

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว
(Long term care)
เขตสุขภาพที่ 8

ACCESS QUALITY EFFICIENCY SEAMLESS

อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ

คำนำ

แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long term care) เขตสุขภาพที่ 8 จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มพิการ ทุพพลภาพ ซึ่งมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง บางครั้งต้องอาศัยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งสภาพปัญหาที่พบในปัจจุบัน ก็คือผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล เนื่องจากขาดความพร้อมในการเตรียมผู้ดูแล และการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ ขณะอยู่ที่บ้านขาดผู้ดูแลหรือการดูแลไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งผู้ป่วยบางรายในชุมชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทั้งหมดนี้ล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 8 สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว จึงได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะยาว ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว สามารถเข้าถึงบริการ (access to care) ที่มีคุณภาพ (quality) มีประสิทธิภาพ (efficiency) แบบไร้รอยต่อ (seamless) เชื่อมโยงตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างยั่งยืน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทุกระดับ ที่จะใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลระยะยาว ได้อย่างเป็นรูปธรรม ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ที่ช่วยกันพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ของเขตสุขภาพที่ 8 ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว
เขตสุขภาพที่ 8

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญภาพ	ง
สารบัญแผนภูมิ	จ
แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขา Long term care ปี 2558	1
เขตสุขภาพที่ 8	
1. หลักการและเหตุผล	1
2. ข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา	4
3. ความต้องการการใช้บริการคุณภาพในการดูแลระยะยาว (LTC)	6
4. กลยุทธ์การดำเนินงาน	7
5. กระบวนการทำงาน (Process)	8
6. ตัวชี้วัดระดับเขต	21
7. สิ่งท้าทายในอนาคต	36
8. สรุป	36
ภาคผนวก	
ก.การจัดหน่วยบริการตามแผนพัฒนางานบริการ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2558	38
ข.คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	40
เอกสารอ้างอิง	42

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	กระบวนการดำเนินงาน 7 Building Blocks สาขา Long term care (ศูนย์ COC คุณภาพ)	10
ตารางที่ 2	กระบวนการดำเนินงาน 7 Building Blocks สาขา Long term care (พัฒนาระบบสารสนเทศ)	14
ตารางที่ 3	กระบวนการดำเนินงาน 7 Building Blocks สาขา Long term care (พัฒนาศักยภาพบุคลากรและพัฒนาศักยภาพ Care giver ภาคีเครือข่าย)	17
ตารางที่ 4	กระบวนการดำเนินงาน 7 Building Blocks สาขา Long term care (สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน)	20
ตารางที่ 5	สรุปตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Long term care	22

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1 คาดการณ์ความต้องการใช้บริการ Home health care :เตียงประเภทที่ 1 + เตียงประเภทที่ 2, Home ward :เตียงประเภทที่ 3 Palliative care: เตียง ประเภทที่ 4 เขตสุขภาพที่ 8	6

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพียงประเภทที่ 3 (ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้พิการ, ผู้สูงอายุ) และผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) เขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2557	4
แผนภูมิที่ 2 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพียงประเภทที่ 3 และผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) เขตสุขภาพที่ 8 เขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2556 จำแนกรายจังหวัด	5
แผนภูมิที่ 3 จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) เขตสุขภาพที่ 8 แบบแยกจังหวัดตามกลุ่มโรค	5
แผนภูมิที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) ที่ได้รับการติดตามเยี่ยม แยกรายจังหวัด	

แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long term care) เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2558

1. หลักการและเหตุผล

ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ดีขึ้นส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น การเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การแพทย์ที่ทันสมัยทำให้หลายคนรอดชีวิต แต่อาจจะต้องอยู่กับความพิการหรือทุพพลภาพ ส่งผลให้มีความจำเป็นและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนมีความเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย จากการคาดการณ์ประชากรไทยพบว่าสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี 2543 และในปี 2553 เป็นร้อยละ 11.7 คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ.2563 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอตามสภาพจากอายุที่มากขึ้น โดยพบมากในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง จากการสำรวจข้อมูลผู้พิการในประเทศไทย ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2557 พบว่าผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวผู้พิการทุกประเภทจำนวนทั้งหมด 1,621,549 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 628,756 คน เขตบริการสุขภาพที่ 8 รวม 7 จังหวัดได้แก่ อุตรดิตถ์ สกลนคร นครพนม หนองคาย บึงกาฬ เลย และหนองบัวลำภู จำนวน 143,155 คน และจำแนกเฉพาะผู้พิการที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว จำนวน 35,038 คน ข้อมูลผู้พิการเพียงประเภทที่ 3 ที่มีการรายงานเข้าสู่ระบบโปรแกรม LTC link ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2557 พบจำนวนผู้ป่วย 2,596 คน ล้วนแต่เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) ต้องการผู้ดูแล (care giver) ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามสภาพปัญหาและความเหมาะสม เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปี 2556 พบว่า การดูแลระยะยาวยังไม่มีกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะดูแลให้ชัดเจน ขาดการนำเทคโนโลยีมาพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดทำฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การรายงานผลการดำเนินงานไม่เป็นปัจจุบัน ศูนย์สำรวจการใช้อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ ขาดการเชื่อมโยงในเครือข่าย ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัดและเขต

เพื่อให้การดำเนินงานมีความชัดเจนและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว จึงได้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลไว้เป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ประกอบด้วยผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการและเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ดังนั้นเพื่อขยายโอกาสให้ผู้ป่วย Long term care ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการ หรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในระยะยาวรวมทั้งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต จึงได้กำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ขึ้น 5 กลยุทธ์คือ 1) การพัฒนาศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of Care : COC) ให้เป็นไปตามมาตรฐาน 2) เพิ่มประสิทธิภาพโปรแกรม 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 4) พัฒนาศักยภาพ Care giver / ภาควิชาเครือข่าย 5) สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอก ทั้งภาครัฐและเอกชนโดยการจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity Of Care: COC) ขยาย Node เพื่อตั้งศูนย์ประสานอุปกรณ์เครื่องมือ 1-2 แห่งต่ออำเภอ กำหนดผู้รับผิดชอบงานศูนย์ประสานอุปกรณ์เครื่องมือ บูรณาการการให้บริการเชิงรุก เชื่อมโยง ตั้งแต่ รพ.สต. รพช. และรพท./รพศ. อย่างไร้รอยต่อ นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม Long term care เพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้านของหน่วยบริการทุกระดับ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 และเพิ่มศักยภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย LTC ในบทบาทของ Case Manager จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วย LTC เฉพาะโรคและกลุ่มอาการที่สำคัญ แต่จะขั้นตอนที่สั้นเข้าใจง่าย (Simple & Natural) เพื่อสะดวกต่อการนำไปใช้ตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ สร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เรียนรู้โดยใช้บริบท เป็นฐานในการแก้ปัญหา (Context Base Learning : CBL) การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) การนำผลงานเด่นนอกหน่วยงานมาประยุกต์และพัฒนาให้ดีกว่าเดิม (Copy and Development : C&D) มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity Quality improvement: CQI) และเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแก่บุคลากร โดยการมอบรางวัลแก่บุคลากรและหน่วยงานที่มีผลงานและนวัตกรรมเด่น นำตัวชี้วัดการดำเนินงาน Long Term Care กำหนดเป็นเกณฑ์ รพ.สต./คปสอ.ติดดาว อีกทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมภายนอก ทั้งภาครัฐและเอกชนโดยการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย LTC ในชุมชน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพขึ้นในโรงพยาบาลระดับ A – F3 ดำเนินการได้ครบร้อยละ 100 นอกจากนี้ในแต่ละ Cup มีการจัดตั้ง Node ใน รพ.สต. เพื่อ

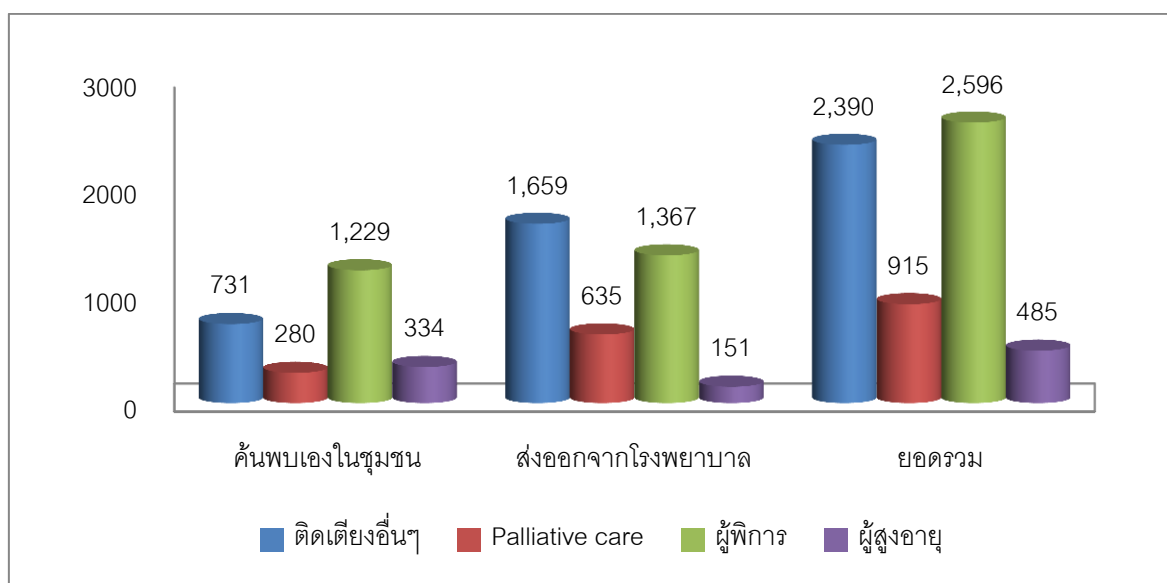
กระจายอุปกรณ์ที่จำเป็น Cup ละ 1 – 2 Node ดำเนินการได้ร้อยละ 77.17 มีการพัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่ายจากสถานบริการแม่ข่ายสู่ลูกข่าย นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการจัดทำโปรแกรม LTC เพื่อใช้ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 สามารถส่งข้อมูลเพื่อประสานการวางแผนการดูแลและการติดตาม ผู้ป่วย LTC ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการโดยการค้นหาข้อมูลผู้ป่วยและนำสู่ระบบผ่านโปรแกรม และยังมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย LTC โดยจัดอบรม Home Care Manager ประจำ รพ.สต. พัฒนาครู ก. สำหรับ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย LTC ทั้งยังมีการพัฒนาศักยภาพ Care giver ภาคีเครือข่ายโดยมี care giver ในการดูแลผู้ป่วย LTC ประจำชุมชน ครอบคลุมทุกหมู่บ้านในตำบลต้นแบบ 1 ตำบล ต่อ 1 จังหวัด

ปัญหาในการดำเนินงานพบว่า ถึงแม้ว่าการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพในโรงพยาบาลแต่ระดับดำเนินการได้ครบร้อยละ 100 แต่ก็ยังมีโรงพยาบาลบางแห่งไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสำรวจอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ ระบบการให้คำปรึกษายังขาดความชัดเจน อีกทั้งสถานที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ โปรแกรม LTC Link พบว่ายังขาดความครอบคลุมในประเด็นสำคัญ ขาดข้อมูลจำที่จำเป็นและการเข้าถึงระบบข้อมูลในภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 ยังมีปัญหา การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย LTC ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ อีกทั้งยังต้องเพิ่มพูนทักษะเฉพาะที่ต้องการให้บริการผู้ป่วย LTC การพัฒนาศักยภาพ Care giver ประจำชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอกทั้งภาครัฐ และเอกชน ยังมีส่วนร่วมน้อย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ได้เล็งเห็นความสำคัญและจำเป็นต้องมีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วย Long Term Care ได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม

