

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อการพัฒนากระบวนการเพื่อดูแล
ผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Care) ในประเทศไทย

ส่วนที่ 5 : ต้นแบบร่างข้อกำหนดของการจัดบริการขั้นต่ำที่จำเป็นและ
แนวทางการตรวจประเมินบริการในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย

คณะผู้วิจัย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

พรเลิศ ฉัตรแก้ว

กรเอก มั่นสวานิช

สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล

ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์

พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์

พิมพ์นิชา เทพวัลย์

ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (TRC-HS)

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

30 เมษายน 2561

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	2
แนวทางการใช้ข้อกำหนด Hospice care	4
ต้นแบบข้อกำหนดของการจัดบริการขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ระดับ Basic)	
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร	6
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของสถานพยาบาล	13
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย	17
ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปสู่ระดับที่เหมาะสม (ระดับ Optimal)	28
แนวทางการตรวจประเมินบริการในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย (Scoring Guideline)	38
การแบ่งระดับข้อกำหนดที่นำมาใช้สำหรับการจัดบริการ Hospice care ตามข้อคิดเห็นของตัวแทนของโรงพยาบาลนำร่องและผู้ทรงคุณวุฒิที่มาเข้าร่วมประชุม	40
ภาคผนวก 1 กำหนดการเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงพยาบาลนำร่องทดลองใช้ข้อกำหนดบริการ Hospice care	50
ภาคผนวก 2 ตัวอย่างการจัดบริการ Hospice care ของโรงพยาบาลนำร่องในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับข้อกำหนด	52

บทนำ

การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตในระยะท้าย (Hospice Care) เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีได้มีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อรักษาโรคของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยวิธีการรักษาแบบองค์รวม ในสภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายนั้น มีหัวใจหลักคือ สมาชิกผู้ใกล้ชิดในครอบครัวหรือญาติมิตร และเครือข่ายของการดูแลรักษาให้การสนับสนุน ทั้งนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านนี้อย่างเพียงพออีกด้วย

การศึกษาส่วนที่ 5 จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาต้นแบบร่างข้อกำหนดของการจัดบริการที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย เพื่อให้สามารถใช้ปฏิบัติได้จริงในสถานพยาบาล พัฒนาระบบบริการ การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายและเป็นแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพของการบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายดังกล่าว ซึ่งทางคณะผู้วิจัยของศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS) ได้วิเคราะห์ประมวลผลการศึกษาส่วนที่ 1 ถึง 4 และจัดทำเป็นต้นแบบร่างข้อกำหนดบริการ Hospice care V 0.1 ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนแนวทางที่ควรใช้ในการติดตามและตรวจประเมินเพื่อรับรองคุณภาพของ Hospice Care โดยอ้างอิงจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับที่ 3) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สธพ.) หลังจากนั้นจัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ผู้ปฏิบัติงานและตัวแทนจากโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อวิพากษ์ข้อกำหนดบริการ Hospice care V 0.1 และรับสมัครโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการทดลองใช้ข้อกำหนดดังกล่าว มีโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมทดลองใช้ข้อกำหนด ที่ได้ปรับแก้ไขจากที่ประชุมเป็นข้อกำหนดบริการ Hospice care V 0.2 ทั้งสิ้น 17 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 1 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

หลังจากโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 17 แห่งได้ทดลองใช้ข้อกำหนดบริการ Hospice care V 0.2 คณะผู้วิจัยได้ลงเยี่ยมพูดคุย วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการใช้ข้อกำหนดดังกล่าว ทั้ง 17 แห่ง โดยมีกำหนดการเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาคผนวก และเมื่อกำหนดการเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โรงพยาบาลนำร่องทั้ง 17 แห่ง เสร็จสิ้น ได้จัดประชุมสรุปผลการทดลองใช้ข้อกำหนดบริการ Hospice care ทั้ง 17 โรงพยาบาลในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 ในการประชุมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ทุกโรงพยาบาลได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกัน และเพื่อจัดลำดับความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ข้อกำหนด ควรมี และระดับยอดเยี่ยม สำหรับกำหนดเป็นข้อกำหนดบริการ Hospice care สำหรับประเทศไทย

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในกลุ่มนำร่อง และผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนตัวแทนจากองค์กรต่างๆ ทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการให้ความเห็นอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการพัฒนาข้อกำหนดชุดนี้และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อกำหนดนี้จะได้รับการนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายในภาพรวมระดับประเทศ ให้เกิดการพัฒนา การกำกับดูแลการดำเนินการสถานพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพื่อการรับรองสถานพยาบาลเฉพาะทางต่อไป

แนวทางการใช้ข้อกำหนด Hospice care

เป้าหมายของการใช้ข้อกำหนด :

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสม และใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ หรือรับรองสถานะ สำหรับการให้ใบอนุญาตการดำเนินการสถานพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และคุ้มครองผู้บริโภค

ขอบเขตของข้อกำหนด :

ข้อกำหนดนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินสถานพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับสถานพยาบาลอื่นๆ ทุกระดับ นอกเหนือจากโรงพยาบาล โดยเนื้อหาในข้อกำหนดครอบคลุม (1) การบริหารองค์กร (2) การจัดการระบบงานสำคัญของสถานพยาบาล และ (3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยครอบคลุมบริบททั้งในและนอกสถานพยาบาล เนื้อหาในข้อกำหนดทั้ง 3 ตอน ได้มีการจัดหมวดหมู่และเรียงลำดับของแต่ละตอน อ้างอิงตามกรอบโครงสร้างของ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับข้อกำหนด :

- 1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ
- 2) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี ฉบับที่ 3 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
- 3) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติการตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้ข้อกำหนดที่ก่อให้เกิดคุณค่า :

ข้อกำหนดนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- 1) ข้อกำหนดสำหรับสถานพยาบาลที่มีองค์ประกอบขั้นต่ำของบริการ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและบรรลุตามจุดมุ่งหมายพื้นฐานของ Hospice Care (ระดับ Basic)
- 2) ข้อกำหนดสำหรับสถานพยาบาลที่มีองค์ประกอบที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถให้บริการ Hospice ได้อย่างมีคุณภาพในระดับที่เหมาะสม (ระดับ Optimal)

ต้นแบบข้อกำหนดของบริการขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับ Hospice care
ในระดับต่างๆ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

อ้างอิงตามกรอบโครงสร้างของ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่ให้นำมาใช้สำหรับการจัดบริการ Hospice care โดยอนุโลม	หมายเหตุ
I-1.1	ก(1), ก(3), ข(*)	
I-1.2	ก(1), ข(*)	
I-2.1	ก(*), ข(1), ข(3)	
I-2.2	ก(1)-(2), (4)-(5)	
I-3.1	ทุกข้อ	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
I-3.2	ทุกข้อ	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
I-3.3	ทุกข้อ	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
I-4.1	ก(1), ก(3), ข(1), ข(3)	
I-4.2	ก(1), ก(4), ข, ค(1), ค(2)	
I-5.1	ก(2), ก(3), ข(1)	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
I-5.2	ก(1)-(3), ข(*), ค(*)	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
I-6.1	ข(2)-(3),ค	
I-6.2	ก(*), ข	

หมายเหตุ (*) หมายถึง ข้อกำหนดย่อยทุกข้อ ในข้อกำหนดหัวข้อนั้นๆ

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCF)

เฉพาะส่วนที่เพิ่มเติมจากข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องตามระบุไว้แล้วในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

3.1HC ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน (PCF.1HC)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

- (1) องค์กรระบุการจำแนกกลุ่มของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด และชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย องค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนกลุ่มใด และทบทวน ปรับปรุงให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของความต้องการทางสุขภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่เสมอ
- (2) องค์กรมีวิธีการค้นหาและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล และครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะท้าย และนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการ การดูแล และปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้สามารถรองรับของความต้องการและความคาดหวังเฉพาะตัวของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วยได้

- หมายเหตุ
1. ข้อกำหนดครอบคลุมการจัดบริการทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน
 2. ผู้ดูแล (Care giver) หมายถึง ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วยให้เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นประจำหรือเป็นกิจวัตรเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท อาสาสมัคร หรือผู้ดูแลที่ได้รับการจ้างวาน หรือที่องค์กรเป็นผู้จัดหาให้ก็ได้ ซึ่งอาจมีได้มากกว่าหนึ่งคน
 3. ผู้ใกล้ชิด ให้รวมถึงเพื่อนสนิทมิตรสหาย ที่อาสาหรือมีส่วนร่วมเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
 4. ชุมชน หมายถึงชุมชนที่อยู่โดยรอบที่พำนักของผู้ป่วย ซึ่งอาจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรือสภาวะทางสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม อาจส่งผลกระทบต่อทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้
 5. การจำแนกกลุ่ม หมายถึง การจัดกลุ่มของผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้สามารถเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวัง สร้างความสัมพันธ์ และออกแบบกระบวนการดูแล เช่น การเข้าถึงบริการ แนวทางการประเมินและวางแผนการบริการ ได้อย่างเหมาะสมสำหรับกลุ่มนั้นๆ ให้ได้ดีกว่าการดำเนินการสำหรับผู้ป่วยทุกคนในรูปแบบเดียวกันทั้งหมด ทั้งนี้ต้องไม่ใช่เพื่อการเลือกปฏิบัติ การจำแนกกลุ่มควรพิจารณา

จากปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อประสบการณ์และผลลัพธ์ของการบริการผู้ป่วยได้ เช่น กลุ่มวินิจฉัยโรค, สภาวะทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณที่ส่งผลต่อความต้องการการดูแล, การเป็นผู้ป่วยรับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น เป็นต้น

6. การเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยอาจใช้วิธีการต่างๆ ได้ทั้งทางตรง เช่น สอบถามพูดคุย หรือแบบสำรวจ และทางอ้อม เช่น รวบรวมข้อมูลผ่านญาติ ผู้ดูแล แพทย์พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย หรือข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน เป็นต้น

7. การเรียนรู้ชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอาจดำเนินการผ่านวิธีการต่างๆ เช่น สอบถามข้อมูลจากครอบครัวผู้ป่วย ประชุมกับผู้นำหรือตัวแทนชุมชน การสำรวจพื้นที่ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูล เช่น วิถีชุมชน วัฒนธรรมความเชื่อ ความวิตกกังวล ตลอดจนข้อจำกัดอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

8. อ้างอิง: Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians

3.2HC ความสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัว (PCF.2HC)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด และชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจและความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน

ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

- (1) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด และชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการ และสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ ตามความเหมาะสม
- (2) องค์กรมีช่องทางในการสนับสนุนผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังในระยะท้ายของบุคคลเหล่านั้นตามความจำเป็นและความเหมาะสม ทั้งนี้อาจครอบคลุมช่องทางการสื่อสารและขอคำปรึกษาทั้งในเวลาปกติและกรณีฉุกเฉิน, การประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้รับคำแนะนำทางกฎหมายที่จำเป็น, การจัดการหรือการอำนวยความสะดวกกรณีการเสียชีวิตที่บ้าน และการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในด้านอื่นๆ ตามความเหมาะสม

ข. การประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

- (1) องค์กรมีการประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ด้วยแนวทาง วิธีการและช่วงเวลาที่เหมาะสมกับสภาวะของบุคคลเหล่านั้น และใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อปรับปรุงการบริหารผู้ป่วย และการดำเนินการด้านต่างๆ ขององค์กร

- หมายเหตุ
1. การให้คำปรึกษาทางกฎหมาย เช่น การทำพินัยกรรม, การให้คำแนะนำในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Living will), ความรู้ทางกฎหมายกรณีการเสียชีวิตที่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นการให้ข้อมูลเบื้องต้นหรือเป็นการประสานงานเพื่อแนะนำแหล่งความรู้ ผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น รวมถึงการแนะนำแหล่งข้อมูลผ่านสื่อสาธารณะต่างๆ เช่น Website หรือสื่อวิทยุโทรทัศน์ ก็ได้
 2. การจัดการและการอำนวยความสะดวกกรณีการเสียชีวิตที่บ้าน เช่น การเดินทางและการเคลื่อนย้าย, การรับรองการเจ็บป่วย, การรับรองการเสียชีวิต, พิธีกรรมทางศาสนา
 3. แนวทาง วิธีการหรือช่วงเวลาในการประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดที่เหมาะสมควรพิจารณาแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ มีความถูกต้องทางวิชาการ มีความเหมาะสมทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงไม่เป็นภาระในการให้ข้อมูล และมีความเหมาะสมกับสภาวะทางสุขภาพทั้งกาย ใจ และสังคมของบุคคลเหล่านั้นแต่ละคนในขณะที่จะประเมินนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ทางจิตใจต่อผู้ที่ได้รับการประเมินหรือให้ข้อมูล
 4. การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาดำเนินการในบางองค์ประกอบที่สำคัญก็ได้ ที่เหมาะสมกับบริบทของการจัดการบริบาล และผู้ป่วย
 5. การประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจ อาจใช้วิธีการได้หลากหลาย ไม่ได้จำกัดเฉพาะการใช้แบบสอบถามหรือแบบสำรวจเท่านั้น
 6. อ้างอิง: Quality Standards for End-of-Life Care in Hospitals. (2008). Ireland. และ Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians

3.3HC สิทธิของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลและครอบครัว (PCF.3HC)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

ก. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะท้าย

- (1) องค์กรให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และความประสงค์ของผู้ป่วย. การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับ ข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

ข. การปฏิบัติต่อผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

- (1) องค์กรปฏิบัติต่อผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะท้าย โดยคำนึงถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ทั้งขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว. คำนึงถึงวัฒนธรรมและความเชื่อ ตลอดจนการเคารพต่อสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลเหล่านั้น ในปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ให้มีความเหมาะสม

- หมายเหตุ
1. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้านสิทธิผู้ป่วยต่อผู้ป่วยแต่ละคน อาจต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานะความเจ็บป่วยและความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ทั้งนี้องค์กรควรมีแนวทางเบื้องต้นให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน
 2. การปฏิบัติต่อผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการสอบถามข้อมูล การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูล การขอให้เข้าร่วมกิจกรรม และการขอความร่วมมือในกรณีต่างๆ
 3. ความเสี่ยงต่อความรู้สึกของผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะท้าย ที่มีต่อผู้ป่วย ทั้งขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว อาจครอบคลุมกรณีที่ต้องขอใช้ข้อมูล เรื่องเล่า หรือกรณีอื่นใดเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร เช่น การประชาสัมพันธ์ หรือรณรงค์รับบริจาค เป็นต้น
 4. องค์กรอาจพิจารณาให้มีแนวปฏิบัติในการหาความเห็นร่วมของญาติ ผู้ใกล้ชิดในการนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)

5.1HC สภาพแวดล้อมของกำลังคน (HRF.2HC)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากร และอาสาสมัคร เพื่อให้งานการบริหารผู้ป่วยระยะท้ายขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย มีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่องานการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย

- (1) องค์กรมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในกรณีที่มีมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบประจำ หรือกรณีปฏิบัติงานห้วงเวลา หรือเพื่อการรับปรึกษาเป็นรายกรณี หรือกรณีเตรียมพร้อมสำหรับการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถประเมินและให้การบริหารผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงกรณีที่เกิดภาวะวิกฤติหรือฉุกเฉิน
- (2) องค์กรประเมินและกำหนดขีดความสามารถ รวมถึงระดับของความเพียงพอของบุคลากรที่จำเป็นเพื่อบริการผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ภายใต้การดูแลของสถานพยาบาล ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมาย หลักเกณฑ์หรือมาตรฐานทางวิชาชีพที่เป็นที่ยอมรับ และความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร

ข. บรรยากาศในการทำงาน และสุขภาพของผู้ดูแล

- (1) อาสาสมัครได้รับการประเมินสุขภาพครอบคลุมทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับภูมิคุ้มกันโรคอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- หมายเหตุ**
1. กำลังคน (Workforce) หมายถึงรวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องในการให้การบริการผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรง ซึ่งครอบคลุมถึงบุคลากรของสถานพยาบาล ทั้งที่ปฏิบัติงานประจำและปฏิบัติงานในรูปแบบอื่น บุคลากรที่สถานพยาบาลว่าจ้าง อาสาสมัคร ญาติหรือมิตรสหายใกล้ชิด หรือผู้ดูแลที่ผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยว่าจ้างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
 2. ผู้ดูแล ครอบคลุมถึง บุคลากรและอาสาสมัครที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในขณะรับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือขณะอยู่ระหว่างการพักรักษาตัวที่บ้านหรือในชุมชน ทั้งนี้ญาติหรือมิตรสหายใกล้ชิดของผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำหรือเป็นกิจวัตรให้ถือเป็นอาสาสมัครด้วย
 3. การประเมินขีดความสามารถ มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ถอดแบบจาก Job description
 4. อ้างอิง: Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians. (2005) และ Quality Standards for End-of-Life Care in Hospitals. (2008). Ireland.

5.2 HC ความผูกพันของกำลังคน (HRF.1HC)

องค์กรประเมินและสร้างความผูกพันของบุคลากรและอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลเพื่อการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย บุคลากรขององค์กรและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการพัฒนาเพื่อสร้างผลงานที่ดี.

ก. การพัฒนาบุคลากร

- (1) องค์กรมีแนวทาง และดำเนินการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรที่ต้องปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ให้มีขีดความสามารถที่เพียงพอตามภาระหน้าที่ อย่างน้อยให้เป็นไปตามที่กฎหมาย หลักเกณฑ์ หรือมาตรฐานทางวิชาชีพที่เป็นที่ยอมรับ และความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร
- (2) องค์กรปรับปรุงแนวทางและการดำเนินการเพื่อพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิผลเพียงพออยู่เสมอ

- หมายเหตุ
1. อาสาสมัคร ครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรประจำขององค์กร ที่มีจิตอาสาหรือยินดีมาปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในขณะรับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือขณะอยู่ระหว่างการพักรักษาตัวที่บ้านหรือในชุมชน ทั้งผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำ หรือห้วงเวลา หรือเฉพาะกรณี
 2. บุคลากรและอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแล เนื่องจากในหลายโอกาส ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กระเทือนจิตใจ อารมณ์ จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและสร้างเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานตามความเหมาะสมด้วย เพื่อไม่ให้มีปัญหากับตนเอง และการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
 3. การพัฒนาบุคลากรและอาสาสมัครให้มีขีดความสามารถที่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ ให้องค์กรอ้างอิงระดับขีดความสามารถที่ต้องพัฒนาตามข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง หลักเกณฑ์หรือมาตรฐานทางวิชาชีพจากสถาบันวิชาการที่น่าเชื่อถือในระดับประเทศหรือระดับนานาชาติ เช่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันทางการแพทย์ที่มีผลงานทางวิชาการเป็นที่ยอมรับ หรือสภาวิชาชีพต่างๆ ทางสาธารณสุข และให้สอดคล้องกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ที่อยู่ในความดูแลขององค์กร
 4. การพัฒนาบุคลากร ควรครอบคลุมความรู้และทักษะทางสังคม เพื่อให้บุคลากรมีความคิดเปิดเปิดกว้าง สามารถสื่อสารและเข้าถึงความคิดความเชื่อและวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้
 5. อ้างอิง: Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians. (2005) และ Quality Standards for End-of-Life Care in Hospitals. (2008). Ireland.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของสถานพยาบาล

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่ให้นำมาใช้สำหรับการจัดบริการ Hospice care โดยอนุโลม	หมายเหตุ
II-1.1	ทุกข้อ	เฉพาะกรณีเป็นองค์กรแยกจากโรงพยาบาล
II-1.2	ก(1)-(6), ข(1)-(4)	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
II-2.1	ทุกข้อ	เฉพาะกรณีเป็นองค์กรแยกจากโรงพยาบาล
II-2.2	(3), (7)	
II-3.1	ทุกข้อ	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
II-3.2	ทุกข้อ	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
II-3.3	ทุกข้อ	มีข้อกำหนดเฉพาะเพิ่มเติม
II-4.1	ทุกข้อ	บูรณาการในตอน III ข้อ 4 (III-4)
II-4.2	ก(1)-(5)	บูรณาการในตอน III ข้อ 4 (III-4)
II-4.3	ทุกข้อ	บูรณาการในตอน III ข้อ 4 (III-4)
II-5.1	ก(1)-(5), ข(1)-(4)	
II-5.2	(1), (2)	
II-6.1	ก(2)-(7), ข(1)	บูรณาการในตอน III ข้อ 4 (III-4)
II-6.2	ก(1)-(5), ข(1)-(10)	บูรณาการในตอน III ข้อ 4 (III-4)
II-7	ไม่เกี่ยวข้อง	ยกเว้นกรณีจัดตั้งเป็นสถานพยาบาลเฉพาะ
II-8	ไม่เกี่ยวข้อง	ยกเว้นกรณีจัดตั้งเป็นสถานพยาบาลเฉพาะ
II-9.1	ไม่เกี่ยวข้อง	ยกเว้นกรณีจัดตั้งเป็นสถานพยาบาลเฉพาะ
II-9.2	(1), (4), (6)	

หมายเหตุ (*) หมายถึง ข้อกำหนดย่อยทุกข้อ ในข้อกำหนดหัวข้อนั้นๆ

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (RSQ)

1.2HC ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (RSQ.2HC)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ ที่ครอบคลุมการบริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อาสาสมัครอย่างเหมาะสม.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยสำหรับการบริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- (1) องค์กรมีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อบริหารความเสี่ยง สำหรับการบริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน.
- (2) องค์กรมีการค้นหา ประเมินและจัดลำดับความสำคัญความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน โดยให้ผู้ดูแลและอาสาสมัครที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม.
- (3) องค์กรมีระบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านหรือในชุมชน. วิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์เมื่อเกิดขึ้น และนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและทันที่.

ข. คุณภาพการบริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- (1) องค์กรมีการทบทวนการให้การบริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมที่ทำหน้าที่บริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการบริหารดูแลผู้ป่วย.

