



# สมุดคู่มือประเมินตนเอง

มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง  
Quality Standards for Palliative Care Version 2  
Self-Assessment Workbook



ศรีเวียง ไพโรจน์กุล  
ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ

ศูนย์การุณรักษ์  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
Karunruk Palliative Care Center  
เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง  
Thai Palliative Care Network

สมุดคู่มือประเมินตนเอง  
มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

Self – Assessment Workbook  
Quality Standards for Palliative Care  
Version 2

ศูนย์การุณรักษ์  
Karunruk Palliative Care Center  
เครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง  
Thai Palliative Care Network  
มกราคม 2565

## สมุดคู่มือประเมินตนเอง

### มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

---

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2561                      จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 : พฤศจิกายน 2561                      จำนวน 1,920 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 3 : มกราคม 2565                      จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ :                      หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 232/199 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

Tel. 0-4346-6444, 0-4346-6860, 0-4346-6861 Fax. 0-4346-6863

E-mail : klungpress@hotmail.com

## คำนำ

สมุดคู่มือประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเล่มนี้ ได้รับการพัฒนาโดยศูนย์การุณรักษ์ ร่วมกับ เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นทีมที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองในระบบเขตสุขภาพ สาขาการดูแลประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และให้เห็นภาพรวมด้านคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย คู่มือเล่มนี้เป็นการปรับปรุงจากเล่มเดิมซึ่งจัดทำขึ้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ยังคงมาตรฐานที่สำคัญตามเดิมแต่ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทการทำงาน และปรับให้สามารถคิดค่าคะแนนเพื่อให้สามารถประเมินความก้าวหน้า และเปรียบเทียบคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองระหว่างโรงพยาบาลได้

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล  
ศูนย์การุณรักษ์  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
มกราคม 2565

## สารบัญ

	หน้า
ข้อแนะนำการใช้สมุดคู่มือประเมินตนเอง มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	1
Guideline 1 โครงสร้างศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง บุคลากร และเครื่องมือ	3
ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานคุณภาพที่ 1 โครงสร้างศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง บุคลากร และเครื่องมือ	6
Guideline 2 ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง	7
ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานคุณภาพที่ 2 ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง	10
Guideline 3 การเชื่อมประสานบริการ และการส่งต่อ	11
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 3 การเชื่อมประสานบริการและการส่งต่อ	14
Guideline 4 การประเมินแบบองค์รวม และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	15
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 4 การประเมินแบบองค์รวม และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	19
Guideline 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	20
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	23
Guideline 6 การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	24
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 6 การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	26
Guideline 7 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต	27
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 7 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต	30
Guideline 8 การสนับสนุนผู้ดูแล	31
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 8 การสนับสนุนผู้ดูแล	33

	หน้า
Guideline 9 การดูแลภาวะสูญเสีย	34
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 9 การดูแลภาวะสูญเสีย	35
Guideline 10 การเข้าถึงและการใช้ยากลุ่ม opioids	36
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 10 การเข้าถึงและการใช้ยากลุ่ม opioids	39
Guideline 11 การพัฒนาคุณภาพ	40
ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ	41
สรุปผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	42



## ข้อเสนอแนะการใช้สมุดคู่มือประเมินตนเอง มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

คู่มือการประเมินตนเองเล่มนี้จะช่วยศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในการประเมินคุณภาพตนเอง คู่มือประกอบด้วย 11 มาตรฐานคุณภาพ ได้แก่

- มาตรฐานคุณภาพที่ 1 โครงสร้างศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง บุคลากร และเครื่องมือ
- มาตรฐานคุณภาพที่ 2 ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง
- มาตรฐานคุณภาพที่ 3 การเชื่อมประสานบริการและการส่งต่อ
- มาตรฐานคุณภาพที่ 4 การประเมินแบบองค์รวม และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- มาตรฐานคุณภาพที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า
- มาตรฐานคุณภาพที่ 6 การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- มาตรฐานคุณภาพที่ 7 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต
- มาตรฐานคุณภาพที่ 8 การสนับสนุนผู้ดูแล
- มาตรฐานคุณภาพที่ 9 การดูแลภาวะสูญเสีย
- มาตรฐานคุณภาพที่ 10 การเข้าถึงและการใช้ยากลุ่ม opioids
- มาตรฐานคุณภาพที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ

แต่ละมาตรฐานประกอบด้วย

1. หัวข้อมาตรฐานคุณภาพและคำบรรยาย
2. หลักการและเหตุผลของมาตรฐานคุณภาพ
3. ตัวชี้วัด
4. แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย คำอธิบาย และข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติที่ดี
5. การคิดค่าคะแนนของการปฏิบัติ



## แนวทางการกำหนดระดับคะแนน

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคอง

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0

ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5

ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

## พิจารณาตามระดับความสมบูรณ์ของการพัฒนา

คะแนน 1 เป็นช่วงเริ่มต้นพัฒนา อาจมีลักษณะตั้งรับ เน้นที่การวิเคราะห์ การตั้งทีม การจัดหาทรัพยากร และการกำหนดแนวทาง

คะแนน 2 เป็นช่วงของการวางระบบงาน และเริ่มนำไปสู่การปฏิบัติ

คะแนน 3 เป็นช่วงของการปฏิบัติตามแนวทางที่ออกแบบไว้จนเห็นผลลัพธ์ในช่วงต้น ถือว่าเป็นระดับที่คาดหวังไว้โดยเฉลี่ย เป็นระดับที่มีประสิทธิผล (effective)

คะแนน 4 เป็นช่วงที่มีความโดดเด่นในกระบวนการบางอย่าง ซึ่งอาจเป็นนวัตกรรมการเชื่อมโยง หรือวิธีการที่ได้ผลดีต่างๆ

คะแนน 5 เป็นระดับที่แสดงถึงกระบวนการการประเมิน และมีการปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ เป็นผู้นำในด้านนั้นๆ

หลังการประเมินในแต่ละมาตรฐาน จะทำให้เห็นว่าตัวชี้วัดใดยังไม่ผ่านเกณฑ์ และศูนย์ดูแลระดับประคองควรมีแผนพัฒนาคุณภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดดังกล่าวให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น หลังการประเมินในภาพรวมทุกมาตรฐาน จะทำให้เห็นสถานการณ์ด้านคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคองของตนเองว่าควรทำการพัฒนาด้านใดบ้าง การประเมินคุณภาพตามตัวชี้วัดเป็นระยะจะทำให้เห็นความก้าวหน้าของคุณภาพของศูนย์ดูแลระดับประคอง รวมถึงสามารถเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของทั่วประเทศและเปรียบเทียบระหว่างศูนย์ดูแลระดับประคองด้วยกันได้

## Guideline 1 โครงสร้างศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง บุคลากร และเครื่องมือ

ตัวชี้วัด						
<b>1.1 ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองมีโครงสร้างคณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง และกลยุทธ์การดำเนินการ</b>						
มาตรฐานคุณภาพ					ค่าคะแนน (เต็ม 5)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีผู้รับผิดชอบงานดูแลแบบประคับประคอง (1 คะแนน)</li> <li>▪ มีหลักฐานการแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของกรรมการ (1 คะแนน)</li> <li>▪ มีหลักฐานการประชุมติดตามการทำงานอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (1 คะแนน)</li> <li>▪ มีแผนการดำเนินการของศูนย์ (2 คะแนน)</li> </ul>					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p> </div>	
<b>1.2 บุคลากรที่ทำงานได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับที่เหมาะสมกับระดับการทำงาน</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผ่านการอบรมตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO)</li> </ul>						
ระดับ รพ.	บุคลากร	ระยะเวลาการอบรม	เกณฑ์ผ่าน	ผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์
A	แพทย์	3 – 6 เดือน	* ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
	พยาบาล	3 – 6 เดือน	* ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
	เภสัช	20 – 40 ชั่วโมง	ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
S, M1	แพทย์	60 – 80 ชั่วโมง	* ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
	พยาบาล	60 – 80 ชั่วโมง	* ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
	เภสัช	20 – 40 ชั่วโมง	ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
F1 – 3, M2	แพทย์	20 – 40 ชั่วโมง	* ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
	พยาบาล	20 – 40 ชั่วโมง	* ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
	เภสัช	20 – 40 ชั่วโมง	ตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 คน			
สรุปตัวชี้วัดที่ 1.2 การผ่านเกณฑ์ต้องมี * ตามที่กำหนดทุกข้อ						