2. ข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา

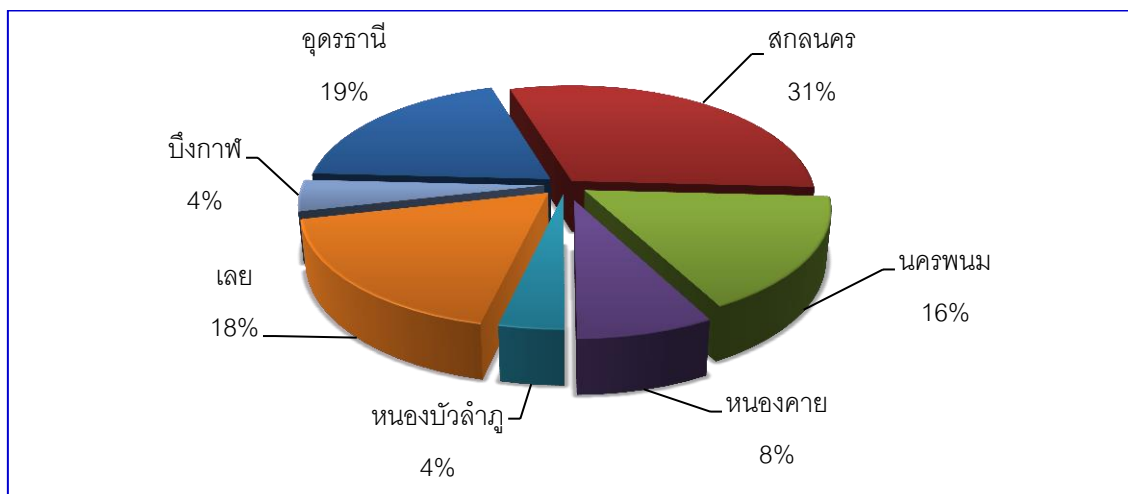
ข้อมูลพื้นฐานผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย LTC ในภาพรวมเขตของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2557

แผนภูมิที่ 1 : ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพียงประเภทที่ 3 (ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้พิการ, ผู้สูงอายุ) และผู้ป่วยเพียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) เขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2557 จำนวน 6,386 คน



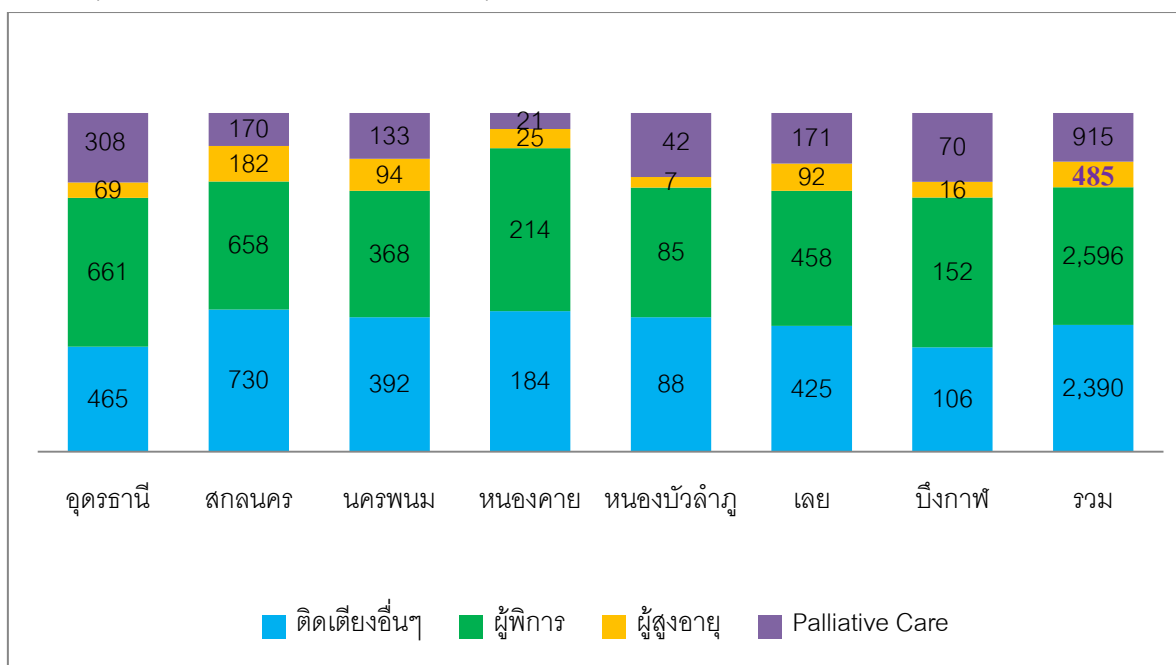
จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วย LTC ที่บ้านของเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่ามีผู้ป่วย LTC ทั้งหมดจำนวน 6,386 คน โดยมีผู้ป่วยติดเตียงอื่นๆ จำนวน 2,390 คน คิดเป็นร้อยละ 37.43 ผู้ป่วย Palliative Care จำนวน 915 คน คิดเป็น 14.33 ผู้พิการ จำนวน 2,596 คน คิดเป็น 40.65 และผู้สูงอายุ จำนวน 485 คน คิดเป็น 7.59

แผนภูมิที่ 2 : ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เติงประเภทที่ 3 และผู้ป่วยเติงประเภทที่ 4 (Palliative Care) เขตบริการสุขภาพที่ 8 แบบแยกรายจังหวัด



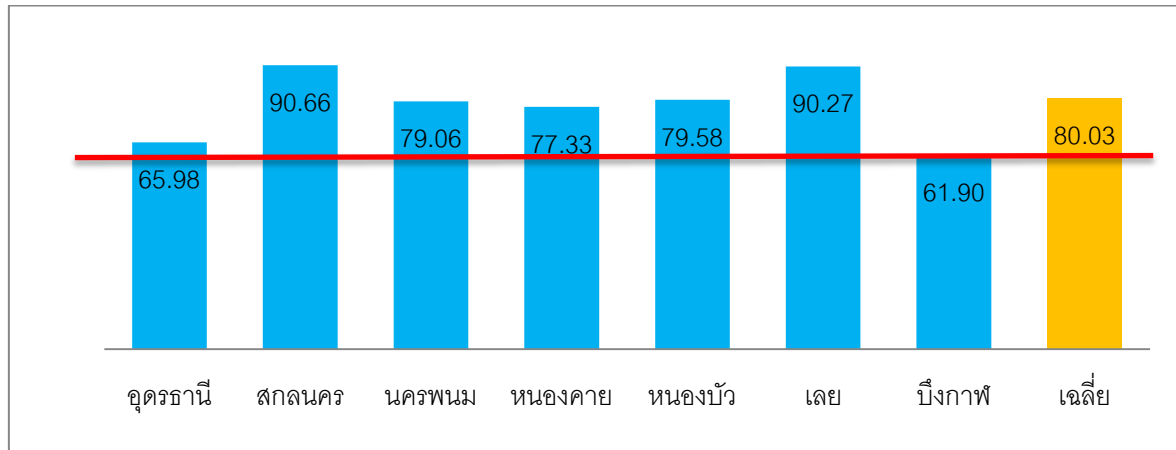
จากแผนภูมิที่ 2 พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเติงประเภทที่ 3 และผู้ป่วยเติงประเภทที่ 4 (Palliative Care) เขตบริการสุขภาพที่ 8 มากที่สุดที่จังหวัดสุพรรณบุรีถึงร้อยละ 31 รองลงมาจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 19 และจังหวัดเลยร้อยละ 18 พบน้อยที่สุดที่จังหวัดหนองบัวลำภู และบึงกาฬ ร้อยละ 4

แผนภูมิที่ 3 : จำนวนผู้ป่วยเติงประเภทที่ 3 และผู้ป่วยเติงประเภทที่ 4 (Palliative Care) เขตบริการสุขภาพที่ 8 แบบแยกจังหวัดตามกลุ่มโรค



จากแผนภูมิที่ 3 พบผู้ป่วยติดเตียงอื่นๆมากที่สุดที่จังหวัดสกลนคร คิดเป็นร้อยละ 30.54 ของกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงอื่นๆทั้งหมด พบกลุ่ม Palliative care มากที่สุดที่จังหวัดอุดรธานีคิดเป็นร้อยละ 33.66 ของกลุ่มผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด กลุ่มผู้พิการพบมากที่สุดที่จังหวัดอุดรธานีคิดเป็นร้อยละ 33.66 ของกลุ่มผู้พิการทั้งหมด และพบผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 37.52 ของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด

แผนภูมิที่ 4: ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) ที่ได้รับการติดตามเยี่ยม แยกรายจังหวัด



ที่มา: โปรแกรม LTC ปีงบประมาณ 2557

จากแผนภูมิที่ 4 พบว่า จังหวัดสกลนครมีการออกเยี่ยมผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) มากที่สุดถึงร้อยละ 90.66 อันดับสองจังหวัดเลย ร้อยละ 90.27 และน้อยที่สุดจังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ 61.90

3. ความต้องการการให้บริการคุณภาพในการดูแลระยะยาว (LTC)

แผนภาพที่ 1: คาดการณ์ความต้องการใช้บริการการดูแลระยะยาว (LTC) เขตบริการสุขภาพที่ 8



เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีประชากร 5,592,802 คน จากสถานการณ์ผู้ป่วยในปัจจุบัน คาดการณ์ว่าจะมีอัตราการใช้บริการจะมีผู้ป่วย Home ward: เตียงประเภทที่ 3 จำนวน 85,011คน และ Palliative care: เตียงประเภทที่ 4 จำนวน 2,238 คน

4. กลยุทธ์การดำเนินงาน

เพื่อผู้ป่วย Long term care ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 (ผู้ป่วยติดเตียงทุกกลุ่มวัย ผู้พิการและผู้สูงอายุ) และกลุ่มเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ในระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อ โดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่สำคัญ 5 กลยุทธ์ ดังนี้

- ❖ การพัฒนาศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of Care: COC) ให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- ❖ เพิ่มประสิทธิภาพโปรแกรม
- ❖ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ❖ พัฒนาศักยภาพ Care giver / ญาติเครือข่าย
- ❖ สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอก ทั้งภาครัฐและเอกชน

Highlight: (1) เน้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงและ palliative care (2) พัฒนา Care Manager & Care giver (ภายในเดือนเมษายน 2558)

4.1 การพัฒนาศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of Care: COC) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อดูแลต่อเนื่องภายในเครือข่ายของสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ตติยภูมิ ทุติยภูมิ ถึงระดับปฐมภูมิ โดยมีการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการประสานการดูแล มีฐานข้อมูลผู้ป่วย Long term care มีช่องทางในการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อสนับสนุนกรณีผู้ป่วยต้องนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีศูนย์เรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้ดูแล (Care giver) และมีระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในโรงพยาบาลทุกระดับในเขตบริการสุขภาพที่ 8 นอกจากนั้นยังมีการขยาย Node เพื่อกระจายอุปกรณ์ที่จำเป็น CUP ละ 1-2 Node เป้าหมายในการดำเนินงานการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of Care: COC) คือ โรงพยาบาลระดับ A –F3 ร้อยละ 100 การจัดตั้ง Node สำรองอุปกรณ์เครื่องมือใน รพ.สต. Cup ละ 1-2 Node เป้าหมายร้อยละ 80

