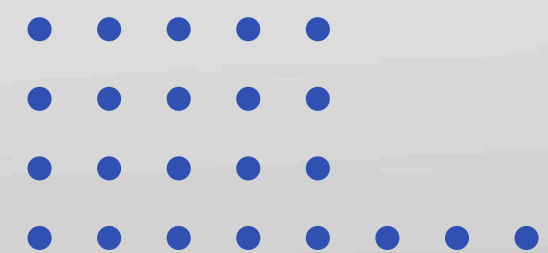


**DIPT LTC/Palliative**

**Service plan  
เชิงอภิบาลและpalliative care**

**นพ.ตรีทศ ศุวรรณรรมา**





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี  
SUPHAN BURI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

# DIPT : DIRECTING INTEGRATE PROGRAM TEAMWORK

## การลดผู้ป่วยระบบบริการเชื่อมโยงไร้รอยต่อ



ดร.บพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

## การลดผู้ป่วยระบบบริการเชื่อมโยงไร้รอยต่อ

Move Hospital  
to community

ลดจำนวนผู้รับบริการ  
ให้กลับสู่ชุมชน

การลดผู้ป่วย  
ระบบบริการเชื่อมโยง  
ไร้รอยต่อ  
Palliative care LTC  
• มุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิด  
กับประชาชน อย่างเป็นรูป  
ธรรมและมีความเสมอภาค



นายแพทย์เอกชัย ลีลาวงศ์กิจ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยวาน



พท.ตริเทห์ สุวรรณธรรม  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคูแก้ว



นายวุฒิ ศิริพันธ์  
สาธารณสุขอำเภอไชยวาน



นายปิยะวัฒน์ จุดชาน  
สาธารณสุขอำเภอน้ำโสม



นางปาริชาติ สาขามุระ  
หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ



นางสาวกฤษฎิ์ภรณ์ สวดผลี  
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศักยภาพและรูปแบบบริการ



เภสัชกรสมชาย ชินวานิชย์เจริญ  
หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทย  
และการแพทย์ทางเลือก



เภสัชกรศุภกิติณี เหลืองวงศ์  
หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค  
และเภสัชสาธารณสุข

# สถานการณ์ Service plan ชีวภิบาลและ Palliative care เขตสุขภาพที่ 8



ตัวชี้วัด ย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)

1	มีบริการสถานชีวภิบาล/กฤษฎีชีวภิบาลตามแนวทาง/มาตรฐาน อย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง
2	ร้อยละการจัดการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ในผู้ป่วยระดับประดองอย่างมีคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 75
3	มีศูนย์ชีวภิบาลในโรงพยาบาลทุกระดับ
4	มีบริการ Hospital at home / Home ward ทุก สพ.
5	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient $\geq$ ร้อยละ 70



## 3.2 ตัวชี้วัดตรวจราชการ SP สาขาสาขาชีวชีวาภิบาลและPalliative care ปี 2569

ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	
18.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1)	ระดับ 4
18.2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ palliative care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) ; Accessibility (มิติที่ 2)	ร้อยละ 90
18.3 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ palliative care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) ); Accessibility (มิติที่ 2)	ร้อยละ 60
18.4 ร้อยละของผู้ป่วย palliative care ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3)	ร้อยละ 60
18.5 ร้อยละของประชากรที่จัดทำ Advance Care Planning (มิติที่ 4)	ร้อยละ 90
18. 6 อัตราประชากรที่จัดทำ living will (มิติที่ 4)	15 ต่อ 1000 ประชากร
18.7 ร้อยละของผู้ป่วยระดับประคอง (palliative care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4)	ร้อยละ 70
18.8 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC ;workload) (มิติที่ 5)	ร้อยละ 60
18.9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)	ร้อยละ 80

# ตัวชี้วัดที่ 18

## ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care)

18.1 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนต่อวงน้ำหนักรวมของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย palliative care ที่เหมาะสม

**3.16**

เกณฑ์ = ระดับ 3

18.2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ palliative care

**77.48**

เป้าหมาย : ร้อยละ 75

18.3 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ palliative care

**11.61**

เป้าหมาย : ร้อยละ 40

18.4 ร้อยละของผู้ป่วย palliative care ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

**41.15**

เป้าหมาย : ร้อยละ 55

18.5 ได้รับการทำ family Meeting และ Advance Careplanning

**89.65**

เป้าหมาย : ร้อยละ 85

18.6 อัตราประชากรที่จัดทำ Living will

**0.70** ต่อพัน ปชก.

เป้าหมาย : 15 ต่อพัน ปชก.