### 1.3 มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับปริมาณงานเพื่อการจัดการบริการที่มีคุณภาพ

มีการจัดสรรอัตรากำลังตามที่กำหนด กรอกข้อมูลตามระดับโรงพยาบาลของท่าน

ระดับ รพ.	วิชาชีพที่ต้องมี	จำนวนคนอย่างน้อย	บทบาท	ตำแหน่ง	* ตามเกณฑ์	ไม่ตามเกณฑ์	เกณฑ์ผ่าน
A, S (ผู้ให้บริการ ระดับ A)	แพทย์	3 – 4 หรือ 1:200 เพียง	Team manager/Team member	Full – time equivalent 40H/W			ต้องผ่านตามเกณฑ์ทุกข้อ
	พยาบาล	3 – 4 หรือ 1:200 เพียง	Case manager	Full – time			
	เภสัชกร	1 – 2	Team member	Part – time			
	นักสังคม	1	Team member	Part – time			
M1, M2 (ผู้ให้บริการ ระดับ A)	แพทย์	1	Team manager	Part – time			
	พยาบาล	1	Case manager	Full – time			
	เภสัชกร	1	Team member	Part – time			
F1 – 3 (ผู้ให้บริการ ระดับ B)	แพทย์	1	Team manager/Team member	Part – time			
	พยาบาล	1	Coordinator	Full – time/Part – time			
	เภสัชกร	1	Team member	Part – time			
สรุปตัวชี้วัดที่ 1.3					ผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์

อุปสรรคและแผนพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

<b>1.4 บุคลากรที่ทำงานในศูนย์ดูแลระดับประคองจำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง และต้องมีระบบที่สามารถเข้าถึงการสนับสนุนในการจัดการกับความเครียดจากการทำงาน*</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีหลักฐานการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรผู้ทำงานในการเผชิญสถานการณ์ ปรับตัว และเสริมความเข้มแข็ง*</li> <li>▪ มีหลักฐานแนวทางการเข้าถึงความช่วยเหลือ/การขอคำปรึกษาของบุคลากรผู้ทำงาน โดยมีระบบการจัดเก็บเป็นความลับ*</li> </ul>		
<b>1.5 มีเวชภัณฑ์ อุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและพอเพียงสำหรับการจัดบริการ</b>		
<b>มาตรฐานคุณภาพ</b>	<b>มี</b>	<b>ไม่มี</b>
<b>เวชภัณฑ์ ผู้ให้บริการระดับ A (A, S, M1) มี essential opioids ดังต่อไปนี้:</b>		
- Morphine injection		
- Immediate – released morphine เช่น MOIR tab, Morphine syrup		
- Control – released morphine เช่น MST tab (10, 30 mg)/ Kapanol cap (20, 50 mg)		
- Fentanyl injection		
- Fentanyl TD		
<b>เวชภัณฑ์ ผู้ให้บริการระดับ B (M2, F1 – 3) มี essential opioids ดังต่อไปนี้:</b>		
- Morphine injection		
- Immediate – released morphine เช่น MOIR tab หรือ Morphine syrup		
- Control – released morphine เช่น MST tab (10, 30 mg)/ Kapanol cap (20, 50 mg)		
การผ่านเกณฑ์ต้องมีครบทุก items (ไม่จำกัดขนาด)	ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
<b>1.6 มีหลักฐานการทำทะเบียนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน และมีระบบบันทึกการยืมอุปกรณ์</b>	ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>		
<b>ข้อเสนอแนะ</b>		

\* หมายถึง การประเมินที่ไม่ได้พิจารณาเกณฑ์ผ่าน/ไม่ผ่าน

## ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานคุณภาพที่ 1 โครงสร้างศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง บุคลากร และเครื่องมือ

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ	ค่าคะแนน
1.1 ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองมีโครงสร้างคณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง และกลยุทธ์การดำเนินการ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
1.2 บุคลากรที่ทำงานได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับที่เหมาะสมกับระดับการทำงาน (ประเมินว่าผ่าน/ไม่ผ่านตามเกณฑ์)	ผ่าน/ ไม่ผ่านตามเกณฑ์
1.3 มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับปริมาณงานเพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ (ประเมินว่าผ่าน/ไม่ผ่านตามเกณฑ์)	ผ่าน/ ไม่ผ่านตามเกณฑ์
1.5 มีเวชภัณฑ์ อุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและพอเพียงสำหรับการจัดบริการ	ผ่าน/ ไม่ผ่านตามเกณฑ์
1.6 มีอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและพอเพียงในการจัดบริการการพัฒนาในภาพรวม	ผ่าน/ ไม่ผ่านตามเกณฑ์
<p>แผนการพัฒนาในภาพรวม</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>	

**Guideline 2 ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง  
ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายที่ได้รับการวินิจฉัย และเข้าสู่การบริการแบบประคับประคองในเวลาเหมาะสม**

<b>ตัวชี้วัด</b>										
<b>2.1 มีหลักฐานที่แสดงถึงระบบที่ใช้ค้นหาและระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย (มีโอกาเสียชีวิตภายใน 12 เดือน)</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบการค้นหา ตรวจกรอง และระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย</li> </ul>										
ไม่มีการค้นหา ตรวจกรอง	มีการค้นหา ตรวจกรองใน หอผู้ป่วยโดยไม่มีการใช้ เครื่องมือ		มีการค้นหา ตรวจกรองใน หอผู้ป่วยโดยการใช้ เครื่องมือแต่ปฏิบัติได้น้อย		มีการค้นหา ตรวจกรองใน หอผู้ป่วยโดยการใช้เครื่องมือ และปฏิบัติได้ปานกลาง		มีการค้นหา ตรวจกรองในหอ ผู้ป่วยโดยการใช้เครื่องมือและ ปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่		มีการค้นหา ตรวจกรองใน หอผู้ป่วยโดยการใช้เครื่องมือ และปฏิบัติในทุกหอผู้ป่วย	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<b>2.2 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าสู่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองหรือบริการอื่นที่จำเป็น ถ้าความต้องการของผู้ป่วยเกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการส่งต่อขอรับคำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย</li> </ul>										
ไม่มีแนวปฏิบัติการขอรับ คำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วย และไม่มีการส่งต่อ	มีแนวปฏิบัติการขอรับ คำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยแต่มี การส่งต่อน้อยมาก < 20%		มีแนวปฏิบัติการขอรับ คำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยและ มีการส่งต่อ 20 – 39%		มีแนวปฏิบัติการขอรับ คำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยและ มีการส่งต่อ 40 – 59%		มีแนวปฏิบัติการขอรับ คำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยมีการ ส่งต่อ 60 – 79%		มีแนวปฏิบัติการขอรับ คำปรึกษา/ส่งต่อผู้ป่วยมี การส่งต่อ 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										

<b>2.3 ผู้ให้บริการมีระบบในการตรวจคัดกรอง และจัดลำดับความเร่งด่วนของการปรึกษา เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดูแลจะได้รับในเวลาที่เหมาะสม</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้านได้รับการดูแลหรือติดต่อภายในเวลาที่กำหนด (IPD 1 วันทำงาน/ที่บ้าน PPS &lt; 30 1 วัน, PPS 40 – 50 3 วัน, PPS &gt; 50 1 สัปดาห์)</li> </ul>										
ไม่สามารถให้การดูแลในเวลาที่กำหนดได้เลย	ได้รับการดูแลในเวลาที่กำหนด < 20%		ได้รับการดูแลในเวลาที่กำหนด 20 – 39%		ได้รับการดูแลในเวลาที่กำหนดมากกว่า 40 – 59%		ได้รับการดูแลในเวลาที่กำหนด 60 – 79%		ได้รับการดูแลในเวลาที่กำหนด 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>										
<b>2.4 มีหลักฐานแสดงการจัดการเพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายรวมถึงครอบครัว/ผู้ดูแล ทราบถึงผู้ที่จะต้องติดต่อเพื่อให้ได้รับบริการ และทราบแหล่งข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลต้องมีแหล่งข้อมูลที่แนะนำเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง</li> </ul>										
ไม่มี	บุคลากรให้ข้อมูลแต่ปฏิบัติน้อยมาก		บุคลากรให้ข้อมูลและมีการปฏิบัติบ้าง		บุคลากรให้ข้อมูลและมีการปฏิบัติปานกลาง		บุคลากรให้ข้อมูลและมีการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ มีเอกสารแผ่นพับ		บุคลากรให้ข้อมูลสม่ำเสมอ มีเอกสารแผ่นพับ และแนะนำแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>										
<b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<b>2.5 ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการแบบประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือกรณีไม่สามารถให้การปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ควรสามารถเข้าถึงหน่วยบริการอื่นที่ให้การช่วยเหลือได้</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบติดต่อบริการแบบประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีไม่สามารถให้การปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบทดแทน เช่น การโทรปรึกษาที่ห้องตรวจฉุกเฉิน หรือหอบผู้ป่วยที่มีบุคลากรรับผิดชอบ</li> </ul>										