4.2 เพิ่มประสิทธิภาพโปรแกรม LTC link วัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการในเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีข้อมูลผู้ป่วย Long term care ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน เป็นแนวเดียวกัน สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการและติดตามผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพทันทั่วทั้งที่ เชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่ายจากสถานบริการแม่ข่ายสู่ลูกข่ายระดับจังหวัดและระดับเขต โดยมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการจัดทำโปรแกรม Long term care link และติดตั้งเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายและ External storage สำหรับโปรแกรม LTC โดยเฉพาะ และกำหนดให้หน่วยบริการแม่ข่ายส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) ผ่านโปรแกรม Long term care link ไป

ยังลูกข่าย และเร่งรัดให้เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการลูกข่าย มีการสำรวจค้นหาผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 (Palliative Care) ในพื้นที่ชุมชน มีการส่งข้อมูลมายังสถานบริการแม่ข่าย ผ่านโปรแกรมเช่นเดียวกันทั้งนี้เพื่อประสานการวางแผนการดูแลและการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมบ้านผ่านระบบออนไลน์ในโปรแกรมที่ได้จัดทำขึ้น พร้อมทั้งจัดให้มีศูนย์ข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัดและระดับเขต นอกจากนี้เพื่อให้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีความครอบคลุมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงให้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 2 และเตียงประเภทที่ 1 ผ่านโปรแกรม LTC link ด้วยเช่นกัน

4.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย Long term care โดยการจัดอบรม Care manager ประจำ รพ.สต./ ศสม. (หลักสูตร 15 วัน) อบรมพยาบาลเฉพาะทาง Long term care (หลักสูตร 4 เดือน) จัดทำคู่มือ/ CPG ในการดูแลผู้ป่วย Long term care ที่สำคัญเชื่อมโยงสถานบริการตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ มีการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) เรียนรู้โดยการใช้บริบทเป็นฐานในการแก้ปัญหา (Context Base Learning: CBL) การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research : R2R) จัดมหกรรม Show & share ระดับจังหวัดและเขต ให้มีการแลกเปลี่ยนผลงานนวัตกรรม นำผลงานเด่นมาประยุกต์พัฒนาต่อยอด (Copy and Development: C&D) และมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement : CQI)

4.4 พัฒนาศักยภาพ Care giver/ ญาติเครือข่าย เป้าหมายเพื่อให้ชุมชนมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยการจัดอบรม care giver ประจำชุมชนให้มีทักษะสามารถดูแลผู้ป่วย Long term care ในชุมชนได้ กรณีไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง หรือญาติไม่มีความพร้อม โดยให้มี care giver ในการดูแลผู้ป่วย Long term care โดยการพัฒนาให้มี care giver ครอบคลุมพื้นที่ในชุมชนมากขึ้น

4.5 สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย LTC ได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วย LTC และมีการส่งต่อข้อมูลผู้พิการผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ มีการประสานงานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน มีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ เพื่อรับการช่วยเหลือต่อไป

5. กระบวนการทำงาน (Process)

กระบวนการทำงานของทั้ง 5 กลยุทธ์นั้น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Long term care ได้ออกแบบกระบวนการทำงาน (process) ตามแนวทางของเขตบริการสุขภาพที่ 8 โดยแบ่งเป็นองค์ประกอบ 7 Building Blocks ตามรูปแบบขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) เพื่อให้ให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยง่าย คือ

5.1 กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery) ได้แก่ การการพัฒนาและจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of Care: COC) ระดับแม่ข่าย, CUP และ รพสต. ที่เป็น Node ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและจัดตั้ง Palliative care unit ในโรงพยาบาลระดับ A – M2 ค้นหาผู้พิการและคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน นำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรม LTC link เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รับการเยี่ยมบ้านตามสภาวะพึ่งพิง

5.2 การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce) ได้แก่ การอบรมหลักสูตร Care manager อบรมพยาบาลเฉพาะทาง Long term care อบรมหลักสูตร Palliative care จัดทำคู่มือ/ CPG ในการดูแลผู้ป่วย Long term care และสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม R2R, CBL, C&D, L&D, จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Show & Share Long term care ระดับเขต เป็นต้น

5.3 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information Technology) ได้แก่ การนำโปรแกรม Long term care link มาใช้บริหารจัดการข้อมูล จัดทำระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Long term care: เต็มประเภทที่ 3 และเต็มประเภทที่ 4 (Palliative Care) มีศูนย์ข้อมูล (Data center) ระดับอำเภอ จังหวัดและเขตโดยติดตั้งเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) และอุปกรณ์จัดเก็บสำรองแบบภายนอก (External Storage) มีระบบการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

5.4 ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ต่างๆ (Medical Products Vaccines and Technologies) ได้แก่การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประจำศูนย์สำรองอุปกรณ์การแพทย์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เพียงพอ มีระบบยาสนับสนุนเพื่อบรรเทาอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วย Palliative care มีสื่อการเรียนรู้ เช่น วีซีดี, DVD เพื่อการสอนสาธิต เป็นต้น

5.5 การเงินการคลัง (Health Financing) ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร/ภาคีเครือข่าย การจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์/สำนักงาน เวชภัณฑ์ต่างๆ จากเขตบริการสุขภาพที่ 8 สปสช. เขต 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และงบ Cup การขอรับบริจาคอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนสุขภาพพื้นที่ ผู้มีจิตศรัทธาหรือ จิตอาสา

5.6 นโยบายและการบริหาร (Leadership and Governance) เป็นนโยบายจากเขตบริการสุขภาพที่ 8 กำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Long term care เป็นผู้ดำเนินการพร้อมทั้งนิเทศติดตามผลการดำเนินงานในภาพเขต ส่วนคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Long term care ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนและติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ เป็นต้น

5.7 การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ (Stakeholder Participation) โดยความร่วมมือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ในการจัดหลักสูตรอบรมเฉพาะทาง Long term care และคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนครพนมร่วมเป็นวิทยากรในการอบรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยคณะกรรมการกองทุนสุขภาพพื้นที่ ในการสนับสนุนงบประมาณอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ อสม. และจิตอาสา มีส่วนร่วม ในการเข้ารับการอบรมเพื่อเป็น Care giver ในชุมชน พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ กาชาดจังหวัดให้การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม

ในขั้นตอนกระบวนการทำงานนี้ ได้กำหนดตามระดับและศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ มีรายละเอียดในแต่ละประเด็นต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 : กระบวนการดำเนินงาน 7 building blocks สาขา Long term care
(พัฒนาศูนย์ COC คุณภาพ)

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
1. พัฒนาศูนย์ COC คุณภาพ และ Palliative care unit					
1. Service Delivery	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศูนย์ดูแล ต่อเนื่องให้ครบตาม เกณฑ์คุณภาพ - ขยายบริการให้ยา MO ชนิดฉีดทาง หลอดเลือดดำ ใน ผู้ป่วย Palliative ใน ชุมชน - จัดตั้งหน่วย ประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเสียชีวิต - ค้นหาผู้พิการ และ คัดกรองผู้สูงอายุที่ อยู่ในภาวะพึ่งพิง และติดตามเยี่ยม บ้านตามเกณฑ์ - ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เติบโตประเภทที่ 3 และ 4 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศูนย์ดูแล ต่อเนื่องให้ครบ ตามเกณฑ์ คุณภาพ - ขยายบริการให้ ยา MO ชนิดฉีด ทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วย ในผู้ป่วย Palliative ใน ชุมชน - จัดตั้งหน่วย ประคับประคอง ผู้ป่วยระยะ สุดท้ายก่อน เสียชีวิต - คัดกรองผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และติดตามเยี่ยม บ้านตามเกณฑ์ - ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยเตียง ประเภทที่ 3 และ ประเภทที่ 4 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศูนย์ดูแล ต่อเนื่องให้ครบตาม เกณฑ์คุณภาพ - ขยายบริการให้ยา MO ชนิดฉีดทาง หลอดเลือดดำ ใน ผู้ป่วย Palliative ใน ชุมชน - จัดตั้งหน่วย ประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนเสียชีวิต - คัดกรองผู้สูงอายุที่ อยู่ในภาวะพึ่งพิง และติดตามเยี่ยม บ้านตามเกณฑ์ - ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยเตียงประเภท ที่ 3 และประเภทที่ 4 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศูนย์ดูแล ต่อเนื่องให้ครบตาม เกณฑ์คุณภาพ - ขยายบริการให้ยา MO ชนิดฉีดทาง หลอดเลือดดำ ใน ผู้ป่วย Palliative ใน ชุมชน - คัดกรองผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และติดตามเยี่ยม บ้านตามเกณฑ์ - ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยเตียงประเภท ที่ 3 และประเภทที่ 4 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนา Node ให้มีอุปกรณ์ ครบตามเกณฑ์ คุณภาพ - ให้การดูแล เฝ้าระวัง ต่อเนื่องใน ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับยา MO ชนิดฉีดทาง หลอดเลือดดำ ในชุมชน - คัดกรอง ผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงและ ติดตามเยี่ยม บ้านตามเกณฑ์ - ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยเตียง ประเภทที่ 3 และประเภทที่ 4

