

Service Plan

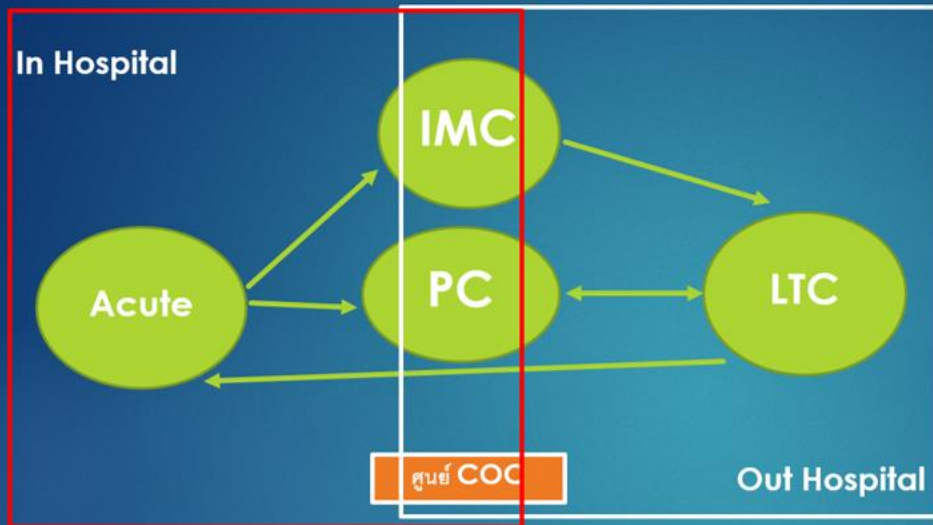
สาขา Long Term Care ปีงบประมาณ 2563



คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ
สาขาการดูแลระยะยาว (LTC) เขตสุขภาพที่ 8
14 กรกฎาคม 2563

Problem :

ผู้ป่วย LTC ทุกกลุ่มยังเข้าถึงบริการไม่เท่าเทียม / อุปกรณ์เครื่องมือให้ยืมใช้ไม่เพียงพอ/
Program LTC ที่ให้ไม่ตอบสนองผู้ใช้งาน / บุคลากรเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน



Strategy

กลยุทธ์

Smart COC

1. Seamless
2. Material / Equipment
3. Access to LTC Home Service
4. Role model for learning center
5. Team work

Goal :

1. ผู้ป่วยระยะยาวทุกกลุ่มโรคทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่าเทียม
2. ผู้ดูแล และครอบครัวสามารถจัดการภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวเบื้องต้นได้
3. ผู้ป่วยระยะยาวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

KPI

- เเยียม B3-B4 ตามเกณฑ์
- ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน B3
- ร้อยละการเปลี่ยนเตียงจาก Bed 3 เป็น Bed2 และ Bed 1



P&P
Excellence

แผนงานที่...1.....

หน่วยงานหลัก: โรงพยาบาลนครพนม

หน่วยงานร่วม: สำนักงานสาธารณสุขทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