ไม่มีระบบ ขอรับค่าปรึกษาจาก ทีมดูแลแบบประคับ ประคอง	สามารถปรึกษาทีมดูแลแบบ ประคับประคองได้เฉพาะ ช่วงเวลาทำการเท่านั้น		สามารถปรึกษาทีมดูแล แบบประคับประคองได้ เฉพาะเวลาทำการ นอก เวลาปรึกษาโดยหน่วย บริการอื่นที่ได้รับการมอบ หมาย		สามารถปรึกษาทีมดูแล แบบประคับประคองได้ เฉพาะเวลาทำการ นอก เวลาปรึกษาโดยหน่วย บริการอื่นที่ได้รับการมอบ หมายและมีการเชื่อมต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง		สามารถปรึกษาทีมดูแลแบบ ประคับประคองได้เฉพาะ เวลาทำการ นอกเวลาปรึกษา โดยหน่วยบริการอื่นที่ผ่าน การอบรมพื้นฐาน PC และมี การเชื่อมต่อเพื่อการดูแล ต่อเนื่อง		ปรึกษาทีมดูแลแบบประคับ ประคองได้ตลอด 24 ชม.	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<b>2.6 ผู้ให้บริการมีหลักปฏิบัติสำหรับการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านการดูแลแบบประคับประคอง หรือกรณีมีความต้องการเร่งด่วน</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีแนวปฏิบัติการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน</li> </ul>										
ไม่มี แนวปฏิบัติ	มีแนวปฏิบัติ แต่มีการ ปฏิบัติ < 20%		มีแนวปฏิบัติ มีการ ปฏิบัติบ้าง 20 – 39%		มีแนวปฏิบัติ มีการ ปฏิบัติปานกลาง 40 – 59%		มีแนวปฏิบัติ มีการปฏิบัติเป็น ส่วนใหญ่ 60 – 79%		มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ สม่ำเสมอ 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<b>2.7 ผู้ให้บริการสามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้บริการอื่นๆ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและการจัดการจากผู้เชี่ยวชาญด้วยการดูแลที่เหมาะสม*</b>										

\* หมายถึง การประเมินที่ไม่ได้พิจารณาเกณฑ์ผ่าน/ไม่ผ่าน



## ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานคุณภาพที่ 2 ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ	ค่าคะแนนรวม
2.1 มีหลักฐานที่แสดงถึงระบบที่ใช้ค้นหา และระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย (มีโอกาเสียชีวิตภายใน 12 เดือน)	
2.2 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าสู่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองหรือบริการอื่นที่จำเป็น ถ้าความต้องการของผู้ป่วยเกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ	
2.3 ผู้ให้บริการคัดกรองและจัดลำดับความเร่งด่วนของการปรึกษา เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดูแลจะได้รับในเวลาที่เหมาะสม	
2.4 มีหลักฐานที่แสดงการจัดการเพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายรวมถึงครอบครัว/ผู้ดูแล ทราบถึงผู้ที่จะต้องติดต่อเพื่อให้ได้รับบริการ และทราบแหล่งข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง	
2.5 ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการแบบประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือกรณีไม่สามารถให้การปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ควรสามารถเข้าถึงหน่วยบริการอื่นที่ให้การช่วยเหลือได้	
2.6 ผู้ให้บริการมีหลักปฏิบัติสำหรับการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านการดูแลแบบประคับประคอง หรือกรณีมีความต้องการเร่งด่วน	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
แผนพัฒนาในภาพรวม	
ข้อเสนอแนะ	

**Guideline 3 การเชื่อมประสานบริการ และการส่งต่อ**  
**การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ โดยมีความต่อเนื่องในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการอื่น**

ตัวชี้วัด										
<b>3.1 มีผู้ให้บริการในการประสานการดูแลผู้ป่วย</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยทุกรายมีผู้ให้บริการหลักที่ได้รับการกำหนดให้เป็นผู้ประสานงานหลักการดูแลผู้ป่วย (nurse case manager)</li> </ul>										
ไม่มีพยาบาล ประสานงาน	มีพยาบาลประสานงานที่ ไม่ได้ทำเป็นงานประจำ	มีพยาบาลประสานงานที่ ทำเป็นงานประจำ ดูแล หลายๆ งานเช่น COC, IMC รวมถึง PC	มีพยาบาล care manager หลายคนผลัดกันมาทำงาน ไม่ใช่คนเดียวตลอด	มีพยาบาล case manager หลายคนผลัดกันมาทำงาน ไม่ใช่คนเดียวตลอด แต่มี การส่งต่อข้อมูล ทำงาน สอดคล้องประสานกัน	มีพยาบาล case manager เป็นผู้ให้บริการ หลักคนเดียวอย่าง ต่อเนื่อง					
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนางาน</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<b>3.2 มีการจัดตั้งเครือข่ายระหว่างสถานบริการ และหน่วยงานอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อและเป็นองค์รวม</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการสร้างระบบเชื่อมต่อกับหน่วยบริการทุกระดับเป็นเครือข่าย ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ</li> </ul>										
ไม่มีเครือข่าย	มีระบบเชื่อมต่อเครือข่าย ครอบคลุมพื้นที่ < 20%	มีระบบเชื่อมต่อเครือข่าย ครอบคลุมพื้นที่ 20 – 39%	มีระบบเชื่อมต่อเครือข่าย ครอบคลุมพื้นที่ 40 – 59%	มีระบบเชื่อมต่อเครือข่าย ครอบคลุมพื้นที่ 60 – 79%	มีระบบเชื่อมต่อเครือข่าย ครอบคลุมพื้นที่ 80 – 100%					
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
<p><b>3.3 ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน มีรายละเอียดวิธีการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาทำการของสถานพยาบาล</b></p>										
<p>▪ มีเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาทำการ</p>										
ไม่มีเอกสารที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้เลย	มีเอกสารติดต่อได้เฉพาะหน่วยงาน		มีเอกสารติดต่อหน่วยงานและเบอร์โทรหน่วยงาน แต่ได้เฉพาะเวลาทำการ		มีเอกสารติดต่อหน่วยงาน เบอร์โทรหน่วยงานและชื่อบุคลากรที่ดูแลแต่ได้เฉพาะเวลาทำการ		มีเอกสารติดต่อหน่วยงาน เบอร์โทรหน่วยงาน ชื่อและเบอร์โทรบุคลากรที่ดูแลแต่ได้เฉพาะเวลาทำการ		มีเอกสารติดต่อหน่วยงาน รวมถึงชื่อบุคลากรที่ดูแลและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อทั้งในและนอกเวลาทำการ	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
<p><b>3.4 มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่จำเป็น และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่สถานบริการที่รับส่งต่อ</b></p>										
<p>▪ ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนส่งต่อการดูแล มีการส่งต่อข้อมูลด้วยการโทรศัพท์สื่อสาร หรือเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร/อิเล็กทรอนิกส์</p>										
ไม่มีระบบส่งต่อ	มีการส่งต่อ ครอบคลุม < 20%		มีการส่งต่อ ครอบคลุม 20 – 39%		มีการส่งต่อ ครอบคลุม 40 – 59%		มีการส่งต่อ ครอบคลุม 60 – 79%		มีการส่งต่อ ครอบคลุม 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
<p>3.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการนอกเหนือขอบเขตการให้บริการตามปกติ เช่น การดูแลพิเศษที่เฉพาะตัว ควรมีการส่งต่อให้ผู้บริการรายอื่น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย*</p>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีเอกสาร/หลักฐานของสถานบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดบริการที่เหมาะสม ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว*</li> </ul>										
<p>3.6 มีแผนการให้ข้อมูลเรื่องการแจ้งตายและการออกใบมรณะบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ</p>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีวิธีปฏิบัติ หรือเอกสาร/แผนผังข้อมูลเรื่องการแจ้งตาย และการออกใบมรณะบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ</li> </ul>										
ไม่มีวิธีปฏิบัติ	มีแผนให้ข้อมูลแต่ปฏิบัติ ได้ < 20%		มีแผนให้ข้อมูลแต่ปฏิบัติ ได้ 20 – 39%		มีแผนให้ข้อมูลแต่ปฏิบัติได้ 40 – 59%		มีแผนให้ข้อมูลแต่ปฏิบัติได้ 60 – 79%		มีแผนให้ข้อมูลและปฏิบัติ ได้ 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										