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
2. Health Workforce	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care Manager (แพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - อบรมหลักสูตร เฉพาะทาง LTC (4 เดือน) - อบรมหลักสูตร Palliative care (1 ½ เดือน) - KM (Show & Share) ระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care Manager (แพทย์และ พยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - อบรมหลักสูตร เฉพาะทาง LTC (4 เดือน) - อบรมหลักสูตร Palliative care (1 ½ เดือน) - KM (Show & Share) ระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care Manager (แพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - อบรมหลักสูตร เฉพาะทาง LTC (4 เดือน) - อบรมหลักสูตร Palliative care (1 ½ เดือน) - KM (Show & Share) ระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care Manager (แพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - อบรมหลักสูตร เฉพาะทาง LTC (4 เดือน) - อบรมหลักสูตร Palliative care (1 ½ เดือน) - KM (Show & Share) ระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care manager (พยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - อบรมหลักสูตร เฉพาะทาง LTC (4 เดือน) -อบรมการใช้ โปรแกรม LTC สำหรับ ผู้รับผิดชอบงาน LTC
3. IT	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองและค้นหา ผู้พิการ, ผู้สูงอายุเข้าสู่โปรแกรม -ศูนย์การเรียนรู้ สำหรับบุคลากรและ Care giver -ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรังเพียง ประเภทที่ 1, 2 ,3 และ 4 เข้าสู่ โปรแกรม LTC และ รายงานผลการเยี่ยม ภายในเครือข่ายทาง โปรแกรม LTC - ระบบให้คำปรึกษา โดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ 	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองและ ค้นหาผู้พิการ, ผู้สูงอายุเข้าสู่ โปรแกรม -ศูนย์การเรียนรู้ สำหรับบุคลากร และCare giver -ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรังเพียง ประเภทที่ 1, 2 ,3 และ 4 เข้าสู่ โปรแกรม LTC และรายงานผล การเยี่ยมภายใน เครือข่ายทาง โปรแกรม LTC - ระบบให้ คำปรึกษาโดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองและค้นหา ผู้พิการ, ผู้สูงอายุ เข้าสู่โปรแกรม -ศูนย์การเรียนรู้ สำหรับบุคลากรและ Care giver -ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรังเพียง ประเภทที่ 1, 2 ,3 และ 4 เข้าสู่ โปรแกรม LTC และ รายงานผลการ เยี่ยมภายใน เครือข่ายทาง โปรแกรม LTC - ระบบให้คำปรึกษา โดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ 	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองและ ค้นหาผู้พิการ, ผู้สูงอายุเข้าสู่ โปรแกรม -ศูนย์การเรียนรู้ สำหรับบุคลากร และCare giver -ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรังเพียง ประเภทที่ 1, 2 ,3 และ 4 เข้าสู่ โปรแกรม LTC และ รายงานผลการ เยี่ยมภายใน โปรแกรม LTC และ รายงานผลการ เยี่ยมภายใน เครือข่ายทาง โปรแกรม LTC - ระบบให้ คำปรึกษาโดย แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาผู้พิการ, ผู้สูงอายุเข้าสู่ โปรแกรม - ค้นหาผู้ป่วย ที่เพียงประเภทที่ 1, 2, 3 และ 4 เข้าสู่โปรแกรม LTC รายงาน ผลการเยี่ยม ภายใน เครือข่ายผ่าน โปรแกรม LTC - ระบบให้ คำปรึกษาโดย แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
4. Drug & Equipment	-การสำรองอุปกรณ์การแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยLTC ที่บ้านเพียงพอ ประกอบด้วย - เครื่องช่วยหายใจ 2 - เครื่องผลิต O ₂ 5 - syringe driver 2 - เครื่องดูดเสมหะ 5 - ถัง O ₂ + หัว 5 - เตียงฟาวเลอร์ 5 -มีระบบยาสนับสนุนการจัดการกับอาการรบกวนในกลุ่มผู้ป่วยPalliative care (กลุ่มOP MO) - คู่มือ/CPGในการดูแลผู้ป่วยLTC สำหรับเจ้าหน้าที่ - สื่อการเรียนรู้ เช่น วีดิทัศน์ เพื่อสอน สาทิต	-การสำรองอุปกรณ์การแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยLTCที่บ้านเพียงพอ ประกอบด้วย -เครื่องช่วยหายใจ 1 เครื่องผลิต O ₂ 2 - syringe driver 2 - เครื่องดูดเสมหะ 5 -ถัง O ₂ + หัว 5 - เตียงฟาวเลอร์ 2 -มีระบบยาสนับสนุนการจัดการกับอาการรบกวนในกลุ่มผู้ป่วยPalliative care (กลุ่มOP MO) - คู่มือ/CPGในการดูแลผู้ป่วยLTC สำหรับเจ้าหน้าที่ - สื่อการเรียนรู้ เช่น วีดิทัศน์ เพื่อสอน สาทิต	การสำรองอุปกรณ์การแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยLTCที่บ้านเพียงพอ ประกอบด้วย - syringe driver 1 - เครื่องดูดเสมหะ 3 - ถัง O ₂ + หัว 2 - เตียงฟาวเลอร์ 1 - เครื่องผลิต O ₂ 1 -มีระบบยาสนับสนุนการจัดการกับอาการรบกวนในกลุ่มผู้ป่วยPalliative care (กลุ่มOP MO) - คู่มือ/CPGในการดูแลผู้ป่วยLTC สำหรับเจ้าหน้าที่ - สื่อการเรียนรู้ เช่น วีดิทัศน์ เพื่อสอน สาทิต	การสำรองอุปกรณ์การแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยLTCที่บ้านเพียงพอ ประกอบด้วย - เครื่องดูดเสมหะ 2 - ถัง O ₂ + หัว 2 - เตียงฟาวเลอร์ 1 -มีระบบยาสนับสนุนการจัดการกับอาการรบกวนในกลุ่มผู้ป่วยPalliative care (กลุ่มOP MO) - คู่มือ/CPGในการดูแลผู้ป่วยLTC สำหรับเจ้าหน้าที่ - สื่อการเรียนรู้ เช่น วีดิทัศน์ เพื่อสอน สาทิต	-อุปกรณ์การแพทย์ขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย - เครื่องดูดเสมหะ 2 - ถัง O ₂ + หัว 2 - เตียงฟาวเลอร์ 1 -คู่มือ/CPGในการดูแลผู้ป่วยLTC สำหรับเจ้าหน้าที่ -คู่มือในการดูแลLTC สำหรับ(Care giver)ประจำชุมชน

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
5. Financing	<p>- อบรมหลักสูตร care manager 15 วัน (งบเขต)</p> <p>- อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทาง LTC (4เดือน) งบ เขต</p> <p>- อบรมหลักสูตร Palliative care (1 ½ เดือน) (งบต้นสังกัด)</p> <p>- KM (Show & Share) ระดับเขต (งบเขต)</p> <p>-ประชุมชี้แจงและจัดทำคู่มือ/CPGในการดูแล ผู้ป่วย LTC (งบเขต)</p> <p>-อุปกรณ์การแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน ใช้งบเงินบำรุง/งบค่าเสื่อมของ โรงพยาบาล</p> <p>-ยากลุ่ม OP MO งบ จาก สปสช.</p>	<p>- อบรมหลักสูตร care manager 15วัน (งบเขต)</p> <p>-อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทาง LTC (4เดือน) งบเขต</p> <p>- อบรมหลักสูตร Palliative care (1 ½ เดือน) (งบต้นสังกัด)</p> <p>- KM (Show & Share) ระดับเขต (งบเขต)</p> <p>-ประชุมชี้แจงและจัดทำคู่มือ/CPGในการดูแล ผู้ป่วย LTC (งบเขต)</p> <p>-อุปกรณ์ การแพทย์ครุภัณฑ์สำนักงานใช้งบเงินบำรุง/งบค่าเสื่อมของ โรงพยาบาล</p> <p>-ยากลุ่ม OP MO งบ จาก สปสช.</p>	<p>- อบรมหลักสูตร care manager 15 วัน (งบเขต)</p> <p>-อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทาง LTC (4เดือน) งบ เขต</p> <p>- KM (Show & Share) ระดับเขต (งบเขต)</p> <p>-ประชุมชี้แจงและจัดทำคู่มือ/CPGในการดูแล ผู้ป่วย LTC (งบเขต)</p> <p>-อุปกรณ์การแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน ใช้งบเงินบำรุง/งบค่าเสื่อมของ โรงพยาบาล</p> <p>-ยากลุ่ม OP MO งบสนับสนุน จาก สปสช.</p>	<p>- อบรมหลักสูตร care manager 15 วัน (งบเขต)</p> <p>-อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทาง LTC (4เดือน) งบ เขต</p> <p>- KM (Show & Share) ระดับเขต (งบเขต)</p> <p>-ประชุมชี้แจงและจัดทำคู่มือ/CPGในการดูแล ผู้ป่วย LTC (งบเขต)</p> <p>-อุปกรณ์การแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน ใช้งบเงินบำรุง/งบค่าเสื่อมของ โรงพยาบาล</p> <p>-ยากลุ่ม OP MO งบสนับสนุน จาก สปสช.</p>	<p>- อบรม หลักสูตร care manager 15 วัน (งบเขต)</p> <p>-อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทาง LTC (4เดือน) งบเขต เฉพาะ รพ.สต. นำร่อง care giver</p> <p>-อุปกรณ์ การแพทย์ขั้นพื้นฐาน (งบ Cup)</p>
6. Governance	<p>-คณะกรรมการLTC ระดับ จังหวัด ดำเนินการและติดตาม ความก้าวหน้า</p>	<p>-คณะกรรมการ LTCระดับ จังหวัด ดำเนินการและติดตาม ความก้าวหน้า</p>	<p>-คณะกรรมการLTC ระดับ CUPติดตาม ความก้าว ความก้าวหน้าโดย คณะกรรมการ LTC ระดับ จังหวัด</p>	<p>-คณะกรรมการLTC ระดับ CUP ดำเนินการและติดตามความก้าวหน้าโดย คณะกรรมการ LTC ระดับ จังหวัด</p>	<p>คณะกรรมการ LTCระดับ จังหวัด/CUP นิเทศติดตาม ความ ก้าวหน้า</p>

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
7. Participation	<ul style="list-style-type: none"> - สปสช. สนับสนุนงบค่ายา MO ในผู้ป่วย Palliative care - อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วย LTC - กาชาดช่วยเหลือผู้พิการและผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - สปสช. สนับสนุนงบค่ายา MO ในผู้ป่วย Palliative care - อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วย LTC - กาชาดช่วยเหลือผู้พิการและผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - สปสช. สนับสนุนงบค่ายา MO ในผู้ป่วย Palliative care - อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วย LTC - กาชาดช่วยเหลือผู้พิการและผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - สปสช. สนับสนุนงบค่ายา MO ในผู้ป่วย Palliative care - อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วย LTC - กาชาดช่วยเหลือผู้พิการและผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการกองทุนสุขภาพพื้นที่/อปท. สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ - อสม./จิตอาสา ร่วมดูแลผู้ป่วย LTC - อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วย LTC - กาชาดช่วยเหลือผู้พิการและผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2: กระบวนการดำเนินงาน 7 Building Blocks สาขา Long term care
(เพิ่มประสิทธิภาพการใช้โปรแกรม Long term care)

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
2. เพิ่มประสิทธิภาพการใช้โปรแกรม LTC					
1. Service delivery	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ข้อมูล Long term care ระดับจังหวัด และระดับเขต - ปรับปรุงโปรแกรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ข้อมูล Long term care ระดับจังหวัด และระดับเขต - ปรับปรุงโปรแกรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ข้อมูล Long term care ระดับจังหวัด และระดับเขต - ปรับปรุงโปรแกรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ข้อมูล Long term care ระดับจังหวัด และระดับเขต - ปรับปรุงโปรแกรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ข้อมูล Long term care ระดับจังหวัด และระดับเขต - ปรับปรุงโปรแกรม

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
2. Health Workforce	อบรมการใช้ โปรแกรมLTC สำหรับผู้รับผิดชอบ ศูนย์ COC และIT	อบรมการใช้ โปรแกรมLTC สำหรับผู้รับผิดชอบ ศูนย์ COC และIT	อบรมการใช้ โปรแกรมLTC สำหรับผู้รับผิดชอบ ศูนย์COCและIT	อบรมการใช้ โปรแกรมLTC สำหรับผู้รับผิดชอบ ศูนย์COCและIT	-อบรมการใช้ โปรแกรมLTC สำหรับผู้รับผิดชอบงาน LTC
3. IT	-โปรแกรม LTC - รายงานข้อมูล ผู้ป่วย LTC ใน เครือข่าย ผ่าน โปรแกรม	-โปรแกรม LTC - รายงานข้อมูล ผู้ป่วย LTC ใน เครือข่าย ผ่าน โปรแกรม	-โปรแกรม LTC - รายงานข้อมูล ผู้ป่วย LTC ใน เครือข่าย ผ่าน โปรแกรม	-โปรแกรม LTC - รายงานข้อมูล ผู้ป่วย LTC ใน เครือข่าย ผ่าน โปรแกรม	-โปรแกรม LTC - รายงานข้อมูล ผู้ป่วย LTC ใน เครือข่าย ผ่าน โปรแกรม
4. Drug & Equipment	-คอมพิวเตอร์ ประจำศูนย์ - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC	-คอมพิวเตอร์ ประจำศูนย์ - ติดตั้งเครื่อง คอมพิวเตอร์แม่ ข่ายและ External Storage (โรงพยาบาล นครพนม) - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC	คอมพิวเตอร์ประจำ ศูนย์ - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC	คอมพิวเตอร์ประจำ ศูนย์ - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC	คอมพิวเตอร์ ประจำ รพ.สต. - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC
5. Financing	-ปรับปรุงโปรแกรม LTC (งบเขต) -คอมพิวเตอร์ ประจำศูนย์ (งบ เงินบำรุง รพ.) - อบรมการใช้ โปรแกรม LTC สำหรับ ผู้รับผิดชอบ ศูนย์ COC และ IT (งบเขต) - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC (งบเขต)	-ปรับปรุงโปรแกรม LTC (งบเขต) -คอมพิวเตอร์ ประจำศูนย์ (งบ เงินบำรุง รพ.) - อบรมการใช้ โปรแกรม LTC สำหรับ ผู้รับผิดชอบ ศูนย์ COC และ IT (งบเขต) - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC (งบเขต)	-ปรับปรุงโปรแกรม LTC (งบเขต) -คอมพิวเตอร์ ประจำศูนย์ (งบ เงินบำรุง รพ.) - อบรมการใช้ โปรแกรม LTC สำหรับ ผู้รับผิดชอบ ศูนย์ COC และ IT (งบเขต) - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC (งบเขต)	-ปรับปรุงโปรแกรม LTC (งบเขต) -คอมพิวเตอร์ ประจำศูนย์ (งบ เงินบำรุง รพ.) - อบรมการใช้ โปรแกรม LTC สำหรับ ผู้รับผิดชอบ ศูนย์ COC และ IT (งบเขต) - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC (งบเขต)	- ปรับปรุง โปรแกรม LTC (งบเขต) -คอมพิวเตอร์ ประจำ รพ.สต. (งบ Cup) - อบรมการใช้ โปรแกรม LTC สำหรับ ผู้รับผิดชอบงาน LTC (งบ สสจ.) - คู่มือการใช้ โปรแกรม LTC