แผนงาน การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะยาว

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ 2. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 20 3. ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงในผู้ป่วยระยะยาว จากประเภทเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้าน เป้าหมาย ร้อยละ 20					
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 : จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีการส่งต่อเพื่อการติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Long Term Care เพิ่มขึ้นในเขตสุขภาพที่ 8 โดย ปี 2559 พบมีการส่งออกผู้ป่วยประเภทเตียง 3 และ 4 จำนวน 2,308 ราย ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 97.49 , ปี 2560 จำนวน 16,441 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.52 และ ปี 2561 จำนวน 13,572 ราย ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.82 ในปี 2562 มีการส่งออกผู้ป่วยประเภทเตียง 3 และ 4 จำนวน 16,416 ราย ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.39 ซึ่งลดลงจากการย้ายฐานข้อมูลในบางพื้นที่ ส่วนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน และการปรับเปลี่ยนเตียงจากประเภทเตียง 3 เป็น เตียง 1,2 ได้รับการกำกับ และติดตามในปี 2562					
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	Strategy 1: พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข/ภาคีเครือข่ายในการประเมินภาวะสุขภาพ และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะยาว		Strategy 2 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวในหน่วยบริการ และในชุมชน เชื่อมโยงเครือข่ายบริการ และ อปท. ให้มีการดำเนินการร่วมจัดบริการสุขภาพระยะยาวในเขตรับผิดชอบ	Strategy 3 : พัฒนาระบบสารสนเทศ ในการบันทึกข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะยาวที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงเขตสุขภาพ Strategy 4 : นิเทศกำกับติดตามการดำเนินงาน		
กิจกรรมหลัก	1. พัฒนา CM / CG ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พื้นฟูความรู้ CM/CG ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่พ้นการเปลี่ยนแปลง 2. พัฒนาศักยภาพในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว การจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อการดูแล รักษาในผู้ป่วยระยะยาวได้อย่างถูกต้อง 3. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/ชุมชน ในการดำเนินการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว และครอบครัว		1.พัฒนา Smart COC เป็นแหล่งประสานเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะยาว 2. บูรณาการการดำเนินผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานผู้สูงอายุระยะยาว (งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล LTC สปสช.) 3. พัฒนาเครือข่ายการดูแล และฟื้นฟูสภาพระยะยาว ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย		3.1 พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูล และการรายงานข้อมูล 3.2 เพิ่มศักยภาพการส่งต่อข้อมูลการผ่านโปรแกรมจากเครือข่าย จังหวัดเป็นเครือข่ายระดับเขต (LTC on Cloud) 4.1 ศูนย์ดูแลต่อเนื่องทุกหน่วยบริการมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน 4.2 มีการดำเนินงานตามแผน 4.3 มีการกำกับติดตามโดยเปรียบเทียบแผนและผลการดำเนินงาน	
	ระดับความสำเร็จ		ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	
	ไตรมาส 1 1. ร้อยละของ CM ได้รับการฟื้นฟูความรู้ 100% 2. โปรแกรม LTC สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระดับเขตสุขภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ร้อยละ 50 3. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 5 4. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20		1. ร้อยละของหน่วยบริการทุกระดับที่มี CM 100 % 2. CG ได้รับการฟื้นฟูความรู้ 100% 3. โปรแกรม LTC สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระดับเขตสุขภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ร้อยละ 80 4. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 40 5. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 10 6. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20	1. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 3.ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 15 4.ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20	1. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 2. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 20 3.ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20	

(6 Building Blocks Plus) 7 Blocks ที่ยังเป็นปัญหา

การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)	- CM เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน / ย้าย / เกษียณ / ลาออก - จำนวน CM ที่ขาดทั้งหมด 176 แห่ง 176 คน - ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณในการผลิต CM รายใหม่ทดแทน
ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)	- Long Term Care Program ▪ ไม่ตอบสนอง ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ ทั้งหมด ▪ LTC Program Version2 ยังไม่สามารถใช้ได้ครอบคลุม ▪ ขาดการบูรณาการการใช้โปรแกรมร่วมกับ Service Plan อื่นๆ ภายหลัง On Cloud
ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipment's)	- อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ยืมใช้ที่บ้านไม่มี โดยเฉพาะ Home Ventilator ซึ่งยังไม่มีใน รพ. ระดับ S และ รพ. ระดับ A ไม่เพียงพอใช้

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร



หน่วยบริการที่ต้องการ CM

176 แห่ง = 176 คน

ไม่สามารถดำเนินการได้





Care Manager ที่ต้องได้รับการฟื้นฟู ในปี 63

119 คน



ข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 8



- CM ที่ต้องฟื้นฟูความรู้ 119 คน
- สามารถอบรมฟื้นฟูความรู้ได้ 69 คน
- คิดเป็นร้อยละ: 59.48