- หมายเหตุ
1. ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง และมีโอกาสเสียชีวิตสูงอยู่แล้ว การบริหารและการดูแลที่ปลอดภัยที่บ้าน จะช่วยสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ลดโอกาสเกิดความทุกข์ทรมานและการเสียชีวิตของผู้ป่วยก่อนเวลาอันสมควร
 2. ความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นในการบริหารดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครอบคลุมถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับหรือเกิดขึ้นโดยครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด บุคลากรหรืออาสาสมัครที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลด้วย
 3. ความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัย ครอบคลุมถึงความเสี่ยงทางกายภาพ ทางจิตใจและสังคมที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยด้วย เช่น ความเสี่ยงต่อการถูกละเลยและทอดทิ้ง ความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย ความ

เสี่ยงจากการใช้ยา ความเสี่ยงในการให้ข้อมูลและการสื่อสาร ความเสี่ยงอันเนื่องจากการทำหัตถการที่บ้านพักของผู้ป่วย เป็นต้น

4. การพิจารณาความเสี่ยงควรพิจารณาครอบคลุมถึงการใช้แพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้ในการบริบาลผู้ป่วยร่วมไปด้วย ทั้งนี้ควรพิจารณาสมดุลระหว่างความเสี่ยง การเข้าถึงและการติดตามทบทวนประสิทธิภาพของการแนวทางการดูแลที่ใช้กันอย่างผสมผสานเพื่อการปรับปรุงคุณภาพในอนาคตด้วย

5. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและอาสาสมัครในการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและการปรับปรุงคุณภาพของการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย อาจได้แก่ การมีส่วนร่วมให้ข้อมูล, การเป็นผู้รายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์เกือบพลาด, การเข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นหรือร่วมคิดแนวทางในการป้องกันความไม่ปลอดภัย, การนำแนวทางเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือส่งเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องไปปฏิบัติ เป็นต้น

6. อ้างอิง: Canadian Hospice Palliative Care Assoc. (2013) A Model to Guide Hospice Palliative care.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (ENV)

3.1HC ความปลอดภัยทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (ENV.1HC)

สภาพแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่ที่ใช้เพื่อการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย เอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลรวมถึงบุคลากรและอาสาสมัครที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. วัสดุและของเสียอันตรายได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม. สิ่งแวดล้อมเอื้อสุขภาวะที่ดี สงบ มีความเป็นส่วนตัว และเอื้อต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว.

ก. วัสดุและของเสียอันตราย

(1) ครอบครัว ผู้ใกล้ชิดหรืออาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยา วัสดุและของเสียอันตราย ให้สามารถปฏิบัติและจัดการในส่วนที่ตนต้องรับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง

หมายเหตุ 1. ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยใน สถานที่เพื่อการพำนักรหรือเพื่อรับการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย อาจเป็นหอผู้ป่วยในที่ เป็นห้องพักรวมของโรงพยาบาลที่ได้รับการจัดสถานที่หรือตำแหน่งเตียง และพื้นที่โดยรอบเตียงผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย การจัดให้ผู้ป่วยพักในห้องพักเดี่ยวที่มีพื้นที่สำหรับญาติและครอบครัว หรือหอผู้ป่วยที่มีการจัดไว้โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

ทั้งนี้สถานพยาบาลอาจจัดห้องกิจกรรม ห้องพักผ่อน หรือมุมส่วนตัวที่มีความสะดวกสบาย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ได้ทำกิจกรรมที่ต้องการความเป็นส่วนตัว รวมถึงกิจกรรมเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว สร้างความรู้สึกถึงความเป็นบ้าน (Home-like environment) ได้ตามสมควร

2. ในกรณีจัดพื้นที่สำหรับเตียงของผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยรวม ควรจัดเป็นมุมแยก มีพื้นที่อย่างน้อย 9 ตารางเมตร เพื่อให้ครอบครัวสามารถมาอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด อย่างน้อยในช่วงกลางวันและช่วงค่ำ

3. อ้างอิง: Taylor (2014). Defining Quality in Hospice Care. และ Quality Standards for End-of-Life Care in Hospitals. (2008). Ireland.

3.2HC เครื่องมือและสาธารณูปโภคสำหรับการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย (ENV.2HC)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน และทำหน้าที่ได้เป็นปกติ สำหรับการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย.

ก. เครื่องมือ

(1) องค์กรมีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่เพียงพอให้แก่ผู้ใช้เครื่องมือ

- หมายเหตุ
- รายการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สามารถศึกษาได้จากแนวทางหรือเอกสารข้อเสนอแนะของสถาบันทางวิชาการต่างๆ ที่ร่วมพัฒนางานการดูแลแบบประคับประคองหรือการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย เช่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 - การจัดให้มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น อุปกรณ์ทำแผล, Home Oxygen therapy, Syringe driver, เตียงลมและเตียงผู้ป่วย อาจอาศัยการดำเนินการร่วมกับเครือข่าย หรือหน่วยงานภายนอกในการจัดตั้งศูนย์เครื่องมือ เพื่อหมุนเวียนใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ร่วมกัน
 - อ้างอิง: แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558)

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี และอยู่ภายใต้ระบบสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ.

- (1) ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตน ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ทั้งด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆ ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ระยะเวลารอคอยเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยที่ใช้บริการ
 - มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความจำเป็นทางสุขภาพ และสอดคล้องกับศักยภาพที่สามารถปฏิบัติได้ตามภารกิจของสถานพยาบาล
 - มีการบริหารจัดการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยมีแนวทางการประเมินปัญหา ความต้องการ เมื่อรับผู้ป่วยระยะท้ายไว้ในความดูแล ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ในกรณีที่ไม่สามารถจัดบริการได้อย่างสมบูรณ์ ควรมีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานพยาบาลที่เหมาะสมกว่า
 - มีแนวทางการค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอุปสรรคในการเข้าใช้บริการด้วยตนเอง และการติดตามประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะท้ายให้สอดคล้องกับแนวทางการค้นหาที่กำหนดไว้
- (2) ผู้ป่วยระยะท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลเป็นลำดับแรก
 - มีแนวทางการประเมิน ดูแล หรือส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการเปลี่ยนแปลงฉุกเฉิน รวมถึงมีช่องทางพิเศษสำหรับการช่วยเหลือฉุกเฉินระหว่างชุมชนกับสถานพยาบาล
 - มีช่องทางที่ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว สามารถสื่อสารกับทีมผู้ให้บริการได้สะดวก ทันทีที่ ตลอด 24 ชั่วโมง
- (3) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะท้ายไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด ถ้าไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับไว้ และมีการประสานแหล่งประโยชน์ในการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมกว่าต่อไป
 - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเบื้องต้น ระบบการประสานสถานพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย และมีระบบการติดตามผลจากสถานพยาบาลที่รับส่งต่ออย่างเหมาะสม

- มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย มีพาหนะในการส่งต่อที่เหมาะสม มีคุณภาพครบตามหลักเกณฑ์และกฎระเบียบ รวมถึงการมีบุคลากรที่เหมาะสมระหว่างส่งต่อ
 - มีกระบวนการจัดการและติดตามอาการผู้ป่วยระยะท้ายที่ปฏิเสธการรักษา รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ทีมผู้ให้บริบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
- (4) มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และควรมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำในเวลาที่เหมาะสมและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริบาลเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- (5) ในการรับผู้ป่วยระยะท้ายไว้ดูแล มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูลเพียงพอด้วยความเข้าใจ มีเวลาที่จะพิจารณาจนตัดสินใจ และมีการบันทึกที่เหมาะสม
- มีแนวปฏิบัติในการสื่อสารข้อมูลสำคัญแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว อย่างชัดเจน ครอบคลุม และเพียงพอต่อการตัดสินใจ เลือกรับหรือปฏิเสธการดูแล
 - มีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัวก่อนให้บริการหรือกระทำหัตถการทุกครั้ง
 - มีการบันทึกการให้ข้อมูลและการตัดสินใจของผู้ป่วย / ครอบครัว และมีการส่งต่อข้อมูลในทีมผู้ให้บริบาลอย่างต่อเนื่อง

III-2 การประเมิน (ASM)

III-2.1 การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละรายควรได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการประเมินผู้ป่วยนี้อาจเกิดขึ้นไปพร้อมกับการสื่อสาร / ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว หรือการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย ประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย อาการทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจ ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง การรับรู้ความจริง / การพยากรณ์โรค ความประสงค์ที่จะวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Decision capacity)

- การประเมินปัจจัยด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ให้คำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก
- (2) มีการประเมินเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสม
- มีการประเมินผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหมาะสม และมีการประเมินซ้ำ เพื่อประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และมีการบันทึกผลการประเมินที่เหมาะสม
 - ผลการประเมินผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการ ควรมีการร่วมกันวิเคราะห์ / เชื่อมโยงผลการประเมิน ประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแล เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการผู้ป่วย
 - วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ควรอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ สามารถบ่งชี้อาการของผู้ป่วยที่เริ่มเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต หรือเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตได้

ข. การวินิจฉัยปัญหา / ความต้องการที่มีความจำเป็นพิเศษ

- (1) ผู้ป่วยระยะท้ายควรได้รับการวินิจฉัยปัญหา / ความต้องการที่มีความจำเป็นพิเศษที่เร่งด่วนและสำคัญของผู้ป่วย โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยปัญหา / ความต้องการที่มีความจำเป็นพิเศษนั้น
- (2) มีการลงบันทึกการวินิจฉัย และบันทึกการเปลี่ยนแปลงภายในเวลาที่กำหนดอย่างเหมาะสม

III-2.2 การประเมินผู้ดูแล

ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินครอบคลุมรอบด้านอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม เพื่อที่จะได้สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งการดำรงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดูแล.

- (1) ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความจริง / การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคในระยะสุดท้าย รวมทั้งต้องมีการประเมินความน่าเชื่อถือของผู้ดูแล ก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วย
- (2) ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินที่ครอบคลุมสุขภาวะทางร่างกายและจิตสังคม ประกอบด้วย สภาพความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ความเครียด ความกังวล รวมถึงความเชื่อ มุมมอง ทักษะ จิตวิญญาณของผู้ดูแล และความต้องการของผู้ดูแล คนใกล้ชิด / ครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง

- (3) มีการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจ การจัดการปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงความสามารถในการสื่อสารกับสมาชิกภายในครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ
- (4) มีการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกภายในครอบครัว ความขัดแย้งภายในครอบครัว การจัดการทรัพย์สินมรดก บทบาทที่เปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น จิตอาสา / องค์กรที่สามารถขอความช่วยเหลือในชุมชนได้ เป็นต้น
- (5) มีการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติได้จริง ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การใช้ยา เวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ที่จำเป็น

หมายเหตุ ผู้ดูแล ครอบคลุมถึง บุคลากรและอาสาสมัครที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในขณะรับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือขณะอยู่ระหว่างการพักรักษาตัวที่บ้านหรือในชุมชน

III-3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN)

มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีการประสานกันอย่างดี มีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย และมีการวางแผนร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเป็นสำคัญ.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยง มีการสื่อสารและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา / ความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย ที่ได้จากการประเมินอย่างเป็นองค์รวม และมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้
- (3) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล และการกำหนดแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan)
- (4) มีการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมถึงการเตรียมรับมือต่อการสูญเสีย และดูแลภายหลังการสูญเสีย
- (5) มีการวางแผนการประสานกับเครือข่ายการดูแลและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน หรือประสานกับสถานพยาบาลที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
- (6) มีการบันทึกข้อสรุปแผนการดูแลที่ได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัว/องค์กร รวมถึงกรณีหากมีการปรับเปลี่ยนในอนาคต
- (7) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป

หมายเหตุ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย อาจใช้แนวทางทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้เป็นไปตาม Informed consent / Living will ของผู้ป่วยเฉพาะราย

III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) มีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมเป็นไปตามผลการประเมิน กับแนวทางการดูแลที่ได้รับนั้นให้เหมาะสมกับความจำเป็นทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว ความสงบ ความสะดวกสบายของผู้ป่วยระยะท้าย
- (2) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต่อการสูญเสีย

III-4.2 การดูแลเฉพาะ

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าการให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต.

ก. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต

- (1) บุคลากร ผู้ดูแล อาสาสมัคร มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต
- (2) ผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับการประเมิน / ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณเป็นการเฉพาะ
- (3) ทีมผู้ให้บริการปรับการดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสม ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สงบ สะอาด และเป็นส่วนตัว ทั้งในด้านการบรรเทาอาการเพื่อความสุขสบาย ความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ, การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตามความประสงค์

ข. การจัดการความปวด

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวด เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวดและลักษณะของความปวด
- (2) ในกรณีที่คาดว่าจะการรักษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความปวดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความปวดนั้นล่วงหน้า ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวดดังกล่าวอย่างเหมาะสม

- (3) ผู้ป่วยที่มีความปวดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและเป็นไปตามแนวทางของการจัดการความปวด ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความปวด

III-5 การสื่อสารข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP)

การมุ่งเน้นในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหา การพยากรณ์อาการและช่วงเวลาที่เป็นไปได้ และการดูแลในระยะท้ายของชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองได้.

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการสื่อสารความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหา การพยากรณ์อาการและช่วงเวลาที่เป็นไปได้ และการดูแลในระยะท้ายของชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความเอื้ออาทร เคารพต่อความเชื่อ และวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
- (2) มีการกำหนดแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ทราบเป้าหมายการดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาในการเลือกรับการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า เพื่อสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้ทราบ
- (3) ทีมผู้ให้บริการควรสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจถึงประโยชน์หรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อทางศาสนา ความคิด หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว
- (4) มีการบันทึกเมื่อมีการสื่อสาร เพื่อการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

หมายเหตุ

1. เป้าหมายการดูแล (Goal of care) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน สถานพยาบาลหรือชุมชน ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพ
2. การแสดงเจตนาล่วงหน้า (Living Will) เป็นเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยในการยินยอมหรือปฏิเสธการใช้หัตถการทางการแพทย์เพื่อดูแลจัดการอาการหรือรักษาสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต
3. จิตวิญญาณ คือ ความเชื่อความหวัง ความศรัทธา มีคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคล อาจจะเป็นส่วนหนึ่งของกำลังใจ และอาจจะเกี่ยวข้องกับศาสนาหรือไม่ก็ได้
4. ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง วิธีการดูแลของแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์ผสมผสาน ตามที่กฎหมายกำหนด

5. ผลเสียที่เกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ครอบคลุมถึงความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาระทางสังคม จิตใจ หรือเศรษฐกิจ

III-6 การประเมินและการวางแผนจำหน่าย

มีการประเมินเพื่อการเตรียมพร้อมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้าย ตั้งแต่เริ่มต้นการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายจากสถานพยาบาล.

ก. การประเมินเพื่อการวางแผนและการเตรียมพร้อมจำหน่าย

- (1) มีการกำหนดแนวทางและข้อบ่งชี้ในการจำหน่าย โดยตระหนักถึงความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้าย
- (2) มีการประเมินปัญหา / ความต้องการที่จำเป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลังจำหน่าย เพื่อวางแผนการจำหน่ายอย่างเหมาะสม
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย
- (4) มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลที่มีความพร้อมที่จะดูแล
 - ผู้ดูแลหลักได้รับการประเมินความเข้าใจ ทักษะการใช้เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และยา
 - ผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความจำเป็นพิเศษมาสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ
 - มีการให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเพื่อการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที
- (5) มีการประสานการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้านหรือชุมชน
- (6) มีการระบุช่องทางการติดต่อ และระบบการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ภายหลังจากออกจากสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- (7) มีการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลหลังการสูญเสีย แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ในเรื่องการจัดการศพ / เอกสารภายหลังการสูญเสีย และการให้คำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาต่างๆ ด้านการบริจาคอวัยวะ ตลอดจนการจัดการศพหลังเสียชีวิต รวมถึงการบริจาคอุปกรณ์ต่างๆ
- (8) มีการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่องทั้งภายในสถานพยาบาลและกับนอกสถานพยาบาลและชุมชน

- มีการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสม โดยการประสานความร่วมมือกันระหว่างสถานพยาบาล ชุมชน กับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเรื่องการขยายช่องทางการดูแลต่อเนื่อง เมื่อต้องกลับเข้ามารับการรักษาในสถานพยาบาล อาทิเช่น อาสาสมัครช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น
- มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลด้วยแบบสองทาง ระหว่างสถานพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกัน โดยคำนึงถึงความลับผู้ป่วยเป็นสำคัญ
- มีการสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย และบูรณาการกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนเข้าใจ ตระหนัก เสริมสร้างศักยภาพของชุมชน เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
- สถานพยาบาลเป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมาย หรือเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือมีการจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สอดคล้องกับบริบทในสังคมนั้นๆ ให้แก่ชุมชนตามความเหมาะสม

หมายเหตุ การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุมสถานพยาบาลที่รับผิดชอบ สถานพยาบาลที่เป็นพี่เลี้ยง และสถานพยาบาลเครือข่าย เช่น ผู้ป่วยระยะท้ายที่กลับชุมชนให้มีการแจ้งสถานพยาบาลระดับจังหวัดให้ทราบ เป็นต้น

ข. การวางแผนจำหน่ายช่วงระยะท้ายของชีวิต

- (1) มีการกำหนดแนวทางและข้อบ่งชี้ในการจำหน่าย โดยตระหนักในความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้าย
- (2) มีการประเมินปัญหา / ความต้องการที่จำเป็นพิเศษของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลังจำหน่าย รวมถึงความเข้าใจทักษะการใช้เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และยา เพื่อวางแผนการจำหน่ายอย่างเหมาะสม
- (3) มีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยระยะท้ายออกจากสถานพยาบาล (ตามรายละเอียดใน III-7)
- (4) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย โดยมีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยระยะท้ายให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย
- (5) มีการระบุช่องทางการติดต่อ และระบบการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ภายหลังออกจากสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

III-7 การดูแลที่บ้านและชุมชน (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจ ร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระหว่างสถานพยาบาล ชุมชน และที่บ้านอย่างต่อเนื่องทันทีที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการสูญเสีย.

ก. สถานที่ สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์

- (1) มีลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี
 - มีการประเมินลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมถึงเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการดูแลภายหลังการสูญเสีย
 - มีประเมินการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุข การเข้าถึงทรัพยากร เครือข่ายสนับสนุนทาง สังคมที่จำเป็น และการประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินดังกล่าว
 - สิ่งแวดล้อมที่บ้านหรือในชุมชนที่ใช้เพื่อการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสะอาดและปลอดภัย
 - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ถึงการจัดสถานที่พักและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้ดูแลและครอบครัวผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย รวมถึงการประสานงานหรือให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงตามสมควร โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย / ความเครียด / เสี่ยง / สิ่งรบกวนต่างๆ
- (2) ครอบครัว ผู้ใกล้ชิดหรืออาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยา วัสดุและของเสียอันตราย ให้สามารถปฏิบัติและจัดการในส่วนที่ตนต้องรับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง
 - การจัดการวัสดุและของเสียอันตรายให้รวมถึงการบริหารยา การดูแลและส่งคืนซากยาภายหลังการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วยหรือในชุมชน เช่น ยาในกลุ่มมอร์ฟิน ต้องเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบที่โรงพยาบาลกำหนด
 - ทีมผู้ให้บริการอาจให้ทางเลือกในการจัดการวัสดุและของเสียอันตราย โดยให้ถุงหรือภาชนะเก็บขยะพร้อมเป็นผู้ดำเนินการเก็บกลับและกำจัดให้ หรือให้คำแนะนำและประสานหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเก็บและนำไปกำจัด เป็นต้น ทั้งนี้ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่
 - ความสามารถในการจัดการของเสียอันตราย หรือขยะติดเชื้อในชุมชน อาจเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินครอบครัว ชุมชน หรือการเรียนรู้เกี่ยวกับชุมชนด้วย

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้การดูแลที่บ้านหรือสถานที่ในชุมชน ทีมบุคลากรผู้รับผิดชอบของสถานพยาบาลหรือทีมผู้ดูแลในชุมชนควรมีโอกาสได้ประเมินความเสี่ยง และให้คำแนะนำ ในการปรับปรุงหรือเตรียมความพร้อมของสถานที่เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญก่อนที่ผู้ป่วยจะได้การส่งกลับไปพำนัก ณ ที่นั้น

- (3) ทีมผู้บริหารสร้างความมั่นใจว่าสถานที่ที่ผู้ป่วยพำนักมีมาตรฐานโรคและเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานเพื่อการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย และการประกอบกิจวัตรประจำวันได้อย่างปลอดภัยและสะดวกสบายตามสมควร
- จัดให้มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอและพร้อมใช้สำหรับนำไปใช้ในการบริหารผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน หรือในชุมชน
 - มีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่เพียงพอให้แก่ผู้ใช้เครื่องมือ
 - มีส่วนร่วมในการประเมินและเตรียมความพร้อมว่า บ้านหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยพำนักในชุมชนมีมาตรฐานโรคที่จำเป็น
 - บ้านหรือสถานที่พำนักของผู้ป่วยในชุมชน ต้องมีมาตรฐานโรคด้านการสื่อสารพร้อมใช้ ที่สามารถติดต่อสื่อสารกับทีมผู้ให้การบริหารผู้ป่วยระยะท้ายได้ ทั้งในเวลาปกติและกรณีฉุกเฉิน

