

## ชื่อผลงาน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอาจสามารถ

นางผกากาญจน์ ศุภรจิตตโสภิญญ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

### บริบท

โรงพยาบาลอาจสามารถได้เริ่มดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบันผู้ป่วยที่เข้าโครงการมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ที่ไม่ได้เข้าถึงโครงการ และเสียชีวิตที่บ้านอย่างทุกข์ทรมานตามยถากรรม ตามความเข้าใจที่ว่ามะเร็งรักษาไม่หายรอดตายที่บ้าน มีบางส่วนที่ญาติพามาพบ.เมื่ออยู่ในช่วง EOL และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจากการไม่ได้เตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาของครอบครัว การดำเนินงาน มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ OPD ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 1 เดือน มีผู้ประสานงานจากแต่ละหน่วยงานผ่านการอบรมเฉพาะทาง 1 เดือน 3 คน คือ พยาบาลวิชาชีพจากงาน IPD 1 คน รพ.สต. 2 คน และ PCU 2 คน มีตัวแทนทีมสหสาขาวิชาชีพจากทุกหน่วยงาน และทุกรพ.สต.เป็นคณะกรรมการร่วมดูแล มีบริการให้คำปรึกษา (ศูนย์ยิ้มได้) ที่หน่วยบริการ OPD แก่ครอบครัวทุกบ่ายวันศุกร์ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่ายอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตตามเกณฑ์ มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่เริ่มแรกที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ติดตามจนกระทั่งเสียชีวิตรวมทั้งการดูแลหลังการเสียชีวิต พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของญาติ การประสานข้อมูลการดูแลกับเครือข่ายรพ.สต.กับทีมแม่ข่ายรพ.ร้อยเอ็ดและศูนย์การุณรักษ์ รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่น มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับงาน Home health care และทีมกายภาพบำบัด มีทีมออกเยี่ยมที่บ้านทุกสัปดาห์ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง และโทรศัพท์ให้กำลังใจผู้ป่วยทุกวัน ถัดห่างขึ้นกับสภาพผู้ป่วย

### เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเข้าถึงการใช้ยา Opioids และได้รับการดูแลที่บ้าน
3. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

#### 1. การเข้าถึงบริการ

- กำหนดเกณฑ์รับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ End Of Life ให้เจ้าหน้าที่รับทราบ
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานแต่ละงานที่เกี่ยวข้อง
- มีพยาบาลประจำศูนย์เพื่อรับคำปรึกษา มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเพื่อขอคำปรึกษา
- พัฒนาระบบการประสานงานกับผู้ประสานแต่ละหน่วยงานในรพ. และกับเครือข่าย เพื่อให้ทันกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รพ.สต.แจ้งข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- ประสานงานและเชื่อมโยงกับทีมเครือข่าย 4 จังหวัด ร้อย-แก่น-สาร-สินธุ์ รวมถึงเครือข่าย 13 รพ.สต. 1 PCU ของอำเภออาจสามารถ
- งานเภสัชกรรม มีส่วนร่วมในการจัดหามอร์ฟินและยาที่จำเป็นให้เพียงพอ

- ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาและแจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่ยังทุกข์ทรมานนอนรอความตายที่บ้านโดยไม่ได้เข้าถึงบริการ EOL care

## 2. การคัดกรองและประเมิน

- Flow chart การประสานงาน และแนวทางการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการดูแลตัวเอง การประเมินความปวด (Pain score) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต (PPS score) ประเมินอาการรบกวนต่างๆ

- ประเมินการรับรู้โรค การกล้าเผชิญการสูญเสียของทั้งผู้ป่วยและญาติ

- พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยกำหนดเกณฑ์เพื่อเข้าร่วมโครงการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

- กำหนดเกณฑ์การรับเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจาก WHO โดยมีแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย และลงรหัส DRG ตามหลัก ICD 10 และ ICD O อย่างถูกต้อง ตามด้วยรหัสรอง = Z515