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
5. Financing		- ติดตั้งเครื่อง คอมพิวเตอร์แม่ ข่ายและ External Storage ที่ โรงพยาบาล นครพนม (งบเขต)			(งบเขต)
6. Governance	คณะกรรมการ สารสนเทศระดับ เขต/จังหวัด ดำเนินการ/ ติดตาม ประเมินผล คณะกรรมการ LTCระดับเขต/ จังหวัดติดตาม นิเทศประเมินผล	คณะกรรมการ สารสนเทศระดับ เขต/จังหวัด ดำเนินการ/ ติดตาม ประเมินผล คณะกรรมการ LTCระดับเขต/ จังหวัดติดตาม นิเทศประเมินผล	คณะกรรมการ LTC ระดับจังหวัด/CUP ติดตามนิเทศ ประเมินผล	คณะกรรมการ LTC ระดับจังหวัด/ CUP ติดตามนิเทศ ประเมินผล	คณะกรรมการ LTCระดับ CUP ติดตามนิเทศ ประเมินผล
7. Participation	- สปสข.ใช้ข้อมูล จากโปรแกรมใน การสนับสนุน QOF -ศูนย์ IT หน่วย บริการ /ดูแลระบบ	- สปสข.ใช้ข้อมูล จากโปรแกรมใน การสนับสนุน QOF -ศูนย์ITหน่วย บริการติดตั้ง เครื่อง คอมพิวเตอร์แม่ ข่ายและ External Storage / ดูแล ระบบโดย IT (โรงพยาบาล นครพนม)	-สปสข.ใช้ข้อมูล จากโปรแกรมใน การสนับสนุน QOF	-สปสข.ใช้ข้อมูล จากโปรแกรมใน การสนับสนุน QOF	-สปสข.ใช้ ข้อมูลจาก โปรแกรมในการ สนับสนุน QOF

ตารางที่ 3 : กระบวนการดำเนินงาน 7 Building Blocks สาขา Long term care

(พัฒนาศักยภาพบุคลากรและพัฒนาศักยภาพ Care giver ภาควิชาเครือข่าย)

ระดับหน่วยบริการ	A	S	M	F	P
3.พัฒนาศักยภาพบุคลากรและพัฒนาศักยภาพ Care giver ภาควิชาเครือข่าย					
1.Service delivery	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	-พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาควิชาเครือข่ายในการดูแลระยะยาว
2.Health Workforce	<ul style="list-style-type: none"> -อบรมหลักสูตร Care Manager (แพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง LTC (4 เดือน) - อบรมหลักสูตร Palliative care (1 ½ เดือน) - KM (Show & Share) ระดับเขต -R2R,CBL,C&D ,I&D 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care Manager (แพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง LTC (4 เดือน) - อบรมหลักสูตร Palliative care (1 ½ เดือน) - KM (Show & Share) ระดับเขต -R2R,CBL,C&D ,I&D 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care Manager (แพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - KM (Show & Share) ระดับเขต -R2R,CBL,C&D ,I&D 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care Manager (แพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - KM (Show & Share) ระดับเขต -R2R,CBL,C&D ,I&D 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมหลักสูตร Care Manager (พยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน LTC) - อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง LTC (4 เดือน) รพ.สต นำร่อง care giver - อบรม care giver ประจำชุมชน - R2R,CBL, C&D,I&D - KM
3.IT	<ul style="list-style-type: none"> - หลักสูตร Care Manager LTC - หลักสูตรเฉพาะทาง LTC 	<ul style="list-style-type: none"> - หลักสูตร Care Manager LTC - หลักสูตรเฉพาะทาง LTC 	<ul style="list-style-type: none"> - หลักสูตร Care Manager LTC - หลักสูตรเฉพาะทาง LTC 	<ul style="list-style-type: none"> - หลักสูตร Care Manager LTC - หลักสูตรเฉพาะทาง LTC 	<ul style="list-style-type: none"> - หลักสูตร Care Manager LTC - หลักสูตรเฉพาะทาง LTC และ care giver ประจำชุมชน

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
4.Drug & Equipment	- คู่มือ/CPG การ ดูแลผู้ป่วย LTC - คู่มือการอบรม care manager	- คู่มือ/CPG การ ดูแลผู้ป่วย LTC - คู่มือการอบรม care manager	- คู่มือ/CPG การ ดูแลผู้ป่วย LTC - คู่มือการอบรม care manager	- คู่มือ/CPG การ ดูแลผู้ป่วย LTC - คู่มือการอบรม care manager	- คู่มือ/CPG การดูแลผู้ป่วย LTC - คู่มือการอบรม care manager
5.Financing	- อบรมหลักสูตร care manager 15 วัน (งบเขต) -อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะ ทาง LTC (4เดือน) (งบเขต) -ประชุมชี้แจงและ จัดทำคู่มือ/CPG ในการดูแล ผู้ป่วย LTC (งบเขต) - จัดทำคู่มือการ อบรม care manager (งบเขต)	- อบรมหลักสูตร care manager 15 วัน (งบเขต) -อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะ ทาง LTC (4เดือน) (งบเขต) -ประชุมชี้แจงและ จัดทำคู่มือ/CPGใน การดูแล ผู้ป่วย LTC (งบเขต) - จัดทำคู่มือการ อบรม care manager (งบเขต)	- อบรมหลักสูตร care manager 15 วัน (งบเขต) -อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทาง LTC (4เดือน) (งบ เขต) -ประชุมชี้แจงและ จัดทำคู่มือ/CPGใน การดูแล ผู้ป่วย LTC (งบเขต) - จัดทำคู่มือการ อบรม care manager (งบเขต)	- อบรมหลักสูตร care manager 15 วัน (งบเขต) -อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะทาง LTC (4เดือน) (งบ เขต) -ประชุมชี้แจงและ จัดทำคู่มือ/CPGใน การดูแล ผู้ป่วย LTC (งบเขต) - จัดทำคู่มือการ อบรม care manager (งบเขต)	- อบรม หลักสูตร care manager 15 วัน (งบ สสจ. / Cup) -อบรมหลักสูตร พยาบาลเฉพาะ ทาง LTC (4เดือน) (งบ เขต) -ประชุมชี้แจง และจัดทำ คู่มือ/CPGใน การดูแล ผู้ป่วย LTC (งบ สสจ. / Cup) - จัดทำคู่มือการ อบรม care manager (งบ สสจ. / Cup)
6.Governance	- คณะกรรมการ LTC ระดับเขต/ จังหวัด - คณะกรรมการ พัฒนาหลักสูตร care manager ระดับเขต	- คณะกรรมการ LTC ระดับเขต/ จังหวัด - คณะกรรมการ พัฒนาหลักสูตร care manager ระดับเขต	- คณะกรรมการ LTC ระดับ Cup / จังหวัด - คณะกรรมการ พัฒนาหลักสูตร care manager ระดับเขต	- คณะกรรมการ LTC ระดับ Cup / จังหวัด - คณะกรรมการ พัฒนาหลักสูตร care manager ระดับเขต	- คณะกรรมการ LTC ระดับ Cup /จังหวัด - คณะกรรมการ พัฒนาหลักสูตร care manager ระดับจังหวัด

ระดับหน่วย บริการ	A	S	M	F	P
7.Participation	-วิทยาลัย พยาบาลบรมราช ชนนีอุดรธานี จัดทำหลักสูตร พยาบาลเฉพาะ ทาง LTC (4เดือน) และเป็นสถาบัน รับฝึกอบรม -วิทยาลัย พยาบาลบรมราช ชนนีนครพนม (มหาวิทยาลัย นครพนม) สนับสนุนวิทยากร หลักสูตร Case manager - มหาวิทยาลัยขอนแก่น แก่นรับอบรม หลักสูตร Palliative care	วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุดรธานีจัดทำ หลักสูตรพยาบาล เฉพาะทาง LTC (4เดือน)และเป็น สถาบันรับ ฝึกอบรม -วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครพนม (มหาวิทยาลัย นครพนม) สนับสนุนวิทยากร หลักสูตร Case manager - มหาวิทยาลัยขอนแก่น แก่นรับอบรม หลักสูตร Palliative care	วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุดรธานีจัดทำ หลักสูตรพยาบาล เฉพาะทาง LTC (4เดือน)และเป็น สถาบันรับฝึกอบรม -วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครพนม (มหาวิทยาลัย นครพนม)สนับสนุน วิทยากร หลักสูตร Case manager - มหาวิทยาลัยขอนแก่น แก่นรับอบรม หลักสูตร Palliative care	วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี อุดรธานีจัดทำ หลักสูตรพยาบาล เฉพาะทาง LTC (4เดือน)และเป็น สถาบันรับฝึกอบรม -วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครพนม (มหาวิทยาลัย นครพนม)สนับสนุน วิทยากร หลักสูตร Case manager - มหาวิทยาลัยขอนแก่น แก่นรับอบรม หลักสูตร Palliative care	วิทยาลัย พยาบาลบรม ราชชนนี อุดรธานีจัดทำ หลักสูตร พยาบาลเฉพาะ ทาง LTC (4เดือน)และ เป็นสถาบันรับ ฝึกอบรม -วิทยาลัย พยาบาลบรม ราชชนนี นครพนม (มหาวิทยาลัย นครพนม) สนับสนุน วิทยากร หลักสูตร Case manager - มหาวิทยาลัยขอนแก่น แก่นรับ อบรมหลักสูตร Palliative care

ตารางที่ 4 : กระบวนการดำเนินงาน 7 Building Blocks สาขา Long term care

(สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน)

