



การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care)

โดย นางบุญร่วม ปรีปุกณะ
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลนครพนม
4 สิงหาคม 2558

พื้นที่เขตสุขภาพ การจัดหน่วย บริการ

ที่ 8



ประชากร 5.4 ล้านคน ครอบคลุม 7 จังหวัด
89 CUPS 874 รพ.สต.



กระบวนการทำงาน 7 Building Blocks



- กิจกรรมการให้บริการ
- การพัฒนาบุคลากร
- ระบบข้อมูลสารสนเทศ
- ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่างๆ
- การเงินการคลัง
- นโยบายและการบริหาร
- การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน



GOAL

Access

Quality

Efficiency

Seamless

PLANNING

2558

KPIs: กระบวนการ (21 ข้อ)

กลยุทธ์เขต (6 ข้อ)

กลยุทธ์หลัก 15
ข้อ

5 รุก

การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

1. Long Term Care

2. จักขุ

3. สุขภาพจิต

4. หัวใจและหลอดเลือด

▪ STEMI+warfarin

▪ Stroke

5. NCD

▪ DM+HT

▪ CKD

▪ Asthma+COPD

5 รับ

ลดใช้เงิน ใช้ใจ ใช้ใจ (ลดความเหลื่อมล้ำ)

1. อารมณ์แม่และเด็ก

▪ MCH

▪ Newborn

2. อุบัติเหตุและการแพทย์
ฉุกเฉิน

▪ ER/EMS

▪ Sepsis

3. มะเร็ง

▪ OV+Cholang CA

▪ CA Breast

▪ CA Cervix

4. ส่งต่อ

5. หันตกรรม



อะไร?...คือ การดูแล ระยะยาว (LTC)

- การดูแลที่เน้นการช่วยเหลือ ดูแล
แบบต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือใน
กิจกรรมที่ทำไม่ได้ ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหา
เรื้อรัง มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง
เช่น ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ
อัมพาต สมองเสื่อม



Long-Term Care

การจำแนกประเภทเตียง ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

ประเภทเตียงที่

3

หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่
พยาธิสภาพของโรคทำ
ให้เกิดความพิการ /
จำกัดความสามารถใน
การทำกิจวัตรประจำวัน
ด้วยตนเอง หรือมี
อุปกรณ์ทางการแพทย์
ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วย
ในการดำรงชีวิต เช่น

การให้อาหารทางสาย



ประเภทเตียงที่ 4

Palliative Care

หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่
เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่
อาจรักษาให้หายขาด
ได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่
ไม่นาน หรือผู้ป่วยที่
อยู่ในระยะสุดท้าย

ของชีวิต ซึ่งมีค่า

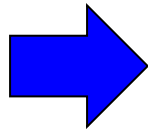
คะแนน Palliative

performance scale



การจัดประเภทเตียงผู้ป่วย และการดูแลกลุ่ม Long term care

เตียงประเภทที่
3,
และ 4 Palliative
Care



ทีม / แผนการ ติดตามเยี่ยม

- เยี่ยมโดย NP หรือ RN +
สหวิชาชีพ + อสม.
/ อปท.
- เยี่ยมภายใน 1 – 2 สัปดาห์
หลัง D/C
หรือรับข้อมูล
- ความถี่ในการเยี่ยม ทุก 1
เดือน และเยี่ยม
เมื่อมีความจำเป็น
- จำนวนครั้งในการเยี่ยม
ประมาณ 1 – 5 ครั้ง



การดูแลระยะยาว Long term care

วัตถุประสงค์

- 1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Long term care**
- 2. ลดจำนวนวันนอนและลดความแออัด**
- 3. ผู้ป่วยกลุ่ม Long term care มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี**
- 4. ลดค่าใช้จ่าย**

สภาพ
ปริมาณปัญหา Long

term careที่อยู่ในภาวะ
พึ่งพิงเพียงประเภทที่ 3
จำนวน 7,384 คน
(จว.นพ. 854 คน)
และเพียงประเภทที่
4 (ผู้ป่วย Long term
care ยังไม่ได้รับการ
ดูแลที่เหมาะสม)

- บุคลากรและcare giverขาดความรู้และทักษะ
- ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์
- การเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลต่อเนื่องไม่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

ผู้ป่วย

Long Term Care
ได้รับการดูแล
อย่างมีคุณภาพ

กล

ยุทธ์

1. จัดตั้งศูนย์
ดูแลต่อเนื่อง
คุณภาพ
(continuity
of care)

2. พัฒนา
ระบบ
สารสนเทศ

3. พัฒนา
ศักยภาพ
บุคลากร

4. พัฒนา
ศักยภาพ
Care
giver /
ภาคี

เครือข่าย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วย Long
term care ได้รับ
การดูแลต่อเนื่อง
ที่บ้านจากทีมสห
การวิชาชีพ
ชุมชนและภาคี
เครือข่าย
สามารถดูแล
ผู้ป่วยได้
สามารถให้การ
สนับสนุนด้าน
อุปกรณ์ทาง
การแพทย์เมื่อ
ฉุกเฉินได้
มีข้อมูลผู้ป่วย
ในเครือข่ายเพื่อ
การดูแลต่อเนื่อง
อย่างมี
ประสิทธิภาพ