## 3. การดูแลรักษาและการดูแลต่อเนื่อง

- ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวและเจ้าหน้าที่

- จัดการอาการรบกวนและจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

- มีการทำ Family meeting และทำ Advance care plan เน้นการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการเตรียมความพร้อมต่อการสูญเสีย

- จัดทำกิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ โดยไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การสวดมนต์, ทำพิธีโหสิกรรม, ให้อ่านหนังสือธรรมะ

- การเยี่ยมบ้าน/โทรศัพท์เยี่ยมอาการ

- ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

- การส่งต่อข้อมูลแก่รพ.สต.และชุมชนที่ร่วมรับผิดชอบ

## 4. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)

ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เตรียมจำหน่ายหลังจากจัดการอาการทางกายและจิตใจ ความวิตกกังวลของครอบครัวทั้งหมด

- ฝึก-สอนญาติ (2 ticks) ในการใช้อุปกรณ์เมื่อต้องกลับบ้าน

- เตรียมอุปกรณ์สำคัญจำเป็น เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน

## ผลการพัฒนา

1. เกิดการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีรพ.แม่ข่าย ศูนย์การุณรักษ์ รพ.ศรีนครินทร์ และรพ.ร้อยเอ็ด ส่งเสริม สนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ วิชาการแก่บุคลากร การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมาเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะได้รับการประสานงานอย่างดีจากรพ.แม่ข่าย โดยวิธีการให้เบอร์โทรส่วนตัวของผู้ประสานงานรพช. รพ.สต.แก่ญาติ สามารถขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชม. ทำให้การส่งต่อเกิดภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าได้รับการเอาใจใส่ ไม่ถูกทอดทิ้ง

2. ได้รับการสนับสนุนการนำยา MO ไปใช้ที่บ้านได้ การเยี่ยมอุปกรณ์ที่จำเป็น มีการโทรถามอาการ เป็นระยะ แสดงถึงการให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ เป็นพลังให้ผู้ป่วยก้าวผ่านจุดสุดท้ายได้อย่างสงบ เป็นการส่งเสริมการ Empowerment ครอบครัวและชุมชนอย่างอัตโนมัติ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล้าเผชิญกับการสูญเสียเมื่อได้กลับไปอยู่บ้าน ในวาระสุดท้าย

3. แพทย์ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ เข้าใจระบบการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือเมื่อญาติมาติดต่อเจ้าหน้าที่รพ.ทุกครั้ง จะได้รับบริการและการประสานงานที่ดี ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจตั้งแต่ปี 2557-2560 อยู่ในระดับดีเยี่ยมมาตลอด

4. แพทย์ พยาบาล เห็นความสำคัญในการลงข้อมูลสำคัญเฉพาะใน HosXp ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5. อุบัติการณ์การใส่ท่อและการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นลดลง ในเคสที่ได้รับการทำ Family meeting และ Advance care plan

6. เมื่อญาติหรือชุมชนที่เคยมีประสบการณ์ได้รับการประคับประคอง เมื่อเห็นคนไข้ในชุมชนตัวเอง ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด จะช่วยสอบถามประสานงานให้ได้รับการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการจากทีมประคับประคอง

#### ผลการดำเนินงาน Palliative care ย้อนหลัง 4 ปี

ข้อมูลตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2557	ปี2558	ปี2559	6 ต.แรก ปี 2560
1.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคมะเร็งที่เข้าโครงการ		53 ราย	74 ราย	66 ราย	41ราย
2.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	>85%	100 (53/53)	100 (74/74)	100 (66/66)	100 (41/41)
3.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลที่บ้าน	> 85%	59 (31/53)	63.5 (47/74)	92 (61/66)	87.8 (36/41)
4.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพโดยวัดจากปริมาณการใช้ยา Opioids	> 60%	80 (37/46)	100 (71/71)	93 (62/66)	90.2 (37/41)
5.ร้อยละระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>90%	92.19	98.88	92.19	91
6.ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน PC ได้รับการทำ Family meeting	> 60%	39 (21/53)	43 (32/74)	60 (40/66)	75 (31/41)
7.รับปรึกษาทางโทรศัพท์ในเวลาราชการ/นอกเวลาราชการ (ครั้ง)		-	-	-	49/128

