

งานพัฒนาคุณภาพ CQI

งานประชุมวิชาการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ครั้งที่ 19

1.ชื่อเรื่องงานพัฒนาคุณภาพ : พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเมืองแบบไร้รอยต่อ

1.1 นางสาว สุมาลี เปรมมิตร

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2.คำสำคัญ : Palliative care

3.สรุปผลงานโดยย่อ

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเมืองแบบไร้รอยต่อที่ครอบคลุม สามารถส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีการดูแลแบบองค์รวม(holistic care) และเป็นการสนับสนุนให้ทุกเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรี และคุณค่าของความเป็นมนุษย์

4.ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้นส่งผลต่อการมีอายุยืนของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคเมะเร็งมีแนวโน้มเสียชีวิตในภาวะวิกฤตติดเตียงในโรงพยาบาล ทำให้พบมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้น จากสถิติปี 2565 (มิถุนายน - กันยายน= 60 ราย) และปี 2566 (ตุลาคม 2565-มีนาคม 2566 = 146 ราย) แต่ถึงอย่างนั้นก็ตามจากการปฏิบัติงานติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระปกเกล้ากลับพบว่าปัญหาในส่วนของความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติกลับลดลง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลบางครอบครัว ทั้งประเด็นกระทบในเรื่องเศรษฐกิจ ผู้ดูแลขาดรายได้ ขาดการวางแผนในวาระสุดท้าย นำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่พบมากคือ แผลกดทับ ข้อติดและญาติมีภาวะเครียดบางรายซึมเศร้า โดยเฉพาะในเขตเมืองเนื่องจากผู้ดูแลมีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ ง่ายแต่ประเด็นแนวทางที่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันที่ชัดเจนเพียงพอในข้อมูลการดูแล เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่มีจำนวนมากที่ไม่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หากมีระบบการบริหารจัดการการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมั่นใจว่า จะได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้

เวลาในช่วงที่เหลือน้อยที่บ้านได้อย่างเป็นสุข ท่ามกลางครอบครัวที่อบอุ่น เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านสามารถช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง และสามารถจัดสรรเตียงไว้รองรับผู้ป่วยที่จำเป็นได้มากขึ้น

5. เป้าหมาย : เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเมืองแบบไร้รอยต่อ และพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลให้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างครอบคลุมและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

6.กิจกรรมการพัฒนา

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีแนวคิดว่าการที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเมืองแบบไร้รอยต่อ สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างครอบคลุมและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมั่นใจว่า จะได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้เวลาในช่วงที่เหลือน้อยที่บ้านได้อย่างเป็นสุข ท่ามกลางครอบครัวที่อบอุ่น เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว จึงเลือกรูปแบบการพัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อการวางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างครบองค์รวม

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		
	มิ.ย.65	ก.ค.65-ก.ย.65	ต.ค.65-มี.ค.66
1.ติดตาม caremap จากหอผู้ป่วยจากโปรแกรม PPK 11	←→		
2.ประเมินข้อมูลประวัติผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยเพื่อวางแผนปัญหาและติดตามเชื่อมต่อต่อเนื่องที่บ้าน	←→		→
3.ประสานหอผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมอุปกรณ์เมื่อกลับบ้าน	←→		→
4.แจ้งหอผู้ป่วยเพื่อลงโปรแกรม Thai COC	←→		→
5.ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขา	←→		→

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเมืองแบบไร้รอยต่อ

สถานการณ์

ปี 2565 (มิถุนายน – กันยายน) ได้เริ่มดูแลผู้ป่วย palliative care ผ่านการส่งต่อข้อมูลระบบ caremap หลังจากนั้นมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

- มีการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนที่จะมีการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษา
- มีการวางแผนกรณีพบปัญหาระหว่างการประเมินอาการมีการนำค่า คะแนน PPS SCORE ที่มี 3 ระยะ

คือ

PPS SCORE 0-30 %

PPS SCORE 30-70 %

PPS SCORE 70-100 %

มาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล

- ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของญาติ และมีการให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ
- มีการประสานงานการทำงานร่วมกันกับพื้นที่เพื่อเตรียมอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผ่านระบบโปรแกรม smart coc ของหอผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของผู้ป่วย
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ถึงสู่โรงพยาบาลระดับชุมชนและรพ.สต.เป็นแนวทางเดียวกัน