ระดับหน่วยบริการ	A	S	M	F	P
4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน					
1.Service delivery	- จัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้ป่วย LTC - ชื่นชมและยกย่องผู้พิการ	- จัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้ป่วย LTC - ชื่นชมและยกย่องผู้พิการ	- จัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้ป่วย LTC - ชื่นชมและยกย่องผู้พิการ	- จัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้ป่วย LTC - ชื่นชมและยกย่องผู้พิการ	- จัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้ป่วย LTC - ชื่นชมและยกย่องผู้พิการ
2.Health Workforce	- แพทย์ - พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ	- แพทย์ - พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ	- แพทย์ - พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ	- แพทย์ - พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ	- พยาบาลและนศ.
3. Health Information System	- มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC เข้าโปรแกรมและคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน - ประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้อง	- มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC เข้าโปรแกรมและคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน - ประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้อง	- มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC เข้าโปรแกรมและคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน - ประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้อง	- มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC เข้าโปรแกรมและคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน - ประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้อง	- มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC เข้าโปรแกรมและคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน - ประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้อง
4.IT	- โปรแกรม LTC	- โปรแกรม LTC	- โปรแกรม LTC	- โปรแกรม LTC	- โปรแกรม LTC
5. Health System Financing	- การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนจากอปท. / พมจ. / ภาคเอกชน / ภาษีช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ	- การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนจากอปท. / พมจ. / ภาคเอกชน / ภาษีช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ	- การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนจากอปท. / พมจ. / ภาคเอกชน / ภาษีช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ	- การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนจากอปท. / พมจ. / ภาคเอกชน / ภาษีช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ	- การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนจากอปท. / พมจ. / ภาคเอกชน / ภาษีช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ

ระดับหน่วยบริการ	A	S	M	F	P
6.Governance	- คณะกรรมการ LTC ระดับจังหวัด- ประสานงานคืน ข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง ติดตามและ ประเมินผล	- คณะกรรมการ LTC ระดับจังหวัด ประสานงานคืน ข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง ติดตามและ ประเมินผล	- ระดับ Cup ประสานงานคืน ข้อมูลให้ ผู้เกี่ยวข้อง ติดตามและ ประเมินผล	- ระดับ Cup ประสานงานคืน ข้อมูลให้ ผู้เกี่ยวข้องติดตาม และประเมินผล	- ผู้รับผิดชอบ งาน LTC ประสานงานคืน ข้อมูลให้ ผู้เกี่ยวข้อง ติดตามและ ประเมินผล
7.Participation	- อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุน เพื่อการดูแลผู้ป่วย LTC - พมจ. รับขึ้น ทะเบียนผู้พิการ - ภาษาดช่วยเหลือ ผู้พิการและ ผู้สูงอายุ	- อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุน เพื่อการดูแลผู้ป่วย LTC - พมจ. รับขึ้น ทะเบียนผู้พิการ - ภาษาดช่วยเหลือ ผู้พิการและ ผู้สูงอายุ	- อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุน เพื่อการดูแล ผู้ป่วย LTC - พมจ. รับขึ้น ทะเบียนผู้พิการ - ภาษาด ช่วยเหลือผู้พิการ และผู้สูงอายุ	- อปท./พมจ. สนับสนุนกองทุน เพื่อการดูแลผู้ป่วย LTC - พมจ. รับขึ้น ทะเบียนผู้พิการ - ภาษาดช่วยเหลือ ผู้พิการและ ผู้สูงอายุ	- อปท./พมจ. สนับสนุน กองทุนเพื่อการ ดูแลผู้ป่วย LTC - พมจ. รับขึ้น ทะเบียนผู้พิการ - ภาษาด ช่วยเหลือผู้ พิการและ ผู้สูงอายุ

6. ตัวชี้วัดระดับเขต

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลระยะยาว ได้กำหนดตัวชี้วัดหลักในการดูแลระยะยาว ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดรอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3
- ร้อยละของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการจัดการอาการรบกวน
- อัตราการ Re – Admission ของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ได้รับการฟื้นฟูสภาพมีอาการดีขึ้น เปลี่ยนจากเตียงประเภทที่ 3 เป็นเตียงประเภทที่ 2 (ประเมินในระยะ 6 เดือน)
- หน่วยบริการที่มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) ตามเกณฑ์คุณภาพ
- หน่วยบริการที่มีระบบข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long term care)
- จำนวนกองทุนที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Long term care

ตารางที่ 5 : สรุปตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

ลำดับ	ตัวชี้วัด	การรายงานข้อมูล	แหล่งที่มาของข้อมูล
1	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ทุกเดือนภายในวันที่ 5 ของเดือน	-ฐานข้อมูล LTC ในแต่ละหน่วยบริการ -Data center ระดับ CUP จังหวัดและระดับเขต -ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับแม่ข่ายจังหวัดและ CUP
2	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4	ทุกเดือนภายในวันที่ 5 ของเดือน	-ฐานข้อมูล LTC ในแต่ละหน่วยบริการ -Data center ระดับ CUP จังหวัดและระดับเขต -ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับแม่ข่ายจังหวัดและ CUP
3	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการจัดการอาการรบกวน	ทุกเดือนภายในวันที่ 5 ของเดือน	-ฐานข้อมูล LTC ในแต่ละหน่วยบริการ -Data center ระดับ CUP จังหวัดและระดับเขต -ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับแม่ข่ายจังหวัดและ CUP
4	อัตราการ Re – Admission ของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3	ทุกเดือนภายในวันที่ 5 ของเดือน	-ฐานข้อมูล LTC ในแต่ละหน่วยบริการ -Data center ระดับ CUP จังหวัดและระดับเขต -ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับแม่ข่ายจังหวัดและ CUP
5	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke)ได้รับการฟื้นฟูสภาพมีอาการดีขึ้น เปลี่ยนจากเตียงประเภทที่ 3 เป็นเตียงประเภทที่ 2 (ประเมินในระยะ 6 เดือน)	ทุกเดือนภายในวันที่ 5 ของเดือน	-ฐานข้อมูล LTC ในแต่ละหน่วยบริการ -Data center ระดับ CUP จังหวัดและระดับเขต -ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับแม่ข่ายจังหวัดและ CUP
6	หน่วยบริการที่มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC)ตามเกณฑ์คุณภาพ	1.การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ปีละ 2 ครั้ง (เม.ย.ก.ย.) 2. การนิเทศติดตามการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ปี พร้อมการตรวจราชการ (กพ,มิย) / กระทรวง (ก.พ./มิ.ย.)	- จากการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ - Data center ระดับ cup ระดับจังหวัดและเขต

ลำดับ	ตัวชี้วัด	การรายงานข้อมูล	แหล่งที่มาของข้อมูล
7	หน่วยบริการที่มีระบบข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long term care)	1.การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ปีละ 2 ครั้ง (เม.ย., ก.ย.) 2. การนิเทศติดตามการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ปี พร้อมการตรวจราชการ (กพ,มีย) / กระทรวง (ก.พ./มิ.ย.)	- จากการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ - Data center ระดับ cup ระดับจังหวัดและเขต
8	จำนวนกองทุนที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Long term care	1.การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ปีละ 2 ครั้ง (เม.ย., ก.ย.) 2. การนิเทศติดตามการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ปี พร้อมการตรวจราชการ (กพ,มีย) / กระทรวง (ก.พ./มิ.ย.)	- จากการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ - ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

รายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาว (Long term care)

ตัวชี้วัดบริการที่ 1	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์						
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Barthel Index = 0-4 คะแนน)</p> <p>ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ที่บ้าน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งมีค่าคะแนน Palliative performance scale version 2 (PPSV2) อยู่ในช่วง 10 -30% การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือค้นพบในชุมชนและมีการตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือค้นพบในชุมชน</p>						
เป้าหมายความสำเร็จ	ร้อยละ 80						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน						
แหล่งข้อมูล	Data center LTC ระดับจังหวัด						
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓และเตียงประเภทที่ ๔ (Palliative care) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนได้รับการติดตามเยี่ยมภายใน ๒ สัปดาห์และตอบกลับผลการเยี่ยมภายใน ๑ เดือน						
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และเตียงประเภทที่ ๔ (Palliative care) จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด						
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$						
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5	
	ร้อยละ	70	75	80	85	90	
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care						
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย เชื้อนายนนท์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์โรงพยาบาลนครพนม						

ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>ระดับเขต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042-511424 2. นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 081-9646366 3. นางบุญร่วม ปรีปนณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 089-6213517 4. นางสาวบัวสาย สมสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-511410 5. นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-221695 <p>ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.</p>
------------------	--

ตัวชี้วัดบริการที่ 2	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3
คำนิยาม	<p>การเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านเกิดการพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ปอดบวม มีสาเหตุจากการได้รับคำแนะนำการสอนการฝึกทักษะ จากทีมเยี่ยมบ้านที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ ทำให้ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้เพียงพอต่อการปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้านเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การลื่นล้มหรือการพลัดตกเตียงของผู้ป่วยที่บ้านที่เป็นเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น ฟกช้ำ การเกิดแผลที่ผิวหนัง รวมทั้งการบาดเจ็บอื่นๆ ที่จำเป็นต้องรับการรักษา</p> <p>แผลกดทับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับ 2 ถึง 4 เกิดขึ้นใหม่ และ / หรือ แผลกดทับเดิมเปลี่ยนระดับของแผลไปในทางที่แย่ลง</p> <p>ระดับ 1 ผิวหนังบริเวณนั้นอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่า, แฉงตึง, มีอาการปวดหรือคันกว่า ผิวหนังบริเวณข้างเคียง หรือด้านตรงข้ามของร่างกาย สำหรับบุคคลที่มีผิวดำหรือค่อนข้างเข้ม บริเวณที่ถูกกดทับอาจมีรอยแดงหรือมีรอยแดงคล้ำออกม่วง</p> <p>ระดับ 2 มีการฉีกขาดบางส่วนของชั้นหนังกำพร้าจนถึงชั้นหนังแท้ เช่น แผลถลอกเป็นตุ่มพองหรือเป็นแผลตื้นๆ</p> <p>ระดับ 3 หนังกำพร้าทั้งหมดมีการฉีกขาดและมีการตายของเนื้อเยื่อชั้นหนังกำพร้าจนถึงชั้นใต้ผิวหนังและอาจขยายจนถึงชั้นเนื้อเยื่อพังผืด แผลมักเป็นหลุมลึกอาจเจาะไปยังเนื้อเยื่อรอบๆบริเวณนั้น</p> <p>ระดับ 4 มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น หรือเยื่อหุ้มข้อต่อเนื้อเยื่อที่ตายจะมีสีม่วงคล้ำ หรือดำ แผลมีลักษณะเป็นโพรงลึกถือว่าอยู่ในระยะนี้</p> <p>ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ หมายถึง การที่ข้อต่อไม่สามารถเคลื่อนไหวได้สุดช่วงของการเคลื่อนไหว และภาวะที่กล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งานหรือไม่มีการเคลื่อนไหวทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดเล็กลง</p> <p>ปอดบวม หมายถึง การที่ปอดเกิดการอักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ หายใจหอบ จำเป็นต้องรับการรักษาและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นปอดบวม</p> <p>ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง ปัสสาวะขุ่น และได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>
เป้าหมายความสำเร็จ	ไม่เกินร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับแม่ข่าย
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบชุมชน

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด						
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$						
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5	
	ร้อยละ	≥ 10	7.5	5	2.5	0	
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care						
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย เชื้อนนานนท์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์โรงพยาบาลนครพนม						
ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>ระดับเขต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.สมชาย เชื้อนนานนท์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042-511424 2. นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 081-9646366 3. นางบุญร่วม ปรีบูรณ์ ประยบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 089-6213517 4. นางสาวบัวสาย สมสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-511410 5. นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-221695 <p>ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.</p>						