- หมายเหตุ
1. องค์กรอาจส่งเสริมหรือดำเนินการร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นรวมถึงองค์กรเอกชนอื่นๆ เพื่อส่วนร่วมในการจัดหาและการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ ตลอดจนการปรับปรุง เตรียมความพร้อมของบ้าน สถานพักพิงหรือ สาธารณูปโภคเพื่อการดูแลของผู้ป่วย
 2. ผู้ใช้เครื่องมือครอบคลุมถึงผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรือบุคลากรขององค์กรหรือหน่วยงานในชุมชน ที่มีส่วนในการเก็บและบำรุงรักษาเครื่องมือเหล่านี้ด้วย
 3. มาตรฐานโรคที่จำเป็นสำหรับการบริหารผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน อย่างน้อยได้แก่ ไฟฟ้า น้ำสะอาด และช่องทางการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ตหรือการสื่อสารผ่านช่องทางสังคมออนไลน์ แต่หากมีความพร้อมรองรับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ ต้องให้ความมั่นใจว่าการสื่อสารและข้อมูลของผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้เป็นความลับ ไม่กระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว
 4. การมีส่วนร่วมขององค์กรในการประเมินและเตรียมความพร้อมด้านมาตรฐานโรคสำหรับกรณีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจดำเนินการในรูปของการสอบถาม การให้คำแนะนำในการปรับปรุง การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อดำเนินการ หรือเข้าไปร่วมในการจัดการก็ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน มีสิ่งจำเป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตไม่ด้อยไปกว่าการพักอยู่ในสถานพยาบาล

ข. กระบวนการดูแล

- (1) ปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในสถานพยาบาล
- (2) มีการประเมินและติดตามปัญหา ความต้องการที่จำเป็น ความเข้าใจต่อการดูแล เครื่องมือ อุปกรณ์และยา ชำ เป็นระยะ
- (3) มีการติดตามและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลมีศักยภาพ มีความพร้อม และมีความมั่นใจ ในการจัดการดูแลสุขภาวะในระยะท้ายที่บ้าน
 - ทีมผู้ให้บริการสามารถประเมิน และให้คำปรึกษาในการจัดการกับภาวะเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันแทรกซ้อน ภาวะ วิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย รวมถึงมีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการ เปลี่ยนแปลงฉุกเฉิน รวมถึงมีช่องทางพิเศษสำหรับการช่วยเหลือฉุกเฉินระหว่างชุมชนกับสถานพยาบาล
 - เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง / เปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ / ใกล้เสียชีวิต มีช่องทางการติดต่อเพื่อขอความ ช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพอย่างทันท่วงทีในการประเมินผู้ป่วย การช่วยประคับประคองอาการ (stabilize) ผู้ป่วย การสื่อสาร การให้ความรู้และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น
 - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา มีช่องทางที่ผู้ป่วยระยะท้ายและ ครอบครัว สามารถสื่อสารกับทีมผู้ให้บริการได้สะดวก ทันท่วงที ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมอบหมายความ รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
 - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงวิธีการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการติด เชื้อ
 - มีการประสานการเบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น
- (4) มีกระบวนการดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะภายหลังการสูญเสีย เพื่อติดตามครอบครัวและผู้ดูแล

ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแล
ผู้ป่วยระยะท้ายไปสู่ระดับที่เหมาะสม (ระดับ Optimal)

ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปสู่ระดับที่เหมาะสม (ระดับ Optimal)

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCF)	3.1HC ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน (PCF.1HC) ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (3) องค์กรมีวิธีการค้นหาและเรียนรู้ชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการ การดูแล และปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้สามารถรองรับของความต้องการและความคาดหวังเฉพาะตัวของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วยได้ 3.2HC ความสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัว (PCF.2HC) ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด (3) องค์กรมีช่องทางรับและจัดการเรื่องร้องเรียนหรือเรื่องร้องขอของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด และชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที ช่วยสร้างเสริม คุณภาพชีวิต ความสุขหรือความพึงพอใจ รวมทั้งมีการรวบรวม วิเคราะห์ เพื่อนำสารสนเทศดังกล่าวไปใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร ข. การประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด (2) องค์กรปรับปรุงแนวทาง วิธีการและช่วงเวลาในการประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล และครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยระยะท้าย ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของความก้าวหน้าทางวิชาการ ความต้องการทางสุขภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่เสมอ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCF) ต่อ	3.3HC สิทธิของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลและครอบครัว (PCF.3HC) ข. การปฏิบัติต่อผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด (2) องค์กรมีแนวปฏิบัติ ในกรณีที่มีความประสงค์ของผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่องค์กรปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยหรือความประสงค์ของผู้ป่วย ทั้งนี้โดยยึดถือประโยชน์ที่จะมีต่อผู้ป่วยเป็นหลักในการพิจารณา
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)	5.1HC สภาพแวดล้อมของกำลังคน (HRF.2HC) ก. ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่องานการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย (3) องค์กรมีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหาและคัดเลือกให้ได้บุคลากรที่มีคุณสมบัติ มีความเชื่อและเจตคติเหมาะสมสำหรับการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย ตามระดับของชีตความสามารถและความเพียงพอของอัตรากำลังตามที่กำหนดไว้ (4) องค์กรมีกระบวนการประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการปรับปรุงแก่บุคลากรที่ให้การบริหารผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเหมาะสม. และมีกระบวนการขอยกเลิกการปฏิบัติหน้าที่หรือปรับย้ายบุคลากรดังกล่าวไปปฏิบัติหน้าที่อื่น เมื่อผลการประเมินผลไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ข. บรรยากาศในการทำงาน และสุขภาพของผู้ดูแล (2) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงให้การไปปฏิบัติงานเพื่อให้การบริหารผู้ป่วยระยะท้ายของบุคลากรและอาสาสมัคร ที่บ้านหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีสุขอนามัย มีความปลอดภัย และมีการป้องกันภัยอย่างเหมาะสม ค. ชีตความสามารถและความเพียงพอของผู้ดูแลและอาสาสมัคร (1) องค์กรมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งหน้าที่ที่สามารถใช้อาสาสมัครในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในกรณีที่มอบหมายให้เป็นผู้ดูแลประจำสำหรับผู้ป่วย หรือกรณีปฏิบัติหน้าที่ห้วงเวลา หรือเพื่อการปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องและต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้ายหรือครอบครัวของผู้ป่วยโดยตรง

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF) ต่อ	(2) องค์กรประเมินและกำหนดขีดความสามารถ รวมถึงระดับของความเพียงพอและภาระงานของอาสาสมัครที่จำเป็นเพื่อการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ภายใต้การดูแลของสถานพยาบาลตามตำแหน่งงานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมาย หลักเกณฑ์ทางวิชาชีพที่เป็นที่ยอมรับ และความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร (3) องค์กรมีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหาและคัดเลือกให้ได้อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติ มีความเชื่อและเจตคติเหมาะสมสำหรับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ตามระดับของขีดความสามารถและความเพียงพอของอัตรากำลังตามที่กำหนดไว้ (4) องค์กรมีกระบวนการประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการปรับปรุงแก่อาสาสมัครที่ให้การบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเหมาะสม. และมีกระบวนการขอยกเลิกการปฏิบัติหน้าที่หรือปรับย้ายอาสาสมัครดังกล่าวไปปฏิบัติหน้าที่อื่น เมื่อผลการประเมินผลไม่ผ่านหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 5.2HC ความผูกพันของกำลังคน (HRF.1HC) ข. ความผูกพันและความสุขของบุคลากรและอาสาสมัคร (1) องค์กรมีแนวทางประเมิน และมีแนวทางในการสร้างเสริมความผูกพันและความสุขในการทำงานของบุคลากรที่ทำหน้าที่บริบาลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้บุคลากรมีความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการปฏิบัติงานในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (2) องค์กรมีแนวทางประเมิน และมีแนวทางในการสร้างเสริมความผูกพันและความสุขในการทำหน้าที่ของผู้ดูแลและอาสาสมัครที่ทำหน้าที่บริบาลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลและอาสาสมัครมีความมุ่งมั่น มีกำลังใจและไม่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ค. การพัฒนาผู้ดูแลและอาสาสมัคร (1) องค์กรมีแนวทาง และดำเนินการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ให้แก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครที่ต้องปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ให้มีขีดความสามารถที่เพียงพอตามภาระหน้าที่ อย่างน้อยให้เป็นไปตามที่กฎหมาย หลักเกณฑ์หรือมาตรฐานทางวิชาชีพที่เป็นที่ยอมรับ และความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF) ต่อ	(2) องค์กรปรับปรุงแนวทางและการดำเนินการเพื่อพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ของผู้ดูแลและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิผลเพียงพออยู่เสมอ หมายเหตุ 3. การประเมินความผูกพันและความสุขของผู้ดูแลอาจใช้วิธีการได้หลากหลายเพื่อนำมาสู่การกำหนดแนวทางในการสร้างเสริมความสุขและกำลังใจได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องใช้แบบสำรวจหรือแบบประเมินที่เป็นทางการก็ได้
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (RSQ)	1.2HC ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (RSQ.2HC) ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยสำหรับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (4) องค์กรมีกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยงในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชนอย่างเหมาะสม มีการสื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการนำสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (5) องค์กรมีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น ข. คุณภาพการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (3) ทีมที่ทำหน้าที่บริบาลผู้ป่วยระยะท้ายใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย โดยให้ผู้ดูแลและอาสาสมัครที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม. การปรับปรุงการบริบาลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติของการดูแลในด้านต่างๆ รวมถึงการดูแลและการปฏิบัติของผู้ดูแล การปฏิบัติต่อครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
II-3 สิ่งแวดล้อมในการ บริหารผู้ป่วยระยะท้าย (ENV)	3.1HC ความปลอดภัยทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย (ENV.1HC) ข. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพเพื่อการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย (2) ผู้ป่วยระยะท้ายพำนักรับและได้รับการดูแลในสถานที่ที่มีความคุ้นเคย มีความสงบ พื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และขนาดเพียงพอที่จะเอื้อต่อกิจกรรมเพื่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีสุขภาวะทางสังคมและจิตใจทั้งสำหรับผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด 3.2HC เครื่องมือและสาธารณูปโภคสำหรับการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย (ENV.2HC) ก. เครื่องมือ (2) องค์กรมีการจัดทำแผนบริหารเครื่องมือและการนำไปปฏิบัติ ครอบคลุม การคัดเลือก/จัดหา, การทำบัญชี, การตรวจสอบและทดสอบ, การเทียบค่า, การบำรุงรักษาและแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ ตามความเหมาะสม (2) องค์กรมีติดตามข้อมูลการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อการบำรุงรักษา ปรับปรุงและจัดหาทดแทน
III-2 การประเมิน (ASM)	III-2.1 การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย ค. การส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อประกอบการวินิจฉัยปัญหา (1) ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวิทยาเท่าที่จำเป็น เพื่อประกอบการวินิจฉัยปัญหา การควบคุมอาการหรือการส่งเสริมคุณภาพชีวิต หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี (2) มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัย โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสถานะของผู้ป่วยระยะท้าย

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
III-2 การประเมิน (ASM) ต่อ	(3) มีระบบการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม สามารถสืบค้นผลการตรวจได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับของผู้ป่วยระยะท้าย มีการอธิบายหรือส่งตรวจเพิ่มเติม เมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ <u>หมายเหตุ</u> 1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ Edmonton Symptom Assessment System เป็นต้น 2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ได้แก่ Palliative Performance Scale, Eastern Cooperative Oncology Group เป็นต้น
	III-2.2 การประเมินผู้ดูแล (6) ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินการปรับตัวในการดำรงชีวิตเมื่อรับรู้สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการสูญเสีย และการวางแผนสำหรับภาวะใกล้เสียชีวิตและหลังการสูญเสีย
III-3 การวางแผน (PLN)	ก. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (8) กรณีความเห็นที่ไม่ตรงกัน มีการสื่อสารที่เท่าเทียม ทำความเข้าใจบริบทรายบุคคล และการวางแผนเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)	III-4.1 การดูแลทั่วไป (3) ทีมผู้ให้บริการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการติดเชื้อ และจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD) ต่อ	III-4.2 การดูแลเฉพาะ ค. การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความจำเป็นพิเศษ (1) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความจำเป็นพิเศษสูงมาสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ (2) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที (3) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน มีความช่วยเหลือจากทีมผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วยทีมผู้ให้บริบาลอย่างทันท่วงทีในการประเมินผู้ป่วย จัดการอาการการสื่อสาร การให้ความรู้และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจว่าเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จนถึงภาวะหลังการสูญเสีย <u>หมายเหตุ</u> 1. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ สับสนหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่ควบคุมด้วยวิธีปกติไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ร้องขอให้เร่งการตาย ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2. การดูแลหรือหัตถการสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นพิเศษ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของสถานพยาบาลนั้นๆ อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง เช่น การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องผูกยึดการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ การให้ยาเพื่อหลับลึก การให้ยาที่มีความเสี่ยงได้แก่ opioid, sedative medication, และ warfarin เป็นต้น

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD) ต่อ	ง. อาหารและน้ำ (1) ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับอาหารที่เหมาะสม กับสภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น ทั้งนี้ให้คำนึงถึงสภาวะของร่างกาย และความทุกข์ทรมาน และช่องทางในการให้อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย (2) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและน้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ (3) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถเตรียมบริโภค จ. การฟื้นฟูสภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต (1) มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยระยะท้าย ตามผลการประเมินด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เพื่อขึ้นำการดูแลด้านฟื้นฟูสภาพตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย (2) การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้นฟู กระดับหรืออารังไว้ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบ ต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยระยะท้าย <u>หมายเหตุ</u> การฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ และลดความทุกข์ทรมานทางกาย
III-6 การประเมินและการวางแผนจำหน่าย	ก. การประเมินเพื่อการวางแผนและการเตรียมพร้อมจำหน่าย (9) มีการทบทวนและปรับปรุงการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียน การติดตามผู้ป่วยและครอบครัว และข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์แนวโน้มภาวะแทรกซ้อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
III-6 การประเมินและการวางแผนจำหน่าย ต่อ	ข. การวางแผนจำหน่ายช่วงระยะท้ายของชีวิต (6) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในสถานพยาบาลหรือชุมชน ตามหลักการเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและมีความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาวะในระยะท้าย มีการทบทวนและปรับปรุงการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและครอบครัว และข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการตรวจประเมินบริการในกลุ่ม Hospice care

แนวทางการตรวจประเมินบริการในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย (Scoring Guideline)

อ้างอิงตามกรอบโครงสร้างของ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation	ติดตามตัววัดที่สำคัญ ตรงประเด็น และครบถ้วน Valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัววัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

แนวทางการให้คะแนนการปฏิบัติใช้การแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับตามภาพตามมาตรฐาน HA โดยระดับความคาดหวังสำหรับการใช้ข้อกำหนดที่เกิดคุณค่าต่อองค์กรและผู้รับบริการคือคะแนนตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป

การแบ่งระดับข้อกำหนดที่นำมาใช้สำหรับการจัดบริการ Hospice care
ตามข้อคิดเห็นของตัวแทนของโรงพยาบาลนำร่อง
และผู้ทรงคุณวุฒิที่มาเข้าร่วมประชุม

การแบ่งระดับข้อกำหนดที่นำมาใช้สำหรับการจัดบริการ Hospice care ตามข้อคิดเห็นของตัวแทนของ
โรงพยาบาลนาร่อง และผู้ทรงคุณวุฒิที่มาเข้าร่วมประชุม (N=31)

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
ตอนที่ I การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน				
1.3.1 HC ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน				
(1) การจำแนกกลุ่มของผู้ป่วยระยะท้าย	25 (83.3)*	4 (13.3)	1 (3.3)	1
(2) วิธีการค้นหาและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยระยะท้าย	25 (83.3)*	4 (13.3)	1 (3.3)	2
(3) มีวิธีการค้นหาและเรียนรู้ชุมชน	9 (30.0)	14 (46.7)**	7 (23.3)	3
1.3.2 HC ความสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัว				
1.3.2 HC ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด				
(1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้าย	27 (90.0)*	2 (6.7)	1 (3.3)	1
(2) มีช่องทางในการสนับสนุนผู้ป่วยระยะท้าย	26 (86.7)*	4 (13.3)		1
(3) ช่องทางรับและจัดการเรื่องร้องเรียนหรือเรื่องร้องขอของผู้ป่วยระยะท้าย	12 (40.0)	18 (60.0)**		1
(4) มีการปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้าย	1 (33.3)	11 (36.7)	9 (30.0)***	1
1.3.2 HC ข. การประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด				
(1) มีการประเมินคุณภาพชีวิต ความสุข หรือความพึงพอใจ	18 (60.0)*	9 (30.0)	3 (10.0)	1
(2) มีการปรับปรุงแนวทาง วิธีการและช่วงเวลาในการประเมินคุณภาพชีวิต	11 (36.7)	12 (40.0)**	7 (23.3)	1

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
1.3.3 HC สิทธิของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลและครอบครัว				
1.3.3 HC ก. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะท้าย				
(1) ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	27 (90.0)*	2 (6.7)	1 (3.3)	1
1.3.3 HC ข. การปฏิบัติต่อผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด				
(1) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะท้าย โดยคำนึงถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย	22 (75.9)*	5 (17.2)	2 (6.9)	2
(2) มีแนวปฏิบัติ ในกรณีที่ความประสงค์ของผู้ดูแล ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับ	14 (48.3)	15 (51.7)**		2
1.5.1HC สภาพแวดล้อมของกำลังคน				
1.5.1 HC ก. ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่องานการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย				
(1) การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งงานของบุคลากร	22 (73.3)*	8 (26.7)		1
(2) ประเมินและกำหนดขีดความสามารถ รวมถึงความเพียงพอของบุคลากร	17 (56.7)*	12 (40.0)	1 (3.3)	1
(3) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหาและคัดเลือกให้ได้บุคลากรที่มีคุณสมบัติ	14 (46.7)	10 (33.3)**	6 (20.0)	1
(4) มีกระบวนการประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการปรับปรุง	11 (45.8)	9 (37.5)**	4 (16.7)	7
1.5.1 HC ข. ชีตความสามารถและความเพียงพอของอาสาสมัคร				
(1) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งหน้าที่ที่สามารถใช้อาสาสมัคร	10 (33.3)	13 (43.3)**	7 (23.3)	1
(2) ประเมินและกำหนดขีดความสามารถ รวมถึงระดับของความเพียงพอและภาระงานของอาสาสมัคร	9 (30)	13 (43.3)**	8 (26.7)	1
(3) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหาและคัดเลือกให้ได้บุคลากรอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติ	6 (20.0)	15 (50.0)**	9 (30.0)	1

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
(4) มีกระบวนการประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการปรับปรุง	6 (20.0)	17 (56.7)**	7 (23.3)	1
1.5.1 HC ค. บรรยากาศในการทำงาน และสุขภาพของผู้ดูแล				
(1) การไปปฏิบัติงานของบุคลากรและอาสาสมัคร ที่บ้านหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ มีความปลอดภัย และมีการป้องกันภัยอย่างเหมาะสม	13 (43.3)	11 (26.7)**	6 (20.0)	1
(2) อาสาสมัครได้รับการประเมินสุขภาพครอบคลุมทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ	7 (23.3)*	17 (56.7)	6 (20.0)	1
1.5.2 HC ความผูกพันของกำลังคน				
1.5.2 HC ก. ความผูกพันและความสุขของบุคลากรและอาสาสมัคร				
(1) มีแนวทางในการสร้างเสริมความผูกพันและความสุขในการทำงานของบุคลากร	14 (46.7)	12 (38.7)**	4 (13.3)	1
(2) มีแนวทางในการสร้างเสริมความผูกพันและความสุขในการทำงานของผู้ดูแลและอาสาสมัคร	6 (20.0)	18 (60.0)**	6 (20.0)	1
1.5.2 HC ข. การพัฒนาบุคลากร				
(1) มีแนวทางในการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ให้แก่บุคลากร	28 (93.3)*	2 (6.7)		1
(2) ปรับปรุงแนวทางและการดำเนินการเพื่อพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ของบุคลากร	21 (70.0)*	9 (30.0)		1
1.5.2 HC ค. การพัฒนาผู้ดูแล และอาสาสมัคร				
(1) มีแนวทางในการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ให้แก่อาสาสมัคร	10 (33.3)	15 (50.0)**	5 (16.7)	1
(2) ปรับปรุงแนวทางและการดำเนินการเพื่อพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ของอาสาสมัคร	7 (23.3)	17 (56.7)**	6 (20.0)	1
ตอนที่ II การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ				
2.1.2 HC ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ				

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
2.1.2 HC ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยสำหรับการ บริหารผู้ป่วยระยะท้าย				
(1) มีการประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการ บริหารความเสี่ยงต่างๆ	21 (70.0)*	8 (26.7)	1 (3.3)	1
(2) มีการค้นหา ประเมินและจัดลำดับความสำคัญความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป	17 (58.6)*	11 (37.9)	1 (3.4)	2
(3) มีกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยง	17 (56.7)	11 (36.7)**	2 (6.7)	1
(4) ระบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาด	18 (60.0)*	8 (26.7)	4 (13.3)	1
(5) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความ ปลอดภัย	13 (43.3)	13 (43.3)**	4 (13.3)	1
2.1.2 HC ข. คุณภาพการบริการผู้ป่วยระยะท้าย				
(1) มีการทบทวนการให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือในชุมชนอย่าง สม่ำเสมอ	15 (48.4)*	12 (38.7)	3 (10.0)	1
(2) มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการบริการ ผู้ป่วย	22 (73.3)*	7 (23.3)	1 (3.3)	1
(3) มีการปรับปรุงการบริการผู้ป่วยระยะท้าย โดยให้ผู้ดูแลและ อาสาสมัครมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม	12 (40.0)	11 (36.7)**	7 (23.3)	1
2.3.1 HC ความปลอดภัยทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ บริการผู้ป่วยระยะท้าย				
2.3.1 HC ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพเพื่อการบริการผู้ป่วยระยะ ท้าย				
(1) มีการให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไข สิ่งแวดล้อมที่บ้านหรือในชุมชน ให้มีความสะอาดและปลอดภัย	6 (20.0)	18 (60.0)**	6 (20.0)	1
(2) การมีสุขภาวะทางสังคมและจิตใจทั้งสำหรับผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและ ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด.	13 (43.3)	13 (43.3)**	4 (13.3)	1
2.3.1 HC ข. วัสดุและของเสียอันตราย				
(1) วัสดุและของเสียอันตรายได้รับการจัดการอย่างปลอดภัยและถูก สุขลักษณะ	21 (70.0)*	8 (26.7)	1 (3.3)	1