- มีโครงสร้าง / ผู้รับผิดชอบศูนย์
- มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย LTC
- ศูนย์สำรองอุปกรณ์ทางการแพทย์
- มีศูนย์เรียนรู้
- มีระบบให้คำปรึกษา

1. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (continuity of care: COC)

- พัฒนาโปรแกรม LTC link
- มีศูนย์ข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัดและเขต

2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

กลยุทธ์การดำเนินงาน

- อบรม Care giver ประจำชุมชน
- ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วย LTC
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน, อปท., องค์กรภายนอก

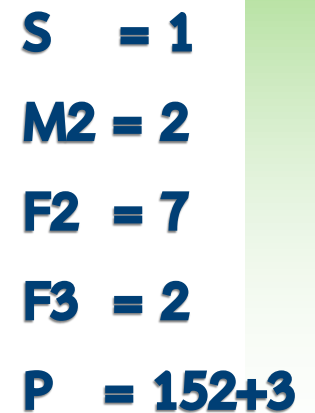
4. พัฒนาศักยภาพ Care giver/ภาคีเครือข่าย

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

- อบรม Care (13 วัน)
- อบรมพยาบาลทาง LTC (4 เดือน)
- คู่มือ / CPG การดูแลผู้ป่วย LTC
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM, B2B, CBI)



แนวทางการดำเนินงาน
LONG TERM CARE
ในระดับพื้นที่




ประชากร



กำหนดผู้รับผิดชอบงาน LONG TERM CARE

-สสจ./สสอ.	Systemic Manager LTC
-รพศ./รพท.	Care Manager LTC
-รพ.สต.	Care Manager LTC



จัดตั้งศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือ

- รพท./รพช.
- รพ.สต. Node*



การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้

- ❖ สื่อการเรียนรู้
- ❖ คู่มือ / CPG การดูแลผู้ป่วย LTC

บทบาทหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ศูนย์การเรียนรู้



LOGO

บทบาทหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ศูนย์การเรียนรู้



LOGO



ระบบการให้คำปรึกษา

คำสั่งแต่งตั้งกำหนดรายชื่อแพทย์ เภสัชกรและทีม
สหสาขาวิชาชีพเป็นที่ปรึกษาสำหรับผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3
และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care)



LOGO



ฐานข้อมูลการดูแลระยะยาว

- จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- สัมภาษณ์ในพื้นที่
 - ใช้แบบสำรวจ
 - บันทึกเข้าสู่ระบบในโปรแกรม LTC

บทบาทหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

➤ เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการแม่ข่ายกับลูกข่าย



Long Term Care
จังหวัดนครพนม

ยินดีต้อนรับ : ผู้ใช้ทั่วไป
เข้าสู่ระบบ



หน้าแรก



ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย



ทะเบียนส่งต่อ



ทะเบียนการออกเขียน



ระบบรายงาน / ตัวชี้วัด



จัดการระบบ



ช่วยเหลือ

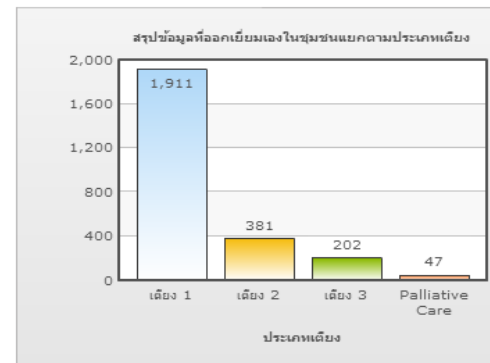
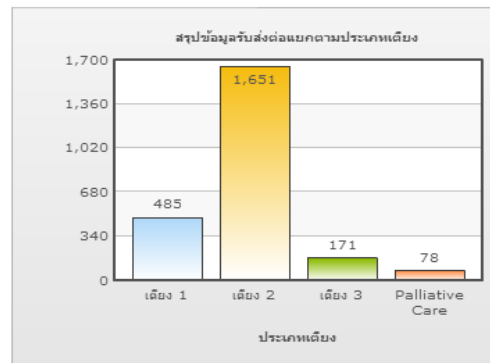
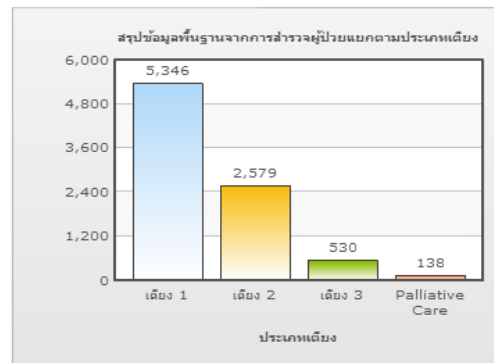