ตัวชี้วัดบริการที่ 3	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการจัดการอาการรบกวน					
คำนิยาม	<p>อาการรบกวน หมายถึง อาการทางกาย และ / หรืออาการทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ทำให้ไม่สามารถพักผ่อนได้ ได้แก่ อาการปวด, หายใจหอบเหนื่อย, ท้องผูก , และท้องอืด</p> <p>การจัดการกับอาการรบกวน หมายถึง กระบวนการจัดการอย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ ผ่านการศึกษาค้นคว้า เพื่อให้ผลของอาการรบกวนอาการต่างๆ หรือผลของการแก้ปัญหาของอาการรบกวนนั้นๆมีความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว มีเครื่องมือจัดการรบกวน และมีเครื่องมือประเมินที่ชัดเจน</p>					
เป้าหมายความสำเร็จ	ร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน					
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ดูแลต่อเนืองระดับแม่ข่าย					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลค้นพบในชุมชนได้รับการจัดการอาการรบกวน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนและเกิดอาการรบกวนทั้งหมด					
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	60	70	80	90	100
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์โรงพยาบาลนครพนม					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>ระดับเขต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042-511424 2. นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 081-9646366 3. นางบุญร่วม ปริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 089-6213517 4. นางสาวบัวสาย สมสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-511410 5. นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-221695 <p>ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.</p>					

ตัวชี้วัดบริการที่ 4	อัตราการ Re – Admission ของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3						
คำนิยาม	Re – Admission หมายถึง การที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในซ้ำด้วยโรคหรืออาการเดิมภายใน 28 วัน หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน						
เป้าหมายความสำเร็จ	น้อยกว่าร้อยละ 5						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลแม่ข่าย						
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลแม่ข่าย						
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่เข้ารับการรักษากลับภายใน ๒๘ วันด้วยโรคหรืออาการเดิม โดยไม่ได้วางแผน						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในเดือนก่อนหน้าทั้งหมด						
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$						
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5	
	ร้อยละ	≥ 10	7.5	5	2.5	0	
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care						
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์โรงพยาบาลนครพนม						
ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>ระดับเขต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042-511424 2. นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 081-9646366 3. นางบุญร่วม ปริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 089-6213517 4. นางสาวบัวสาย สมสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-511410 5. นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-221695 <p>ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.</p>						

ตัวชี้วัดบริการที่ 5	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ได้รับการฟื้นฟูสภาพมีอาการดีขึ้น เปลี่ยนจากเตียงประเภทที่ 3 เป็นเตียงประเภทที่ 2 (ประเมินในระยะ 6 เดือน)					
คำนิยาม	<p>Ischemic Stroke หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นอัมพาตชนิดสมองขาดเลือดมาเลี้ยง</p> <p>ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความพิการ / จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด (Barthel's Index = 0-4 คะแนน)</p> <p>ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 2 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัด / ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตัวเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล / คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน (Barthel's Index = 5-11 คะแนน)</p>					
เป้าหมายความสำเร็จ	ร้อยละ 20					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน					
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับแม่ข่าย					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลค้นพบในชุมชนเปลี่ยนจากเตียงประเภทที่ 3 เป็นประเภทที่ 2 หรือมีค่า ADL เพิ่มขึ้น					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด					
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	<10	10	20	30	40
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์โรงพยาบาลนครพนม					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>ระดับเขต</p> <p>1. นพ.สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042-511424</p> <p>2. นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 081-9646366</p> <p>3. นางบุญร่วม ปริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 089-6213517</p>					

	<p>4. นางสาวบัวสาย สมสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-511410</p> <p>5. นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-221695</p> <p>ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพ ศ./รพท./รพช.</p>
--	---

ตัวชี้วัดบริการเฉพาะที่ 6	หน่วยบริการที่มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(Continuity of care: COC)ตามเกณฑ์คุณภาพ
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการ หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ A –F3) และ CUP ที่มีการจัดตั้ง รพสต.เป็น Node ในเขตบริการสุขภาพที่ 8</p> <p>2. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์คุณภาพ หมายถึงหน่วยบริการแม่ข่ายที่มีการจัดระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องจากหน่วยบริการ ผู้ชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวโดยมีการเชื่อมโยงข้อมูล และส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลในชุมชนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสถานการณ์เจ็บป่วย โดยมีการดำเนินการครบถ้วนตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>2.1 มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.2 มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์</p> <p>2.2.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ตามรายการที่กำหนด</p> <p>2.2.2 มีการจัดทำทะเบียนอุปกรณ์เครื่องมือ</p> <p>2.2.3 มีการวางระบบในการยืมอุปกรณ์</p> <p>2.2.4 มีทะเบียนผู้รับบริการ</p> <p>2.3 มีศูนย์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว</p> <p>2.3.1 มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวสำหรับผู้ป่วยเตียงประเภท ๓และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care)</p> <p>2.3.2 มีทะเบียนผู้มารับบริการศูนย์การเรียนรู้</p> <p>2.3.3 มีสื่อการเรียนรู้ เช่น VCD, ภาพพอลิ , อุปกรณ์ต่าง ๆ</p> <p>2.4 มีระบบการให้คำปรึกษา</p> <p>2.4.1 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาในแต่ละระดับโดยมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>2.4.2 มีแนวทางปฏิบัติ/ ช่องทางในการให้คำปรึกษา</p>
เป้าหมายความสำเร็จ	<p>1. โรงพยาบาลระดับ A – F3 ร้อยละ 80</p> <p>2. CUP ที่มีการจัดตั้งรพ.สต. เป็น Node ร้อยละ 80</p>

ตัวชี้วัดบริการเฉพาะที่ 6	หน่วยบริการที่มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(Continuity of care: COC)ตามเกณฑ์คุณภาพ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ระดับ A- F3 และ CUP ที่มีการจัดตั้งรพ.สต. เป็น Node												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานที่กำหนดขึ้น 2. มีการสำรวจนิเทศติดตามตามเกณฑ์มาตรฐาน												
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ดูแลต่อเนื่องในแต่ละหน่วยบริการ												
รายการข้อมูล๑	<div>A1=จำนวนโรงพยาบาลระดับ A-F3 ที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ</div> <div>A2=จำนวน CUP ที่มีการตั้งรพ.สต. เป็น node มีอุปกรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์</div> <div>เกณฑ์การดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 รายการ คือ</div> <table><tr><td>รายการ</td></tr><tr><td>1.มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง</td></tr><tr><td>2.มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ครบถ้วนตามเกณฑ์ (รายละเอียดตาม 7 building blocks)</td></tr><tr><td>3.มีศูนย์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว</td></tr><tr><td>4.มีระบบการให้คำปรึกษา</td></tr></table> <div>1. โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการตามแนวทางในรายการที่ 1-4</div> <div>2. CUP ที่มีการตั้งรพ.สต. เป็น node มีอุปกรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์ อุปกรณ์ตามเกณฑ์ หมายถึง 1) มีเครื่องดูดเสมหะ 2 เครื่อง 2)ถังออกซิเจนพร้อมหัว 2 ชุด 3)เตียง Flower 2</div>								รายการ	1.มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	2.มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ครบถ้วนตามเกณฑ์ (รายละเอียดตาม 7 building blocks)	3.มีศูนย์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	4.มีระบบการให้คำปรึกษา
รายการ													
1.มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง													
2.มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ครบถ้วนตามเกณฑ์ (รายละเอียดตาม 7 building blocks)													
3.มีศูนย์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว													
4.มีระบบการให้คำปรึกษา													
	B1= จำนวนโรงพยาบาลระดับ A-F3 B2= จำนวน CUP ทั้งหมด												
เกณฑ์การให้คะแนน	รายการ	ตัวชี้วัด	คะแนน	1	2	3	4	๕					
	1	โรงพยาบาลระดับ A-F๓ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ	ร้อยละ	60	70	80	90	๑๐๐					
	2	CUP ที่มีการจัดตั้ง node อุปกรณ์ครบตามเกณฑ์	ร้อยละ	60	70	80	90	๑๐๐					
ความถี่ในการรายงาน	1. การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ปีละ 2 ครั้ง (เม.ย., ก.ย. 2558) 2. การนิเทศติดตามการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ปี (พร้อมทีมตรวจราชการเขต)												
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม												

ตัวชี้วัดบริการเฉพาะที่ 6	หน่วยบริการที่มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง(Continuity of care: COC)ตามเกณฑ์คุณภาพ
ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>ระดับเขต</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นพ.สมชาย เขื่อนนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042-511424 2. นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 081-9646366 3. นางบุญร่วม บริบูรณ์ณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 089-6213517 4. นางสาวบัวสาย สมสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-511410 5. นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-221695 <p>ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพ ศ./รพท./รพช.</p>

ตัวชี้วัดบริการเฉพาะ 7	หน่วยบริการที่มีระบบข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long term care)					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก						
คำนิยาม	1. หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้แก่ รพศ./รพท./รพช./ศสม./รพ.สต. 2. การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายที่ต้องพึ่งพาคนอื่นในระยะยาวโดยประกอบด้วยผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ และเตียงประเภทที่ ๔ (Palliative care) 3. ระบบข้อมูล หมายถึง ชุดข้อมูลที่กำหนดขึ้นเพื่อการบริหารจัดการการดูแลระยะยาว โดยใช้โปรแกรม Long term care					
เป้าหมายความสำเร็จ	ร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในเครือข่ายบริการที่ 8					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบหลักฐานหรือการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Long term care					
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Long term care					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่มีระบบข้อมูลดูแลระยะยาว					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนหน่วยบริการทุกระดับในเขตบริการสุขภาพที่ 8					
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	70	75	80	85	90
ความถี่ในการรายงาน	ปีละ 2 ครั้ง (เม.ย., ก.ย.)					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	ระดับเขต 1. นพ.สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042-511424 2. นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 081-9646366 3. นางบุญร่วม ปริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 089-6213517 4. นางสาวบัวสาย สมสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-511410 5. นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-221695 ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.					

ตัวชี้วัดบริการเฉพาะ 8	จำนวนกองทุนที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Long term care			
คำนิยาม	กองทุนที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Long term care หมายถึง กองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรหลายฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และ อปท. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในกิจกรรมดูแลผู้ป่วยในชุมชน ในรูปแบบเงิน วัสดุครุภัณฑ์ และสิ่งของต่างๆ มีการบริหารงานในรูปของคณะกรรมการ			
เป้าหมายความสำเร็จ	1 กองทุนต่อ 1 จังหวัด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในเครือข่ายบริการที่ 8			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการจัดตั้งกองทุนให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Long term care			
แหล่งข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงาน Long term care ระดับจังหวัด			
รายการข้อมูล	จำนวนจังหวัดที่มีการจัดตั้งกองทุนให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย Long term care			
สูตรการคำนวณ	-			
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	5	
	ผลการดำเนินงาน	ไม่มี	มี	
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long term care			
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมชาย เชื้อนายนนท์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม			
ผู้จัดเก็บข้อมูล	ระดับเขต			
	นพ.สมชาย เชื้อนายนนท์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042-511424 2. นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 081-9646366 3. นางบุญร่วม ปริบูรณ์พะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 089-6213517 4. นางสาวบัวสาย สมสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-511410 5. นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 042-221695 ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.			