การพัฒนาาระบบสาธารณสุข



Long Term Care On Cloud

หนองบัวลำภู

นครพนม

สกลนคร

บึงกาฬ

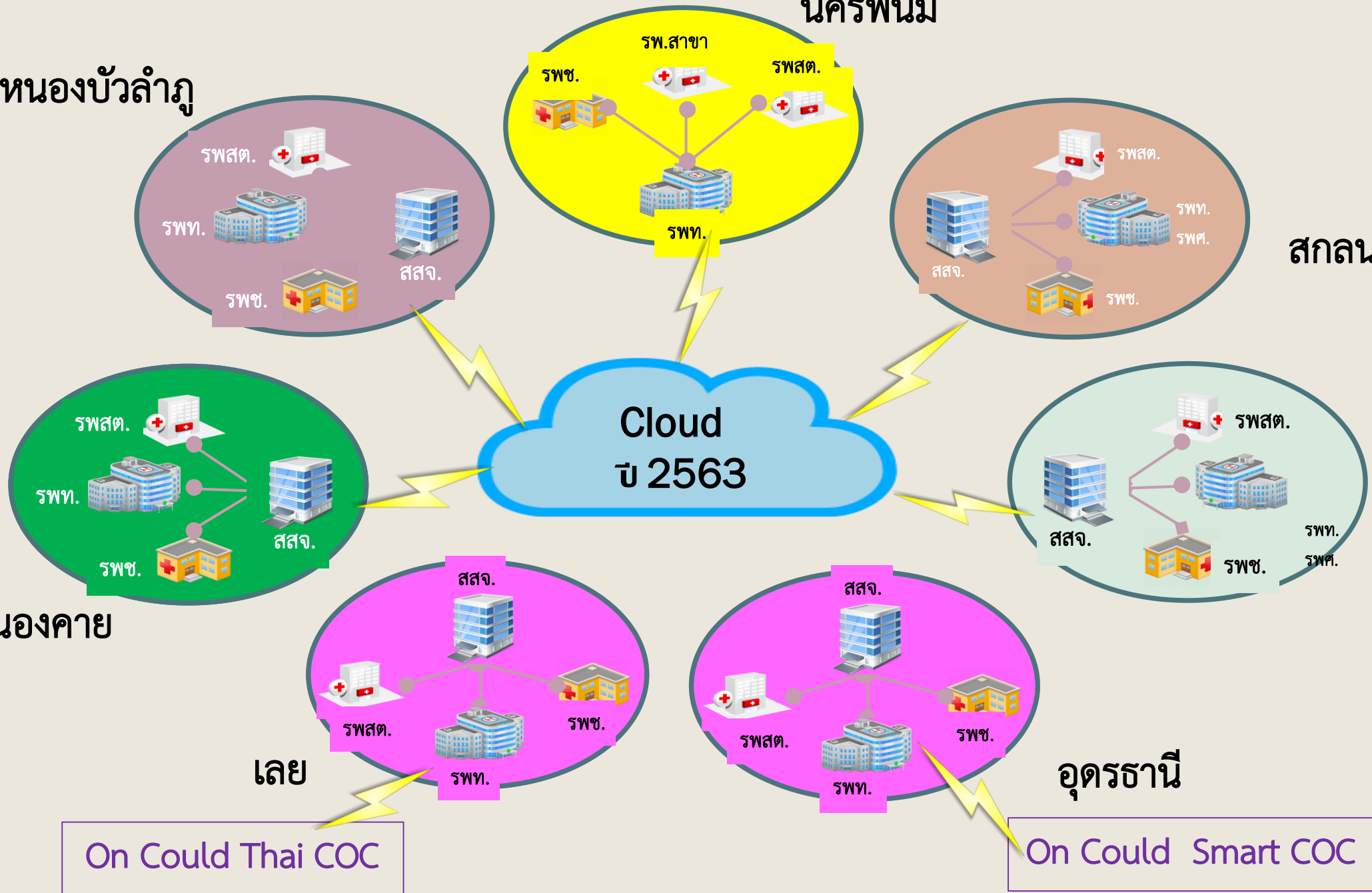
หนองคาย

เลย

อุดรธานี

On Cloud Thai COC

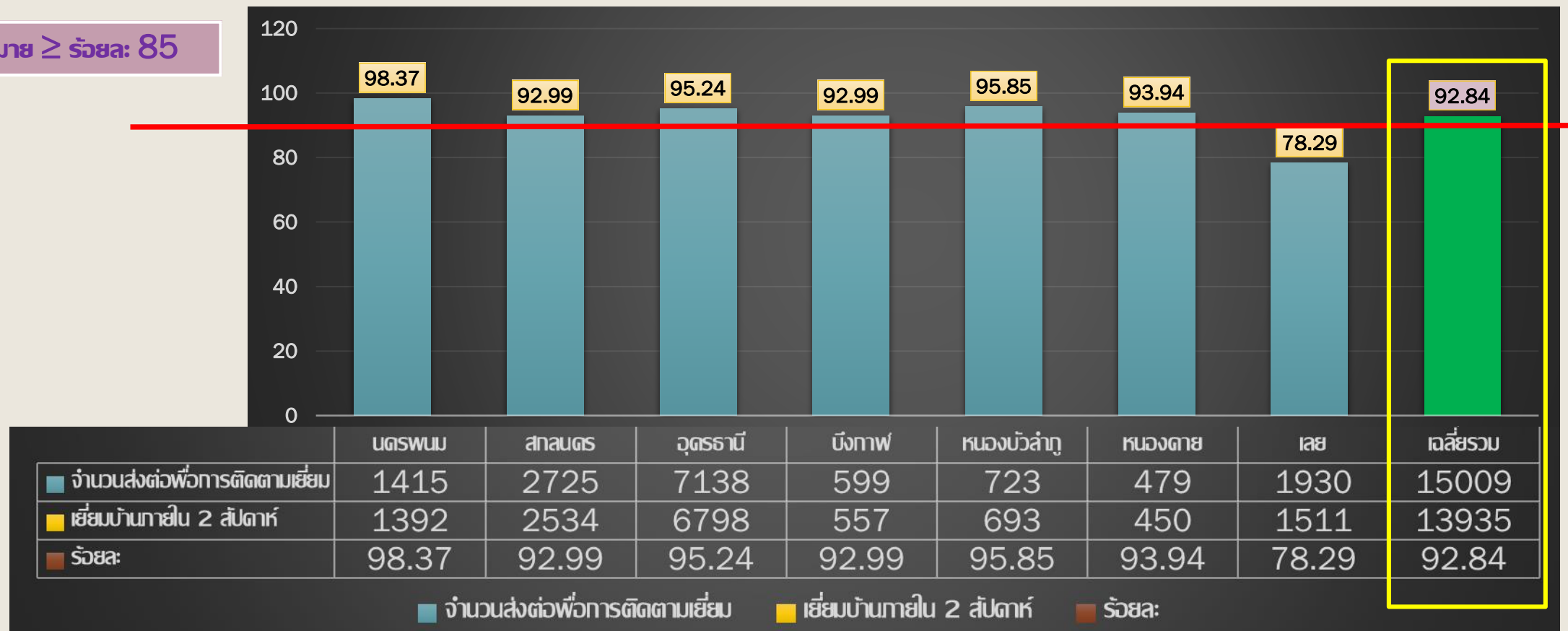
On Cloud Smart COC