18.7 ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death)

**95.98**

เป้าหมาย : ร้อยละ 50

18.8 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid

**35.70**

เป้าหมาย : ร้อยละ 50

18.9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient

**88.88**

เป้าหมาย : ร้อยละ 75

### ข้อค้นพบ



- ประชาชนทั่วไปไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้สุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมได้อย่างครอบคลุม เช่น การทำ e-living will
- การเข้าถึงบริการ Palliative Care ของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้ป่วยเด็กยังน้อย ควรเพิ่มบริการในระบบคัดกรองและการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบตั้งแต่ระยะต้น
- บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะในระยะกำลังเสียชีวิต และยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย
- การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนเป็นกลไกสำคัญ แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเต็มศักยภาพ

# กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบชีวาทิบาลและ palliative care ในทศวรรษที่ 8 ปี พ.ศ. 2569 – 2573

## 8 มิติแห่งการขับเคลื่อนระบบชีวาทิบาล (8 Quality Dimensions)

### การเข้าถึงและการดูแลต่อเนื่อง (Access & Continuity)



มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ครบกลุ่มและเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชนอย่างไร้รอยต่อ

### การวางแผนและจัดการอาการ (ACP & Symptom Management)



จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) และจัดการอาการปวดด้วยยา Opioid ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก

### การดูแลระยะสุดท้ายและครอบครัว (End-of-life & Bereavement)

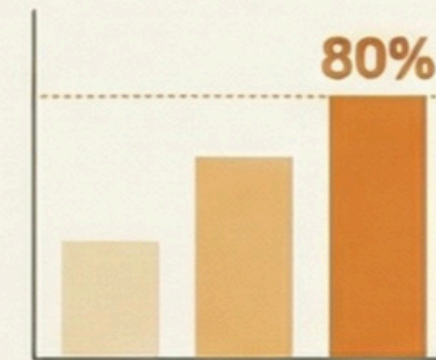


จัดบริการ Home Ward สำหรับผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต พร้อมระบบดูแลระดับประภทงจิตใจครอบครัวหลังการสูญเสีย

## เป้าหมายความสำเร็จและตัวชี้วัดปี 2569 (2026 Strategic Targets)



**90%** การเข้าถึงบริการและ ACP  
ตั้งเป้าผู้ป่วยผู้ใหญ่เข้าถึงบริการและประชากรมีการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่ร้อยละ 90



**80%** บริการ Home Ward สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย  
โรงพยาบาลไม่เครือข่ายต้องมีบริการ Home Ward เพื่อรองรับผู้ป่วยในระยะ Active Dying



คุณภาพระดับ 4

### ตัวชี้วัดสำคัญ (ปี 2569)

**15 ต่อ 1,000 ประชากร**  
อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will

**ร้อยละ 60**  
ผู้ป่วยใช้สิทธิบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมฤตยู

**ร้อยละ 70**  
ผู้ป่วยเสียชีวิต ๓ สถานที่ตามความประสงค์ สถานที่ตามความประสงค์

กรอบแนวคิดนี้มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายผ่าน 8 มิติการพัฒนา และการประเมินผลตามแนวคิด 6 Building Blocks ของ WHO โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและเสียชีวิตในสถานที่ที่ปรารถนา

# Mapping ด้านบุคลากร ปี 2569-2573



sw.Node ในเขต 8

- 1.รพ.พังโคน 2.รพ.เขกา 3.รพ.บ้านดุง 4.รพ.หนองหาน 5.รพ.บ้านฝ้อ 6.รพ.ร.ธาตุพนม 7.รพ.ศรีสงคราม 8.รพ.โพนพิสัย 9.รพ.ศรีบุญเรือง 10.รพ.วังสะพุง