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
(2) ครอบครัว ผู้ใกล้ชิดหรืออาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยา วัสดุ และของเสียอันตราย	22 (73.3)*	6 (20.0)	2 (6.7)	1
2.3.2 HC เครื่องมือและสาธารณูปโภคสำหรับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย				
2.3.2 HC ก. เครื่องมือ				
(1) จัดให้มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอและพร้อมใช้	24 (80.0)*	5 (16.7)	1 (3.3)	1
(2) จัดทำแผนบริหารเครื่องมือ	15 (50.0)	13 (43.3)**	2 (6.7)	1
(3) การให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่เพียงพอให้แก่ผู้ใช้เครื่องมือ	18 (60.0)*	9 (30.0)	3 (10.0)	1
(4) มีการติดตามข้อมูลการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น	11 (36.7)	13 (43.3)**	6 (20.0)	1
2.3.2 HC ข. ระบบสาธารณูปโภค				
(1) มีส่วนร่วมในการประเมินและเตรียมความพร้อมว่าที่ผู้ป่วยพัก มีสาธารณูปโภคที่จำเป็น	10 (33.3)	16 (53.3)**	4 (13.3)	1
(2) มีสาธารณูปโภคด้านการสื่อสารพร้อมใช้ ที่สามารถติดต่อสื่อสารกับทีมผู้ให้การบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายได้	12 (41.4)	17 (58.6)**		2
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย				
3.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ				
(1) สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการ	27 (90.0)*	2 (6.7)	1 (3.3)	1
(2) การดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลเป็นลำดับแรก	27 (90.0)*	1 (3.3)	2 (6.7)	1
(3) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยระยะท้ายไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด	22 (73.3)*	6 (20.0)	2 (6.7)	1
(4) มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อรับผู้ป่วยระยะท้าย	25 (83.3)*	4 (20.0)	1 (3.3)	1

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
(5) มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย	24 (82.8)*	4 (13.8)	1 (3.4)	2
3.2 การประเมิน				
3.2.1 การประเมินผู้ป่วย				
3.2.1 ก. การประเมินผู้ป่วย				
(1) การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม	24 (80.0)*	4 (13.3)	2 (6.7)	1
(2) มีการประเมินเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสม	24 (80.0)*	4 (13.3)	2 (6.7)	1
3.2.1 ข. การวินิจฉัยปัญหา / ความต้องการที่มีความจำเป็นพิเศษ				
(1) มีการวินิจฉัยปัญหา / ความต้องการที่มีความจำเป็นพิเศษที่เร่งด่วนและสำคัญ	26 (86.7)*	2 (6.7)	2 (6.7)	1
(2) มีการลงบันทึกการวินิจฉัย และบันทึกการเปลี่ยนแปลง	24 (80.0)*	4 (13.3)	2 (6.7)	1
3.2.1 ค. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสีวิทยาเพื่อประกอบวินิจฉัยปัญหา				
(1) มีการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยปัญหาที่จำเป็น	17 (56.7)	10 (33.3)**	3 (10.0)	1
(2) มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัย	11 (36.7)	13 (43.3)**	6 (20.0)	1
(3) มีระบบการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจที่มีประสิทธิภาพ	15 (51.7)	10 (24.5)**	4 (13.8)	2
3.2.2 การประเมินผู้ดูแล				
(1) มีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความจริง / การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยผู้ป่วย	23 (76.7)*	5 (16.7)	2 (6.7)	1
(2) มีการประเมินที่ครอบคลุมสภาวะทางร่างกายและจิตสังคม	23 (76.7)*	5 (16.7)	2 (6.7)	1

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
(3) มีการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจ การจัดการปัญหา	22 (73.3)*	7 (23.3)	1 (3.3)	1
(4) มีการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกภายในครอบครัว	21 (70.0)*	6 (20.0)	3 (10.0)	1
(5) มีการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติได้จริง	17 (56.7)*	9 (30.0)	4 (13.3)	1
(6) มีการประเมินการปรับตัวในการดำรงชีวิตเมื่อรับรู้สภาพความเจ็บป่วย	14 (46.7)	11 (36.7)**	5 (15.7)	1
3.3 การวางแผน				
3.3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย				
(1) มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยง	24 (82.8)*	3 (10.3)	2 (6.9)	1
(2) มีแผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา / ความต้องการที่จำเป็น	26 (89.7)*	1 (3.1)	2 (6.9)	2
(3) มีการกำหนดแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า	23 (79.3)*	4 (13.8)	2 (6.9)	2
(4) มีการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมถึงการเตรียมรับมือต่อการสูญเสีย	21 (72.4)*	6 (20.7)	2 (6.9)	2
(5) มีการวางแผนการประสานกับเครือข่ายการดูแลและแหล่งประโยชน์ในชุมชน	18 (62.1)*	6 (20.7)	5 (17.2)	2
(6) มีการจัดการความขัดแย้ง กรณีความเห็นที่ไม่ตรงกัน	15 (51.7)*	10 (34.5)	4 (13.8)	2
(7) มีการบันทึกข้อสรุปแผนการดูแลที่ได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัว	20 (71.4)*	4 (14.3)	4 (14.3)	3
3.3.2 การวางแผนจำหน่าย				
(1) มีการกำหนดแนวทางและข้อบ่งชี้ในการจำหน่าย	20 (69.0)*	8 (27.6)	1 (3.4)	2

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
(2) มีการประเมินปัญหา / ความต้องการที่จำเป็นพิเศษ	18 (62.1)*	9 (31)	2 (6.9)	2
(3) มีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยระยะท้ายออกจากสถานพยาบาล	18 (62.1)*	8 (27.8)	3 (10.3)	2
(4) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย	18 (62.1)*	9 (31.0)	2 (6.9)	2
(5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแล	16 (57.1)	9 (32.1)**	3 (10.7)	3
(6) มีการระบุช่องทางการติดต่อ และระบบการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	20 (69.0)*	7 (24.1)	2 (6.9)	2
(7) มีการทบทวนและปรับปรุงการวางแผนจำหน่าย	15 (51.7)	10 (24.5)**	4 (13.8)	2
3.4 การดูแลผู้ป่วย				
3.4.1 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป				
(1) มีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว	24 (82.8)*	3 (10.3)	2 (6.9)	2
(2) มีการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ	13 (46.4)	11 (39.3)**	4 (14.3)	3
(3) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมต่อการสูญเสีย	18 (62.1)*	6 (20.7)	5 (17.2)	2
3.4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความจำเป็นพิเศษ				
(1) มีการวิเคราะห์ผู้ป่วย และบริการ ที่มีความจำเป็นพิเศษ	8 (27.3)	12 (41.4)	9 (31.0)***	2
(2) มีการฝึกอบรม เพื่อมาสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ	14 (48.3)	10 (24.5)**	5 (17.2)	2
(3) มีการทำหัตถการที่มีความจำเป็นพิเศษ	8 (27.6)	12 (41.4)	9 (31.0)***	2

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
(4) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	11 (39.3)	10 (35.7)**	7 (25.0)	3
(5) มีการให้ความช่วยเหลือจากทีมผู้เชี่ยวชาญอย่างทันท่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน	10 (34.5)	11 (37.9)**	8 (27.6)	2
(6) มีการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	8 (28.6)	11 (39.3)	9 (32.1)***	3
3.4.3 การดูแลเฉพาะ				
3.4.3 ก. อาหารและน้ำ				
(1) ได้รับอาหารที่เหมาะสม เพียงพอกับความต้องการพื้นฐาน	15 (51.7)	10 (24.5)**	3 (10.3)	2/ ไม่ ควรมี 1(3.4)
(2) ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาด้านโภชนาการ ได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ	9 (31.0)	17 (58.6)**	2 (6.9)	2/ ไม่ ควรมี 1(3.4)
(3) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและน้ำของผู้ป่วยระยะท้ายแก่ครอบครัว	10 (33.3)	12 (40.0)**	7 (23.3)	1/ ไม่ ควรมี 1(3.3)
(4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป	7 (23.3)	13 (43.3)**	9 (30.0)	1/ ไม่ ควรมี 1(3.3)
3.4.3 ข. การฟื้นฟูสภาพ (เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต)				
(1) มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพตามสภาวะของผู้ป่วย	15 (50.0)	11 (36.7)**	3 (10.0)	1/ ไม่ ควรมี 1(3.3)
(2) มีการฟื้นฟูสภาพ ยกย่องหรืออ้างไว้ซึ่งการดูแลตนเอง	13 (44.8)	10 (34.5)**	6 (20.7)	2
3.4.3 ค. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต				

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
(1) บุคลากร ผู้ดูแล อาสาสมัคร มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต	23 (76.7)*	5 (16.7)	2 (6.7)	1
(2) มีการประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณเป็นการเฉพาะ	21 (70.0)*	7 (23.3)	2 (6.7)	1
(3) มีการปรับการดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสม ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สงบ สะอาด และเป็นส่วนตัว เพื่อการบรรเทาอาการ และความสุขสบาย	20 (66.7)*	5 (16.7)	5 (16.7)	1
3.5. การสื่อสารข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว				
(1) มีการสื่อสารความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหา การพยากรณ์ อาการด้วยความเอื้ออาทร	22 (75.9)*	5 (17.2)	2 (6.9)	2
(2) มีการกำหนดแผนการดูแลรักษาดตนเองล่วงหน้าร่วมกัน เพื่อสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้ทราบ	24 (80.0)*	4 (13.3)	2 (6.7)	1
(3) มีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแล เพื่อให้เข้าใจถึงประโยชน์หรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อเฉพาะบุคคล	21 (70.0)*	5 (16.7)	4 (13.3)	1
(4) มีการบันทึกเมื่อมีการสื่อสาร เพื่อการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้เกี่ยวข้อง	21 (70.0)*	7 (23.3)	2 (6.7)	1
3.6 การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน				
(1) มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว	28 (93.3)*	1 (3.3)	1 (3.3)	1
(2) มีการให้ข้อมูลเรื่องการดูแล การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงเปลี่ยนแปลงเจ็บป่วย และมีการติดตาม ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล	22 (73.3)*	8 (26.7)		1
(3) มีการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลหลังการสูญเสีย แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	23 (76.7)*	5 (16.7)	2 (6.7)	1
(4) มีการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง	19 (63.3)*	10 (33.3)	1 (3.3)	1

ข้อกำหนด	จำนวนความเห็น (ร้อยละ)			
	ต้องมี *	ควรมี **	มีจะดีมาก ***	ไม่ระบุ
(5) มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง	9 (30)	17 (56.7)**	4 (13.3)	1
(6) มีการประเมินลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมถึงเครือข่ายสนับสนุน	9 (30.0)	11 (36.7)	10 (33.3)***	1

ข้อเสนอแนะ

การดูแลเฉพาะส่วนอาหารและโภชนาการ ไม่ควรระบุ อาจมีเพียงว่าดูตาม performance ของผู้ป่วย แต่ไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการมากนัก

แก้ไขเมื่อ
26/3/2561

ภาคผนวกที่ 1

กำหนดการเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงพยาบาลน่านร่องทดลองใช้ข้อกำหนดบริการ

Hospice care

กำหนดการเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงพยาบาลนำร่องทดลองใช้ข้อกำหนดบริการ Hospice care

ลำดับ	หน่วยงาน	วันที่ลงเยี่ยม	ผู้รับผิดชอบ
1	โรงพยาบาลบางบัวทอง 2	23 พย. 2560	รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
2	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	24 พย. 2560	ผศ.นพ.พรเลิศ, นพ.ภรเอก
		4 มค. 2561	
3	โรงพยาบาลน่าน	4 ธค. 2560	ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว
4	โรงพยาบาลไทรน้อย	7 ธค. 2560	ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว
5	โรงพยาบาลศิริราช	14 ธค. 2560	รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
6	โรงพยาบาลอุทัยธานี	18 ธค. 2560	ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว
7	โรงพยาบาลเขาย้อย	22 ธค. 2560	รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
8	โรงพยาบาลท่ายาง	25 ธค. 2560	รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
9	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	27 ธค. 2560	รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
10	อโรคยาศาล วัดคำประมง	26 ธค. 2560	นพ.ภรเอก มั่นสวานิช
11	โรงพยาบาลรามาริบัติ	9 มค. 2561	ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว
12	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรี	9 มค. 2561	นพ.ภรเอก มั่นสวานิช
13	โรงพยาบาลคามิลเลียน	10 มค. 2561	ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว
14	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	18 มค. 2561	รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
15	โรงพยาบาลราชวิถี	22 มค. 2561	นพ.ภรเอก มั่นสวานิช
16	โรงพยาบาลสงขลา	23 มค. 2561	นพ.ภรเอก มั่นสวานิช
17	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	29 มค. 2561	นพ.ภรเอก มั่นสวานิช

ภาคผนวกที่ 2

ตัวอย่างการจัดบริการ Hospice care ของโรงพยาบาลน่านร้องในการปฏิบัติที่สอดคล้อง
กับข้อกำหนด

ข้อกำหนดตอนที่ 1

โรงพยาบาลน่าน	1.3.1 HC ก.
โรงพยาบาลรามารามิบัติ	มีกระบวนการในการประเมิน ผู้ป่วยและครอบครัว แบบองค์รวม และวางแผนให้การดูแลตามประเด็นปัญหาตลอดจนให้การดูแลญาติหลังการสูญเสียจนสามารถปรับตัวได้
โรงพยาบาลศิริราช	มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการ palliative care เพื่อจัดทำแผนงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการประเมินค้นหาความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อวางแผนให้การดูแลตามความต้องการให้ได้มากที่สุด ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีการจำแนกกลุ่มของผู้รับบริการ และดำเนินการค้นหาความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการระบุเกณฑ์จำแนกกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน สามารถส่งปรึกษาได้ทุกวัน กำหนดตารางเวรรับปรึกษาที่ชัดเจน
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-มีแนวทางในการค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ -PCWN ให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย หากพบปัญหาที่จัดการไม่ได้ ส่งปรึกษาทีม Palliative care
โรงพยาบาลสงขลา	มีคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และกำหนดนโยบายและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลน่าน	มีการระบุเกณฑ์จำแนกกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน สามารถส่งปรึกษาได้ทุกวัน กำหนดตารางเวรรับปรึกษาที่ชัดเจน
โรงพยาบาลอุทัยธานี	การดำเนินการในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแต่ยังไม่มีการดำเนินการแบบ Hospice care
โรงพยาบาลเขาย้อย	-ดูแล Case CA ที่ส่งต่อจาก รพท. รพศ. เพื่อดูแลแบบ Palliative care -ประสานงาน HHC เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
โรงพยาบาลท่าสาย	-มีจำแนกกลุ่มในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย -ค้นหาความต้องการ ความหวังในผู้ป่วย และผู้ดูแลทุกคน -การ contact กับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการกำหนดการดำเนินงานการจัดบริการ Hospice care ในระยะเริ่มแรก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่สมัครใจ และยินยอมรับการดูแล รักษาแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	การดูแลผู้ป่วยยังเป็นเพียงการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	โรงพยาบาลค้นหา เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลและครอบครัวจากการทำ Family Meeting ระหว่างครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการระบุการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย กลุ่มแรกคือผู้ป่วยมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี PPS ต่ำกว่า 60 % โดยที่มวางแผนจะนำ Inclusion Criteria for Palliative Care (SPICT Version 12, December 2010) มาใช้
วัดคำประมง	เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีข้อกำหนดว่า จะต้องมียาติและครอบครัว มาดูแลและเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในระหว่างเข้ารับการรักษามีการประเมินความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งติดตามการประเมินผล ทั้งโดยการสังเกต สอบถาม และจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทุกวัน

โรงพยาบาลนำร่อง	1.3.2 HC ก.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการประเมิน สร้างสัมพันธ์ภาพ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีช่องทางให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง
โรงพยาบาลศิริราช	มีการจัดทำ flow ในการดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยใน ด้วยการจัดทำ survey ประจำปี
โรงพยาบาลราชวิถี	สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประเมินความต้องการครอบคลุมองค์รวม และมีช่องทางการติดต่อสื่อสาร ตลอด 24 ชั่วโมง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	จัดสถานที่ภายในหอพักคุณภาพชีวิตให้มีลักษณะคล้ายบ้าน มีห้องกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวสามารถมาทำกิจกรรมร่วมกัน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยมีการพูดคุยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อได้รับคำปรึกษา
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ในขณะที่ให้การดูแล และ ทำ Family meeting มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน
โรงพยาบาลสงขลา	มีการพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อประเมินปัญหาความต้องการ
โรงพยาบาลน่าน	มีการสร้างความสัมพันธ์ และสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ตั้งแต่ครั้งแรกที่รับมาดูแลมีการทำ Family tree และการสืบค้นเพื่อเรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย
โรงพยาบาลอุทัยธานี	มีแพทย์ เจ้าของไข้, แพทย์ Family Medicine, มี PCWN ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในแต่ละหอผู้ป่วยแต่ยังไม่มีพยาบาลเฉพาะทาง Palliative care
โรงพยาบาลเขาย้อย	พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน Palliative care พูดคุยและรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแล
โรงพยาบาลท่าทาง	ครอบคลุมทุกด้าน

โรงพยาบาลไทรน้อย	แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำตึกจะต้องมีการพูดคุยเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติคาดหวัง รวมถึงอาการและการพยากรณ์โรค โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมอย่างมากในการตัดสินใจ
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพแบบธรรมชาติระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ โดยการเข้าไปพูดคุยสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วย พูดคุยเรื่องทั่วไปให้ความเป็นกันเอง
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีช่องทางการสื่อสารและให้คำปรึกษาจากโดยระบบ VDO Call Center 24 ชั่วโมงและ Line ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Palliative และ เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยทำ Family Meeting กับทีมมาแล้ว
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีช่องทางในการรับเรื่องร้องเรียนทั่วไป และการจัดการข้อร้องเรียนรายบุคคลแต่ยังไม่มีกำหนดกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายเฉพาะ
วัดคำประมง	- มีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว รวมทั้งเปิดช่องทางการสื่อสารและช่องทางรับเรื่องร้องเรียน เช่น การให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในช่องทาง ไลน์กรุป(คิดถึงคำประมง), E-mail, Facebook (อโรคยศาลวัดคำประมงและจิตอาสาวัดคำประมง) - ระหว่างทำการรักษามีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน ระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลและผู้ป่วยและญาติ

โรงพยาบาลนำร่อง	1.3.2 HC ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	การวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยส่งเสริมให้มีการทำหนังสือแสดงเจตนาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลศิริราช	มีแบบประเมินความพึงพอใจ มีการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อให้คำแนะนำ มีใบรับรองแพทย์กรณีที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน และ multidisciplinary team approach
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการประเมินความพึงพอใจโดยสอบถามทางโทรศัพท์ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 1 สัปดาห์ ทั้งภายในโรงพยาบาลและทีมที่เยี่ยมบ้าน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีการวางระบบการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้ายและครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการประเมินความพึงพอใจ และมีการประเมินคุณภาพในการดูแลโดยใช้แบบประเมิน ESAS, POS แต่ยังไม่สม่ำเสมอ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	มีการประเมินความพึงพอใจแต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย
โรงพยาบาลสงขลา	มีการประเมินความพึงพอใจร่วมกับประเมินคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตจากญาติหลังการดูแล
โรงพยาบาลน่าน	ไม่มีการประเมินคุณภาพชีวิต มีเฉพาะการประเมินความพึงพอใจ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	มีแบบประเมินความพึงพอใจ มีแบบประเมินคุณภาพชีวิต หรือความสุขในผู้ป่วยระยะที่รับยาเคมีบำบัด
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการประเมินความพึงพอใจ จากพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติเป็นส่วนใหญ่
โรงพยาบาลท่าปาง	ใช้แบบประเมินความพึงพอใจ และสังเกตการณ์ รอยยิ้ม ความสัมพันธ์ที่ดี ตั้งแต่ได้รับการปรึกษาเข้า palliative care และประเมินหลังตามเยี่ยมบ้าน/ติดตามช่วง bereavement care
โรงพยาบาลไทรน้อย	การประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมิน PPS และ แบบประเมิน ESAS
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ไม่มี
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-

โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการสอบถามและการประเมินความพึงพอใจ แต่ยังคงขาดในการประเมินคุณภาพชีวิตความสุขของผู้ป่วย
วัดคำประมง	-มีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามจากการจัดทำโครงการวิจัยโปรแกรมการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับไตรสิกขาบำบัต -มีสถานที่ที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและความศรัทธา

โรงพยาบาลนำร่อง	1.3.3 HC ก.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	-มีการทำ ACP ในผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตทุกราย -จัดทำ Family Meeting กรณีที่ครอบครัว ยังตัดสินใจไม่ได้ / มีความเห็นไม่ตรงกัน -บริหารจัดการอาการให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปเสียชีวิตที่บ้านได้ตามประสงค์
โรงพยาบาลศิริราช	Flow palliative care : Advance care plan, Family meeting, Set goal of care with patient and family
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการกำหนด เป้าหมายของการรักษาร่วมกัน และอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่ประสงค์ขอทำ Living Will
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย เคารพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยื้อชีวิตหรือการยุติการรักษา ตามความเชื่อทางวัฒนธรรมและสอดคล้องกับข้อบังคับทางกฎหมาย
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และความประสงค์ของผู้ป่วย
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ และกฎหมายมาตรา 12
โรงพยาบาลสงขลา	ทีมประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
โรงพยาบาลน่าน	ค้นหา และเรียนรู้ความต้องการ และความคาดหวังเฉพาะตัวของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-มีFlow chart การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย -มีคู่มือการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย -มีสมุดประจำตัวผู้ป่วย -มีการกำหนดเครื่องมือที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการสื่อสารกันในทีมผู้ดูแลเช่น PPS, Pain score, ESAS, D/C Plan มีระบบการ Consult *มีระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน -มีการทำงานเป็นทีม และเป็นสหสาขา
โรงพยาบาลเขาย้อย	เคารพในการตัดสินใจในเลือกแนวทางการรักษาที่จะยืดชีวิต/ยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต และมีการให้ลงนามปฏิเสธการรับหัตถการต่างๆที่ไม่ต้องการ และรับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติ

โรงพยาบาลท่ามาย	เคารพสิทธิผู้ป่วย เราจะพยายามช่วยให้ญาติและ caregiver เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย ถึงการรับรู้โรคที่เป็น ร่วมทั้งแนวทางการรักษาที่ต้องการ และเคารพในการตัดสินใจที่จะเลือกการรักษาในแบบใด
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เคารพในสิทธิของผู้ป่วย
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	หลังจากการประชุม Family Meeting และให้เอกสาร Living will ร่วมกันมีการใช้เอกสารแสดงเจตนาปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์
โรงพยาบาลคามิลเลียน	ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทีมจะให้การดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ และมีการวางแผนล่วงหน้า ผ่านการทำ Family Conference ทุกราย
วัดคำประมง	มีการให้ข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา ตอบข้อสงสัย ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สอบถาม และตัดสินใจเลือกรับการรักษา รวมถึงมีการทำ Family meeting

โรงพยาบาลนาร่อง	1.3.3 HC ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	ประเมินความต้องการและความคาดหวัง ตามความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมและประเพณี ให้การดูแลรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว มีเกณฑ์กำหนดการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้สูญเสียหลัง การสูญเสีย 1 – 6 เดือน ทางโทรศัพท์ และ line
โรงพยาบาลศิริราช	มีการจัดทำ family meeting เมื่อความคิดเห็นของผู้ดูแลไม่สอดคล้อง กัน หรือ ความคิดเห็นของผู้ดูแลไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
โรงพยาบาลราชวิถี	-ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างรอบด้าน -เคารพในการตัดสินใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว ในการเลือกแนวทางการรักษา สามารถเข้า เยี่ยมผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี	แพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้พูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยให้กับ ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมตัดสินใจ เรื่องการรักษาแบบประคับประคองและการช่วยยื้อชีวิต
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตและเมื่อ ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว คำนึงถึงวัฒนธรรมและความเชื่อ ตลอดจนการเคารพ ต่อสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลเหล่านั้น
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-ทำ Family meeting -ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ให้ยึดการ ตัดสินใจของผู้มีอำนาจการตัดสินใจแทนผู้ป่วย
โรงพยาบาลสงขลา	มีการประเมิน caregiver burden ประเมิน bereavement และภาวะ ซึมเศร้าในผู้ดูแล มีการประชุมครอบครัวทุกรายเมื่อความประสงค์ของ ผู้ดูแลไม่สอดคล้องกับผู้ป่วย
โรงพยาบาลน่าน	ทำ Advance care plane และการนำข้อมูลไปปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ร่วมวางแผนการดูแล ให้เหมาะสมในแต่ละราย ตามสิทธิของผู้ป่วย และ สอดคล้องกับข้อบังคับกฎหมาย
โรงพยาบาลอุทัยธานี	มีการทำ Family meeting และ Advance care plan เพื่อวาง แผนการดูแลรักษาร่วมกัน ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน Empowerment ญาติและผู้ดูแล และBereavement care หลังผู้ป่วยเสียชีวิต

โรงพยาบาลเขาย้อย	ให้การดูแลตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น ไทยทรงดำ ผู้ป่วยต้องหมด ลมหายใจที่บ้าน ทางโรงพยาบาลจะมีบริการรถนำส่งให้
โรงพยาบาลท่ายาง	-
โรงพยาบาลไทรน้อย	ยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลางในการดูแลรักษา และเคารพสิทธิส่วน บุคคลของผู้ป่วยและญาติ ไม่นำข้อมูลผู้ป่วยไปเปิดเผยโดยไม่ได้รับ อนุญาต
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการพูดคุยให้ข้อมูลกับญาติอย่างตรงไปตรงมา สร้างสัมพันธภาพที่ดีมี ความเป็นกันเองสามารถซักถามได้ตลอดเวลา
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	ทำ Family Meeting และร่วมกับญาติในการวางแผนการดูแลให้บรรล เป้าหมายที่ผู้ป่วยญาติวางไว้
โรงพยาบาลคามิลเลียน	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำกิจกรรมตามความเชื่อทาง ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม แต่ยังไม่ได้มีการกำหนดเป็นลายลักษณ์ อักษรหรือแนวทางในการปฏิบัติ
วัดคำประมง	- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวด้านสิทธิของผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยน ไปตามสภาวะการเจ็บป่วย โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และการ ตัดสินใจในกระบวนการรักษาของผู้ป่วย

โรงพยาบาลนาร่อง	1.5.1 HC ก.
โรงพยาบาลรามารามิบัติ	กำหนดการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้สูญเสียหลังการสูญเสีย 1 – 6 เดือน ทางโทรศัพท์ และ line
โรงพยาบาลศิริราช	องค์กรมีการจัดการอบรมทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (healing for the healer)
โรงพยาบาลราชวิถี	-สร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นมิตร เคารพในความคิดเห็นของบุคลากร - empower และ positive reinforcement ซึ่งกันและกัน
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี	แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มแรกเป็นบุคคลทั่วไปที่ต้องเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครเพื่อการดูแลผู้ป่วยตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ กลุ่มที่สองเป็นอาสาสมัครที่มาจากบริษัทหรือองค์กรต่างๆ ซึ่งจะมาเป็นกลุ่มหรือคณะอย่างต่อเนื่อง เช่น สมาคม YWCA เป็นต้น
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุก 2 เดือน เพื่อรับฟังปัญหาและพิจารณาร่วมกันแก้ไขปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	มีการประเมินความสุขของบุคลากรทั้งองค์กรทุกปี แต่ไม่จำเพาะเจาะจงว่าเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้สึก
โรงพยาบาลสงขลา	สอบถาม happinometer ในการทำงานของบุคลากร มีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ให้บุคลากรในองค์กร เช่นงานกีฬาสี งานเกษียณอายุ งานเลี้ยงต้อนรับ ฯลฯ
โรงพยาบาลน่าน	ยังไม่เคยมีการกำหนดแบบประเมินในการทำงานของบุคลากร
โรงพยาบาลอุทัยธานี	ยังไม่มีการทำแบบประเมินความสุขของบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและอาสาสมัคร
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการประเมินความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร เป็นภาพรวมทั้งโรงพยาบาล
โรงพยาบาลท่ามาย	องค์กรยังไม่มีแนวทางการประเมินความสุขของบุคลากร และการประเมินความสุขของผู้ดูแล
โรงพยาบาลไทรน้อย	-มีการประเมินความสุข ความผูกพันของบุคลากร ในภาพรวมของโรงพยาบาล

	ประจำปี ส่วนผู้ปฏิบัติงานดูแล(palliative care) -มีการพูดคุยกันในทีม ร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งทำให้เกิดความผูกพันของบุคลากรในทีม -มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพในรูปแบบสหวิชาชีพ และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ในรายที่มีปัญหา
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพในรูปแบบสหวิชาชีพ และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ในรายที่มีปัญหา
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	ยังไม่มีแนวทางการประเมินการสร้างเสริมความผูกพันและความสุขในการทำงาน ในบุคลากรที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแต่การประเมินความผูกพันองค์กรปีละ 1 ครั้ง
โรงพยาบาลคามิลเลียน	ยังไม่ได้ดำเนินการ
วัดคำประมง	มีการประเมินด้วยการสังเกตและสอบถาม ขณะทำงานร่วมกันและประชุม ประจำเดือน รวมถึงให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในยามที่บุคลากรเดือดร้อนตามความเหมาะสม

โรงพยาบาลนำร่อง	1.5.1 HC ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมประชุม อบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
โรงพยาบาลศิริราช	จัด Siriraj Palliative Care Day ประจำปี จัดการอบรมพยาบาล หลักสูตร 4 สัปดาห์ *การจัดสอบ competency สำหรับพยาบาล และการอบรมสำหรับพยาบาลจบใหม่ ผลักดันหลักสูตร palliative ให้แก่นักศึกษาแพทย์
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการอบรมหลักสูตร 10 วัน แบ่งเป็นภาคปฏิบัติ 5 วัน และทฤษฎี 5 วัน โดยอบรมปีละ 1 ครั้ง มีการจัดตั้ง CoP Palliative Care (ชุมชนนักปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	พยาบาลวิชาชีพ (100%) ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐาน(3 วัน) และหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย (10 วัน) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหออภิบาลคุณภาพชีวิต (50%) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 4 เดือน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีแนวทาง และดำเนินการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรที่ต้องปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	มีแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และ Service planของกระทรวงสาธารณสุข ในการส่งบุคลากร เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และความชำนาญ
โรงพยาบาลสงขลา	มีระบบสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ เช่น การส่งฝึกอบรมหลักสูตร BCCPM และ BCCPN มีการจัดอบรม Case manager ให้แก่พยาบาล หอผู้ป่วย ฯลฯ
โรงพยาบาลน่าน	อบรมเพิ่มเติมเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การดำเนินงาน palliative in unit/ OPD palliative
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-จัดประชุมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ทุกปี -ส่งเจ้าหน้าที่ PCWN เข้าร่วมประชุมนอกหน่วยงาน -ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้ ระบบ IT ในการแลกเปลี่ยนรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและเครือข่าย

โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในเขต รพ.สต.และส่งเจ้าหน้าที่อบรมที่ศูนย์ศรีนครินทร์
โรงพยาบาลท่าสาย	ส่งพยาบาลวิชาชีพไปเรียนพัฒนาความรู้ด้านนี้เสมอ
โรงพยาบาลไทรน้อย	ปี 2561 มีแผนส่งพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน แต่ละตึกผู้ป่วยที่เป็นคณะกรรมการ palliative เข้ารับการอบรม palliative care 10 วัน จำนวน 3 คน ตาม Service plan ของ สปสช. เขต 4
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม Palliative care จำนวน 1 คน เป็นเวลา 10 วัน ตามหลักสูตรระยะสั้น
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการพัฒนาบุคลากรภายในโรงพยาบาลโดยทีมแพทย์ พยาบาลที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยกำหนดเป็นแผนพัฒนาบุคลากรของฝ่ายการพยาบาล
วัดคำประมง	บุคลากรได้รับเชิญไปเป็นวิทยากรบรรยายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามแนวทางอโรคยศาล วัดคำประมง และเป็นแหล่งอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

โรงพยาบาลนาร่อง	1.5.1 HC ค.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	-ให้ข้อมูล คำแนะนำ รวมทั้งฝึกทักษะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคองที่บ้าน -มีช่องทางการให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง
โรงพยาบาลศิริราช	การประเมินผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน
โรงพยาบาลราชวิถี	สอนการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล มีการประเมินให้ สามารถทำได้ถูกต้อง และประเมินเมื่อเยี่ยมบ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ ที่จำเป็น เท่าที่สามารถ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ ธนบุรี	จัดอบรมหลักสูตรสำหรับจิตอาสา และอาสาสมัครในการบริบาลผู้ป่วย ระยะท้าย 3 วัน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการประเมินการดูแลของผู้ดูแลโดยผ่านการสังเกต ซักถาม มีการ ทบทวนให้ผู้ดูแลมั่นใจในการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินซ้ำ ให้ กำลังใจ
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	ปี 2559 มีการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้าย โดยแพทย์ พยาบาล แผนกเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลสงขลา	มีการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชนและจัดอบรมผู้ดูแลและ อาสาสมัครในพื้นที่ปีละครั้ง มีแกนนำชุมชนช่วยในการขับเคลื่อนอย่างมี ส่วนร่วม
โรงพยาบาลน่าน	ยังไม่มีอาสาสมัคร
โรงพยาบาลอุทัยธานี	จัดอบรมให้ความรู้กับ อสม.และ Care Giver ร่วมกับงาน Long term care
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการดำเนินงานให้ความรู้แก่ นักบริหารและอาสาสมัครในการดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง แต่ก็ไม่ได้มีการให้ความรู้ในเรื่องของแนวทางการ ดูแลผู้ป่วย Palliative care
โรงพยาบาลท่าสาย	จัดกิจกรรมการสอนผู้ดูแลข้างเตียงสม่ำเสมอ และให้ผู้ดูแลทำให้อู่ก่อน กลับบ้าน
โรงพยาบาลไทรน้อย	มี อสม. ซึ่งผ่านการอบรม 10 วันจากวิทยาลัยพยาบาลนันทบุรี ใน หลักสูตร care giver(CG) จำนวน 10 คน

โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ไม่มี
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้แก่ญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ต้องดูแลต่อเนื่อง โดยการจัดตั้ง Home Clinic เพื่อสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยใช้หุ่นจำลองในการสอน
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-
วัดคำประมง	- มีการจัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ใน 28 อำเภอ 38 โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือตอนบน ร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - มีการจัดทำโครงการวิจัยโปรแกรมการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับไตรสิกขาบำบัด

โรงพยาบาลนำร่อง	1.5.2 HC ก.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	-มีแพทย์ที่ผ่านหลักสูตร palliative care แพทย์ประจำบ้าน -มี APN และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้าน palliative care โดยเฉพาะ ซึ่งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะ case manager แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับการให้บริการ
โรงพยาบาลศิริราช	-ประเมิน PA ขององค์กร -การมอบหมาย case manager -การประเมิน competency ของพยาบาล -ประเมินความสามารถของบุคลากรในศูนย์บริรักษ์
โรงพยาบาลราชวิถี	บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถเพียงพอ แต่อัตรากำลังไม่เพียงพอ จึงยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเท่าที่ควร
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	เนื่องจากการจัดให้มีหอผู้ป่วยที่แยกออกมาโดยเฉพาะ จึงทำให้สามารถจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ โดยมีการคิด Productivity ให้เหมาะสมกับภาระงาน และทำให้สามารถคัดเลือกบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้ายและครอบครัว
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ สามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีพยาบาลที่ได้รับการอบรม 3 ราย กำลังอยู่ระหว่างการจัดสรรภาระงานให้ชัดเจน
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	มีพยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน Palliative care (4 เดือน และ 6 สัปดาห์) มีแผนพัฒนาขีดความสามารถของแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยและแกนนำ โดยการอบรมระยะสั้น 2-3 วัน
โรงพยาบาลสงขลา	มีแพทย์ที่ผ่านการอบรม PC ร่วมให้การดูแล และมี PCN full time รับปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชม. มีการประเมินผลปฏิบัติงาน PCN full time ที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุก 6 เดือน
โรงพยาบาลน่าน	กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนและแผนการให้คำปรึกษาในแต่ละแผนกในรพ. เพื่อลดการรับงานที่มากเกินไปของทีม
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-มีแพทย์ Family Medicine -มี PCWN ที่ผ่านการอบรมอย่างน้อย 3 – 5 วัน ในทุกหอผู้ป่วย

	-ขาดพยาบาลเฉพาะทางที่ผ่านการอบรม 4 เดือน
โรงพยาบาลเขาย้อย	โรงพยาบาลมีการจัดตั้งทีม Palliative care โดยมอบหมายให้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
โรงพยาบาลท่าสาย	-ยังไม่มีการกำหนดเวรหมุนเวียนในการปฏิบัติงานล่วงเวลาเพื่อรับ consult -ไม่มีการประเมินความสามารถของบุคลากร
โรงพยาบาลไทรน้อย	งาน palliative care บุคลากรอยู่ในงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ แต่ละตึกจะมีเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในคณะกรรมการและทราบแนวทางในการดำเนินงาน palliative care ซึ่งช่วยกันปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีแพทย์ทั่วไปอยู่เวรอยู่ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง และมีพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินให้บริการ 24 ชั่วโมง และรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลได้สูงสุด 24 เตียง
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีแนวทางการประเมินความสามารถของพยาบาลที่ดูแลในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยชิวาภิบาล และกำหนดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ:ผู้ป่วย = 1:6 และมีการใช้ staff mix (PN และ NA) ในการร่วมดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการจัด Setting แทรกอยู่ในทุกหอผู้ป่วย จึงไม่มีปัญหาเรื่องอัตรากำลัง โดยมีแกนนำเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยและมีการวางแผนในการกำหนดเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล Team Palliative และมีการสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
วัดคำประมง	มีพระอาจารย์ปพนพัชร เป็นผู้รักษาลัก มีทีมงานเป็นพยาบาล APN 1 คน แพทย์แผนไทย 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ทุกคนมาปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ

โรงพยาบาลนาร่อง	1.5.2 HC ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	ยังไม่ได้ดำเนินการ
โรงพยาบาลศิริราช	อาสาสมัครผ่านการพูดคุยและการประเมินจากองค์กรแต่ไม่มีระบบ
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการประเมินผู้ดูแลเป็นระยะ ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติ รวมถึงผู้ดูแลที่ครอบครัวจ้างมาให้ดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครในการทำกิจกรรมต่างๆ ภายใต้การกำกับดูแลของศูนย์มิตรภาพบำบัด แต่ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นประจำทุกวัน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	ยังไม่มีทีมอาสาสมัครที่มาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะ
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. และผู้ดูแลในชุมชน โดยฝ่ายเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลสงขลา	มีการสรรหาอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติอยากช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีการกำหนดแนวทางการประเมิน/กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยอาสาสมัคร
โรงพยาบาลน่าน	ยังไม่มีอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย
โรงพยาบาลอุทัยธานี	ใช้อาสาสมัครในชุมชนร่วมกับงาน Long term care
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบของจิตอาสาไว้ แต่ไม่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลประจำสำหรับผู้ป่วย Palliative care
โรงพยาบาลท่ายาง	ยังไม่มีอาสาสมัครด้านนี้
โรงพยาบาลไทรน้อย	ขีดความสามารถของอาสาสมัคร สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้ และอาสาสมัครเห็นว่าเกินความสามารถ สามารถปรึกษา พยาบาล CM ได้
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการประสานงานผ่านหน่วยงานปฐมภูมิของโรงพยาบาล โดยใช้อาสาสมัครที่เป็น อสม. และ care giver
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	โรงพยาบาลยังไม่มีกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

โรงพยาบาลคามิลเลียน	ภายในองค์กรมีแผนกจิตตาศาสนา นำโดยบาทหลวง ทำหน้าที่ในการร่วมดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้ายทุกราย
วัดคำประมง	- แต่ละปีที่ผ่านมาจะมีจิตอาสาที่มีความหลากหลายหมุนเวียนกันเข้ามาบำเพ็ญประโยชน์ ให้แก่อโรคยศาล วัดคำประมง อย่างมากมาย ในส่วนของการบริหารจัดการมีระบบการ Screen จิตอาสาเบื้องต้นด้วยการสัมภาษณ์และลงทะเบียนข้อมูลส่วนบุคคล และระบุนกความถนัดหรือความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล - หากจิตอาสาที่เข้ามามีพฤติกรรมและการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ก็จะขอยกเลิกการปฏิบัติหน้าที่

โรงพยาบาลนำร่อง	1.5.2 HC ค.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	ยังไม่ได้ดำเนินการ
โรงพยาบาลศิริราช	การประเมินผู้ดูแลและสภาพแวดล้อม ร่วมกับหน่วยสังคมสงเคราะห์และทีม home care มีการประเมินสภาพจิตใจของผู้ดูแลเป็นระยะๆ และให้ความช่วยเหลือตามบริบทของแต่ละชุมชน และขีดความสามารถขององค์กร
โรงพยาบาลราชวิถี	-มีการประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำที่เหมาะสม โดยขึ้นกับบริบทแต่ละคน -มีการประเมินสุขภาพของผู้ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาวะของผู้ดูแล
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี	โรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลได้จัดกิจกรรมต่างๆ ให้บุคลากรได้พักผ่อน เช่น กิจกรรม OD, ESB, กิจกรรมปีใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้ กรณีที่บุคลากรต้องการๆ ไปทัศนศึกษาต่างประเทศ โรงพยาบาลไม่ขัดข้องและอำนวยความสะดวก
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงมีการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	มีการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานโดยการนิเทศหน้างาน พี่สอนน้อง มีทีมนิเทศหน้างานและให้คำปรึกษา ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน
โรงพยาบาลสงขลา	มีการตรวจสอบสุขภาพอาสาสมัครที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกปีและรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่
โรงพยาบาลน่าน	สร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเพิ่มความสะดวกในการดูแล
โรงพยาบาลอุทัยธานี	ยังไม่มีมีการประเมินความสุขของผู้ดูแลจึงยังไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าความสุข ความต้องการหรือบรรยากาศในการทำงานของผู้ดูแล
โรงพยาบาลเขาย้อย	ผอ.ช่วยให้คำปรึกษา และข้อชี้แนะในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ในกรณีที่ผู้ป่วยยากหรือซับซ้อน ผอ.จะช่วยในการแก้ไขปัญหาและให้คำชี้แนะในการดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลท่ายาง	มีบรรยากาศเป็นกันเอง มีกิจกรรมสานสัมพันธ์กันในทีม และบุคลากรรวมถึงดูแลสุขภาพให้ผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลต้องการตรวจสอบสุขภาพ เราสามารถ

	ทำได้เลยที่หอผู้ป่วย
โรงพยาบาลไทรน้อย	การประเมินผู้ดูแลหลัก เนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นภาระที่หนัก และต้องใช้เวลา ถ้าผู้ดูแลหลักต้องการพักบ้างเป็นบางช่วงเวลา มี CG ซึ่งผ่านการอบรมไปช่วยผลัดเปลี่ยนได้เป็นบางช่วง
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ไม่มีแบบประเมินที่ชัดเจน แต่ทางเจ้าหน้าที่จะมีการสอบถามเป็นระยะระหว่างที่อยู่รพ.
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการตรวจร่างกายแก่บุคลากรทุกปีและมีการฉีดวัคซีนที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่บ้านและในชุมชนที่พักอาศัย
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการสร้างการเรียนรู้ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เช่น การให้ยา การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย
วัดคำประมง	บุคลากรและผู้ดูแลได้พักอยู่ในสถานที่ที่มีความสงบ ในสภาพแวดล้อมที่ถูกล้อมรอบด้วยความปลอดภัย และมีความเป็นธรรมชาติ ระบบสาธารณูปโภคเพียงพอ และมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ครบครัน