**แนวทางการพัฒนาปี 2561**

1. การพัฒนาองค์ความรู้ Palliative care ของบุคลากรเครือข่ายให้มากที่สุด รวมถึงองค์ความรู้ของผู้นำชุมชน เช่น พระสงฆ์ อสม. จิตอาสา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกัน
- 2 .พัฒนาระบบ Pain management ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หน่วยงานแพทย์แผนไทยร่วมดูแลและจัดการความปวด
3. การทำ Family meeting และ Advance care plan ที่ประกอบไปด้วยสหวิชาชีพ และมีแพทย์ร่วมทีมทุกครั้ง
4. การเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้ป่วย EOL care ตามเกณฑ์ของ Service Plan

## การพัฒนาระบบบริการ Palliative Care โรงพยาบาลราชบุรี

### 1. ผลการดำเนินงาน

	2558	2559	2560
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	70	58	66
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการด้วยอาการปวด	38.5	60.34	71.22
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการอื่นๆ(ให้ออกซิเจนที่บ้าน)	41.42	56.89	75.55
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคองจนเสียชีวิตที่บ้าน	2.85	3.44	1.51
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้ช่วยเหลือการจัดการอาการรบกวน	38.5	60.34	71.22
ร้อยละของการดูแลความเศร้าโศกของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	100	100	100
ร้อยละของการได้รับการวางแผนล่วงหน้า	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	100
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	100	100	100
ร้อยละของผู้ป่วยpcที่เข้าถึงยา opioid	38.5	60.34	71.22
ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลและทีมสุขภาพอื่นๆ	ยังไม่เก็บ	ยังไม่เก็บ	ยังไม่เก็บ

### 2. ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ(key to success factor)

#### ด้านบริหาร

- ได้จัดประชุมวิชาการ ให้ความรู้พยาบาล และทีมสหวิชาชีพทั้ง รพ.และ รพ.สต.จำนวนรวม 50 คน ที่ รพ.และการฝึกใช้อุปกรณ์เช่นการใช้ Syringdiner โดยเชิญวิทยากรจาก รพ.แม่ข่าย
- มีคณะกรรมการทีมดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง
- มี PCN (palliative care nurse)อบรมหลักสูตรอย่างน้อย 4 สัปดาห์ กระจายครอบคลุมเขตรับผิดชอบ, รพ. สต. 2 คน, รพ.3 คน, ward 1 คน, full time รพ. 1 คน และ PCC นิเวศน์ 1 คน
- แพทย์อบรมหลักสูตร Palliative care for doctor อย่างน้อย 3 วัน 2 คน คิดเป็น 50% และมีแพทย์ที่ผ่านการอบรม 1 ท่าน รับ consult จาก PCN ทั้งในและนอกเวลาราชการ และเมื่อมีปัญหาแพทย์ PC ไม่อยู่สามารถ consult ผอ.รพ.ได้

#### ด้านยา

- มีระบบยาเกินและยาฉีดออกนอก รพ.ได้
- PCN full time มี stock ยามอร์ฟีน คนละ 5 amp เพื่อ start ยานอกเวลาราชการโดย consult แพทย์ก่อนให้ยา
- มี Strong opioid Mst 10, 30, Mo syr, Mo inj
- มียา Activan 0.5, 1 mg
- Item ยาอื่นที่ไม่มีเพื่อจัดการอาการรบกวนผู้ป่วยสามารถconsult PC รพ. ร้อยเอ็ดได้ง่าย และใกล้ เนื่องจากเป็นรพ.ใกล้ รพศ.