ปี 2565 (ตุลาคม– ธันวาคม)มีระบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันจากโรงพยาบาลศูนย์ถึงชุมชนที่ชัดเจนมากขึ้น ทั้งแนวทางการปฏิบัติและการประสานงาน

- มีการให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายครอบคลุมแบบองค์รวม
- มีการสร้างระบบเชื่อมต่อกับหน่วยบริการทุกระดับเป็นเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ถึงชุมชน รพ.สต.เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ

-มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการและการให้ยา morphine drip
การลงทะเบียนผู้ป่วย

- หลังเยี่ยมบ้านมีการลงข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปตามปัญหาของผู้ป่วย
- มีการรับข้อมูลการส่งต่อเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม smart coc
- มีการสื่อสารข้อมูลร่วมกันระหว่างญาติทางกลุ่ม Line PC

ปี 2566 (มกราคม - ปัจจุบัน)

-มีการประสานงานกับพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนเพิ่มขึ้นและการให้ยา morphine drip เพิ่มขึ้นในกรณีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

- เป็นที่ปรึกษาให้แก่พื้นที่ในกรณีที่มีการ drip ยา morphine ร่วมกับรพสต. ในเขตรับผิดชอบแต่ละพื้นที่
- สร้างระบบที่ไร้รอยต่อระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ต่อเนื่องกับผู้ป่วยกรณีที่มีความต้องการในการเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกมารับยาที่โรงพยาบาล

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative care และแนวทางเยี่ยมผู้ป่วย Palliative care ในชุมชน

1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย palliative care จากหอผู้ป่วยได้มีการส่งต่อข้อมูลการเชื่อมผ่านโปรแกรม PPK 11 หลังจากนั้นพยาบาลการพยาบาลชุมชนมีการประเมินปัญหาและอาการของผู้ป่วยเบื้องต้นตามกระบวนการพยาบาล

2.ลงทะเบียนผู้ป่วยในทะเบียนการดูแลผู้ป่วย Palliative care

3.รวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วย การซักหาอาการและการดำเนินโรค การวินิจฉัยโรคร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

4.สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาผู้ป่วย

5.ให้การพยาบาลตามปัญหาการพยาบาลของผู้ป่วย แบ่งตามคะแนน PPS โดย PPS SCORE 0-30 %

PPS SCORE 30-70 % , PPS SCORE 70-100 %

6.ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

7.มีการให้การพยาบาลโดยการทำ Family meeting และ Advance care plan ในชุมชนกรณีผู้ป่วยและญาติตัดสินใจไม่ต้องการพาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกันที่บ้านระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลและผู้ป่วยและญาติ

8.ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Palliative care แก่ผู้ป่วยและญาติ

9. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล แพทย์แผนไทย พยาบาลรพ.สต.ในพื้นที่ เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยและเป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

10.ติดตามการใช้ยา Strong Opioid ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยการบริหารยาตามแนวทางการบริหารจัดการระบบยา ประเมินอาการรบกวนและจัดการอาการผู้ป่วย

11. กรณีผู้ป่วยที่ได้รับยา MO ทาง Syring Driver มีการสอนผู้ป่วยและญาติในการใช้ Syring Driver ติดตามอาการ ให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด โดยการโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆตามระดับคะแนน PPS Score

12. มีการประสานงานการส่งต่อข้อมูลตอบกลับเพื่อการดูแลผู้ป่วย Palliative care ต่อเนื่องที่บ้านประสาน
ทีม HHC และรพ.สต. เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ระดับ PPS < 30 ติดตามเยี่ยมภายใน 1 วัน

ระดับ PPS = 40-50 ติดตามเยี่ยมภายใน 3 วัน

ระดับ PPS > 50 ติดตามเยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์

13. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านขอเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อการติดตามอาการและให้คำปรึกษา
อย่างใกล้ชิด

14. มีการลงบันทึกข้อมูล Eclaim ให้ถูกต้อง และครอบคลุมตามแนวทางการบริหารค่าใช้จ่ายแบบ
ประคับประคอง (Palliative care) ปี 2565

การพัฒนางานที่ 1

1. มีการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน palliative care จากหอผู้ป่วยมากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน



2. ประเมินอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยและวางแผนการเยี่ยมบ้าน

แบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน PALLIATIVE CARE

วันจันทร์ที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2565 (14.00-16.00 น.)