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

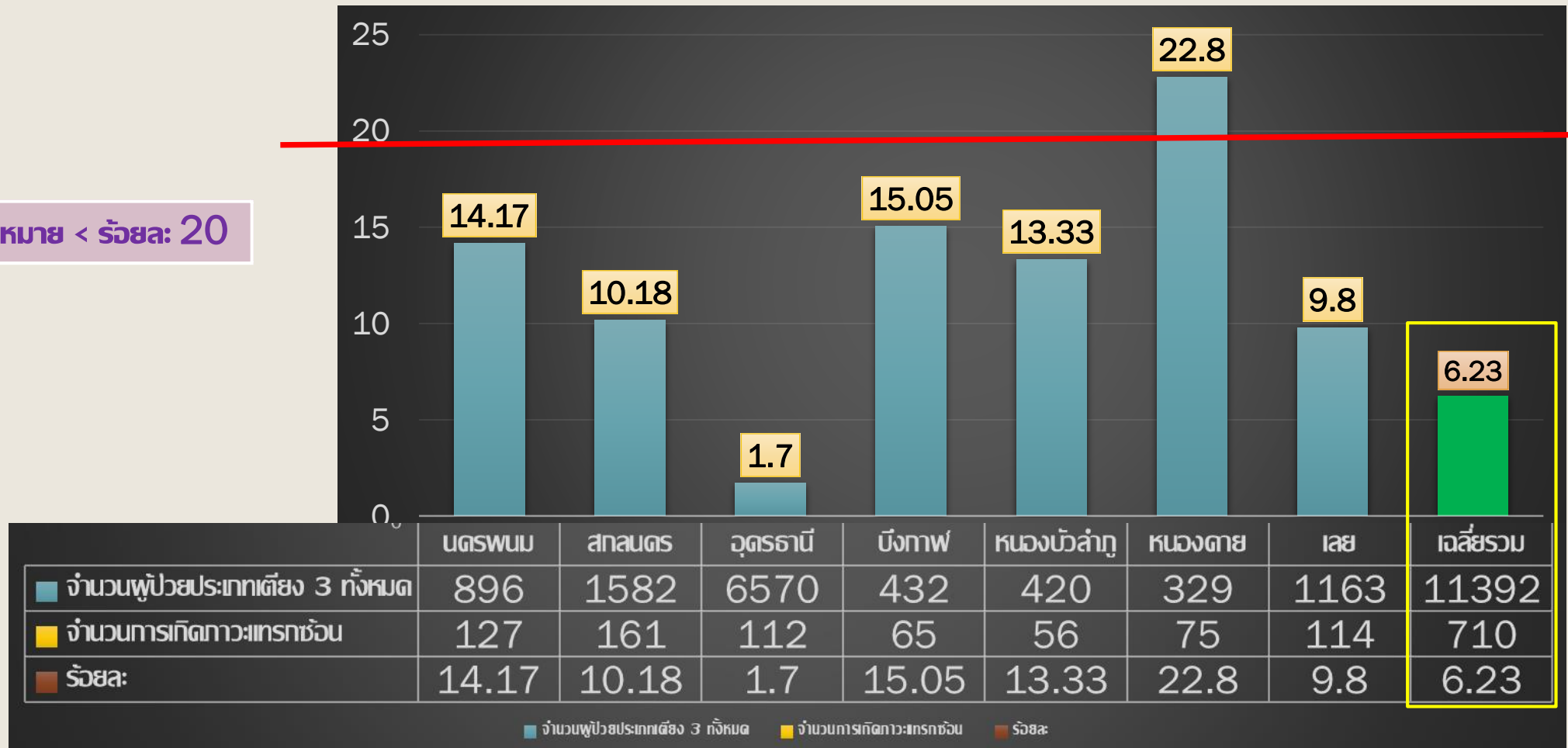
ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (PALLIATIVE CARE) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ 63 (9ด.)

เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ: 85



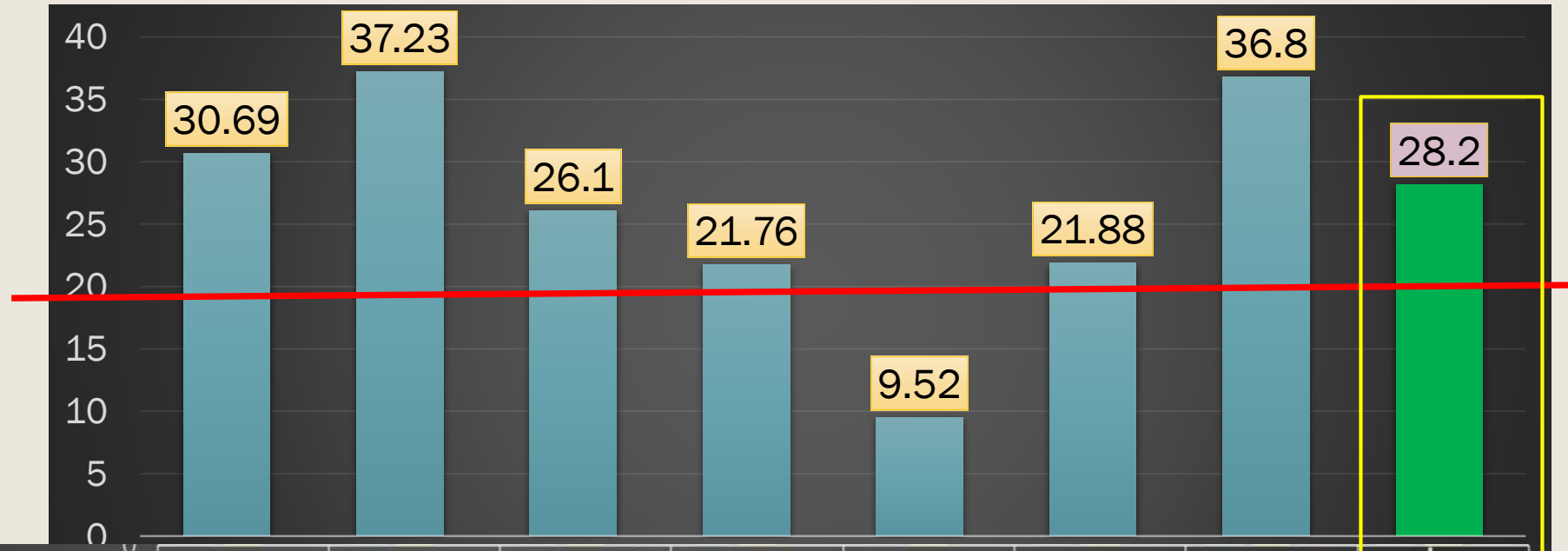
ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตี้ยประเภทที่ 3 ในปีงบประมาณ 63 (9ด.)