### ด้านเครื่องมือ

- มีเครื่องมือที่จำเป็นเช่น syringdiver 4 เครื่อง รพ. 2 เครื่อง PCC นิเวศน์ 2 เครื่อง
- มีเครื่องผลิตออกซิเจน 7 เครื่อง รพ. 4 เครื่องแบ่งมา PCC นิเวศน์ 3 เครื่องในส่วนของ รพ.สต.เขวาสง และบึงนคร มีเครื่องผลิตออกซิเจนที่ได้จากการบริจาค รพ.สต.ละ 1 เครื่อง และ รพ.สต.ราชธานีรพ.สต.หนองไผ่ มี ถังออกซิเจน รพ.สต.ละ 1 ถังไว้บริการประชาชน ในเขตรับผิดชอบ ในสถานะฉุกเฉินสามารถให้ stat ได้ทันที ถ้าไม่พอ รพ.มีถังออกซิเจนจำนวนมากกว่า 57 ถัง สำหรับผู้ป่วยที่ได้ใช้ออกซิเจนมากกว่า 8 ชม./วัน สามารถให้ยืมถังออกซิเจนไปใช้ที่บ้าน 2 ถัง/คน เพื่อความต่อเนื่องในการใช้ออกซิเจนที่บ้าน

### ด้านบริการ

- มี PCN full time ดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชม.หลังเริ่ม start ดูแล
- มีระบบส่งconsult PCN เวลาราชการวันถัดไป และถ้าเป็นเคสฉุกเฉิน/นอกเวลาราชการ พยาบาล ER จะ consult แพทย์เวร และ line/โทรแจ้ง PCN ติดตามเคสในเวลาราชการถัดไป ประสานทีมสหวิชาชีพและออกเยี่ยม กับสหวิชาชีพ
- รพ.แม่ข่ายมีเบอร์โทรศัพท์+Line PCN full time ได้ตลอด
- มีกลุ่ม Line palliative ติดต่อ และติดตามเคสต่อเนื่องจาก PC team และ update ความรู้ต่างๆ ผ่านกลุ่ม Line นี้
- ติดตามเยี่ยมบ้านตั้งแต่เริ่ม consult จนเสียชีวิตมีเกณฑ์วินิจฉัยPC มีPCN คัดกรองส่ง consult แพทย์เป็นผู้พิจารณาลงวินิจฉัยและ PCN ขึ้นทะเบียน PC

### 3. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

- ยังไม่มี PCN ที่ ER มีเพียงแต่จัดอบรมความรู้ palliative ที่ รพ. 1 วันแต่พยาบาล รพ.ยังเข้าอบรมได้ไม่ครบ100% **แนวทางแก้ไข** : จัดประชุมวิชาการPCให้พยาบาลรพ.เข้าอบรมครบ100% โดยแบ่งเป็น2รอบๆ ละ ครึ่งวัน

- แพทย์ที่ผ่านการอบรมPC for doctor ยังไม่ครบ 100% **แนวทางแก้ไข** : แจ้งให้แพทย์ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมทราบ เมื่อมีการจัดประชุมวิชาการ PC for doctor