\* หมายถึง การประเมินที่ไม่ได้พิจารณาเกณฑ์ผ่าน/ไม่ผ่าน

### ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 3 การเชื่อมประสานบริการ และการส่งต่อ

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ	ค่าคะแนนรวม
3.1 มีผู้ให้บริการในการประสานการดูแลผู้ป่วย	
3.2 มีการจัดตั้งเครือข่ายระหว่างสถานบริการและหน่วยงานอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อและเป็นองค์รวม	
3.3 ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน มีรายละเอียดวิธีการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาทำการ	
3.4 มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่จำเป็น และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่สถานบริการที่รับส่งต่อ	
3.6 มีแผนการให้ข้อมูลเรื่องการแจ้งตายและการออกใบมรณะบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ	
	<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>
<b>แผนพัฒนาในภาพรวม</b>           <b>ข้อเสนอแนะ</b>	

## Guideline 4 การประเมินแบบองค์รวม และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โดยการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด										
4.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายทุกราย ได้รับการประเมินอย่างเป็นองค์รวมและบันทึกครอบคลุมถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรม										
4.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจกรองและบันทึกข้อมูลอาการปวดระหว่างการรักษาหรือการประเมินเบื้องต้น (ตรวจสอบจากบันทึกรายงานผู้ป่วย)										
ไม่มีการตรวจกรอง	มีการตรวจกรองครอบคลุม < 20%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 20 – 39%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 40 – 59%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 60 – 79%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
4.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจกรองและบันทึกข้อมูลอาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระหว่างการรักษาหรือการประเมินเบื้องต้น (ตรวจสอบจากบันทึกรายงานผู้ป่วย)										
ไม่มีการตรวจกรอง	มีการตรวจกรองครอบคลุม < 20%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 20–39%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 40–59%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 60 – 79%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
4.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม ในการตรวจกรองครั้งแรก (ตรวจสอบจากบันทึกรายงานผู้ป่วย)										
ไม่มีการบันทึก	มีการตรวจกรองครอบคลุม < 20%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 20 – 39%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 40 – 59%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 60 – 79%		มีการตรวจกรองครอบคลุม 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
อุปสรรคและแผนพัฒนา										
ข้อเสนอแนะ										

4.2 มีหลักฐานการบันทึกข้อมูลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังการประเมินแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล										
<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังการเข้ารับบริการครั้งแรก/การประเมินเบื้องต้น (ตรวจสอบจากบันทึกกรายงานผู้ป่วย)</li> </ul>										
ไม่มี	มีแผนการดูแลครอบคลุม <20%		มีแผนการดูแลครอบคลุม 20 – 39%		มีแผนการดูแลครอบคลุม 40 – 59%		มีแผนการดูแลครอบคลุม 60 – 79%		มีแผนการดูแลครอบคลุม 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
4.3 มีการประเมินและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>หลักฐานการประชุมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (อย่างน้อยแพทย์และพยาบาล) เพื่อหารือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ</li> </ul>										
ไม่มีการประชุม ทีมสหสาขา	มีการประชุมทีมสหสาขา ครอบคลุมผู้ป่วย < 20%		มีการประชุมทีมสหสาขา ครอบคลุมผู้ป่วย 20 – 39%		มีการประชุมทีมสหสาขา ครอบคลุมผู้ป่วย 40 – 59%		มีการประชุมทีมสหสาขา ครอบคลุมผู้ป่วย 60 – 79%		มีการประชุมทีมสหสาขา ครอบคลุมผู้ป่วย 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										

4.4 มีหลักฐานการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะตามความเหมาะสม โดยมีการบันทึกข้อมูลเรื่องความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาตามความต้องการที่เปลี่ยนไป										
<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของอาการปวดของผู้ป่วยในระดับปานกลางหรือรุนแรง (ค่าคะแนน <math>\geq 4</math>) ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายใน 48 – 72 ชั่วโมง (ตรวจสอบบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน)</li> </ul>										
	ความปวดลดลงตามเกณฑ์ < 20%		ความปวดลดลงตามเกณฑ์ 20 – 39%		ความปวดลดลงตามเกณฑ์ 40 – 59%		ความปวดลดลงตามเกณฑ์ 60 – 79%		ความปวดลดลงตามเกณฑ์ 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
4.5 มีการประเมินอาการทางกาย และความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่เหมาะสม										
4.5.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการปวดทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการ หรืออย่างน้อยทุกๆ 3 วัน (ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย)										
ไม่มีการประเมินอาการปวด	ประเมินอาการปวดทุกครั้ง < 20%		ประเมินอาการปวดทุกครั้ง 20 – 39%		ประเมินอาการปวดทุกครั้ง 40 – 59%		ประเมินอาการปวดทุกครั้ง 60 – 79%		ประเมินอาการปวดทุกครั้ง 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										



4.5.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน และปัญหาในระบบทางเดินอาหารทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการ หรืออย่างน้อยทุกๆ 3 วัน (ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลจากรายงาน)										
ไม่มีการประเมิน	ประเมินอาการอื่นๆ ทุกครั้ง < 20%		ประเมินอาการอื่นๆ ทุกครั้ง 20 – 39%		ประเมินอาการอื่นๆ ทุกครั้ง 40 – 59%		ประเมินอาการอื่นๆ ทุกครั้ง 60 – 79%		ประเมินอาการอื่นๆ ทุกครั้ง 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
อุปสรรคและแผนพัฒนา										
ข้อเสนอแนะ										
4.5.3 ร้อยละของผู้ป่วย และ/หรือครอบครัวที่ได้รับการประเมินความต้องการด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้งที่ได้พบผู้ให้บริการ หรืออย่างน้อยทุกสัปดาห์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินนั้น ได้แก่ ESAS, PCOC, IPOS, Distress Thermometer (ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย)										
ไม่มีการประเมิน	ประเมินจิตสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้ง < 20%		ประเมินจิตสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้ง 20 – 39%		ประเมินจิตสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้ง 40 – 59%		ประเมินจิตสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้ง 60 – 79%		ประเมินจิตสังคม และจิตวิญญาณทุกครั้ง 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
อุปสรรคและแผนพัฒนา										
ข้อเสนอแนะ										

## ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 4 การประเมินแบบองค์รวม และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ	ค่าคะแนนรวม
4.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายทุกรายได้รับการประเมินและบันทึกครอบคลุมถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายจิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม (ค่าเฉลี่ยของ 4.1.1 + 4.1.2 + 4.1.3)	
4.2 มีหลักฐานการบันทึกข้อมูลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังจากการประเมินแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแล	
4.3 มีการประเมินและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ	
4.4 มีหลักฐานบันทึกข้อมูลการประเมินและแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะตามความเหมาะสม โดยมีการบันทึกข้อมูลเรื่องความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาตามความต้องการที่เปลี่ยนไป	
4.5 มีหลักฐานบันทึกข้อมูลการประเมินอาการทางกาย และความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ยของ 4.5.1 + 4.5.2 + 4.5.3)	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
<p>แผนพัฒนาในภาพรวม</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>	

**Guideline 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า**  
**ผู้ป่วยทุกคนที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้า**

ตัวชี้วัด										
<b>5.1 มีระบบที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายได้รับข้อมูล และเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีโครงสร้างและระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการทำแผนดูแลล่วงหน้าและมีการปฏิบัติเป็นงานประจำ</li> </ul>										
ไม่มีระบบ ไม่มีการปฏิบัติ	มีระบบการให้ข้อมูลและ การเข้าถึงการทำแผนดูแล ล่วงหน้า แต่ไม่ได้ปฏิบัติ		มีระบบการให้ข้อมูลและ การเข้าถึงการทำแผนดูแล ล่วงหน้า แต่มีการปฏิบัติ ได้น้อย		มีระบบการให้ข้อมูลและ การเข้าถึงการทำแผนดูแล ล่วงหน้า และมีการปฏิบัติ ได้ปานกลาง		มีระบบการให้ข้อมูลและ การเข้าถึงการทำแผนดูแล ล่วงหน้า และปฏิบัติเป็น งานประจำสม่ำเสมอ		มีระบบการให้ข้อมูลและ การเข้าถึงการทำแผนดูแล ล่วงหน้า และมีเอกสาร ปฏิบัติเป็นงานประจำ บุคลากรได้รับการฝึกทักษะ	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<b>5.2 ผู้ป่วยในการดูแลของศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง มีแผนการดูแลล่วงหน้า และสื่อสารให้ครอบครัวทราบ</b>										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	ผู้ป่วยมีแผนดูแลล่วงหน้า < 20%		ผู้ป่วยมีแผนดูแลล่วงหน้า 20 – 39%		ผู้ป่วยมีแผนดูแลล่วงหน้า 40 – 59%		ผู้ป่วยมีแผนดูแลล่วงหน้า 60 – 79%		ผู้ป่วยมีแผนดูแลล่วงหน้า 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										