ใช้แพทย์ร่วมกับ sp สาขาอื่นๆได้ เช่น ผู้สูงอายุ มะเร็ง

หนองคาย	
แพทย์ PC	4
แพทย์ Fammed	6

บึงกาฬ	
แพทย์ PC	1
แพทย์ Fammed	2

เลย	
แพทย์ PC	3
แพทย์ Fammed	2

นครพนม	
แพทย์ PC	5
แพทย์ Fammed	4



หนองบัวลำภู	
แพทย์ PC	1
แพทย์ Fammed	10

อุดรธานี	
แพทย์ PC	4
แพทย์ Fammed	32

สกลนคร	
แพทย์ PC	2
แพทย์ Fammed	30

# Mapping ด้านบุคลากร ปี 2569-2573



## พยาบาลPC

- ★ ศึกษาต่อ ปีงบประมาณ 69
- ★ ศึกษาต่อ ปีงบประมาณ 70-73
- ★ มี PCN แล้ว

หนองคาย	
PCN 4 เดือน	1
PCN 1 เดือน	2

บึงกาฬ	
PCN 4 เดือน	1
PCN 1 เดือน	9

นครพนม	
PCN 4 เดือน	5
PCN 1 เดือน	2

เลย	
PCN 4 เดือน	4
PCN 1 เดือน	1

หนองบัวลำภู	
PCN 4 เดือน	2
PCN 1 เดือน	2

อุดรธานี	
PCN 4 เดือน	10
PCN 1 เดือน	6

สกลนคร	
PCN 4 เดือน	3
PCN 1 เดือน	3

สว. Node ในเขต 8

1.รพ.พังโคน 2.รพ.เซกา 3.รพ.บ้านดุง 4.รพ.หนองหาน 5.รพ.บ้านฝ้อ 6.รพ.ร.ธาตุพนม 7.รพ.ศรีสงคราม 8.รพ.โพนพิสัย 9.รพ.ศรีบุญเรือง 10.รพ.วังสะพุง

# Mapping ด้านบุคลากร ปี 2569-2573



เกษกรPC

หนองคาย	
4 เดือน	1
1 สัปดาห์	1

บึงกาฬ	
4 เดือน	1
2 สัปดาห์	0

นครพนม	
4 เดือน	1
2 สัปดาห์	1

เลย	
4 เดือน	0
2 สัปดาห์	10

หนองบัวลำภู	
4 เดือน	0
2 สัปดาห์	2

อุดรธานี	
4 เดือน	4
2 สัปดาห์	3



สกลนคร	
4 เดือน	2
2 สัปดาห์	8

sw.Node ในเขต 8

1.รพ.พังโคน 2.รพ.เซกา 3.รพ.บ้านดุง 4.รพ.หนองหาน 5.รพ.บ้านฝ้อ 6.รพ.ราษีไศล 7.รพ.ศรีสงคราม 8.รพ.โพนพิสัย 9.รพ.ศรีบุญเรือง 10.รพ.วังสะพุง

# Mapping การจัดบริการ Service Delivery ปี 2569-2573



-  เปิด PC ward/ Corner ward
-  วางแผนเปิด PC ward/ Corner ward





# นวัตกรรมที่ใช้ดูแล LTC/palliative

- **Telemedicine**
- **Home ward/A-med**
- **ChewaR8 ซิวาภิบาล**
- **Starterkit บัญชีวีซ่า**
- **line OA ติดตามอาการ**
- **Community tele nursing round**



# ระบบข้อมูลที่ต้องการพัฒนา



1	ระบบข้อมูลบุคลากรและสมรรถนะ (Palliative Care Workforce Database)	รู้จำนวนและศักยภาพบุคลากรจริง วางแผนอบรมและกระจายกำลังคน
2	ระบบบันทึกและติดตาม Advance Care Planning (ACP) (ACP & Living Will Information System)	ใช้ข้อมูลร่วมกันได้ทุกระดับบริการ
3	ระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ชีวาภิบาล (Palliative Care Drug & Equipment System)	บริหารจัดการยา Opioid และเวชภัณฑ์อย่างปลอดภัย
4	ระบบติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward & Community Care Tracking System)	ติดตามผู้ป่วย Home ward / Active Dying Patient เชื่อม รพ. - สสอ. - อสม. - ครอบครัว
5	ระบบติดตามตัวชี้วัดและผลลัพธ์ระดับเขต (Monitoring & Evaluation Dashboard)	ติดตาม KPI / SAP / Six Building Blocks Plus รายงานผู้บริหารแบบ Real-time