โรงพยาบาลน่าน	2.1.2 HC ก.
โรงพยาบาลรามาชิตี	ยังไม่ได้ดำเนินการ
โรงพยาบาลศิริราช	ระบบงานบริหารความเสี่ยงขององค์กรภายในโรงพยาบาล
โรงพยาบาลราชวิถี	มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช	มีการเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานด้านต่างๆ เช่น ทีม PCT, ENV, PTC, IC มีการวิเคราะห์ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหลังให้ยาจำพวก opioid รวมถึงอาการจากการแพ้ยา
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ระดับหน่วยงานจนถึงองค์กร -มีระบบรายงานและการบริหารจัดการ ความเสี่ยงของโรงพยาบาล แต่ไม่จำเพาะเจาะจงด้าน Palliative care
โรงพยาบาลสงขลา	มีการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสมเช่น ทักษะคิดและความเข้าใจของบุคลากรในการใช้ยา Opioids ให้มีความสำคัญในการประเมินและตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
โรงพยาบาลน่าน	มีระบบการบริหารความเสี่ยง ครอบคลุมการบริหารผู้ป่วยระยะท้ายในรพ. ตามมาตรฐาน HA
โรงพยาบาลอุทัยธานี	เรื่องสิทธิผู้ป่วยข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย ในการส่งข้อมูลกันทาง Line group การใช้ยาความเสี่ยงสูง เช่น ยา มอร์ฟีน เป็นต้น ยังไม่มีแบบฟอร์ม ในเรื่องการทำ Living will หรือแบบฟอร์มการปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องพยุงชีพ หรือการรักษาที่เป็นเพียงเพื่อยื้อชีวิตโดยเฉพาะ
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีระบบรายงานความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายโดยไม่ได้แยกกลุ่มผู้ป่วย Palliative care
โรงพยาบาลท่าช้าง	การบริหารความเสี่ยงเป็นไปตามระบบของรพ. กรณีมียา high alert drug
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการประเมินอาการของผู้ป่วย และแก้ปัญหาในแต่ละรายไป มีช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์กับทีมเยี่ยมบ้านได้ตลอดเวลา
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีระบบการรายงานความเสี่ยง แต่ยังไม่มียูนิฟอร์มเฉพาะที่ชัดเจนของการ

	ดูแลระยะท้าย แต่เมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหา จะนำมาทบทวนมาพูดคุยกัน ในทีม และหาแนวทางแก้ปัญหา และรายงานเข้าระบบ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดย กำหนดให้เยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ซึ่งโรงพยาบาลมีระบบ การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยกำหนดนโยบายการ รายงานความเสี่ยง การค้นหาและการจัดการความเสี่ยงในทุกหอผู้ป่วย
วัดคำประมง	-

ข้อกำหนดตอนที่ 2

โรงพยาบาลนาร่อง	2.1.2 HC ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการกำหนด KPI ของการดูแลผู้ป่วยของศูนย์ มีการวางแผนการดูแลแบบองค์รวม มีการประสานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลศิริราช	-ตัวชี้วัดของศูนย์บริรักษ์ -ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล
โรงพยาบาลราชวิถี	-มี pre และ post conference ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน -มีการกำหนดตัวชี้วัด ทบทวนและเพิ่มความท้าทายของตัวชี้วัด ให้เหมาะสมกับบริบท -มีการทำงานแบบสหวิชาชีพ ตามมาตรฐานของสหวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	-มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญต่างๆ เพื่อกำกับติดตามคุณภาพการบริการผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้าย -มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลาย เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้ายและครอบครัว
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินคุณภาพการดูแล *มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต -มีการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธ โดยทีมสหวิชาชีพ -มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบงานโดยการติดตามนิเทศหน้างาน Palliative round Conference
โรงพยาบาลสงขลา	ทีม PC มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเฉพาะในโรงพยาบาล มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น การมารักษาซ้ำ สถานที่เสียชีวิต ฯลฯ
โรงพยาบาลน่าน	มีการทบทวนเงื่อนไขการรับใหม่ระหว่างแพทย์เจ้าของไข้ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลผู้รับใหม่ เพื่อวางแผนการดูแล
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-มีแนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวและทีมผู้ดูแล (Family meeting Advance care plan) โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่เป็น PCWN -มีการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผ่านเครือข่ายผู้ชุมชน -มีระบบ Consult ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ตามการทบทวน 12 กิจกรรม โดยตัวชี้วัดที่ใช้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด และมีการประสานการส่งต่อทาง Line กลุ่มเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งจังหวัด
โรงพยาบาลท่ายาง	ยังไม่มีมีการทบทวนเรื่องการให้บริบาลในผู้ป่วยระยะท้าย และการดูแลสุขภาพในชุมชน
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการรวบรวมเก็บข้อมูลเป็นประจำทุกเดือน เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล โดยใช้แบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียน และบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นการจัดการในภาพรวม ในส่วนของการดูแลระยะท้าย ยังไม่ได้มีจัดทำจัดการความเสี่ยงแยกเฉพาะ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-องค์กรได้มีการกำหนดทีม Palliative Team ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วย และมีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วย -จัดทำ Palliative Conference ทุกวันพุธที่ 1 และ 3 ของทุกเดือนเพื่อใช้ในการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแล
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนำร่อง	2.3.1 HC ก.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	กรณีผู้ป่วยต้องการกลับไปดูแลระยะ EOL ที่บ้าน มีการประเมินความพร้อมของสถานที่ และผู้ให้การดูแล พร้อมให้ความรู้ผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ 24 ชั่วโมง
โรงพยาบาลศิริราช	การประเมินสภาพแวดล้อมในชุมชน ร่วมกับสังคมสงเคราะห์และเครือข่ายชุมชน
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการประเมินสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้คำแนะนำในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีการจัดสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแยกเป็นสัดส่วน แต่ละห้องแยกเป็นส่วนตัว ห้องแต่ละห้องมีลักษณะคล้ายเป็นพิเศษเดี่ยวทุกห้อง บรรยากาศเงียบสงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน อากาศถ่ายเทสะดวก อบอุ่น ปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีการย้ายผู้ป่วย palliative ไปยังตึกที่มีบรรยากาศค่อนข้างเงียบ ไม่มีคนพลุกพล่าน อากาศถ่ายเทดี แสงแดดส่องถึงตลอด มีความเป็นส่วนตัว รวมทั้งมีพื้นที่เพียงพอให้ญาติสามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	มีการจัด Zoning เพื่อการดูแลผู้ป่วยตามบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย มีการประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านก่อนการส่งต่อ
โรงพยาบาลสงขลา	มีการป้องกันผู้ป่วยหลบหนีหรือทำร้ายตนเองในหอผู้ป่วย มีโซนแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงติดเชื้อ (สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยยังไม่เหมาะสมเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก)
โรงพยาบาลน่าน	มีเอกสารการดูแลกำกับจัดขยะ วัตถุประสงค์ ขยะติดเชื้อ เป็นแนวที่กำหนดใช้ร่วมกันทั่วเขตอำเภอเมืองน่าน ให้มีการนำมากำจัดที่ รพ.น่าน รับขยะได้ทุกวันตามจุดที่กำหนดให้
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-ข้อมูลการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลครอบคลุม ชัดเจน รวดเร็วโดยนาระบบ IT มาช่วยและระมัดระวังเรื่องข้อมูลความลับของผู้ป่วย -จัดตั้งศูนย์เครื่องมืออุปกรณ์ในการให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้านตามความเหมาะสม *มีระบบให้การบริการกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
โรงพยาบาลเขาย้อย	ญาติผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการเตรียมพื้นที่ที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านไป จะมีทีมเยี่ยมบ้านติดตามดูแลและให้

	คำแนะนำในการปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสมขึ้น
โรงพยาบาลท่ายาง	มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน และใช้เครือข่าย รพสต ในการควบคุมสิ่งแวดล้อม ให้มีความสะอาด เหมาะสม
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการเตรียมพร้อมทั้งในด้านของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ และพูดคุยเรื่องการจัดสถานที่ให้ผู้ป่วย และมีทีมเยี่ยมบ้านออกติดตามเยี่ยมอาการต่อเนื่องด้วย
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการเฝ้าระวังแบบรายบุคคล คือใช้ความระมัดระวังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการจัดห้องสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และญาติสามารถดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชม.
วัดคำประมง	- ผู้ป่วยและครอบครัวได้พำนักร่วมกัน ท่ามกลางบรรยากาศธรรมชาติที่มีความเงียบสงบ มีอากาศบริสุทธิ์ถ่ายเทสะดวก มีความเป็นส่วนตัว และมีพื้นที่ส่วนตัว

โรงพยาบาลนาร่อง	2.3.1 HC ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	กรณีผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม opioid จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียง และการกำจัดหรือทำลายยาโดยเภสัชกรและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลศิริราช	การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยา วัสดุอุปกรณ์ ของเสีย แนวทางการส่งคืนซากยาเสพติดติดตามนโยบายของโรงพยาบาล
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการประเมินสถานที่ที่บ้านและให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงสถานที่ ในกลุ่มยา มอร์ฟิน ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบของรพ. หากผู้ป่วยเสียชีวิตต้องนำยาที่เหลือส่งคืนรพ.
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีนโยบายการกำจัดวัสดุและของเสียอันตราย การควบคุมกำกับการใช้ยา มอร์ฟินโดยในแต่ละหอผู้ป่วยไม่ให้มีการ Stock ยาในกลุ่มมอร์ฟิน ใช้ระบบยา one day dose
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	ในกรณีที่มีการเบิกยา ออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน จะมีการจดบันทึกปริมาณยาที่เอาออก และเก็บซากหลอดยามาคืน ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการแยกขยะอันตราย
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	มีการจัดการขยะติดเชื้อที่บ้านผู้ป่วย โดย รพ.สต. จะนำถุงแดงไปให้ที่บ้าน และให้ผู้ป่วยนำ ส่งที่ รพ.สต. ทุก 7 วัน *ยาเม็ดและยาที่เหลือใช้ทุกครั้ง ให้ผู้ป่วยนำมาคืนที่โรงพยาบาลเอง หรือ รพ.สต. ใกล้บ้านได้
โรงพยาบาลสงขลา	มีการจัดระบบการจัดแยกมูลฝอย มีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในรพ. การให้ยา MO มีระเบียบปฏิบัติตามข้อกำหนดการส่งซากยาคืนภายหลังที่ใช้ยาที่บ้านผู้ป่วย
โรงพยาบาลน่าน	ให้คำแนะนำการดูแล การจัดการอาการบวม การใช้ยาที่ถูกต้อง การจัดวาง และการใช้อุปกรณ์ที่บ้าน การทิ้งขยะติดเชื้อและช่องทางการติดต่อ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	การนำยา มอร์ฟินกลับไปใช้ที่บ้านยังไม่มีระบบการติดตามเพื่อนำยากลับเข้าสู่ระบบกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
โรงพยาบาลเขาย้อย	ในกรณีผู้ป่วยกลับบ้าน จะมีทีมเยี่ยมบ้านตามไปดูแลและให้คำแนะนำให้เหมาะสมตามฐานะและบริบทของครอบครัวในกรณีในรพ. จะใช้พื้นที่ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไปแต่จะแยกโซนไว้ทำ ward ซึ่งจะสงบกว่าและเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่ดูแลเต็มที่ตามความต้องการ
โรงพยาบาลท่ามาย	เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต มีการติดตามเก็บยามorphine กลับจากบ้านผู้ป่วย และ

	ใช้ระบบการดูแลวัสดุหรือของอันตรายตามกระบวนการของรพ.
โรงพยาบาลไทรน้อย	การให้ยา ในกลุ่มมอร์ฟิน ที่ใช้ที่บ้าน การส่งจ่ายยา สั่งโดยแพทย์เท่านั้น และมีใบ ยส. กำกับ โรงพยาบาลไทรน้อย ยังไม่มีการจ่ายให้ยา Morphine ฉีดกับผู้ป่วยที่บ้าน
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ส่วนของเสียที่เป็นของติดเชื้อ ทางโรงพยาบาลได้ประสานงานกับทางเทศบาลพิมลราชเพื่อเก็บขยะติดเชื้อส่งกำจัดอย่างถูกวิธี
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	การบริหารยาในกลุ่มมอร์ฟิน เช่น MST Morphine ชนิดน้ำ ยังไม่มีมาตรการการส่งคืนซากยาให้รพ.
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีข้อกำหนดและมาตรการการให้ยา Morphine และการทำลายอย่างเป็นระบบกรณีที่ใช้ในโรงพยาบาลและเป็นผู้ป่วยใน
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนำร่อง	2.3.2 HC ก.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการบริหารยาเพื่อจัดการอาการระยะท้ายทางขึ้นใต้ผิวหนังโดยใช้ Syringe Pump และ Syringe driver มีการประสานงานหน่วย HHC ในการเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์เพื่อไปใช้ที่บ้าน
โรงพยาบาลศิริราช	ระบบการให้ยืมอุปกรณ์สำหรับการดูแลที่บ้าน ทั้งในส่วนที่เป็นของบริจาคและระบบภายนอก แต่มีขีดจำกัดในเรื่องของสถานที่จัดเก็บและการบำรุงรักษา
โรงพยาบาลราชวิถี	มีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น แต่ยังมีไม่เพียงพอ ซึ่งเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้มาจากการบริจาค
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีเครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอต่อการใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ที่บ้านจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ยืม และสอนวิธีการใช้ วิธีการดูแลรักษา ขณะลงเยี่ยมบ้านมีการประเมินการทำงานของเครื่องมือ และตรวจสอบความถูกต้องของการใช้งาน
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-มีศูนย์เครื่องมือแพทย์ให้ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้าน พร้อมทั้งมีการติดตามข้อมูลและการใช้งานของอุปกรณ์ -มีการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์เป็นประจำทุกปี
โรงพยาบาลสงขลา	มีการแยกเครื่องมือและอุปกรณ์เฉพาะที่จะให้ผู้ป่วยระยะท้ายนำไปใช้ที่บ้าน มีข้อกำหนดในการยืมคืนอุปกรณ์ มีการให้คำแนะนำในการใช้เครื่องมือ และให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างใช้งานที่บ้าน
โรงพยาบาลน่าน	มีการจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ของโรงพยาบาล และการซ่อมบำรุง ดูแล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	ศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจำนวนจำกัดและไม่เพียงพอ ไม่มีศูนย์ซ่อมหรือดูแลเครื่องมือโดยเฉพาะ
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการจัดอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ยืม ส่วนในชุมชนหากบ้านใดมีของแล้วไม่ได้ใช้เช่น รถเข็นนั่ง ไม้เท้า ก็จะนำมาให้ยืมใช้กัน
โรงพยาบาลท่ามาย	มีอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยได้หยิบยืมใช้เพียงพอ เพราะได้รับการบริจาคมามาก

	ขึ้นพอสมควร
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยที่ดูแลที่บ้านสามารถยืมได้ โดยส่วนใหญ่เป็นอุปกรณ์ที่ได้รับการบริจาค แต่อยู่ในสภาพดี สามารถใช้งานได้
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอและพร้อมใช้สำหรับนำไปใช้ในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน หรือในชุมชน
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการจัดทำบัญชีเครื่องมือแพทย์ การสอบเทียบ การบำรุงรักษาทุกปี และกรณีที่มีความไม่เพียงพอในการใช้เครื่องมือจะมีระบบการยืมเครื่องมือในแต่ละหน่วยงาน
วัดคำประมง	- มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและเพียงพอ และพร้อมใช้ในการให้บริการผู้ป่วย - มีการจัดทำบัญชีรายการอุปกรณ์การแพทย์และการบำรุงรักษา - มีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่เพียงพอแก่ผู้ใช้เครื่องมือ เช่น เครื่องกำเนิดออกซิเจน เครื่องวัด O₂ Saturation ฯลฯ - มีการตรวจเช็คสภาพ ความพร้อม และการเพียงพอต่อการใช้งาน

โรงพยาบาลนาร่อง	2.3.2 HC ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	-มีหน่วย HHC ที่ให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ แต่ยังไม่เพียงพอ -มีหน่วยงานตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือให้เป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและพร้อมใช้งาน
โรงพยาบาลศิริราช	-มีระบบการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลและการประสานงานกับเครือข่ายและชุมชน -การประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลราชวิถี	หน่วยเยี่ยมบ้านมีการประเมินด้านสาธารณสุขโรค น้ำ ไฟฟ้า การติดต่อสื่อสารกับทางโรงพยาบาล หากไม่มีโทรศัพท์พื้นฐาน สามารถใช้โทรศัพท์มือถือในการประสานกับโรงพยาบาล
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ รัษฎบุรี	-มีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยการประเมินลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ชุมชนที่อยู่ประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามสภาพของผู้ป่วย และประเมินช่องทางการติดต่อสื่อสารในการปรึกษาปัญหาของผู้ป่วย
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-มีทีมเยี่ยมบ้านเพื่อไปประเมินความเป็นอยู่ และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย -มีการให้อุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เตียงลม, อุปกรณ์ช่วยเดินต่างๆ -ให้เบอร์ติดต่อหากมีภาวะฉุกเฉิน
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกราย โดยทีม HHC โดยประเมินความพร้อมของที่อยู่อาศัย เครื่องมือสื่อสาร ไฟฟ้า ประปา หากพบมีปัญหาประสานขอความร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นให้การดูแลร่วมกัน
โรงพยาบาลสงขลา	-มีการประเมินและเตรียมความพร้อมสภาพบ้านและสาธารณสุขโรคที่บ้านผู้ป่วยก่อนจำหน่าย -มีการเยี่ยมบ้านทั้งจากทีม PC รพ.สงขลา และทีมรพ.สต. -มีการประเมินเยี่ยมบ้าน INHOMESSS
โรงพยาบาลน่าน	ประสานงานไปที่ รพ.สต.ให้ออกไปประเมินสภาพบ้าน ทำให้สามารถจัดอุปกรณ์ และunit ที่เหมาะกับแต่ละชุมชน ได้
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-

โรงพยาบาลเขาย้อย	-โรงพยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ไปใช้ที่บ้าน ตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย -มีการประสานงานขอความช่วยเหลือจาก อบต.เพื่อจัดทำห้องพัก ปรับปรุงสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยไร้ญาติ
โรงพยาบาลท่ายาง	-เตรียมความพร้อม ประเมินบ้านและสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ -เราสามารถติดต่อผู้ป่วยได้ทุกรายทั้งในเวลาปกติและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยยืมได้ และมีถังออกซิเจนสำรองเผื่อในกรณีที่ใช้ไฟฟ้ามดับ
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ สะอาด และมีการจัดการขยะอย่างถูกวิธี
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีส่วนร่วมในการประเมินและเตรียมความพร้อมว่าบ้านหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยพำนักในชุมชนมีสาธารณูปโภคที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
โรงพยาบาลคามิลเลียน	ยังไม่ได้ดำเนินการ
วัดคำประมง	- มีสาธารณูปโภคพื้นฐานที่เพียงพอ - ระบบน้ำ มีอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ เพื่รองรับปริมาณน้ำและสะสมไว้ใช้ในยามที่ขาดแคลน

ข้อกำหนดตอนที่ 3

โรงพยาบาลนาร่อง	3.1
โรงพยาบาลรามธิบดี	-มีแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยชัดเจน -มีแนวปฏิบัติในการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อรับไว้ในการดูแล -มีการให้เบอร์โทรปรึกษา 24 ชั่วโมง แก่ญาติ เพื่อให้คำปรึกษากรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน
โรงพยาบาลศิริราช	-Criteria consultation -มาตรฐานการรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล -Criteria for hospice ward admission -Flow for palliative care patient
โรงพยาบาลราชวิถี	-มีแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยชัดเจน -มีแนวทางการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว -มีระบบการรับ ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีเกณฑ์รับผู้ป่วยที่ชัดเจน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-จัดระบบงานเป็นสองทีม -การจัด Clinic Palliative care ที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว -มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมและทำงานpalliative น้อย ทำให้ภาระงานค่อนข้างหนัก
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-กำหนดข้อบ่งชี้เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล Palliative care (มีเกณฑ์การวินิจฉัย) -มีแนวทางการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (ใช้เครื่องมือประเมิน PPS ESAS เป็นต้น)
โรงพยาบาลสงขลา	มีนโยบายเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยระยะท้ายเข้าสู่ระบบ มีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายโดยส่งรายละเอียดผ่านทางlineกลุ่ม และอีเมล มี OPD PC เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เฉพาะและรวดเร็ว
โรงพยาบาลน่าน	การดูแลระยะท้าย ในวิสัยทัศน์ของรพ. คือ “ บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” รวมทั้งมีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยเพื่อดูแลแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง

โรงพยาบาลอุทัยธานี	-มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโดยแพทย์ -มี Flow chart การดูแล มี PCWN เป็นแกนหลักในการดูแล -มีแพทย์Family medicine และ จิตแพทย์รับปรึกษา -มีระบบการสื่อสารข้อมูล
โรงพยาบาลเขาย้อย	ยังไม่มีกำหนดเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน
โรงพยาบาลท่ายาง	ทำตามข้อกำหนดดังกล่าว
โรงพยาบาลไทรน้อย	ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้ตามเกณฑ์ความจำเป็นเร่งด่วน หรือปัญหาตามมาตรฐานการรักษา เพื่อตอบสนองต่ออาการ หรือ ภาวะคุกคามของผู้ป่วย
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีแนวทางในการรับและส่งต่อผู้ป่วยมีการประสานแหล่งประโยชน์ในการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่สามารถจัดบริการได้อย่าง สมบูรณ์
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยที่ชัดเจนและมีศักยภาพ เพียงพอที่จะสามารถปฏิบัติได้ตามภารกิจโดยมีการกำหนด 5 กลุ่มโรค ที่สำคัญที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-มีนโยบายและการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงแนวทางการรับ ผู้ป่วยที่ชัดเจน -มีแนวทางการรับผู้ป่วยในทุกจุดบริการเพื่อรับไว้เป็น ผู้ป่วยใน โดยกระจายอยู่ในทุกหอผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการต้องการของ ผู้ป่วยและญาติ และสิทธิการรักษา และมีการค้นหาอุปสรรคในการ เข้าถึงในด้านภาษาสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ
วัดคำประมง	ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและรับทราบข้อมูลทางการรักษาได้อย่าง สะดวก เบื้องต้นรับทราบจากอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ การโทรสอบถาม เมื่อเข้ามาเป็นผู้ป่วยในก็จะได้รับการดูแลรักษาที่เป็นระบบตาม มาตรฐาน

โรงพยาบาลนำร่อง	3.2.1 ก.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	-มีการประเมินผู้ป่วยแบบครบวงจรตามเกณฑ์ -มีการติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน
โรงพยาบาลศิริราช	-flow palliative care -Assessment form includes ESAS -Reassessment every visit or phone follow up -Set goal of care with patient and family
โรงพยาบาลราชวิถี	-มีการประเมินด้วย PPS เมื่อแรกรับ ถ้ามีระดับ PPS $\leq$ 50 % จะประเมินด้วย ESAS ทุกวัน -มีการประเมินความต้องการ การทำ ACP -มีการลงบันทึกการประเมินดังกล่าวในเวชระเบียน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีการประเมินผู้ป่วยแบบครบวงจรตั้งแต่แรกรับ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยจนถึงอาการปัจจุบัน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-มีแนวทางการประเมินที่ชัดเจนตามแบบฟอร์มรับconsult แบบประเมินอาการ ESAS และ PPS V2 -ช่องทางการสื่อสารกรณีฉุกเฉินทางโทรศัพท์ และ ACP
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-มีการประเมินผู้ป่วยแบบครบวงจร -ประเมินค้นหาผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่เหมาะสม โดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง -มีบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียน
โรงพยาบาลสงขลา	-มีเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย PC โดยใช้ ESAS และ PPS -มีการประเมินญาติผู้ดูแลไปพร้อมกับประเมินผู้ป่วย
โรงพยาบาลน่าน	มีการประเมิน โดยแพทย์และพยาบาล ทีม palliative โดยระบุในเอกสารใบรับคำปรึกษา
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ PPS , Pain score, ESAS -มีการประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณในเอกสาร D/C Plan ไม่ครอบคลุม
โรงพยาบาลเขาย้อย	ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ESAS & PPS จากพยาบาลทีม Palliative care เท่านั้น
โรงพยาบาลท่าสาย	การประเมินภายในเวลาที่กำหนด ของทีมเรายังไม่มีการกำหนดระยะเวลา

	ที่เหมาะสม หากเข้า criteria ที่เรากำหนดก็สามารถ consult ได้ทันที
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมิน PPS และ ESAS รวมทั้งมีกระบวนการในการจัดการผู้ป่วยในระยะท้ายโดยปรับปรุงจาก รพ.พระนั่งเกล้า เพื่อรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและจัดการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม และใช้แบบประเมิน PPS เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยตามคะแนนที่ประเมินได้
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการประเมินแบบองค์รวม มีการพยากรณ์โรค การรับรู้ความต้องการในการดูแลตนเอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-มีการประเมินความต้องการส่วนใหญ่ ได้จากการซักประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย และได้มีการนำเครื่องมือมาตรฐานมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยคือ PPS เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย -มีการประเมินผู้ป่วยและญาติไปจนถึง Last wish เพื่อที่มันจะได้มีการตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยและญาติ
วัดคำประมง	ประเมินจากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและญาติเป็นประจำทุกวัน และเปิดโอกาสให้ซักถาม และให้คำปรึกษา

โรงพยาบาลนำร่อง	3.2.1 ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการวินิจฉัยปัญหา และความจำเป็นโดยแพทย์ / พยาบาลเจ้าของไข้ และมีการบันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์
โรงพยาบาลศิริราช	มาตรฐานในการประเมินและแก้ไขปัญหาที่เร่งด่วนการส่งตรวจพิเศษตาม มาตรฐานวิชาชีพ และเป็นไปตามความต้องการและ goal ของผู้ป่วยและ ครอบครัว
โรงพยาบาลราชวิถี	-
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต	ผู้ป่วยที่มีปัญหาจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม แพทย์เจ้าของไข้จะ ทำการวินิจฉัยและส่งตรวจตามความเหมาะสม กรณีที่เหนือขีดความสามารถ ของแพทย์เจ้าของไข้ก็จะส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่เหนือกว่า หรือส่งต่อไป ยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือส่งต่อโรงพยาบาลต้นสังกัดของผู้ป่วย
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	การวินิจฉัยปัญหา/ความต้องการที่จำเป็นพิเศษ เช่น RT, CHEMO และ การ ตรวจอื่นๆ ส่งตรวจตามความจำเป็น
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยปัญหา/ความต้องการที่มีความจำเป็นพิเศษที่เร่งด่วน เป็นรายกรณี ตามระดับ PPS ของผู้ป่วย
โรงพยาบาลสงขลา	เมื่อแพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาทีม PC จะมี PCN เข้าประเมินอย่างครอบคลุม สภาพปัญหาความต้องการและให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
โรงพยาบาลน่าน	ผู้ป่วยได้รับการ investigate ที่เหมาะสม ตามการประเมินจาก overall disease burden สิ่งทีเลือกทำนั้น จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยในสถานการณ์ นั้นๆ หรือไม่ โดยไม่ได้เลือกปฏิบัติว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-ทีมผู้ดูแลร่วมกันค้นหาปัญหาและประเมินความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัวเป็นแบบเฉพาะรายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (โดย PCWN จะเป็นผู้ที่มิบทบาททั้งในการ สื่อสาร การวางแผนการดูแล การเชื่อมโยงการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพ) -มีระบบการขอรับการปรึกษาจากผู้บริหารในกรณีพิเศษ
โรงพยาบาลเขาย้อย	แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการรักษา โดย รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว ทีม Palliative care โดยมีการจด บันทึกไว้ในแบบฟอร์มการตรวจร่างกายและ Progress note
โรงพยาบาลท่าสาย	ตามความเหมาะสมของมาตรฐานของรพ.

โรงพยาบาลไทรน้อย	มีแบบประเมินเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีการให้ข้อมูลที่ตรงตามจริง
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ผู้ป่วยในระยะท้ายได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยปัญหาที่จำเป็นต่อการควบคุมอาการหรือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างครบถ้วน
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการวินิจฉัยปัญหาทุกวันโดยทีมแพทย์ พยาบาลที่ดูแล โดยเฉพาะด้านร่างกายและการวินิจฉัยปัญหาจากทีมสหสาขาวิชาชีพจะได้รับ การประเมินสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและจัดการอาการรบกวนและทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยทีมแพทย์จะเป็นผู้วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่การวินิจฉัย การส่งตรวจพิเศษที่จำเป็น
วัดคำประมง	- มีการค้นหา last wish ของผู้ป่วย - มีสถานที่ที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและความศรัทธา เช่น มีโบสถ์คริสต์ บ้านดินสำหรับละหมาด ฯลฯ

โรงพยาบาลน่าน	3.2.2
โรงพยาบาลรามาริบัติ	ผู้ดูแลได้รับการประเมินครอบคลุมรอบด้าน ทั้งในแง่การดูแลผู้ป่วย ความพร้อม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลศิริราช	ไปประเมิน assessment form การติดตามผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลราชวิถี	-ประเมินความเครียด วิตกกังวล ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลืออย่างครอบคลุมองค์รวม -ประเมินความพร้อม ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ	-สอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องอาการของผู้ป่วย การยอมรับความจริง และการปรับตัว -ประเมินความสามารถของผู้ดูแล/ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน -การเตรียมความพร้อมยอมรับการสูญเสีย
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-ประเมินการรับรู้อาการ ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ดูแล -ประเมินทรัพยากรที่มีอยู่และแนะนำแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วย -เตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการรับมือกับการสูญเสีย
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-มีการประเมินผู้ดูแลเรื่อง ความเข้าใจเรื่องโรค/การยอมรับความเครียด ความกังวล ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล (ภาระกิจการทำงาน) ฯลฯ - ความสามารถในการตัดสินใจและการจัดการปัญหา
โรงพยาบาลสงขลา	ผู้ดูแลจะได้รับการประเมินในประเด็นสำคัญต่างๆ อย่างครอบคลุมจากทีม PC เช่น การรับรู้เรื่องการวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรค เป้าหมายการบริบาล การพยากรณ์โรค รวมถึงความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง ฯลฯ
โรงพยาบาลน่าน	มีการทำ family meeting โดยแพทย์ และพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแล เข้าใจ ในประเด็นต่างๆ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-ประเมินโดยแพทย์เจ้าของไข้ และ PCWNและมีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษากับ PCWN -มีสหสาขาในการเตรียมความพร้อมให้กับ ผู้ดูแลเพื่อสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้
โรงพยาบาลเขาย้อย	ทีมดูแลผู้ป่วยมีการประเมินความสัมพันธ์ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากญาติ/ผู้ดูแล มีการค้นหา Unfinished business ของผู้ป่วย มีการประเมิน Idea Felling Function Expectation ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
โรงพยาบาลท่าช้าง	ไม่สามารถประเมินความเครียดของผู้ดูแลได้ทุกคน เนื่องจากเวลาในการดูแล

	บุคลากรไม่เพียงพอ
โรงพยาบาลไทรน้อย	-มีการประเมินการรับรู้โรคของผู้ดูแล โดยทีมพร้อมรับฟังผู้ดูแล เนื่องจากเป็นผู้ที่รับรู้ข้อมูลผู้ป่วยมากที่สุด อาจจะมากกว่าผู้ป่วยด้วย -มีการจัดพูดคุยกับกลุ่มญาติในเรื่องอาการของผู้ป่วย และแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลของผู้ดูแล และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย จากการพูดคุยซักถาม
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-มีการอธิบายความเป็นจริงของโรค -มีการประเมินความเครียด ปัญหาความต้องการของผู้ดูแล ครอบครัวโดยใช้เครื่องมือ 2Q 8Q 9Q โดยพยาบาลและนักจิตวิทยา
โรงพยาบาลคามิลเลียน	ทางทีมยังไม่ได้มีระบบงานที่ชัดเจนในการประเมินผู้ดูแลได้ครอบคลุมทุกด้าน แต่ทีมจะมีการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย การรับรู้ความจริง/การยอมรับในระยะท้ายของโรค จากการสัมภาษณ์กับผู้ดูแล
วัดคำประมง	ประเมินจากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและญาติเป็นประจำทุกวัน และเปิดโอกาสให้ซักถาม และให้คำปรึกษา รวมถึงการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและครอบครัว

โรงพยาบาลน่าน	3.3.1
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายที่มีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล (Family Meeting) และมีการทบทวนแผนการดูแลเป็นระยะ
โรงพยาบาลศิริราช	-Flow palliative Flow -การใช้เอกสาร living will
โรงพยาบาลราชวิถี	-มีการประสานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ สงเคราะห์ โภชนาการ ฯลฯ ตามปัญหา และความต้องการที่ประเมินได้อย่างเป็นองค์รวมของผู้ป่วยแต่ละราย -มีการบันทึก สรุปแผนการดูแลที่ได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ	มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ โดยเปิดโอกาสผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา และการทำ Advance care plan
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-มีการทำ ACP -ประสานสหสาขาวิชาชีพในการดูแล -ประสานชุมชนและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน -บันทึกอาการ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในสมุดประจำตัว
โรงพยาบาลอุดรดิษฐ์	-มีแผนการดูแลตามการประเมิน PPS -ใช้ ESAS ประเมินอาการรบกวนและจัดการอาการตามความต้องการของผู้ป่วยโดยทีม Palliative care
โรงพยาบาลสงขลา	มีการวางแผนการดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้จะเขียนลงใน progress note เพื่อสื่อสารให้ทีมร่วมดูแลรวมทั้งทีม PC วางแผนการรักษาไปในทางเดียวกัน มีการทำ family meeting เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจการวางแผนดูแลร่วมกัน
โรงพยาบาลน่าน	มีการทำ family meeting เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเชื่อมโยงแผนการดูแลทั้งทีมแพทย์ พยาบาล ในหอผู้ป่วย รวมทั้ง สหสาขาวิชาชีพ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-มีแนวทางในการทำ Family meeting และการทำ Advance care plan -มีเอกสาร D/C Plan และมีเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในชุมชน -มีศูนย์เครื่องมือและอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการวางแผนร่วมกัน ระหว่าง แพทย์-พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละวัน นำปัญหามาวางแผนร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และมีการประสานต่อร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามปัญหาที่พบ

โรงพยาบาลท่ายาง	-
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีกระบวนการจัดการผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับ เช่น การจัดการความไม่สุขสบาย การประชุมครอบครัว และผลการประชุมครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า กิจกรรมที่เอื้อต่อการจากไปด้วยดี
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	วางแผนเป็นรายเคส เป็นการวางแผนในลักษณะของการพูดคุย ยังไม่มีระบบการจัดทำแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษร
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-ทีมจะใช้ PPS และ ERAS ในการประเมินอาการรบกวนและการจัดการอาการตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ -ทีมจะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อการวางแผน Goal of care เพื่อใช้ในการให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนาร่อง	3.3.2
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการประเมินตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี
โรงพยาบาลศิริราช	องค์กรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวทางการศึกษาในกรณีที่บ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยประสานกับหน่วยงานในชุมชน มีช่องทางการติดต่อสื่อสารสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการบันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัวผู้ป่วย เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การรักษา ยาที่ได้รับ ปัญหาและความต้องการ เพื่อการสื่อสารให้โรงพยาบาลที่ให้การดูแลต่อเนื่อง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร	มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรกของการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยตาม Care map 14 day โดยให้แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนจำหน่าย
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-มีflow chart ในการจำหน่ายผู้ป่วยชัดเจน -สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน -ประสานงานช่องทางการติดต่อพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ -ประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น อบต. อปท. ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-มีแผนจำหน่าย METHOD -มีการกำหนดแนวทางและข้อบ่งชี้ในการจำหน่ายตาม Flow ของโรงพยาบาล -มีการประเมินปัญหา ความต้องการ ความพร้อม ของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
โรงพยาบาลสงขลา	PCN ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกด้านก่อนจำหน่าย (มีแบบฟอร์ม check list) มีช่องทางติดต่อทีม PC ทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชม.
โรงพยาบาลน่าน	-มีแนวทางการวางแผนจำหน่าย ข้อบ่งชี้ ตามที่ทีมสุขภาพ เห็นควร -มีการประเมินโดยใช้ CARE MODEL ก่อนวางแผนจำหน่าย
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-สื่อสารข้อมูลแนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน -จัดทำคู่มือประจำตัวผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกันในทีมผู้ดูแล, D/C Plan -มี Palliative care center เพื่อประสานข้อมูลการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

โรงพยาบาลเขาย้อย	ในการวางแผนจำหน่าย ผ่านการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประสานขอความร่วมมือ/สนับสนุน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างสะดวกและปลอดภัย มีการเตรียมความพร้อมของญาติ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
โรงพยาบาลท่ายาง	-
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่เข้ารับการรักษาใน รพ. และช่วยเหลือญาติ ผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านการฝึกทักษะในการดูแล และความพร้อมในด้านอุปกรณ์การแพทย์
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการกำหนดให้กลุ่ม Palliative Care เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายและแจ้งญาติล่วงหน้า 3-7 วัน
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-ทีมประเมินความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่ายโดยต้องดูร่วมกับข้อบ่งชี้ในการจำหน่าย -มีการเตรียมความพร้อมทักษะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนาร่อง	3.3.3
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการประเมินโดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อนำไปวางแผนจำหน่าย แต่ยังไม่มียระบบเครือข่ายในการส่งต่อการดูแลที่เป็นรูปธรรม
โรงพยาบาลศิริราช	-การประเมินโดยประสานกับหน่วยงาน -การดูแลต่อเนื่องหรือหน่วยงานสังคมสงเคราะห์เพื่อเข้าร่วมประเมินชุมชน
โรงพยาบาลราชวิถี	-
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์บุรี	มีการประเมินลักษณะที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ในชุมชนจากการซักถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะที่อยู่อาศัย อาสาสมัครชุมชน โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุดที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม และเป็นสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	มีการประเมินลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในชุมชนและเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ในการวางแผนจำหน่ายจะมีการสอบถามถึงสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านที่ผู้ป่วยจะใช้บริการเบื้องต้นเมื่อมีการเจ็บป่วย
โรงพยาบาลน่าน	-มีการประเมินที่อยู่อาศัย โดยทีมเยี่ยมบ้านเวชกรรมสังคม และทีมสุขภาพในพื้นที่ -มีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เข้ามาร่วมดูแล
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-มี Palliative care center เพื่อประสานชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมในด้านอุปกรณ์ สถานที่ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน -ประเมินโดยทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน
โรงพยาบาลเขาย้อย	-มีการประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน และสนับสนุนอุปกรณ์ ที่จำเป็น -มีการประสานกับชุมชนในเขต รพ.สต. อบต. ในรายการที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษอื่นเพิ่มเติม
โรงพยาบาลท่าสาย	เราเชื่อมต่อกับชุมชนโดย รพสต. อสม ในการประเมินสิ่งแวดล้อม
โรงพยาบาลไทรน้อย	การประเมินที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ

	ระดับประคอง มีการประเมินโดยทีมเยี่ยมบ้าน
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน จะเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายให้อารงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ประสานกับหน่วยงานปฐมนุรักษ์
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-ทีมเยี่ยมบ้านมีการประเมินที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย -การประเมินเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุข การเข้าถึงทรัพยากรเครือข่าย โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนาร่อง	3.4.1 ทัวไป
โรงพยาบาลรามาริบัติ	-ด้านบุคลากร ยังขาดแคลนบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง -ด้านสถานที่ ยังไม่มีหอผู้ป่วยที่ให้บริการโดยเฉพาะ -ด้านอุปกรณ์ ฝีมือ แนวปฏิบัติ ยังไม่ครอบคลุม และเพียงพอ
โรงพยาบาลศิริราช	-มาตรฐานการดูแลและการพยาบาลของโรงพยาบาล -หน่วยงานในการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน -แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายศูนย์บริรักษ์
โรงพยาบาลราชวิถี	ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยคำนึงถึงความสุขสบาย ความปลอดภัย ความเป็น ส่วนตัว อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบ มีการป้องกันการติดเชื้อ และอันตรายต่าง ๆ ที่ อาจเกิดขึ้น
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ ธนบุรี	มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็น Hospice Ward จัดสิ่งแวดล้อมทั้ง ภายนอกและภายในลักษณะคล้ายบ้านแยกเป็นห้อง มีสิ่งอำนวยความสะดวกและ ปลอดภัย มีพยาบาลประจำการปฏิบัติงานต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง สามารถเยี่ยม ผู้ป่วยได้ตลอด
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	มี PCN และแพทย์ที่ผ่านการอบรมคอยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยปฏิบัติในประเด็นต่างๆ มี การดูแลโดยทีมสหสาขา และให้จิตอาสาที่มีส่วนร่วมในการดูแล ให้ความรู้กับผู้ป่วย และครอบครัวในการจัดการอาการช่วงใกล้เสียชีวิต ประเมินและเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วยและญาติต่อการสูญเสีย
โรงพยาบาลน่าน	ทุกหน่วยงานที่รับผู้ป่วย มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยและสามารถปรึกษาทีม palliative ได้โดยตรง ตามตารางเวร consult ตลอด 24 ชั่วโมง
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้รักษา และทีมทั้งในด้านร่างกายเพื่อแก้ไข อาการรบกวนให้กับผู้ป่วยให้การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณโดย พยาบาลเป็น แกนหลัก -มีระบบการให้คำปรึกษาทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน (ยังไม่มีศูนย์ หรือพยาบาลที่รับปรึกษาเป็น Full time) -มีทีมเยี่ยมบ้านให้การดูแลและเป็นที่ ปรึกษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการติดตามอาการของผู้ป่วย ในรายที่กลับมารักษาซ้ำๆ บ่อยๆ ในโรงพยาบาล มี การพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาที่ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ รับฟังปัญหา

	และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
โรงพยาบาลท่ายาง	-
โรงพยาบาลไทรน้อย	ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐานเดียวกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา รวมทั้งมีการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพิ่มเติมด้วย
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ผู้ให้บริการให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-ทีมทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการพัฒนาแผนการบริการทุกด้านเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล -มีการจัดระบบสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว สะดวกสบาย สงบ และจัดบริการที่ให้น้ำใจอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา
วัดคำประมง	มีการให้ข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา ตอบข้อสงสัย ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สอบถาม และตัดสินใจเลือกรับการรักษา โดยอธิบายข้อมูลการรักษา ข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัด ในการรักษาทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน และให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกในการรักษา รวมถึงมีการทำ Family meeting