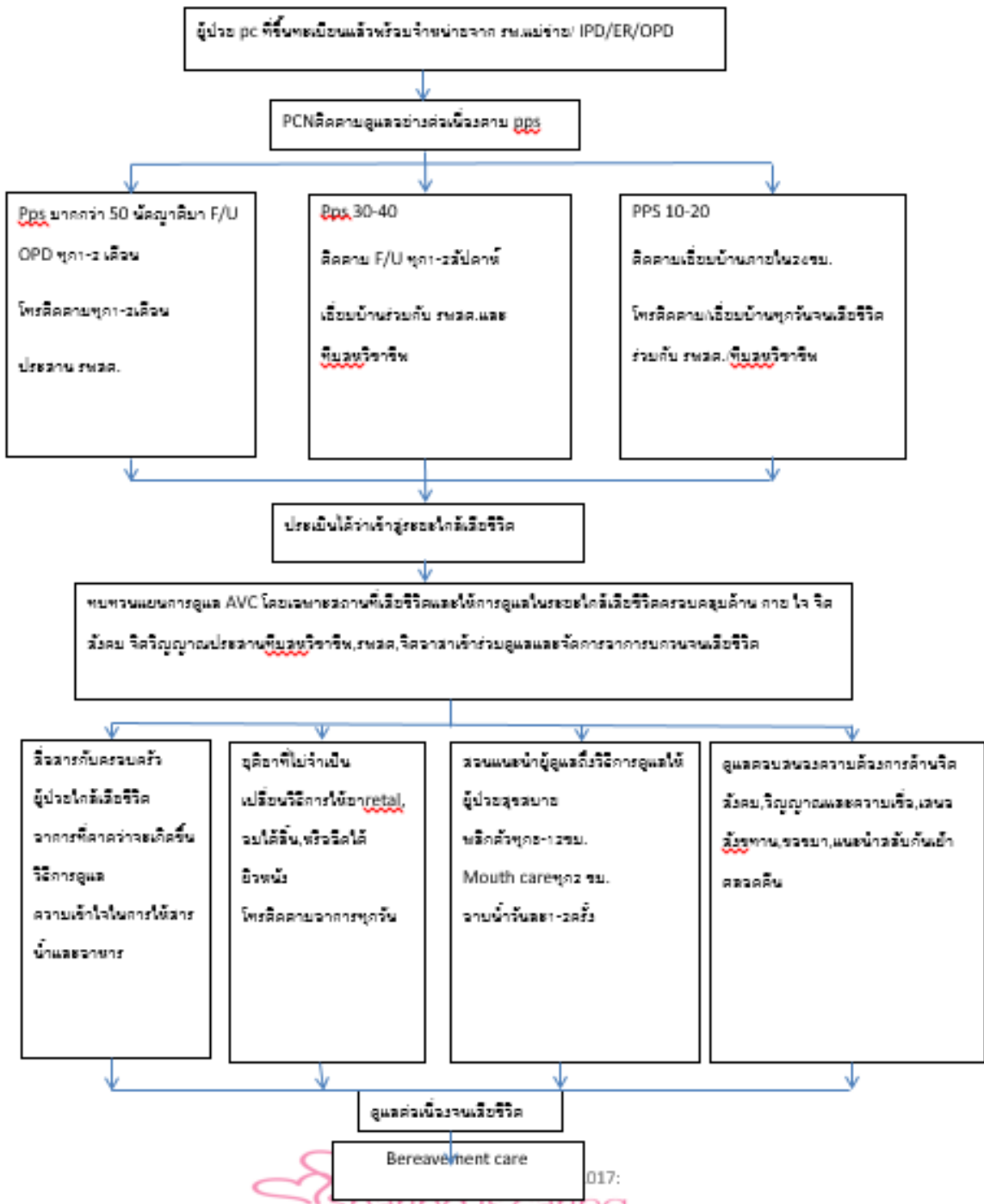
- ด้านยา : list Item ยาที่ใช้ในการจัดการอาการบวมน้ำผู้ป่วยยังไม่ครบ **แนวทางแก้ไข** : ผู้ป่วยที่มี criteria ที่จำเป็นจะต้องใช้ยาที่ไม่มีในlist PCN จะconsult ไปที่PCแม่ข่ายเพื่อเบิกยาไปจัดการอาการผู้ป่วยเองหรือแนะนำให้ญาติไปเบิกยาแทนโดยconsultให้ก่อนและติดตามดูแลให้ยาต่อไปจนผู้ป่วยเสียชีวิต

### 4. แนวทางการพัฒนาปี 2561

พัฒนาความรู้เรื่อง palliative care ให้พยาบาลทุกคนใน รพ.และทีมสหวิชาชีพให้ครบ 100% ค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าสู่ระยะ end of life หรือระยะที่ PPS ที่มากกว่า40 ขึ้นไปเพื่อให้ได้มีโอกาสได้ทำ AVC โดยเฉพาะในกรณีที่โรคที่เป็นมีแนวโน้มที่การรักษาทางการแพทย์ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาลดการใส่ท่อ,เตียงนอนใน ICU, การดูแลแบบ conservative น่าจะเป็นทางที่เหมาะสมที่สุด โดยให้ข้อมูลที่จริงกับผู้ป่วยและญาติ ยอมรับและตอบสนองการดูแลตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ และ