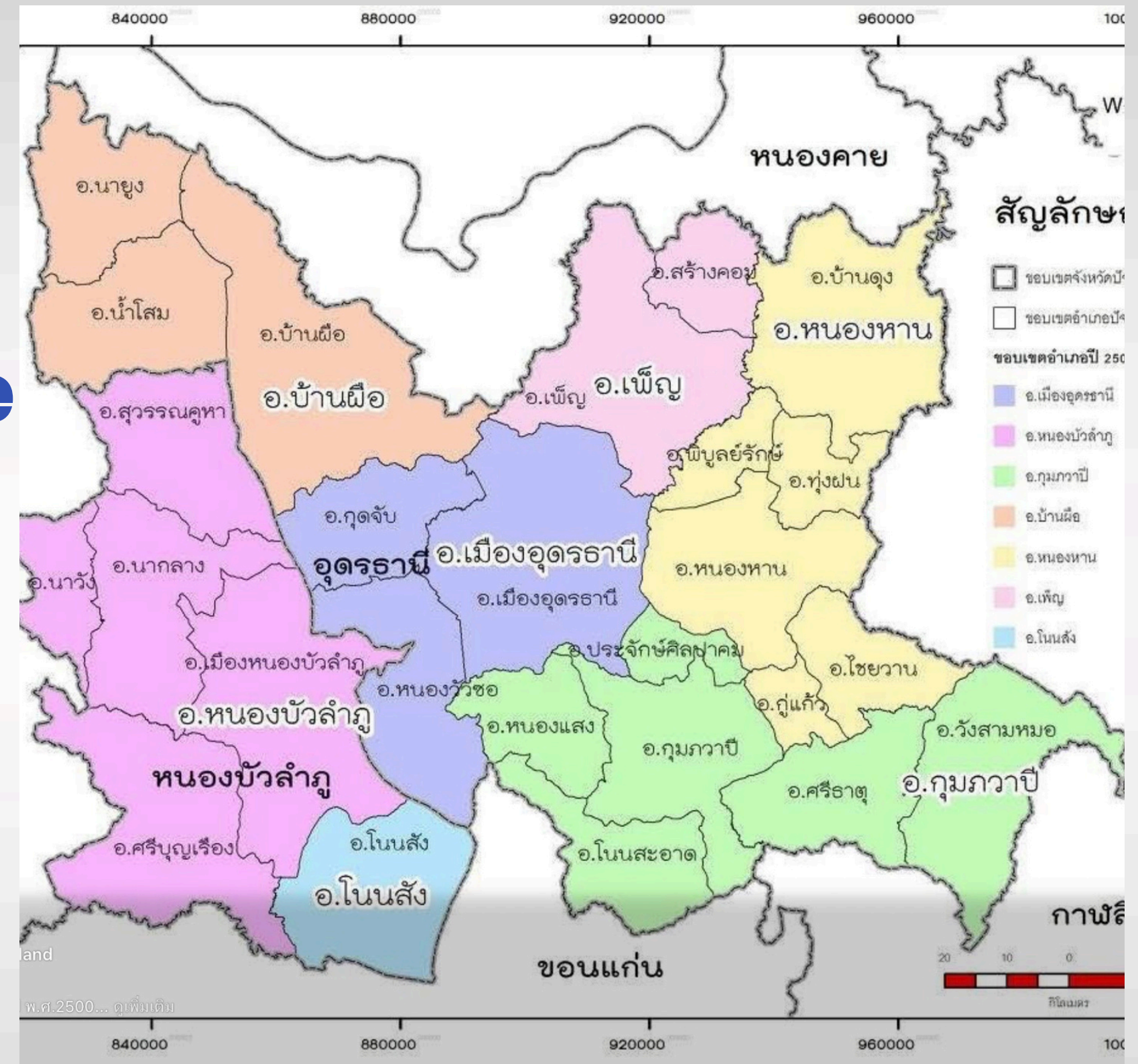


# NEXT

- ADL<4 totally dependence
- ADL 4-12 partial dependence

↓  
**Problem**

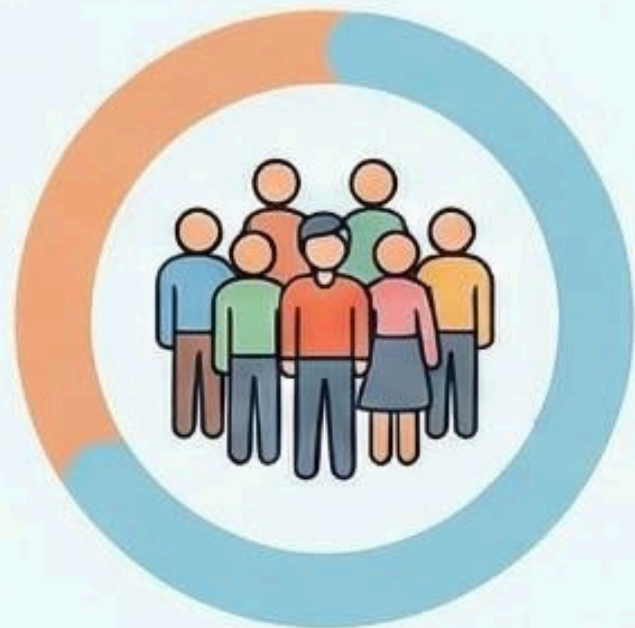
- care giver >
- material,money >
- complication >



# รายงานสถานการณ์ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอภูแก้ว

สรุปสถิติผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอภูแก้วจำนวน 252 คน โดยแบ่งตามกลุ่มอายุและระดับคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลและจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์

## ข้อมูลประชากรจำแนกตามอายุ



**252 คน**

จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรวม

ข้อมูลสรุปยอดรวมประชากรที่ต้องการการดูแลในเขตพื้นที่อำเภอภูแก้ว



**171 คน**

เป็นผู้สูงอายุ

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการดูแล



**81 คน**

มีอายุน้อยกว่า 60 ปี

## ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL)

กลุ่มพึ่งพิงตามระดับคะแนน ADL



**41 คน**

กลุ่มพึ่งพิงระดับสูง (ADL 0-4 คะแนน)

ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดที่สุด



**121 คน**

กลุ่มพึ่งพิงระดับกลาง (ADL 5-8 คะแนน)