5.3 มีระบบการบันทึกเอกสารแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครอบคลุมสิ่งที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการ เกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิต และบุคลากรสามารถเข้าถึงเอกสารได้										
5.3.1 แผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการลงบันทึกในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วย/การบันทึกแบบอิเล็กทรอนิกส์ อย่างน้อยควรประกอบด้วยเป้าหมายการดูแล การช่วยฟื้นคืนชีพ สถานที่ดูแล สถานที่เสียชีวิต										
ไม่มี	มีการพูดคุยแต่ไม่มีการบันทึก		มีการบันทึกเป็นเอกสารไว้ในเวชระเบียน/OPD card		มีการบันทึกเป็นเอกสารไว้ในเวชระเบียน/OPD card และมีฉบับของผู้ป่วย		มีการบันทึกเป็นเอกสารไว้ในเวชระเบียน/OPD card มีฉบับของผู้ป่วยและบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของรพ.		มีการบันทึกเป็นเอกสารไว้ในเวชระเบียน/OPD card มีฉบับของผู้ป่วยและบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของรพ. และมีระบบแจ้งเตือน	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
5.3.2 บุคลากรทราบถึงระบบการจัดเก็บและสามารถเข้าถึงเอกสารแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย										
ไม่ทราบ/เข้าไม่ถึง	รับรู้และสามารถเข้าถึง < 20%		รับรู้และสามารถเข้าถึง 20 – 39%		รับรู้และสามารถเข้าถึง 40 – 59%		รับรู้และสามารถเข้าถึง 60 – 79%		รับรู้และสามารถเข้าถึง 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										

5.4 มีระบบในการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตาม										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีหลักฐานแสดงว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น ไม่ถูกใส่เครื่องช่วยชีวิต เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ เป็นต้น</li> </ul>										
ไม่มีข้อมูลติดตาม	แผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการปฏิบัติตาม < 20%		แผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการปฏิบัติตาม 20 – 39%		แผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการปฏิบัติตาม 40 – 59%		แผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการปฏิบัติตาม 60 – 79%		แผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการปฏิบัติตาม 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										



**Guideline 6 การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**  
**ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการเฉพาะตัว โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน**

ตัวชี้วัด										
<b>6.1 ความต้องการเฉพาะตัวตามพื้นฐานความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาการจัดบริการ ซึ่งมีความเฉพาะตัว</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการตรวจกรอง และบันทึกข้อมูลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม</li> </ul>										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	มีการตรวจกรองและการบันทึกข้อมูล < 20%		มีการตรวจกรองและการบันทึกข้อมูล 20 – 39%		มีการตรวจกรองและการบันทึกข้อมูล 40 – 59%		มีการตรวจกรองและการบันทึกข้อมูล 60 – 79%		มีการตรวจกรองและการบันทึกข้อมูล 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<b>6.2 มีการสื่อสารข้อมูลสถานะโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียดอ่อนและอย่างสม่ำเสมอ</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสถานะโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน ทั้งในช่วงเริ่มให้การดูแล และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะโรคผู้ป่วย และบันทึกเป็นหลักฐาน</li> </ul>										
ไม่มีการสื่อสาร ไม่มีการบันทึก	มีการสื่อสารเฉพาะในช่วงเริ่มการดูแลเป็นบางส่วน		มีการสื่อสารเฉพาะในช่วงเริ่มการดูแลเป็นส่วนใหญ่		มีการสื่อสารในช่วงเริ่มการดูแลทุกรายแต่ไม่มีความต่อเนื่อง		มีการสื่อสารในช่วงเริ่มการดูแลทุกรายและเป็นครั้งคราวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง		มีการสื่อสารในช่วงเริ่มการดูแลทุกรายอย่างสม่ำเสมอและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
<p>6.3 ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการบริการดูแลรักษาต่างๆ เมื่อมีความจำเป็น (เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด การฝึกพูด และอื่นๆ) ควรเชื่อมโยงแหล่งบริการที่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย</p>										
<p>6.3.1 ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการสนับสนุนการดูแลทางจิตวิญญาณ</p>										
ไม่มีการประเมินและระบบสนับสนุน	มีการประเมินแต่ไม่มีการสนับสนุนกิจกรรม		มีการประเมินและสนับสนุนกิจกรรมตามความจำเป็น		มีการประเมินและสนับสนุนกิจกรรมเป็นครั้งคราว		มีการประเมินและสนับสนุนกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ		มีการประเมินและสนับสนุนกิจกรรม มีระบบประสานงานที่ดีกับหน่วยงาน/แหล่งประโยชน์	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
<p>6.3.2 ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการดูแลรักษาต่างๆ เมื่อมีความจำเป็น (เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด การฝึกพูด และอื่นๆ) *</p>										
<p>6.4 ในกรณีที่มีความขัดแย้งด้านจริยธรรมที่ซับซ้อนเกินกว่าการจัดการของหน่วยบริการ ควรมีนโยบาย และขั้นตอนนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม*</p>										
<p>ผู้ให้บริการระดับ A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีหลักฐานระบบการส่งต่อปรึกษาคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมในกรณีที่มีประเด็นซับซ้อนทางจริยธรรม*</li> </ul>										

\* หมายถึง การประเมินที่ไม่ได้พิจารณาเกณฑ์ผ่าน/ไม่ผ่าน



## ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 6 การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ	ค่าคะแนนรวม
6.1 ความต้องการเฉพาะตัวตามพื้นฐานความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาการจัดบริการ ซึ่งมีความเฉพาะตัว	
6.2 มีการสื่อสารข้อมูลสภาวะโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียดอ่อนและอย่างสม่ำเสมอ	
6.3 ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการบริการดูแลรักษาต่างๆ เมื่อมีความจำเป็น (เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด การฝึกพูด และอื่นๆ) ควรเชื่อมโยงแหล่งบริการที่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย	
	คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้
แผนพัฒนาในภาพรวม	
ข้อเสนอแนะ	

## Guideline 7 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต

### การดูแลในระยะใกล้เสียชีวิตต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

ตัวชี้วัด										
<b>7.1 ทีมสุขภาพรับรู้ว่าคุณป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต มีการบันทึกและสื่อสารให้ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพอื่นรับรู้</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ได้รับการสื่อสาร (ถ้าทำได้) รวมถึงครอบครัว ได้รับการสื่อสาร และได้มีการบันทึกไว้ในรายงานของผู้ป่วย (ตรวจสอบจากบันทึกรายงานผู้ป่วย)</li> </ul>										
ไม่มีการสื่อสาร	ได้รับการสื่อสาร < 20%		ได้รับการสื่อสาร 20 – 39%		ได้รับการสื่อสาร 40 – 59%		ได้รับการสื่อสาร 60 – 79%		ได้รับการสื่อสาร และให้/ แนะนำเอกสาร 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<b>7.2 ครอบครัวได้รับรู้เรื่องอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตทันเวลา และคำนึงถึงความเหมาะสมตามวัย บริบทสังคม และวัฒนธรรม</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลหรือแนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตในเวลาที่เหมาะสม</li> </ul>										
ไม่ได้ให้ข้อมูล/ไม่มี การบันทึก	ได้รับข้อมูลหรือแนะนำ แหล่งข้อมูล < 20%		ได้รับข้อมูลหรือแนะนำ แหล่งข้อมูล 20 – 39%		ได้รับข้อมูลหรือแนะนำ แหล่งข้อมูล 40 – 59%		ได้รับข้อมูลหรือแนะนำ แหล่งข้อมูล 60 – 79%		ได้รับข้อมูลหรือแนะนำ แหล่งข้อมูล 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										