เป้าหมาย < ร้อยละ: 20



ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้านจาก BED 3 เป็น BED 1,2 ในปีงบประมาณ 63 (9ต.)

เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ: 20



	นครพนม	สกลนคร	อุดรธานี	บึงกาฬ	หนองบัวลำภู	หนองคาย	เลย	เฉลี่ยรวม
จำนวนผู้ป่วยประเภทเตียง 3 ทั้งหมด	896	1582	6570	432	420	329	1163	11392
จำนวนการเปลี่ยนประเภทเตียง 2 เป็น 1	275	589	1715	94	40	72	428	3213
ร้อยละ	30.69	37.23	26.1	21.76	9.52	21.88	36.8	28.2

จำนวนผู้ป่วยประเภทเตียง 3 ทั้งหมด

จำนวนการเปลี่ยนประเภทเตียง 2 เป็น 1

ร้อยละ

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค

บุคลากร

1. บุคลากรปฏิบัติมีภาระงานหลายหน้าที่ โดยเฉพาะ รพ. สต. ซึ่งมีบุคลากรน้อย
2. CM เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน / ย้าย / เกษียณ / ลาออก จำนวน CM ที่ขาดทั้งหมด 176 แห่ง 176 คน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุข/ภาคีเครือข่ายใน ประเมินภาวะสุขภาพ และการบริหารจัดการดูแล สุขภาพผู้ป่วย ระยะยาว
2. พัฒนาระบบบริการภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว โดย บูรณาการร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ตำบล Long Term Care) ให้สามารถจัดสรรงบประมาณในการอบรม CM ทดแทนได้

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ: (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<u>ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)</u> 1. LTC Program On Cloud อุดรธานี และเลย ที่ไม่ได้ใช้ แหล่งเดียวกันได้ ทำให้อาจมีข้อผิดพลาดจากการจัดเก็บที่ไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน และยังไม่ตอบสนอง ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ ทั้งหมด 2. โปรแกรม Long Term Care ยังไม่สามารถเก็บผลงานได้ตามตัวชี้วัดทุกตัว 3. ขาดการบูรณาการการใช้โปรแกรมร่วมกับ Service Plan อื่นๆ ภายหลัง On Cloud	1. พัฒนาระบบสารสนเทศ ในการ บันทึกข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ระยะยาวที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงเขตสุขภาพ 2. พัฒนาโปรแกรม Long Term Care ให้สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามตัวชี้วัด 3. มีเวทีในการแลกเปลี่ยน และบูรณาการการใช้โปรแกรม ร่วมกับ Service Plan อื่นๆที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ: (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
<u>เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์</u> 1. อุปกรณ์เครื่องมือในศูนย์ LTC ไม่เพียงพอ ไม่มีการจัดการเพื่อหมุนเวียนการใช้ได้	1. สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นใช้ที่บ้าน / พัฒนาระบบติดตาม บำรุงรักษา และหมุนเวียนใช้อุปกรณ์
<u>การนิเทศกำกับติดตาม</u> 1. ระบบการนิเทศติดตามงาน LTC ไม่มีการบูรณาการร่วมกับการตรวจราชการของกระทรวง	1. บูรณาการร่วมกับการตรวจราชการของกระทรวง
2. ไม่มีเวทีการประชุมหารือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตในประเด็นงาน LTC ทำให้ระบบงานขาดการเชื่อมโยง	2. สนับสนุนให้มีเวทีประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งเขตเพื่อเชื่อมโยงงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

What's next

- พัฒนา Smart COC ให้เป็นศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่ครบ 5 กลยุทธ์
- พัฒนา Program LTC on cloud ให้ตอบสนองต่อผู้ใช้งาน
- บูรณาการงาน LTC ร่วมกับงานผู้สูงอายุ LTC

Thank You for Your Attention