โรงพยาบาลนาร่อง	3.4.1.ที่บ้าน
โรงพยาบาลรามาริบัติ	-ประเมินความรู้ / ความพร้อม ญาติ / ผู้ดูแล และให้ความรู้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน อาการที่อาจพบ และการจัดการอาการ มีเบอร์โทรปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง -มีการวางแผนจำหน่ายและจัดเตรียมยาและอุปกรณ์ที่จำเป็น
โรงพยาบาลศิริราช	การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ประสานร่วมกับหน่วยงานการดูแลต่อเนื่อง งานปฐมภูมิ ศูนย์บริการและเครือข่ายในชุมชน โดยระบบ on call จะขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่ได้รับการประสาน
โรงพยาบาลราชวิถี	-ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย -ให้ความรู้แก่ครอบครัวถึงวิธีการดูแลให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การติดเชื้อ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อนกลับบ้านทุกครั้ง และให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้กลับบ้านหรือประสานโรงพยาบาลใกล้บ้าน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-ทีม palliative care ทีมกลางให้คำปรึกษาตลอด 24 ชม. -ทีมพื้นที่ช่วยประเมินและดูแลในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม -ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประสานงานต่อเนื่องในการดูแล
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	ผู้ป่วยทุกได้รายได้รับการติดตามเยี่ยม ภายหลังจำหน่ายจากรพ.โดยทีมรพสต.ในพื้นที่หรือทีม PC ในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตแต่ละหอผู้ป่วยจะให้ข้อมูลเรื่องการจัดการศพ เช่น การอาบน้ำศพ การรื้อศพ และเอกสารใบมรณบัตร
โรงพยาบาลน่าน	มีแนวทางการดูแลหลังเสียชีวิตที่บ้านเช่น มีการออกใบรับรองแพทย์ ระบุโรคที่เป็นเพื่อใช้ในการแจ้งเสียชีวิต ในกรณีแพทย์คาดหมายว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตที่บ้าน หรือแนะนำช่องทางติดต่อหากเสียชีวิตที่บ้าน ในกรณีชันสูตรพลิกศพ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-มีPalliative care center ประสานข้อมูลส่งต่อ -มีทีมเยี่ยมบ้าน และมีเครือข่ายในชุมชน -มีFamily medicine รับปรึกษาในชุมชน -มีช่องทางการประสานงานทาง IT. -มีการประสานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน -มีCare giverในชุมชนร่วมดูแล (ร่วมกับศูนย์ COC และ Long term care)

โรงพยาบาลเขาย้อย	-มีการให้เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในรายที่พบว่าขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย หรือมีแนวโน้มที่จะมีอาการรบกวนมาก -มีอาการแจ้งอาการที่ต้องเฝ้าระวัง อาการที่ต้องพามารักษาซ้ำแก่ผู้ดูแล
โรงพยาบาลท่าสาย	-
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการ ให้บริการทางการแพทย์ เช่นการช่วยเปลี่ยนสายปัสสาวะ การช่วยประเมินอาการแผล
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับทางกลุ่มงานปฐมภูมิ ให้เป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีระบบการให้คำปรึกษา ในเวลาราชการทีมเยี่ยมบ้านจะให้คำปรึกษา และมีการใช้ระบบ VDO Call Center ซึ่งให้บริการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดยพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการทำแผนการจำหน่ายซึ่งประกอบด้วย ฯลฯ 1. การประเมินการรับรู้โรคและแผนการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว 2. การเตรียมยาและอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องมีใช้ที่บ้าน 3. การให้ข้อมูลและเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
วัดคำประมง	- มีบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้หลายช่องทาง โดยรับสาย On call 24 ชั่วโมง ไลน์, E-mail, Facebook - ทีมผู้ให้บริการสามารถประเมินและให้คำปรึกษา ในภาวะที่ฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

โรงพยาบาลนาร่อง	3.4.2
โรงพยาบาลรามาริบัติ	กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น การให้เลือด การทำหัตถการต่างๆ การช่วยฟื้นคืนชีพ การให้ยาที่มีความเสี่ยง ฯลฯ จะมีทีม ประเมิน ให้ข้อมูล และตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลศิริราช	-มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามนโยบายของโรงพยาบาล -แนวทางการดูแลผู้ป่วย palliative
โรงพยาบาลราชวิถี	-
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ	-มีแนวทางปฏิบัติการจัดการอาการปวด -มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด -มีคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ใกล้เสียชีวิตที่บ้านให้แก่ญาติ
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	การทำหัตถการที่มีความจำเป็นพิเศษจะทำในหอผู้ป่วยที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และมีการติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด มีการจัดทำ WP การนำ morphine และ midazolam ออกนอกพร.และมีการควบคุมกำกับกับการคืนซากยา
โรงพยาบาลน่าน	ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอให้เร่งการเสียชีวิต ต้องประเมินอาการรบกวนที่ไม่ได้ รับการดูแลหรือดูแลไม่ดีเพียงพอ รวมทั้งประเมินภาวะ Psychological distress อย่างเร่งด่วน
โรงพยาบาลอุทัยธานี	-การตอบสนองในด้านจิตวิญญาณเช่น การใส่บาตร มุมธรรมมะ ธรรมมะ เคลื่อนที่ การนิมนต์พระมาทำพิธีถวายสังฆทานตามความต้องการของผู้ป่วย และญาติ -มีศูนย์เครื่องมือให้ผู้ป่วยยืมกรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นเช่น ออกซิเจน เตียง ที่นอนลม เป็นต้น -กรณีที่ผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านมีช่องทางการ ประสานเครือข่ายในการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน(รถมูลนิธิ)
โรงพยาบาลเขาย้อย	ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยในกลุ่ม Palliative care ผู้ดูแล มักมีความเข้าใจถึงอาการ แนวโน้มของโรค และเมื่อถึงภาวะคุกคามชีวิตจริงๆ หากเห็นอาการที่ทุกข์ ทรมาน จะใช้บริการ 1669 ในการขอความช่วยเหลือ ซึ่งในที่สุด อาจต้องการ ได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่

โรงพยาบาลท่ายาง	-
โรงพยาบาลไทรน้อย	การให้ยา Opioid (MO) ต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด และต้องให้ยาระบายควบคู่ไปด้วยทุกครั้ง
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ทีมผู้ให้บริการสามารถประเมิน และให้คำปรึกษาในการจัดการกับภาวะเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการวิเคราะห์ บริการผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเป็นพิเศษ มีแนวทางปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-มีการจัดบริการกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตและได้มีการอบรมและสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงาน -มีการกำหนดนโยบายในเรื่องการดูแลหรือหัตถการสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็น
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนำร่อง	3.4.3 ก.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	แพทย์เจ้าของไข้และทีม palliative care จะเป็นผู้ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ในกรณีที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ จะส่งปรึกษาไปยัง หน่วย Nutrition เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
โรงพยาบาลศิริราช	มีระบบในการประเมินภาวะโภชนาการเป็นรายบุคคล ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนอาหารโดยขึ้นอยู่กับ สภาวะของผู้ป่วย
โรงพยาบาลราชวิถี	ประเมินภาวะmalnutrition และ consult โภชนาการร่วมจัดอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย *ให้ความรู้ แนะนำการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เมื่อกลับบ้าน
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี	ผู้ป่วยทุกรายได้รับอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และผู้ป่วยที่สามารถชั่งน้ำหนักตัวได้จะมีการประเมินน้ำหนัก BMI ทุกสัปดาห์
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	ทีม PC จะประเมินภาวะโภชนาการและวางแผนโภชนบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโภชนาการอย่างเพียงพอ มีการติดตามประเมินซ้ำปัญหาด้าน โภชนาการของผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำ
โรงพยาบาลน่าน	ยังไม่มี การประเมินภาวะโภชนาการ มีเพียงการให้ความรู้ โดยคำนึงถึง overall disease burden ของผู้ป่วย และ ข้อดีข้อเสีย ในการได้รับ artificial nutrition ในรูปแบบต่าง ๆ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	มีโภชนาการเป็นคณะกรรมการทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในทีมเครือข่ายสุขภาพ
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการแนะนำการดูแลเรื่องโภชนบำบัดจากพยาบาลเสียเป็นส่วนใหญ่
โรงพยาบาลท่ายาง	ยังไม่มี การให้ความรู้ด้านโภชนาการ
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีแนวทางเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลไทรน้อยไม่มีนักโภชนาการ ถ้าผู้ป่วยใส่สายให้อาหาร แพทย์จะเป็นผู้ประเมินอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถรับอาหารได้หรือไม่

โรงพยาบาลบางบัวทอง2	อาหารจัดจ้างจากภายนอก เป็นอาหารทั่วไป
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือ MNA ฝ่ายโภชนาการของโรงพยาบาลควบคุมให้ได้พลังงานตามที่แพทย์กำหนด
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการกำหนดนโยบายในเรื่องการดูแลหรือหัตถการสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็น
วัดคำประมง	- มีการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการและโภชนบำบัด แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสม - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย - มีการให้ความรู้ในด้านการจัดการขยะ เศษอาหารให้เป็นไปอย่างปลอดภัย ลดแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค

โรงพยาบาลนาร่อง	3.4.3 ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และตอบสนองตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพของผู้ป่วย
โรงพยาบาลศิริราช	แพทย์เจ้าของไข้ประเมินเป็นระยะ เพื่อพิจารณาการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละสภาวะ มี multidisciplinary team approach เพื่อให้การฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย และ จิตใจ
โรงพยาบาลราชวิถี	วางแผนจำหน่าย โดยประสานกายภาพบำบัดมาประเมินก่อนจำหน่าย
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี	แพทย์เจ้าของไข้ประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งสอนญาติในการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถกลับไปทำที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	มีการประสานทีมนักกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัดและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเป็นรายกรณี มีพยาบาลจิตเวชประเมินสภาพอารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อมทุกราย
โรงพยาบาลน่าน	ยังไม่มีวางแผนฟื้นฟูสภาพ อย่างเป็นระบบ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	มีนักกายภาพบำบัดอยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและทีมเยี่ยมบ้าน
โรงพยาบาลเขาย้อย	-เป็นการให้คำแนะนำกระตุ้นจากพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ -มีการส่งปรึกษานักกายภาพในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งกิจวัตรที่สามารถทำได้ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
โรงพยาบาลท่ายาง	-
โรงพยาบาลไทรน้อย	การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พิจารณาเป็นรายๆ ไป ให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย แต่ไม่รบกวนผู้ป่วยจนเกินไป
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการประสานกับกายภาพในการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการ

	ประเมินด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เพื่อฟื้นฟูสภาพตามสภาวะ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพในกลุ่มที่มี ADL ต่ำโดยทีมกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีการปรึกษานักกายภาพบำบัดในการประเมิน วางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามการประเมินผลด้านร่างกาย อารมณ์ ตามสภาวะรายโรคของผู้ป่วยแต่ละคน
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนาร่อง	3.4.3 ค.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	ทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะทำการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตามเกณฑ์และตอบสนองและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลศิริราช	-Flow palliative care ของโรงพยาบาล -Worksheet ของฝ่ายการพยาบาล *แนวทางการดูแลของภาควิชาอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลราชวิถี	ประเมินอาการทุกข์ทรมาน การตอบสนองต่อการได้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสบาย ลดอาการทุกข์ทรมาน รวมทั้งมีการประเมินความต้องการด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร	มีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และแยกหอผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยอื่น จะต้องเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่โรคลุกลามไปมากแล้ว และแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยและคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีการประเมินซ้ำเกี่ยวกับอาการอย่างต่อเนื่องและให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทุกมิติ
โรงพยาบาลน่าน	-มีแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล -มีการประเมินซ้ำในระหว่างการดูแล รวมทั้งเมื่อสถานการณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ทำ family meeting เพื่อกำหนด Advanced care plan โดยผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลอุทัยธานี	มีกระบวนการในการทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล(ชุมชน)โดยทำในสองกลุ่มโรคคือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการทำ RRT
โรงพยาบาลเขาย้อย	เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้รับการถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care จากผู้ที่ได้รับการอบรมจึงมีความเข้าใจเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลท่าปาง	-

โรงพยาบาลไทรน้อย	มีการประเมินอาการ ความต้องการทั้งด้าน ร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณเป็นแบบเฉพาะไม่เหมือนผู้ป่วยทั่วไป โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับการประเมิน / ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	มีการประเมินซ้ำจากทีมแพทย์ พยาบาลทุกวันในด้านอาการรบกวนด้านร่างกาย ด้านอื่นๆ ประมาณ 1 ครั้งต่อสัปดาห์
โรงพยาบาลคามิลเลียน	ใช้เครื่องมือประเมินคือ PPS และERAS เพื่อใช้ในการประเมิน/ประเมินซ้ำ ตั้งแต่แรกรับจนเสียชีวิต
วัดคำประมง	มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม รวมทั้งขั้นตอนการทำศพ

โรงพยาบาลน่าน	3.5 ก.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	-มีการสื่อสารให้ข้อมูลความก้าวหน้าของโรคจากแพทย์เจ้าของไข้เป็นระยะ -มีการทำ ACP ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มอาการทรุดลง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาล่วงหน้าถึงแผนการดูแลรักษาที่ต้องการ -มีการทำ Family Meeting กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อร่วมตัดสินใจวางแผนเป้าหมายในการรักษา -มีการให้ความรู้ / คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำ Living Will
โรงพยาบาลศิริราช	-Flow palliative care -การกำหนดแผนการดูแลล่วงหน้า และ การบันทึกในเวชระเบียน
โรงพยาบาลราชวิถี	มีการสื่อสารความจริงที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และช่วงเวลาที่เหลือของชีวิต และแนวทางการดูแลในช่วงระยะท้ายของชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	มีการสื่อสารเกี่ยวกับพยากรณ์โรค อาการของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้แจ้งข่าวร้าย และมีการวางแผนการดูแลรักษา Advance care plan
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	มีเป้าหมายการดูแล (Goal of care), ปฏิบัติตามแผนจำหน่าย ACP ตามหลักการเสริมพลัง, แนะนำการทำ Living will ของผู้ป่วย
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	มีการให้ข้อมูล ข้อดี ข้อเสียของการรักษาแผนปัจจุบันหรือการปฏิเสธไม่รับการรักษาแผนปัจจุบัน รวมทั้งข้อดีข้อเสียของการปฏิเสธ แต่ยังขาดการให้ข้อมูลทางเลือกอื่นที่หลากหลายรูปแบบ
โรงพยาบาลน่าน	ทีมดูแลได้รับการอบรมเพิ่มทักษะเรื่องการสื่อสาร และสามารถปรึกษา ทีมแพทย์ พยาบาล palliative เพื่อช่วยสื่อสาร
โรงพยาบาลอุทัยธานี	มีการสื่อสารให้ความรู้ ข้อมูลการดำเนินงานให้กับเจ้าหน้าที่โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเรื่องของนโยบาย ระบบงาน Palliative care และแนวทางการจัดให้มี Hospice care Hospice corner ในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลเขาย้อย	ทีม Palliative care แจ้งการพยากรณ์อาการของโรคให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลทราบ และมีการทำ Active care plan ระหว่างทีม Palliative care กับผู้ดูแล/ครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้เลือกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย

	ของชีวิต
โรงพยาบาลท่ายาง	เรามีการบันทึกข้อมูลขณะที่เราแจ้งการรักษา วินิจฉัย รวมถึงการแจ้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยให้ชัดเจน
โรงพยาบาลไทรน้อย	ใช้การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้โรคของผู้ป่วยและญาติ มีการให้ข้อมูลและให้ครอบครัวได้ปรึกษากัน ถึงแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านในกรณีที่ไปดูแลต่อที่บ้าน
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	ทีมผู้ให้บริการมีการสื่อสารความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหา การพยากรณ์อาการและช่วงเวลาที่เป็นไปได้ และการดูแลในระยะท้ายของชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	การสื่อสารความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหา การพยากรณ์โรคขณะทำ Family Meeting และจะมีการกำหนดแผนการดูแลล่วงหน้าทุกครั้ง
โรงพยาบาลคามิลเลียน	แพทย์จะมีการประเมิน การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์ของโรคว่าผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูลอยู่ในระดับใด หลังจากนั้นจะมีการจัดทำ Family Conference รวมถึงการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทุกมิติตั้งแต่แรกรับจนถึงเสียชีวิต
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนําร่อง	3.5 ข.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	มีการให้คำปรึกษาในการจัดการศพเมื่อต้องการเสียชีวิตที่บ้าน โดยให้แพทย์เจ้าของไข้เขียนใบรับรองแพทย์ให้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการแจ้งความหลังเสียชีวิต
โรงพยาบาลศิริราช	-มีระบบการดูแลต่อเนื่อง -มีการส่งต่อข้อมูลกับเครือข่ายและชุมชนตามบริบทของผู้ป่วยและชุมชนนั้นๆ
โรงพยาบาลราชวิถี	ประสานไปยังโรงพยาบาลที่จะส่งผู้ป่วยไป โดยติดต่อกับผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย PC เพื่อการส่งต่อข้อมูลถึงเป้าหมายการดูแล ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว Symptom ยาที่ได้รับ และสมุดประวัติผู้ป่วย PC
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี	มีการประสานงานกับสถานพยาบาลภายนอก ในการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยผ่านช่องทางโทรศัพท์เบื้องต้นก่อน จากนั้นส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านทางอีเมล
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-มีเป้าหมายการดูแล (Goal of care) -ปฏิบัติตามแผนจำหน่าย ACP ตามหลักการเสริมพลัง -แนะนำการทำ Living will ของผู้ป่วย
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	มีการสื่อสารกลับระหว่างสถานพยาบาลที่รับส่งต่อเพื่อสื่อสารอาการผู้ป่วย โดยใช้โทรศัพท์ หรือ line ส่วนตัวกับผู้รับผิดชอบโดยตรงเพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย
โรงพยาบาลน่าน	-มีการส่งต่อข้อมูล ระหว่างสถานพยาบาลเครือข่าย -มีการดูแลร่วมกับชุมชน ผ่านทาง อสม. และ ผู้นำชุมชน
โรงพยาบาลอุทัยธานี	แพทย์ Family Medicineในแต่ละพื้นที่ เป็นแกนนำหลัก
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการประสานข้อมูลกับ รพ.ส่งต่อ.เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และเมื่อพบปัญหาในการดูแล สามารถปรึกษากลับได้
โรงพยาบาลท่าทาง	แจ้งรายละเอียดจากใบส่งต่อเยี่ยมบ้าน และอธิบายกับญาติและจะประเมินเสมอว่าผู้ป่วยต้องการบอกข้อมูลแค่ไหนอย่างไรรวมถึงแจ้งไป

	ยังชุมชน
โรงพยาบาลไทรน้อย	มีทีมเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นคณะทำงาน palliative care เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ดี ถ้ามีอาการที่จำเป็นต้องได้เข้ารับการรักษารักษาใน รพ. มีช่องทางในการเข้ารับการรักษารักษาใน รพ.ได้ตามช่องทางปกติ
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีการดูแลให้ความช่วยเหลือโดยการประสานความร่วมมือกันระหว่างสถานพยาบาล ชุมชน กับผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-มีการประสานงานนอกโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ -มีการให้ข้อมูล เอกสารด้านการบริจาคอวัยวะและการจัดการหลังการเสียชีวิต
โรงพยาบาลคามิลเลียน	-
วัดคำประมง	-

โรงพยาบาลนาร่อง	3.6
โรงพยาบาลรามาริบัติ	หน่วยงานมีการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยแบบไม่เป็นทางการ (ใช้การสื่อสารผ่านทาง group line, สมาชิกในชมรม ฯลฯ) แต่ยังไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ระบบฐานข้อมูล
โรงพยาบาลศิริราช	หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นขององค์กร ที่ทำการประสานระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายนอกโรงพยาบาล
โรงพยาบาลราชวิถี	-มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PC ในรายที่มีความจำเป็นทุกราย -หน่วยเยี่ยมบ้านประเมินผู้ป่วยและประสานงาน ส่งต่อข้อมูลกับหน่วยบริการ ชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี	มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะระยะท้าย
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	-มีเครือข่ายที่ชัดเจน *มีการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายตาม flow chart -มีระบบติดตามและให้คำปรึกษาระหว่างดูแลและหลังเสียชีวิต *การเยี่ยมเสริมพลังจากทีม รพศ. ไปยังทีม รพช. ที่ส่งคนไข้กลับ
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	-
โรงพยาบาลสงขลา	มีระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเครือข่ายโดยใช้แบบฟอร์มส่งต่อทุกราย มีการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากรพ. มีระบบการติดตามผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในสถานพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายเพื่อติดตามอาการและปัญหาต่างๆ มีอาสาสมัครร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับรพศ. มีการทบทวนปรับปรุงแบบฟอร์มส่งต่อเพื่อให้ครอบคลุมการประเมินทุกด้าน
โรงพยาบาลน่าน	-มีระบบในการส่งต่อข้อมูล มีการเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน มีการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ดูแลโดยทีม palliative ทุกราย -มีงานเวชกรรมสังคม ช่วยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ
โรงพยาบาลอุทัยธานี	มีศูนย์ COC ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองติดเตียง และกลุ่มผู้ป่วย Palliative care เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2558
โรงพยาบาลเขาย้อย	มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทาง Line แล้วส่งต่อข้อมูลเป็นเอกสารตามไปอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ทีมติดตามดูแลผู้ป่วยได้ทัน และแจ้งให้ผู้ดูแลได้ทราบถึงช่อง

	ทางการขอคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากชุมชน
โรงพยาบาลท่ายาง	ยังไม่ได้ทบทวนเวชระเบียน หรือข้อมูลการส่งกลับก่อนข้างล่าช้า
โรงพยาบาลไทรน้อย	ในช่วงเช้าจะเป็นการตรวจผู้ป่วยเรื้อรัง และช่วงบ่ายจะเป็นการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอย่างน้อยแต่ละ รพ.สต.จะมีทีมออกเดือนละ 1 ครั้ง
โรงพยาบาลบางบัวทอง2	มีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน ที่สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	-มีระบบเครือข่ายในการส่งต่อกับสำนักอนามัยแต่ยังไม่มีช่องทางกับ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข -มีการเตรียมตัวผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล
โรงพยาบาลคามิลเลียน	มีระบบการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มรับรักษาจนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยจะมีการ ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย
วัดคำประมง	- มีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน โดยประสานกับหน่วยบริการ สุขภาพโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร (ห่างจากอโรคยศาล วัดคำ ประมง 30 นาที)