ช่วงคะแนน 5-8

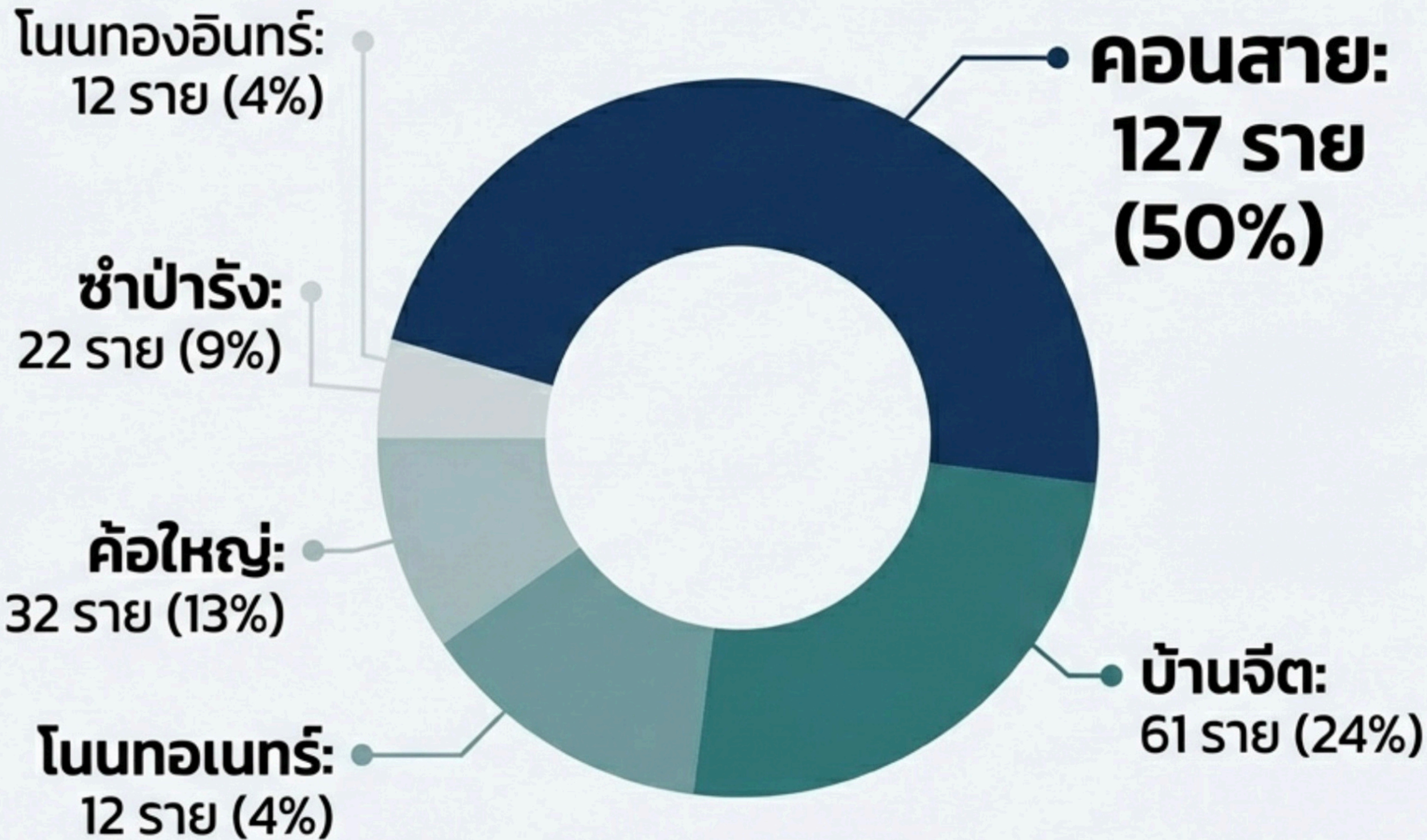


**121 คน**

กลุ่มพึ่งพิงระดับกลาง (ADL 9-11 คะแนน)

ช่วงคะแนน 9-11

# ภูมิทัศน์ผู้ช่วย LTC: การกระจายตัวใน 5 SW.สต.



SW.สต. คอนสาย  
แบกรับภาระผู้ช่วยครั้งหนึ่ง  
ของทั้งอำเภอ  
ในขณะที่พื้นที่อื่นๆ  
มีสัดส่วนผู้ช่วยลดหลั่นกันไป  
ซึ่งต้องการโมเดลการจัดสรร  
งบประมาณที่สอดคล้องกับ  
ปริมาณงานจริง