7. สิ่งท้าทายในอนาคต

สิ่งที่ท้าทายในอนาคตสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะยาว (Long term care) ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีดังนี้

1. การขยายบริการการดูแลผู้ป่วย Long term care โดยเน้นการเข้าถึงบริการ กลุ่มผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ให้ครอบคลุมมากที่สุดทั้งที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและจากการค้นพบในชุมชนพร้อมทั้งการขยายบริการ Home health care (เตียงประเภทที่ 1, เตียงประเภทที่ 2) และ Home visit
2. มีเทคโนโลยีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขลดความพิการและภาวะการพึ่งพาผู้อื่น
3. เสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนให้มีความเข้มแข็ง สามารถเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพตนเองได้โดยไม่พึ่งพาภาครัฐ โดยเฉพาะการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพพร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว
4. การวางระบบรองรับสำหรับผู้ป่วย Long term care ในครอบครัว ที่ไม่สามารถดูแลได้หรือถูกทอดทิ้งโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม
5. การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Long term care แบบบูรณาการโดยสหสาขาอาชีพอย่างยั่งยืน

8. สรุป

การดูแลผู้ป่วย Long term care ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเขตบริการสุขภาพที่ 8 เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วย Long Term Care ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และกลุ่มเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องอาศัยผู้ดูแล ทำให้มีปัญหาในการเข้าถึงบริการ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 จึงได้มอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 สาขา Long term care เป็นผู้ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการ Long term care ปี 2558 แบ่งออกเป็น 4 ส่วนที่สำคัญ คือ 1) การจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพเพื่อดูแลผู้ป่วย Long term care กลุ่มผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และกลุ่มเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ทุกกลุ่มโรค 2) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโดยปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 3) เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) โดยการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ ภาควิชาเครือข่ายโดยการอบรม Care giver 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ จะสามารถทำให้ผู้ป่วย Long term care ทุกกลุ่มโรคสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มีระบบการบริหารจัดการ การดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยให้บริการแบบไร้รอยต่อระหว่างชุมชน, รพสต.,รพช., รพท./รพศ. ในการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับบริการ อีกทั้งยังออกแบบตัวชี้วัด ระบบรายงาน ระบบควบคุมกำกับ ให้มีประสิทธิภาพขึ้น พร้อม ๆ กันไปด้วย โดยหวังจะทำให้ผู้ป่วย Long term care ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย(Palliative Care)ได้รับการจัดการอาการรบกวน และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ภาคผนวก ก

การจัดหน่วยบริการตามแผนพัฒนางานบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2558

ร ะ ตั บ	จังหวัด (แห่ง)	โรงพยาบาล
A (2)	อุดรธานี (1)	รพ.อุดรธานี
	สกลนคร (1)	รพ.สกลนคร
S (5)	นครพนม (1)	รพ.นครพนม
	เลย (1)	รพ.เลย
	หนองบัวลำภู (1)	รพ.หนองบัวลำภู
	หนองคาย (1)	รพ.หนองคาย
	บึงกาฬ (1)	รพ.บึงกาฬ
M1 (2)	อุดรธานี (1)	รพ.กุมภวาปี
	สกลนคร (1)	รพ.สว่างแดนดิน
M2 (16)	อุดรธานี(4)	รพ.บ้านผือ รพ.เพ็ญ รพ.บ้านดุง รพ.หนองหาน
	สกลนคร (2)	รพ.วานรนิวาส รพ.พังโคน
	นครพนม (2)	รพ.ธาตุพนม รพ.ศรีสงคราม
	เลย (3)	รพ.ด่านซ้าย รพ.วังสะพุง รพ.เซียงคาน
	หนองบัวลำภู (2)	รพ.ศรีบุญเรือง รพ.นาแก
	หนองคาย (2)	รพ.ท่าบ่อ รพ.โพนพิสัย
	บึงกาฬ(1)	รพ.เซกา
F2 (50)	อุดรธานี (12)	รพ.กุดจับ รพ.ไชยวาน รพ.ทุ่งฝน รพ.นาแก รพ.น้ำโสม รพ.โนนสะอาด รพ.พิบูลย์รักษ์ รพ.วังสามหมอ รพ.ศรีธาตุ รพ.สร้างคอม รพ.หนองวัวซอ รพ.หนองแสง
	สกลนคร (13)	รพ.กุดบาก รพ.กุสุมาลย์ รพ.คำตากล้า รพ.โคกศรีสุพรรณ รพ.เจริญศิลป์ รพ.เต่างอย รพ.บ้านม่วง รพ.พระอาจารย์แบน รพ.พระอาจารย์ฝั้น รพ.โพนนาแก้ว รพ.วาริชภูมิ รพ.ส่องดาว รพ.อากาศอำนวย
	นครพนม (7)	รพ.ท่าอุเทน รพ.นาแก รพ.นาหว้า รพ.บ้านแพง รพ.ปลาปาก รพ.โพนสวรรค์ รพ.เรณูนคร
	เลย (8)	รพ.ท่าลี่ รพ.นาด้วง รพ.ปากชม รพ.ผาขาว พ.ภูกระดึง รพ.ภูเรือ รพ.ภูหลวง รพ.เอราวัณ
	หนองบัวลำภู (3)	รพ.นาหว้า รพ.โนนสัง รพ.สุวรรณคูหา
	หนองคาย (2)	รพ.ศรีเชียงใหม่ รพ.สังคม
	บึงกาฬ (5)	รพ.โซ่พิสัย รพ.บึงโขงหลง รพ.ปากคาด รพ.พรเจริญ รพ.ศรีวิไล

ร ะ ตั บ	จังหวัด (แห่ง)	โรงพยาบาล
F3 (13)	อุดรธานี (3)	รพ.ห้วยเกิ้ง รพ.ประจักษ์ รพ.ภูแก้ว
	สกลนคร (1)	รพ.นิคมน้ำอูน
	นครพนม (2)	รพ.นาทม รพ.วังยาง
	เลย (2)	รพ.หนองหิน รพ.นาแห้ว
	หนองคาย (4)	รพ.สระใคร รพ.เฝ้าไร่ รพ.โพธิ์ตาก รพ.รัตนวาปี
	บึงกาฬ (1)	รพ.บึงคล้า

ภาคผนวก ข

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเขตบริการสุขภาพที่ 8

1. นายสมชาย เชื้อนันทน์	โรงพยาบาลนครพนม	ประธาน
2. นางอาภาพรรณ นเรนทรพิทักษ์	โรงพยาบาลอุดรธานี	รองประธาน
3. นายอิศวเทพ อภัยโส	โรงพยาบาลบ้านแพง นครพนม	รองประธาน
4. นายกิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ	โรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
5. นางอรวรรณ แสงมณี	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	กรรมการ
6. นางนภาพร สิงขรเขียว	โรงพยาบาลเลย	กรรมการ
7. นางสาวไมฟี นาคสาร	โรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
8. นายกมล แซ่ปึง	โรงพยาบาลบึงกาฬ	กรรมการ
9. นายยุทธนา ตรงดี	โรงพยาบาลวานรนิวาส สกลนคร	กรรมการ
10. นางนวลตา โพธิ์สว่าง	โรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
11. นายสมปอง จันทพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	กรรมการ
12. นางปานใจ กรองทิพย์	โรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
13. น.ส. กิตติยา จิตจักร	โรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
14. นายไพบุลย์ บุญแสนแผน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
15. นางขวัญจิต คงพุดิคุณ	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	กรรมการ
16. นางกมลทิพย์ จันทรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	กรรมการ
17. นางไมตรี ไปยะพรหม	โรงพยาบาลสกลนคร	กรรมการ
18. นางจิตติรัตน์ ฤทธิมนตร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย	กรรมการ
19. นางมะลิวัลย์ แก้วมณี	โรงพยาบาลเลย	กรรมการ
20. นางเกศราภรณ์ พลสีลา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
21. น.ส.กุลธวัช ภูติโส	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
22. นางนิภาพรรณ กาญจนกันโ	โรงพยาบาลบึงกาฬ	กรรมการ
23. น.ส.เสาวคนธ์ ตั้งคณาทรัพย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
24. ดร.สุทธินันท์ สระทองหน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
25. นางธัญญทิพย์ ศิริบุญณ์	โรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
26. นางพินทิพย์ ช้ายกลาง	โรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
27. น.ส.สกนธ์วรรณ เต็มทานาม	โรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
28. นางภัสรา พลศรี	โรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
29. น.ส.สุจิต ศรีสงค์	โรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ
30. นางชลกร ทวงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี	กรรมการ
31. ดร.นุชรัตน์ มังคละศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม	กรรมการ
32. นายอนันต์ศักดิ์ พันธุ์พุด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม	กรรมการ

33. ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม	กรรมการ
34. นายกิตติศักดิ์ คะชาวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม	กรรมการ
35. นางบุญร่วม ปรีบุญณะ	โรงพยาบาลนครพนม	เลขานุการ
36. นางบัวสาย สมสาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม	ผู้ช่วยเลขานุการ
37. นางรัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี	โรงพยาบาลนครพนม	ผู้ช่วยเลขานุการ
38. นางศศิพางา วิทยสินธนา	โรงพยาบาลนครพนม	ช่วยเลขานุการ
39. นางจันทร์สว่าง มาเนียม	โรงพยาบาลอุดรธานี	ผู้ช่วยเลขานุการ

เอกสารอ้างอิง

1. กนิษฐา บุญธรรมเจริญและศิริพันธ์ สาสัตย์.(2551)ระบบการดูแลระยะยาว การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเข้าถึงนโยบายวารสารการพยาบาล 14 (3) 385-398
2. ข้อมูลสถิติจากสำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์คุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ :<http://nep.go.th/th/disability-statistic>
3. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี.(2545)แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)กรุงเทพฯ:สำนักนายกรัฐมนตรี
4. คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Long term care เขตบริการสุขภาพที่ 8.เอกสารแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขา Long term care .2556;1:33-34.
5. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เครือข่ายบริการที่ 8. (2556). คู่มือการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home care เครือข่ายบริการที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครพนม.
6. ชุนิตา มณีวรรณ, คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์บรรณศิลป์ ปรีณติง ; 2540.
7. พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจและคณะ ; 2546. ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับชุดบริการ
8. ดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. รายงานการวิจัยเชียงใหม่.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
9. มาลินี วงษ์สิทธิ์ (2543) ความรู้ทั่วไปด้านประชากรและผู้สูงอายุเอกสารประกอบการอบรมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา สาขาสังคมศาสตร์และประชากรศาสตร์ สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ระหว่างวันที่ 2-3 ตุลาคม พ.ศ.2543โรงแรมตะวันนารามาตา กรุงเทพฯโรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
10. ศ.เกียรติคุณพญ.สุมาลี นิมนานิตย์. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย , กรุงเทพฯ ; โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) ; 2550.
11. ศากุน ปวีณวัฒน์ , อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช . เอกสารการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับญาติ ; การประชุมวิชาการ 4 ทศวรรษรามาริบัติ ; 2552.
12. สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. R8WAY Strategies.เอกสารนำเสนอ R8WAY Strategies. 2556;1:1-12

13. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
14. สุปาณี เสนาดีชัย, มณี อภานันท์กุล. คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล. กรุงเทพฯ ฯ : บริษัทจุลทอง จำกัด ; 2522.
15. สุปาณี เสนาดีชัย, วรณภา ประไพพานิช. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ ฯ :บริษัทจุลทอง จำกัด ; 2554.
16. อภิญญา เพียนวิจารณ์, แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 2.นนทบุรี : บริษัทยุทธินทร การพิมพ์จำกัด ; 2552.
17. อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช . การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว . เอกสารโรเนียว ; 2554.
18. เจียมจิต แสงสุบรรณ, อัจฉรา หล่อวิจิตร. คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์ ; 2554.
19. เรณู สอนเครือ, แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1. นนทบุรี : บริษัทยุทธินทร การพิมพ์จำกัด ; 2552.
20. CARING AT HOME A Handbook of carers of Hospice patients ,โดย Eric Fairbank and Ian Maddochs, International Institute of Palliative and Supportive Studies ; Daw House Hospices. South Australia.
21. Claud Regnard and Margaret Kindlen. Supportive and Palliative Care in Cancer. Radcliffe Medical Press Ltd, 2002
22. World Health Organization.A single framework with six building blocks and priorities.Everybody's business.2007;1:14-25.