เกี่ยวกับระบบ

แยกประเภทเตียงตามที่อยู่ จังหวัด : --เลือก--

อำเภอ : --เลือก--

ตำบล : --เลือก--



บทบาทหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ศูนย์สำรองอุปกรณ์ทางการแพทย์



LOGO

บทบาทหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ศูนย์การเรียนรู้



LOGO

พัฒนาศักยภาพบุคลากร



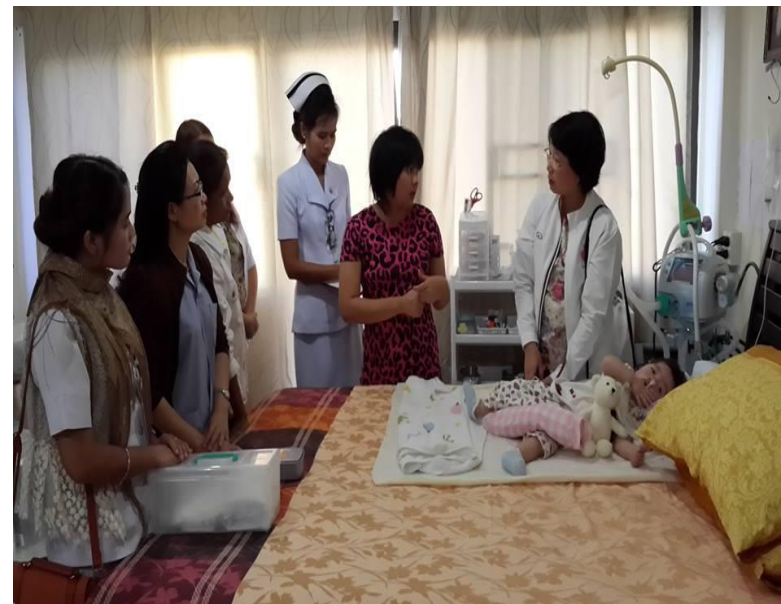


กำหนดการอบรม
พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบศูนย์ดูแลต่อเนื่องและตำบลต้นแบบ Long Term Care
เขตบริการสุขภาพที่ 8
21-22 สิงหาคม 2557
ณ ห้องประชุม Prajaktra First Class 2 โรงแรมประจักษ์ตรา อุดรธานี



ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน





การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย





เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน



เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน



LOGO







ก่อนปรับปรุง



หลังปรับปรุง



แนวทางการดำเนินงานสมพันธกับ family care team

1. นำข้อมูลผู้ป่วย LTC จากรพ.แม่ข่าย และค้นพบในชุมชนเข้าสู่โปรแกรม
2. เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม
3. บูรณาการเยี่ยมบ้านร่วมกับอปท./ภาคีเครือข่าย
4. มีระบบให้คำปรึกษา โดยมีแพทย์ประจำครอบครัว

5. พัฒนาศักยภาพ

เพียงประเภท
ที่ 3,4

6. พัฒนาศักยภาพ

- ทีมสหสาขาวิชาชีพ นสค. และ อสม.
- เยี่ยมครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ หลัง D/C หรือรับข้อมูล

- เยี่ยมอย่างน้อยทุก 1 เดือนหรือเมื่อจำเป็น

- จำนวนเยี่ยมประมาณ 1-5 ครั้ง หรือจน



การติดตามประเมินผล

- ☐ จากการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในโปรแกรม
- ☐ ติดตามประเมินพร้อมทีมตรวจสอบราชการกระทรวง ปีละ 2 ครั้ง
- ☐ จากการรายงานในตารางCockpit ของแต่ละจังหวัด (ระดับเขต)



การประเมินผล

ติดตามตัวชี้วัดคปสอ./รพ.สต.ติดตาม



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- **1. ผู้บริหารกำหนดเป็นนโยบายแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต และให้การสนับสนุน**
- **2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ**
- **3. มีการนิเทศควบคุมกำกับติดตามผล**
- **4. มีการทำงานเป็นทีมในเครือข่าย**
- **5. การมีส่วนร่วมและสนับสนุนของภาคีเครือข่าย**



WHAT NEXT LTC

1. เน้นการดูแลเชิงคุณภาพกำหนด **KPI** เชิงคุณภาพ
2. สนับสนุนให้หน่วยบริการมีการสำรองอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นครบถ้วนและครอบคลุมตามเกณฑ์

3. พัฒนาบุคลากร

Caremanager Empowerment

ชุมชนให้เข้มแข็งดูแลกันเองได้ สร้าง **care giver** ในชุมชน

4. ก็นข้อมูลให้อปท.มีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย



WHAT NEXT LTC

1. เน้นการดูแลเชิงคุณภาพกำหนด**KPI** เชิงคุณภาพ
2. สนับสนุนให้หน่วยบริการมีการสำรวจอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นครบถ้วนและครอบคลุมตามเกณฑ์
3. ปรับปรุงโปรแกรม**LTC** ให้เอื้อประโยชน์มากที่สุด
4. **Empowerment** ชุมชนให้เข้มแข็งดูแลกันเองได้
5. คืนข้อมูลให้อปท.มีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