7.3 อาการไม่สุขสบายต่างๆ ของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตต้องได้รับการประเมินและจัดการอาการที่เหมาะสม										
7.3.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการที่พบบ่อยในช่วงเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต (ตรวจสอบจากบันทึกรายงานผู้ป่วย)										
ไม่มีการประเมิน	มีการประเมิน < 20%		มีการประเมิน 20 – 39%		มีการประเมิน 40 – 59%		มีการประเมิน 60 – 79%		มีการประเมิน 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
7.3.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตได้รับการควบคุมความปวดที่ดี (ตรวจสอบจากบันทึกรายงานผู้ป่วย)										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	คุมความปวดได้ดี < 20%		คุมความปวดได้ดี 20 – 39%		คุมความปวดได้ดี 40 – 59%		คุมความปวดได้ดี 60 – 79%		คุมความปวดได้ดี 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
7.3.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตได้รับการควบคุมอาการหายใจลำบากที่ดี (ตรวจสอบจากบันทึกรายงานผู้ป่วย)										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	ควบคุมอาการได้ดี < 20%		ควบคุมอาการได้ดี 20 – 39%		ควบคุมอาการได้ดี 40 – 59%		ควบคุมอาการได้ดี 60 – 79%		ควบคุมอาการได้ดี 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
อุปสรรคและแผนพัฒนา										
ข้อเสนอแนะ										
7.4 มีหลักฐานการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตอยู่อย่างสุขสบายที่สุด รวมถึงการประคับประคองครอบครัวและผู้ดูแล										
7.4.1 มีการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายในระยะท้ายของชีวิต (ตรวจสอบจากบันทึก)										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	มีแผนการดูแลแต่ไม่ได้ปฏิบัติ		มีแผนการดูแลแต่ปฏิบัติได้เป็นส่วนน้อย		มีแผนการดูแลและปฏิบัติได้ปานกลาง		มีแผนการดูแลและปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่		มีแผนการดูแลและปฏิบัติได้ทุกราย	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

อุปสรรคและแผนพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

7.4.2 มีการให้ความช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต

ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	ปฏิบัติได้ < 20%		ปฏิบัติได้ 20 – 39%		ปฏิบัติได้ 40 – 59%		ปฏิบัติได้ 60 – 79%		ปฏิบัติได้ 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

อุปสรรคและแผนพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

## ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 7 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ	ค่าคะแนนรวม
7.1 ทีมสุขภาพรับรู้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต มีการบันทึกและสื่อสารให้ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพอื่นรับรู้	
7.2 ครอบครัวได้รับรู้เรื่องอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตทันเวลา และคำนึงถึงความเหมาะสมตามวัย บริบทสังคม และวัฒนธรรม	
7.3 อาการไม่สุขสบายต่างๆ ของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตต้องได้รับการประเมินและจัดการอาการที่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ยของ 7.3.1 + 7.3.2 + 7.3.3)	
7.4 มีหลักฐานการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตอยู่อย่างสุขสบายที่สุด รวมถึงการประคับประคองครอบครัวและผู้ดูแล (ค่าเฉลี่ยของ 7.4.1 + 7.4.2)	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
<p><b>แผนพัฒนาในภาพรวม</b></p>          <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p>	

## Guideline 8 การสนับสนุนผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยระยะประคับประคองต้องเผชิญกับความเครียดเป็นอย่างมากจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล  
ผู้ดูแลจึงควรได้รับการดูแล รวมถึงการสนับสนุนความต้องการด้านทักษะการดูแลและอารมณ์ของผู้ดูแล

ตัวชี้วัด										
8.1 ค้นหาและระบุตัวผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรก และตระหนักถึงความต้องการของผู้ดูแลต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง										
8.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการค้นหาและระบุตัวผู้ดูแลหลักเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรก										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	มีการค้นหาและระบุ ตัวผู้ดูแลหลักเมื่อเริ่มการ ประเมินครั้งแรก < 20%		มีการค้นหาและระบุ ตัวผู้ดูแลหลักเมื่อเริ่มการ ประเมินครั้งแรก 20 – 39%		มีการค้นหาและระบุ ตัวผู้ดูแลหลักเมื่อเริ่มการ ประเมินครั้งแรก 40 – 59%		มีการค้นหาและระบุ ตัวผู้ดูแลหลักเมื่อเริ่มการ ประเมินครั้งแรก 60 – 79%		มีการค้นหาและระบุ ตัวผู้ดูแลหลักเมื่อเริ่มการ ประเมินครั้งแรก 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>  <b>ข้อเสนอแนะ</b>										
8.1.2 ร้อยละของผู้ดูแลหลักที่ได้รับการประเมินความต้องการในเวลาที่เหมาะสม										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	ผู้ดูแลหลักได้รับการ ประเมินความต้องการ < 20%		ผู้ดูแลหลักได้รับการ ประเมินความต้องการ 20 – 39%		ผู้ดูแลหลักได้รับการ ประเมินความต้องการ 40 – 59%		ผู้ดูแลหลักได้รับการ ประเมินความต้องการ 60 – 79%		ผู้ดูแลหลักได้รับการ ประเมินความต้องการ 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
<p><b>8.2 ผู้ดูแลหลักได้รับการสอนและฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแล รวมถึงการดูแลตนเอง และการเผชิญกับการดูแลที่มีความต้องการสูงมาก</b></p>										
<p>■ ผู้ดูแลหลักได้รับการสอนและฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแล รวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม</p>										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	ผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกสอนทักษะอย่างเหมาะสม < 20%		ผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกสอนทักษะอย่างเหมาะสม 20 – 39%		ผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกสอนทักษะอย่างเหมาะสม 40 – 59%		ผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกสอนทักษะอย่างเหมาะสม 60 – 79%		ผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกสอนทักษะอย่างเหมาะสม 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										

## ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 8 การสนับสนุนผู้ดูแล

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ	ค่าคะแนนรวม
8.1 ค้นหาและระบุตัวผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรก และความต้องการของผู้ดูแลต้องได้รับการประเมินและตระหนักถึงอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ยของ 8.1.1 + 8.1.2)	
8.2 ผู้ดูแลหลักได้รับการสอนและฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแล รวมถึงการดูแลตนเอง และการเผชิญกับการดูแลที่มีความต้องการสูงมาก	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
<p>แผนพัฒนาในภาพรวม</p>          <p>ข้อเสนอแนะ</p>	



## Guideline 9 การดูแลภาวะสูญเสีย

ครอบครัวที่เผชิญกับความสูญเสียได้รับการประคับประคองภาวะเศร้าโศกในเวลาที่เหมาะสมตามความต้องการและความปรารถนา

ตัวชี้วัด										
9.1 มีข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต (เช่น การจัดการศพ การจัดงานศพ) ครบถ้วนพร้อมในกรณีที่ครอบครัวต้องการขอความช่วยเหลือ										
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ร้อยละของครอบครัวที่ได้รับข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต</li> </ul>										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	ได้รับข้อมูล < 20%		ได้รับข้อมูล 20 – 39%		ได้รับข้อมูล 40 – 59%		ได้รับข้อมูล 60 – 79%		ได้รับข้อมูล 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
9.2 มีระบบในการตรวจกรองผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องการการดูแลภาวะเศร้าโศก และให้คำปรึกษาโดยตรง หรือส่งต่อหน่วยบริการที่ให้การดูแลด้านนี้										
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ร้อยละของผู้ดูแลและครอบครัวที่ได้รับการตรวจกรองความจำเป็นในการดูแล/ส่งต่อภาวะเศร้าโศก</li> </ul>										
ไม่มีข้อมูล/ไม่มีระบบ	ได้รับการตรวจกรอง < 20%		ได้รับการตรวจกรอง 20 – 39%		ได้รับการตรวจกรอง 40 – 59%		ได้รับการตรวจกรอง 60 – 79%		ได้รับการตรวจกรอง 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>										
9.3 บุคคลคนในครอบครัว/ผู้ดูแลที่ได้รับการระบุว่ามีความเสี่ยงต่ออาการเศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief) ควรได้รับการส่งต่อการบริการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย*										
ผู้ให้บริการระดับ A มีหลักฐานการให้คำปรึกษา/ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ*										

\* หมายถึง การประเมินที่ไม่ได้พิจารณาเกณฑ์ผ่าน/ไม่ผ่าน

## ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 9 การดูแลภาวะสูญเสีย

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

<b>ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ</b>	<b>ค่าคะแนนรวม</b>
9.1 มีข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต (เช่น การจัดการศพ การจัดงานศพ) ควรมีความพร้อมในกรณีที่ครอบครัวต้องการขอความช่วยเหลือ	
9.2 มีระบบในการคัดกรองผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องการการดูแลภาวะเศร้าโศก และให้คำปรึกษาโดยตรง หรือส่งต่อหน่วยบริการที่ให้การดูแลด้านนี้	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
<p>แผนพัฒนาในภาพรวม</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>	