ผู้ดูแล: ☐ แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ ☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ นักวิชาการพยาบาลชุมชน ☐ นักกายภาพบำบัด ☐ โภชนากร ☐ อื่นๆ

ลำดับ	IMN	รพช.	ครั้งที่	ชื่อ สกุล	อายุ	ที่อยู่	โทรศัพท์	โรค	PPS	ADL	ไม่พบผู้ป่วย	รายชื่อผู้ให้
	AN	5 พ.ศ.				เลขที่	หมู่	ปัญหา				การดูแลต่อเนื่อง
1	4605477	ท่าช้าง	1/65	น.ส. ชื่น ทิธา	54	38	8	090-7671574 092-9951776	N 18-500000 Renal Failure อัมพาต, อังคาร พญ.ศัทพร พ.ศ. 2565			พญ.ศัทพร พ.ศ. 2565
2	4477128	ท่าช้าง	1/65	น.ส. ชื่น ทิธา	97	27/13	5	083-2896928	16951 thrombotic stroke 110111 ติดเชื้อ			รพ.สต. ท่าช้าง พ.ศ. 2565

ภาวะแทรกซ้อน: ☐ Fall ☐ UTI ☐ 310 pneumonia ☐ 78 ซักัด ☐ 78 คื่น

3.ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์แผนไทย พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล



4.ประเมินปัญหาหลังจากเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



1.ในกรณีผู้ป่วย Palliative care มีการรักษาแล้วไม่ตอบสนองการรักษามีการคุย Advance Care plan ที่บ้านกรณีญาติและผู้ป่วยขอเสียชีวิตที่บ้าน



1. ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐ 101. ☐ 102. ☐ 103. ☐ 104. ☐ 105. ☐ 106. ☐ 107. ☐ 108. ☐ 109. ☐ 110. ☐ 111. ☐ 112. ☐ 113. ☐ 114. ☐ 115. ☐ 116. ☐ 117. ☐ 118. ☐ 119. ☐ 120. ☐ 121. ☐ 122. ☐ 123. ☐ 124. ☐ 125. ☐ 126. ☐ 127. ☐ 128. ☐ 129. ☐ 130. ☐ 131. ☐ 132. ☐ 133. ☐ 134. ☐ 135. ☐ 136. ☐ 137. ☐ 138. ☐ 139. ☐ 140. ☐ 141. ☐ 142. ☐ 143. ☐ 144. ☐ 145. ☐ 146. ☐ 147. ☐ 148. ☐ 149. ☐ 150. ☐ 151. ☐ 152. ☐ 153. ☐ 154. ☐ 155. ☐ 156. ☐ 157. ☐ 158. ☐ 159. ☐ 160. ☐ 161. ☐ 162. ☐ 163. ☐ 164. ☐ 165. ☐ 166. ☐ 167. ☐ 168. ☐ 169. ☐ 170. ☐ 171. ☐ 172. ☐ 173. ☐ 174. ☐ 175. ☐ 176. ☐ 177. ☐ 178. ☐ 179. ☐ 180. ☐ 181. ☐ 182. ☐ 183. ☐ 184. ☐ 185. ☐ 186. ☐ 187. ☐ 188. ☐ 189. ☐ 190. ☐ 191. ☐ 192. ☐ 193. ☐ 194. ☐ 195. ☐ 196. ☐ 197. ☐ 198. ☐ 199. ☐ 200. ☐ 201. ☐ 202. ☐ 203. ☐ 204. ☐ 205. ☐ 206. ☐ 207. ☐ 208. ☐ 209. ☐ 210. ☐ 211. ☐ 212. ☐ 213. ☐ 214. ☐ 215. ☐ 216. ☐ 217. ☐ 218. ☐ 219. ☐ 220. ☐ 221. ☐ 222. ☐ 223. ☐ 224. ☐ 225. ☐ 226. ☐ 227. ☐ 228. ☐ 229. ☐ 230. ☐ 231. ☐ 232. ☐ 233. ☐ 234. ☐ 235. ☐ 236. ☐ 237. ☐ 238. ☐ 239. ☐ 240. ☐ 241. ☐ 242. ☐ 243. ☐ 244. ☐ 245. ☐ 246. ☐ 247. ☐ 248. ☐ 249. ☐ 250. ☐ 251. ☐ 252. ☐ 253. ☐ 254. ☐ 255. ☐ 256. ☐ 257. ☐ 258. ☐ 259. ☐ 260. ☐ 261. ☐ 262. ☐ 263. ☐ 264. ☐ 265. ☐ 266. ☐ 267. ☐ 268. ☐ 269. ☐ 270. ☐ 271. ☐ 272. ☐ 273. ☐ 274. ☐ 275. ☐ 276. ☐ 277. ☐ 278. ☐ 279. ☐ 280. ☐ 281. ☐ 282. ☐ 283. ☐ 284. ☐ 285. ☐ 286. ☐ 287. ☐ 288. ☐ 289. ☐ 290. ☐ 291. ☐ 292. ☐ 293. ☐ 294. ☐ 295. ☐ 296. ☐ 297. ☐ 298. ☐ 299. ☐ 300. ☐ 301. ☐ 302. ☐ 303. ☐ 304. ☐ 305. ☐ 306. ☐ 307. ☐ 308. ☐ 309. ☐ 310. ☐ 311. ☐ 312. ☐ 313. ☐ 314. ☐ 315. ☐ 316. ☐ 317. ☐ 318. ☐ 319. ☐ 320. ☐ 321. ☐ 322. ☐ 323. ☐ 324. ☐ 325. ☐ 326. ☐ 327. ☐ 328. ☐ 329. ☐ 330. ☐ 331. ☐ 332. ☐ 333. ☐ 334. ☐ 335. ☐ 336. ☐ 337. ☐ 338. ☐ 339. ☐ 340. ☐ 341. ☐ 342. ☐ 343. ☐ 344. ☐ 345. ☐ 346. ☐ 347. ☐ 348. ☐ 349. ☐ 350. ☐ 351. ☐ 352. ☐ 353. ☐ 354. ☐ 355. ☐ 356. ☐ 357. ☐ 358. ☐ 359. ☐ 360. ☐ 361. ☐ 362. ☐ 363. ☐ 364. ☐ 365. ☐ 366. ☐ 367. ☐ 368. ☐ 369. ☐ 370. ☐ 371. ☐ 372. ☐ 373. ☐ 374. ☐ 375. ☐ 376. ☐ 377. ☐ 378. ☐ 379.

2.หลังจากที่มีการวางแผน การดูแลต่อเนื่องที่บ้านแล้วมีอาการแย่งญาติผู้ป่วยเปลี่ยนใจขอรับการ
รักษาที่โรงพยาบาลมีการเขียนใบส่งตัว

[illegible]

5.ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังได้ morphine drip



7.การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงระบบครั้งนี้ช่วยเรื่องระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้เป็นอย่างดี สามารถทำให้ผู้ป่วย Palliative care ในชุมชนได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อและช่วยให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีที่บ้าน

8.บทเรียนที่ได้รับ

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย palliative care และมีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย palliative care
2. มีการประสานการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ
3. มีการประสานงานการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาระหว่างทีม palliative care และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
4. มีระบบการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ระหว่างทีมโรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเขตอำเภอเมือง
5. มีระบบการส่งข้อมูลตอบกลับการเยี่ยมบ้านทางโปรแกรม Thai coc เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

9.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ความตั้งใจ และความเข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทีมงานทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีและมีการตายอย่างสงบในชุมชน

10. การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร

ผู้บริหารเข้าใจปัญหาและสนับสนุนในการดำเนินงาน การสนับสนุนด้านทรัพยากร แหล่งข้อมูลและการช่วยเหลือพื้นฐานในชุมชน ทำให้การแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนดีขึ้น

11.การติดต่อกับทีมงาน : กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

นางสาวสุมาลี เปรมมิตร	Tel. 0899368842	E-mail: ppkhhccenter@gmail.com
-----------------------	-----------------	--------------------------------

แนวทางการดูแลผู้ป่วย palliative care กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระปกเกล้า