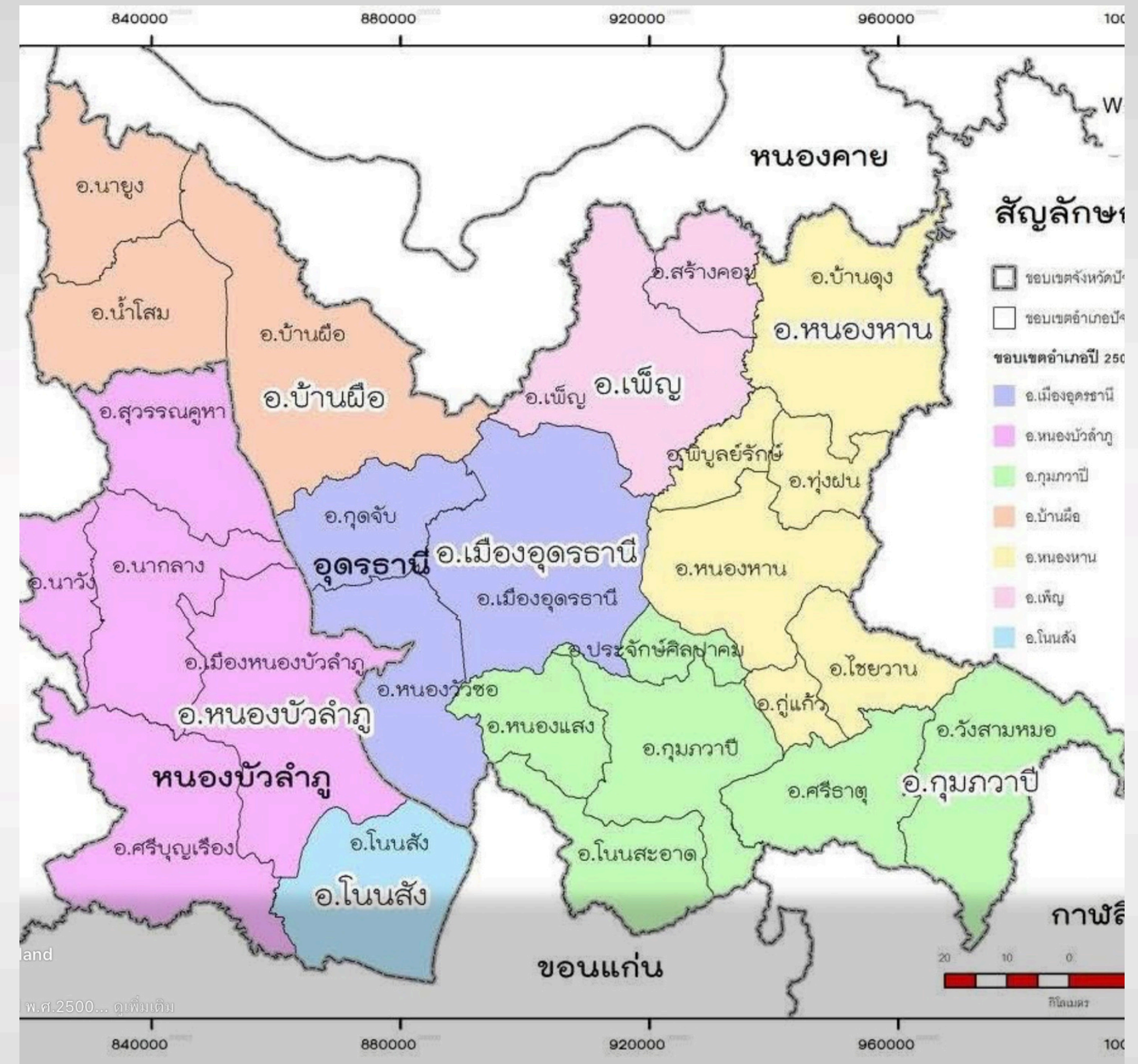
1	ข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2569								
2	รพ.สต.	อายุน้อยกว่า 60 ปี	อายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี	คะแนน ADL			Care giver	ปัญหาในการดูแล	
3				0-4	5-8	9-11		Material,Money	Complication
4	คอนสาย	75	50	13	41	71	4	5	5
5	ค้อใหญ่	27	5	4	13	15	3	9	3
6	บ้านจืด	45	16	18	29	14	1	1	0
7	ชำป่าง	15	7	4	3	15	2	1	2
8	โนนทองอินทร์	9	3	2	4	6	0	0	2
9	รวม	171	81	41	90	121	10	16	12

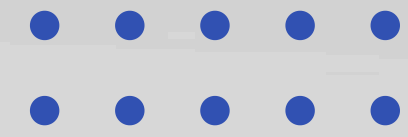
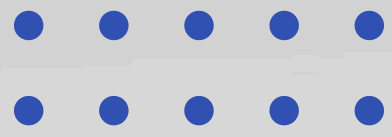
# NEXT

- **ADL < 4 ที่ราย**
- **ADL 4-12 ที่ราย**
- **รวม ภาวะพึ่งพิง 11,762 ราย**

↓  
**Problem**

- care giver > พัฒนา/เพิ่ม
- material, money > ติม, แשר
- complication > แก้ไข/ลด





**ขอขอบคุณ**

**จบการนำเสนอ**