**Guideline 10 การเข้าถึงและการใช้ยาในกลุ่ม opioids**  
**ผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids เพื่อควบคุมอาการ โดยมีแนวปฏิบัติและขั้นตอนการดำเนินการ**  
**เพื่อให้มั่นใจว่าใช้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล**

ตัวชี้วัด										
<b>10.1 ผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>มีหลักฐานว่าผู้ให้บริการสามารถจัดบริการ การเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids ทุกรูปแบบได้ตลอดเวลา</li> </ul>										
ไม่สามารถเข้าถึงยาทุกรูปแบบ		เฉพาะยาฉีดเข้าถึงได้ตลอดเวลา		เฉพาะยาฉีดเข้าถึงได้ตลอดเวลา ยารับประทานเข้าถึงได้เฉพาะ ช่วงเวลาราชการ			ยาทุกรูปแบบเข้าถึงได้ตลอดเวลา			
0		2		3			5			
<b>อุปสรรคและแผนพัฒนา</b>										
<b>ข้อเสนอแนะ</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของการได้รับยา opioids ตามเวลาที่กำหนด การได้รับยาตามเวลาที่กำหนด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสั่งยา (แบบเขียนหรือ electronic) จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับยา <ul style="list-style-type: none"> <li>Stat order &lt; 1 ชั่วโมง</li> <li>Routine order &lt; 4 ชั่วโมง</li> </ul> </li> </ul> <p>ตรวจสอบรายงานผู้ป่วย – ไม่นับรวมกรณีการเยี่ยมบ้าน (สุ่มตรวจรายงาน)</p>										
ไม่มี	ได้รับยาตามกำหนด < 20%		ได้รับยาตามกำหนด < 40%		ได้รับยาตามกำหนด < 60%		ได้รับยาตามกำหนด < 80%		ได้รับยาตามกำหนด 80 – 100%	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>											
<p>10.2 การใช้ยา กลุ่ม opioids ในการจัดการอาการไม่สุขสบาย ควรทำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาตามความจำเป็น และให้ยาตามแนวปฏิบัติซึ่งมีการควบคุมติดตามอย่างเหมาะสม</p>											
10.2.1 มีหลักฐานการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับการใช้ยา กลุ่ม opioids อย่างปลอดภัย							ไม่มี = 0		มี = 5		
<p>10.2.2 มีหลักฐานแสดงระบบที่ใช้ติดตามอาการ opioids toxicity ในผู้ป่วยที่ได้รับยา opioids ชนิดฉีดอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยควรมีการติดตามดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการหายใจ</li> <li>- ระดับความรู้สึกตัว</li> </ul>							ไม่มี = 0		มี = 5		
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>											
<p>10.3 มีหลักฐานการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้ยา กลุ่ม opioids อย่างปลอดภัย</p>											
<p>▪ มีหลักฐานการเข้าถึงสื่อข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา opioids สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล</p>											
ไม่มีการให้ข้อมูลเลย		บุคลากรให้ข้อมูลวิธีการบริหารยา		บุคลากรให้ข้อมูลวิธีการบริหารยา และผลข้างเคียง				บุคลากรให้ข้อมูลวิธีการบริหารยา และผลข้างเคียง และมีเอกสารแผ่นพับ			
0		0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<p>อุปสรรคและแผนพัฒนา</p> <p>ข้อเสนอแนะ</p>											

10.4 มีการยึดตามข้อกำหนดของกฎหมายในการใช้ยาเสพติดให้โทษ <sup>๑</sup> ในขั้นตอนการสั่งยา การเก็บรักษาอย่างปลอดภัย การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยา และการรายงานความผิดพลาดในการใช้ยากลุ่ม opioids										
10.4.1 มีหลักฐานแสดงถึงนโยบายและขั้นตอนการดำเนินงานในเรื่องการรับยา การเก็บยา การสั่งยา การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยาและการรายงานความผิดพลาดในการใช้ยากลุ่ม opioids						ไม่มี = 0		มี = 5		
10.4.2 มีหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการรับยา การสั่งยา การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยาที่กำหนดเป็นข้อตกลงในการดำเนินงาน						ไม่มี = 0		มี = 5		
10.4.3 มีหลักฐานว่ามีระบบการรายงานความผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยา opioids และมีหลักฐานการทำ Root cause analysis (RCA) ทุกครั้ง						ไม่มี = 0		มี = 5		
อุปสรรคและแผนพัฒนา										
ข้อเสนอแนะ										
10.5 มีแนวปฏิบัติการนำยาฉีด opioids ไปใช้ที่บ้านผู้ป่วย										
<ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถนำยา opioids ชนิดฉีดไปใช้ที่บ้านผู้ป่วยกรณีไม่สามารถบริหารยาทางปากได้</li> </ul>										
ไม่มีแนวปฏิบัติ		ไม่มีแนวปฏิบัติให้นำออกนอกโรงพยาบาล		กำลังอยู่ในระหว่างพิจารณา		สามารถผสมยาที่โรงพยาบาลและนำไปใช้ที่บ้าน		นำยาฉีด (ampule) ให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้านได้จำนวนไม่เกิน 3 วัน		นำยาฉีด (ampule) ให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้านได้จำนวนไม่เกิน 7 วัน
0		0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	5
อุปสรรคและแผนพัฒนา										
ข้อเสนอแนะ										

## ผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพที่ 10 การเข้าถึงและการใช้ยา กลุ่ม opioids

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพ	ค่าคะแนนรวม
10.1 ผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงยา กลุ่ม opioids	
10.2 การใช้ยา กลุ่ม opioids ในการจัดการอาการไม่สุขสบายควรทำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาตามความจำเป็น และให้ยาตามแนวปฏิบัติ ซึ่งมีการควบคุมติดตามอย่างเหมาะสม (ค่าเฉลี่ยของ 10.2.1 + 10.2.2)	
10.3 มีหลักฐานการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้ยา กลุ่ม opioids อย่างปลอดภัย	
10.4 มีการยึดตามข้อกำหนดของกฎหมายในการใช้ยาเสพติดให้โทษ <sup>9</sup> ในขั้นตอนการสั่งยา การเก็บรักษาอย่างปลอดภัย การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยา และการรายงานความผิดพลาดในการใช้ยา กลุ่ม opioids (ค่าเฉลี่ยของ 10.4.1 + 10.4.2 + 10.4.3)	
10.5 มีแนวปฏิบัติการนำยาฉีด opioids ไปใช้ที่บ้านผู้ป่วย	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
<b>แผนพัฒนาในภาพรวม</b>	
<b>ข้อเสนอแนะ</b>	

## Guideline 11 การพัฒนาคุณภาพ

หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายมีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงการจัดบริการ และคุณภาพการดูแลให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด										
<b>11.1 ผู้ให้บริการมีกรอบการทำงานเพื่อช่วยให้การจัดบริการมีการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย (คะแนนเต็ม 5)</b>										
11.1.1 มีการใช้ Palliative care guidelines ในการจัดการอาการ (0.5 คะแนน)										
11.1.2 มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง (1 คะแนน)										
11.1.3 มีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายงานพัฒนาคุณภาพ และเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล (0.5 คะแนน)										
11.1.4 มีการทบทวนรายงานของผู้เสียชีวิต หรือมีการทำ monthly case review (1 คะแนน)										
11.1.5 มีโครงการพัฒนาคุณภาพหรืองานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องต่อปี (2 คะแนน)										
อุปสรรคและแผนพัฒนา										
ข้อเสนอแนะ										
<b>11.2 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงบริการ</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ มีหลักฐานการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว</li> </ul>										
ไม่มี	มีการสำรวจความพึงพอใจ นานๆ ครั้ง		มีการสำรวจความพึงพอใจ เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ		มีการสำรวจความพึงพอใจ เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ และนำมาปรับปรุง การบริการนานๆ ครั้ง		มีการสำรวจความพึงพอใจ เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ และนำมาปรับปรุง การบริการเป็นครั้งคราว		มีการสำรวจความพึงพอใจ และนำมาปรับปรุง การบริการเป็นระยะ อย่างสม่ำเสมอ	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
อุปสรรคและแผนพัฒนา										
ข้อเสนอแนะ										





## สรุปผลการประเมินตนเองมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การประเมินโดยภาพรวมของระดับคุณภาพของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองของท่าน

ระดับพอผ่าน มีคะแนนระหว่าง 2.5 – 3.0 ระดับดี มีคะแนนระหว่าง > 3.0 – 4.5 ระดับดีมาก มีคะแนนระหว่าง > 4.5 – 5.0

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 1 โครงสร้างศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรและเครื่องมือ	ค่าคะแนนรวม	
1.1 ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองมีโครงสร้างคณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง และกลยุทธ์การดำเนินการ		
1.2 บุคลากรที่ทำงานได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับที่เหมาะสมกับระดับการทำงาน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
1.3 มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับปริมาณงานเพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
1.5 มีเวชภัณฑ์อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และพอเพียงสำหรับการจัดบริการ	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
1.6 มีอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ทั่วไปและพอเพียงในการจัดบริการการพัฒนาในภาพรวม	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 2 ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง	ค่าคะแนนรวม	
2.1 มีหลักฐานที่แสดงถึงระบบที่ใช้ค้นหา และระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 12 เดือน)		
2.2 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าสู่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองหรือบริการอื่นที่จำเป็น ถ้าความต้องการของผู้ป่วยเกินกว่าศักยภาพของผู้ให้บริการ		
2.3 ผู้ให้บริการคัดกรองและจัดลำดับความเร่งด่วนของการปรึกษา เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดูแลจะได้รับในเวลาที่เหมาะสม		
2.4 มีหลักฐานแสดงการจัดการเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยระยะท้ายรวมถึงครอบครัว/ผู้ดูแล ทราบถึงผู้ที่จะต้องติดต่อเพื่อให้ได้รับการบริการ		
2.5 ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการแบบประคับประคองได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือกรณีไม่สามารถให้การปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ควรสามารถเข้าถึงหน่วยบริการอื่นที่ให้การช่วยเหลือได้		
2.6 ผู้ให้บริการมีหลักปฏิบัติสำหรับการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านการดูแลประคับประคอง หรือกรณีมีความต้องการเร่งด่วน		
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>		

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 3 การเชื่อมประสานบริการ และการส่งต่อ	ค่าคะแนนรวม
3.1 มีผู้ให้บริการในการประสานการดูแลผู้ป่วย	
3.2 มีการจัดตั้งเครือข่ายระหว่างสถานบริการและหน่วยงานอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อและเป็นองค์รวม	
3.3 ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาทำการ	
3.4 เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่จำเป็น และมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่สถานบริการที่รับส่งต่อ	
3.6 มีแผนการให้ข้อมูลเรื่องการแจ้งตาย และการออกใบมรณะบัตรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 4 การประเมินแบบองค์รวมและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	ค่าคะแนนรวม
4.1 ผู้ป่วยระยะท้ายทุกรายได้รับการประเมินและบันทึกครอบคลุมถึงความต้องการ และความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม (4.1.1 + 4.1.2 + 4.1.3)	
4.2 มีหลักฐานการบันทึกข้อมูลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังจากการประเมินแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแล	
4.3 มีการประเมินและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ	
4.4 มีหลักฐานการประเมินและแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะตามความเหมาะสม โดยมีการบันทึกข้อมูลเรื่องความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป	
4.5 มีการประเมินอาการทางกาย และความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่เหมาะสม (4.5.1 + 4.5.2 + 4.5.3)	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	

ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 5 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	ค่าคะแนนรวม
5.1 มีระบบที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายได้รับข้อมูล และเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (5.1.1 + 5.1.2)	
5.2 ผู้ป่วยในการดูแลของศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง มีแผนการดูแลล่วงหน้า และสื่อสารให้ครอบครัวทราบ (5.2.1 + 5.2.2)	
5.3 มีระบบการบันทึกเอกสารแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครอบคลุมสิ่งที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการ เกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิต และบุคลากรสามารถเข้าถึง เอกสารได้ (ค่าเฉลี่ยของ 5.3.1 + 5.3.2)	
5.4 มีระบบในการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตาม	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 6 การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	ค่าคะแนนรวม
6.1 ความต้องการเฉพาะตัวตามพื้นฐานความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาการจัดบริการ ซึ่งมีความเฉพาะตัว	
6.2 มีการสื่อสารข้อมูลสภาวะโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างละเอียดอ่อนและอย่างสม่ำเสมอ	
6.3 ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการบริการดูแลรักษาต่างๆ เมื่อมีความจำเป็น (เช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด การฝึกพูด และอื่นๆ) ควรเชื่อมโยงแหล่งบริการที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 7 การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิต	ค่าคะแนนรวม
7.1 ทีมสุขภาพรับรู้ว่ามีผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต มีการบันทึกและสื่อสารให้ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพรับรู้	
7.2 ครอบครัวได้รับรู้เรื่องอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตทันเวลา และคำนึงถึงความเหมาะสมตามวัย บริบทสังคมและวัฒนธรรม	
7.3 อาการไม่สุขสบายต่างๆ ของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตต้องได้รับการประเมินและจัดการอาการที่เหมาะสม (7.3.1 + 7.3.2 + 7.3.3)	

7.4 มีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตอยู่อย่างสุขสบายที่สุด และมีการวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแล (7.4.1 + 7.4.2)	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
<b>ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 8 การสนับสนุนผู้ดูแล</b>	<b>ค่าคะแนนรวม</b>
8.1 ค้นหาและระบุตัวผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเมื่อเริ่มการประเมินครั้งแรก และความต้องการของผู้ดูแลต้องได้รับการประเมินและตระหนักถึงอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ยของ 8.1.1 + 8.1.2)	
8.2 ผู้ดูแลหลักได้รับการสอนและฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแล รวมถึงการดูแลตนเอง และการเผชิญกับการดูแลที่มีความต้องการสูงมาก	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
<b>ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 9 การดูแลภาวะสูญเสีย</b>	<b>ค่าคะแนนรวม</b>
9.1 มีข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลหลังการเสียชีวิต (เช่น การจัดการศพ การจัดงานศพ) ควรจะมีความพร้อมในกรณีที่ครอบครัวต้องการขอความช่วยเหลือ	
9.2 มีระบบในการคัดกรองผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องการการดูแลภาวะเศร้าโศก และให้คำปรึกษาโดยตรง หรือส่งต่อหน่วยบริการที่ให้การดูแลด้านนี้	
<b>คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้</b>	
<b>ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 10 การเข้าถึงและการใช้ยา กลุ่ม opioids</b>	<b>ค่าคะแนนรวม</b>
10.1 ผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงยา กลุ่ม opioids	
10.2 การใช้ยา กลุ่ม opioids ในการจัดการอาการไม่สุขสบายควรทำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาตามความจำเป็น และให้ยาตามแนวปฏิบัติ ซึ่งมีการควบคุมติดตามอย่างเหมาะสม (ค่าเฉลี่ยของ 10.2.1 + 10.2.2)	
10.3 มีหลักฐานการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้ยา กลุ่ม opioids อย่างปลอดภัย	
10.4 มีการยึดตามข้อกำหนดของกฎหมายในการใช้ยาเสพติดให้โทษ <sup>9</sup> ในขั้นตอนการสั่งยา การเก็บรักษาอย่างปลอดภัย การจ่ายยา การบริหารยา การกำจัดยา และการรายงานความผิดพลาดในการใช้ยา กลุ่ม opioids (ค่าเฉลี่ยของ 10.4.1 + 10.4.2 + 10.4.3)	

10.5 มีแนวปฏิบัติการนำยาฉีด opioids ไปใช้ที่บ้านผู้ป่วย	
	คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้
<b>ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ</b>	<b>ค่าคะแนนรวม</b>
11.1 ผู้ให้บริการมีกรอบการทำงานเพื่อช่วยให้การจัดบริการมีการพัฒนาคุณภาพ (ผลรวมของ 11.1.1 + 11.1.2 + 11.1.3 + 11.1.4 + 11.1.5)	
11.2 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงบริการ	
	คะแนนเฉลี่ยในมาตรฐานนี้

วันที่ประเมิน.....



## ศูนย์การุณรักษ์

ตึกสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ชั้น 18  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002  
[www.karunruk.org](http://www.karunruk.org) e-mail: [karunrukk@gmail.com](mailto:karunrukk@gmail.com)  
Tel. 043-366-656 Fax: 043-366657