ของจํานวนผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก เช่น สวดมนต์บําบัด สมาธิบําบัด กดจุดบําบัด การปรับสมดุล ร่างกาย เป็นต้น **ขั้นตอนที่ 2** มีการดําเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วนและมีการดําเนินการในข้อ ต่อไปนี้ **2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S**  มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วม ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล  **2.2 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1**  ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทํา Advance Care Planning (ACP) (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจําปีงบประมาณ 2561: 128 | Page  (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน  (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน  (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน  **โรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3**  นับจากจํานวน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และ/หรือมีการทํา ACP ผู้ป่วย และครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3  (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน  (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน  (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน  (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปีที่รายงาน  **2.3 โรงพยาบาลระดับ A, S**  มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบ การแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บําบัด สมาธิบําบัด กดจุดบําบัด การปรับ สมดุลร่างกาย เป็นต้น  (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจํานวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ  (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจํานวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ  (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจํานวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ  (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจํานวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ **โรงพยาบาลระดับ M1-2,F 1-3**  มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการ จัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บําบัด สมาธิบําบัด กดจุดบําบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็น ต้น  (1) ปี 2561 ≥ ร้อยละ 50 ของจํานวนโรงพยาบาลระดับ M 1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ  (2) ปี 2562 ≥ ร้อยละ 60 ของจํานวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ (3) ปี 2563 ≥ ร้อยละ 70 ของจํานวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ (4) ปี 2564 ≥ ร้อยละ 80 ของจํานวนโรงพยาบาลระดับ M1-2, F 1-3 ในเขตสุขภาพ **ขั้นตอนที่ 3**  - สําหรับปี 2561 มีการดําเนินการในขั้นตอนที่ 1 ครบถ้วน และมีการดําเนินการดังต่อไปนี้  **โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3** - มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง และมีการดําเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่าง น้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล  - สําหรับปี 2561- 2564มีการดําเนินการในขั้นตอนที่ 1-2 ครบถ้วน และมี การดําเนินการดังต่อไปนี้  **โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3**  มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวของก ้ ับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง มีการดําเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกบั สสจ. สสอ. รพ.สต. องค์กรใน ท้องถิ่นหรือองค์กรต่างๆ เช่น อปท., มูลนิธิ /อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล **ขั้นตอนที่ 4** มีการดําเนินการในขั้นตอนที่ 1-3 ครบถ้วน และมีการดําเนินการต่อไปนี้  **4.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3**  มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้มีการดําเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง  (1) ปี 2561 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใน โรงพยาบาลทุกแห่ง (ระดับโรงพยาบาล) (2) ปี 2562 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้ง จังหวัด ทุกจังหวัดในเขตฯ (ระดับจังหวัด)  (3) ปี 2563 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใช้ร่วมกันทั้ง เขตสุขภาพ (ระดับเขตสุขภาพ) (4) ปี 2564 มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อฯ เผยแพร่ทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อข้ามเขตสุขภาพ  **4.2 โรงพยาบาลทกระดับ A, S, M1-2, F1-3**  มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์และมีการจัดหาให้เพียงพอ  (1) ปี 2561 มีคลังอุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 เป็นอย่างน้อย  (2) ปี 2562 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืมคืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด (3) ปี 2563 มีคลังอุปกรณ์กลาง สนับสนุนผู้ป่วยให้มีไปใช้ที่บ้าน สร้างเครือข่ายการยืมคืน ที่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งเขตสุขภาพ  (4) ปี 2564 มีการจัดทําระบบบํารุงรักษา และฐานข้อมูลอุปกรณ์ให้ยืมใช้อย่างมี ประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเข้าถึงทั้งระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับเขต **ขั้นตอนที่ 5** มีการดําเนินการในขั้นตอนที่ 1-4 ครบถ้วน และมีการดําเนินการในข้อ ต่อไปนี้  **5.1 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3**  มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทําและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระ สุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)  (1) ปี 2561 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทํา ACP (2) ปี 2562 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทํา ACP (3) ปี 2563 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทํา ACP  (4) ปี 2564 บรรลุเป้าหมาย (Goal) ≥ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทํา ACP  หมายเหตุ (1) - (4) คิดจากจํานวนผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ตัวหาร)  **5.2 โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3**  มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking)  (1) ปี 2561 มีงานพัฒนาคุณภาพ (R2R, Mini research, CQI) อย่างน้อย 1 เรื่อง / โรงพยาบาล  (2) ปี 2562 มี (1) และ Best /Good Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง / จังหวัด  (3) ปี 2563 มี (1) - (2) และ งานวิจัยอย่างน้อย 1 เรื่อง / เขตสุขภาพ  (4) ปี 2564 มี (1) - (3) และ มีการ Benchmarking ในเขตสุขภาพหรือ ในกระทรวง สาธารณสุข หรือกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | 1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner02092558.pdf2. List Disease for Palliative Care and Functional Unit กรมการแพทย์ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf3.NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016ที่ <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf>4. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.2558ที่ http://pni.go.th/pnigoth/wpcontent/uploads//2009/035. CAPC. Inclusion criteria in pediatric age group. ที่ [http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf (access](http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/clinical-tools/consult-triggers/pediatric-palliative-care-referral-criteria.pdf%20%28access) April 2014)6. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การุณรักษ์ และกรมการแพทย์7. World Health Organization. (‎1986)‎. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf>8. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care <http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf> |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ** |
| **2560** | **2561** | **2562** |
| **ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)** | แห่ง | 100 | 100 | 100 |
| **ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน Palliative Care ระดับ 4 ขึ้นไป (ร้อยละ 100)** | แห่ง | NA | 97.98 | 85 |

 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /****ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี1. นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 084-5149485 E-mail : piyadatung@gmail.com2. นางสาวดวงฤดี ศรีนวล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน  โทร 089-5444459 E- mail : srinual1401@gmail.com3. นางประภัสสร งานรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 086-8520796 E- mail : nuaor09@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล****(ระดับส่วนกลาง)** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี1. นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 084-5149485 E-mail : piyadatung@gmail.com2. นางสาวดวงฤดี ศรีนวล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน  โทร 089-5444459 E- mail : srinual1401@gmail.com3. นางประภัสสร งานรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 086-8520796 E- mail : nuaor09@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)** |
| **โครงการที่** | **6. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด** |
| **ชื่อตัวชี้วัด 114, 115** | **1. ร้อยละของผู้ป่วยเตียง 3 และเตียง 4 ทั้งหมด ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ และตอบกลับภายใน 1 เดือน (ร้อยละ 97)****2. ร้อยละของผู้ป่วย 5 กลุ่มโรค (Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Stemi และ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามรายโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 70)** |
| **คำนิยาม** | **คำนิยาม :****1. การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care)** คือ กระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว โดยเริ่มจากการประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการประเมินผู้ดูแล และสภาพแวดล้อมที่บ้าน เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน ให้คำแนะนำ ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ประเมินผลการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการจำหน่าย **(1). เตียงประเภท 3** หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวเมื่อกลับบ้าน โรคอาจรุนแรงขึ้น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ พึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมดต้องมีผู้ดูแลเป็นประจำในการดูแลเรื่องต่าง ๆ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อช่วยหายใจ การเคาะปอด/การดูดเสมหะ/การดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นกลุ่มที่ต้องอาศัยการดูแลเชิงวิชาชีพรวมทั้งกลุ่ม Terminal ill **(2). ผู้ป่วยเตียงประเภท 3 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ และตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน** หมายถึง ผู้ป่วยเตียงประเภท 3 ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือจากการค้นพบจากชุมชน และมีการตอบกลับผลการเยี่ยมบ้าน ภายใน 1 เดือน  **(3). ผู้ป่วยเตียง 4 (Palliative Care)** หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือที่บ้าน **(4). ผู้ป่วยเตียง 4 (Palliative Care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์** **และตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน** หมายถึง ผู้ป่วยเตียงประเภท 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 7 วัน ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือจากการค้นพบจากชุมชน และมีการตอบกลับผลการเยี่ยมบ้าน ภายใน 1 เดือน **(5). ผู้ป่วย Palliative Care ระยะท้ายได้รับการจัดการอาการรบกวน** หมายถึง ผู้ป่วย Palliative care ที่มีการอาการรบกวน ได้แก่ ปวด หายใจ และท้องผูก ได้รับการจัดการอาการ **(6).** **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มี Principal Diagnosis เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10-RM รหัส I60 – I69) ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2562 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ **(7).** **ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI** **หมายถึง** กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอส ทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) **(8). ผู้ป่วย Traumatic Brain Injury (TBI)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069 **(9). ผู้ป่วย Spinal Cord Injury (SCI)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3 **(10). ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย**  หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกไตหรือการปลูกถ่ายไตเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้ หรือมิฉะนั้นอาจจะถึงแก่ความตาย **(11). คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามรายโรค** หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Stemi และ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและมีความสุข โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับมาเป็นซ้ำ  |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลต่อเนื่องระยะยาว (Continuity of Long Term Care) โดยการจัดบริการเชิงรุกที่ใช้บ้านเป็นฐานในการดูแล2. เพื่อพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง จาก รพ.สต. สู่โรงพยาบาลแม่ข่ายและใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล3. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน5. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1. โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ (A,S,M1,M2,F1-3))2. ผู้ป่วยเตียงประเภท 3 และประเภท 4 ทุกราย 3. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Stemi และ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด4. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระยะยาวจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ในโรงพยาบาลทุกแห่ง (21 แห่ง) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | โปรแกรม LTC และ แบบรายงานจากพื้นที่ |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข2. โปรแกรม LTC3. แบบรายงานจากพื้นที่ |
| **1. ร้อยละของผู้ป่วยเตียงประเภท 3 และเตียง 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ และตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน**  |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภท 3 และเตียง 4 ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ และตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภท 3 และเตียง 4 ที่ได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC ทั้งหมด |
| **2. ร้อยละของผู้ป่วย 5 กลุ่มโรค (Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Stemi และ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามรายโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัดย่อยที่ 1(Stroke) | ตัวชี้วัดย่อยที่ 2(Traumatic Brain Injury) | ตัวชี้วัดย่อยที่ 3(Spinal Cord Injury) | ตัวชี้วัดย่อยที่ 4(Stemi) | ตัวชี้วัดย่อยที่ 5(โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย) |
| A = จำนวนผู้ป่วยStroke ที่มี Barthel Index คงที่,เท่าเดิม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน | A = จำนวนผู้ป่วย Traumatic Brain Injury ที่มี Barthel Index คงที่,เท่าเดิม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน | A = จำนวนผู้ป่วย Spinal Cord Injury ที่มี Barthel Index คงที่,เท่าเดิม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน | A = จำนวนผู้ป่วย Stemi ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน | A = จำนวนผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน |
| B = จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด | B = จำนวนผู้ป่วย Traumatic Brain Injury ทั้งหมด | B = จำนวนผู้ป่วย Spinal Cord Injury ทั้งหมด | B = จำนวนผู้ป่วย Stemi ทั้งหมด | B = จำนวนผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด |

 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุกเดือน |
| **เกณฑ์การประเมิน** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน** | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** |
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยเตียงประเภท 3 และเตียง 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ และตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน | ร้อยละ 85-87.99 | ร้อยละ 88-90.99 | ร้อยละ 91-93.99 | ร้อยละ 94-96.99 | ร้อยละ ≥97 |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วย 5 กลุ่มโรค มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามรายโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน |
| **เกณฑ์การประเมิน** | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** |
| 3.1. Stroke | ร้อยละ<30 | ร้อยละ 30-49 | ร้อยละ 50-59 | ร้อยละ60-69 | ร้อยละ ≥70 |
| 3.2. Traumatic Brain Injury,  | ร้อยละ<30 | ร้อยละ 30-49 | ร้อยละ 50-59 | ร้อยละ60-69 | ร้อยละ ≥70 |
| 3.3. Spinal Cord Injury | ร้อยละ<30 | ร้อยละ 30-49 | ร้อยละ 50-59 | ร้อยละ60-69 | ร้อยละ ≥70 |
| 3.4. Stemi | ร้อยละ<30 | ร้อยละ 30-49 | ร้อยละ 50-59 | ร้อยละ60-69 | ร้อยละ ≥70 |
| 3.5. โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย | ร้อยละ<30 | ร้อยละ 30-49 | ร้อยละ 50-59 | ร้อยละ60-69 | ร้อยละ ≥70 |

 |
| **วิธีการประเมินผล** | โรงพยาบาลทุกระดับ (ระดับ (A,S,M1,M2,F1-3)) จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน |
| **เอกสารสนับสนุน** | 1. คู่มือการดูแลต่อเนื่อง จังหวัดอุดรธานี2. โปรแกรม LTC |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** |
| **2560** | **2561** | **2562** |
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยเตียงประเภท 3 และเตียง 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ และตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน | ร้อยละ | 98.48 | 98.39 | 98.19 |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วย 5 กลุ่มโรค (Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Stemi และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามรายโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน | ร้อยละ | NA | NA | 72.45 |

 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี1. นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 084-5149485 E-mail : piyadatung@gmail.com2. นางประภัสสร งานรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 086-8520796 E- mail : nuaor09@gmail.com3. นางสาวดวงฤดี ศรีนวล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน  โทร 089-5444459 E- mail : srinual1401@gmail.com |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี1. นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 084-5149485 E-mail : piyadatung@gmail.com2. นางประภัสสร งานรุ่งเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 086-8520796 E- mail : nuaor09@gmail.com3. นางสาวดวงฤดี ศรีนวล ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน  โทร 089-5444459 E- mail : srinual1401@gmail.com |