เมื่ออยู่ในระยะ end of life จะมีทีม PC คอยดูแลตลอดจนเสียชีวิตโดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ทุกด้าน ทั้ง 4 มิติ ก่อนและหลังเสียชีวิต ให้สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พัฒนาเครือข่ายจิตอาสา อสม. พระ และ ภาควิชาต่างๆ โดยเฉพาะทีม รพ.สต.ไพศาล ที่ได้มีพระที่เคຍอบรม PC หลักสูตร 3 วันได้เยี่ยมคนไข้ระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อเป็นต้นแบบและขยายไปยัง รพ.สต.อื่น ในงานฉาบปกิจศพ หนังสือที่พิมพ์แจกให้ file ความรู้เรื่องการดูแลประคับประคองฟรี/ถ้ามีงบก็ให้หนังสือความรู้เรื่อง palliative และช่องทางการเข้าถึงบริการ ผลักดันเรื่องยา ที่ Item ยาที่ไม่ครบ ให้มีใน รพ.ผลักดันให้ทุก รพ.สต. มีเครื่องผลิตออกซิเจน/หรือ มีถังออกซิเจนให้ผู้ป่วยในพื้นที่เยี่ยม เก็บสถิติผู้ป่วยที่ได้ทำAVC แล้วไม่ได้ไปใส่ท่อ/Admitted ที่เตียง ICU

5. การรับส่งต่อ



## การดำเนินงาน Palliative Care โรงพยาบาลพนมไพร

นางมณฑิรา สิงห์ทองกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

### 1. บริบท

รูปแบบการดูแลประคับประคองและระยะท้ายที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอพนมไพรประกอบด้วย ศูนย์ประคับประคอง เป็นโครงสร้างหนึ่งของโรงพยาบาล มีทีมงานประจำศูนย์ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เฉพาะทาง มีคณะกรรมการการดูแลประคับประคองระดับอำเภอ ร่วมให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพ และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการดูแลกลุ่มประคับประคองและระยะท้าย เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสินธุ์ ครอบคลุม เป้าหมาย 90% ข้อมูลการให้บริการกลุ่มประคับประคองปี 2557, 2558 ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ที่ 69% และ 76%

### 2. ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายการดูแลประคับประคองและระยะท้ายยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านบริบทของทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้สนับสนุนบริการ

3. เป้าหมายการพัฒนา เพื่อศึกษาการพัฒนาและผลการพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองและระยะท้ายแบบมีส่วนร่วม

### 4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. ศึกษาบริบท
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อวางแผนและกำหนดรูปแบบ
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพตามรูปแบบที่กำหนด
4. นำรูปแบบสู่การปฏิบัติจริงครอบคลุมพื้นที่เครือข่ายและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
5. เก็บรวบรวมข้อมูล
6. สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน

### 5. ผลการพัฒนา

ข้อมูล/หัวชี้วัด(เขตสุขภาพที่ 7)	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2557	2558	2559	2560
1.กลุ่มประคับประคองและระยะท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	90%	69	76	92	95
2.กลุ่มประคับประคองและระยะท้ายเข้าถึงการใช้Opioidsเพื่อจัดการอาการ	60%	12	26	46	12.69
3.โรงพยาบาลมี OPD Palliative Care เพื่อติดตามและจัดบริการในกลุ่มเป้าหมายประคับประคองและระยะสุดท้าย	100%	-	-	100	100
4.งานประคับประคองและดูแลต่อเนื่องเป็นโครงสร้างหนึ่งขององค์กร	100%	-	-	100	100



## 6. ปัญหาอุปสรรค

ทัศนคติในการให้การรักษของทีมสุขภาพยับยั้งโอกาสพัฒนาในการวางแผนการรักษา

## 7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

เครือข่ายบริการเข้มแข็งมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน คือ บ้าน วัด โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## 8. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาระบบการดูแลให้เกิดคุณภาพแบบองค์รวมครอบคลุมพื้นที่เครือข่าย
2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลสู่การระบบสุขภาพอำเภอด้านระดับประคองและระยะท้าย